



# Rapport d'activité

---

*Année 2013*



# Rapport d'activité

---

*Année 2013*







## Sommaire

<b>Réunion des instances</b> .....	9
<b>Activité de gestion</b> .....	14
<b>Activités permanentes</b> .....	15
Site Internet de l'ORS (SISMO) .....	15
Le département de recherche et d'information.....	21
SIGORS.....	22
50/51° Nord .....	28
• Ça se PACES à Lille et aussi à Boulogne-sur-Mer.....	28
• La ville et ses aires .....	28
<b>Études &amp; travaux</b> .....	29
• Mise en place d'un outil de suivi des professionnels de santé à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé.....	31
• Les migrations résidentielles : quelles conséquences sur l'évaluation des actions régionales et locales de prévention et de santé.....	34
• Santé et politiques publiques.....	40
• Maillage des pôles d'offre. Phase 1 et Phase 2 : Éléments de la problématique, potentialités régionales et mise en œuvre locale .....	43
• Notre santé : mieux comprendre la santé et ses enjeux en Nord – Pas-de-Calais (seconde version allégée et commentée de <i>La santé dans la poche</i> ) .....	45
• Prospective de l'impact régional des dynamiques des professionnels de santé. Préfiguration d'une étude d'évaluation des mesures mises en place en région Nord - Pas-de-Calais pour attirer et maintenir les professionnels de santé dans les zones sous-dotées .....	47
• Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé .....	48
• Mise en place d'indicateurs d'évolution préparatoire à l'évaluation du PRS.....	54
• Développement et mise à jour d'indicateurs sur la situation sociodémographiques et l'état de santé ainsi que la démographie des professionnels de santé dans le Nord – Pas-de-Calais .....	55
<b>Autres activités</b> .....	61
• Conférence permanente du Bassin minier .....	61
• Autres sollicitations et interventions .....	63
<b>Demandes spécifiques de statistiques réalisées en 2013</b> .....	67
<b>Annexes</b> .....	73



## Réunion des instances

Au cours de l'année 2013, les instances de l'ORS sollicitées par son Président, Jean-Louis Salomez, se sont réunies à trois reprises.

### ► Le 18/03/2013 : tenue d'un Conseil d'administration

Approbation du procès-verbal de la réunion du Conseil d'administration du 13/09/2012.

Trois points sont développés dans une note préparée par le Président :

#### 1. Dénonciation du Statut Collectif Unilatéral

*Au moment où est écrite cette note l'ORS ne connaît pas encore le montant des recettes qu'il peut espérer pour 2013 de ses deux principaux financeurs, le Conseil Régional et l'ARS. L'élaboration d'un vrai budget prévisionnel est donc à ce stade impossible. Le seul élément probant, fixé par convention, est une dotation de la Région pour le premier semestre équivalent à la moitié de la dotation 2012. Par contre, nous n'avons à ce stade aucune information précise sur le montant du financement du deuxième semestre 2013. Il nous faudra attendre les décisions prises après examen de notre projet de CPO probablement en mai ou juin prochain. Des rumeurs, sans qu'aucune information ne soit parvenue à la présidence de l'ORS, feraient état d'une diminution significative de cette dotation au deuxième semestre. Si cette information était avérée l'exercice 2013 pourrait être déficitaire de façon significative. Pour l'ARS rien n'est encore fixé pour le programme de travail 2013. Là encore la rumeur ferait état au minimum d'un maintien de la dotation des années antérieures.*

*Les salariés de l'ORS bénéficient d'un SCU négocié à une époque où les contraintes budgétaires étaient différentes. Il est jugé comme trop favorable par les financeurs et il fait effectivement peser des contraintes importantes sur le budget de l'ORS à l'image de l'augmentation annuelle automatique de 2 % des salaires. La dénonciation du SCU permettra à l'ORS des économies substantielles d'au moins 70 000 euros sur l'année (estimation à affiner en fonction du nouveau SCU). **Ce SCU doit être dénoncé et laisser place soit à un nouveau SCU, soit à l'alignement sur une convention collective nationale (comme celle de la FNES par exemple). Cette dénonciation sera proposée au conseil d'administration de l'ORS prévu le 18 mars avec un délai de 3 mois et l'élaboration dans ce délai de nouvelles règles.***

*Le budget de l'ORS pour le premier trimestre 2013 est équilibré or des contraintes de trésorerie nous ont empêché de verser les salaires, de régler certains prestataires et de payer certaines cotisations sociales. Ces problèmes sont conjoncturels et ne traduisent en rien une mauvaise situation budgétaire de l'ORS. Les comptes bancaires de l'ORS sont chez HSBC, banque qui était aussi celle de l'IREPS et du CIRM qui ont été récemment mis en liquidation judiciaire. Dans ce contexte HSBC ne nous accorde plus aucun découvert. Cette difficulté temporaire est liée au non versement à ce jour de l'avance prévue par convention avec le Conseil Régional. La vice-présidente santé du Conseil Régional a signé l'engagement de dépenses à la mi-février. À ce jour, nous ne savons pas où en est le dossier au sein du Conseil Régional. **Ceci pourrait conduire l'ORS à une situation de cessation de paiement fin mars alors que notre budget est équilibré pour le premier semestre !***

## 2. Situation de l'ORS vis-à-vis de la restructuration du GRPS

L'ORS est membre du Groupement d'Intérêt Économique GRPS depuis sa création en 2006. Le GRPS, en raison de la défaillance de certains de ses membres<sup>1</sup> ne correspond plus désormais aux attentes des institutions notamment dans le domaine de la promotion et de l'éducation pour la santé. Le projet d'un nouveau pôle de compétence en éducation pour la santé est en cours d'élaboration par l'ARS et le Conseil Régional sous forme d'un cahier des charges qui sera soumis courant avril à un appel à projet. Ce nouveau pôle reprendra certaines fonctions exercées antérieurement par l'IREPS et actuellement par le GRPS<sup>2</sup>. Dès lors, la poursuite du GIE GRPS n'est plus nécessaire. À cet effet, le conseil d'administration du GRPS dont fait partie l'ORS a voté la dissolution du GIE au 30 juin prochain. **L'ORS devra cependant rester très attentif lors de cette période, car les statuts d'un GIE imposent une solidarité financière entre ses membres.** L'IREPS et le CIRM ont laissé des dettes envers le GRPS notamment pour leurs loyers. Un recours gracieux a été fait par le GRPS auprès du Conseil Régional pour l'apurement de ces dettes. Pour le GRPS l'idéal serait le rachat pour une somme symbolique du GIE par l'organisme qui reprendra le pôle de compétence pour éviter une procédure de liquidation qui engagerait des dépenses importantes pour les membres actuels du GRPS en raison de leur solidarité financière.

## 3. Perspectives 2013 pour l'ORS

### **Une capacité de production de l'ORS à conforter à court terme**

L'ORS a connu jusqu'à 14 salariés, mais actuellement ses effectifs sont de 8 salariés en CDI. Chacun de ces postes est nécessaire dans le fonctionnement actuel, néanmoins la capacité de production de l'ORS directement liée aux travaux des chargés d'études est insuffisante. Pour pouvoir répondre aux attentes de nos financeurs en terme de qualité et de délai il faudra rapidement augmenter le ratio de chargés d'études.

Trois pistes doivent être explorées à court terme :

- Une augmentation des recettes qui serait affectée au recrutement de nouveaux chargés d'études :  
Augmentation des dotations de la Région et de l'ARS, hypothèse peu réaliste dans le contexte actuel, mais qui doit être explorée.

Une diversification des financements, qui a déjà commencé avec l'obtention d'un contrat avec RTE. Cette diversification est plutôt à rechercher dans le secteur privé compte tenu de la maîtrise des dépenses publiques. Elle nécessite une évolution des savoir-faire au sein de l'ORS pour répondre aux attentes du secteur privé.

- Une diminution du nombre de salariés non chargés d'études pour permettre l'embauche d'un nouveau chargé d'études, mais qui doit être analysée en fonction des missions exercées actuellement par l'ORS et des règles du droit du travail.

- Une mutualisation de certaines fonctions avec d'autres organismes d'études permettant de privilégier l'embauche de chargés d'études à budget constant.

### **Un paysage à recomposer**

Dans de nombreux domaines, l'époque est aux regroupements y compris dans le secteur associatif. Ces regroupements sont nécessaires pour mutualiser des services comme la gestion, la documentation, les secrétariats, la maintenance des sites Internet, la communication. Ils sont aussi indispensables pour mutualiser les compétences, augmenter les échanges, créer des masses critiques. Le secteur de la recherche a pris ce tournant avec désormais des laboratoires fédératifs et des équipes pluri ou multidisciplinaires<sup>3</sup>. En éducation pour la santé le futur pôle de compétence regroupera ainsi des savoir-faire issus de plusieurs structures. Dans le domaine de l'observation, de l'étude, de l'expertise en santé<sup>4</sup> plusieurs organismes régionaux ont fait leurs preuves, mais indépendamment des uns des autres et sans toujours de lien avec la recherche en santé. L'ORS serait prêt à étudier les conditions d'un rapprochement entre ces différents organismes dans le respect des statuts de chacun pour envisager à terme un pôle fédératif d'études en santé au sein de la région Nord-Pas-de-Calais. Une première étape pourrait consister en un rapprochement physique entre certaines de ces structures avec une mutualisation de certaines fonctions. À notre sens, ce rapprochement ne devrait pas concerner que le secteur associatif, mais d'emblée envisager les liens fonctionnels qui peuvent être tissés avec les organismes de recherche en santé, en sciences humaines et sociales.

<sup>1</sup> Notamment la liquidation judiciaire de l'IREPS et du CIRM et la non reconnaissance antérieure par l'INPES du pôle de compétence en éducation pour la santé développé par l'IREPS.

<sup>2</sup> Il n'est pas prévu à notre connaissance que l'ORS intègre cette nouvelle structure.

<sup>3</sup> L'Équipe d'Accueil 2694 animé par le pôle de santé publique du CH et U regroupe ainsi de nombreuses équipes en épidémiologie, recherche clinique, biostatistique, informatique.

<sup>4</sup> Dans lequel il faut inclure le secteur médico-social.

Le Pr Salomez demande aux membres présents de dénoncer le SCU. La prise d'effet de cette dénonciation garantira aux salariés un temps de négociation postérieur de trois mois. Il en ressort après délibération, à la majorité des administrateurs présents, l'adoption de cette résolution.

### **Élections du Bureau**

Le Pr Salomez rappelle la composition du Bureau, élu pour une durée de quatre ans selon les statuts. Par lettre en date du 4 mars, il a informé les administrateurs de sa décision de ne plus se représenter au poste de Président de l'ORS, la démocratie sanitaire accaparant beaucoup de son temps et le plaçant en permanence en situation de conflit d'intérêts au regard, par exemple, de son statut de membre de la Commission de surveillance de l'ARS. Il a reçu pour l'heure quatre actes de candidature au Bureau.

Personne, jusqu'ici, ne s'est proposé pour lui succéder à la présidence de l'ORS. Il renouvelle son appel à candidature devant l'auditoire. Aucun des candidats, et autres administrateurs, présents ne se manifeste pour le remplacer dans ses fonctions de Président. Le Pr Salomez accepte, à la demande du Conseil d'administration qu'il remercie de sa confiance, de prolonger ses fonctions de Président, accompagné en cela par le nouveau Bureau.

Sont élues en tant que membres du nouveau Bureau, à l'unanimité des votants, les quatre personnes ayant fait acte de candidature. Après concertation pour la répartition des postes, le nouveau Bureau s'établit comme suit :

- ✓ Président : Monsieur le Pr Jean-Louis Salomez (Collège des Universitaires)
- ✓ Vice-présidents :
  - Monsieur Jean-Michel Honoré (Collège des six Membres élus)
  - Monsieur Pierre-Marie Lebrun (Collège des six Membres élus)
- ✓ Secrétaire : Monsieur Michel Letellier (Collège des Personnes Qualifiées)
- ✓ Trésorier : Madame Sophie Delmotte (Collège des Personnes Qualifiées)

➤ **Le 04/07/2013 : tenue d'un Conseil d'administration et d'une Assemblée générale ordinaire**

Approbation du procès-verbal du Conseil d'administration du 18/03/2013.

Approbation du procès-verbal de l'Assemblée générale ordinaire du 13/09/2012.

Examen et validation des rapports d'activité et compte de résultat-bilan financier, exercice 2012.

Perspective 2013

Le SCU a été dénoncé en juin 2013, avec un certain nombre de conséquences pratiques (des salariés peuvent partir, réponses attendues entre le 15 juillet et le 2 août).

En 2013, la subvention du Conseil Régional a baissé, passant de 848 000 € à 613 000 €.

Restriction sur toutes les dépenses. Discussion à venir avec l'ARS pour une subvention supplémentaire de 83 000 € pour pallier à l'impasse financière.

L'AG confirme la demande d'une aide financière complémentaire de l'ARS pour équilibrer le budget prévisionnel 2013.

➤ **Le 17/12/2013 : tenue d'un Conseil d'administration et d'une Assemblée générale ordinaire**

Approbation du procès-verbal du Conseil d'administration du 04/07/2013.

Approbation du procès-verbal de l'Assemblée générale du 04/07/2013.

Situation de l'ORS

Début 2013, la subvention de la Région a diminué de 29 %. Les actions ont dû être entreprises.

1- Maîtrise des dépenses de l'ORS

Nous avons dénoncé l'accord d'entreprise qui n'était plus adapté à l'époque actuelle. Du fait de cette dénonciation, deux salariés, des plus anciens, ont refusé. Nous avons donc procédé à leurs licenciements, avec des indemnités qui n'avaient pas été prévues dans le budget. Il nous a fallu demander une aide supplémentaire de 83 000 euros à l'ARS. Le modèle économique actuel est plus favorable avec plus de chargés d'études que d'administratifs (je compte Souad dans la partie étude). Le contexte a été compliqué ces derniers temps. Le GIE a été repris avec l'aide du Conseil Régional par la Sauvegarde du Nord, l'IREPS et le CIRM sont fermés (liquidation judiciaire). Nous avons fortement réduit nos charges pour nous adapter : déménagement au 3e étage pour réduire notre surface ; diminution de nos dépenses et nos coûts de prestataires extérieurs. Les coûts ont été réduits au maximum (dépenses, locaux, personnel).

Nous avons rencontré nos financeurs, qui nous ont soutenus, et souhaitent avoir un Observatoire fort.

2- Procédures mises en place

- un Cabinet d'expertise comptable contrôle la partie paie et social ;
- un logiciel de gestion du temps (Opentime) qui permet ensuite de réaliser un budget analytique par opérations ;
- contrôle des dépenses, des déplacements ;
- des réunions régulières d'échange ont lieu avec le Conseil Régional et l'ARS.

Les membres du bureau ont beaucoup œuvré pour tout mettre en place.

Tout a été fait pour réduire et contrôler les dépenses.

L'ORS n'a pas de réserve. Il est possible que nous ayons des problèmes de trésorerie en début d'année 2014. Le budget réalisé en juillet 2013, quelque peu à l'équilibre grâce à la subvention complémentaire de l'ARS, se retrouve à nouveau déséquilibré suite aux deux licenciements. Par ailleurs, la vie associative n'est pas financée. Pour 2014, nous tentons, d'une part, d'avoir les subventions en début d'année et, d'autre part, nous avons contacté Nord Actif afin de nous aider pour nos problèmes de trésorerie début 2014, et pour un fond de roulement en contrepartie d'un accompagnement (contrôle).

Proposition de modification des Statuts de l'ORS. Le quorum n'étant pas atteint, une nouvelle réunion est programmée pour le 7 janvier 2014.

Approbation de la mise en route de la refondation de l'ORS dès janvier 2014.

Proposition d'agrément de nouveaux membres au Collège des six Membres Élus et élection complémentaire des membres du Bureau

Suite à la démission de Monsieur Jean-Michel Honoré des instances de l'ORS et par conséquent du poste de Vice-président qu'il occupait, un poste est à pourvoir dans le Collège des six Membres Élus. Par ailleurs, Monsieur Michel Letellier, dessaisi du CESER, ne fait plus partie du Collège des Membres Qualifiés, et donc ne peut être membre du Bureau. Deux actes de candidature ont été reçus émanant de : Monsieur Michel Letellier ; Monsieur Michel Delcroix. Est élu en tant que membre du *Collège des six Membres Élus*, à l'unanimité des votants membres de l'AG présents : Michel Letellier. Les membres du Conseil d'administration ont réélu Monsieur Letellier membre du Bureau au poste de Secrétaire.

## Activité de gestion

Compte tenu des problèmes financiers rencontrés en 2013, l'activité de gestion a été plus importante qu'à l'accoutumée.

### Ressources humaines

L'ORS ayant dû licencier, il a fallu réaliser les simulations budgétaires nécessaires à l'étude de la situation financière 2013 (cf. chapitre « réunion des instances ») mais aussi pallier au quotidien.

La mise en place d'une procédure de licenciement pour motif économique nécessite un suivi rigoureux et des démarches administratives importantes. L'aide d'une spécialiste en droit social a été sollicitée.

Deux postes ont été supprimés : la Directrice adjointe et l'Assistante de direction.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, le personnel de l'ORS se composait de 9 personnes, représentant 8,43 ETP.

Le personnel licencié ayant accepté le Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP), les deux départs ont eu lieu le même jour, début octobre.

Au 31 décembre 2013, le personnel se composait ainsi de 6 personnes.

## Activités permanentes

### Site Internet de l'ORS (SISMO)

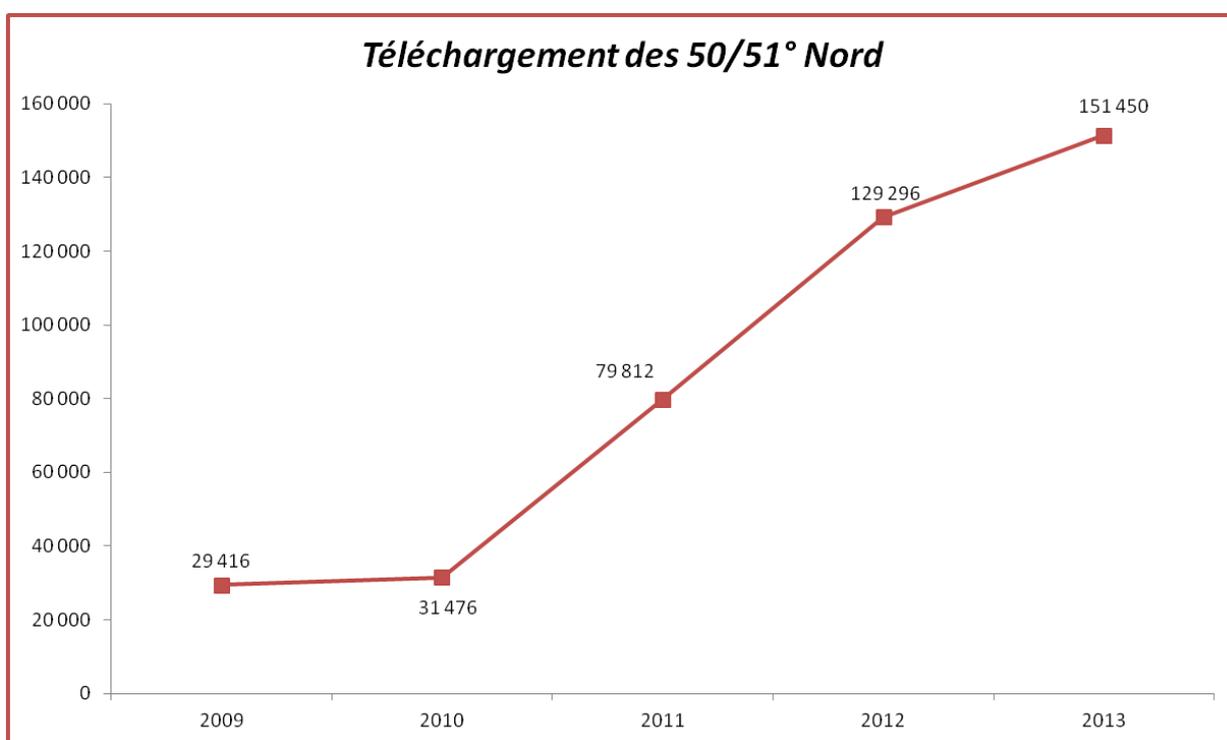
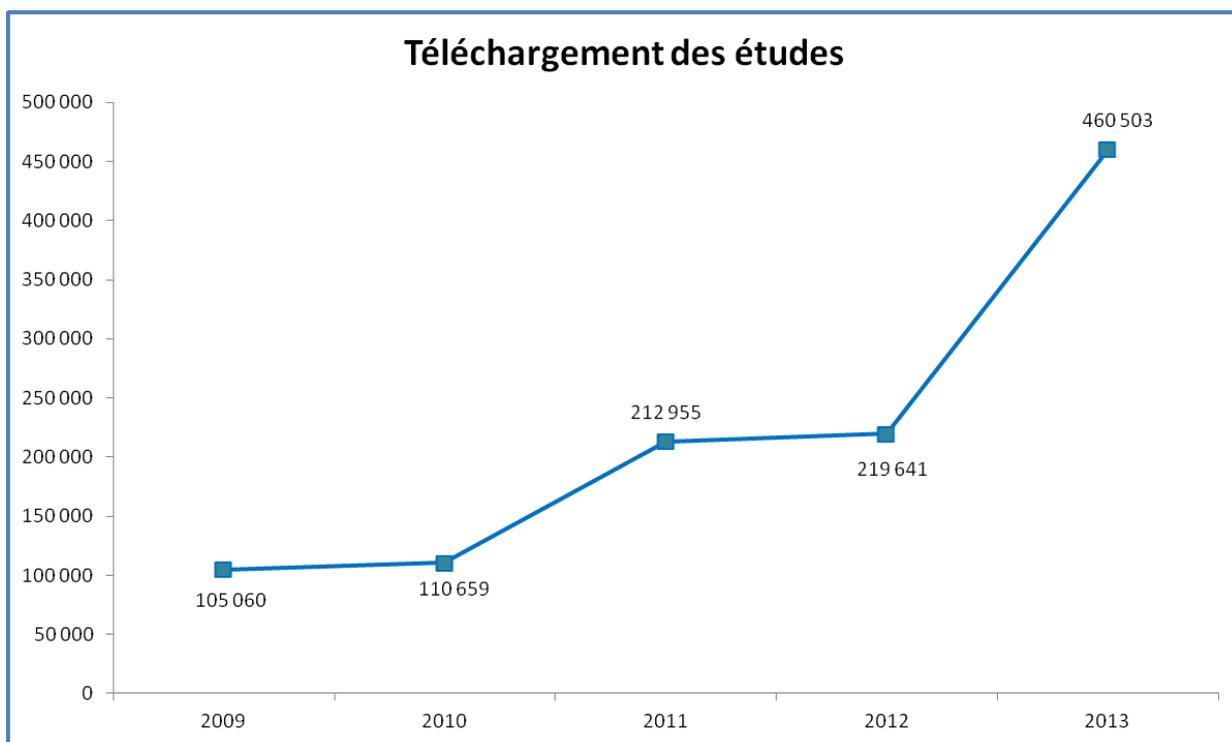
En 2013, le site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais a comptabilisé 84 044 visites et 1 729 433 téléchargements de fichiers.

Les téléchargements d'études ont plus que doublé en 2013 et ont eu lieu autant pour des publications publiées dans l'année que précédemment. La durée de vie des consultations des travaux de l'ORS est particulièrement longue. Il est à noter que les *Observations inattendues et capricieuses de la santé* sont, de loin, les plus téléchargées bien qu'elles n'aient fait l'objet d'aucune diffusion papier et que la plupart ont été mises en ligne en 2011.

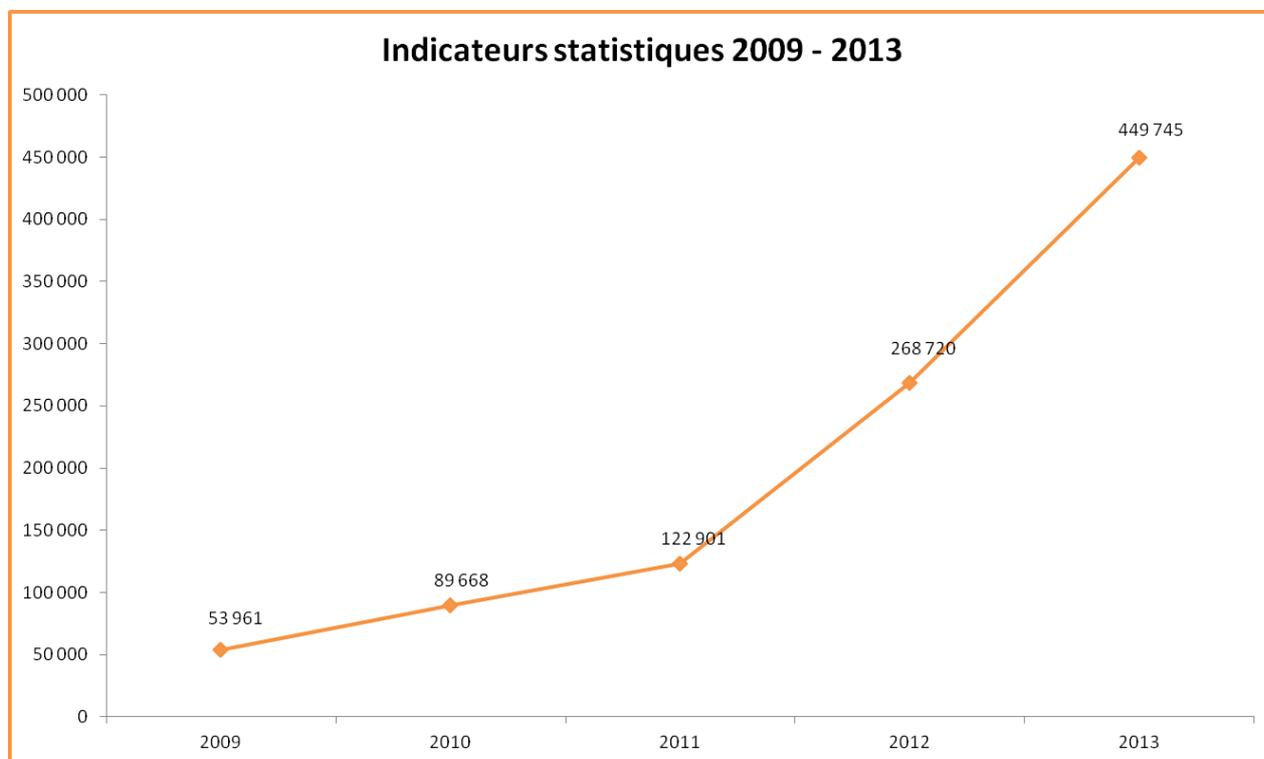
<http://www.orsnpdc.org/observation/index.html>

Les dix premiers travaux les plus téléchargés par les internautes sont par ordre décroissant :

Clas	N°	Publications	Année 2013
1	Observ.	Les déchets et la santé	165 940
2	Étude 12-2	L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais	95 466
3	Observ.	Santé mentale	93 909
4	Étude 12-3	La santé en poche	79 462
5	Observ.	Climat, météo et santé	61 948
6	Étude 08-2	Accessibilité des professionnels de santé : une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement, 2008	38 639
7	Observ.	Risques, catastrophes, crises	35 297
8	Observ.	Territoire et santé	30 670
9	Observ.	Violence	30 224
10	Étude 07-2	Les enjeux en santé environnementale dans le Bassin Minier Nord - Pas-de-Calais, 2007	27 775



Le téléchargement des indicateurs statistiques produits par l'ORS est en constante progression, près de 67 % d'accroissement en 2013, comme en témoigne le graphique suivant.



Les fichiers mis en ligne en 2013 sont énumérés ci-dessous et plus loin dans ce document.

## Indicateurs statistiques mis en ligne en 2013

### Mortalité par causes dans le Nord - Pas-de-Calais 2006 – 2009 :

<http://www.orsnpdc.org/donnees-mortalite/index.html>

- Mortalité par causes dans le Nord - Pas-de-Calais 2006 - 2009
- Mortalité toutes causes de décès confondues dans le Nord - Pas-de-Calais 2006 - 2009
- Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel dans le Nord - Pas-de-Calais 2006 - 2009
- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord - Pas-de-Calais 2006 - 2009
- Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord - Pas-de-Calais 2006 - 2009
- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx, dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par tumeur maligne du côlon dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par tumeur maligne colorectale dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par tumeur maligne de l'estomac dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par tumeur maligne de la prostate dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par tumeur maligne du sein dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par tumeur maligne du col de l'utérus dans le Nord - Pas-de-Calais 2006 - 2009
- Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par cardiopathies ischémiques dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par maladies cérébrovasculaires dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par maladie chronique du foie dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par diabète sucré dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par accidents de la circulation dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 - 2009
- Mortalité par suicides dans le Nord - Pas-de-Calais, 2006 – 2009

**Population du Nord - Pas-de-Calais en 2010**

- [Recensement de la population du Nord - Pas-de-Calais en 2010 : effectif, densité et variation](#)
- [Population du Nord - Pas-de-Calais par groupe d'âge en 2010](#)
- [Nord - Pas-de-Calais en 2010 : natalité, fécondité, mortalité](#)

**Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé 2013**

(Partenariat avec l'ARS Nord – Pas-de-Calais)

<http://www.orsnpsc.org/donnees-territoire/index.html>

- CLS de l'Audomarois hors CASO
- CLS de Béthune
- CLS de Bruay
- CLS CASO
- CLS de Seclin/Carvin
- CLS de la Vallée de la Lys
- CLS de la CA de Maubeuge-Val de Sambre
- CLS de la CA de Valenciennes Métropole
- CLS de la CC de Caudrésis-Catésis
- CLS de la CC du Sud-Artois
- CLS de la CU d'Arras
- CLS des communes des 3CA
- CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin
- CLS du Pays des 7 Vallées
- CLS du Pays du Montreuillois
- CLS du Pôle de santé pluridisciplinaire de Condé
- CLS de la zone de proximité du Boulonnais

## Cartes mises en ligne en 2013

### Cartothèque :

<http://www.orsnpdc.org/cartotheque/index.html>

#### - Cartothèque : territoire du Nord - Pas-de-Calais

- Territoire de santé et zone de proximité
- Les intercommunalités du Nord - Pas-de-Calais : CA, CU, Pays

#### - Cartothèque : offre de soins

- Les professionnels de santé de proximité : offre par commune en 2012
- Les professionnels de santé de pôle : offre par commune en 2012
- Les médecins généralistes : offre par commune en 2012
- Les médecins généralistes : déprise territoriale entre 2005 et 2012
- Les masseurs-kinésithérapeutes : offre par commune en 2012
- Les masseurs-kinésithérapeutes : modification de l'emprise territoriale entre 2005 et 2012

#### - Cartothèque : indice comparatif de mortalité

- Mortalité prématurée (avant 65 ans) 2007 - 2010, par zone d'emploi :
  - Toutes causes
  - Évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel
  - Évitable par des actions sur le système de soins
- Mortalité par tumeur 2007 - 2010, par zone d'emploi
- Mortalité prématurée toutes causes 2007 - 2010, par Communauté urbaine et Communauté d'Agglomération
- Mortalité prématurée (avant 65 ans) 2004 - 2007, par zone d'emploi
  - Toutes causes
  - Évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel
  - Évitable par des actions sur le système de soins
- Mortalité par tumeurs malignes 2004 - 2007, par zone d'emploi

#### - Cartothèque : indice comparatif d'évolution de la mortalité 1982-2007

- Évolution de la mortalité prématurée (avant 65 ans)
  - Évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel
  - Évitable toutes causes
  - Évitable par des actions sur le système de soins

#### - Cartothèque : autre

- Précarité : Indice de défaveur sociale de Townsend
- Poids économique du secteur santé en 2006 : part des actifs du secteur santé sur la population active

## Le DRI

Le Département de Recherche et d'Information assure la collecte, le traitement et la diffusion de l'information, prioritairement auprès des chargés d'études de l'ORS. Il répond également ponctuellement aux demandes d'information documentaire ou statistique des usagers extérieurs. Il s'occupe également du site Internet de l'ORS.

Les activités courantes du DRI :

- Gestion du fonds documentaire, commande, indexation de documents.
- Veille documentaire pour le personnel d'étude de l'ORS (liste non exhaustive) : accès et recours aux soins, cancers, démographie des professions de santé, économie de la santé, environnement, évaluation d'impact de la santé, hospitalisation à domicile, inégalités de santé, territoire, évaluation, politique nationale de santé, TIC et télémédecine, démographie...
- Recherche documentaire sur demandes extérieures à l'ORS :

Le DRI a répondu à ses missions d'information auprès du grand public ainsi que des institutions régionales, directeurs d'établissements hospitaliers, professionnels de santé, acteurs sociaux et territoriaux, presse écrite et audiovisuelle, étudiants en troisième cycle universitaire,...

Au total, le DRI a été sollicité par une quarantaine de demandes individuelles (documentaires ou statistiques) en 2013.

Les thèmes les plus demandés ont été :

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Accès aux soins</li><li>▪ Activité physique</li><li>▪ Cancers</li><li>▪ Démographie des professions de santé</li><li>▪ Démographie médicale</li><li>▪ Espérance de vie</li><li>▪ Handicap</li><li>▪ Hospitalisation à domicile</li><li>▪ IVG</li><li>▪ Maladie d'Alzheimer</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Morbidité par pathologie</li><li>▪ Mortalité infantile</li><li>▪ Mortalité par pathologie</li><li>▪ Obésité, surpoids</li><li>▪ Offre de soins</li><li>▪ Personnes âgées</li><li>▪ Population, démographie</li><li>▪ Recours aux soins</li><li>▪ Santé au travail</li><li>▪ Santé mentale</li><li>▪ Toxicomanies : alcool, tabac, drogues</li></ul> |
|--|---|

## SIGORS

### *Contexte*

SIGORS est le Système d'Information Géographique (SIG) de l'ORS Nord – Pas-de-Calais. C'est un système informatique conçu pour permettre le stockage, la gestion, le traitement, l'analyse et la représentation cartographique de données à références spatiales.

Utilisé depuis plus de dix ans dans la grande majorité des études de l'ORS et contribuant à ce titre à la mémoire de la santé des territoires, SIGORS est un outil fondamental de l'observation spatiale et territoriale de la santé dans la région.

Outre la réalisation de cartes ou d'atlas sur des thématiques de santé, il permet également la mise en œuvre de méthodes utiles à l'analyse des enjeux (croisements de données, analyses statistiques, temps d'accès, courbes isochrones, aires d'attraction). Avec la régionalisation de plus en plus poussée des politiques de santé durant ces dernières années, la demande des acteurs des différents territoires qui composent la région, de disposer de données de santé comparables dans le temps et dans l'espace, est de plus en plus forte. La carte est un outil de communication efficace et plébiscité et revêt une puissance pédagogique très forte, en particulier chez les élus locaux et désormais pour la quasi-totalité des parties prenantes de la santé. Répondre à cette demande nécessite de pouvoir aisément mobiliser ces données sur différents découpages territoriaux afin de produire des synthèses et des analyses utiles pour éclairer la prise de décision.

Le SIG est l'outil privilégié qui permet de recomposer l'information géographique sur les différents territoires à partir de données hétérogènes, en fonction des enjeux et des attentes. Il fonctionne sur une logique d'emboîtement territorial, depuis la commune jusqu'au territoire national, chaque territoire composant un individu statistique ayant ses caractéristiques géométriques propres (positionnement dans un plan orthonormé) et des informations attributaires qui lui sont rattachées. À partir d'un plus petit dénominateur territorial commun (le plus souvent la commune) qui constitue l'unité géographique de base à laquelle sont attribuées les différentes informations, SIGORS permet une interrogation des différents découpages territoriaux par agrégation des données attributaires : communes, intercommunalités, cantons, arrondissements, zones d'emploi et bassins de vie, zones de proximité et territoires de santé, territoires de projets... Cet emboîtement d'échelle, cette flexibilité de lecture à différents niveaux de territoires est fondamentale pour une connaissance approfondie des espaces et de leur contexte et permet de s'adapter à la variabilité des enjeux et des périmètres de gestion.

L'analyse spatiale des phénomènes de santé est un domaine dans lequel l'ORS Nord – Pas-de-Calais est reconnu. Elle dépend en grande partie de la capacité de SIGORS à générer de l'information sur ces territoires de référence, dans la région et au-delà afin de disposer d'éléments de comparaison pertinents.

### *Matériel*

SIGORS est développé sur la base du logiciel Géoconcept, un des principaux SIG présents sur le marché. Il est compatible avec les autres SIG existants dont ceux d'ESRI. Il s'organise autour d'une base de données territorialisées qui permet d'attribuer des informations à différents découpages géographiques. La mise en forme de la production cartographique est réalisée avec le logiciel Adobe Illustrator.

## *Principaux résultats*

### **Mise à jour et intégration de données**

En 2013, les principales mises à jour de données ont porté sur :

- Les données de population issues du recensement annuel (INSEE) ;
- Les données de mortalité (INSERM) ;
- L'offre en professionnels de santé (répertoire ADELI et RPPS) ;
- Les zonages infrarégionaux : EPCI (INSEE-DGCL) et composition communale de la France métropolitaine (INSEE).

La recherche, la collecte, l'organisation et le traitement des données à caractère géographique font partie des activités permanentes liées à SIGORS. La stratégie d'action se base sur la collecte des données au niveau de la France entière afin d'insérer les territoires du Nord – Pas-de-Calais dans un ensemble géographique plus vaste et de disposer de territoires comparables pertinents en dehors de la région. L'enrichissement continu des bases d'information passe par une mise à jour annuelle des « bases permanentes » utilisées dans SIGORS et par l'intégration de données non permanentes. Ces bases de données sont relatives aux découpages territoriaux d'une part et aux informations attributaires d'autre part.

- Découpages territoriaux mis à jour en 2013 :
  - Mise à jour annuelle de la base de données sur la composition communale, France entière, fichiers INSEE (fusions et séparations de communes) ;
  - Mise à jour annuelle de la base de données sur la composition des intercommunalités, France entière : Communautés Urbaines, Communautés d'Agglomération, Communautés de Communes et autres intercommunalités, fichiers INSEE-DGCL.
- Informations attributaires :
  - Mise à jour annuelle de la base de données sur l'état de santé de la population : base de données sur la mortalité CépiDc de l'INSERM, aux différents niveaux géographiques ;
  - Mise à jour annuelle de la base de données démographique et socio-économique : recensement annuel de la population de l'INSEE, niveau communal et agrégations à différents niveaux géographiques ;
  - Mise à jour annuelle de la base de données sur la démographie des professions de santé : fichier ADELI puis RPPS, niveau communal et agrégations à différents niveaux géographiques.

### **Production de cartes pour le site Internet**

L'ORS Nord – Pas-de-Calais produit régulièrement des cartes servant à décrire la situation de la Région et des territoires qui la composent, de manière à partager les connaissances et à informer les acteurs régionaux et plus largement le grand public sur telle ou telle préoccupation de santé. En 2013, 14 nouvelles cartes relatives à l'offre de soins d'une part et à la mortalité d'autre part ont ainsi été produites et mises en ligne sur la cartothèque de l'ORS.

<http://www.orsnpdc.org/cartotheque/index.html>

### Utilisation dans les études

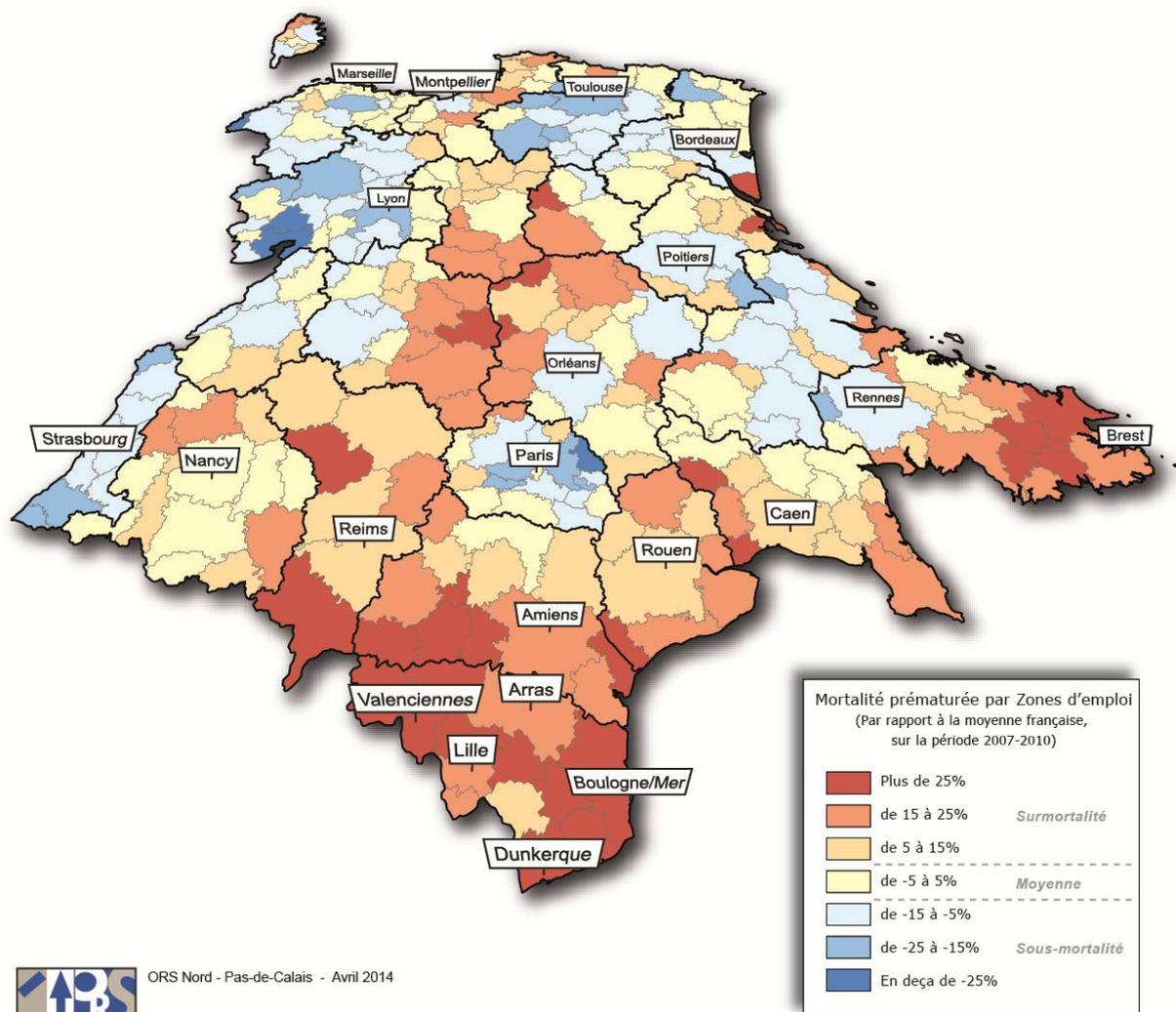
SIGORS a contribué à enrichir les thématiques explorées par l'ORS en 2013 en répondant aux besoins d'analyse spatiale et de production cartographique, notamment sur :

- Le rapport *Maillage des pôles d'offre (analyse spatiale et cartographie)* ;
- La version synthétique de *La santé en Poche (Notre santé) (analyse spatiale et cartographie)* ;
- Les demandes extérieures provenant des acteurs de santé de la région, dont certains ORS et quelques ARS ou Conseils régionaux, et des différentes associations présentes au sein du GRPS (cartographie).

### Prestations hors études

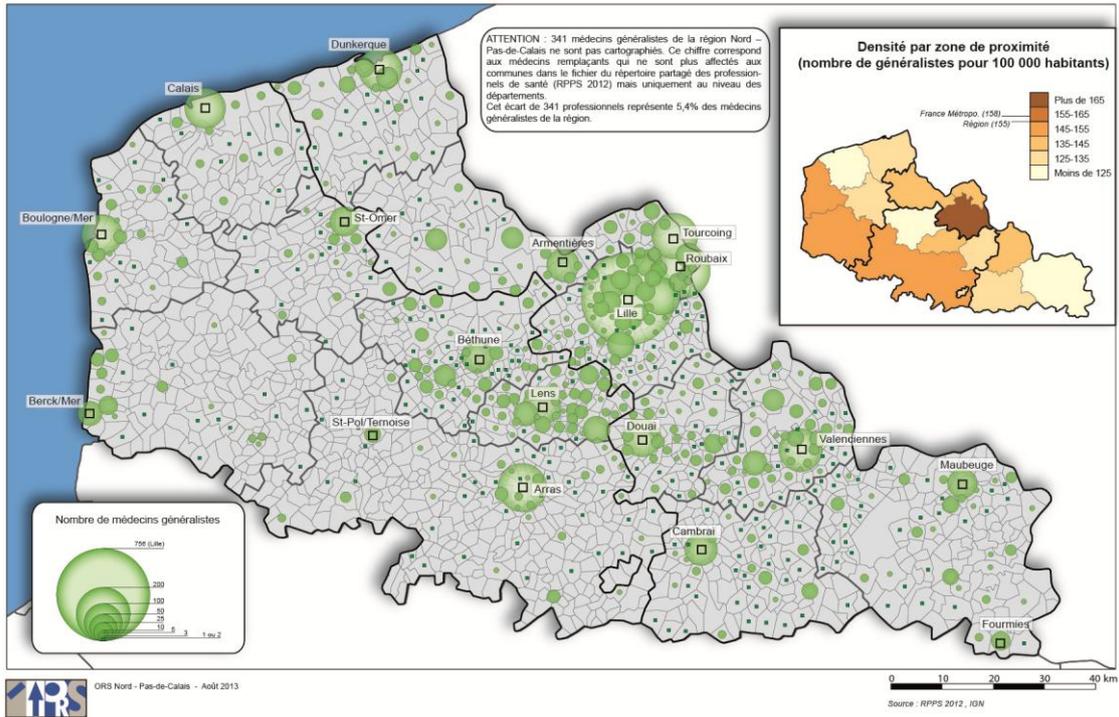
- Utilisation de SIGORS pour le 50/51° Nord sur La ville et ses aires (analyse spatiale et cartographie) ;
- Analyse des besoins d'interopérabilité entre SIGORS et Sigale (le SIG du Conseil Régional). Un échange avec Joël Tignon, responsable du service Information Géographique et Analyse Spatiale, en charge de SIGALE, a permis la rédaction d'une note sur les besoins de rapprochement entre SIGORS et SIGALE. L'analyse révèle qu'il n'existe pas de besoin prégnant de formalisation des procédures d'échange de données géographiques par le biais de conventions et de protocoles entre l'ORS et le Conseil Régional. La bonne entente entre le service du Conseil Régional (Information Géographique et analyse spatiale, DRESTIC, D2DPE) et l'ORS doit suffire aux besoins ponctuels d'échange de données.

Quelques exemples de cartes :



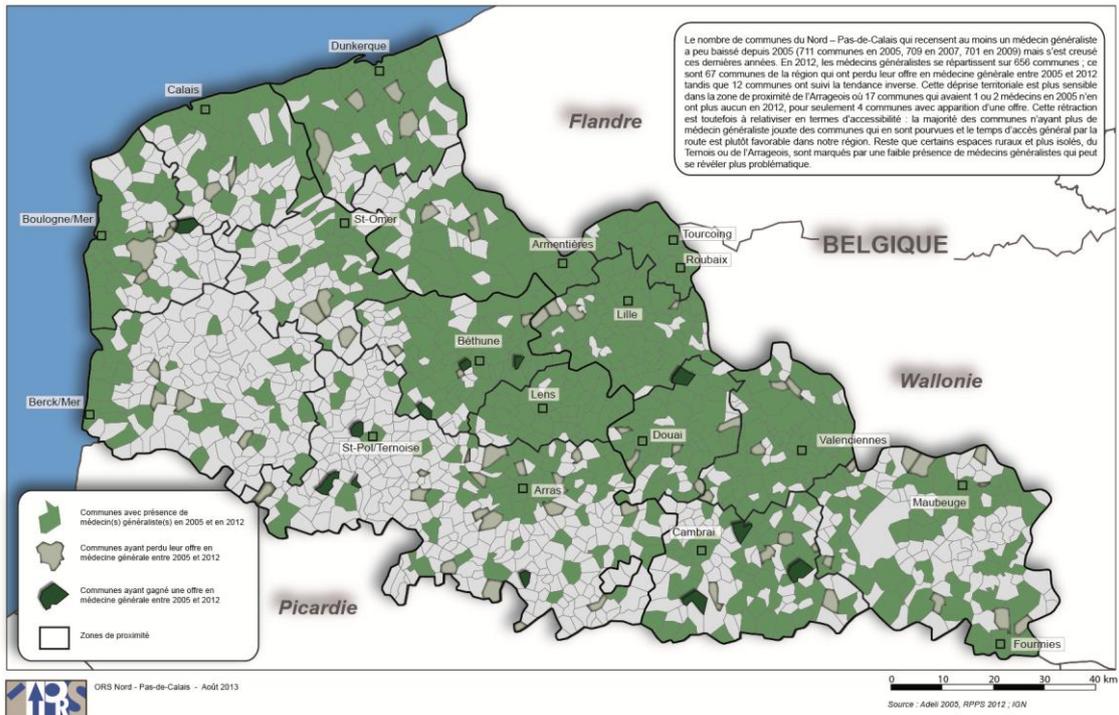
**Les médecins généralistes**

Offre par commune en 2012

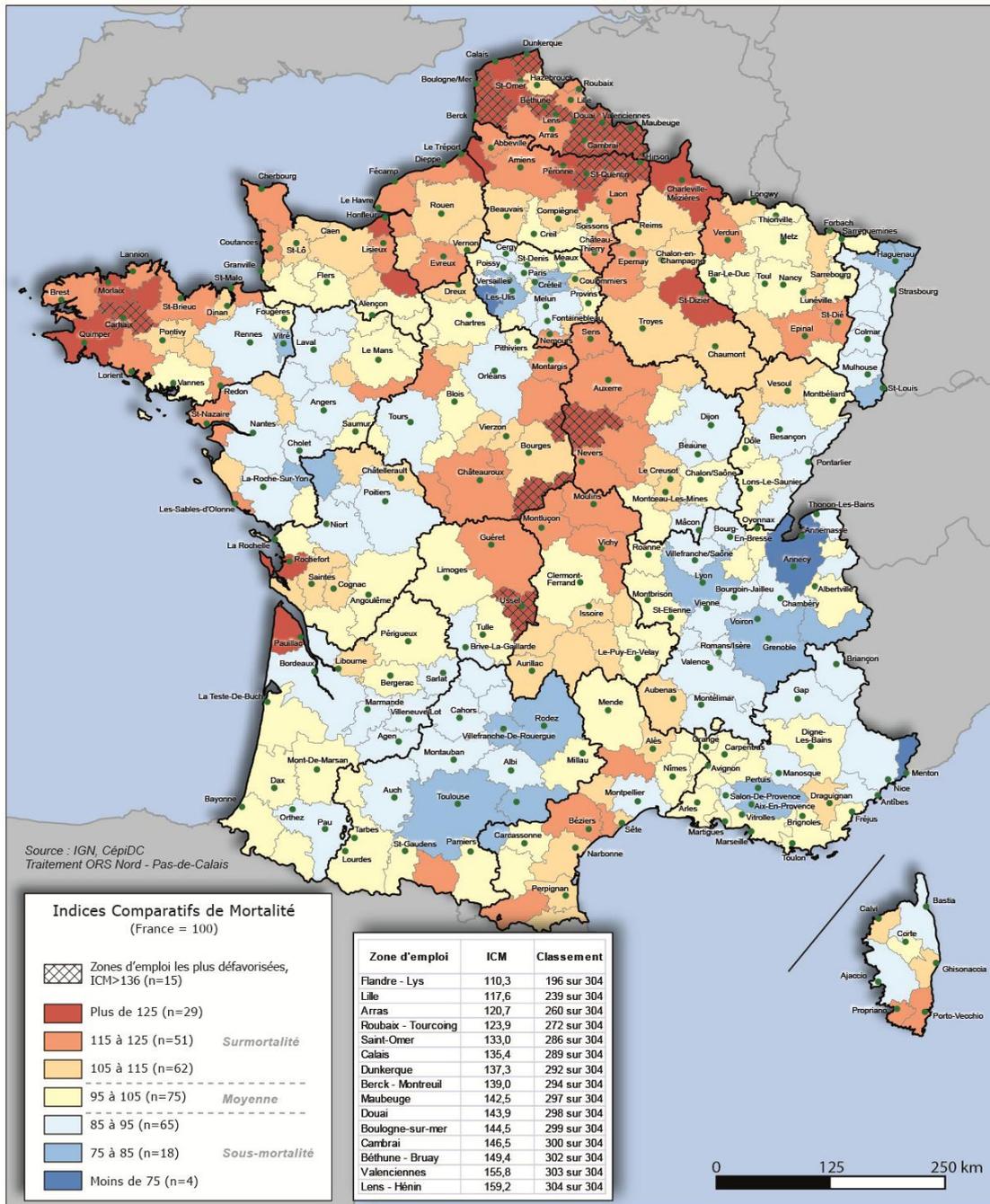


**Les médecins généralistes**

Déprise territoriale entre 2005 et 2012



**Mortalité prématurée (avant 65 ans) toutes causes**  
**Hommes et Femmes - Par zone d'emploi - Période 2007- 2010**



ORS Nord - Pas-de-Calais - Octobre 2013

## 50/51° Nord

### Les petits dossiers de l'ORS Nord – Pas-de-Calais

#### ▀ Ça se PACES à Lille et aussi à Boulogne-sur-Mer

Ce *50/51° Nord* porte sur l'expérimentation de la première année commune d'étude de santé (PACES) de l'Université de Lille 2 à Boulogne-sur-Mer.

Depuis 2009, la PACES a été rendue accessible aux étudiants du littoral par la vidéo-transmission des cours magistraux et des travaux dirigés depuis le site de la nouvelle Faculté de médecine de Lille vers les locaux de l'antenne décentralisée de Lille 2, située à Boulogne-sur-Mer (à l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) du Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer).

Pour mener à bien ce projet, il a fallu une forte mobilisation des différents partenaires : Faculté de médecine associée au CHRU de Lille, Université de Lille 2, Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer, Communauté d'agglomération de Boulogne-sur-Mer, Conseil général du Pas-de-Calais et Conseil régional Nord – Pas-de-Calais.

#### ▀ La ville et ses aires

Ce que tout un chacun sait de sa ville recouvre une réalité plus complexe, plus riche à la fois du point de vue structurel et dans les fondements même de ses contrastes. La ville n'est pas qu'une entité statistique avec une superficie, une somme d'habitants : la ville est aussi l'ensemble de qualités matérielles et immatérielles qui ont fait naître, dans l'Antiquité, la culture urbaine en Mésopotamie, elle est la garante de la forme du vivre étroitement ensemble. Mais la Ville du XIX<sup>e</sup> siècle recouvre aussi des réalités qui ont considérablement évolué. La façon dont la Ville se pense n'est plus celle du passé. Cette évolution recouvre des enjeux considérables surtout dans une région aussi urbaine que l'est le Nord – Pas-de-Calais.

Au total, 151 450 exemplaires des *50/51° Nord* ont été téléchargés depuis le site de l'ORS au cours de l'année 2013.

## Études & travaux



## ■ Mise en place d'un outil de suivi des professionnels de santé à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)

### *Contexte*

L'état de santé de la population du Nord – Pas-de-Calais n'est pas satisfaisant dans sa globalité. Certains territoires sont, aujourd'hui, plus exposés à des risques de dégradation systémique accrue à court et moyen terme. Afin de faire en sorte que ces inégalités territoriales ne se creusent pas plus encore, il est nécessaire, dès aujourd'hui, de mesurer et d'anticiper l'évolution de l'offre de soins à l'échelle des différents territoires du Nord – Pas-de-Calais.

Le maintien de l'offre de soins dépend, entre autres, du renouvellement démographique des médecins et de l'ensemble des professionnels de santé présents dans les territoires. Il apparaissait donc indispensable de doter la région d'un outil permettant de suivre, au moins annuellement, l'évolution démographique des médecins et des professionnels de santé en s'appuyant sur les flux migratoires, la mobilité professionnelle des différentes professions de santé.

### *Objectifs*

Pour répondre à ce besoin, l'Observatoire Régional de Santé Nord – Pas-de-Calais a proposé, au Conseil régional Nord - Pas-de-Calais, la mise en place dès 2013 d'un outil permettant de suivre d'année en année l'évolution démographique des médecins et professionnels de santé, afin de comparer la dynamique migratoire des médecins et professionnels de santé à l'échelle des zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais, des zones d'emploi et des régions du reste de la France métropolitaine. Cet outil a pour objectif de donner une image précise de la mobilité territoriale des professionnels de santé notamment du Nord – Pas-de-Calais vers le Nord – Pas-de-Calais (migrations internes), du Nord – Pas-de-Calais vers ailleurs et d'ailleurs vers le Nord – Pas-de-Calais.

Il permettra également de suivre les créations et les cessations d'activité et plus largement le renouvellement des professionnels de santé et ainsi d'aider à évaluer les enjeux, les risques, les atouts, les opportunités et les dispositifs envisagés au sein des différents territoires de la Région. Plus largement, il devrait aider à l'évaluation des politiques contribuant à inciter ou limiter l'installation des professionnels de santé en permettant de comparer les situations selon les règles avant/après, ici/ailleurs avec la possibilité dans ce dernier cas de se comparer à des territoire de référence (*Territoires miroirs*).

### *Méthode utilisée*

L'ORS a exploité le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) des médecins généralistes et spécialistes, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, qui apparaissait comme la source statistique la mieux adaptée pour répondre aux exigences de la mise en place d'un tel outil. Le suivi annuel de la mobilité spatiale des médecins et des professionnels de santé impliquait que l'ORS Nord – Pas-de-Calais puisse disposer dans l'immédiat des fichiers RPPS nationaux des années 2012 et 2013, et ultérieurement des fichiers des années suivantes, et surtout que ces fichiers soient chaînés d'année en année par le numéro RPPS délivré à chaque nouvel inscrit, permettant ainsi de connaître les changements de lieu d'exercice et de situation professionnelle de chacun.

Il était indispensable que le chaînage des individus par le numéro RPPS soit réalisé dans un cadre strict, garantissant l'anonymat des personnes.

Pour cela, l'ORS Nord - Pas-de-Calais s'est adressé à l'Agence Régionale de Santé Nord - Pas-de-Calais qui obtient, chaque année de la DREES<sup>5</sup>, les fichiers nationaux RPPS. Une convention a été signée entre l'ORS et l'ARS permettant à l'ORS d'obtenir, du service statistique de l'ARS, les fichiers RPPS chaînés (2012 et 2013 dans l'immédiat) des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes<sup>6</sup>. Pour garantir l'anonymat des individus, le numéro individuel RPPS a été remplacé par un nouveau numéro créé et géré exclusivement par le service statistique de l'ARS Nord – Pas-de-Calais.

L'exploitation des fichiers RPPS 2012 et 2013 chaînés a été réalisée par l'ORS Nord - Pas-de-Calais grâce au logiciel statistique SAS.

### ***Territoires concernés***

La mobilité spatiale des médecins généralistes, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et de l'ensemble des professionnels de santé, a été analysée à l'échelle des zones de proximité du Nord - Pas-de-Calais et des régions pour le reste de la France

### ***Principaux résultats***

Des tableaux présentés en annexes du rapport détaillent les différents éléments intervenant dans le mouvement démographique des médecins et des professionnels de santé pour chaque zone de proximité du Nord – Pas-de-Calais et pour chaque zone d'emploi du reste de la France. L'outil a été présenté devant le Comité régional de l'ONDPS<sup>7</sup>. Il ne donnera sa pleine capacité qu'une fois qu'auront été accumulées plusieurs années. Cet outil nécessite donc d'être maintenu durablement. Il fera l'objet d'un partenariat étroit avec l'ARS.

---

<sup>5</sup> Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

<sup>6</sup> Pour les autres travaux, c'est le fichier RPPS national communiqué par la FNORS, et obtenu auprès de la DREES, qui est utilisé par l'ORS.

<sup>7</sup> Observatoire national de la démographie des professions de santé.



## ■ Les migrations résidentielles : quelles conséquences sur l'évaluation des actions régionales et locales de prévention et de santé

### Contexte

Depuis les années 70, l'accroissement de la mobilité spatiale s'est considérablement accru dans l'ensemble de la France, comme dans la totalité des pays de l'OCDE et depuis le début des années 90<sup>8</sup>, la France connaît une nouvelle augmentation de la mobilité résidentielle, entre régions, qui concerne principalement les personnes âgées de moins de 40 ans et davantage les migrations de longues distances. Cette mobilité résidentielle touche particulièrement les territoires définis comme prioritaires par les pouvoirs publics. Ainsi, l'Observatoire national des zones urbaines sensibles<sup>9</sup> (ONZUS) a mis en évidence, contre toute attente, depuis 2005, que 61 % des habitants de zones urbaines sensibles (ZUS) en 1990 habitaient dans un autre logement en 1999, ce qui n'était le cas que pour 51 % des habitants des autres quartiers de leur agglomération<sup>10</sup>.

Les actions de prévention sont généralement évaluées à partir d'indicateurs de suivi, tels que l'Indice comparatif d'évolution de la mortalité (ICEM)<sup>11</sup> ou encore les taux d'évolution de la prévalence du surpoids ou de l'obésité. Ces indicateurs sont d'autant plus pertinents, qu'ils portent bien sur les populations préalablement ciblées par ces actions. Cela implique une certaine stabilité géographique de la population, tout du moins entre le moment où l'action est mise en place et le moment où elle est évaluée.

Or, dans les territoires connaissant un renouvellement important de leurs habitants les indicateurs de suivi risquent alors de perdre de leur efficacité. Les personnes directement visées par les actions peuvent, en effet, avoir en partie quitté le territoire avant qu'il ait été possible d'en mesurer les effets sur leur santé. Elles peuvent être remplacées par des personnes dont l'état de santé s'avère encore plus mauvais ou au contraire meilleur. Aussi, le dénominateur d'un indicateur d'état de santé pourrait s'avérer imparfait ou pire, inexact.

### Objectifs

L'intensification de la mobilité spatiale de la population, particulièrement dans des territoires définis comme prioritaires (ZUS, Cucs<sup>12</sup>), risque de complexifier les évaluations des politiques publiques dont celles relevant de la santé. Par conséquent, l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais a souhaité mettre en œuvre une analyse sur le renouvellement territorial des populations susceptibles d'avoir bénéficié d'actions des différents plans régionaux de santé en se focalisant, plus particulièrement, sur les quartiers prioritaires s'inscrivant dans le cadre de Contrat Urbain de Cohésion Sociale.

---

<sup>8</sup> Baccaïni B. Les flux migratoires interrégionaux en France depuis cinquante ans. *Population* 2007 ; 1(62) : 143-160.

<sup>9</sup> Délégation interministérielle à la ville, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. Observatoire national des zones urbaines sensibles. *La mobilité résidentielle des habitants des zones urbaines sensibles entre 1990 et 1999* In Rapport 2005 de l'ONZUS. Saint-Denis : ONZUS, 2005 ; pp. 117-153.

<sup>10</sup> Ces chiffres se rapprochent de ceux publiés dans un document de travail de l'Institut national d'études démographiques (INED), confirmant, qu'entre 1990 et 1999, 61 % des habitants des zones sensibles ont déménagé contre 53 % dans le reste des unités urbaines de plus de 20 000 habitants et 48 % en France métropolitaine hors ZUS.

<sup>11</sup> Indice conçu et mis au point par l'ORS Nord – Pas-de-Calais en 2010.

<sup>12</sup> Poirier G, Midelet A, Trédez G, Lacoste O. *Nous et les autres : spécificités et évolution des territoires du Nord - Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord-Pas-de-Calais, 2010 ; 160 p.

<http://www.orsnpdc.org/donnees-icem/icemdef.pdf>

<sup>12</sup> Contrat Urbain de Cohésion Sociale.

### **Méthode utilisée**

La première partie de cette analyse a comme objectif de comparer entre 2003 et 2008, la mobilité résidentielle des populations du Nord – Pas-de-Calais par rapport à celle des autres régions, des autres zones d'emploi de France métropolitaine, ainsi que des différentes zones de proximité et territoires de santé du Nord – Pas-de-Calais.

L'analyse des migrations résidentielles, 2003-2008, repose sur la question posée dans les bulletins individuels du recensement 2008 sur le lieu de résidence 5 ans auparavant « Où habitez-vous le 1er janvier 2003 ? »<sup>13</sup>. Les données du recensement sur les changements de résidence sont directement téléchargeables sur le site de l'INSEE<sup>14</sup>.

En croisant le lieu de résidence de 2008 avec le lieu de résidence antérieur (2003), il a été possible de produire ainsi les indicateurs migratoires suivants :

- **Entrants dans un territoire** : personnes qui habitent dans le territoire en fin de période et qui n'y habitaient pas en début de période
- **Sortants d'un territoire** : personnes qui habitaient dans le territoire en début de période et qui n'y habitent plus en fin de période
- **Solde migratoire** = entrants-sortants
- **Taux annuel d'entrée** = (entrants/5)/population moyenne)\*1 000
- **Taux annuel de sortie** = (sortants/5)/population moyenne)\*1 000
- **Taux annuel de migration nette** = (solde migratoire /5)/population moyenne)\*1 000
- **Population moyenne** = individus qui n'ont pas changé de résidence + (entrants+sortants)/2

Dans cette approche, nous avons tenu à distinguer les migrations internes, c'est-à-dire celles ayant eu lieu entre les différents territoires d'une même région et plus particulièrement dans le Nord - Pas-de-Calais, des migrations externes, qui elles concernent exclusivement les flux migratoires de ces mêmes territoires hors de la région d'appartenance.

La deuxième partie de cette analyse a été centrée autour des mouvements résidentiels propres aux communes ayant des quartiers Cucs. L'analyse des migrations, à partir du recensement de 2008, ne permet pas d'évaluer les flux migratoires à l'échelle des quartiers, mais seulement à l'échelle communale ou de zonages résultant du regroupement de communes. Aussi, il n'était pas possible, en l'état des données accessibles, d'analyser la mobilité résidentielle à l'échelle infracommunale des quartiers. Cela nous a conduits, dans un premier temps, à comparer les mouvements migratoires des communes ayant au moins un quartier Cucs, au reste des communes de l'hexagone qui n'en n'ont pas, tout en sachant que cette approche demeurait insatisfaisante du point de vue méthodologique.

Pour pallier cette limite méthodologique, l'analyse a été complétée par une enquête de terrain permettant d'appréhender la mobilité des habitants des quartiers prioritaires. Cette enquête a été réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs, auprès des acteurs susceptibles de posséder des informations sur les mouvements de populations au sein des quartiers Cucs. Ces entretiens ont été menés au sein de quatre communes : Denain, Hautmont, Grande-Synthe et Grenay. Préalablement aux entretiens, le choix de ces communes a été fait à partir de la liste des communes du Nord – Pas-de-Calais possédant au moins un quartier Cucs, avec présélection de plusieurs communes dont l'IDH<sup>15</sup> était élevé. Ce premier choix a ensuite été soumis aux représentants de l'Agence d'urbanisme et de développement de la région Flandre-Dunkerque (AGUR), de la Mission Bassin Minier, et de l'Agence de Développement et d'Urbanisme de la Sambre (ADUS). Ce qui a permis, au final, de conserver uniquement les quatre communes précitées.

---

<sup>13</sup> Pour plus d'information sur la question relative au lieu de résidence antérieure, nous renvoyons le lecteur sur le site de l'INSEE : <http://www.INSEE.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/resultats/doc/pdf/fiche-migrations.pdf>

<sup>14</sup> Fichier détail FD\_MIGCOM\_2008.txt : Migrations résidentielles (localisation à la commune de résidence et à la commune de résidence antérieure).

<sup>15</sup> Indice de développement humain.

### ***Territoires concernés***

- Régions, zones de proximité et territoires de santé du Nord - Pas-de-Calais, zones d'emploi en particulier celles du Nord - Pas-de-Calais (cf. tableau en infra).
- Pour chaque région, communes détenant au moins un quartier Cucs versus les communes n'en disposant pas.
- Communes de Denain, Hautmont, Grande-Synthe et Grenay pour l'approche qualitative.

### ***Principaux résultats***

La mise en évidence de l'existence des mobilités résidentielles au sein des territoires apparaît comme l'un des principaux enseignements de cette étude, montrant ainsi que leur impact est d'autant plus important que les territoires considérés portent sur un maillage fin comme le quartier.

Il en ressort que l'analyse du renouvellement des populations à une échelle fine appelle en effet des changements d'approches méthodologiques. Ce qui est pertinent dans le cas de migrations interrégionales ne l'est plus dans le cas d'une approche sur de plus petits espaces.

Ceci prend tout son sens dans le cas d'évaluations d'impact (ou d'efficience) de tel ou tel programme ou action menée à échelle fine. En effet, leur potentiel risque d'être considérablement limité lorsque sera venu le moment de la conduire si quelques précautions ne sont pas prises (entre autres s'enquérir dans les quartiers du lieu de résidence des bénéficiaires durant la durée de l'action menée).

L'autre élément important à prendre en considération est la durée de l'action. En effet, la mobilité résidentielle aura un impact d'autant plus fort sur les actions que celles-ci s'étendent sur le long terme. Ainsi, si dans le cas d'une politique publique immédiate les effets de la mobilité résidentielle peuvent être considérés, sous certaines réserves, comme étant négligeables même à l'échelle du quartier, à l'inverse, les contraintes induites par la mobilité des personnes, lorsqu'il s'agit d'une action durable (le délai nécessaire de 20 années est très classiquement évoqué), ne doivent pas être perdues de vue. Il est clair que dans les quartiers où la population se renouvelle rapidement, du fait des migrations internes et externes, les populations ciblées par des actions à long terme risquent de ne plus être présent lors de l'évaluation de ces mêmes actions. Cela vaut particulièrement au sein des quartiers en difficulté qui, contre toute attente, connaissent un renouvellement de leur population plus élevé qu'ailleurs.

**Tableau extrait du rapport : Classement des zones d'emploi du Nord – Pas-de-Calais, parmi plusieurs zones et pseudo zones d'emploi du reste de la France selon le taux annuel de migration nette global**

Zones et pseudo zones d'emploi (1)	Arrivée du reste de la région	Arrivée du reste de la France	Resté dans le territoire	Départ vers le reste de la région	Départ vers le reste de la France	Solde migratoire global	Part des personnes n'ayant pas changé de territoire en %	Taux annuel d'arrivée (pour 1 000 habitants)	Taux annuel de sortie (pour 1 000 habitants)	Taux annuel de migration nette avec le reste de la région (pour 1 000 habitants)	Taux annuel de migration nette avec le reste de la France (pour 1 000 habitants)	Taux annuel de migration nette global (pour 1 000 habitants)	Rang de classement et quantiles des taux annuel de migration nette global (2)
Roissy - Sud Picardie ( Île-de-France)	104 214	33 739	1 020 465	96 965	91 111	-50 122	88,1	23,3	31,8	1,2	-9,7	-8,5	1
<b>Dunkerque</b>	<b>7 811</b>	<b>4 885</b>	<b>224 853</b>	<b>11 557</b>	<b>11 224</b>	<b>-10 085</b>	<b>94,7</b>	<b>10,5</b>	<b>18,8</b>	<b>-3,1</b>	<b>-5,2</b>	<b>-8,3</b>	<b>2</b>
Versailles	8 392	2 304	38 669	7 081	5 691	-2 075	78,3	42,4	50,7	5,2	-13,4	-8,2	3
Paris	221 188	330 753	4 729 238	322 052	451 250	-221 361	89,5	20,5	28,7	-3,7	-4,5	-8,2	4
Le Havre	7 580	13 619	352 952	11 770	21 274	-11 845	94,3	11,2	17,4	-2,2	-4,0	-6,2	11
Oyonnax	3 165	3 038	54 162	4 724	3 388	-1 907	89,7	20,2	26,5	-5,1	-1,1	-6,2	12
<b>Maubeuge</b>	<b>6 581</b>	<b>4 819</b>	<b>203 186</b>	<b>8 200</b>	<b>9 969</b>	<b>-6 768</b>	<b>94,7</b>	<b>10,5</b>	<b>16,7</b>	<b>-1,5</b>	<b>-4,7</b>	<b>-6,2</b>	<b>13</b>
Thiérasche	2 066	3 003	50 717	2 554	4 227	-1 712	90,9	17,9	23,9	-1,7	-4,3	-6,0	14
Cergy	41 211	14 481	296 413	30 723	35 152	-10 183	84,2	31,2	36,9	5,9	-11,6	-5,7	15
Orly	54 165	16 892	361 758	54 908	28 117	-11 968	83,6	32,4	37,8	-0,3	-5,1	-5,5	18
<b>Roubaix - Tourcoing</b>	<b>26 304</b>	<b>8 612</b>	<b>345 964</b>	<b>27 676</b>	<b>17 386</b>	<b>-10 147</b>	<b>90,8</b>	<b>18,1</b>	<b>23,4</b>	<b>-0,7</b>	<b>-4,5</b>	<b>-5,3</b>	<b>19</b>
<b>Lille</b>	<b>54 105</b>	<b>41 378</b>	<b>621 320</b>	<b>60 284</b>	<b>54 251</b>	<b>-19 051</b>	<b>86,7</b>	<b>26,3</b>	<b>31,5</b>	<b>-1,7</b>	<b>-3,5</b>	<b>-5,2</b>	<b>20</b>
Créteil	62 381	14 406	421 405	53 030	36 648	-12 891	84,6	30,4	35,5	-3,7	-8,8	-5,1	21
<b>Lens - Hénin</b>	<b>18 243</b>	<b>5 117</b>	<b>315 112</b>	<b>20 821</b>	<b>11 201</b>	<b>-8 661</b>	<b>93,1</b>	<b>13,6</b>	<b>18,7</b>	<b>-1,5</b>	<b>-3,5</b>	<b>-5,1</b>	<b>22</b>
Mantes-la-Jolie	14 097	5 129	131 122	9 697	13 316	-3 788	87,2	25,3	30,2	5,8	-10,8	-5,0	23
Longwy	4 014	2 148	92 194	5 386	2 653	-1 877	93,7	12,4	16,2	-2,8	-1,0	-3,8	37
<b>Boulogne-sur-Mer</b>	<b>6 745</b>	<b>3 489</b>	<b>140 934</b>	<b>7 282</b>	<b>5 825</b>	<b>-2 875</b>	<b>93,2</b>	<b>13,4</b>	<b>17,2</b>	<b>-0,7</b>	<b>-3,1</b>	<b>-3,8</b>	<b>38</b>
Roissy - Sud Picardie (Picardie)	9 343	34 452	303 954	14 997	35 343	-6 546	87,4	25,0	28,7	-3,2	-0,5	-3,7	39
<b>Douai</b>	<b>16 500</b>	<b>5 181</b>	<b>208 184</b>	<b>15 335</b>	<b>10 592</b>	<b>-4 247</b>	<b>90,6</b>	<b>18,7</b>	<b>22,4</b>	<b>1,0</b>	<b>-4,7</b>	<b>-3,7</b>	<b>40</b>
Vallée de l'Arve	3 988	2 775	45 807	5 086	2 624	-948	87,1	25,5	29,1	-4,1	-0,6	-3,6	41
Saint-Quentin	5 429	5 506	118 161	5 479	7 746	-2 290	91,5	16,8	20,3	-0,1	-3,4	-3,5	43
<b>Calais</b>	<b>7 951</b>	<b>2 745</b>	<b>139 866</b>	<b>7 695</b>	<b>5 667</b>	<b>-2 665</b>	<b>92,9</b>	<b>14,1</b>	<b>17,6</b>	<b>0,3</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,5</b>	<b>44</b>
Le Creusot - Montceau	4 401	3 675	89 896	5 298	4 414	-1 636	91,8	16,4	19,7	-1,8	-1,5	-3,3	45
Argentan	2 725	2 285	33 940	3 191	2 431	-611	87,0	25,8	28,9	-2,4	-0,7	-3,1	49
Lunéville	3 627	1 250	25 889	3 609	1 735	-466	84,1	31,5	34,5	0,1	-3,1	-3,0	50
<b>Valenciennes</b>	<b>14 721</b>	<b>8 030</b>	<b>299 952</b>	<b>14 998</b>	<b>12 534</b>	<b>-4 781</b>	<b>92,9</b>	<b>14,0</b>	<b>16,9</b>	<b>-0,2</b>	<b>-2,8</b>	<b>-2,9</b>	<b>51</b>
Orange	4 082	8 109	74 156	4 404	9 062	-1 276	85,9	28,0	31,0	-0,7	-2,2	-2,9	52
Nogent-le-Rotrou (Centre)	1 104	2 431	18 501	1 081	2 772	-318	84,0	31,9	34,7	0,2	-3,1	-2,9	53
Dieppe - Caux maritime	5 576	5 039	105 753	6 710	5 287	-1 382	90,9	18,1	20,5	-1,9	-0,4	-2,4	62
Thionville	10 886	5 656	182 993	12 617	6 284	-2 359	91,7	16,5	18,8	-1,7	-0,6	-2,4	63
<b>Saint-Omer</b>	<b>7 978</b>	<b>1 914</b>	<b>97 107</b>	<b>7 893</b>	<b>3 252</b>	<b>-1 253</b>	<b>90,8</b>	<b>18,4</b>	<b>20,7</b>	<b>0,2</b>	<b>-2,5</b>	<b>-2,3</b>	<b>64</b>
Strasbourg	25 818	30 560	463 525	27 160	35 293	-6 075	89,2	21,6	23,9	-0,5	-1,8	-2,3	65
Nancy	26 263	25 032	426 478	20 976	35 798	-5 479	89,3	21,3	23,6	2,2	-4,5	-2,3	66
Vallée de la Bresle - Vimeu	2 672	3 291	48 419	2 585	3 803	-426	89,0	21,8	23,4	0,3	-1,9	-1,6	88
Vesoul	5 143	6 400	99 503	5 267	7 080	-804	89,6	20,7	22,2	-0,2	-1,2	-1,4	89
<b>Cambrai</b>	<b>9 729</b>	<b>4 927</b>	<b>150 268</b>	<b>8 071</b>	<b>7 708</b>	<b>-1 123</b>	<b>91,1</b>	<b>17,7</b>	<b>19,1</b>	<b>2,0</b>	<b>-3,4</b>	<b>-1,4</b>	<b>90</b>
Carhaix-Plouguer	2 902	2 204	37 373	4 429	964	-287	88,0	24,0	25,3	-7,2	5,8	-1,3	91
Thouars - Loudun	2 222	4 531	54 366	3 385	3 780	-413	89,0	22,0	23,4	-3,8	2,4	-1,3	92
Châteaudun	2 601	2 866	30 142	2 737	2 663	66	84,6	30,7	30,4	-0,8	1,1	0,4	126
Nogent-le-Rotrou (Poitou-Charentes)	567	3 498	19 735	640	3 377	48	82,9	34,2	33,8	-0,6	1,0	0,4	127
<b>Béthune - Bruay</b>	<b>21 127</b>	<b>4 906</b>	<b>244 993</b>	<b>16 543</b>	<b>8 915</b>	<b>574</b>	<b>90,4</b>	<b>19,2</b>	<b>18,8</b>	<b>3,4</b>	<b>-3,0</b>	<b>0,4</b>	<b>128</b>
Le Blanc	1 102	2 171	18 463	1 171	2 046	56	84,9	30,2	29,6	-0,6	1,2	0,5	129
Châteauroux	5 230	11 540	149 709	5 365	10 964	441	89,9	20,2	19,6	-0,2	0,7	0,5	130
Bayeux	4 015	2 644	40 696	4 489	1 867	303	85,9	28,2	26,9	-2,0	3,3	1,3	146
Haguenau	12 232	4 669	168 216	9 660	6 044	1 197	90,9	18,3	17,0	2,8	-1,5	1,3	147
<b>Arras</b>	<b>17 390</b>	<b>7 625</b>	<b>198 568</b>	<b>13 032</b>	<b>10 401</b>	<b>1 582</b>	<b>88,8</b>	<b>22,5</b>	<b>21,0</b>	<b>3,9</b>	<b>-2,5</b>	<b>1,4</b>	<b>148</b>
Verdun	3 863	3 339	51 957	3 449	3 302	451	87,8	24,4	22,9	1,4	0,1	1,5	149
Blois	9 318	10 675	142 268	8 572	10 179	1 242	87,7	24,7	23,2	0,9	0,6	1,5	150
Morteau	2 173	2 116	35 873	2 849	1 111	329	89,3	21,4	19,8	-3,4	5,0	1,6	154
Sablé-sur-Sarthe	3 569	1 862	28 884	3 764	1 380	288	84,2	31,8	30,1	-1,1	2,8	1,7	155
<b>Flandre - Lys</b>	<b>11 307</b>	<b>1 674</b>	<b>99 167</b>	<b>8 758</b>	<b>3 236</b>	<b>986</b>	<b>88,4</b>	<b>23,3</b>	<b>21,5</b>	<b>4,6</b>	<b>-2,8</b>	<b>1,8</b>	<b>156</b>
Besançon	16 956	16 931	241 689	11 330	20 130	2 427	87,7	24,7	22,9	4,1	-2,3	1,8	157
Tarbes - Lourdes	5 465	15 914	194 170	6 568	12 877	1 934	90,1	19,9	18,1	-1,0	2,8	1,8	158
Issoudun	1 835	990	17 536	1 498	1 071	257	86,1	27,9	25,4	3,3	-0,8	2,5	174
Cannes - Antibes	18 263	28 788	332 530	18 888	23 359	4 804	87,6	24,9	22,4	-0,3	2,9	2,5	175
<b>Berck - Montreuil</b>	<b>7 050</b>	<b>4 117</b>	<b>87 002</b>	<b>5 396</b>	<b>4 526</b>	<b>1 245</b>	<b>88,6</b>	<b>22,9</b>	<b>20,3</b>	<b>3,4</b>	<b>-0,8</b>	<b>2,6</b>	<b>176</b>
Fougères	3 396	4 067	53 660	3 424	3 253	786	87,8	24,6	22,0	-0,1	2,7	2,6	177
Saint-Lô	7 164	3 579	67 714	6 182	3 551	1 010	86,3	27,6	25,0	2,5	0,1	2,6	178
Challans	7 246	11 117	91 816	6 305	3 706	8 352	83,3	34,6	18,9	1,8	14,0	15,8	311
La Teste-de-Buch	11 309	14 302	101 591	9 503	6 066	10 041	79,9	41,9	25,5	3,0	13,5	16,4	312
Royan	4 830	10 256	66 544	4 550	4 076	6 460	81,5	38,5	22,0	0,7	15,8	16,5	313
Clermont-Ferrand - Lodève	6 289	3 955	36 354	3 985	2 004	4 255	78,0	46,1	26,9	10,4	8,8	19,1	314
Corte	2 078	881	8 423	699	614	1 646	74,0	56,0	24,9	26,1	5,1	31,2	315

Source : INSEE, RP 2008 exploitation complémentaire. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

(1) Pseudo zone d'emploi : Certaines des zones d'emploi 2010 recouvraient plusieurs régions. Le calcul des taux de migration nette, avec le reste de la région nous a contraints à subdiviser ces zones d'emploi en autant de région qu'elles en recouvraient. Les zones d'emploi qui ont été subdivisées sont : Mont-de-Marsan (0050), Alençon (0051), Cosne - Clamecy (0052), Mâcon (0053), Nogent-le-Rotrou (0054), Vallée de la Bresle - Vimeu (0055), Roissy - Sud Picardie (0056), Brive-la-Gaillarde (0057), Avignon (0059), Saint-Étienne (0060), Toulouse (0061).

(2) Chaque couleur indique à quel quantile appartient chaque zone ou pseudo zone d'emploi.

Lecture du tableau : Entre 2003 et 2008, 7 811 personnes venant du reste de la région et 4 885 du reste de la France se sont installées dans la zone d'emploi (ZE) de Dunkerque. Sur la même période, 11 557 sont parties vers une autre ZE du Nord –Pas-de-Calais et 11 224 vers une autre ZE du reste de la France métropolitaine. Sur 1 000 habitants la ZE de Dunkerque a perdu, entre 2003 et 2008, 8,3 personnes en moyenne chaque année.

Quantile	Bornes (taux pour 1 000)
1 <sup>er</sup> quart	[ -8,5 à -1,8 [
2 <sup>ème</sup> quart	[ -1,8 à +1,8 [
3 <sup>ème</sup> quart	[ +1,8 à +5,5 [
4 <sup>ème</sup> quart	[ +5,5 à +31,2 ]

**Le rapport décrit les caractéristiques migratoires de chaque zone d’emploi du Nord – Pas-de-Calais**

Exemple : la zone d’emploi de Dunkerque

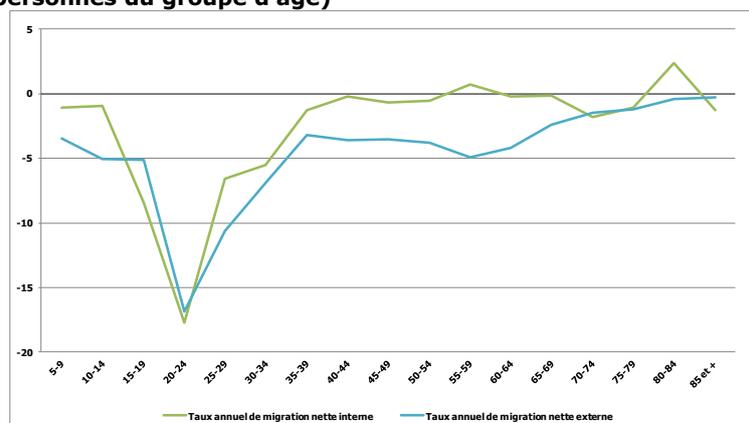
Comme nous l’avons déjà précisé, la zone d’emploi de Dunkerque apparaît non seulement comme le territoire ayant connu, entre 2003 et 2008, le flux migratoire le plus déficitaire de toutes les zones d’emploi du Nord – Pas-de-Calais mais, plus encore, de l’ensemble des zones et pseudo zones d’emploi de France métropolitaine. En effet, le taux annuel de migration nette global (- 8,3 ‰ habitants) place ce territoire en seconde position du classement des taux, de la valeur la plus négative à la plus positive des zones d’emploi de France métropolitaine. Durant cette période, un peu plus de 2 539 personnes sont venues s’y installer, en moyenne chaque année, alors que, dans le même temps, pratiquement le double (4 556 personnes/an) a quitté la ZE de Dunkerque. En termes de taux migratoire, ce déficit est, avant tout, imputable aux migrations externes. En effet, le taux annuel de migration nette avec le reste de la France atteint -5,2 ‰ habitants, alors que le taux annuel de migration nette avec le reste de la région atteint -3,1 ‰ habitants. La zone d’emploi de Lille recueille à elle seule 15,7 % des 22 781 personnes sorties de la ZE de Dunkerque entre 2003 et 2008, suivi de la ZE de Calais, de Flandre-Lys et de Saint-Omer, qui en concentre respectivement 10,2 % ; 7,7 % et 4,3 %.

Les départs vers une autre région sont proportionnellement importants puisqu’ils représentent 49 % de la totalité des sortants. L’Île-de-France représente la région la plus attractive, captant à elle seule 9,0 % des départs. Le sud de la France attire également, les régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d’Azur totalisant 11,5 % des départs de la ZE de Dunkerque.

Sur les 12 696 entrants, 15,2 % ont déclaré résider dans la ZE de Lille cinq ans auparavant, 10,8 % dans la ZE de Calais, 8,5 % dans la ZE de Flandre-Lys et 8,1 % dans la région Île-de-France. La ZE de Dunkerque est déficitaire par rapport à ces territoires. Ainsi, on compte en moyenne près de deux départs vers la ZE Lille pour une arrivée en provenance de cette même zone d’emploi. Le nombre de départs par rapport au nombre d’arrivées est également déficitaire vis-à-vis des ZE de Berck-Montreuil (ratio=2,2), Calais (ratio=1,7), de Flandre-Lys (ratio=1,6), ou encore de la région Île-de-France (ratio=2). En terme d'effectif, les déficits internes à la région concernent en premier lieu la ZE de Lille (-1 647 habitants), suivi ensuite des zones d'emploi limitrophes, de Flandre-Lys (-686 habitants), Calais (-945 habitants), Saint-Omer (-453 habitants). Le solde migratoire est également très négatif par rapport à l’Île-de-France (-1 020 habitants).

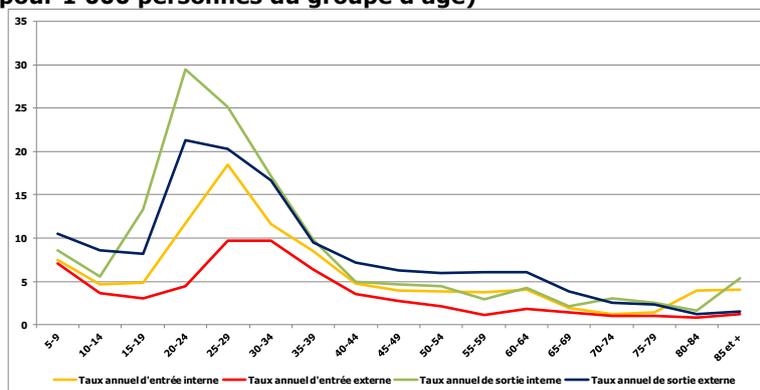
C’est entre 20 et 24 ans, âge correspondant aux migrations dues aux études, que le taux migratoire net interne comme externe est le plus négatif. Il est également relativement déficitaire chez les 25-29 ans et les 30-34 ans. Le déficit migratoire vis-à-vis des autres ZE du Nord – Pas-de-Calais se réduit entre 40 et 69 ans, ce qui n’est pas le cas pour les migrations externes qui restent négatives quel que soit l’âge. À ces âges, les sorties vers le reste de la France deviennent, en effet, prédominantes comme en témoignent les taux. En ce qui concerne les entrées, elles sont plus importantes par rapport à la région que par rapport à la France, et cela, quel que soit l’âge.

**Graphique 1 : Taux annuel de migration nette interne et externe, selon l'âge, de la ZE de Dunkerque (Taux pour 1 000 personnes du groupe d'âge)**



Source : INSEE, RP 2008 exploitation complémentaire.

**Graphique 2 : Taux annuel d'entrée et de sortie interne ou externe, selon l'âge, de la ZE de Dunkerque (Taux pour 1 000 personnes du groupe d'âge)**



Source : INSEE, RP 2008 exploitation complémentaire.

**Tableau 2 : Entrants et sortants de la ZE de Dunkerque selon différentes zones d'emploi du Nord – Pas-de-Calais et différentes régions (période 2003 et 2008)**

Lieu d'origine et de destination		Entrants		Sortants		Solde		Ratio Sort/Entr
Région	Zone d'emploi	Effectif	%	Effectif	%	2003-2008	Annuel	
	Lille	1 925	15,2	3 572	15,7	-1 647	-329	1,9
	Flandre-Lys	1 076	8,5	1 761	7,7	-686	-137	1,6
	Douai	227	1,8	203	0,9	24	5	0,9
	Valenciennes	310	2,4	349	1,5	-39	-8	1,1
	Cambrai	185	1,5	114	0,5	72	14	0,6
	Maubeuge	166	1,3	177	0,8	-10	-2	1,1
	Arras	248	2,0	277	1,2	-29	-6	1,1
	Lens-Hénin	337	2,7	229	1,0	108	22	0,7
	Bethune-Bruay	347	2,7	384	1,7	-37	-7	1,1
	Saint-Omer	528	4,2	982	4,3	-453	-91	1,9
	Calais	1 371	10,8	2 316	10,2	-945	-189	1,7
	Boulogne-sur-Mer	334	2,6	341	1,5	-7	-1	1,0
	Berck-Montreuil	70	0,6	155	0,7	-85	-17	2,2
	Île-de-France	1 024	8,1	2 044	9,0	-1 020	-204	2,0
	Champagne-Ardenne	170	1,3	225	1,0	-56	-11	1,3
	Picardie	521	4,1	681	3,0	-160	-32	1,3
	Haute-Normandie	347	2,7	324	1,4	23	5	0,9
	Centre	197	1,6	474	2,1	-276	-55	2,4
	Basse-Normandie	64	0,5	199	0,9	-135	-27	3,1
	Bourgogne	115	0,9	239	1,0	-124	-25	2,1
	Roubaix-Tourcoing	685	5,4	696	3,1	-10	-2	1,0
	Lorraine	266	2,1	325	1,4	-59	-12	1,2
	Alsace	140	1,1	201	0,9	-61	-12	1,4
	Franche-Comté	60	0,5	196	0,9	-137	-27	3,3
	Pays de la Loire	182	1,4	483	2,1	-302	-60	2,7
	Bretagne	225	1,9	394	1,7	-168	-32	1,7
	Poitou-Charentes	50	0,4	191	0,8	-142	-28	3,8
	Aquitaine	174	1,4	702	3,1	-528	-106	4,0
	Midi-Pyrénées	110	0,9	588	2,6	-478	-96	5,4
	Limousin	32	0,3	109	0,5	-77	-15	3,4
	Rhône-Alpes	399	3,1	1 236	5,4	-837	-167	3,1
	Auvergne	29	0,2	201	0,9	-172	-34	6,9
	Languedoc-Roussillon	143	1,1	738	3,2	-595	-119	5,2
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	490	3,9	1 392	6,1	-902	-180	2,8
	Corse	32	0,3	43	0,2	-11	-2	1,3
	DOM et COM	105	0,8	238	1,0	-133	-27	2,3
		12 696	100	22 781	100	-10 085	-2 017	1,8

Source : INSEE, RP 2008 exploitation complémentaire.

Lecture du tableau : 1 925 personnes originaires de la ZE de Lille ont émigré vers la ZE de Dunkerque (15,2 % de ses entrées) alors que 3 572 ont quitté la ZE de Dunkerque pour la ZE de Lille.

## ■ Santé et politiques publiques

### *Contexte*

La collaboration intersectorielle comme moyen d'apporter davantage d'efficacité aux politiques publiques est en plein développement dans le domaine de la santé comme dans d'autres secteurs. Elle se base sur l'idée que les déterminants de santé sont multiples et interdépendants, que la santé n'est pas uniquement déterminée par ce qui s'inscrit dans le champ du système de santé et que des gains de santé peuvent être trouvés en dehors de ce champ. Elle peut s'envisager au sein d'une démarche plus large et plus globale qui consiste à intégrer la santé dans l'ensemble des politiques publiques (selon le terme anglo-saxon *Health in all policies*). Les différentes politiques publiques, qu'elles soient d'ordres économiques, sociales ou environnementales, sont porteuses d'impacts sur la santé et la qualité de vie de différentes populations, en négatif comme en positif. Les évaluations de ces impacts se développent dans différents pays de manière à mieux en tenir compte dans l'élaboration de différentes politiques publiques. La connaissance des impacts significatifs, pouvant être associés à une mesure politique envisagée (au stade du projet), peut en effet permettre d'agir sur ces déterminants de la santé et de la qualité de vie, pour tenter de réduire les effets négatifs et de renforcer les effets positifs. Cette démarche permet en outre de rechercher davantage de synergie et de cohérence entre différentes politiques publiques, par la prise en compte d'objectifs croisés et parfois concurrentiels (entre des objectifs de santé et des objectifs économiques par exemple). Dans ce contexte, l'action intersectorielle est de plus en plus plébiscitée comme une démarche d'efficacité des politiques publiques permettant une meilleure homogénéisation des objectifs poursuivis. Elle commence à être appliquée dans l'évaluation. Ces points ont d'ailleurs été clairement abordés et évoqués dans l'étude *L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais* de 2012.

La région Nord – Pas-de-Calais est marquée depuis plusieurs décennies par de mauvais indicateurs sanitaires et souffre d'un retard sur les autres régions de France métropolitaine qu'elle ne parvient pas à rattraper. La marge de progression sur l'amélioration de l'état de santé de la population est donc importante, mais force est de constater que les politiques de santé ne constituent pas un levier suffisant pour faire évoluer les indicateurs. Dans ce cadre, la démarche d'intégration de la santé dans différentes politiques publiques nous semble constituer une stratégie complémentaire aux politiques de santé traditionnelles, stratégie qu'il nous a paru important d'explicitier avant d'essayer de l'initier dans la région et dans ses territoires.

Certains documents d'orientation stratégiques, schémas ou plans relatifs aux différentes politiques publiques d'aménagement, à ces différents niveaux de lecture, offrent un cadre de travail propice au développement d'une action intersectorielle en santé. Les différents schémas de développement et d'aménagement territoriaux peuvent contribuer à influencer les déterminants de santé qui se situent hors du champ traditionnel du système de santé et de la planification sanitaire. La prise en compte de l'environnement semble déjà intégrée à ce type de démarche, au titre du développement durable des territoires. Il existe là une opportunité pour la santé de mener sa propre démarche intersectorielle afin de disposer de moyens d'actions supplémentaires pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, enjeu majeur de santé publique dans la région, en intervenant plus en amont sur certains de ses déterminants.

### ***Objectifs***

- Mettre en évidence et exposer les enjeux relatifs à une approche intersectorielle de la santé (revue de littérature) pour interpeller et sensibiliser l'ensemble des acteurs de l'action publique territoriale.
- Montrer qu'il est possible de parvenir à l'obtention de gains pour la santé au travers des politiques publiques qui ne concernent pas directement le système de santé (aménagement, transports, logement, éducation, pauvreté, etc.). Ces autres politiques contribuent en effet à œuvrer sur les déterminants de santé au sens large en modifiant les conditions de vie, de travail et les comportements de la population, mais aussi sur l'organisation même des systèmes régionaux et locaux de santé par les aménités qu'elles implémentent sur les territoires.
- Sur la thématique des transports et de la mobilité, analyser la place de la santé dans le Schéma Régional des Transports et Mobilités du Nord – Pas-de-Calais).
- Par le biais de la littérature internationale disponible sur le sujet, mettre en avant les relations existantes entre la santé et les transports, les impacts constatés et attendus des transports sur les déterminants de la santé et de la qualité de vie en général.

### ***Méthode utilisée***

- Revue de littérature grise et scientifique, nationale et internationale, sur :
  - le thème de la santé dans les politiques publiques, le thème de l'intersectorialité en santé ;
  - les impacts des politiques de transport et des questions de mobilité sur la santé (quels déterminants de la santé et du bien-être sont affectés par les politiques dans le domaine des transports ?).
- Analyse de la démarche de l'intégration de la santé dans différentes politiques publiques : principes, fondements, méthodes, outils, freins et leviers.
- Lecture critique du Schéma Régional des Transports et Mobilité (projet) et d'autres documents qui s'y rattachent (SRADDT, SRCAE) sous le prisme de la santé.
- Mise en lumière du contexte régional dans le domaine des transports (politique, stratégique, usage).
- Analyse des enjeux de santé associés aux transports et à la mobilité et de leur place au sein du SRTM.

### ***Principaux résultats***

Le rapport est découpé en deux parties distinctes.

La première partie concerne les aspects théoriques de la démarche d'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques. À partir de la littérature disponible sur le sujet, nous avons identifié les enjeux, les défis, les leviers, les freins, les méthodes et les outils qui accompagnent le processus de collaboration intersectorielle et la mise en place d'une stratégie d'intégration de la santé dans différentes politiques publiques. Cette partie permet d'esquisser la philosophie de la démarche et d'exposer les changements attendus dans la manière de concevoir et de mettre en œuvre l'action publique pour une meilleure santé et une meilleure qualité de vie : partage de valeurs et d'objectifs communs par différents secteurs, impulsion et soutien politique à la démarche, développement des connaissances sur les liens entre santé et politiques publiques, sur les déterminants de santé, collaboration entre différents secteurs (horizontale) et entre différentes échelles de prise de décision (verticale), développement des évaluations d'impact sur la santé (EIS), collaboration des autorités de santé, etc.

La seconde partie est axée sur l'analyse des enjeux existant entre les politiques de transports et de mobilités, la santé et la qualité de vie des populations. La lecture du projet de Schéma Régional des Transports et Mobilités du Nord – Pas-de-Calais nous informe sur les orientations stratégiques régionales des politiques de transport et sur la place accordée à la santé dans ces orientations. La santé, la qualité de vie et le caractère durable du système de transport régional sont cités comme des préoccupations fondamentales qui doivent guider les orientations politiques. En revanche, la nature, l'importance et la répartition des impacts des politiques de transports sur la santé et la qualité de vie ne sont pas spécialement analysées, documentées ou détaillées. Il nous semble important d'associer plus étroitement ces enjeux dans l'ensemble des politiques (y compris les transports) visant à intégrer des objectifs de durabilité, notamment par la mise en œuvre d'évaluations plus complètes sur les impacts potentiels et attendus sur la santé des populations, en collaboration avec les autorités de santé.

Par ailleurs, les impacts constatés des politiques de transport et de mobilité sur la santé et la qualité de vie ont été instruits par le biais de la littérature nationale et internationale. Ces impacts sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé peuvent être plus ou moins directs et plus ou moins quantifiables. On relèvera par exemple que la pollution atmosphérique occasionnée par le secteur des transports est associée à une mortalité plus importante (par maladies respiratoires, cardiovasculaires et par certains cancers) et occasionnerait tous les ans 24 000 décès prématurés en France, soit 7 fois plus que le nombre de tués sur les routes en 2012. La pollution atmosphérique serait ainsi responsable d'une baisse de 5,8 mois d'espérance de vie dans l'agglomération Lilloise. Les nuisances sonores seraient occasionnées à 80 % par le secteur des transports et seraient associées selon l'OMS à 1 million d'années de vie en bonne santé perdues chaque année en Europe, et, selon Bruitparif, à 66 338 années de vie en bonne santé perdue chaque année dans l'agglomération parisienne (perturbations du sommeil, gêne, maladies cardiovasculaires, troubles de l'apprentissage, acouphènes). L'activité physique liée aux modes de déplacements actifs (marche, vélo, etc.) est, a contrario, associée à une baisse du risque de mortalité de 30 % par rapport à la population générale. Une étude danoise a montré par exemple que l'utilisation du vélo comme moyen de transport domicile/travail était associé à une augmentation de 7 années de l'espérance de vie. De manière plus générale, sur le plan local ou à un échelon territorial supérieur, les projets d'aménagements ou les politiques de transport favorables aux modes de transports actifs et aux transports en commun peuvent influencer la santé et ses déterminants sur de nombreux points : sécurité, facilité et temps d'accès, diversité des destinations, qualité de l'air, activité physique, bien-être, cohésion sociale, etc. La mise en œuvre de stratégies régionales sur les transports et la mobilité, et leur déclinaison locale devraient donc, selon nous, intégrer davantage les préoccupations de santé afin d'être encore plus efficace et servir des intérêts croisés.

## ■ **Maillage des pôles d'offre. Phase 1 et Phase 2 : Éléments de la problématique, potentialités régionales et mise en œuvre locale**

### *Contexte*

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a offert de nombreux outils pour redessiner l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Elle met l'accent sur les coopérations entre professionnels de santé, l'élargissement des champs de compétence des différentes professions afin d'aider à une meilleure répartition des tâches, et définit des statuts juridiques permettant aux acteurs du système de santé de créer des entités de regroupement adaptées à leurs besoins. Le progrès technologique de ces dernières années a considérablement augmenté les possibilités de coopération et aplani les contraintes géographiques et temporelles. Ces outils ont, depuis, permis l'émergence de nombreux projets locaux dans le Nord – Pas-de-Calais, que nous détaillerons ci-après à titre d'exemple. L'offre de soins est définie à l'heure actuelle à partir d'indicateurs statiques : l'hôpital public joue un rôle central dans les régions en tant que pourvoyeur principal d'actes médicaux et de maintien de la permanence des soins. Son activité est mesurée classiquement en nombres de lits, un reflet de la taille qui ne prend pas en compte la diversité de son activité. La médecine de ville apparaît, quant à elle, comme garante de l'offre de proximité et crée un relais entre les patients et l'hôpital. Si cette vision dichotomique reste très simpliste et semble avoir été dépassée depuis longtemps par les acteurs du système de santé, les initiatives pour articuler ce dernier semblent encore souvent basées sur la connexion arbitraire d'entités indépendantes. Il est nécessaire de redéfinir les pôles d'offre et de penser à l'importance du maillage qui se tisse entre eux, souvent à l'initiative même des acteurs locaux.

La volonté de relier les pôles d'offre répond à un besoin essentiel : l'égalité d'accès aux soins. De multiples facteurs sont à l'origine des inégalités d'accès aux soins. Le déséquilibre de la démographie médicale a été souligné depuis 2003 après les rapports du professeur Berland, avec la naissance des déserts médicaux, auxquels n'ont pu remédier depuis les mesures incitatives, et qui ont conduit les gouvernements successifs à engager ou envisager des mesures coercitives dont la mise en place n'est pas exempte de heurts ou de frustrations chez les professionnels de santé. Cette tendance est à mettre en parallèle avec les évolutions de la médecine moderne. Le vieillissement de la population et la prééminence des maladies chroniques ont considérablement accru les besoins des patients, ainsi que les contraintes de leur prise en charge (délais, développement de l'hospitalisation à domicile...). Les associations de patients gagnent en visibilité et sont des acteurs à part entière dans les réflexions attenantes à l'offre de soins.

L'offre de santé, soins et prévention, connaît ces dernières années une profonde recomposition sous les effets conjugués de la recherche indispensable d'une plus grande efficacité et d'évolutions sociétales et démographiques. Ces processus sont, comme ailleurs, en cours dans le Nord – Pas-de-Calais et ont largement prévalu aux objectifs finaux de la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de 2010. Si les cadres juridiques ouverts par la loi HPST ont, a priori, étendu le champ des possibles, ici comme ailleurs, il reste que les approches, les modes de faire et de pensée restent manifestement très en retrait des possibilités légales et des besoins de l'offre qui, dans le Nord – Pas-de-Calais, doit être confortée dans les meilleurs délais possibles en exploitant les avantages concurrentiels spécifiques dont elle dispose.

### ***Objectifs***

L'objectif majeur de l'étude est de promouvoir une prospective volontariste à court terme susceptible de sensibiliser et de promouvoir un plan de maillage régional et local.

### ***Méthode utilisée***

Le travail s'est fondé sur une solide revue de littérature, issue tant des travaux les plus récents en aménagement du territoire que des dernières publications se rapportant aux innovations techniques et organisationnelles de l'offre de soins et de santé.

Les textes contenus dans la loi HPST ont été examinés sous l'angle de leurs potentiels territoriaux structurants.

Une première illustration de la structuration territoriale induite par ces pôles a pu être conçue lors d'un long travail d'analyse fondé sur l'exploitation des fichiers RPPS obtenus via la FNORS.

Lors de la Phase 2, il a été possible de bénéficier du partenariat étroit avec l'ARS et son délégué territorial et des deux opportunités offertes par la tenue de la Conférence permanente du Bassin Minier (portée par la Mission Bassin Minier) et de la conduite du projet Territoire de soins numérique (PTSN).

### ***Territoires concernés***

Région Nord – Pas-de-Calais.

### ***Principaux résultats***

Bilan des attentes et de la perception de la thématique et de son potentiel auprès des structures et acteurs locaux du Bassin Minier.

Analyse des logiques fonctionnelles et place du projet PTSN.

Explicitations du maillage, de ses échelles et de ses fonctions.

## ■ Notre santé : mieux comprendre la santé et ses enjeux en Nord – Pas-de-Calais (seconde version allégée et commentée de *La santé dans la poche*)

### *Contexte*

La production d'indicateurs chiffrés constitue aujourd'hui une source d'information primordiale, bien que non exclusive, dans le cadre de l'élaboration de politiques publiques de santé comme dans le cadre de leur évaluation. Les décideurs politiques et les services techniques des différentes collectivités locales de la région sont constamment à la recherche de ces indicateurs, renouvelés et mis à jour, pour faire le point sur la situation de leur territoire et les aider à fixer des priorités d'action. Ces indicateurs, ou les données permettant de les calculer, peuvent être produits, et éventuellement mis à disposition, par de multiples organismes. Ils sont donc disséminés entre différentes sources et ne font pas l'objet d'une collecte et d'un traitement en routine sur les différents niveaux de territoires. Cette publication de l'ORS Nord – Pas-de-Calais est destinée à faire le point sur les données chiffrées disponibles et utiles pour établir des diagnostics et aider à orienter les politiques régionales et locales qui intègrent des préoccupations de santé.

*La santé en poche* mise en ligne en 2012 nécessitait qu'une seconde version, plus allégée et plus commentée, soit produite qui se différencie du recueil d'indicateurs statistiques mis en ligne. Cette publication s'inscrit toutefois dans cette même exigence d'information publique, dans la volonté de partager avec le plus grand nombre les connaissances chiffrées disponibles qui se rattachent aux préoccupations de santé.

### *Objectifs*

- Disposer d'un répertoire partagé d'indicateurs statistiques autour de la santé accessible au plus grand nombre : acteurs régionaux, décideurs locaux, acteurs du système de santé, grand public.
- Caractériser la région Nord – Pas-de-Calais et ses territoires au regard des indicateurs sanitaires.
- Compléter les indicateurs sanitaires par des indicateurs de contexte d'ordre économique, social, environnemental ou culturel.
- Rechercher une approche territoriale par territoire de santé, par zone d'emploi et par intercommunalité dès lors que les données sont accessibles à cette échelle.
- Rechercher une approche territoriale comparative, par la mise au regard de la région et de ses territoires avec d'autres espaces comparables ailleurs en France.
- Comparer les territoires du Nord – Pas-de-Calais avec d'autres territoires sur des caractéristiques proches, par le biais de critères liés au niveau territorial, au poids de population, à la structure démographique ou à la situation géographique.
- Présenter des commentaires accessibles et pédagogiques.

### *Méthode utilisée*

- Traitement statistique des sources de données habituellement utilisées par l'ORS : données de mortalité (INSERM-CépiDc), données sur les professionnels de santé (fichier ADELI), données socio-économiques provenant du recensement (INSEE).
- Recherche, collecte et traitement éventuel de données complémentaires intéressantes, disponibles et mobilisables.
- Recherche autant que faire se peut d'indicateurs disponibles aux échelons infrarégionaux : territoires de santé, zones d'emploi, Communautés Urbaines et Communautés d'Agglomération.

- Mise au regard à minima de l'indicateur régional avec la moyenne nationale et avec les moyennes d'autres régions.
- Privilégier les comparaisons dans le temps : disposer d'au moins deux périodes différentes pour lesquelles l'indicateur choisi sera disponible afin de mesurer les évolutions des phénomènes étudiés lorsque cela apparaît judicieux.
- L'ensemble des chargés d'étude a été associé à la réalisation de ce document.

D'un point de vue technique et méthodologique, ce recueil d'indicateurs relève de l'exploitation d'une grande partie des données disponibles et déclinables sur les régions et dans leurs territoires, et qui se rattachent à des préoccupations de santé. Il fait appel à plus d'une cinquantaine de producteurs et de sources de données différentes, mobilisables à différents niveaux d'échelle territoriale.

### ***Territoires concernés***

La région Nord – Pas-de-Calais et les territoires infrarégionaux : territoires de santé, zones d'emploi et intercommunalités (Communautés Urbaines et Communautés d'Agglomération) en comparaison avec des territoires homologues ailleurs en France.

### ***Principaux résultats***

Le document final comporte une cinquantaine de pages, publié en 2014. Après un avant-propos et une présentation cartographique des territoires de la région concernés par les indicateurs exposés, le document est organisé en 6 rubriques principales :

#### **1. Les territoires**

#### **2. L'état de santé et de son évolution**

État de santé

Mortalité dans l'ensemble de la population

Mortalité prématurée (avant 65 ans)

Mortalité relevant de la prévention

Mortalité évitable par une action sur le système de soins

Cancers

#### **3. Progression et dynamiques temporelles de l'état de santé**

Application de l'ICEM à la mortalité toutes causes

Application de l'ICEM à la mortalité prématurée évitable par une action sur le système de soins

Application de l'ICEM à la mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel

Application de l'ICEM à la mortalité prématurée par tumeurs malignes

#### **4. Analyse de l'offre de santé**

Offre de proximité

Offre de pôles

Les pôles d'offre

#### **5. Quelques éléments sur l'économie, les emplois, les dépenses et les comptes de la santé**

#### **6. Quelques exemples thématiques**

L'activité des femmes

Le développement humain

Les déplacements actifs

La qualité de l'air

Le bruit

L'alimentation

■ **Prospective de l'impact régional des dynamiques des professionnels de santé. Préfiguration d'une étude d'évaluation des mesures mises en place en région Nord - Pas-de-Calais pour attirer et maintenir les professionnels de santé dans les zones sous-dotées**

**Contexte**

Si la France compte globalement un nombre suffisant de professionnels de santé sur son territoire, leur répartition reste insatisfaisante. En effet, l'offre en professionnels de santé affiche des disparités importantes entre régions, départements et autres territoires d'échelle locale. De surcroît, les perspectives d'évolution de cette offre laissent présager un creusement des disparités régionales, départementales et locales, pour cause essentiellement de départ à la retraite d'un nombre important de professionnels de santé d'ici quelques années, de la hausse sensible de la demande de soins et des effets de crunch, concentration de l'offre de soins.

C'est pourquoi, depuis quelques années, les mesures se multiplient aux niveaux national et local pour favoriser une répartition plus équitable des professionnels de santé. Qu'elles s'appliquent aux professions médicales ou paramédicales, ces dispositions sont dans une large mesure de nature incitative et financière. Elles ont pour but de modifier le comportement des futurs professionnels de santé (les étudiants des filières médicales et paramédicales) et des professionnels en activité pour les encourager à exercer dans les zones sous-dotées.

Initiées à la fin des années 90, ces mesures ont connu une accélération notable à partir des années 2000. Pour la plupart récentes, elles n'ont fait l'objet d'une évaluation approfondie ni au niveau national, ni au niveau local. Aussi, tant le coût que les effets de ces mesures sur la répartition des professionnels de santé sont peu connus à ce jour tandis que l'on déplore une apparition non négligeable de ce que certains qualifient déjà de « déserts médicaux ».

**Objectifs**

La problématique de cette étude est de questionner l'efficacité des mesures mises en place dans le Nord – Pas-de-Calais pour aider à une meilleure répartition des professionnels de santé dans le but ultime de répondre au mieux aux besoins en santé des populations.

Pour ce faire, dans le cadre de l'étape préparatoire menée en 2012, il a été procédé à l'identification des zones de proximité les plus touchées par une sous-dotation en professionnels de santé.

**Méthode utilisée**

Revue de la littérature internationale.

Analyse des plans nationaux et des mesures régionales conçues et mises en place depuis le SROS III (2006-2011).

Rencontre avec les acteurs et les parties prenantes.

**Territoires concernés**

Nord – Pas-de-Calais.

**Principaux résultats**

Il a été réalisé un recensement des mesures principalement incitatives et minoritairement coercitives mises en place au niveau local pour attirer et retenir les professionnels de santé dans la région et soutenir une meilleure répartition de ces professionnels sur le territoire : bourses et aides financières destinées aux étudiants, aides financières et non financières dédiées aux professionnels de santé.

## ■ **Diagnostiques statistiques des Contrats Locaux de Santé (CLS)**

### *Contexte*

Dans le cadre de l'accompagnement de la territorialisation du PRS, et tout particulièrement de la mise en place des contrats locaux de santé (CLS), l'ARS Nord – Pas-de-Calais a demandé à l'ORS Nord – Pas-de-Calais de poursuivre en 2013 les diagnostics statistiques de 17 nouveaux territoires.

### *Objectifs*

Le but est d'apporter aux coordinateurs un outil d'aide à la décision synthétisant la situation démographique, socio-économique, l'état de santé et l'offre de soins de chaque territoire.

Les thématiques des diagnostics s'appuient sur des tableaux et graphiques présentant les indicateurs statistiques conjointement choisis par l'ARS et l'ORS. Dans le but de faciliter la lecture du diagnostic, un résumé mettant en avant les points essentiels du territoire se trouve au début de chaque fiche synthétique.

Les Diagnostics 2013 ont repris des thématiques des CLS de 2012 et ont été considérablement remaniés et enrichis grâce à l'intégration :

1. Des données des demandeurs d'emploi inscrits en fin de mois à Pôle emploi ;
2. Des données du Répertoire Partagé des Professions de Santé (RPPS) 2012 ;
3. Des données sur les Affections Longues durées (ALD) 2011 ;
4. Des données de consommation d'actes pour les 4 professions de premier recours en 2011 ;
5. Des données sur le dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein.

Pour la thématique « démographie », déjà intégrée dans les diagnostics précédant (environ une vingtaine d'indicateurs clés répartis en 6 axes majeurs), une mise à jour a été réalisée sur l'année 2010 du recensement pour les indicateurs suivants :

1. La densité (effectif et densité de la population, poids démographique infrarégional, régional, départemental et national) ;
2. La répartition par âge et sexe (effectif et proportion) ;
3. L'évolution de la population depuis 1999 (variation due au mouvement naturel et/ou migratoire) ;
4. La natalité et la fécondité (nombre de naissances, taux de fécondité 1999-2008, part des naissances de mère mineures) ;
5. Le vieillissement des personnes âgées (indice de vieillissement et de grand vieillissement, répartition par âge et sexe des plus de 65 ans) ;
6. La structure familiale (effectifs et proportion de ménages d'hommes ou femmes seuls, effectifs et proportion de familles monoparentales).

Concernant les caractéristiques socio-économiques, près d'une quinzaine d'indicateurs ventilés selon cinq axes majeurs ont été actualisés sur le recensement de 2010 :

1. Le niveau d'étude (répartition de la population non scolarisée selon le niveau d'étude primaire, secondaire et supérieur) ;
2. Les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) (effectifs et répartition des ménages de PCS défavorisée, moyenne ou favorisée) ;
3. La situation vis-à-vis de l'emploi (taux d'activité et de chômage féminin et masculin) ;
4. Les revenus fiscaux et les minima sociaux (nombre de foyers fiscaux, part des foyers fiscaux non imposables, taux de couverture du RSA, répartition des allocataires selon le poids des prestations sociales dans leur revenu disponible) ;

5. Situation vis-à-vis du logement (répartition de la population selon que la personne de référence du ménage est propriétaire, locataire ou logée gratuitement ; effectifs et pourcentage d'allocataires percevant l'APL, l'ALS, l'ALF ; nombre de personnes par pièce ; part des enfants de moins de 7 ans susceptibles d'être exposés au plomb).

L'état de santé de la population a été décrit en s'appuyant sur l'indice comparatif de mortalité tous âges et prématurée. Ces indicateurs ont été également remis à jour sur la période de mortalité 2007-2010. Nous avons réparti les causes de mortalité en cinq groupes majeurs de mortalité. Les effectifs cumulés, qui en 2012 étaient présentés en annexe, ont été réintégrés dans l'ensemble des tableaux statistiques.

1. Mortalité générale, prématurée et évitable (toutes causes, mortalité liée aux comportements à risques ou relevant du système de soin, mortalité liée au tabagisme et à l'alcoolisme) ;
2. Mortalité par tumeurs (ensemble des tumeurs malignes, tumeurs malignes des VADS, du sein et colorectales) ;
3. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, maladies cérébrovasculaires, cardiopathies ischémiques) ;
4. Maladies de l'appareil respiratoire (ensemble des maladies respiratoires, BPCO) ;
5. Autres causes de mortalité (mortalité par chutes accidentelles, suicide, accidents de la circulation, VIH, diabète sucré).

### **Les nouvelles sources statistiques intégrées dans les diagnostics en 2013**

#### **Incidence et prévalence des maladies**

L'incidence et la prévalence ont été estimées à partir des Affection Longue Durée 2011. Deux tableaux, directement produits par l'ARS Nord - Pas-de-Calais, donnent les taux bruts et standardisés de la prévalence et de l'incidence (uniquement les taux bruts pour l'incidence) de 16 pathologies.

Toutefois, en raison des biais liés à l'exploitation de ces données médico-administratives l'ORS Nord - Pas-de-Calais n'a pas tenu à commenter les résultats. Même si les champs des tableaux se limitaient aux zones de proximité et aux territoires de santé, les analyses auraient eu de toute façon une portée limitée.

1. Accident vasculaire cérébral invalidant
2. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
3. Insuffisances cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves
4. Maladies chroniques actives du foie et cirrhose
5. Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave
6. Hypertension artérielle sévère
7. Maladie coronaire
8. Insuffisance respiratoire chronique grave
9. Maladie d'Alzheimer et autres démences
10. Maladie de Parkinson
11. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique
12. Polyarthrite rhumatoïde
13. Affections psychiatriques de longue durée
14. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
15. Sclérose en plaques
16. Tumeurs malignes

### **Démographie des professionnels de santé**

La démographie médicale résulte de l'exploitation par l'ORS des données du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé de 2012 (RPPS), pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les pharmaciens, et des données du répertoire ADELI pour les autres professions de Santé.

Les professions ciblées ont été les médecins généralistes, les infirmiers (hors psychiatrie), les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les gynécologues médicaux ou obstétriques, les ophtalmologues, les cardiologues, les ORL, les radiologues, les pédiatres, les psychiatres, les psychologues, les orthophonistes.

Les indicateurs produits sont les effectifs, la densité de professionnels, les pourcentages de professionnels exerçant en mode libéral ou mixte, de sexe féminin, et âgés de plus de 55 ans et enfin l'âge moyen.

### **Recours aux soins**

Le recours aux soins de la population est estimé ici à partir de la consommation d'actes pour les quatre professions de santé de premier recours exerçant en libéral (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes). Les données produites directement par l'ARS Nord - Pas-de-Calais ont été intégrées aux diagnostics.

Il est possible ainsi de connaître, en fonction de chacune des professions de santé de premier recours, le nombre d'actes consommés par habitants de la zone et la part de ces actes réalisés par les professionnels exerçant dans le territoire du CLS.

### **Dépistage organisé du cancer**

Les indicateurs donnent le taux du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

### ***Méthode utilisée***

L'ORS Nord - Pas-de-Calais a développé sous SAS et Excel des programmes permettant d'automatiser la production des tableaux statistiques au niveau territorial souhaité. Ce travail repose entre autres sur la mise en commun de statistiques provenant de sources multiples :

1. Recensement de la population 2008 ;
2. Décès annuels domiciliés 2007-2009 de l'INSERM-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes de décès) ;
3. Données ALD 2011 produites par les caisses d'assurances maladie ;
4. Registre des professionnels de santé de 2012 (RPPS/ADELI) des différents Ordres ;
5. Données fiscales communales IRCOM 2010 ;
6. Données nationale de la CAF ;
7. Données régionales du dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein (Opaline 62 et ADCN).

Le choix des indicateurs, le format et l'agencement des différents tableaux et graphiques ont été l'objet de plusieurs réunions de travail ORS-ARS. Les diagnostics ont fait l'objet de plusieurs présentations auprès des coordinateurs.

### ***Territoires concernés***

L'ORS Nord – Pas-de-Calais considère comme une priorité de décliner les indicateurs statistiques qu'il présente à l'échelle des territoires répondant aux besoins des institutions et de ses partenaires. Pour cela, nous nous efforçons d'acquérir les éléments statistiques à l'échelle communale afin de les agréger au niveau territorial souhaité. Ainsi, les tableaux statistiques permettent de comparer les territoires des CLS à la zone de proximité et au territoire de santé auxquels ils appartiennent ainsi qu'à la moyenne régionale et nationale.

Diagnostiques statistiques des Contrats Locaux de Santé réalisés en 2013 :

1. CLS de Béthune
2. CLS de Bruay
3. CLS Communauté d'Agglomération de Saint-Omer (CASO)
4. CLS de l'Audomarois, hors CASO
5. CLS de Seclin/Carvin
6. CLS de la Vallée de la Lys
7. CLS de la CA de Maubeuge-Val de Sambre
8. CLS de la CA de Valenciennes Métropole
9. CLS de la CC de Caudrésis-Catésis
10. CLS de la CC du Sud-Artois
11. CLS de la CU d'Arras
12. CLS des communes des 3CA
13. CLS des communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin
14. CLS du Pays du Montreuillois
15. CLS du Pôle de santé pluridisciplinaire de Condé
16. CLS de la zone de proximité du Boulonnais
17. CLS du Pays des sept vallées

### ***Principaux résultats***

Les CLS ont été présentés à chaque responsable chargé sur le terrain d'organiser les CLS de chacun des quatre territoires de santé du Nord - Pas-de-Calais. Les diagnostics statistiques des CLS 2013 ont été mis en ligne sur le site de l'ORS.

Première et seconde pages extraites d'un diagnostic statistique



## CLS de la Vallée de la Lys

### Les points essentiels

- Un territoire regroupant en 2010 près de 88 500 habitants soit, 21% de la population de la zone de proximité de Roubaix-Tourcoing et 6,6% du territoire de santé de la Métropole Flandre intérieure.
- Une population structurellement plus âgée que la zone de proximité et le territoire de santé.
- Un territoire qui entre 1999 et 2010 a connu un accroissement plus marqué de sa population par rapport au territoire de santé, la région et surtout la zone de proximité.
- Proportionnellement plus de personnes ayant atteint un niveau d'étude supérieur qu'au sein de la zone d'emploi, la région et l'Hexagone.
- Une part plus importante de sa population appartenant à un ménage dont la personne de référence est classée parmi les catégories socioprofessionnelles favorisées.
- Un secteur qui bénéficie de taux d'activité élevés avoisinant le niveau national et de taux de chômages nettement inférieurs à ceux observés dans la zone de proximité, le territoire de santé et la région.
- Un territoire apparaissant économiquement plus favorisé avec un pourcentage de personnes couvertes par le RSA nettement inférieur à celui de la zone de proximité, du territoire de santé et de la région.
  
- Une population bénéficiant d'un état de santé bien meilleur que dans les autres territoires avec notamment pour l'ensemble des causes de décès, un niveau de mortalité tous âges et prématurée se situant autour du niveau national.
- Une surmortalité tous âges par tumeurs malignes moins prononcée que dans la zone de proximité, le territoire de santé et la région en particulier chez les femmes dont le niveau est très proche du niveau national.
- Une mortalité tous âges par maladies de l'appareil circulatoire proche de la moyenne nationale et par conséquent nettement inférieure à celle de la zone de proximité du territoire de santé et de la région lorsque les deux sexes sont réunis.
- Une surmortalité tous âges par maladies de l'appareil respiratoire supérieure de 40% au niveau national chez les hommes et de 31% chez les femmes.
  
- Une densité de professionnels de santé plus faible que celle des autres territoires en ce qui concerne les médecins généralistes, les infirmiers, les psychologues et dans une moindre mesure les masseurs-kinésithérapeutes.
- Davantage de chirurgiens dentistes par habitants que dans la région.
- Un territoire bénéficiant également d'une bonne couverture en pharmaciens dont la densité dépasse celle des autres territoires y compris celle de la France.

## Caractéristiques démographiques

### Population et densité du territoire

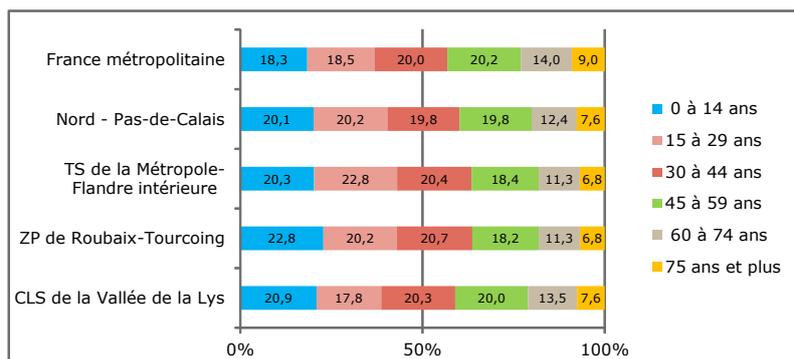
Le périmètre du CLS de la vallée de la Lys regroupe en 2010 près de 88 500 habitants ce qui représente 21% de la population de la zone de proximité de Roubaix-Tourcoing et 6,6% du territoire de santé de la Métropole Flandre intérieure. Bien que nettement inférieure à la densité de la zone de proximité, ce territoire connaît une densité dépassant celle du territoire de santé et pratiquement 3 fois plus élevée que celle de la région (944 versus 2 188, 845 et 325 Habitants /Km2).

POPULATION, DENSITÉ	CLS de la Vallée de la Lys	ZP de Roubaix-Tourcoing	TS de la Métropole-Flandre intérieure	Nord - Pas-de-Calais	France métropolitaine
Population au RP 2010	88 471	421 716	1 330 557	4 038 157	62 765 235
Pourcentage de la population	-	21,0	6,6	2,2	0,1
Densité de population (hab/km <sup>2</sup> ) en 2010	944	2 188	845	325	115

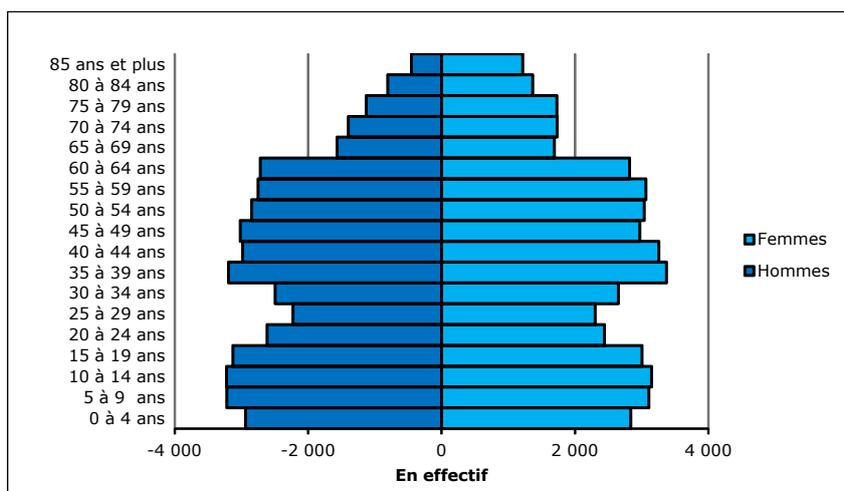
Source : INSEE, RP 2010 exploitation principale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

### Répartition de la population par âge et sexe

La population de ce territoire apparaît structurellement plus âgée avec notamment une proportion de personnes âgées d'au moins 60 ans dépassant de 3 points celle de la zone de proximité et du territoire de santé et d'un point celle de la région (21,1% versus 18,1% et 20% respectivement).



Source : Insee, RP 2010 exploitation principale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.



Source : INSEE, RP 2010 exploitation principale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

En ligne : <http://www.orsnpdc.org/donnees-territoire/index.html>

## ■ Mise en place d'indicateurs d'évolution préparatoire à l'évaluation du PRS

### *Contexte*

Afin d'enrichir et de stabiliser l'évaluation de son Projet Régional de Santé, l'ARS Nord – Pas-de-Calais a convenu avec l'ORS Nord – Pas-de-Calais de définir des indicateurs de suivi dynamique fondé sur la notion d'évolution.

### *Objectifs*

Proposer la mise en place d'indicateurs de suivi permettant à terme l'évaluation du PRS.

### *Méthode utilisée*

Lecture et analyse des différents documents descriptifs des schémas (SRP, SROS) et programmes du Projet Régional de Santé, au fur et à mesure de leur publication, prise en compte des objectifs stratégiques du PSRS. Identification des besoins d'indicateurs, inventaire des données mobilisables compte tenu de leur pertinence, qualité et disponibilité territoriale. Ce travail a été et est progressivement développé avec les services de l'ARS depuis 2012. Le SROMS n'est pas retenu.

### *Territoires concernés*

Nord – Pas-de-Calais.

### *Principaux résultats*

- Utilité de nouveaux indicateurs et limites des extrapolations à partir de données nationales ;
- Nature et types d'indicateurs ;
- Analyse critique des indicateurs utilisés et présentés dans les documents du PRS ;
- Proposition de nouveaux axes ;
- Qualité des indicateurs ;
- Que faire et comment produire des indicateurs transversaux ;
- Quels indicateurs pour quelle évaluation ;
- Mise en œuvre de l'approche des *territoires miroirs*.

## **■ Développement et mise à jour d'indicateurs sur la situation sociodémographique et l'état de santé, ainsi que la démographie des professionnels de santé dans le Nord – Pas-de-Calais**

### ***Contexte***

Comme chaque année, dans le cadre de la mise à jour et du développement de ses indicateurs statistiques, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a actualisé en juillet 2013 :

- Les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) de la période 2007-2010 ;
- Les indicateurs sociodémographiques du recensement 2010 ;
- Les indicateurs de l'offre de soins à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) 2012 et du répertoire ADELI 2012.

### ***Objectifs***

Il s'agit d'offrir à l'internaute venant consulter le site de l'ORS des indicateurs actualisés chaque année à partir des données (des recensements, des répertoires RPPS et ADELI pour la démographie médicale et de l'état-civil pour la mortalité) qui soient les plus récentes possibles, déclinées selon les territoires privilégiés par nos partenaires (France métropolitaine, régions, départements, communautés urbaines, communautés d'agglomération, Pays...).

L'ORS Nord – Pas-de-Calais s'est fixé comme règle de produire des tableaux de statistiques permettant de situer chaque territoire du Nord – Pas-de-Calais parmi l'ensemble des territoires de France métropolitaine, selon le classement d'indicateurs statistiques majeurs. Il est possible également, en fonction de ce même classement, de connaître les territoires (appartenant ou non à la région) se situant au sein du classement juste avant et juste après chaque territoire du Nord – Pas-de-Calais.

### ***Méthode utilisée***

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a développé sous le logiciel de traitement de données SAS (version 9.3) plusieurs programmes permettant d'automatiser, jusqu'à un certain point, la production des tableaux statistiques au format Excel et de décliner facilement les indicateurs au niveau territorial souhaité.

### ***Territoires concernés***

L'ORS Nord – Pas-de-Calais considère comme prioritaire de décliner les indicateurs statistiques à l'échelle des territoires correspondant aux besoins des institutions et de ses partenaires. Pour cela, nous nous efforçons d'acquérir les éléments statistiques à l'échelle communale afin qu'ils puissent être agrégés aux niveaux territoriaux suivants :

- France métropolitaine
- Région
- Département
- Territoires de santé
- Territoires de proximité conjugués avec les zones d'emploi du reste de la France métropolitaine
- Communautés d'agglomération et Communautés urbaines
- Pays

## *Principaux résultats*

### **Actualisation des ICM sur la période 2007-2010**

Les ICM ont été actualisés avec les décès cumulés de 2007, 2008, 2009 et 2010 rapportés à la population recensée en milieu de période (recensement 2009).

Leurs calculs ont été validés en octobre 2013 et leur mise en ligne sur le site de l'ORS a été réalisée en 2014. Néanmoins, les ICM 2007-2010 ont déjà été produits pour :

- l'ARS Nord - Pas-de-Calais dans le cadre de la mise à jour des indicateurs de mortalité pour les diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé 2013 (CLS) et pour le Système d'information géographique (SIG) de la santé dans le Nord - Pas-de-Calais ;
- le Département du Nord dans le cadre du protocole d'échange de données entre l'ORS et la PMI du département du Nord.

Trente et un tableaux de mortalité ont été réalisés sur la période 2007-2010, dont sept sont nouveaux (en gras) :

1. Mortalité toutes causes
- 2. Mortalité toutes causes des 0-14 ans**
- 3. Mortalité toutes causes des 15-24 ans**
- 4. Mortalité toutes causes des 25-59 ans**
- 5. Mortalité toutes causes des 60-74 ans**
- 6. Mortalité toutes causes des plus de 75 ans**
7. Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel
- 8. Mortalité liée à la consommation d'alcool**
- 9. Mortalité liée à la consommation de tabac**
10. Mortalité évitable par des actions sur le système de soins
11. Mortalité par cardiopathies ischémiques
12. Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire
13. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire
14. Mortalité par maladies cérébrovasculaires
15. Mortalité par maladie chronique du foie
16. Mortalité par tumeurs malignes
17. Mortalité par tumeur maligne du col de l'utérus
18. Mortalité par tumeur maligne du côlon
19. Mortalité par tumeur maligne colorectale
20. Mortalité par tumeur maligne de l'estomac
21. Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx,
22. Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx
23. Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
24. Mortalité par tumeur maligne de la prostate
25. Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage
26. Mortalité par tumeur maligne du sein
27. Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)
28. Mortalité par accidents de la circulation
29. Mortalité par diabète sucré
30. Mortalité par suicides
31. Mortalité par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives

# Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

La plupart des tableaux sont déclinés par sexe (homme, femme, ensemble) et par âge (tous âges, prématurés (avant 65 ans)).

## Exemple de sortie Excel des tableaux de mortalité 2013 actualisés sur la période 2007-2010

CIM 10 : A00-Y89 - Toutes causes 2007 - 2010		Chez les 25 - 59 ans		Groupe d'âge spécifique Hommes								Groupe d'âge spécifique Femmes							
Découpage territorial	Nom du territoire	Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	Nombre de décès observés cumulés	ICM (France=100)				Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	Nombre de décès observés cumulés	ICM (France=100)							
					IC inf	ICM	IC sup	Rang (2)				IC inf	ICM	IC sup	Rang (2)				
<b>RÉGION</b>	<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	Picardie (ICM=119,3)	Nord - Pas-de-Calais (ICM=142,9)	19 510	146,9	<b>142,9</b>	**	143,8	22 sur 22	Picardie (ICM=117,9)	Nord - Pas-de-Calais (ICM=134,6)	8 619	133,8	<b>134,6</b>	**	137,9	22 sur 22		
<b>DÉPARTEMENT</b>	<b>Nord</b>	Nèvre (ICM=131,2)	Pas-de-Calais (ICM=151,5)	11 758	133,2	<b>137,7</b>	**	140,2	95 sur 96	Ardennes (ICM=128,2)	Pas-de-Calais (ICM=139,6)	5 320	128,3	<b>131,7</b>	**	135,1	95 sur 96		
<b>TERRITOIRE DE SANTÉ (1)</b>	<b>Pas-de-Calais</b>	Nord (ICM=137,7)	Pas-de-Calais (ICM=151,5)	7 752	148,1	<b>151,5</b>	**	150,8	96 sur 96	Nord (ICM=131,7)	Pas-de-Calais (ICM=139,6)	3 299	134,9	<b>139,6</b>	**	145,4	96 sur 96		
<b>ZONE DE PROXIMITÉ (3)</b>	<b>TS de l'Artois-Douaisis</b>	TS du Littoral (NPC) (ICM=146,6)	TS du Hainaut-Cambrésis (NPC) (ICM=155,3)	6 163	149,2	<b>153,0</b>	**	150,9	3 sur 4	TS du Littoral (NPC) (ICM=131,0)	TS du Hainaut-Cambrésis (NPC) (ICM=149,4)	2 669	138,0	<b>143,4</b>	**	149,0	3 sur 4		
	<b>TS de la Métropole-Flandre</b>	TS de la Métropole-Flandre intérieure (NPC)	TS du Littoral (NPC) (ICM=146,6)	5 162	119,7	<b>123,2</b>	**	124,4	1 sur 4	TS de la Métropole-Flandre intérieure	TS du Littoral (NPC) (ICM=131,0)	2 427	115,1	<b>120,2</b>	**	125,1	1 sur 4		
	<b>TS du Hainaut-Cambrésis</b>	TS de l'Artois-Douaisis (NPC) (ICM=153,0)	TS du Hainaut-Cambrésis (NPC) (ICM=155,3)	3 979	150,5	<b>153,2</b>	**	150,2	4 sur 4	TS de l'Artois-Douaisis (NPC) (ICM=143,4)	TS du Hainaut-Cambrésis (NPC) (ICM=149,4)	1 783	142,5	<b>149,4</b>	**	156,5	4 sur 4		
	<b>TS du Littoral</b>	TS de la Métropole-Flandre intérieure (NPC)	TS de l'Artois-Douaisis (NPC) (ICM=153,0)	4 206	142,2	<b>146,2</b>	**	151,1	2 sur 4	TS de la Métropole-Flandre intérieure	TS de l'Artois-Douaisis (NPC) (ICM=143,4)	1 740	125,0	<b>131,0</b>	**	137,3	2 sur 4		
	<b>Zone de Béthune-Bruay</b>	Saint-Amand-Montrond (CTR) (ICM=155,7)	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=143,4)	1 632	148,8	<b>156,3</b>	**	164,0	302 sur 302	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=144,5)	Zone de Lens-Hénin (NPC) (ICM=151,4)	713	139,2	<b>150,0</b>	**	161,5	300 sur 302		
	<b>Zone de Flandre Intérieure</b>	Isaïre (ALU) (ICM=121,2)	Châteaufort (CTR) (ICM=121,5)	766	113,0	<b>121,5</b>	**	130,4	236 sur 236	Verzoz (CTR) (ICM=117,0)	Longwy (LDR) (ICM=117,0)	335	104,8	<b>117,0</b>	**	130,2	237 sur 236		
	<b>Zone de Lens-Hénin</b>	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=143,4)	Zone de Lens-Hénin (NPC) (ICM=174,3)	2 159	167,0	<b>174,3</b>	**	181,8	304 sur 304	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=150,0)	Zone de Cambresis (NPC) (ICM=152,5)	894	141,6	<b>151,4</b>	**	161,7	301 sur 302		
	<b>Zone de Lille</b>	Séle (LDR) (ICM=119,9)	Bourges (CTR) (ICM=120,1)	2 707	115,9	<b>120,1</b>	**	124,7	238 sur 238	Saint-Germer (NPY) (ICM=119,9)	Reims (CHA) (ICM=120,1)	1 312	114,9	<b>120,0</b>	**	124,2	237 sur 238		
	<b>Zone de Roubaix-Tourcoing</b>	Sarcelles - Proprettes (COR) (ICM=128,4)	Nendouille (CTR) (ICM=128,9)	1 689	122,6	<b>128,7</b>	**	135,0	267 sur 267	Royan (PCH) (ICM=122,0)	Coutances (BNO) (ICM=122,6)	780	112,7	<b>122,1</b>	**	131,0	260 sur 267		
	<b>Zone de Sambre-Avesnois</b>	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=144,1)	Guingamp (BRE) (ICM=146,1)	1 205	137,5	<b>145,6</b>	**	154,1	261 sur 261	Chiron (CTR) (ICM=140,9)	Zone de Douaisis (NPC) (ICM=143,0)	541	136,2	<b>141,9</b>	**	159,1	257 sur 261		
<b>COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION ET COMMUNAUTÉ URBAINE (4)</b>	<b>Zone de l'Arageois</b>	Thiers (ALU) (ICM=124,1)	Cherbourg-Octeville (BNO) (ICM=124,7)	1 095	116,9	<b>124,1</b>	**	131,7	251 sur 251	Sens (BOU) (ICM=123,7)	Montluçon (ALU) (ICM=124,1)	492	113,3	<b>124,1</b>	**	135,5	268 sur 268		
	<b>Zone de l'Audomarois</b>	Morvan (BOU) (ICM=139,7)	Agde - Pézenas (BOU) (ICM=143,9)	606	129,6	<b>140,2</b>	**	152,2	288 sur 288	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=130,0)	Guingamp (BRE) (ICM=131,7)	250	114,5	<b>130,1</b>	**	147,8	286 sur 288		
	<b>Zone de Boulognais</b>	Morlaix (BRE) (ICM=150,9)	Thiérache (PIC) (ICM=154,7)	858	142,6	<b>152,6</b>	**	163,2	299 sur 299	Tergnier (PIC) (ICM=137,8)	Gien (CTR) (ICM=139,0)	371	125,1	<b>138,9</b>	**	143,8	294 sur 299		
	<b>Zone de Calaisis</b>	Saint-Quentin (PIC) (ICM=144,0)	Zone de Sambre-Avesnois (NPC) (ICM=145,6)	798	134,2	<b>144,1</b>	**	154,4	291 sur 291	Loches (CTR) (ICM=138,0)	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=130,1)	334	116,4	<b>130,0</b>	**	144,7	293 sur 291		
	<b>Zone de Dunkerquois</b>	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=149,2)	Morlaix (BRE) (ICM=150,9)	857	140,8	<b>150,7</b>	**	161,1	297 sur 297	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=151,4)	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=153,1)	297	137,8	<b>152,5</b>	**	168,2	292 sur 297		
	<b>Zone de Douaisis</b>	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=146,2)	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=149,2)	1 277	140,1	<b>148,1</b>	**	155,5	295 sur 295	Zone de Sambre-Avesnois (NPC)	Thiérache (PIC) (ICM=144,5)	570	113,5	<b>143,0</b>	**	153,3	298 sur 295		
	<b>Zone de Dunkerquois</b>	Guingamp (BRE) (ICM=146,1)	Zone de Douaisis (NPC) (ICM=146,1)	1 340	138,5	<b>146,2</b>	**	154,2	294 sur 294	Péronne (PIC) (ICM=126,4)	Corte (COR) (ICM=127,0)	540	116,0	<b>126,5</b>	**	137,6	279 sur 294		
	<b>Zone de Montreuillois</b>	Zone de Douaisis (NPC) (ICM=148,1)	Zone de Cambresis (NPC) (ICM=150,7)	604	137,5	<b>149,2</b>	**	161,6	296 sur 296	Corse - Clamecy (BOU et CTR)	Issoudun (BOU) (ICM=132,0)	245	116,5	<b>132,1</b>	**	150,3	289 sur 296		
	<b>Zone de Valenciennes</b>	Zone de Béthune-Bruay (NPC) (ICM=156,3)	Zone de Lens-Hénin (NPC) (ICM=174,3)	1 917	157,1	<b>164,4</b>	**	171,9	301 sur 301	Zone de Valenciennes (NPC) (ICM=152,5)	Ussel (LIM) (ICM=158,6)	845	142,9	<b>153,1</b>	**	163,8	303 sur 301		
	<b>PAYS (5)</b>	<b>CA Cambrai</b>	CA de Charleville-Mézières Cour d'Ardenne (CHA)	CA de Saint-Quentin (PIC) (ICM=161,7)	370	143,5	<b>148,8</b>	**	175,2	200 sur 200	CA de Charleville-Mézières Cour d'Ardenne	CA de Douaisis (NPC) (ICM=147,7)	164	126,1	<b>146,7</b>	**	170,9	200 sur 200	
<b>CA Maubeuge Val de la Sambre</b>		CA Héribaut Médiocastellan (LRO) (ICM=146,8)	CA Morlaix-Communauté (BRE) (ICM=151,5)	499	137,9	<b>149,9</b>	**	163,6	302 sur 302	CU d'Arras (NPC) (ICM=137,1)	CA d'Hénin-Carvin (NPC) (ICM=143,6)	226	124,5	<b>140,2</b>	**	159,1	292 sur 302		
<b>CA d'Hénin-Carvin</b>		CA de Saint-Quentin (PIC) (ICM=161,7)	CA de Calaisis (NPC) (ICM=164,7)	686	152,3	<b>164,4</b>	**	175,5	302 sur 302	CA Maubeuge Val de la Sambre (NPC)	CA de Charleville-Mézières Cour d'Ardenne	265	123,6	<b>143,6</b>	**	162,2	302 sur 302		
<b>CA de Lens - Liévin</b>		CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=169,1)	CA de Lens - Liévin (NPC) (ICM=179,1)	1 473	179,2	<b>179,3</b>	**	188,7	248 sur 248	CA de Calaisis (NPC) (ICM=154,0)	CA de la Porte du Hainaut (NPC) (ICM=157,4)	609	143,3	<b>155,4</b>	**	168,2	248 sur 248		
<b>CA de Saint-Omer</b>		CU de Dunkerque Grand Littoral (NPC)	CA de Charleville-Mézières Cour d'Ardenne (CHA)	354	140,6	<b>156,4</b>	**	173,0	208 sur 208	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	158	128,6	<b>151,3</b>	**	174,8	208 sur 208		
<b>CA de Valenciennes Métropole</b>		CA de l'Artois (NPC) (ICM=165,2)	CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=166,4)	1 060	156,5	<b>166,4</b>	**	176,7	215 sur 215	CA de Saint-Omer (NPC) (ICM=151,3)	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	467	136,3	<b>152,8</b>	**	167,3	213 sur 215		
<b>CA de l'Artois</b>		CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=166,4)	1 198	158,0	<b>165,2</b>	**	174,8	204 sur 204	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	550	152,1	<b>165,7</b>	**	180,1	208 sur 204		
<b>CA de la Porte du Hainaut</b>		CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=166,4)	832	157,8	<b>169,1</b>	**	181,0	217 sur 217	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	362	141,6	<b>157,4</b>	**	174,5	217 sur 217		
<b>CA du Boulonnais</b>		CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=166,4)	679	164,7	<b>167,0</b>	**	180,0	216 sur 216	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	206	136,5	<b>153,2</b>	**	179,1	216 sur 216		
<b>CA du Calaisis</b>		CA d'Hénin-Carvin (NPC) (ICM=164,0)	CA de Valenciennes Métropole (NPC) (ICM=166,4)	520	158,8	<b>164,7</b>	**	175,5	212 sur 212	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	236	135,0	<b>154,0</b>	**	175,0	212 sur 212		
<b>CA du Douaisis</b>	CA Morlaix-Communauté (BRE) (ICM=151,5)	CA de la Région Despoise (BNO) (ICM=152,7)	798	141,4	<b>151,7</b>	**	162,0	207 sur 207	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	362	132,9	<b>147,7</b>	**	163,3	209 sur 207			
<b>CA d'Arras</b>	CA du Pays de Loire (BRE) (ICM=135,6)	CA de la Région Nazairienne et de l'Estuaire (PLO)	480	124,1	<b>136,0</b>	**	148,8	195 sur 195	CA Cambrai (NPC) (ICM=147,7)	CA de Saint-Quentin (PIC) (ICM=150,3)	362	132,9	<b>147,7</b>	**	163,3	209 sur 195			
<b>CU de Dunkerque Grand Littoral</b>	CA de la Région Despoise (BNO) (ICM=152,7)	CA de Saint-Omer (NPC) (ICM=156,4)	1 082	144,4	<b>153,4</b>	**	162,8	207 sur 207	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CU de Brest Métropole Océane (BRE)	447	122,4	<b>130,6</b>	**	147,0	203 sur 207			
<b>CU de Lille Métropole</b>	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA Grand Evreux Agglomération (BNO)	4 334	123,3	<b>127,4</b>	**	139,3	194 sur 194	CA de Valenciennes Métropole (NPC)	CA du Grand Bassin (AQU) (ICM=124,1)	2 047	118,0	<b>123,2</b>	**	132,7	191 sur 194			
<b>7 Vallées</b>	Issoudun et Champagne Bernhonne (CTR)	Tréguier-Goulle (BRE) (ICM=134,7)	180	115,1	<b>134,0</b>	**	155,0	202 sur 202	Vallées des Gaves (NPY) (ICM=144,7)	Trois vallées (CHA) (ICM=147,7)	84	116,5	<b>146,1</b>	**	189,9	202 sur 202			
<b>Artois</b>	Borzeque (CHA) (ICM=123,0)	Lafayette (ALU) (ICM=123,7)	925	115,6	<b>123,0</b>	**	131,7	202 sur 202	Vallée de Saintonge (PCH) (ICM=124,9)	Val de Creuse Val d'Angin (CTR) (ICM=126,4)	422	114,3	<b>124,9</b>	**	137,4	202 sur 202			
<b>Boulonnais</b>	Berry-Saint-Denis (CTR) (ICM=151,6)	Thiérache (PIC) (ICM=154,7)	858	140,6	<b>152,6</b>	**	163,2	292 sur 292	Châteaufort (CTR) (ICM=138,7)	Berry-Saint-Amand (CTR) (ICM=139,0)	371	125,1	<b>138,9</b>	**	143,8	292 sur 292			
<b>Calaisis</b>	Boulogne maritime (BOU) (ICM=143,2)	Saint-Quentin (PIC) (ICM=145,4)	798	142,1	<b>144,1</b>	**	154,4	294 sur 294	Rochefort (PCH) (ICM=129,5)	Vesin normand (HNO) (ICM=130,0)	334	116,4	<b>130,0</b>	**	144,2	294 sur 294			
<b>Cambrésis</b>	Nord-est aubois (CHA) (ICM=150,2)	Loire Val d'Aubois (CTR) (ICM=145,1)	843	141,0	<b>151,1</b>	**	161,6	298 sur 298	Asses, Verdun, Vaire Val (PAC)	Puisaye Forêt (BOU) (ICM=155,7)	388	136,9	<b>150,6</b>	**	163,1	298 sur 298			
<b>Coeur de Flandre</b>	Chamont (CHA) (ICM=107,7)	Val de Gerteppe et Creuse (PCH) (ICM=107,8)	499	98,5	<b>107,8</b>	**	117,6	205 sur 205	Vesoul - Val de Saône (FCH) (ICM=109,2)	Val d'Ardour (NPY et AQU) (ICM=109,5)	227	95,6	<b>109,4</b>	**	124,5	204 sur 205			
<b>Lalys romane</b>	Baraban (CHA) (ICM=136,1)	Morlaix (BRE) (ICM=136,9)	264	104,4	<b>136,3</b>	**	153,8	333 sur 333	Vallée de la Dordogne confiné (LIM)	Saint-Breux (BRE) (ICM=115,4)	99	93,4	<b>114,9</b>	**	138,5	264 sur 333			
<b>Maritime et rural du Montreuillois</b>	Thiérache (PIC) (ICM=153,5)	Sedanais (CHA) (ICM=158,1)	424	142,2	<b>156,7</b>	**	172,4	264 sur 264	Val de Creuse Val d'Angin (CTR)	Haute-Cornée-Dordogne (ALU et LIM)	161	102,7	<b>126,5</b>	**	147,6	264 sur 264			
<b>Moulin de Flandre</b>	Combrailles en Hainaut (LIM) (ICM=119,8)	Vallée du Loir (PLO) (ICM=120,0)	296	116,6	<b>119,9</b>	**	124,8	202 sur 202	Dolom, Pays de France (COR) (ICM= 99,5)	Plaine de Sologne (BOU) (ICM= 99,7)	110	84,9	<b>99,7</b>	**	102,6	202 sur 202			
<b>Prévôtis</b>	Lacs Orthez Béarn des Gaves (AQU) (ICM= 87,0)	Audin (NPY) (ICM= 87,3)	285	77,3	<b>87,1</b>	**	93,8	98 sur 98	Vallée du Loir (AQU) (ICM= 89,2)	Ittre (LIM) (ICM= 89,6)	333	74,9	<b>89,3</b>	**	105,9	98 sur 98			
<b>Saint-Omer</b>	Havre - Pointe de Cauc Esbairre (HNO)	Ouest Creuse (LIM) (ICM=141,2)	606	139,6	<b>140,5</b>	**	152,2	309 sur 309	Vesin normand (HNO) (ICM=130,0)	Lumvilleon (LOR) (ICM=130,3)	250	114,5	<b>130,1</b>	**	147,3	309 sur 309			
<b>Sambre-Avesnois</b>	Saint-Quentin (PIC) (ICM=145,4)	Nord Heut Marais (CHA) (ICM=126,7)	1 205	137,5	<b>145,6</b>	**	154,1	296 sur 296	Argonne ardennaise (CHA) (ICM=140,8)	Mareuilles (LOR) (ICM=142,7)	541	136,2	<b>141,9</b>	**	154,3	294 sur 296			
<b>Ternois</b>	Epièrès (LIM) (ICM=126,9)	Avallonnais (BOU) (ICM=127,3)	170	108,8	<b>127,2</b>	**	147,9	313 sur 313	Interrégional Breisle - Y										

## Actualisation des données du recensement 2010

### Population du Nord - Pas-de-Calais en 2010

Quinze tableaux ont été actualisés et mis en ligne sur le site de l'ORS en 2013 : l'effectif, la densité, la répartition par groupes d'âges et l'accroissement intercensitaire de la population, la fécondité et la mortalité dans les différents territoires du Nord – Pas-de-Calais. Plusieurs tableaux d'indicateurs sociodémographiques et socio-économiques ont été également réactualisés.

1. Population au recensement de 1968, 1975, 1982, 1990, 1999, 2010
2. Densité de la population au recensement de 1968, 1975, 1982, 1990, 1999, 2010
3. Variation annuelle moyenne de la population entre 1990 et 1999 et entre 1999 et 2010
4. Variation annuelle moyenne de la population due au mouvement naturel entre 1990 et 1999 et entre 1999 et 2010
5. Variation annuelle moyenne de la population due au solde apparent des entrées / sorties dans le Nord - Pas-de-Calais, 1990 à 1999 et 1999 à 2010
6. Part des 0-14 ans dans la population totale en 2010
7. Part des 15-29 ans dans la population totale en 2010
8. Part des 30-44 ans dans la population totale en 2010
9. Part des 45-59 ans dans la population totale en 2010
10. Part des 60-74 ans dans la population totale 2010
11. Part des 75 ans et plus dans la population totale en 2010
12. Indice de vieillissement 2010
13. Taux brut de natalité annuel dans le Nord - Pas-de-Calais 1990-1999 et 1999-2010
14. Taux de fécondité annuel 1999-2010 (pour 1 000 femmes de 15-49 ans)
15. Taux brut de mortalité annuel 1990-1999 et 1999-2010

### Population active et emploi dans le Nord - Pas-de-Calais en 2010

Seize nouveaux tableaux décrivant la population active, l'emploi, le chômage et la situation socio-économiques des habitants du Nord - Pas-de-Calais ont été également réalisés en 2013, et mis en ligne début 2014.

1. Nombre de personnes actives et taux d'activité des 15-64 ans en 1999 et 2010
2. Taux d'activité des 15-64 ans, par sexe en 2010
3. Nombre de personnes actives occupées et taux d'emploi des 15-64 ans en 1999 et 2010
4. Part des agriculteurs exploitants des 15-64 ans parmi les actifs en 1999 et 2010
5. Part des artisans, commerçants, chefs d'entreprise des 15-64 ans parmi les actifs en 1999 et 2010
6. Part des professions intellectuelles supérieures des 15-64 ans parmi les actifs en 1999 et 2010
7. Part des professions intermédiaires des 15-64 ans parmi les actifs en 1999 et 2010
8. Part des employés des 15-64 ans parmi les actifs en 1999 et 2010
9. Part des ouvriers des 15-64 ans parmi les actifs en 1999 et 2010
10. Nombre de chômeurs et taux de chômage de l'ensemble des 15-64 ans en 1999 et 2010
11. Taux de chômage des femmes de 15-64 ans en 1999 et 2010
12. Taux de chômage des hommes de 15-64 ans en 1999 et 2010
13. Part des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) défavorisées en 1999 et 2010
14. Part des PCS moyennes en 1999 et 2010
15. Part des PCS favorisées en 1999 et 2010
16. Revenus fiscaux en 2010

L'actualisation des données du recensement de l'année 2010 a également directement bénéficié à la mise à jour des diagnostics des Contrats Locaux de Santé (CLS) 2013 demandée par L'ARS Nord - Pas-de-Calais (cf. infra).

**Exemple de sortie : Nombre de personnes actives et taux d'activité des 15-64 ans en 1999 et 2010**

Nom de la zone géographique		Activité des 15-64 ans en 1999 et 2010									
		Nombre d'actifs en 1999	Taux d'activité en 1999 (en %)	Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	Classement de l'indicateur le plus faible au plus élevé	Nombre d'actifs en 2010	Taux d'activité en 2010 (en %)	Territoire classé juste avant	Territoire classé juste après	Classement de l'indicateur le plus faible au plus élevé
FRANCE	France métropolitaine	26 450 004	69,3	-	-	1 sur 1	29 302 807	72,2	-	-	1 sur 1
RÉGION	Nord - Pas-de-Calais	1 672 755	64,6	Corse : 62,0	Languedoc-Roussillon : 65,6	2 sur 22	1 794 832	67,9	Nord - Pas-de-Calais : 67,9	Corse : 68,2	1 sur 22
DÉPARTEMENT	Nord	1 083 975	65,1	Hérault (LRO) : 64,6	Meurthe-et-Moselle (LOR) : 65,5	6 sur 96	1 158 415	68,3	Hérault (LRO) : 67,7	Nièvre (BOU) : 68,5	5 sur 96
	Pas-de-Calais	588 780	63,9	Corse-du-Sud (COR) : 63,5	Pyénées-Orientales (LRO) : 64,4	3 sur 96	636 416	67,3	Pyénées-Orientales (LRO) : 67,1	Hérault (LRO) : 67,7	3 sur 96
TERRITOIRE DE SANTÉ (1)	TS de l'Artois-Douais	459 891	62,8	TS de l'Artois-Douais (NPC) : 62,8	TS du Hainaut-Cambrésis (NPC) : 62,8	1 sur 4	502 092	67,2	TS du Hainaut-Cambrésis (NPC) : 66,4	TS du Littoral (NPC) : 67,6	2 sur 4
	TS de la Métropole-Flandre intérieure	571 997	66,8	TS du Littoral (NPC) : 65,4	TS de la Métropole-Flandre intérieure (NPC) : 66,8	4 sur 4	617 959	69,6	TS du Littoral (NPC) : 67,6	TS de la Métropole-Flandre intérieure (NPC) : 69,6	4 sur 4
	TS du Hainaut-Cambrésis	300 321	62,8	TS de l'Artois-Douais (NPC) : 62,8	TS du Littoral (NPC) : 65,4	2 sur 4	318 955	66,4	TS du Hainaut-Cambrésis (NPC) : 66,4	TS de l'Artois-Douais (NPC) : 67,2	1 sur 4
	TS du Littoral	340 546	65,4	TS du Hainaut-Cambrésis (NPC) : 62,8	TS de la Métropole-Flandre intérieure (NPC) : 66,8	3 sur 4	355 826	67,6	TS de l'Artois-Douais (NPC) : 67,2	TS de la Métropole-Flandre intérieure (NPC) : 69,6	3 sur 4
ZONE DE PROXIMITÉ (2)	ZP de Béthune-Bruay	115 373	62,5	Forbach (LOR) : 62,4	ZP du Douaisis (NPC) : 62,8	11 sur 304	126 716	67,1	ZP du Montreuillois (NPC) : 66,9	Perpignan (LRO) : 67,1	13 sur 304
	ZP de Flandre intérieure	77 150	68,3	Ussel (LIM) : 68,3	Grenoble (RHA) : 68,4	115 sur 304	84 363	71,3	Villefranche-de-Rouergue (MPY) : 71,3	Mauriac (AUV) : 71,4	142 sur 304
	ZP de Lens-Hénin	142 975	60,3	Sartène - Propriano (COR) : 59,9	Porto-Vecchio (COR) : 61,0	4 sur 304	154 059	65,0	Corte (COR) : 55,0	Céret (LRO) : 65,3	2 sur 304
	ZP de Lille	312 759	66,0	Limoux (LRO) : 65,9	Poitiers (PCH) : 66,0	39 sur 304	345 366	69,1	Porto-Vecchio (COR) : 69,1	Lunéville (LOR) : 69,2	48 sur 304
	ZP de Roubaix-Tourcoing	182 088	67,6	Pau (AQU) : 67,6	Avignon (PAC et LRO) : 67,7	87 sur 304	188 231	69,5	Orange (PAC) : 69,5	Albi (MPY) : 69,6	62 sur 304
	ZP de Sambre-Avesnois	94 619	62,1	Bastia (COR) : 61,5	Céret (LRO) : 62,3	8 sur 304	98 245	65,6	ZP du Valenciennois (NPC) : 65,5	Forbach (LOR) : 65,7	5 sur 304
	ZP de l'Arrageois	102 459	67,1	Vitry-le-François - Saint-Dizier (CHA) : 67,0	Charleville-Mézières (CHA) : 67,1	64 sur 304	112 822	70,6	Cahors (MPY) : 70,6	Clermont-Ferrand (AUV) : 70,6	98 sur 304
	ZP de l'Audomarois	49 643	65,8	Lannion (BRE) : 65,8	Brest (BRE) : 65,9	36 sur 304	52 978	67,7	ZP du Dunkerquois (NPC) : 67,6	Limoux (LRO) : 67,7	25 sur 304
	ZP du Boulonnais	67 918	65,4	Alès (LRO) : 65,4	Draguignan (PAC) : 65,4	26 sur 304	70 943	67,8	Limoux (LRO) : 67,7	Marseille - Aubagne (PAC) : 67,9	27 sur 304
	ZP du Calaisis	66 480	65,8	Clermont-Ferrand - Lodeve (LRO) : 65,8	Lannion (BRE) : 65,8	34 sur 304	71 268	67,5	Les Sables-d'Olonne (PLO) : 67,5	ZP du Dunkerquois (NPC) : 67,6	23 sur 304
	ZP du Cambrésis	68 182	67,2	Prades (LRO) : 67,2	Nîmes (LRO) : 67,2	68 sur 304	71 617	69,6	Albi (MPY) : 69,6	Prades (LRO) : 69,6	64 sur 304
	ZP du Douaisis	99 084	62,8	ZP de Béthune-Bruay (NPC) : 62,5	Montpellier (LRO) : 64,4	12 sur 304	108 494	67,3	Royan (PCH) : 67,2	Thiérache (PIC) : 67,3	18 sur 304
	ZP du Dunkerquois	112 573	64,9	Aix-en-Provence (PAC) : 64,7	Sète (LRO) : 65,0	19 sur 304	113 008	67,6	ZP du Calaisis (NPC) : 67,5	ZP de l'Audomarois (NPC) : 67,7	24 sur 304
	ZP du Montreuillois	43 932	65,5	Narbonne (LRO) : 65,5	Thiérache (PIC) : 65,5	30 sur 304	47 629	66,9	Béziers (LRO) : 66,8	ZP de Béthune-Bruay (NPC) : 67,1	12 sur 304
	ZP du Valenciennois	137 520	61,2	Porto-Vecchio (COR) : 61,0	Bastia (COR) : 61,5	6 sur 304	149 093	65,5	Céret (LRO) : 65,3	ZP de Sambre-Avesnois (NPC) : 65,6	4 sur 304

Sources : INSEE RP 1999 et RP 2010 exploitations principales. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

**Actualisation des données sur la démographie des professionnels de santé 2012**

Les données de l'offre de soins 2012 produites à partir du RPPS et du répertoire ADELI ont, en priorité, servi à la mise à jour des diagnostics des Contrats locaux de santé 2013. Pour cette partie, nous renvoyons le lecteur au chapitre portant sur les Diagnostics statistiques des Contrats locaux de Santé 2013.



## Autres activités

L'action de l'ORS ne se cantonne pas aux activités les plus visibles que sont la publication d'études, la mise à disposition de données via son site Internet, ses principaux rendez-vous avec le grand public ou la presse. Régulièrement, il est sollicité afin de participer à des réunions, apporter un avis d'expertise ou contribuer, par son savoir-faire, à la conception ou la conduite de telle ou telle action.

Dans cette optique, les deux partenaires essentiels de l'ORS que sont les services de l'État et le Conseil Régional, lui allouent, chaque année et respectivement, un temps de travail. De ce fait, la totalité des sollicitations des services de l'État, qu'il s'agisse ou non de l'Agence Régionale de Santé, a pu être honorée. Pour le compte du Conseil Régional, outre un *consulting* assidu dispensé auprès de ses propres services, les interventions ont bénéficié tant à de grands acteurs régionaux de santé qu'aux services des intercommunalités (et assimilés) et à la presse<sup>16</sup>.

### ■ Conférence permanente du Bassin minier

#### Ateliers santé organisés par la Mission Bassin Minier et présidés par l'ARS

##### *Contexte*

Dans le cadre de la relance de la CPBM, l'ORS a été sollicité afin de participer et d'organiser les ateliers santé. La Mission Bassin Minier<sup>17</sup> (MBM) a décidé en mars 2013 de se lancer dans la relance de la *Conférence permanente du Bassin Minier*, qui avait déjà été conduite en 1996-1998 avec succès, et dans laquelle l'Observatoire régional de la santé s'était déjà investi. À cette occasion, l'ARS a demandé et obtenu sa participation au Conseil d'administration de la MBM.

##### *Objectifs*

Conjuguer les intentions du Projet régional de santé, la dynamique des Contrats locaux de santé, l'expertise de l'ORS, l'ingénierie de la Mission Bassin Minier et sa capacité à concevoir la gouvernance territoriale.

Objectifs de la CPBM :

1. Produire un diagnostic actualisé ;
2. Faire des propositions et des recommandations stratégiques ;
3. Faire émerger des acteurs dans les milieux économique, associatif et culturel ;
4. Restituer aux institutions et à l'opinion par des actions de communication :
  - a. le diagnostic ;
  - b. les recommandations ;
  - c. les dynamiques d'acteurs.

---

<sup>16</sup> Voir Annexes

<sup>17</sup> Elle intègre des représentants des différentes structures qui contribuent à son fonctionnement : État, Région, Départements, structures intercommunales, Association des communes minières et des membres associés (Caisse des Dépôts et Consignations, Parc Naturel Régional Scarpe-Escaut).

### ***Méthode utilisée***

Présentation Powerpoint et animation des débats lors des trois ateliers tenus.

Trois thèmes principaux ont été abordés :

1. La santé dans le Bassin minier, 15 ans après la première CPBM ;
2. Accessibilité de l'offre de soins : moyens de déplacements collectifs par les transports en commun, et des implantations sanitaires sur ce territoire ;
3. Vieillesse de la population : des mécanismes démographiques aux effets sanitaires.

### ***Territoires concernés***

Bassin minier et au-delà.

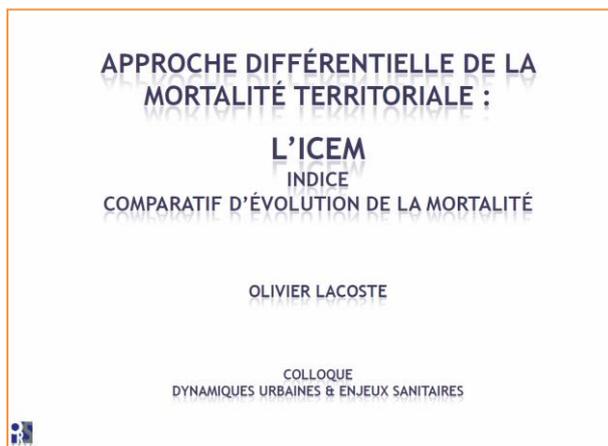
**Conférence Permanente du Bassin Minier** : <http://www.missionbassinminier.org/cpbm.html>

**Le Livre Blanc** : Acte II 100 propositions pour accompagner la mutation du Bassin minier : [http://www.missionbassinminier.org/fileadmin/user\\_upload/images/CPBM/CPBM\\_Livre\\_Blanc\\_ActII\\_internet.pdf](http://www.missionbassinminier.org/fileadmin/user_upload/images/CPBM/CPBM_Livre_Blanc_ActII_internet.pdf)

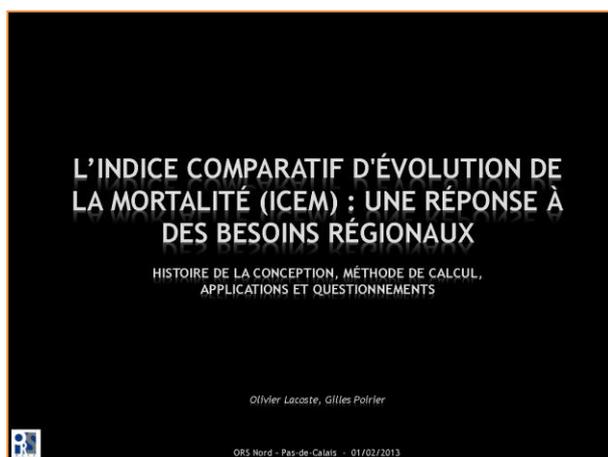
## Autres sollicitations et interventions

- Haute Autorité de Santé. Commission d'évaluation économique et de santé publique
- Participation au schéma départemental lutte contre la délinquance (Préfecture)
- Partenariat avec l'ARS et la MBM à l'occasion du lancement et de la conception du projet Territoire de soins numérique
- Participation au groupe Indicateurs de territorialisation de l'ARS
- Participation au Comité régional de l'Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé
- Participation au groupe de pilotage du PRAPS
- Participation méthodologique au groupe diagnostique PLPS et CLS
- Collaboration avec les services de l'INSEE Lille
- Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Conseil scientifique
- Participation au Forum hybride permanent organisé par la D2DPE (Conseil régional)
- Collaboration avec la D2DPE, Conseil Régional, développement de l'IDH4
- Collaboration dans le cadre de la rédaction du rapport rédigé par Monsieur Abdhelatif
- Participation aux travaux de la FNORS
- Participation au congrès national des ORS à Bordeaux, organisé par la FNORS
- Collaboration avec l'ORS Île-de-France
- Collaboration avec l'APPA
- Collaboration avec la Communauté d'Agglomération du Havre
- Collaboration avec la Communauté d'Agglomération de Boulogne
- Participation au Comité de pilotage de l'étude OTUS
- Participation à la revue Intercommunalités de l'Association des Communautés de France

- Participation à la journée de l'IPCEM : *Rendre accessible l'éducation thérapeutique du patient : Un nouveau défi !*
- Collaboration avec la CME de l'EPSM d'Armentières
- Collaboration à l'étude conduite par Planète publique sur l'évaluation de l'action régionale de prévention
- Aide méthodologique dans le cadre d'une thèse portant sur la démographie régionale des gynécologues-obstétriciens, Faculté de Médecine-Université de Lille 3
- Aide méthodologique dans le cadre d'un projet de suivi du devenir des internes de spécialité de la Faculté de Médecine-Université de Lille 3
- Partenariat avec le GRPS, le CORESP Nord – Pas-de-Calais et La Sauvegarde du Nord dans le cadre de la mise en place du pôle régional de compétence en éducation pour la santé
- Collaboration avec le GRPS dans le cadre du comité de rédaction de la Lettre aux Territoires
- Présentation au Colloque international « Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires : concepts, méthodes et interventions », Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, 11-13 septembre 2013

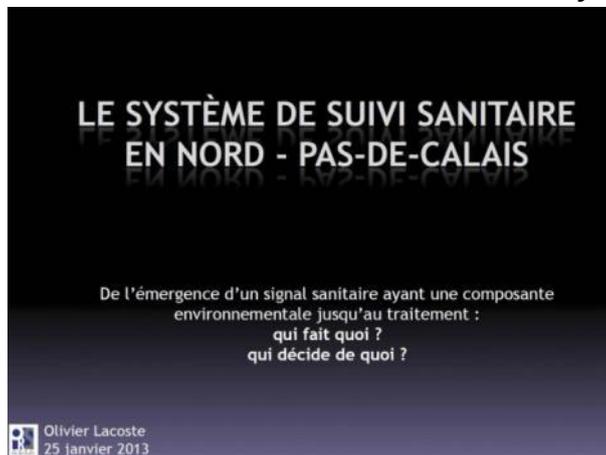


- Présentation au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-INSERM)

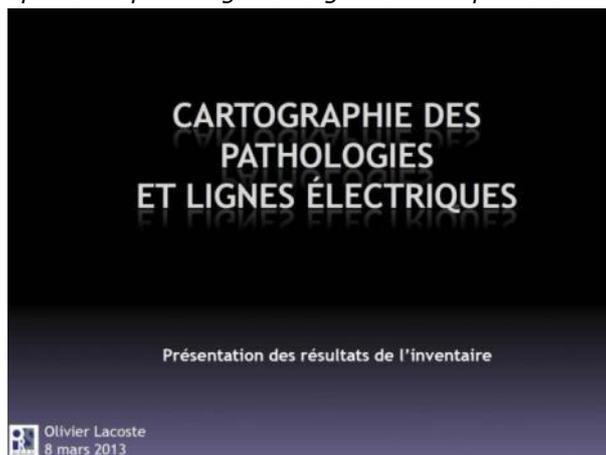


- Participation à la Commission santé réunie par Réseau de Transport d'Électricité dans le cadre de la reconstruction de la ligne à très haute tension Avelin-Gavrelle

*Le système de suivi sanitaire en Nord - Pas-de-Calais. 25 janvier 2013.*



*Cartographie des pathologies et lignes électriques. 8 mars 2013.*



*Bilan des propositions de la commission santé. 27 juin 2013.*





## Demandes spécifiques de statistiques réalisées en 2013

### *Contexte*

Parmi ses missions, l'Observatoire Régional de la Santé se doit de « réunir toute information relative à la santé et ses déterminants dans la région et d'en faire part à toute personne qui en fera la demande ».

Dans ce cadre, l'ORS réalise pour différents organismes le calcul d'indicateurs statistiques portant sur de multiples domaines (mortalité, incidence des maladies, démographie médicale, population) correspondant à leur territoire d'analyse et d'action (SCOT, Secteurs de psychiatrie, territoire de santé, zones de proximité...). Souhaitant répondre au mieux aux besoins spécifiques de chacun, les indicateurs sont calculés à partir des données les plus récentes disponibles, régulièrement réactualisées.

### *Organismes demandeurs en 2013*

#### **ARS Nord – Pas-de-Calais**

##### Mise en œuvre d'un Système d'Information Géographique (SIG) en santé dans le Nord - Pas-de-Calais

Afin de développer sur Internet un atlas interactif de la santé dans le Nord - Pas-de-Calais, la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) a initié la mise en place d'un comité de pilotage formé par l'ARS, l'ORS, le CREAI et la F2RSM.

Cette initiative a débouché sur un projet coopératif, piloté par l'ARS Nord – Pas-de-Calais. Celle-ci souhaite doter la région d'un SIG en santé visant à mettre à disposition d'un large public les indicateurs de santé. Dans ce but, un groupe projet dirigé par l'ARS a été mis en place. Il demeure composé de l'ARS, du CREAI, de la F2RSM et de l'ORS. Son rôle est de définir l'architecture et le contenu du portail Internet permettant la restitution des informations géographiques.

La première mission du groupe projet a été de recenser les différentes listes d'indicateurs existantes afin de les regrouper par thème :

1. Indicateurs de mortalité (ORS)
2. Facteurs socio-économiques (CREAI et F2RSM)
3. Santé mentale (F2RSM)
4. Démographie médicale (ARS)
5. Offre hospitalière (ARS)
6. Offre médico-sociale (CREAI)
7. Indicateurs mis à disposition par l'observatoire social (ARS)

En 2012 l'architecture du SIG a été mise place et testée. De son côté, l'ORS produit chaque année les données de mortalité permettant d'alimenter le SIG.

Les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) tous âges et prématurée et les décès ont été déclinés au niveau de neuf territoires du Nord – Pas-de-Calais (région, département, arrondissement, communautés urbaines, d'agglomération et métropoles 2012, communautés de communes, zones d'emploi 2010, territoires de santé 2011, zones de proximité 2011, zones déficitaires définies par l'ARS).

Causes de mortalité retenues :

- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins
- Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel
- Tumeurs malignes
- Tumeur maligne de l'œsophage
- Tumeur maligne de l'estomac
- Tumeur maligne du côlon
- Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
- Tumeur maligne du sein
- Tumeur maligne du col de l'utérus
- Tumeur maligne de la prostate
- Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives
- Diabète sucré
- Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)
- Maladies de l'appareil circulatoire
- Cardiopathies ischémiques
- Maladies cérébrovasculaires
- Maladies de l'appareil respiratoire
- Chutes accidentelles
- Mortalité liée au tabagisme
- Mortalité liée à l'alcoolisme
- Suicides
- Toutes causes
- Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique), maladie chronique du foie
- Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx
- VADS + œsophage : tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage
- Tumeur maligne colorectale

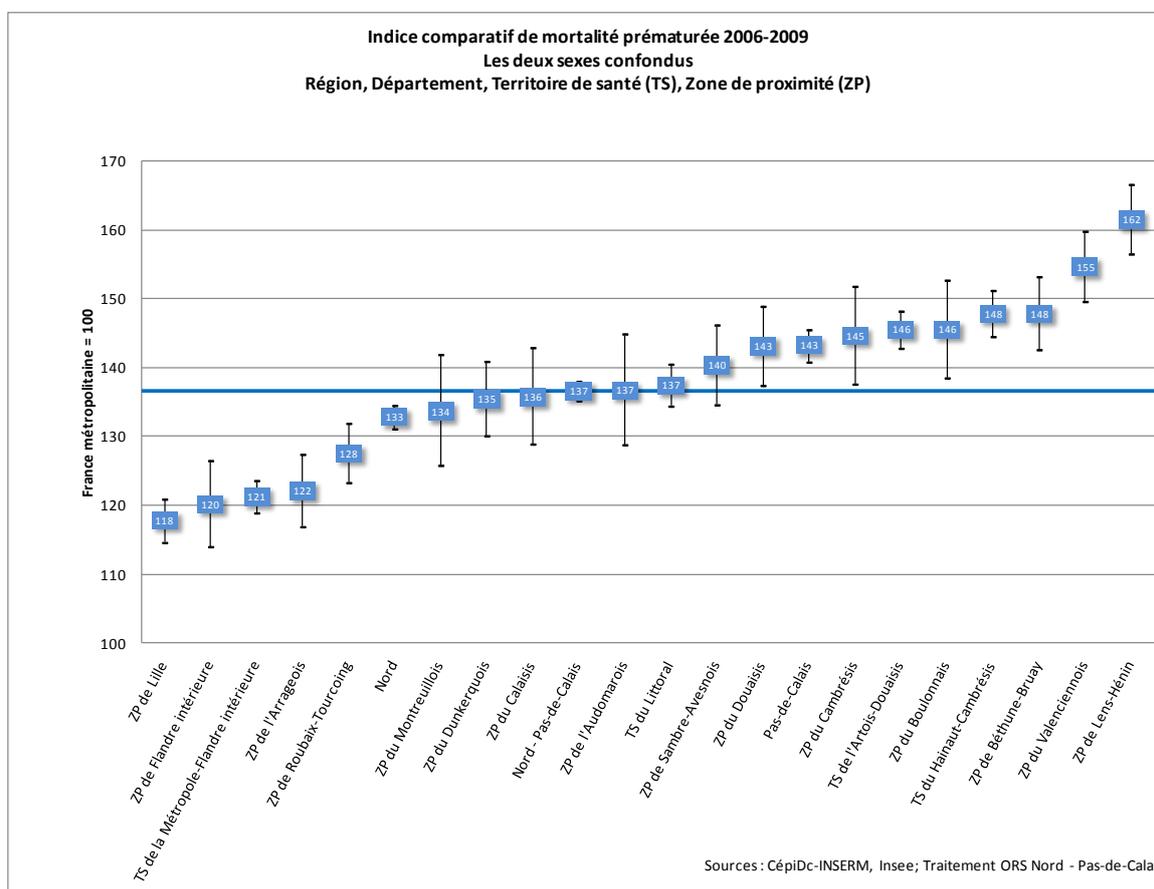
### Contribution de l'ORS à l'alimentation du SIG en 2013

1. Mise à disposition du dernier jeu d'ICM actualisé sur les 4 dernières années de mortalité (2007-2010) ;
2. Rédaction d'un article sur la mortalité prématurée (cf. encadré).

**La mortalité prématurée dans le Nord – Pas-de-Calais**

La France, comme d'autres pays développés, dispose d'un enregistrement exhaustif des décès. Dans notre pays, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc-INSERM, élabore annuellement les statistiques nationales des causes médicales de décès. Ce sont les seules statistiques exhaustives sur l'état de santé en France disponibles à un niveau géographique fin (communes) permettant d'élaborer des indicateurs sur quelque territoire que ce soit, du moment que celui-ci n'est pas infracommunal. À partir de ces données sont produits plusieurs indicateurs de mortalité (nombre de décès, taux brut de mortalité, taux standardisé ou indice comparatif de mortalité, etc.) déclinés à l'échelle nationale, régionale, départementale ou intercommunale (EPCI), en fonction de variables démographiques comme l'âge et le sexe.

Les statistiques nationales des causes médicales de décès permettent notamment d'étudier la mortalité prématurée qui ne prend en compte que les décès survenus avant 65 ans et qui est devenue l'un des principaux indicateurs de santé utilisés pour conduire les politiques publiques de santé.



Ce graphique donne le classement des territoires selon l'indice comparatif de mortalité prématurée. La ligne bleue délimite le niveau régional et permet ainsi de distinguer plus facilement les territoires dont la surmortalité prématurée est inférieure à la surmortalité prématurée régionale (ZP de Lille, de Flandre intérieure...) de ceux dont la surmortalité prématurée dépasse celle de la région (ZP de Lens-Hénin, du Valenciennois...). Chaque ICM est représenté avec son intervalle de confiance (traits en noir encadrant l'ICM) qui donne l'amplitude dans laquelle la valeur de l'ICM a 95 % de chance de se trouver.

Calcul des ICM de plusieurs cancers présentant des risques environnementaux destinés au département santé environnement de l'ARS Nord - Pas-de-Calais

Afin d'aider le département santé environnement de l'ARS Nord - Pas-de-Calais à définir des zones "prioritaires" pour permettre d'appuyer des objectifs de réduction d'émission de polluant, l'ORS a calculé les ICM de plusieurs cancers présentant des risques environnementaux.

**Causes de décès sélectionnés**

Cancer	Classification CIM9	Codification CIM 10
Epithélium nasal	C11	132
Oesophage	C15	9
Estomac	C16	10
Foie (carcinomes adénomes hépatocellulaires et cholangiosarcome ou -carcinome)	C22	13
Larynx	C32	106
Voies respiratoires : trachée bronches alvéoles	C33 – C34	131
Mésothéliome péritonéal	C48	136
Hémangiosarcome	C49	133
Sein	C50	17
Col de l'utérus	C53	18
Adénome de l'utérus	C54 – C55	19
Prostate	C61	21
Rein (adénome et carcinome du tubule rénal)	C64	22
Vessie	C67	23
Cerveau (gliome astrocytome)	C71	134
Moëlle épinière	C72	135
Tissus lymphoïdes hématopoïétiques et corrélés	C81 à C96	24
Lymphomes non hodgkiniens	C82 à C85	130
Leucémies lymphoïdes	C91	128
Leucémies	C91 à C95	127
Leucémies myéloïdes	C92	129
Ensemble	C11 C15 C16 C22 C32 C33 C34 C48 C49 C50 C53 C54 C55 C61 C64 C67 C71 C72 C81 C82 C83 C84 C85 C86 C87 C88 C89 C90 C91 C92 C93 C94 C95 C96	137

Afin d'augmenter la significativité statistique des ICM, l'analyse de la mortalité a porté sur le cumul des décès de six années consécutives (2004 à 2009). Les territoires d'analyse ont été la région Nord - Pas-de-Calais, les départements du Nord et du Pas-de-Calais, les territoires de santé de la région, les zones de proximité de la région couplées aux zones d'emploi 2010 du reste de la France, les pseudo cantons de l'INSEE et les Bassins de vie 2012 de l'INSEE.

### **Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)**

En 2012, l'INSEE Nord – Pas-de-Calais et l'ORS Nord – Pas-de-Calais ont établi une convention visant à mettre en œuvre une collaboration plus étroite. Dans ce cadre, chaque année, l'ORS Nord – Pas-de-Calais calcule pour l'INSEE les ICM toutes causes, tous âges et prématurée à différentes échelles territoriales.

Pour l'année 2013, l'actualisation des statistiques a porté sur la région Nord - Pas-de-Calais, ses départements, ses pays, ses EPCI, ses Schémas de Cohérence Territoriale (SCOT), et ses Parcs naturels régionaux.

### **Conseil régional du Nord – Pas-de-Calais**

Demande d'une base communale correspondant aux anciens découpages territoriaux des Programmes Territoriaux de Santé (PTS) du Nord – Pas-de-Calais

L'ORS a été en mesure de fournir à la DRESSTIC la base communale 2007 des Programmes Territoriaux de Santé.



## Annexes

### Publications réalisées ou finalisées en 2013

#### Études

Guennif S. *Prospective de l'impact régional des dynamiques des professionnels de santé : Préfiguration d'une étude d'évaluation des mesures mises en place en région Nord - Pas-de-Calais pour attirer et maintenir les professionnels de santé dans les zones sous-dotées*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2013 ; 42 p.

Poirier G, Lacoste O. *Mise en place d'un outil de suivi des professionnels de santé à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)*. Document de travail. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2013 ; 57 p.

Poirier G, Trédez G, Lacoste O. *Les migrations résidentielles : quelles conséquences sur l'évaluation des actions régionales et locales de prévention et de santé*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2013 ; 106 p.

Trédez G. *Santé et politiques publiques*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 168 p.

Lacoste O, Poirier G, Trédez G, Quach A, Rengot M, Sampil M. *Le maillage des pôles d'offre : éléments de la problématique, potentialités régionales et mise en œuvre locale*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 85 p.

Lacoste O, Trédez G. *Notre santé : mieux comprendre la santé et ses enjeux en Nord – Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014.

#### **50/51° Nord**

Ça se PACES à Lille et aussi à Boulogne-sur-Mer. *50/51° Nord* 2013 ; 35 : 8 p.

La ville est ses aires. *50/51° Nord* 2013 ; 36 : 4 p.

Les femmes : marche lente avec le temps. *50/51° Nord* 2013 ; 37 : 4 p.

## Revue de presse 2013

[20-06-2013 : La Voix du Nord](#)

Santé : les remèdes de Merville pour garantir l'accès aux soins.

[06-2013 : Mon Nord-Pas-de-Calais](#)

Dossier : Et si on se soignait mieux ensemble ?

[10-04-2013 : La Voix du Nord](#)

La Nord – Pas-de-Calais toujours bien mal point.



**Juin 2014**



**Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais**

235 avenue de la Recherche  
59120 Loos

Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20

Fax : +33 (0)3 20 15 10 46

[www.orsnpdc.org](http://www.orsnpdc.org)