

Mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte consacré aux impacts sanitaires de la crise économique de 2008

16
2

Gilles Poirier, Émilie Baro, Jean-Marc Goudet,
Linda Fraouti, Souad Zerhouni



Mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte consacré aux impacts sanitaires de la crise économique de 2008

Gilles Poirier¹, Émilie Baro², Jean-Marc Goudet², Linda Fraouti¹, Souad Zerhouni³

Avec la participation de Tiphaine Hennegrave, stagiaire.

ORS Nord – Pas-de-Calais :

¹ Chargé d'études, ORS Nord-Pas-de-Calais

² Interne en santé publique, ORS Nord-Pas-de-Calais

³ Responsable du Département de Recherche et d'Information (DRI)

Sommaire

Remerciements	7
Introduction.....	9
État de l'art sur les effets de la crise économique en matière de santé	11
Introduction	11
Contexte.....	11
Objectif	11
Méthode	11
Résultats	12
Stratégie de recherche	12
Évaluation critique et synthèse	12
Discussion	19
Synthèse des effets sanitaires de la crise économique	21
Synthèse des entretiens	23
États des lieux des dispositifs en place en lien avec la crise économique et les conséquences sanitaires	24
Quels <i>marqueurs de déstabilisation sociale</i> de la crise économique peuvent être utilisés à l'échelle locale ?	24
Les bases de données statistiques potentiellement exploitables	26
Prise en compte du « polymorphisme » de la crise de 2008.....	32
Quels <i>marqueurs d'impact sanitaire</i> de la crise économique peuvent être utilisés à l'échelle locale ?	33
Les bases de données statistiques ou indicateurs potentiellement exploitables.....	33
Prise en compte du « polymorphisme » de la crise de 2008.....	42
Quelle serait la pertinence d'un dispositif de veille et d'alerte de la crise économique en matière sanitaire ?	43
Conclusion : constats et proposition de l'ORS.....	45
Proposition retenue pour la mise en place d'une communication interne du <i>SAVE</i>	45
Proposition retenue pour la mise en place d'une communication externe du « <i>SAVE</i> »	46
Bibliographie.....	49

Annexes	53
Sommaire des annexes	53
Annexe 1 : La crise de 2008	54
Annexe 2 : Calcul du taux de chômage.....	59
Annexe 3 : Les zones d'emploi	60
Annexe 4 : Le secret statistique	61
Annexe 5 : Organismes rencontrés	62
1 - La Banque de France.....	62
2 - CARSAT	64
3 - C2RP.....	65
4 - CCI	67
5 - DIRECCTE.....	69
6 - F2RSM.....	70
7 - INSEE	71
8 - ISTNF.....	73
9 - Pôle emploi	75
10 - SFMU Collège Régional de Médecine d'Urgence (COMU) du Nord - Pas-de-Calais.....	77
11 - Syndicats.....	78

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes avec lesquelles nous avons échangé dans le cadre de cette étude :

- **Banque de France** : Jean Pierre Villettelle et Joëlle Tinguely de l'Observatoire des entreprises ;
- **C2RP** : Ophélie Costenoble et Sandrine Watiau-Anhes du Pôle Observer ;
- **CARSAT** : Letizia Chiarore et Myriam Berroyez du Service chargé de la production des diagnostics sur la santé au travail en région ;
- **CCI** : Sylvie Duchassaing et Grégory Stalinislawski de la Direction régionale des études ;
- **CFDT Interpro Lens** : Christian Gawel et Michel Crépin ;
- **DIRECCTE** : Cécile Delemotte et Didier Castille ;
- **F2RSM** : Alina Amariei et Laurent Plancke ;
- **INSEE** : Sébastien TERRA au Service études et diffusion ;
- **ISTNF** : Pr Paul Frimat et Thierry Brechon ;
- **Pôle emploi** : Virginie Vettivel du Service Statistiques, études et évaluations à la Direction régionale ;
- **SAMU** : Dr Patrick Mauriauourt Urgentiste ;
- **URI-CFDT** : Martine Durot ;
- Ainsi que 20 **ORS** en France.

Introduction

Selon toute vraisemblance, la crise économique actuelle qui a débuté en 2008 a entraîné des déstabilisations sanitaires notables. En effet, si l'on se réfère aux analyses conduites pour l'essentiel *a posteriori* dans des publications consacrées à des crises économiques antérieures, le choc économique est, d'une part, une forte menace à la santé des populations et, d'autre part, un risque pour la performance du système de santé. L'impact des inégalités de revenus, renforcées par les crises, a été constaté sur les inégalités de mortalité. Il est presque exclusivement induit par les déterminants sociaux de santé et par la capacité réduite du système sanitaire à les corriger. Aussi est-il, en temps de crise, encore plus nécessaire qu'en temps normal de veiller à l'équité sanitaire comme l'a démontré le professeur Michael Marmot de l'University College de Londres. En France, la professeure Florence Jusot à l'Université Paris-Dauphine évoque une remontée de la mortalité *contracyclique*¹ explicable par : la baisse des dépistages, une diminution du nombre de visites chez les professionnels de santé, une atténuation des séjours hospitaliers nécessaires, qui conduit jusqu'à une dégradation à long terme de l'état de santé des enfants. L'Observatoire national de la politique de la Ville rapporte, quant à lui, un creusement net des inégalités entre individus au sein de territoires depuis l'irruption de la crise, tandis que le Haut Conseil de la Santé Publique a, pour sa part, mis en place un groupe d'étude consacré aux effets sanitaires de la crise économique. Pour autant, les observations locales font aujourd'hui défaut et l'on ne peut que craindre que les effets induits par la crise ne soient pris en compte que trop tardivement.

La crise financière de 2007, qui a débuté aux États-Unis sur le marché des *subprimes*, a provoqué en 2008 un ralentissement et une récession de l'économie mondiale qui, en comparaison des crises antérieures (grande dépression des années 1930, choc pétrolier des années 1970, crises bancaires ou immobilières du début des années 1990, récession française de 1993), est sans précédent de par la simultanéité avec laquelle elle a touché l'ensemble des pays industrialisés et émergents.

Il apparaît donc comme nécessaire de concevoir et mettre en place un dispositif de veille et d'alerte consacré aux impacts sanitaires de la crise de 2008 et de celles qui pourraient éclater dans le futur, afin de fournir précocement les informations nécessaires aux différentes parties prenantes de la santé publique, que celles-ci soient régionales ou locales.

La mise en œuvre d'un tel dispositif s'est appuyée dans un premier temps sur une recherche bibliographique sur les effets de la crise économique sur la santé. Elle visait notamment à mettre en évidence les mécanismes directs et indirects de la crise économique de 2008 sur la détérioration de la santé des populations à court, moyen et long terme.

Parallèlement, nous avons conduit une trentaine d'interviews sur le thème de la crise et de la santé. Ces entretiens ont permis notamment de tester l'intérêt que suscitait auprès des enquêtés la mise en place d'un système de veille, de sa faisabilité et des moyens que les différents organismes étaient en mesure d'apporter ou pas pour sa mise en œuvre (partenariat, indicateurs statistiques, bases de données...).

¹ Dans le cas d'une remontée de la mortalité *contracyclique* on entend une mortalité plus importante au cours des périodes de difficultés économiques. A l'inverse, une élévation de la mortalité *procyclique* survient pendant les périodes de croissance économique.

État de l'art sur les effets de la crise économique en matière de santé

Introduction

CONTEXTE

La crise économique de 2008 s'est traduite par d'importants déficits publics et une crise de la dette des États. La plupart des pays ont alors adopté des mesures d'austérité afin de réduire ces déficits. Ces mesures ont conduit à une diminution des dépenses publiques de grande ampleur dans un contexte de faibles revenus fiscaux².

OBJECTIF

Le but de cette étude bibliographique est de présenter les connaissances actuelles des effets de la crise économique sur la santé.

Méthode

Sources utilisées et mots-clés

Pour cette étude bibliographique, nous avons recensé, de manière non exhaustive, les publications existantes (articles, rapports, études, documents divers) sur la base de données PubMed et la BDSP (Banque de Données en Santé Publique) de toutes les publications parues jusqu'au 4 avril 2016. Pour la recherche sur PubMed, nous avons utilisé l'équation de recherche suivante :

((("economic crisis") AND health) AND ("1900/01/01"[Date-Publication] : "2016/04/04"[Date-Publication]))

Pour la recherche sur la BDSP, les mots-clés suivants ont été utilisés :

« crise économique santé »

Lors des appels téléphoniques aux différents Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), certains articles nous ont aussi été recommandés.

² Portella E, Barrubés J. Crise économique, systèmes de santé et état de santé de la population : peut-on établir des liens ? Éditorial. *Santé publique* 2015 ; 1(27) : 5-6.

Résultats

STRATÉGIE DE RECHERCHE

La recherche a permis d'identifier 968 références dans PubMed et 650 références sur la BDSP, soit un total de 1618 références. Les ORS nous ont suggéré 5 références supplémentaires. Nous présentons ici une revue non exhaustive de ces publications.

ÉVALUATION CRITIQUE ET SYNTHÈSE

On distingue deux types d'effets potentiels de la crise économique : l'impact sur les systèmes de santé et l'impact sur l'état de santé³. On distingue également les conséquences survenant à court et à long terme.

Conséquences sur le système de soins

✓ Dépenses consacrées à la santé

L'impact sur les systèmes de santé s'est traduit dans certains pays par la réduction des dépenses publiques de santé. Cela s'est produit en Grèce⁴ et lors de la crise économique en Indonésie en 1997, où les dépenses accordées aux programmes publics de santé ont été fortement réduites⁵.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme que les dépenses totales consacrées à la santé par les pays touchés par un ralentissement de l'activité économique ont tendance à diminuer, mais de manière irrégulière. Certains pays ont protégé les dépenses consacrées à la santé ou les ont même augmentées, mais dans d'autres pays c'est l'inverse qui s'est produit⁶.

Lors de la réunion du Bureau régional de l'Europe de l'OMS en 2009, Jens Stoltenberg, Premier ministre norvégien, souligne qu'en période de crise économique mondiale, les pays doivent continuer à accorder la priorité aux dépenses en santé. Celles-ci doivent être considérées comme un investissement dans la prospérité et la protection sociale à venir, et non comme une charge⁷.

Le système de santé en général, et le système hospitalier en particulier, sont mis en cause frontalement, tant par les répercussions sur l'état de santé des populations que par la pression financière exercée sur les dépenses sociales. En matière de réduction du déficit public, la France a été contrainte de s'engager dans la voie d'une réduction structurelle de ses dépenses publiques⁸.

³ *ibid.*

⁴ Liaropoulos L. Greek economic crisis: not a tragedy for health. George Michas: response, 12 April 2014. *BMJ* 2012; 345: e7988.

⁵ Ananta A, Toersilarningsih R, Handayani D. Health financing during an economic crisis: Indonesian experiences (July 1997-July 1998). *Cah Sociol Démographie Médicales* 2000; 40(1): 47-71.

⁶ OMS. *La crise financière et la santé dans le monde. Rapport d'une consultation de haut niveau*. Genève : OMS, 2009 ; 19 p.

⁷ OMS Europe. La santé en période de crise économique mondiale : implications pour la Région européenne de l'OMS. Oslo (Norvège), 1 et 2 avril 2009. Compte rendu de réunion. OMS Europe, 25 avril 2009 ; 40 p.

⁸ Vincent G, Arcos C, Prigent A. Les conséquences de la crise économique sur l'hôpital. *Les Tribunes de la santé* 2012 ; 3(36) : 47-54.

✓ Budgets des hôpitaux publics

Lors d'une crise économique, on observe une réduction importante des dépenses publiques consacrées à la santé en général, et à l'hôpital en particulier.

À cet égard, la situation du système de santé grec est la plus critique : des coupes d'environ 40 % ont été effectuées dans les budgets hospitaliers, entraînant une réduction significative des personnels et de nombreuses ruptures d'approvisionnement⁹. En Grèce, on a assisté à la fermeture d'unités spécialisées, à la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux publics¹⁰ et à la réduction du personnel hospitalier public¹¹.

En France en 2009, plus de 9 800 emplois ont été supprimés dans les hôpitaux publics, dont près de 5 000 personnels soignants. De nombreux agents font ainsi part de leur épuisement et d'un profond sentiment de malaise face à l'augmentation des charges de travail ou à la réduction des temps d'échange avec les patients¹².

✓ Rémunération des professionnels de santé

La réduction des dépenses se traduit également par une baisse des salaires des professionnels de santé¹³. En Grèce, on a observé une diminution de la rémunération des médecins entraînant leur émigration¹⁴.

✓ Admissions dans les hôpitaux publics et privés

Les pays disposant de systèmes de santé à la fois publics et privés observent une forte hausse de l'utilisation du système public, ce qui prolonge les temps d'attente, surcharge les capacités hospitalières et rend difficile la gestion des lits d'hôpitaux¹⁵.

L'effet le plus fréquent est une diminution de la demande de soins fournis par le secteur privé, avec comme conséquence un transfert de la demande vers le secteur public¹⁶.

En France, le taux de recours à l'hôpital public a fortement augmenté : les admissions au sein des hôpitaux publics ont progressé de 24 % entre 2009 et 2010, et de 8 % au cours du premier semestre 2011¹⁷.

✓ Accessibilité des médicaments

Parmi les autres impacts observés, on note une diminution de l'accessibilité aux médicaments¹⁸. Lors de la crise économique de 1997 en Indonésie, chaque citoyen a dû faire face à la hausse du prix des soins et des médicaments¹⁹, ce qui a entraîné une augmentation des contributions individuelles pour les médicaments²⁰.

⁹ *ibid.*

¹⁰ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

¹¹ Portella E, Barrubés J. 2015, *op. cit.*

Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

¹² Vincent G, Arcos C, Prigent A. 2012, *op.cit.*

¹³ Vincent G, Arcos C, Prigent A. 2012, *op.cit.*

¹⁴ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

¹⁵ OMS Europe. 25 avril 2009, *op.cit.*

¹⁶ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

OMS. *La crise financière et la santé dans le monde. 2009, op. cit.*

¹⁷ Vincent G, Arcos C, Prigent A. 2012, *op.cit.*

¹⁸ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

¹⁹ Ananta A, Toersilaningih R, Handayani D. 2000, *op.cit.*

²⁰ Portella E, Barrubés J. 2015, *op. cit.*

Concernant l'évolution des prix des médicaments, les données sont contradictoires. Certains auteurs affirment qu'on observe une diminution du prix des médicaments et la baisse du nombre de prescriptions²¹. Pour l'OMS, lorsque la récession s'accompagne d'une inflation et d'une dévaluation de la monnaie nationale (comme cela a, par exemple, été le cas en Asie orientale en 1997-1998 et en Amérique latine en 2001-2002), le prix des médicaments, des matières premières et du matériel médical importés augmente²².

✓ Renoncement aux soins

L'insécurité financière est un déterminant principal de renoncement aux soins²³. Dans une enquête de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) en 2012, 26 % des assurés sociaux interrogés déclarent avoir renoncé à au moins un soin dans l'année pour des raisons financières. Ce taux est particulièrement élevé chez les personnes sans complémentaire santé (55 %), les bénéficiaires de la CMUc étant moins nombreux que ces dernières à avoir renoncé à un soin (33 %)²⁴.

Un rapport de l'INSEE souligne que, suite à la crise de 2008, les dépenses de santé par habitant ont ralenti, voire diminué, et ce, bien plus fortement dans les pays du sud et du nord-ouest de l'Europe²⁵.

✓ Prévention

Dans un rapport sur l'évolution et les conséquences pour la veille sanitaire à l'horizon 2024, l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) émet l'hypothèse d'une réduction des dépenses de la prévention du fait de la crise économique²⁶.

Conséquences sur la santé

✓ Santé mentale

Le congrès européen de psychiatrie de mars 2016 fait état d'hétérogénéité concernant la littérature sur les conséquences d'une crise économique sur la santé des populations. Cependant, concernant la santé mentale, il existe un large consensus sur les effets de la crise, notamment pour le bien-être psychologique, la dépression, l'anxiété, l'insomnie, la consommation excessive d'alcool et les conduites suicidaires. Les principaux facteurs de risque sont le chômage, l'endettement, les conditions de travail précaires et le manque de lien social. Les mesures d'austérité et le peu de structures d'aide sociale ont tendance à augmenter les effets délétères de la crise économique sur la santé mentale²⁷.

²¹ Portella E, Barrubés J. 2015, *op. cit.*

²² OMS. *La crise financière et la santé dans le monde. 2009, op. cit.*

²³ DREES, DARES, et al. Santé et itinéraire professionnel : état de la connaissance et perspectives. Actes du colloque organisé par la DREES et la DARES le 22 septembre 2015 sur les travaux conduits à partir de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) 2006-2010. *Dossiers solidarité et santé* 2016 ; 76 : 40 p.

²⁴ Bolamperti P, et al. *Précarité et santé dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche*. Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2015 ; 63 p.

²⁵ Padieu Y, Roussel R. *L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins*. In INSEE. France : portrait social, édition 2015 ; p. 25-36.

²⁶ Eilstein D, Pozuelos J, Fuchs D, Gorza M, Therre H, Xerri B, et al. *Risques pour la santé : évolution et conséquences pour la veille sanitaire à l'horizon 2024*. Exercice de veille prospective InVS, 2014. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2015 ; 60 p.

²⁷ Martin-Carrasco M, Evans-Lacko S, Dom G, Christodoulou NG, Samochowiec J, González-Fraile E, et al. EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016; 266(2): 89-124.

Le chômage peut faire peser un coût psychologique sur l'individu qui déstabilise le rythme de vie, amène à une destruction du capital social et, éventuellement, à des situations d'isolement. La recherche d'emploi peut placer l'individu dans un processus stressant, induisant une mise en doute de lui-même²⁸.

Les problèmes de santé mentale seraient en augmentation en Europe : à un an de la crise économique en Grèce on observe une progression de la prévalence, une augmentation des consultations psychiatriques en Espagne, assortie d'une tendance à la diminution du taux de suicide²⁹.

La mortalité par suicide serait plus importante pendant les périodes de difficultés économiques³⁰. Cela est observé en Grèce avec une augmentation des « idées suicidaires », des tentatives de suicide et des taux de suicide³¹. Un lien étroit a été établi entre difficultés économiques et taux de suicide aux États-Unis, en Fédération de Russie, au Japon et en Nouvelle-Zélande³².

Par ailleurs, les risques psycho-sociaux au travail sont encore très souvent perçus comme une problématique individuelle alors qu'ils relèvent surtout de dysfonctionnements dans l'organisation du travail³³.

L'OMS affirme ainsi que, malgré les limites des données disponibles et bien qu'il soit difficile d'attribuer à la crise économique des effets sanitaires précis, il est clair que la santé mentale est extrêmement sensible à la récession économique. Dans l'Union Européenne, le nombre de suicides chez les moins de 65 ans a augmenté depuis 2007, alors que la tendance était à la baisse. Tant le chômage que la crainte de celui-ci sont de puissants facteurs contribuant à cette situation³⁴.

✓ Consommation d'alcool, de tabac et de drogues

Les effets de la crise économique sur la consommation d'alcool sont hétérogènes. Alors que plusieurs études récentes montrent une diminution de la consommation³⁵, une étude hollandaise montre un ralentissement de la diminution de la consommation d'alcool³⁶. Certains auteurs relèvent une augmentation de la consommation de drogues et de tabac³⁷.

À court terme, la contraction du revenu entraînée par la crise pourrait être bénéfique à la santé au travers d'une réduction des consommations à risque, comme l'alcool et le tabac³⁸. En Grèce, on a ainsi observé une diminution du tabagisme du fait du prix du tabac, en particulier chez les jeunes adultes³⁹.

Pour l'OMS, la baisse des revenus des ménages a également un impact sur l'adoption de comportements néfastes de santé, tels que le tabagisme et la consommation nocive d'alcool. De

²⁸ DREES, DARES, *et al.* 2016, *op. cit.*

²⁹ Portella E, Barrubés J. 2015, *op. cit.*

³⁰ Jusot F. Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? *Les tribunes de la santé* 2012 ; 3(36) : 73-80.

³¹ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

Dubois H, Anderson R. Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. Dublin Eurofound, 2013; 39 p.

³² OMS. *La crise financière et la santé dans le monde. 2009, op. cit.*

³³ Binet C, Leclerc C. *Tableau de bord : Santé, sécurité, conditions de travail en région Centre - 2013*. DIRECCTE Centre-ORS Centre, 2013 ; 44 p.

³⁴ OMS Europe. *EUR/RC63/13 Document final de la Réunion de haut niveau sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point sur la situation dans la Région européenne de l'OMS*. OMS Europe, 29 juillet 2013 ; 11 p.

³⁵ Bassols NM, Castelló JV. Effects of the great recession on drugs consumption in Spain. *Econ Hum Biol* 2016; 22: 103-16.

Bruggink J-W, de Goeij MCM, Otten F, Kunst AE. Changes between pre-crisis and crisis period in socioeconomic inequalities in health and stimulant use in Netherlands. *Eur J Public Health*. 17 mars 2016.

³⁶ De Goeij MCM, Van der Wouden B, Bruggink JW, Otten F, Kunst AE. Impact of the post-2008 economic crisis on harmful drinking in the Dutch working-age population. *Drug Alcohol Depend*. 2016; 161: 50-8.

³⁷ Bassols NM, Castelló JV. 2016, *op.cit.*

³⁸ Jusot F. 2012, *op. cit.*

³⁹ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

nombreux pays ont signalé que, globalement, ces comportements sont moins fréquents. Mais ces comportements semblent être en hausse dans certains groupes de population. Les effets néfastes sur la santé de ces comportements ne se manifestent pas immédiatement⁴⁰.

✓ Maladies infectieuses

Augmentation des maladies infectieuses :

- augmentation du nombre d'infections au VIH parmi les usagers de drogues intraveineuses observé en Grèce⁴¹. Dans ce pays, l'incidence des infections liées au VIH aurait doublé pendant la crise⁴² ;
- résurgence d'infections rares ou apparition de maladies : des cas de paludisme et des infections par le virus du Nil occidental ont été observés en Grèce⁴³.

L'incidence des maladies infectieuses (par exemple, l'infection par le VIH) est en forte hausse dans l'un des pays les plus frappés, où les programmes de prévention (tels que l'échange de seringues) et les services de traitement au stade initial de la maladie ont été revus à la baisse en raison des coupes budgétaires⁴⁴.

✓ Nutrition

Concernant l'impact sur la nutrition, les données sont contradictoires. En Grèce, on a observé une diminution des comportements favorables à la santé, notamment vis-à-vis de la nutrition et de l'activité physique⁴⁵.

Pour d'autres auteurs, l'augmentation du chômage et la diminution du temps de travail permettraient aux personnes de disposer de davantage de temps libre dans les récessions que dans les périodes de boom économique. La diminution de l'activité économique pourrait ainsi être l'occasion de prendre le temps d'aller chez le médecin, d'avoir une activité physique, et de passer plus de temps à cuisiner afin d'avoir une alimentation plus équilibrée⁴⁶.

Dans une étude concernant les effets de la crise économique sur le diabète, il a été montré qu'à peu près un tiers des patients déclarent que, faute de moyens, ils ont été obligés de réduire leur budget consacré à l'achat de nourriture saine. Certains patients affirment dépenser moins qu'auparavant pour acheter des produits alimentaires de qualité⁴⁷.

⁴⁰ OMS Europe. *EUR/RC63/13*. 29 juillet 2013, *op. cit.*

⁴¹ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

Padieu Y, Roussel R. 2015, *op. cit.*

GR 2014 eu. Informal Meeting of Health Ministers, 28-29 April 2014, Athens, Greece. *Economic crisis and healthcare*. Discussion Paper. 5 p.

⁴² Portella E, Barrubés J. 2015, *op. cit.*

⁴³ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

⁴⁴ OMS Europe. *EUR/RC63/13*. 29 juillet 2013. *op. cit.*

⁴⁵ GR 2014 eu. Informal Meeting of Health Ministers, 28-29 April 2014, Athens, Greece. *Economic crisis and healthcare*. Discussion Paper. 5 p.

⁴⁶ Jusot F. 2012, *op. cit.*

⁴⁷ Janssen Pharmaceutica. *Le diabète en temps de crise : l'impact de la crise économique sur la gestion du diabète en Europe*. Belgium: Janssen, 2013 ; 28 p.

✓ Blessures et mortalité par homicides

En Grèce, une augmentation des blessures par homicides et de la mortalité par homicides a été constatée⁴⁸.

✓ Maladies cardio-vasculaires

Une augmentation des maladies cardio-vasculaires et de la mortalité cardio-vasculaire a été observée en Grèce⁴⁹.

✓ Affections respiratoires chroniques

On observe également une augmentation des affections respiratoires chroniques et une découverte de ces maladies à des stades plus évolués⁵⁰.

✓ Cancers

Il en est de même pour les cancers : certains auteurs affirment un risque d'augmentation et de découverte à des stades plus évolués des cancers⁵¹.

✓ Mortalité infantile

L'InVS affirme que l'on peut s'attendre à voir se détériorer des indicateurs de santé très sensibles, en particulier concernant la santé périnatale, avec une augmentation de la mortalité infantile⁵².

Récemment, une étude utilisant les certificats de naissance de nouveau-nés entre 2003 et 2012 en Espagne a montré une augmentation des faibles poids de naissance depuis 2008⁵³. Une augmentation de la mortalité infantile, due en partie à l'augmentation des maladies infectieuses infantiles, a été observée pendant la crise économique en Grèce⁵⁴.

Le Pérou a connu une augmentation de la mortalité de l'enfant en 1989. De même, la mortalité de l'enfant a augmenté en Indonésie entre 1996 et 1999, un phénomène également dû à des épisodes de sécheresse et à des incendies. Pour l'OMS, ce dernier point illustre bien que la récession économique n'est qu'un des facteurs parmi d'autres qui affectent la santé de la population⁵⁵.

✓ Mortalité par accidents de la circulation

Une diminution de la mortalité par accidents de la circulation, du fait de l'utilisation d'autres moyens de transport et de la diminution des déplacements, a été observée en Grèce⁵⁶. Le trafic automobile diminuerait avec la contraction de l'emploi, ce qui réduirait les accidents de la route et la pollution.

⁴⁸ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

⁴⁹ *ibid.*

⁵⁰ *ibid.*

⁵¹ *ibid.*

⁵² Eilstein D, et al. 2015, *op.cit.*

⁵³ Varea C, Terán JM, Bernis C, Bogin B, González-González A. Is the economic crisis affecting birth outcome in Spain? Evaluation of temporal trend in underweight at birth (2003-2012). *Ann Hum Biol.* 2016; 43(2): 169-82.

⁵⁴ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

⁵⁵ OMS. *La crise financière et la santé dans le monde. Rapport d'une consultation de haut niveau.* Genève : OMS, 2009 ; 19 p.

⁵⁶ Liapopoulos L. George Michas: response, 2014. *op. cit.*

Dubois H, Anderson R. 2013, *op.cit.*

En effet, une forte relation négative est mise en évidence entre le chômage et la mortalité par accidents de la route⁵⁷.

✓ Mortalité globale

Une réduction significative des dépenses consacrées aux interventions permettant de sauver des vies entraînerait une augmentation de la mortalité, mais les données établissant un lien entre mortalité et récession économique sont rares et parfois contradictoires⁵⁸.

Christopher Ruhm s'est attaché à démontrer dans différents travaux que la mortalité était globalement *procyclique*, c'est-à-dire augmentait pendant les périodes de croissance économique et diminuait pendant les récessions. La mortalité par suicide, seule exception notable, serait *contracyclique*, c'est-à-dire plus importante pendant les périodes de difficultés économiques⁵⁹.

✓ Accidents du travail

Le chômage peut jouer un rôle de protection face aux expositions aux risques professionnels⁶⁰.

✓ Natalité

On a observé une diminution de la natalité en Grèce depuis le début de la crise économique⁶¹. Après la crise économique de 2008, la fécondité a reculé dans la plupart des pays européens, sauf en France. La France est en effet le seul pays d'Europe à avoir une fécondité stable et élevée depuis 2006. En 2013, il était le pays européen où la fécondité était la plus élevée. On constate qu'en 2013, la fécondité est plus élevée dans les pays où la part du PIB consacrée aux dépenses en faveur des familles est plus importante⁶².

✓ Inégalités sociales de santé

On observe une augmentation des inégalités sociales de santé lors de crise économique. Les personnes vulnérables sont plus négativement touchées que la population générale (migrants, personnes sans domicile fixe, usagers de drogues)⁶³. Ce constat a été fait également au Japon depuis la récession économique des années 1990⁶⁴.

Conséquences à plus ou moins long terme de la crise économique

L'OMS distingue deux groupes de maladies⁶⁵ :

⁵⁷ Jusot F. 2012, *op. cit.*

⁵⁸ OMS. *La crise financière et la santé dans le monde. 2009, op. cit.*

Van Gool K, Pearson M. Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries. OECD Health Working Papers n° 76. OECD Publishing, 2014; 54 p.

⁵⁹ Jusot F. 2012, *op. cit.*

⁶⁰ DREES, DARES, *et al.* 2016, *op. cit.*

⁶¹ Liapopoulos L. George Michas: *response*, 2014. *op. cit.*

⁶² Masson L. *La fécondité en France résiste à la crise. In France, portrait social*, édition 2015. INSEE, 2015 ; p. 11-23.

⁶³ OMS. *La crise financière et la santé dans le monde. 2009, op. cit.*

Edwards RD. Who Is Hurt by Procyclical Mortality? *Social Science & Medicine* 2008; 67(12): 2051-8.

⁶⁴ Kondo N, Subramanian SV, Kawachi I, Takeda Y, Yamagata Z. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986–2001. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2008; 62(10): 869-75.

⁶⁵ European Observatory on Health Systems and Policies. *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. World Health Organization, 2014; 60 p.

- celles dont le laps de temps entre la survenue de la crise financière et la survenue de la maladie est relativement court :
 - ✓ santé mentale,
 - ✓ maladies infectieuses,
 - ✓ traumatismes,
- celles liées à un retard d'accès aux soins qui se manifestent à plus long terme :
 - ✓ maladies chroniques.

L'OMS confirme que les effets immédiats de la crise semblent être la hausse des taux de suicide, l'alcoolisme et les troubles mentaux⁶⁶.

Un rapport du Haut Comité de la santé publique de 1994 mentionne également ce décalage dans le temps : « l'organisation de la société française, comme de toute société, est marquée par des inégalités structurelles. Celles-ci ont été aggravées par la crise économique. Les effets de la crise sur l'état de santé sont encore peu visibles, mais ses conséquences sur la santé peuvent se manifester avec un décalage dans le temps, un effet retard de 15 à 30 ans, comme le montre le cas – fort éloigné du nôtre au demeurant – de certains pays de l'Est et singulièrement de la Russie où l'espérance de vie a commencé à reculer dès 1964 pour atteindre en 1993 le chiffre de 59 ans pour les hommes et de 72 ans pour les femmes »⁶⁷.

Discussion

La crise économique a eu des effets négatifs sur de nombreux déterminants directs et indirects de la santé, tels que les revenus, l'emploi, l'instruction, la nutrition, les pratiques des entreprises (marketing et fixation des prix, par exemple) et la fiscalité. Ces effets dépendent de l'ampleur du patrimoine familial, des modèles de base d'aide aux familles et de la protection sociale⁶⁸. Par ailleurs, les liens entre la santé et la croissance économique ont été clairement démontrés dans les pays moins développés : la pauvreté a un impact sur la santé⁶⁹.

Cependant, il est difficile de caractériser l'impact direct de la crise sur l'état de santé des populations, les effets pouvant être visibles seulement à long terme quand la crise économique se prolonge. Pour la santé mentale et les infections dues au VIH, cela semble être démontré. Pour d'autres indicateurs, les preuves sont très faibles et peuvent être liées à des facteurs conjoncturels qui expliqueraient les variations constatées de l'état de santé. De ce fait, une recherche plus approfondie serait nécessaire afin d'étudier l'impact de la crise sur l'état de santé⁷⁰.

Concernant l'impact sur les systèmes de santé, certains auteurs affirment qu'il convient de saisir l'opportunité induite par la crise pour engager les réformes indispensables permettant d'assurer la pérennité du système de santé. Il s'agit pour les dirigeants politiques de saisir ce moment décisif

⁶⁶ OMS Europe. 25 avril 2009, *op. cit.*

⁶⁷ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Haut Comité de la santé publique. *La santé en France : rapport général*. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Paris : La documentation française, 1994 ; 334 p.

⁶⁸ OMS Europe. *EUR/RC63/13*. 29 juillet 2013, *op. cit.*

⁶⁹ OMS Europe. 25 avril 2009, *op. cit.*

⁷⁰ Portella E, Barrubés J. 2015, *op. cit.*

pour inventer un nouveau système, moderne et adapté au nouvel environnement démographique, épidémiologique, médical ou encore technique⁷¹.

Finalement, l'impact le plus évident de la crise économique concerne l'accroissement des inégalités sociales⁷².

À court terme, certains effets de la crise économique sur l'état de santé pourraient être bénéfiques : les augmentations temporaires du chômage et les diminutions temporaires de revenu. L'OMS souligne qu'il a été constaté aux États-Unis et en Europe que la récession a parfois été accompagnée d'une diminution de la mortalité, peut-être en raison d'une réduction de la consommation d'alcool et de tabac, ou parce que les gens avaient davantage de temps à consacrer aux soins de l'enfant. Mais ces phénomènes ont été liés à des récessions récentes relativement brèves, et il est peu probable que l'on puisse faire les mêmes observations en cas de ralentissement durable de l'activité économique. Si la crise devient durable, l'état de santé des populations se détériore⁷³.

Il existe un site Internet « The Health & Financial Crisis Monitor (HFCM) » qui a pour but d'informer les politiques des effets de la crise sur la santé et sur le système de soins et qui met à disposition une base de données sur le sujet⁷⁴.

Du fait d'un grand nombre de publications sur le sujet, cette revue de la littérature n'est pas exhaustive. Cependant, on peut remarquer que la relation entre crise économique et santé a été analysée dans plusieurs études, sans être pour autant entièrement élucidée. Cette démarche est en effet complexifiée par des problèmes méthodologiques et un décalage entre la crise et ses effets à moyen ou long terme⁷⁵.

Cette étude bibliographique nous a permis de définir les partenaires avec lesquels nous pouvions envisager la mise en place d'un dispositif d'alerte des effets de la crise sur la santé.

⁷¹ Vincent G, Arcos C, Prigent A. 2012, *op.cit.*

⁷² Portella E, Barrubés J. 2015, *op. cit.*

⁷³ Jusot F. 2012, *op. cit.*

⁷⁴ HFCM - Health & Financial Crisis Monitor : <http://www.hfcm.eu/>

⁷⁵ Portella E, Barrubés J. 2015, *op. cit.*

Synthèse des effets sanitaires de la crise économique⁷⁶

Les résultats de nombreuses études longitudinales mettent aujourd'hui en avant une association significative entre hausse du taux de chômage et surmortalité toutes causes (à moyen et long terme) et indépendamment des facteurs explicatifs usuels.

Cette problématique de recherche s'avère également reprise par différents organismes institutionnels et révèle la prise de conscience collective de l'éminence du sujet et de la nécessité de mise en place de mesures visant à adapter notre système.

La revue *The Lancet* a publié dernièrement une étude internationale⁷⁷, à fort écho scientifique et médiatique, faisant état de l'impact de la crise économique dans 75 pays au niveau de la mortalité par cancers. Cette étude longitudinale réalisée de 1990 à 2010, à partir des données de l'OMS et de la Banque mondiale, vient confirmer les principaux résultats antérieurs en mesurant que l'impact d'une hausse de 1 % du taux de chômage est corrélé à une augmentation significative de la mortalité par cancers de 0,37 pour 100 000 habitants. L'élévation du taux de chômage de 2008 à 2010, dans les seuls pays de l'OCDE, s'avère ainsi responsable d'une surmortalité par cancers de 260 000 décès. Les explications avancées mettent en cause l'impact des restrictions budgétaires du système de santé (sans amélioration associée de l'efficacité) lesquelles concourent à une forte réduction de l'offre et de la qualité des soins. Cet effet est atténué dans les pays disposant de la couverture de protection santé telle qu'en France. De façon globale, l'effet d'une augmentation des restrictions budgétaires, équivalente à 1 % du PIB d'un pays, est associé significativement à une surmortalité par cancer de 0,0053. La perte d'un emploi est également fortement associée à des troubles de comportements et de santé mentale à fort impact dans la prise en charge ultérieure en matière de santé des individus. La surmortalité française par cancer est ainsi évaluée à 1 500 décès suite à la crise de 2007. Cette surmortalité pour les chômeurs était déjà établie en France, à la suite d'une étude de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), publiée en 2014⁷⁸, qui évaluait une mortalité toutes causes près de 3 fois supérieure pour les chômeurs par rapport aux non-chômeurs (avec notamment une augmentation des événements cardio-vasculaires).

L'avis récent du Conseil économique, social et environnemental (CESE)⁷⁹, relatif à l'impact du chômage sur les personnes et leur entourage, rappelle le nombre de 14 000 décès par an, en France, imputables au chômage pour l'année 2015.

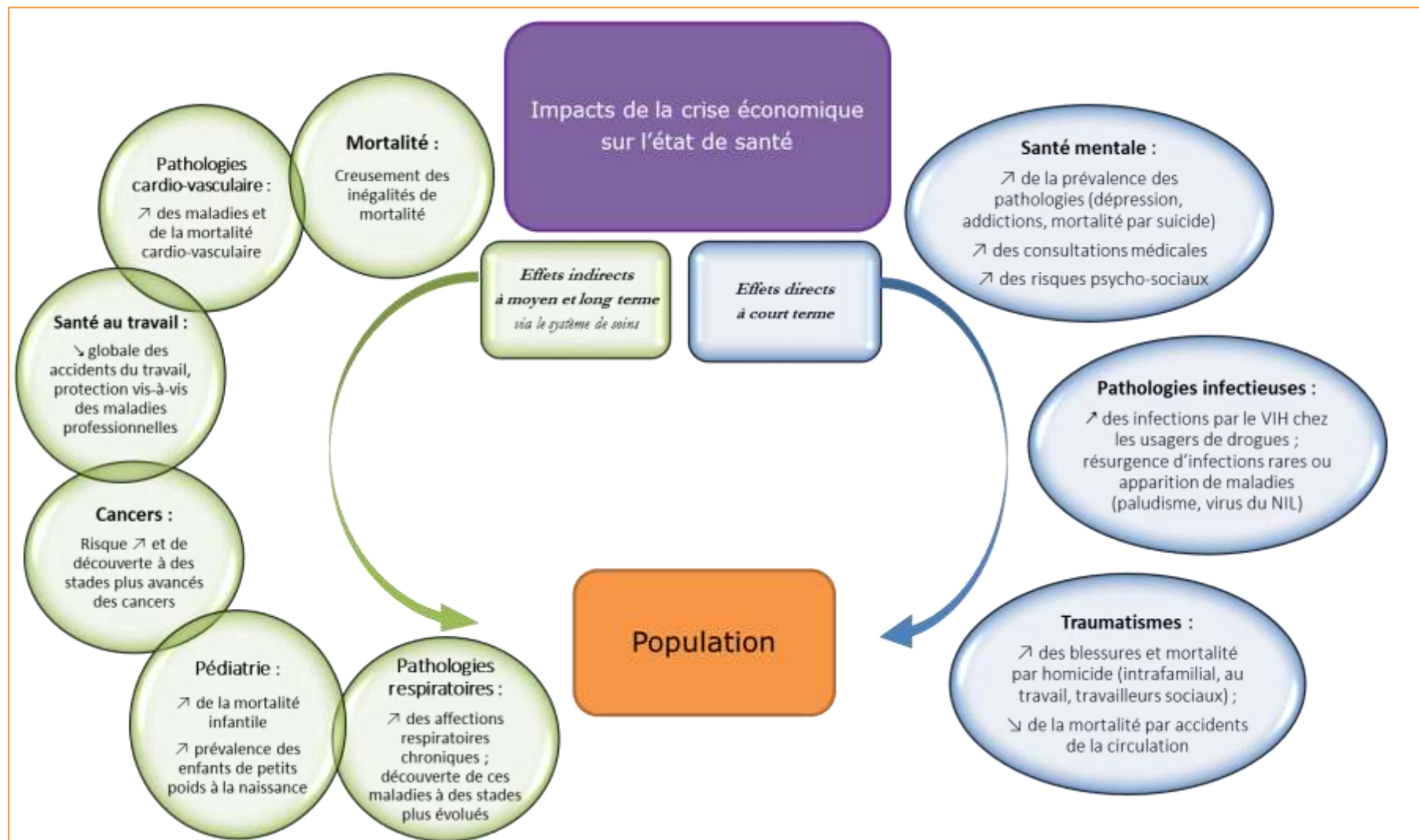
⁷⁶ Les effets sanitaires de la crise sont différents selon le niveau de développement des pays. Cette synthèse concerne la région des Hauts-de-France.

⁷⁷ Maruthappu M, Watkins J, Noor A.M., Williams C, Ali R, Sullivan R, Zeltner T, Atun R. Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010: a longitudinal analysis. *The Lancet* 2016, Published online May 25: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00577-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00577-8)

⁷⁸ Meneton P, Kesse-Guyot E, Méjean C, Fezeu L, Galan P, Hercberg S, Ménard J. Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2015; 6(88): 707-16.

⁷⁹ Farache J. Avis du Conseil économique, social et environnemental. *L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner*. Journal officiel de la République française, NOR : CESL1100002X 20 mai 2016. Paris : les éditions des Journaux officiels, 2016 ; 130 p.

Figure 1: Deux types d'effets potentiels de la crise économique



Source : ORS Nord - Pas-de-Calais

Synthèse des entretiens

Cette seconde partie est consacrée à la restitution des entretiens réalisés auprès des professionnels des différents organismes identifiés comme incontournables pour notre thématique de recherche.

Cette synthèse est présentée sous forme de grandes thématiques (relevées lors des entretiens) comme autant d'éléments clés permettant d'évaluer la faisabilité d'un dispositif d'alerte et de vigilance de la crise économique à l'échelle régionale.

Ici se retrouvent ainsi discutés : un bref état des lieux sur d'éventuels dispositifs similaires et fonctionnels, de potentiels « marqueurs » de déstabilisation sociale et sanitaire de la crise économique, ainsi que la pertinence ou non d'un tel système de veille et d'alerte.

Méthodologie

Notre démarche s'est appuyée sur des entretiens, en vis-à-vis, semi-directifs auprès d'organismes clés préalablement identifiés comme incontournables par rapport à la thématique de l'étude.

Les entretiens, avant tout exploratoires, visaient à obtenir des informations sur les données statistiques mobilisables permettant « d'anticiper » les effets des crises économiques sur la santé. Ils nous ont permis également d'obtenir de nouveaux contacts ainsi que de nouvelles pistes de recherche. Au cours de ces entretiens, nous avons systématiquement demandé si la mise en place d'un système de veille et d'alerte semblait pertinente, répondait à une attente, si leur organisme en disposait ou souhaitait en mettre un en place.

Dix-huit entretiens *de visu*⁸⁰ ont ainsi été réalisés (une vingtaine de personnes). Une table ronde finale a permis la rencontre d'une partie de ces professionnels et a notamment débouché sur une proposition de l'ORS qui figure dans la 3^e partie du rapport.

Conformément au respect de confidentialité et d'anonymat qui s'impose, aucune personne ou structure n'est ici citée, seul le contenu des propos a été restitué.

⁸⁰ Vingt entretiens téléphoniques auprès d'ORS ont également été effectués.

États des lieux des dispositifs en place en lien avec la crise économique et les conséquences sanitaires

Pour savoir s'il existe des études portant sur l'effet de la crise de 2008, sur l'état de santé de la population, nous nous sommes tournés en premier lieu vers les Observatoires Régionaux de Santé de France métropolitaine.

Sur vingt ORS enquêtés par téléphone, aucun n'a déclaré avoir directement travaillé sur cette question. Néanmoins, l'ORS de Corse nous a précisé réaliser une analyse systémique sur le renoncement aux soins qu'il nous communiquerait dès sa finalisation.

Les ORS Centre-Val de Loire, Pays de la Loire et Rhône-Alpes nous ont chacun indiqué plusieurs références bibliographiques et quelques pistes de recherche. Ainsi, l'ORS Centre-Val de Loire nous a conseillé d'examiner la diminution de l'intérêt.

Aucun dispositif n'a été recensé au niveau national, même si plusieurs interlocuteurs nous ont informés d'une réflexion interne à leur organisme pour la mise en place d'un tel dispositif. De manière générale, le constat est celui d'une absence de prise en compte de la dimension santé au niveau du monde du travail et des organismes rattachés hormis pour les quelques-uns qui y sont dédiés spécifiquement. Pour autant, le lien entre crise économique et santé n'est jamais réalisé de façon fonctionnelle.

Quels marqueurs de déstabilisation sociale de la crise économique peuvent être utilisés à l'échelle locale ?

Les entretiens ont permis de mettre en évidence plusieurs sources statistiques susceptibles de faire apparaître une dégradation de la situation socio-économique au sein des territoires de la région, à l'échelle locale (zone d'emploi (ZE)⁸¹, etc.).

Toutes les sources de données potentielles comme marqueurs de déstabilisation sociale retrouvées par nos interlocuteurs sont ici recensées, bien qu'elles puissent parfois être remises en cause en matière de faisabilité et en raison des conditions d'accessibilité, voire d'exploitation de ces données⁸². Ainsi, les limites des différentes bases de données sont bien explicitées.

⁸¹ Voir en annexe 3, la définition de la ZE par l'INSEE.

⁸² La troisième et dernière partie du rapport en fait la synthèse et explicite la proposition retenue par l'ORS pour la mise en place d'un tel système de veille et d'alerte.

Focus

Les mécanismes « macro » de déstabilisation sociale de la crise économique

La fermeture d'entreprise n'a pas les mêmes conséquences selon leur taille.

L'impact de la fermeture d'une grosse entreprise touche les salariés de l'entreprise, mais aussi :

- les sous-traitants ;
- les commerces aux alentours ;
- les emplois du secteur.

Néanmoins, les salariés des petites entreprises sont souvent les plus vulnérables, car ils ne bénéficient pas de la mise en place d'un plan social à l'instar de certaines grandes sociétés qui assurent certaines garanties financières voire de santé mentale avec la mise en place de cellule de veille psychologique.

Si un système de veille doit être mis en place, il se doit d'être attentif au regard des grandes sociétés, mais également des salariés des petites sociétés.

Focus

Les mécanismes « micro » de déstabilisation sociale de la crise économique

Le canal principal de diffusion d'une crise économique à la situation des ménages est l'emploi, à la fois par la diminution des revenus d'activité en cas de baisse du nombre d'heures travaillées et par la disparition de ces revenus d'activité en raison d'une perte d'emploi. De nombreuses entreprises, encouragées par les aides de l'État, se sont efforcées de faire face à la baisse de la demande par une diminution du nombre d'heures travaillées ou par un recours accentué au chômage partiel. Une convergence des modes d'ajustement des entreprises malgré l'hétérogénéité des secteurs a conduit à deux types d'ajustements successifs :

- *ajustement du niveau de l'emploi à la diminution de l'activité en mobilisant des modes de flexibilité externe : l'intérim principalement (- 35% entre le 1^{er} trimestre 2008 et le 1^{er} trimestre 2009), mais également des prestataires externes et des CDD ;*
- *mesures de flexibilité interne (congrés imposés, chômage partiel, formation).*

En dépit des efforts en faveur du maintien des rémunérations (par exemple, augmentation de l'indemnisation du chômage partiel), certaines de ces mesures se sont traduites pour les salariés par des baisses significatives de leurs revenus d'activité (jusqu'à près de 300 euros par mois), notamment dans le secteur du BTP.

Source : ONPES 2009-2010. Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise. Rapport 2009-2010. 2010, 167 p.

Autre point important rejoignant notre problématique, l'ONPES présentait dans son rapport ses avancées en matière de construction d'un système de veille sur les phénomènes émergents en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, afin de compléter les outils statistiques traditionnellement mobilisés.

LES BASES DE DONNÉES STATISTIQUES POTENTIELLEMENT EXPLOITABLES

Ces bases de données permettent de renseigner principalement les secteurs économiques corrélés aux zones géographiques liées au chômage (ou à la perte d'emploi). Cela fait partie des mécanismes à l'œuvre en matière de déstabilisation sociale et qui s'avèrent être sources de conséquences sanitaires. Plusieurs interlocuteurs ont porté notre attention sur la nécessité de tenir compte aussi des problématiques liées aux actifs en emploi. Cela rejoint en effet des problématiques contemporaines de structurations de l'activité économique aux conséquences sanitaires notables (notamment en termes de risques psycho-sociaux, troubles de santé mentale, etc.). C'est dans ce sens que le rapport met également l'accent sur la situation des intérimaires.

Le fichier sur les défaillances d'entreprise de l'Observatoire des entreprises (Banque de France)

L'Observatoire des entreprises produit des statistiques sur les défaillances des entreprises. Le dénombrement des entreprises défaillantes couvre les redressements et les liquidations judiciaires en date du jugement⁸³. La liquidation d'entreprise génère du chômage. Les redressements sont censés l'éviter, mais dans les faits, un redressement est fréquemment suivi d'une liquidation.

Ces statistiques sont directement consultables sur le site Internet « Webstat »⁸⁴ permettant d'extraire des statistiques sur le nombre de défaillances d'entreprise après sélection multicritères (région, fréquence d'observation (mensuelle, trimestrielle), secteur d'activité, période d'observation). Ces données sont désaisonnalisées (cumul sur les 12 derniers mois puis glissant de mois en mois). Il y a en effet une saisonnalité dans l'enregistrement des défaillances d'entreprises, avec notamment une possible diminution des enregistrements en juillet-août du fait de la baisse d'activité des tribunaux durant les vacances, ou bien encore une saisonnalité propre à certains secteurs d'activité (les entreprises agricoles déposent leur bilan après la vente des récoltes, etc.).

Afin d'accéder à un niveau plus fin d'analyse que la région ou le département (zones d'emploi par exemple), il est possible également d'acheter le fichier sur les défaillances d'entreprises. Son coût dépend plus du temps de traitement informatique que du volume d'information souhaité.

⁸³ Banque de France. *Stat info : Les défaillances d'entreprises en France*. Banque de France 2012, 3 p.

⁸⁴ Banque de France. *Webstat : nombre de défaillances* : <http://webstat.banque-france.fr/fr/browse.do?node=5384549>

Ce fichier intègre plusieurs sources :

1. deux fichiers de « FIBEN »⁸⁵ (Fichier bancaire des entreprises) : le fichier de données comptables et celui de la Centrale des risques ;
2. les bases externes Altarès et Orbis ;
3. la base Sirene de l'INSEE.

Le fichier des défaillances d'entreprises fournit des informations agrégeables dont la maille d'analyse la plus fine serait la commune en fonction des zonages souhaités.

Sa mise à jour est très rapide puisque le délai d'actualisation est seulement de deux mois. Il est possible d'obtenir des fichiers mensuels et/ou trimestriels, et de disposer également de données rétrospectives.

Le nombre d'entreprises défaillantes peut être ventilé par plusieurs variables comme le secteur d'activité (code NAF), qui permettrait par exemple de distinguer les entreprises dont le secteur d'activité est très sensible à la crise (secteur agricole producteurs de lait). Il est possible d'obtenir également l'effectif des entreprises défaillantes, ce qui s'avère indispensable à notre problématique. Cette information n'étant pas disponible pour l'ensemble des entreprises de la base, elle est accompagnée d'un taux d'exhaustivité. Toutefois, afin de garantir le secret statistique, les effectifs risquent de ne pas être disponibles au niveau communal. Le service informatique de l'observatoire des entreprises a donc la possibilité de compiler les données par zones d'emploi ou sur la base d'un découpage personnalisé regroupant plusieurs communes.

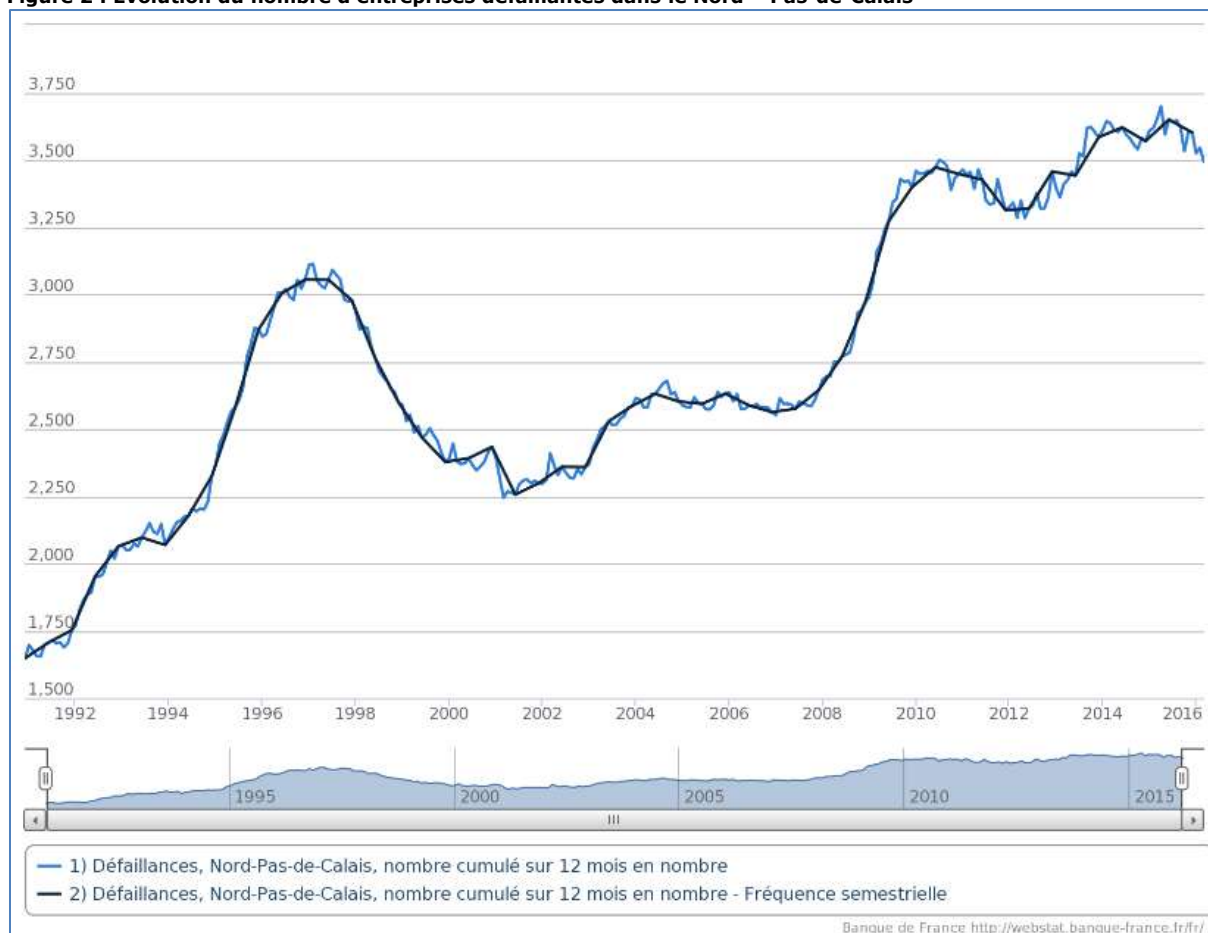
Il est possible d'obtenir également les effectifs des entreprises, mais pas pour l'ensemble des entreprises. Un indicateur d'exhaustivité des entreprises est ainsi proposé et informe des entreprises pour lesquelles les effectifs sont renseignés.

À première vue, ce fichier regroupe de nombreuses qualités (réactif, localisation fine, actualisation régulière mensuelle, trimestrielle, etc.) qui en font un outil qui pourrait avoir toute sa place dans la mise en œuvre d'un système de vigilance et d'alerte régional.

⁸⁵ Le fichier source « FIBEN » n'est pas en lui-même accessible aux non-adhérents.

Pour obtenir un aperçu des données produites, voir la figure 2 ci-après.

Figure 2 : Évolution du nombre d'entreprises défaillantes dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : Banque de France, Webstat.

Limites de cette base de données

L'ORS a été mis en garde sur l'utilisation du fichier des défaillances d'entreprise à l'échelle des zones d'emploi. L'évolution du nombre de défaillances d'une zone d'emploi peut être perçue comme très fluctuante et rapide pour mettre en place *in fine* une politique de prévention. Néanmoins, l'intérêt de ces données résiderait sur l'analyse à long terme pour mettre en évidence des tendances à l'échelle régionale, et permettre d'esquisser un diagnostic économique régional. Mais ces chiffres ne peuvent absolument pas être utilisés en termes de valeur prédictive au niveau de la zone d'emploi (ZE), du seul point de vue économique et *de facto* du point de vue sanitaire.

Une deuxième limite à ce fichier réside dans la pertinence de l'alerte qui serait donnée si des défaillances d'entreprises alarmantes étaient repérées⁸⁶. Il faut noter en effet qu'il ne suffit pas qu'une entreprise ait cessé son activité pour que cela constitue un réel signe d'alerte ou de difficulté. Pour exemple, en matière de création d'entreprises, la moitié d'entre elles cessent leur activité en moyenne au bout de 3 ans, sans que cela constitue un signal d'alarme.

Une troisième limite concerne la constitution de la base de défaillance des entreprises qui est faite par gros pôle d'activité. Or, il serait souhaitable de sérier les secteurs, car par exemple pour l'activité de « services » qui s'avère très diverse et hétérogène, cela ne permet pas d'identifier ou d'isoler de petites entreprises, des services d'aide à domicile, des coiffeurs, etc. La même problématique se pose pour la « fonction publique » par exemple. La faisabilité pour discrétiser au sein des pôles d'activité reste à apprécier. Il faudrait pouvoir ensuite ré agréger cela par ZE pour que les effectifs d'emploi soient significatifs et conserver le secret statistique lors d'une analyse territoriale.

Les données portant sur l'évolution de l'emploi et du chômage

Les données permettant de mesurer l'évolution de l'emploi ont été citées à maintes reprises comme susceptibles d'intégrer le système de veille et d'alerte, du fait de leur simplicité d'utilisation, de leur périodicité d'actualisation et de leur précision en matière de localisation.

✓ Les données INSEE

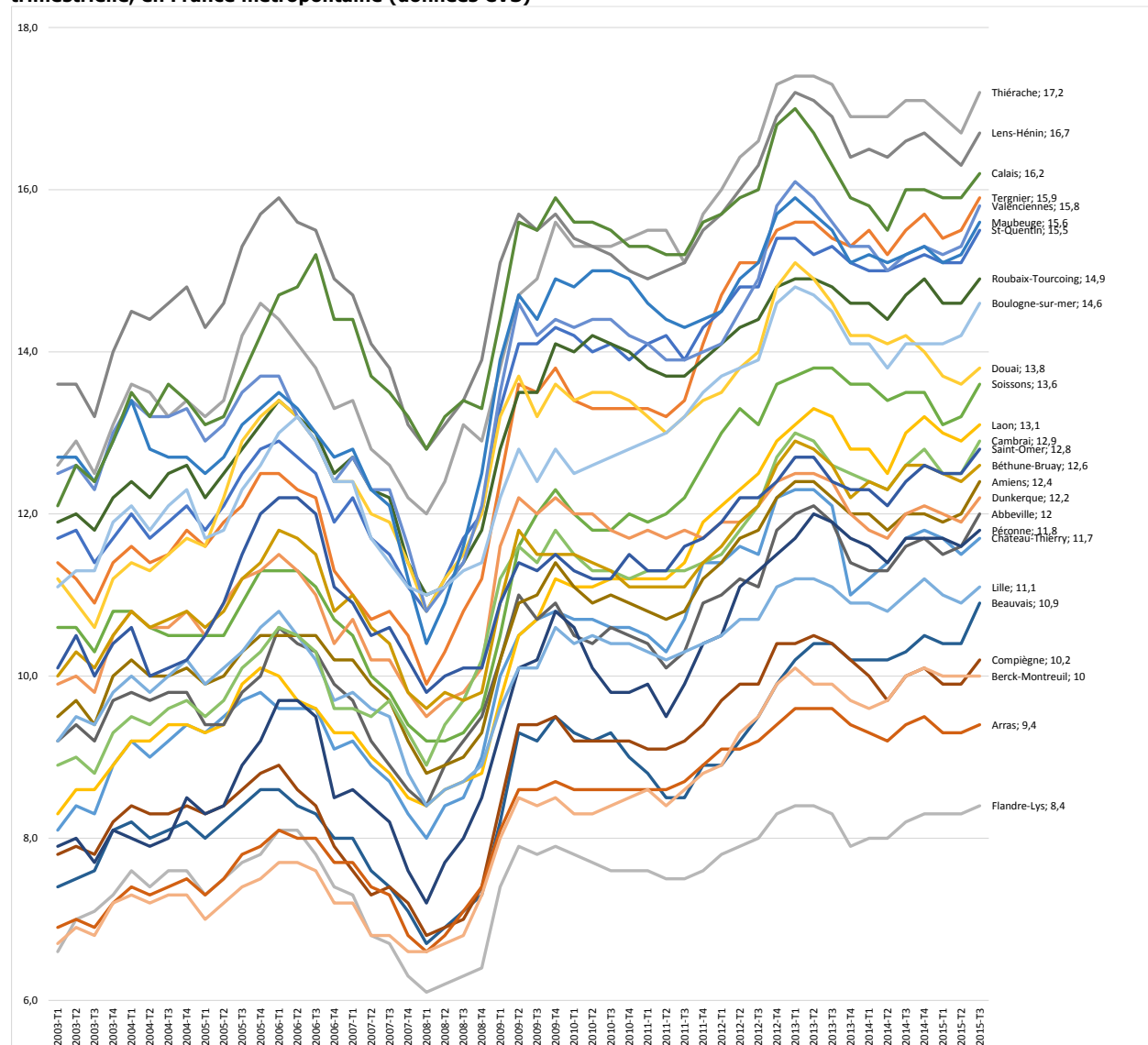
Les données INSEE du calcul du taux de chômage⁸⁷ sont disponibles sous forme de séries récapitulatives du chômage par zone d'emploi, au sens du Bureau International du Travail (BIT). Ces données sont directement téléchargeables sur le site de l'INSEE (sous format de fichiers Excel).

Pour obtenir un aperçu des données produites, voir la figure 3 ci-après.

⁸⁶ La question du seuil d'alerte critique est également importante, mais ne constitue pas l'objet de ce rapport qui cherche à établir la faisabilité dans la mise en place d'un système de veille. Elle constituerait, dans un second temps, un des enjeux du projet.

⁸⁷ Voir l'annexe 2 qui informe sur la méthode de calcul du taux de chômage par l'INSEE.

Figure 3 : Taux de chômage localisés par zone d'emploi de la région Nord – Pas-de-Calais – Picardie, en moyenne trimestrielle, en France métropolitaine (données CVS)



Source : INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

- ✓ Les données de Pôle emploi Nord – Pas-de-Calais – Picardie

Les demandeurs d'emploi

Il est possible d'examiner l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi par trimestre en tenant compte de certaines variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau de formation, ancienneté de chômage, appartenance à un quartier prioritaire). Ces données sont disponibles au niveau communal et le service statistique de Pôle emploi est disposé à agréger les effectifs selon un découpage spécifique pour notamment ne pas être soumis aux règles du secret statistique⁸⁸. Le traitement de ces données est gratuit.

⁸⁸ Voir en annexe 4 pour plus d'informations sur le « secret statistique ».

Il faut rappeler que certaines personnes en fin de droit peuvent ne plus être inscrites à Pôle emploi. Celles-ci pouvant être par ailleurs les plus vulnérables économiquement et connaître une dégradation de leur état de santé. Il ne faut pas perdre de vue que la mise en œuvre de mesure de renforcement du contrôle des demandeurs d'emploi peut entraîner une baisse du nombre de demandeurs d'emploi par simple accroissement des radiations. Par ailleurs, cette source ne recense pas l'ensemble des personnes qui recherchent un emploi, en particulier les jeunes, elle inclut uniquement les inscrits à Pôle emploi.

L'indicateur conjoncturel de durée au chômage (ICDC)

Il s'agit d'un indicateur conjoncturel proposé par Pôle emploi⁸⁹ dans le but de synthétiser l'incidence de la conjoncture économique sur l'état du marché du travail et les opportunités qu'il offre pour trouver rapidement un emploi. Son calcul s'apparente à celui de l'espérance de vie. En effet, L'ICDC consiste à évaluer la durée moyenne de chômage d'une cohorte fictive de demandeurs d'emploi qui connaîtraient durant toute leur période de chômage les mêmes conditions sur le marché du travail que celles du trimestre considéré. Les résultats détaillés de cet indicateur font l'objet d'une publication trimestrielle. L'ICDC est très réactif. Il présente l'intérêt de refléter très rapidement les modifications de la conjoncture économique et de voir ses effets sur la durée du chômage.

Les données sont disponibles par âge, par sexe et surtout par bassin d'emploi. Le découpage par bassin d'emploi est proche de celui des zones d'emploi de l'INSEE pour le Nord - Pas-de-Calais, mais pas pour la Picardie. Il convient également de s'interroger sur la fiabilité statistique de l'indicateur à l'échelle des bassins d'emploi. En effet, le calcul national de l'ICDC reposant sur un échantillon au 1/10^e du Fichier Historique Statistique de Pôle emploi (FHS), soit 450 000 et 500 000 inscrits au moins un jour au cours d'un trimestre, on peut s'interroger sur sa représentativité statistique au niveau des bassins d'emploi.

Les taux de licenciements

Les taux de licenciements par zone d'emploi et par niveau de diplômes produits mensuellement seraient également disponibles. Il s'agirait d'un des indicateurs les plus simples et les plus pertinents à utiliser.

Les données portant sur les actifs à l'emploi

- ✓ Les données d'intérim

Le Fichier des Agences intérimaires constitue l'indicateur qui réagit le plus rapidement en cas de crise économique. Il s'agit de la base de données produite par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)⁹⁰.

⁸⁹ Ducatez S, Euzénat D, Pôle emploi. L'Indicateur Conjoncturel de Durée au Chômage (ICDC). *Repère & Analyse Études* 2012 ; 47 : 1-4.

⁹⁰ La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) est chargée d'assurer la production régulière et fiable de statistiques et d'analyses utiles au Ministère en charge du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et aux acteurs sociaux (partenaires sociaux, conseils régionaux, service public de l'emploi, presse économique et sociale, etc.). Service statistique ministériel, la DARES produit en toute indépendance des données mises à disposition du public.

L'intérim semble être un bon indicateur de dégradation, mais il faut faire attention, car beaucoup d'entreprises (par exemple, le secteur de la sidérurgie à Dunkerque) utilisent un nombre important d'intérimaires depuis longtemps, pendant et hors situation de crise. Ces données peuvent être accessibles par l'INSEE ou Pôle emploi pour être ventilées par « secteur utilisateur ». Dans l'optique d'identifier une tendance à la dégradation, les utilisateurs préconisent un recul de 3 à 4 mois. Ces données s'avèrent être les plus réactives, bien qu'elles nécessitent une certaine acuité pour leur interprétation et pour établir un diagnostic de déstabilisation sociale et économique sur un secteur particulier. Elles pourraient être disponibles au niveau de la ZE, avec les conditions du secret statistique.

Figure 2 : Évolution trimestrielle des salariés de l'intérim 1990-2015



Source : [INSEE](#). Données CVS -Corrigées des Variations Saisonnières.

Le dispositif Connaissance locale de l'appareil productif (Clap)

Ce fichier, source de l'INSEE, est utilisé pour l'analyse économique du secteur travail à l'échelle locale. Il estime le nombre d'entreprises et d'établissements ayant eu au moins un jour d'activité économique dans l'année d'exercice considérée. Il est mis à jour annuellement.

Il peut s'avérer intéressant pour créer un indicateur en l'associant, par exemple, au fichier des défaillances d'entreprises. Pour y accéder par zone d'emploi, il est nécessaire de demander l'agrégation à l'INSEE, toujours par souci du secret statistique.

PRISE EN COMPTE DU « POLYMORPHISME » DE LA CRISE DE 2008

Les acteurs de terrains rencontrés nous rappellent que la caractéristique de la crise réside dans son caractère à la fois polymorphe et évolutif. Les seules bases de données exploitables ne peuvent à elles seules permettre de repérer les déstabilisations sociales dans un souci d'alerte. Il s'avère ainsi important de tenir compte des recommandations des experts et des acteurs de terrains afin que notre système de veille et d'alerte soit réactif aux mutations de la crise.

Intérêt de coordonner les différents acteurs de terrains (syndicalistes, etc.) et experts institutionnels pour faire circuler les informations en abordant une approche :

- **Par secteurs économiques** qui peuvent être privilégiés : (données recueillies auprès des acteurs de terrain ou experts, car difficilement accessibles par les bases de données statistiques) :
 - o par exemple : les agriculteurs laitiers (les problématiques des agriculteurs pouvant s'avérer très hétérogène selon le type d'exploitation et le secteur de vente),
 - o le choix du secteur à privilégier nécessiterait d'être annuellement évalué sur la base d'un consensus décidé par les experts et les acteurs de terrain.
- **Par hot spot** : les acteurs de terrains sont les premiers à connaître les entreprises en cours de fermeture. En tenir compte permettrait d'enrichir les bases de données en étant réactifs (outrepassant les délais d'actualisation des bases de données), ce qui donnerait toute la légitimité et l'efficacité au système de surveillance et d'alerte.
Les équipes locales de différents organismes (du secteur économique) sont en lien direct avec les entreprises et donc en mesure de fournir les informations nécessaires à l'alimentation du système de vigilance.

Quels marqueurs d'impact sanitaire de la crise économique peuvent être utilisés à l'échelle locale ?

Les entretiens auprès des différents organismes ont permis de mettre en évidence plusieurs sources, statistiques ou indicateurs, susceptibles de mettre en évidence l'impact sanitaire de la crise économique sur la population des Hauts-de-France, en adéquation avec les éléments bibliographiques stipulant deux types d'effets d'une récession économique : à court terme (directement sur la population⁹¹) et à moyen/long terme (via le système de santé du fait de l'application des mesures d'austérité).

LES BASES DE DONNÉES STATISTIQUES OU INDICATEURS POTENTIELLEMENT EXPLOITABLES

En matière de santé mentale

Les effets de la crise économique en matière de santé mentale sont retrouvés à court terme auprès de la population.

⁹¹ Ici, seuls les effets à court terme négatifs de la crise économique sont recherchés ; néanmoins des effets positifs d'une récession économique peuvent être retrouvés en matière de santé sur une courte période (cf. la partie *État de l'art* du rapport).

- ✓ Les tentatives de suicide

Résumés de passage aux urgences (RPU)

Les premiers Observatoires Régionaux des Urgences (ORU) ont collecté les Résumés de Passage aux Urgences dès le début des années 2000. Le réseau OSCOUR®, construit initialement sur des communications directes entre établissements de santé et InVS, s'est ensuite progressivement adossé sur la compétence régionale de collecte et de transmission des RPU des ORU et structures apparentées, au fur et à mesure de leur mise en place au sein des différentes régions.

Ce fichier est actuellement regroupé au niveau régional avec l'Observatoire régional des urgences (ORU), au niveau national FEDORU (Fédération des ORU).

Dans le Nord-Pas-de-Calais, il existe 30 services d'urgences et on estime le nombre de RPU à 1,100 million.

Le RPU est un document administratif, sous format standard, qui comporte les éléments suivants :

- date ;
- heure ;
- âge ;
- sexe ;
- code postal INSEE ;
- code diagnostic : CIM10 ou plus court, codage réalisé par la Fédération de médecine d'urgence ;
- diagnostic principal + 1 seul diagnostic associé (pas toujours rempli) ;
- direction : retour à domicile, soins intensifs... ;
- traçage des déplacements à partir de l'enregistrement.

La remontée des données est faite vers l'InVS pour la veille sanitaire. Le recueil des données des RPU est accessible tous les quarts d'heure et permet une visualisation en cartographie pour une gestion des flux. Cela arrive dans des périodes courtes, pour mettre en évidence les moments de tension ou de grosse affluence. L'ensemble de ces données est informatisé, et il serait possible de récupérer les données relatives aux tentatives de suicide à travers les « diagnostics principaux ». Les données brutes sont envoyées une fois par mois à l'Atih⁹².

L'une des principales limites sera de recouper la porte d'entrée et d'identifier le problème en lien avec le chômage. D'autant que la raison peut être directe (personne touchée par la crise économique (chômage ou risque de perte d'emploi pour elle ou son entourage proche)) ou indirecte en cas de mesures d'austérité entraînant une baisse des professionnels de santé dans un territoire donné et qui sera corrélée avec une élévation du flux aux urgences. Les effets directs de la crise sembleraient agir à travers les addictions (alcool, tabac, etc.), mais il semble difficile de recouper la porte d'entrée « tentative de suicide » uniquement avec ce proxy pour l'administrer comme conséquence de la crise économique. Des éléments de contexte (en emploi ou non, vivant seul, etc.) peuvent être retrouvés dans la rubrique « commentaire libre » du RPU, mais cela ne constitue pas une variable fermée et semble difficilement exploitable. Des limites spécifiques au codage (la qualité et/ou l'exhaustivité du codage) peuvent s'avérer variables selon les établissements et les territoires.

⁹² ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Il est à noter qu'un travail en cours au niveau national s'attache à réaliser un codage commun à tous les systèmes d'urgence afin de créer un seul système d'information à l'horizon 2020. Les RPU vont ainsi évoluer, d'autres éléments vont s'y intégrer, dont les plus importants : le motif de recours et les circonstances.

Ces informations seront remplies par l'infirmière d'accueil (première personne que l'on voit aux urgences, elle programme les examens et dirige les patients).

Le Service d'Aide Médicale d'Urgence –SAMU–

La base de données issue du « 15 » permettrait de constituer un bon indicateur pour suivre l'évolution du nombre de tentatives de suicide, s'il s'inscrit dans un projet précis afin que le codage soit bien réalisé. Le reste du temps cela risque d'être plus imparfait.

Les arrivées au « 15 » sont enregistrées avec : le code postal INSEE, la date, l'heure, l'âge, le sexe, comment ils arrivent aux urgences.

Il serait possible également de recouper les données en fonction du code postal et des revenus de la population du territoire sur différentes périodes afin d'évaluer la dynamique et les tendances en cours.

Par ailleurs, il existe une bonne corrélation entre les tentatives de suicide et l'indice de défavorisation sociale de Pampalon⁹³ au niveau des 60 secteurs de psychiatrie adulte. Aucune base de données spécifique n'est pour l'instant développée.

✓ Consommation d'antidépresseurs

C'est une donnée subtile entre l'offre et la demande « sociale ». La consommation d'antidépresseur peut être liée à une pratique de prescription des médecins (propension des médecins à prescrire plus ou moins d'antidépresseurs selon les périodes) non liée à une augmentation de la demande en soi. Le recours aux antidépresseurs est une piste, mais les antidépresseurs sont prescrits pour d'autres pathologies que la dépression (autres maladies psychiatriques, douleurs, etc.).

Ces données ne peuvent être obtenues que par l'Assurance maladie (remboursements). Ce sont donc des données très difficiles d'accès.

⁹³ <http://www.oedc.qc.ca/info-qu-est-ce-l-indice-de-defavorisation-sociale>

En matière de santé au travail

- ✓ Indicateur d'évolution du nombre d'arrêts maladies et d'accidents du travail

Les données relatives aux accidents du travail, aux arrêts maladies ou aux maladies professionnelles détiennent un intérêt dans l'optique d'alerter sur des débuts de dégradations des conditions sanitaires au sein d'entreprises. En effet, ces indicateurs peuvent présenter un intérêt du fait de leur caractère réactif, toutefois cela nécessite d'effectuer un recoupement afin d'isoler les seuls cas relevant de la crise économique.

Focus

Début de « dégradation » dans une entreprise ?

Quid des indicateurs d'accidents du travail

Le nombre d'accidents du travail est sensible à l'activité économique. En temps de crise, les entreprises investissent moins ce qui concourt à une réorganisation du travail, à une détérioration des conditions de travail, ainsi qu'à une diminution du travail.

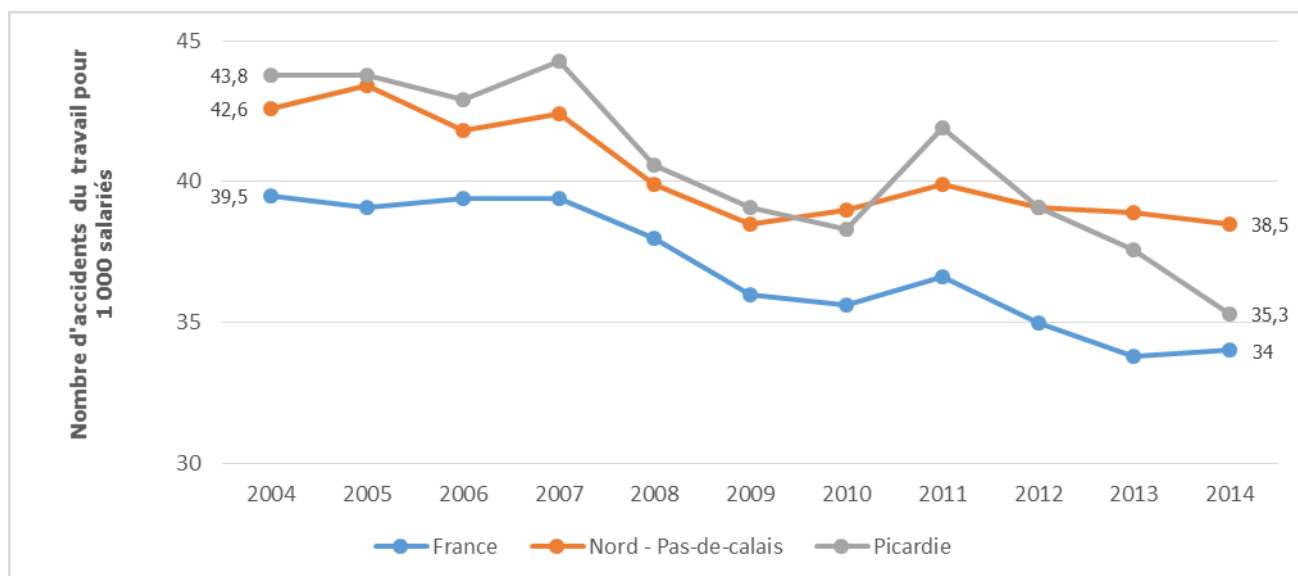
On observe majoritairement une diminution de production, pendant la crise, mais tout dépend du secteur économique considéré. Ainsi, pour le secteur de la santé, la crise tend au contraire à augmenter l'activité.

Du fait d'une baisse de production pendant la crise, on pourra observer une tendance générale à la diminution du nombre d'accidents du travail. Pour autant, si le nombre de salariés diminue rapidement, le nombre d'accidents du travail pour 1 000 salariés (indice de fréquence) tend à se stabiliser. Une analyse fine impose d'observer les données par secteurs d'activité et par zone d'emploi. Les secteurs d'activité les plus marqués par une hausse de la fréquence des accidents de travail depuis 2008 concernent la santé et l'action sociale.

En période de reprise économique, une tendance à la hausse du nombre d'accidents de travail est enregistrée en raison d'une augmentation du travail.

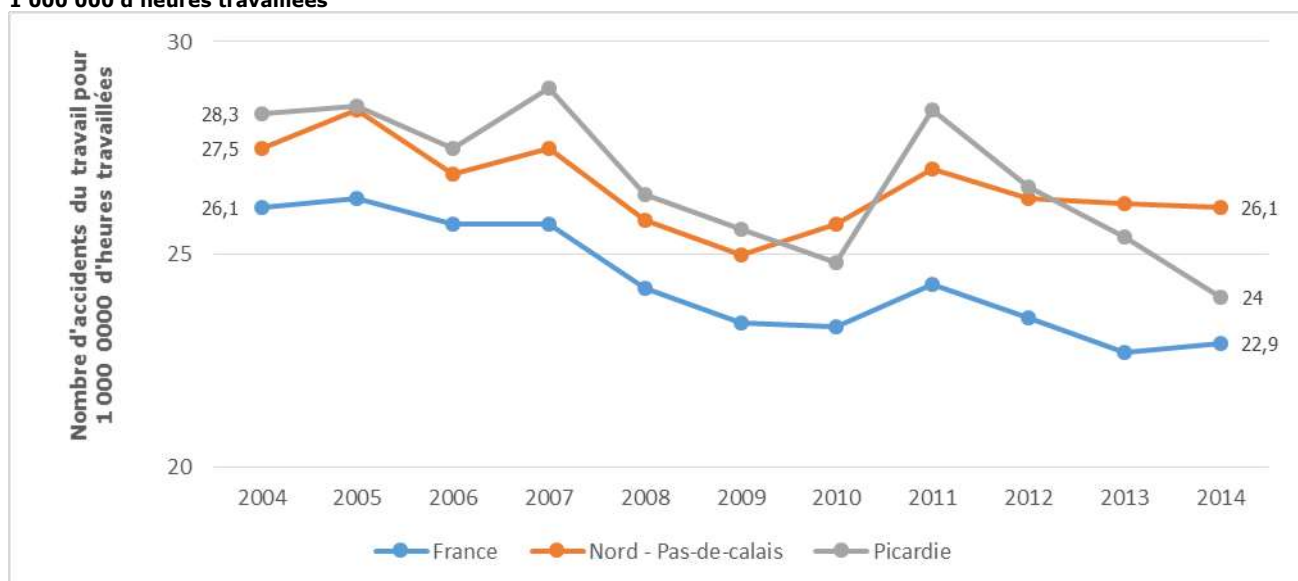
En France, hors période de crise, une baisse tendancielle du nombre d'accidents de travail est observée du fait notamment d'une meilleure pratique de la prévention (particulièrement dans les secteurs de l'industrie et de la construction).

Figure 3 : Indice de fréquence des accidents du travail - Régime général. Nombre d'accidents du travail pour 1000 salariés



Source : CARSAT Nord - Picardie

Figure 4 : Indice de fréquence des accidents du travail - Régime général. Nombre d'accidents du travail pour 1 000 000 d'heures travaillées



Source : CARSAT Nord - Picardie

Les accidents du travail et les arrêts maladies sont envoyés par les salariés à la CPAM⁹⁴. La CARSAT⁹⁵ reçoit par la suite toutes les informations. Ces données sont disponibles 1 an et demi après (temps de réception et de traitement des données).

⁹⁴ Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

⁹⁵ Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail.

✓ Concernant les données d'accidents du travail

La CARSAT enregistre la déclaration (informations sur l'accident et la personne). Les données renseignées concernent :

- l'identification du salarié ;
- l'identification de l'entreprise et donc du secteur d'activité ;
- les causes de l'accident du travail ;
- le siège des lésions ;
- la durée de l'arrêt de travail ;
- s'il y a une incapacité permanente suite à l'accident ;
- le type de contrat.

L'analyse doit être réalisée par secteurs économiques, en privilégiant le secteur de la santé et de l'action sociale, au vu des données régionales depuis 2008 qui montrent une augmentation des accidents du travail (lombalgie, exposition au sang, trouble musculo-squelettique, chute de plain-pied, agressions, etc.). Les données de la CARSAT et de la DIRECCTE⁹⁶ sont également disponibles par zones d'emploi⁹⁷. Les données de la CARSAT ne couvrent pas l'ensemble des salariés. Elles concernent uniquement le régime général (85 % de la population totale), plus les contractuels, mais sans les fonctionnaires. Par exemple, dans l'activité santé-action sociale, on ne parle que des contractuels et des salariés des cliniques.

L'interprétation des données par secteur économique doit être analysée au regard des impacts potentiels liés au chômage, pour pouvoir être utilisée dans notre système de veille et d'alerte. Le secteur de l'action sociale semble, par exemple, correspondre à notre requête puisque des politiques d'austérité budgétaires ont eu pour conséquence de dégrader les conditions de travail alors qu'au même moment, la demande (au sens économique) a augmenté et a été insuffisamment palliée par les créations d'emplois (d'aides à domicile par exemple).

✓ Concernant les données d'arrêts maladies

Les données des arrêts maladies en lien avec la crise économique semblent difficilement exploitables hormis pour quelques cas de figure. En effet, certaines pathologies ne figurent pas encore dans le tableau des maladies professionnelles telles que les risques psycho-sociaux (RPS) qui s'avèrent en augmentation constante, mais figurent « hors tableau ». Dans ce cas, afin de connaître les données de fréquence et d'alerter, il semble préférable d'utiliser les données des arrêts maladies ou les données issues du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

⁹⁶ Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.

⁹⁷ CARSAT, DIRECCTE, ISTNF, MSA Nord – Pas-de-Calais. Atlas de la santé au travail en Nord – Pas-de-Calais - Actualisation 2015. Lille : DIRECCTE Nord – Pas-de-Calais, 2015 ; 85.

✓ Concernant les maladies professionnelles

Il y a un temps de latence important entre l'exposition au milieu professionnel et le déclenchement de la maladie, il est donc difficile de savoir dans quel secteur d'activité a eu lieu l'exposition. Ces données apparaissent ainsi plus difficilement exploitables dans notre visée de veille et d'alerte.

La liste des pathologies professionnelles est renseignée dans le tableau des maladies professionnelles au regard de la CIM 10⁹⁸ de l'OMS.

✓ Les risques psycho-sociaux (RPS)

Si la crise conduit à des fermetures d'entreprise et à la perte d'emploi, elle favorise aussi la mise en œuvre de restrictions budgétaires et de modifications organisationnelles fortes liées à la recherche d'équilibre financier (notamment pour le secteur de la fonction publique). Ce qui a un impact plus ou moins direct sur la santé de l'ensemble des professionnels (salariés, chefs d'entreprise, etc.) en rapport avec l'accroissement des risques psycho-sociaux.

Lors des entretiens menés, l'augmentation des troubles psycho-sociaux (TPS) a été clairement évoquée à plusieurs reprises. « *Avant on parlait principalement des troubles musculo-squelettiques (TMS) (...) maintenant, on traite surtout (...) les problèmes psycho-sociaux* ».

Focus
Impact des Risques psycho-sociaux (RPS)

Tel que défini par le ministère du Travail et de l'Emploi⁹⁹, les RPS sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail, ils comprennent le stress, mais aussi des violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et des violences externes (exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés). L'accroissement des RPS perçu sur le terrain est mis en parallèle avec la crise économique en raison notamment des baisses budgétaires occasionnant des réductions d'effectifs et de moyens. Toutefois, si l'incidence budgétaire a un impact certain (accroissement de la charge de travail) ce n'est pas la seule cause évoquée. Les modifications de l'environnement du travail liées à de nouvelles organisations peuvent aussi entraîner un accroissement des RPS pouvant conduire à la vague de suicides qu'a connu France Télécom entre 2008 et 2009. Le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social rappelle également que les risques psychosociaux¹⁰⁰ dans l'entreprise ont un impact sur la santé et sur l'entreprise, soulignant ainsi l'enjeu majeur que représentent les RPS en termes de santé publique¹⁰¹ :

⁹⁸ Classification Internationale des Maladies (CIM), 10^e version, de l'OMS.

⁹⁹ <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/risques-psychosociaux/de-quoi-parle-t-on/article/les-rps-c-est-quoi>

¹⁰⁰ <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/risques-psychosociaux/de-quoi-parle-t-on/article/les-rps-c-est-quoi>

¹⁰¹ Un accord national interprofessionnel sur le stress au travail a été signé le 2 juillet 2008 entre les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés.

- Un impact sur la santé : Les RPS ont des effets délétères sur la santé des travailleurs. Plusieurs mécanismes étiologiques (effets des « stressseurs » de types psychosociaux, augmentation de la tension artérielle, comportements à risque...) expliquent l'association entre facteurs de RPS et différents indicateurs de santé à la fois physique et mentale. Au regard d'une littérature ayant souligné les liens existant entre facteurs de RPS et maladies cardio-vasculaires, Troubles musculo-squelettiques ou pathologies mentales (dépression, anxiété), les RPS se révèlent être un enjeu majeur en termes de santé publique.

- Un impact sur l'entreprise : Les RPS ont également un impact sur l'entreprise. On peut noter un lien entre l'apparition de ces risques et l'absentéisme, le taux élevé de rotation du personnel, le non-respect des horaires ou des exigences de qualité, des problèmes de discipline, la réduction de la productivité, des accidents de travail et des incidents, la non-qualité (augmentation des rebuts et des malfaçons, etc.), une dégradation du climat social, des atteintes à l'image de l'entreprise, etc.

Il ressort des entretiens que le secteur médico-social a connu, plus qu'ailleurs, une détérioration des conditions de travail pouvant accroître les RPS, ainsi que les accidents du travail. Par ailleurs, une étude de la DARES montre que la fonction publique hospitalière est un secteur particulièrement à risque en termes d'exposition aux facteurs psychosociaux, les agents étant, par exemple, plus nombreux que la moyenne à déclarer un manque de reconnaissance¹⁰² dans leur travail.

Mesurer les RPS

Le caractère subjectif de ces troubles n'empêche ni de les limiter ni de les évaluer comme le rappelle le ministère du Travail et de l'Emploi¹⁰³.

Les troubles psychosociaux sont recensés au sein des maladies professionnelles hors tableau. Depuis 2013, 24 troubles ont été reconnus dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles issu du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Certains secteurs plus exposés aux RPS méritent une attention particulière, tels que le secteur médico-social qui a subi une détérioration des conditions de travail pouvant accroître les RPS et les accidents de travail, ainsi que le secteur de la santé.

L'augmentation des arrêts maladies a été plusieurs fois évoquée comme marqueur indirect de l'accroissement des RPS et de la dégradation des conditions de travail dans l'entreprise.

¹⁰² DARES. *L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux*. DARES Analyse n°4, 2016 ; 8 p.

¹⁰³ <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/risques-psychosociaux/de-quoi-parle-t-on/article/les-rps-c-est-quoi>

Par ailleurs, il serait possible de détecter les RPS au travers de l'enquête EVEREST¹⁰⁴ qui est une enquête où un médecin du travail volontaire fait remplir un questionnaire au salarié, dont plusieurs questions portent sur la santé perçue par les salariés (anxiété, pénibilité, pression temporelle, trouble du sommeil, autonomie...). La dernière question du questionnaire fait explicitement référence à la « peur de perdre son emploi » et pourrait être utilisée pour cibler plus spécifiquement les RPS. Les données renseignées pour l'enquête EVEREST donnent des indications sur la santé des salariés en entreprise et en fonction des secteurs économiques, avec un délai de décalage de restitution des résultats d'un an, restitués avec un cumul de deux années pour avoir une puissance significative. L'échantillon de 2013 concerne 1 058 enquêtés, 1 131 en 2014 (soit 140 fiches par zone d'emploi pour le Nord – Pas-de-Calais, avec un total de 27 000 fiches renseignées en France). L'exploitation de ces données permettrait de renseigner notre système d'alerte et de vigilance dans une approche qualitative, pour mieux cibler les secteurs économiques spécifiques et les zones d'emploi considérés par notre problématique.

Données de mortalité

Les données de mortalité globale et de mortalité par causes sont accessibles via le CépiDc¹⁰⁵. Elles sont recueillies annuellement, avec un délai de 3 ans, en raison du temps de recodage. Elles sont fournies par commune de domicile et réagrégeables à n'importe quel niveau statistique en fonction du respect du secret statistique.

Une éventuelle mise en lien avec des données du chômage ne pourrait être réalisée qu'à partir de données écologiques en corrélant avec les zones à fort taux de chômage, ce qui s'avère compliqué puisque cela nécessite d'utiliser des cohortes, comme c'est le cas dans certaines études de l'INSEE.

Registre des cancers

Les données disponibles sont issues du Registre des cancers de la métropole lilloise du Centre de lutte contre les cancers Oscar Lambret. Ce sont les données d'incidence des maladies, renseignées par les médecins au moment du diagnostic de la pathologie. Cela reste limité à la zone d'emploi de Lille.

Elles peuvent être recoupées avec les données de prévention en matière de dépistage du cancer colorectal auprès des associations (notamment ADCN et Opaline¹⁰⁶).

Pathologies cardio-vasculaires

Des données sont en cours de constitution pour le Plan *ParCœur* de l'ARS¹⁰⁷. Elles porteraient sur des données de patients atteints de pathologies cardio-vasculaires, à 1 an du diagnostic.

¹⁰⁴ <http://evrest.alamarge.org/front/Pages/page.php?cat=1&item=1&page=64>. Evrest (EVolutions et RElations en Santé au Travail) est un dispositif de veille et de recherche en santé au travail.

¹⁰⁵ Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM.

¹⁰⁶ Association pour le Dépistage des Cancers dans le Nord ; Opaline 62 association pour le dépistage du cancer Pas-de-Calais

¹⁰⁷ ARS Nord – Pas-de-Calais. Parcours de santé des personnes à risque ou atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ParCœur 2015-2020. PRS. Lille : ARS, 2015 ; 74 p.

Santé périnatale

Plusieurs types de données seraient disponibles. Des données INSEE de taux de mortalité infantile devraient être recoupées à travers les données issues du centre de périnatalité du CHU de Lille et du réseau des maternités de niveau III¹⁰⁸. Des données en matière de prévention vaccinale seraient disponibles via les Conseils généraux (données de Protection Maternelle Infantile (PMI), certificat de santé au 8^e jour, 9^e mois, et 24^e mois), mais sont susceptibles d'être renseignées de façon inégale en fonction des territoires.

Intoxication au monoxyde de carbone (CO)

En raison des dégradations de conditions de logement (conséquences de la crise économique) et au vu de la prévalence déjà élevée avant la crise dans la région, l'exploitation de telles données pourrait alimenter le système de veille et d'alerte, en lien avec le Centre Antipoison du CHRU de Lille.

PRISE EN COMPTE DU « POLYMORPHISME » DE LA CRISE DE 2008

De même que précédemment, il semble nécessaire d'intégrer le polymorphisme de la crise économique en tenant compte des secteurs économiques à privilégier, où des impacts sanitaires s'avèrent prépondérants dans les bases de données non utilisées habituellement en santé publique.

En matière de santé mentale

Un programme régional en matière de prise en charge des tentatives de suicide dénommé *VigilanS* permettrait d'apporter des données qualitatives sur le type de population concernée en lien avec le chômage, en tenant compte du facteur précarité, de l'isolement, etc.

La littérature montre qu'il est également important de veiller sur la population active et notamment les hommes en âge de travailler, entre 25 et 49 ans, population retrouvée comme la plus sensible aux variations du taux de chômage.

En matière de santé au travail

Trois secteurs économiques ont été cités à maintes reprises par nos interlocuteurs : celui du médico-social (et notamment de l'aide à domicile, qui appartient à la très large catégorie des « services »), celui des agriculteurs (notamment des producteurs laitiers) ainsi que celui de la santé. Ceci s'explique en partie par les effets délétères sur la santé du personnel, retrouvés suite aux politiques d'austérité. Ceci rejoint les données de la littérature scientifique.

¹⁰⁸ Les maternités de niveau III disposent d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques ou multiples.

Au sujet des RPS, la thématique étant dorénavant investie par la société civile et les associations, il serait également possible de connaître le nombre d'appels concernant les RPS via l'association Promocom¹⁰⁹ à Lille et la plate-forme Santé Emploi Info Service (SEIS)¹¹⁰. De même, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) pilote un réseau d'Associations Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) et il serait intéressant de pouvoir affiner notre requête en se rapprochant de l'ARACT régional.

De la même façon, un partenariat avec les services de santé au travail, auxquels les entreprises adhèrent, semblerait prolifique en matière de RPS (où les outils de mesure ne sont pas encore très développés). Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires, composées de médecins, d'infirmiers et de psychologues. Elles sont au nombre de 8 dans le Nord - Pas-de-Calais. Il existe en plus un service « santé au travail » inter-entreprises à Lille. Il faut noter qu'au-dessus de 500 salariés, les entreprises peuvent travailler avec des services de santé au travail autonomes. Chaque entreprise dispose d'une fiche entreprise où figurent notamment les risques pour les salariés. Ces fiches ne sont actuellement pas exploitées au niveau régional.

À ces priorisations, doivent être recoupées également des données territoriales, par exemple le problème toujours actuel du Bassin minier (sidérurgie et houillère).

Quelle serait la pertinence d'un dispositif de veille et d'alerte de la crise économique en matière sanitaire ?

L'idée de mettre en place un système de veille a été accueillie très favorablement par une grande majorité des acteurs rencontrés. Un tiers d'entre eux ont tout de suite répondu que cela rejoignait déjà des réflexions en cours, au sein de leurs structures respectives. Quelques-uns seulement ont semblé sceptiques quant à la faisabilité d'un tel système, en raison de l'absence d'un système du même ordre en matière économique.

Pour la grande majorité, il a été dit que l'ORS fait de plus en plus ce que d'autres cherchent à faire, à savoir : anticiper, prévoir dans un souci d'utilité en politique publique.

Cette proposition de constituer un système de veille et d'alerte, à travers un partenariat d'acteurs et d'organismes, a été également accueillie favorablement lors de la table ronde qui a clôturé notre série d'entretiens. Elle a, en outre, permis de faire discuter un panel d'acteurs issu d'horizons professionnels très distincts, sur une thématique commune de santé publique.

L'implication possible des acteurs dans ce projet semble liée à l'importance de la question posée, *a contrario* de la faible réponse proposée jusqu'à aujourd'hui par les organismes institutionnels ou à travers les politiques publiques menées à l'échelle régionale. Certains interlocuteurs répondaient ainsi que « le projet est très intéressant, car il est au cœur du sujet (...). Cela permettrait de renforcer ce que l'on ressent au quotidien dans notre travail social par des indicateurs, c'est un réel besoin (...) »

L'intérêt de tels outils fait consensus auprès de l'ensemble des acteurs. L'enjeu résiderait dans sa faisabilité et dans sa pérennité en raison également du coût à supporter.

¹⁰⁹ www.association-promocom.fr

¹¹⁰ <http://www.seis5962.fr/wp/wp-content/uploads/2014/10/Restitution-de-l-expose-de-Dorothee-EVEN-SEIS.pdf>

En outre, ce projet rejoint des recommandations à l'échelle nationale de différents plans, notamment du Plan santé au travail 2016-2020¹¹¹ qui préconise la mise en place d'un dispositif de veille stipulant, d'après son action 3.10, la nécessité de : « Recenser, rationaliser et harmoniser les données existantes en matière de veille, d'expertise et de vigilance en santé et sécurité au travail afin d'en améliorer l'exploitation et la mise à la disposition des acteurs de la prévention (...) ».

Le bénéfice escompté de ce système de veille et d'alerte serait pour certains, important si les données de la veille « arrivent au bon endroit, pour que les décisions soient prises rapidement ».

L'originalité semble également reposer sur le rôle de coordination entre les différents acteurs, et permettrait la mise en circulation d'indicateurs communs.

¹¹¹ <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

Conclusion :

constats et proposition de l'ORS

La synthèse des entretiens recoupée avec la littérature, scientifique et grise, de notre thématique a permis d'élaborer des constats, en matière d'effets sociaux et sanitaires (largement documentés¹¹²) et qui sont autant de conséquences de la crise économique de 2008.

Afin d'être en mesure d'implémenter un modèle (ou *pattern*), qui soit le plus évolutif possible et qui permette de suivre au plus près le polymorphisme de la crise retrouvé à l'échelle locale, l'ORS fait ici une proposition d'un système d'alerte et de vigilance de la crise économique (ou *SAVE*) à visée d'aide à la décision et qui nécessiterait, pour son opérationnalité, le développement de deux axes majeurs :

- Une communication interne entre les différentes parties prenantes issues des milieux scientifique, économique, institutionnel ou associatif déjà rencontrés au cours de cette étude. L'objet est la mise en commun et l'analyse de deux sources d'informations : les différentes bases de données pertinentes et retenues pour le *SAVE* ainsi que des données de « terrain ».
- Une communication externe de ce système d'alerte ciblée en direction d'acteurs identifiés et sensibles à la thématique, dans une visée d'aide à la décision.

Proposition retenue pour la mise en place d'une communication interne du *SAVE*

Elle s'appuierait sur l'ensemble des parties prenantes rencontrées¹¹³ pour cette étude et qui ont assuré leur soutien dans l'optique de la mise en place du *SAVE*.

Le mode de fonctionnement envisagé est celui d'une rencontre annuelle, entre membres du comité de pilotage, qui déterminerait les objectifs en termes de données à recueillir pour l'année en cours, puis une rencontre à 6 mois pour optimiser et ajuster si nécessaire le bon fonctionnement, la bonne circulation des informations, et la restitution sous forme d'analyse des données recueillies à 6 mois. Cela nécessite de réaliser un partenariat avec l'INSEE, la DIRECCTE et Pôle Emploi pour le partage des données statistiques (partage envisagé lors des entretiens).

L'ORS se limite aux données quantifiables et statistiquement fiables qui permettraient de tester les capacités de prédictions du modèle sur le long terme (3 ans, 5 ans, 10 ans), ce qui implique un coût

¹¹² Tels que restitués dans la partie 1 et 2 de ce rapport.

¹¹³ Voir dans les remerciements la liste exhaustive des personnes rencontrées.

de revient relativement faible avec des données déjà disponibles et des partenariats acquis. Par la suite, l'implication de nouveaux partenaires dans le SAVE permettra d'enrichir la base de données sur le même rythme régulier. Dans un premier temps, les caractères stables et évolutifs sont ainsi les priorités du *pattern* du SAVE.

Les bases de données retenues comme opérationnelles pour développer le SAVE sont :

- De nature quantitative :
 - ✓ Données relatives aux défaillances d'entreprises ;
 - ✓ Données de Pôle Emploi (demandeurs d'emploi, ICDC) ;
 - ✓ Fichier des intérimaires ;
 - ✓ La base RPU ;
 - ✓ Marqueur INSEE d'isolement social (veuvage, divorce, seul dans le logement, etc.) ;
 - ✓ Les indicateurs d'accidents du travail ;
 - ✓ L'enquête EVEREST (limitée à la dernière question) ;
 - ✓ Données de mortalité du CépiDc ;
 - ✓ Données de périnatalité du CHU .
- De nature qualitative :
 - ✓ Données et préconisations des acteurs de terrain, avec inclus le choix de priorisation du secteur économique, de territoires, ou de populations spécifiques à un an ;
 - ✓ L'ORS assurerait également le rôle de veille documentaire.

Proposition retenue pour la mise en place d'une communication externe du « SAVE »

L'efficacité et l'intérêt du SAVE résident dans sa communication externe aux acteurs sensibilisés au sujet et qui utiliseraient le SAVE comme un outil supplémentaire permettant de tenir compte de ces données liées à la crise économique (jusque-là, insuffisamment exploitées) afin d'assurer des actions de santé publique en synergie avec les problématiques locales.

Cette communication externe se doit ainsi d'être, dans un premier temps, ciblée en direction d'acteurs préalablement identifiés et sensibles à la thématique à partir de cette première étude.

Le fonctionnement sous forme de *newsletter* semblerait être opérationnel pour cet effet.

Dans un second temps, la liste ciblée pourrait s'accroître et être enrichie, au fur et à mesure de l'implication de nouvelles parties prenantes dans le fonctionnement du SAVE, afin de garantir sa pérennité.

La périodicité en termes de publication de la newsletter pourrait s'établir sur un pas de temps « observation » à court et moyen terme c'est-à-dire :

- ✓ annuellement ;
- ✓ trimestriellement avec une moyenne mobile (le trimestre le plus ancien étant enlevé et remplacé par le dernier).

Destinataires à privilégier :

- ✓ Communautés d'agglomération ;
- ✓ communautés de communes ;
- ✓ syndicats ;
- ✓ associations de terrain ;
- ✓ autres.

Nous constatons que pour tenir compte des conséquences sanitaires manifestes de la crise économique, il faudrait développer et améliorer la circulation et le partage de ces données (économiques, sociales et sanitaires) au regard de certains types de populations et de territoires.

De plus, cela permettrait de compléter les données traditionnellement mobilisées en santé publique, en intégrant des problématiques contemporaines dans la réponse institutionnelle donnée.

C'est en promouvant ce type d'outil fédérateur entre acteurs – aux horizons professionnels distants, mais à la visée collective commune – que nous serons en mesure de répondre aux attentes de la population en matière de « santé », laquelle s'avère indissociable de la vie sociale et économique de notre territoire.

Bibliographie

Ananta A, Toersilarningsih R, Handayani D. Health financing during an economic crisis: Indonesian experiences (July 1997-July 1998). *Cah Sociol Démographie Médicales* 2000; 40(1): 47-71.

Ayuso-Mateos JL, Barros PP, Gusmão R. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet* 2013; 9890(382): 391-2.

Banque de France. *Stat info : Les défaillances d'entreprises en France*. Banque de France 2012, 3 p.

Bassols NM, Castelló JV. Effects of the great recession on drugs consumption in Spain. *Econ Hum Biol* 2016;22: 103-16.

Binet C, Leclerc C. *Tableau de bord : Santé, sécurité, conditions de travail en région Centre - 2013*. DIRECCTE Centre-ORS Centre, 2013 ; 44 p.

Boiron A, Labarthe J, Richet-Mastain L, Zergat Bonnin M. Les niveaux de vie en 2013. *INSEE Première* 2015 ; 1566 : 1-4.

Bolamperti P, et al. *Précarité et santé dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche*. Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2015 ; 63 p.

Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakakis M, et al. The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted timeseries analysis. *BMJ Open* 2015; 5: e005619.

Bruggink J-W, de Goeij MCM, Otten F, Kunst AE. Changes between pre-crisis and crisis period in socioeconomic inequalities in health and stimulant use in Netherlands. *Eur J Public Health*. 17 mars 2016.

Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013; 347: f5239.

Coope C, Gunnell D, Hollingworth W, Hawton K. Suicide and the 2008 economic recession: who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001-2011. *Social Science & Medicine* 2014; 117: 76-85.

De Goeij MCM, Van der Wouden B, Bruggink JW, Otten F, Kunst AE. Impact of the post-2008 economic crisis on harmful drinking in the Dutch working-age population. *Drug Alcohol Depend*. 2016; 161: 50-8.

Debout M. Crise économique et risque suicidaire. *Rhizome* 2014 ; 52 : 10.

DIRECCTE Centre, ORS Centre, CARSAT Centre, Aromsa du Centre. *Tableau de bord Santé, sécurité, conditions de travail en région Centre année 2013*. Orléans : DIRECCTE Centre, 2013 ; 48 p.

DREES, DARES, et al. Santé et itinéraire professionnel : état de la connaissance et perspectives. Actes du colloque organisé par la DREES et la DARES le 22 septembre 2015 sur les travaux conduits à partir de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) 2006-2010. *Dossiers solidarité et santé* 2016 ; 76 : 40 p.

Dubois H, Anderson R. *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*. Dublin Eurofound, 2013; 39 p.

Ducatez S, Euzénat D, Pôle emploi. L'Indicateur Conjoncturel de Durée au Chômage (ICDC). *Repère & Analyse Études* 2012 ; 47 : 1-4.

Edwards RD. Who Is Hurt by Procyclical Mortality? *Social Science & Medicine* 2008; 67(12): 2051-8.

Eilstein D, Pozuelos J, Fuchs D, Gorza M, Therre H, Xerri B, et al. *Risques pour la santé : évolution et conséquences pour la veille sanitaire à l'horizon 2024*. Exercice de veille prospective InVS, 2014. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2015 ; 60 p.

European Observatory on Health Systems and Policies. *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. World Health Organization, 2014; 60 p.

Farache J. Avis du Conseil économique, social et environnemental. *L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner*. Journal officiel de la République française, NOR : CESL1100002X 20 mai 2016. Paris : les éditions des Journaux officiels, 2016 ; 130 p.

Fougère D, Golfier C, Horny G, Kremp E. Quel est l'impact de la crise de 2008 sur la défaillance des entreprises ? *Économie et statistique* 2013 ; 462-463 : 69-97.

GR 2014 eu. Informal Meeting of Health Ministers, 28-29 April 2014, Athens, Greece. *Economic crisis and healthcare*. Discussion Paper. 5 p.

Janssen Pharmaceutica. [Le diabète en temps de crise : l'impact de la crise économique sur la gestion du diabète en Europe](#). Belgium: Janssen, 2013 ; 28 p.

Jusot F. Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? *Les Tribunes de la santé* 2012 ; 3(36) : 73-80.

Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet* 2013; 9874(381): 1323-31.

Kondo N, Subramanian SV, Kawachi I, Takeda Y, Yamagata Z. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986–2001. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2008; 62(10): 869-75.

Laanani M, Ghosn W, Jouglu E, Rey G. Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010. *BEH* 2015 ; 1-2 : 2-6.

Laanani M, Ghosn W, Jouglu E, Rey G. Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *J Epidemiol Community Health* 2014; 69(2): 103-9. Epub 2014 Jun 18.

Les Tribunes de la santé. La crise économique et la santé. *Les Tribunes de la santé* 2012 ; 3(36) : 104 pages.

Liaropoulos L. Greek economic crisis: not a tragedy for health. George Michas: response, 12 April 2014. *BMJ* 2012; 345: e7988.

Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time series analysis. *European Journal of Public Health* 2013; 23(5): 732-6. Epub Jun 25.

Martin-Carrasco M, Evans-Lacko S, Dom G, Christodoulou NG, Samochowiec J, González-Fraile E, et al. EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016; 266(2): 89-124.

Maruthappu M, Watkins J, Noor A.M., Williams C, Ali R, Sullivan R, Zeltner T, Atun R. Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010: a longitudinal analysis. *The Lancet* 2016, Published online May 25: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00577-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00577-8)

Masson L. *La fécondité en France résiste à la crise*. In France, portrait social, édition 2015. INSEE, 2015 ; p. 11-23.

Meneton P, Kesse-Guyot E, Méjean C, Fezeu L, Galan P, Hercberg S, Ménard J. Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2015; 6(88): 707-16.

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Haut Comité de la santé publique. *La santé en France : rapport général*. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Paris : La documentation française, 1994 ; 334 p.

Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *The Lancet Psychiatry* 2015; 3(2): 239-245.

O'Dowd A. Economic recession may have caused 10 000 extra suicides. *The British Journal of Psychiatry* 12 June 2014.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. *Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2009-2010. Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise*. Paris : La documentation française, 2010 ; 168 p.

OMS Europe. *EUR/RC63/13 Document final de la Réunion de haut niveau sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point sur la situation dans la Région européenne de l'OMS*. OMS Europe, 29 juillet 2013 ; 11 p.

OMS Europe. *La santé en période de crise économique mondiale : implications pour la Région européenne de l'OMS*. Oslo (Norvège), 1 et 2 avril 2009, Compte rendu de réunion. OMS Europe, 25 avril 2009 ; 40 p.

OMS. *La crise financière et la santé dans le monde. Rapport d'une consultation de haut niveau*. Genève : OMS, 2009 ; 19 p.

Padiou Y, Roussel R. *L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins*. In INSEE. France : portrait social, édition 2015 ; p. 25-36.

Portella E, Barrubés J. Crise économique, systèmes de santé et état de santé de la population : peut-on établir des liens ? Éditorial. *Santé publique* 2015 ; 1(27) : 5-6.

Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *The British Journal of Psychiatry* 2014, published online June 12. <http://bjp.rcpsych.org/content/early/2014/05/23/bjp.bp.114.144766.abstract>

Urbanos-Garrido RM, Lopez-Valcarcel BG. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *The European Journal of Health Economics* 2015; 2(16): 175-184.

Van Gool K, Pearson M. *Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries*. OECD Health Working Papers n° 76. OECD Publishing, 2014; 54 p.

Varea C, Terán JM, Bernis C, Bogin B, González-González A. Is the economic crisis affecting birth outcome in Spain? Evaluation of temporal trend in underweight at birth (2003-2012). *Ann Hum Biol*. 2016; 43(2): 169-82.

Vincent G, Arcos C, Prigent A. Les conséquences de la crise économique sur l'hôpital. *Les Tribunes de la santé* 2012 ; 3(36) : 47-54.

Webb R T, Navneet K. Suicide, unemployment, and the effect of economic recession. *The Lancet Psychiatry* 2015; 3(2): 196-197.

Annexes

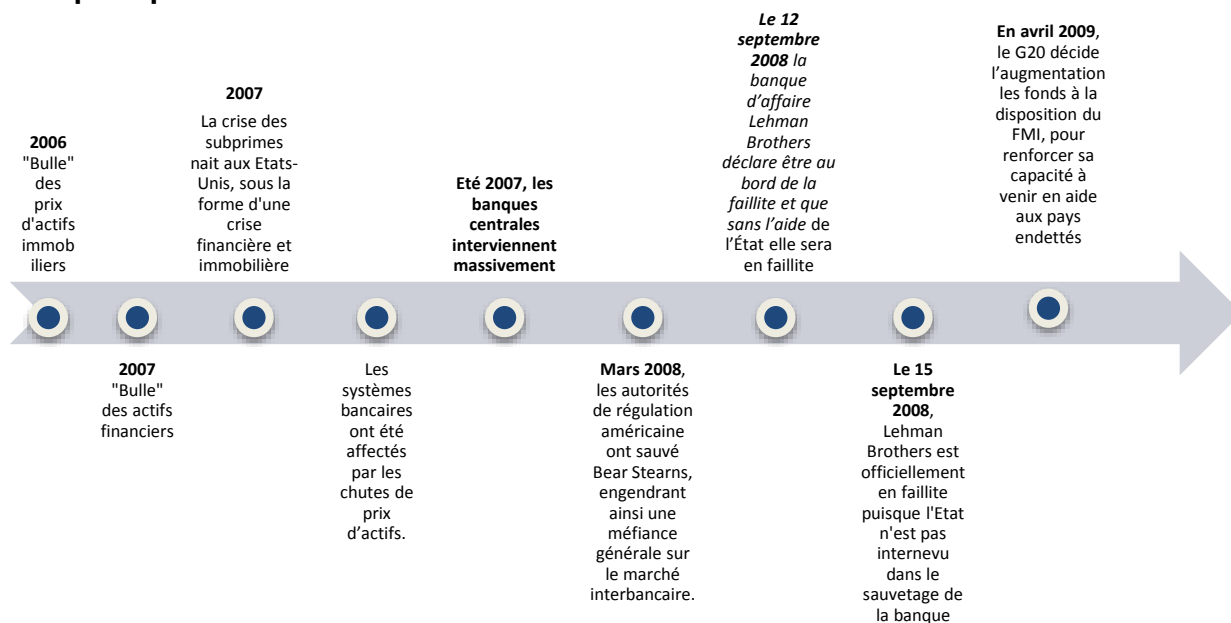
Sommaire des annexes

Annexe 1 : La crise de 2008	54
Annexe 2 : Calcul du taux de chômage	59
Annexe 3 : Les zones d'emploi	60
Annexe 4 : Le secret statistique	61
Annexe 5 : Organismes rencontrés	62
1 - La Banque de France	62
2 - CARSAT	64
3 - C2RP	65
4 - CCI	67
5 - DIRECCTE	69
6 - F2RSM	70
7 - INSEE	71
8 - ISTNF	73
9 - Pôle emploi	75
10 - SFMU Collège Régional de Médecine d'Urgence (COMU) du Nord - Pas-de-Calais	77
11 - Syndicats	78

Annexe 1 : La crise de 2008¹¹⁴

La crise de 2008 se distingue par sa synchronisation exceptionnelle et sa rapidité de propagation au niveau international à la fois dans les pays industrialisés, les pays émergents, les pays d'Europe centrale et orientale.

Les principales dates du déroulement de la crise...



Cette synchronisation, associée à un niveau d'endettement très important chez les agents privés, contribue à rendre cette crise inédite. Une crise dont les effets et la durée restent encore, à ce jour, très incertains. Face à l'ampleur de la crise, la politique monétaire a été assouplie très rapidement, la politique budgétaire a soutenu l'activité et les autorités publiques ont affiché un soutien et une certaine coordination qui a pu permettre d'éviter un repli des pays sur eux même.

Aux USA, lors de l'achat d'un bien immobilier, si le ménage est légèrement endetté, les institutions bancaires US définissent cela comme une « prime », il s'agit d'un emprunt peu risqué. Ces emprunteurs sont jugés comme fiables et ont donc un taux d'intérêt faible, car la banque prend peu de risque (elle est certaine que l'emprunt sera remboursé). Dans le cas, où ce même bien immobilier serait vendu à un ménage, avec un endettement plus important, on parle alors de « subprime », car l'emprunt est jugé à risque élevé par la banque. Ces emprunteurs sont jugés beaucoup moins fiables et obtiendront donc un subprime, c'est-à-dire un taux d'intérêt plus élevé en raison de l'incertitude pour la banque du remboursement de l'emprunt.

De son côté la banque va rassembler tous ces prêts pour les « titriser », c'est-à-dire qu'elle va proposer à des investisseurs de racheter un lot d'emprunt. L'avantage reconnu étant de répartir le risque entre un plus grand nombre d'agents et d'assurer une plus grande stabilité au système financier. En parallèle, il faut noter que le prix des actifs sur le marché de l'immobilier est en hausse depuis quelques années aux USA, et en cas de non-paiement la banque récupère la maison.

Cet ensemble de facteurs avait comme objectif de rendre les risques des subprimes très légers.

Pourtant, cela a conduit à une envolée des prêts risqués pour les ménages les plus modestes en raison d'une sous-évaluation de la part des prêteurs à contrôler la solidité financière de ces ménages.

Cette sous-estimation du risque a conduit à une hausse générale de l'endettement, de plus en plus tourné vers des emprunteurs risqués et à un contrôle de moins en moins assidu de la part des banques.

¹¹⁴ Redoulès O, Fournier JM, Leblanc P. L'économie mondiale en 2008 : du ralentissement à la récession. In INSEE. L'économie française. Comptes et dossiers. Édition 2009 ; p. 9-49.

Au cours des années 2000, la FED (Réserve Fédérale des États-Unis) décide de mettre beaucoup d'argent en circulation, de ce fait les taux d'intérêt de la FED baissent très fortement et l'argent devient très abondant pour les banques.

Au final, de plus en plus de ménages dits insolvable » vont vouloir devenir propriétaire et étant donné l'abondance des liquidités, les banques vont prêter à la fois aux ménages à faible risque, mais aussi ceux à risques élevés. De leur côté, les investisseurs vont prendre de plus en plus de subprimes, pensant que cela représente à la fois une bonne rentabilité, pour un faible risque.

Il est à noter que beaucoup des crédits réalisés sont à taux variables. Par conséquent, si la FED décide d'augmenter les taux d'intérêt, les ménages peu solvables ont alors des mensualités plus importantes, jusqu'à atteindre un niveau où il devient impossible de payer, les banques peuvent alors saisir les biens immobiliers pour les revendre ensuite.



23% des prêts immobiliers aux USA sont des subprimes en 2008

L'endettement des ménages américains a atteint un niveau tel que la demande de logements n'a pu continuer à croître à un rythme aussi soutenu. Les prix de l'immobilier ont chuté au cours de l'année 2006, l'offre de logements étant nettement en excès. Ce retournement des prix a rendu intenable la situation des ménages, d'autant plus que, dans de nombreux cas, les mensualités étaient croissantes dans la durée. Dans le même temps, la FED a poursuivi la hausse de ses taux directeurs entamée en 2004, alourdissant les mensualités des prêts à taux variables. Avec la hausse des taux d'intérêt et la baisse continue de la valeur des biens immobiliers, les défauts de paiement se sont multipliés parmi les subprimes, d'autant que certains étaient à taux ajustables.

La crise immobilière s'est propagée à l'ensemble des marchés financiers

Le recours des banques à des sociétés intermédiaires avait permis de contourner la réglementation des ratios « prudentiels » en détournant certains actifs de leur bilan. Mais comme la perte de valeur des actifs menaçait le bilan des intermédiaires, les banques ont été contraintes de les réintégrer dans leur propre bilan, l'affaiblissant au passage. L'activité entre banques et intermédiaires a instauré une certaine méfiance, qui a été finalement un vecteur supplémentaire de propagation de la crise.

Le crédit interbancaire est un marché sur lequel les banques se prêtent entre elles, mais après la faillite de Lehman Brothers, un climat de méfiance s'installe, et les banques sont réfractaires à l'idée de se prêter des fonds entre elles. Par méfiance de la solvabilité des autres banques, ces dernières s'abstiennent de tous prêts : le crédit interbancaire s'arrête, en découle un arrêt des prêts aux entreprises et aux particuliers. De leur côté, les ménages, par crainte du chômage, accroissent leur épargne de précaution.

Face à cette catastrophe, beaucoup d'États vont garantir les emprunts des banques. Malheureusement, les divers plans de sauvetage tardent à arriver, l'économie est déjà en chute libre. Les États ont à leur portée, plusieurs possibilités d'intervention.

La première est d'attendre que l'économie redémarre toute seule.

La seconde est de baisser massivement les impôts et les contraintes réglementaires pour redonner du souffle à l'économie (quelques États ont opté pour cette solution, tels que l'Irlande et le Royaume-Uni).

Enfin, la troisième solution se base sur une relance keynésienne (multiplicateur keynésien), en augmentant les dépenses de l'État (la plus suivie car très recommandée par le FMI et OCDE). Le principe est que l'État accentue ses dépenses publiques, pour enclencher un cercle vertueux en stimulant la dépense privée. Ces plans ont été réalisés dès l'année 2008, et ont causé l'endettement de certains États. Certains n'ont pas supporté cet endettement, d'autres ont encore du mal à s'en sortir.

L'intervention des banques centrales :

Les banques centrales ont alors dû intervenir de façon massive et répétée dès l'été 2007. Elles ont augmenté la quantité des liquidités fournies aux banques tout en baissant les taux directeurs pour permettre aux banques de se financer à moindre coût et limiter l'impact de la crise sur l'obtention de crédit par les entreprises et les ménages.

La FED a diminué son taux directeur de 5.25% (2007) à <0% - 0.25%> (fin 2008). Après la chute de Lehman B., et la méfiance des banques à se prêter entre elles, la banque centrale est passée au palier supérieur pour maintenir la stabilité du système financier avec l'aide des États. Ceci est passé par des garanties sur les emprunts pour restaurer le

climat de confiance et un assouplissement des conditions auxquelles les banques centrales ont accordé des refinancements aux banques

La restriction de crédit et la crise de confiance ont un impact négatif sur l'investissement des ménages et des entreprises. En fin de compte, la baisse de demande entraîne une contraction du commerce mondial, propageant la crise à l'ensemble de l'économie mondiale.

Les conséquences sur l'activité mondiale :

La crise 2008 a eu un fort impact sur la demande des pays touchés, ce qui s'est traduit par une forte diminution des exportations des pays voisins.

D'autre part, la crise a eu également un impact direct sur les conditions de financement des entreprises et des ménages. En a découlé une baisse de leurs exportations, liée à la contraction de la demande des ménages des économies en déficit commercial.

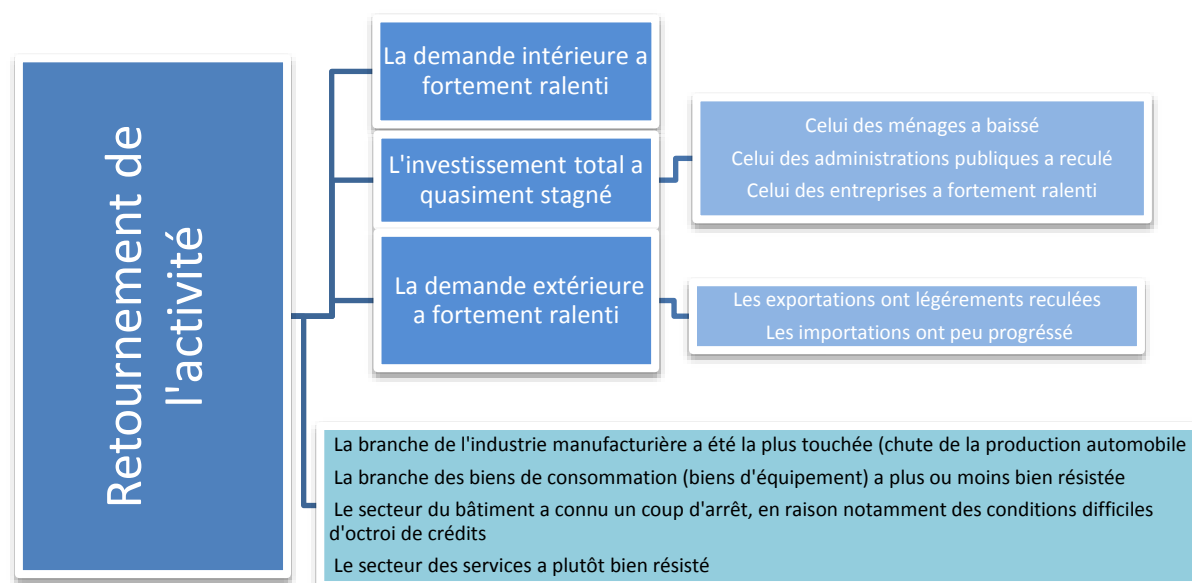
Autre exemple, les USA et l'Espagne sont entrés en récession en raison de la contraction des ménages. Prenons, le cas de l'Allemagne et du Japon, ces derniers avaient un niveau faible d'endettement des ménages, et un marché immobilier encore modéré, mais ils ont été touchés par la crise du fait de la contraction de la demande de leurs partenaires commerciaux.

Par accumulation, la saturation des capacités de production, et la montée en tension sur les marchés des matières premières, ont engendré une forte augmentation de l'inflation, et provoqué l'entrée en récession de l'économie mondiale.

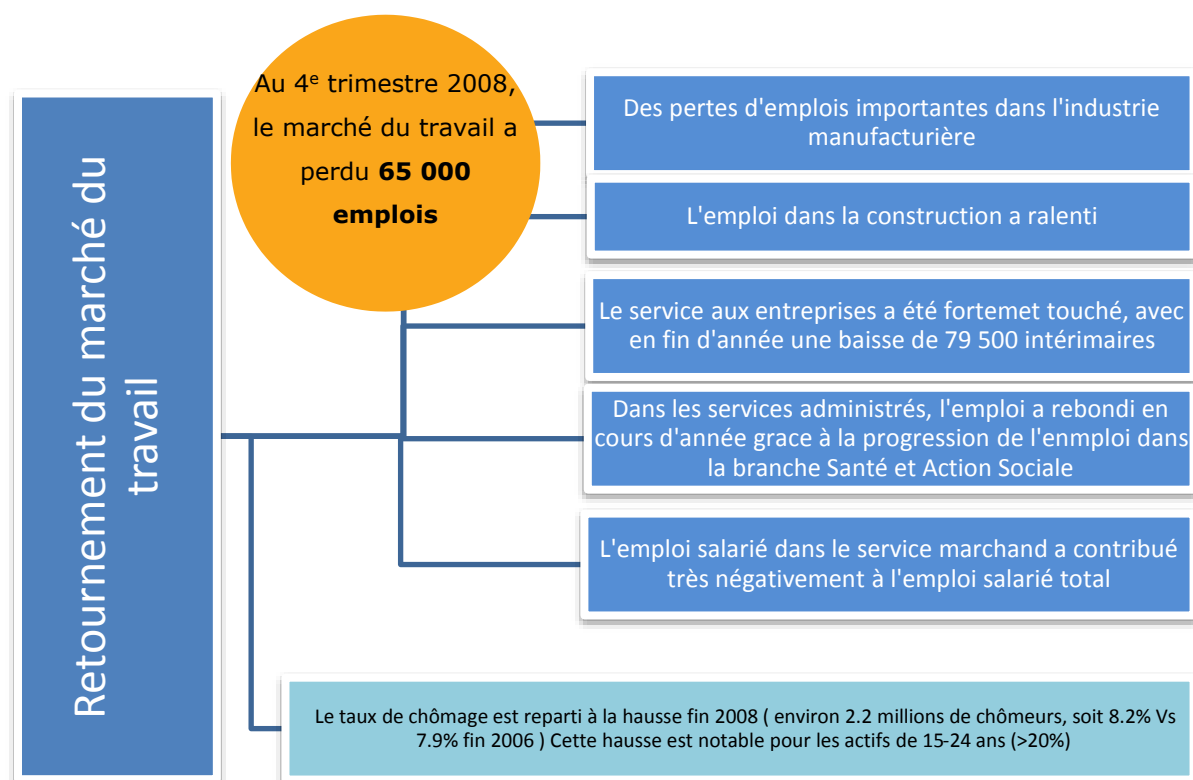
Fin 2008, la récession est générale. Cela s'explique d'une part par la contraction de la demande des ménages en raison du durcissement de l'octroi des crédits par les banques, des pertes de richesses par le retournement des marchés immobiliers et boursiers, de la baisse de leurs revenus d'activités et en parallèle de la hausse du chômage. D'autre part, les pays qui n'ont pas su ajuster leur activité se retrouvent avec des stocks élevés, et avec des conditions de financements difficiles, devant faire face à de nombreux licenciements.

Taux de croissance du PIB
(2006 Vs 2008)

Allemagne (3.0% Vs 1.3%)
États-Unis (2.8% Vs 1.1%)
France (2.2% Vs 0.4%)
Italie (2.0% Vs -1.0%)



Les conséquences en France :



Il n'y a pas d'effet de baisse de la richesse des ménages français sur leur consommation en 2008. Cela s'explique par le fait que la dépréciation de leurs actifs a été limitée et que la consommation française est beaucoup moins sensible aux variations de patrimoine des ménages que la consommation américaine. En 2008, l'effet de la crise s'est fait toutefois sentir à travers ses effets sur l'activité et le revenu disponible des ménages. Ce revenu a stagné au premier trimestre puis diminué au deuxième. Il y a trois éléments qui expliquent ce ralentissement. Premièrement, le revenu net d'activité a baissé, tout comme les revenus du patrimoine, avec en parallèle un rythme identique aux années précédentes des prestations sociales perçues. Cet effet sur le revenu a été compensé au quatrième trimestre par la diminution des prix à la consommation, elle-même liée à la baisse des prix du pétrole.

Le ralentissement de la consommation des ménages touche une large palette de produits. Dans le détail, on note une baisse de 0,6% pour les produits manufacturés, une baisse de 3,1% pour la consommation d'automobile. La consommation des produits agricoles et agroalimentaires stagne, en raison de leur forte progression en termes de prix. La consommation énergétique augmente légèrement, mais cela est davantage lié à des raisons climatiques. La consommation de services (marchands ou de services) a été fortement impactée. De manière générale, la hausse de l'inflation a contribué au ralentissement du pouvoir d'achat et de la consommation.

Lexique

Bulle

Une bulle spéculative est un pic dans la valeur des actifs dans un secteur, une matière première ou une classe d'actif. Une bulle spéculative est généralement causée par des anticipations exagérément optimistes sur la croissance, l'évolution des prix ou sur d'autres événements qui pourraient provoquer une augmentation de la valeur des actifs. Ces anticipations font alors grimper les volumes de transactions et attirent de plus en plus d'acheteurs sur le marché, ce qui accélère la hausse du prix des actifs, jusqu'à atteindre des niveaux très supérieurs à leur valeur intrinsèque. La bulle n'en devient réellement une que lorsque les prix rechutent violemment quand les investisseurs vendent tous leurs actifs, souvent à tout prix, dans la panique.

Désinflation

La désinflation est le ralentissement de la hausse des prix : le taux d'inflation baisse tout en restant strictement positif.

Inflation

L'inflation se traduit par une augmentation générale et durable des prix. Elle doit être distinguée de l'augmentation du coût de la vie. La perte de valeur des unités de monnaie est un phénomène qui frappe l'économie nationale dans son ensemble, sans discrimination entre les catégories d'agents. Pour évaluer le taux d'inflation, on utilise l'indice des prix à la consommation (IPC). Cette mesure n'est pas complète, le phénomène inflationniste couvrant un champ plus large que celui de la consommation des ménages.

Récession

La récession désigne une période de fléchissement de l'activité économique. Une très brève période de ralentissement n'est pas considérée comme une récession. La plupart des commentateurs et des analystes parlent de récession dès lors qu'un pays enregistre deux trimestres consécutifs de contraction de son PIB réel (corrigé de l'inflation) - la valeur totale des biens et services qu'un pays produit.

Subprime

Le « subprime » désigne un crédit à risque, détenu par un emprunteur qui n'offre pas les garanties suffisantes pour bénéficier d'un taux d'intérêt au prix du marché. Les établissements financiers prêteurs consentent ainsi des crédits à des taux variables et de niveau élevé. Ces conditions d'octroi font peser un risque de solvabilité sur les emprunteurs. Ce type de crédit hypothécaire est apparu aux États-Unis. Le crédit immobilier est ainsi gagé sur le logement de l'emprunteur.

Titrisation

La titrisation est une technique financière qui transforme des actifs peu liquides, c'est-à-dire pour lequel il n'y a pas véritablement de marché, en valeurs mobilières facilement négociables comme des obligations. Chaque investisseur acquiert en quelque sorte une fraction du portefeuille d'actifs titrisés, sur la base des flux financiers futurs des actifs, qui garantissent le remboursement des obligations.

Annexe 2 : Calcul du taux de chômage

Comment l'INSEE calcule-t-il le taux de chômage ?

Chaque trimestre, en France métropolitaine, l'INSEE estime le taux de chômage par région et département, ainsi que par zone d'emploi.

Numérateur et dénominateur du taux de chômage ne sont pas directement observés : ces grandeurs font donc l'objet d'estimations.

Au numérateur du taux de chômage figure l'estimation du nombre de chômeurs, en moyenne trimestrielle (données CVS) ; au dénominateur, la population active, en moyenne trimestrielle, estimée au lieu de résidence (actifs ayant un emploi et chômeurs). La population active au lieu de résidence est obtenue en additionnant d'une part l'emploi mesuré au lieu de résidence, d'autre part les chômeurs (calculés au numérateur).

Pour évaluer le chômage localisé par zone d'emploi, la méthode consiste à répartir, entre les zones ou fractions de zones d'emploi, le nombre de chômeurs brut retenu au numérateur du taux de chômage national. Cette ventilation se fait au prorata des demandes d'emploi en fin de mois (DEFM) de catégories A, calculées en moyenne sur le trimestre (source : pôle Emploi, DARES, Statistiques du marché du travail). Elle est réalisée séparément pour les hommes et pour les femmes, et selon trois tranches d'âges (24 ans ou moins ; 25-49 ans ; 50 ans ou plus). Les données sont ensuite corrigées des fluctuations saisonnières propres à chaque zone d'emploi et calées sur les nombres de chômeurs CVS des zones, départementales ou régionales, englobantes.

L'emploi localisé par zone d'emploi au lieu de résidence fait l'objet d'une estimation qui incorpore des informations issues :

- des estimations trimestrielles d'emploi localisées ;
- des estimations annuelles d'emploi au lieu de travail par zone d'emploi provenant d'Estel ;
- du recensement de la population.

L'emploi au lieu de résidence par zone d'emploi est estimé en moyenne trimestriellement et calé sur l'emploi CVS des zones, départementales ou régionales, englobantes.

Dans les DOM, des estimations de taux de chômage sont fournies une fois par an (au deuxième trimestre de chaque année jusqu'en 2013 ; en moyenne annuelle à partir de 2014). La méthode d'estimation utilisée pour la métropole est adaptée à cette périodicité spécifique des DOM.

Source : site de l'INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=chomage-zone-2010

Annexe 3 : Les zones d'emploi

Les zones d'emploi

Une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent, et dans lequel les établissements peuvent trouver l'essentiel de la main d'œuvre nécessaire pour occuper les emplois offerts.

Le découpage en zones d'emploi constitue une partition du territoire adaptée aux études locales sur le marché du travail. Le zonage définit aussi des territoires pertinents pour les diagnostics locaux et peut guider la délimitation de territoires pour la mise en œuvre des politiques territoriales initiées par les pouvoirs publics ou les acteurs locaux. Ce zonage est défini à la fois pour la France métropolitaine et les DOM.

Le découpage actualisé se fonde sur les flux de déplacement domicile-travail des actifs observés lors du recensement de 2006. La liste des communes est celle donnée par le Code Officiel Géographique (COG).

Source : site de l'INSEE : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/zone-emploi.htm>

Annexe 4 : Le secret statistique

Les règles pour les informations statistiques

Pour les particuliers, interdiction de publier des données qui permettraient une identification indirecte des répondants et de leur réponse, concept appelé « impossibilité d'identification ». Ces règles limitent la finesse des informations au niveau de la diffusion. Des règles très strictes sont fixées spécifiquement pour les recensements. Pour les enquêtes par sondage auprès des ménages, l'identification au travers de résultats est le plus souvent impossible, et ne donne pas lieu à l'édiction de règles particulières.

Pour les entreprises, on ne publie aucun résultat qui concerne moins de trois entreprises, ni aucune donnée pour laquelle une seule entreprise représente 85% ou plus de la valeur obtenue. Cependant, il est admis que la diffusion de listes extraites du répertoire des entreprises ou des établissements peut mentionner l'activité économique, une classe d'effectifs et une tranche de chiffres d'affaires.

Source : site de l'INSEE : <http://www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/default.asp?page=statistique-publique/secret-statistique.htm>

Annexe 5 : Organismes rencontrés

Vous trouverez ci-dessous une description succincte des organismes rencontrés, extraits de leurs sites Internet.

1 - LA BANQUE DE FRANCE

Missions et activités de la Banque de France

Banque centrale, la Banque de France mène, dans le cadre de l'Eurosystème, des actions de politique monétaire. Ces actions garantissent le pouvoir d'achat de l'euro.

Institut d'émission, la Banque de France produit une partie des billets en euros. Elle garantit la qualité des billets et des pièces utilisés en France.

Superviseur financier, la Banque de France surveille, pour le compte de l'Autorité de contrôle prudentiel, les établissements de crédit, les entreprises d'assurance et les mutuelles afin de protéger les clients et les assurés, et de garantir la stabilité financière.

Institution de la République, la Banque de France rend des services qui contribuent à l'équilibre des relations entre les acteurs économiques : médiation du crédit, traitement du surendettement des particuliers, gestion de fichiers de renseignements.

La Banque de France, garant de la stabilité monétaire. Formé par la Banque Centrale Européenne (BCE) et les banques centrales nationales des pays ayant adopté l'euro, l'Eurosystème est l'autorité monétaire de la zone euro. Son objectif principal est de maintenir la stabilité des prix pour le bien commun. La Banque de France en est un acteur majeur. Elle met en œuvre en France la politique monétaire décidée par le Conseil des gouverneurs de la BCE, où siège le gouverneur de la Banque de France. Elle produit les études et statistiques nécessaires pour définir cette politique. Elle apporte aux banques françaises, contre garanties, la trésorerie dont elles ont besoin.

La Banque de France, garant de la stabilité financière Présidée par le gouverneur de la Banque de France, l'Autorité de contrôle prudentiel vérifie que les établissements de crédit, les entreprises d'assurance et les mutuelles respectent les règles de prudence. Elle s'appuie sur l'examen périodique de leurs documents comptables et sur des contrôles sur place. Elle peut prononcer des sanctions à leur encontre. La Banque de France analyse aussi les mutations de la sphère financière, en évalue les risques et propose des adaptations de la réglementation. Elle surveille les systèmes de paiements de montant élevé et de règlement-livraison de titres.

La Banque de France, garant de la sécurité des moyens de paiement. La Banque de France veille au bon fonctionnement des paiements par chèques, cartes et monnaie électronique. Pour assurer la qualité de la monnaie fiduciaire sur tout le territoire national, ses caisses trient et remettent en circulation plusieurs milliards de billets par an. La Banque de France figure parmi les plus importants fabricants de billets en euros. Elle produit une partie des billets les plus courants, ceux de 5 €, 10 € et 20 €. Elle participe aux travaux européens de création de la future gamme de billets en euros.

La Banque de France, acteur international

Elle apporte son expertise dans de nombreuses instances européennes et internationales chargées de la régulation et de la stabilité financière. Elle développe des analyses, des études et des programmes de recherche qui assoient son audience dans les milieux académiques. Elle participe à la création et à la gestion des grandes infrastructures techniques de l'Eurosystème.

La Banque de France au service des entreprises

Le réseau de la Banque de France comporte une succursale par département, qui évalue la solidité financière des entreprises : la note qu'elle attribue, appelée cotation, est un indicateur précieux pour les entreprises, les banques et l'Autorité de contrôle prudentiel. Les succursales suivent tous les mois l'évolution de la conjoncture, grâce à des contacts directs avec des milliers de chefs d'entreprise. Elles fournissent aux entreprises et aux collectivités territoriales des diagnostics économiques et financiers, et sont les relais départementaux du médiateur national du crédit.

La Banque de France au service des particuliers

Elle traite les situations de surendettement des particuliers. Elle intervient auprès des banques pour permettre à ceux qui en sont privés de disposer d'un compte bancaire. Pour améliorer la qualité des relations entre les banques et leurs clients, la Banque de France gère plusieurs fichiers de renseignements : Fichier central des chèques, Fichier national des chèques irréguliers, Fichier des incidents de remboursement des crédits aux particuliers. Les banques alimentent ces fichiers ; la Banque de France peut vous dire si vous y êtes inscrit.

La Banque de France, gardien des réserves de change de la France La Banque de France conserve et gère les réserves en or et en devises de la France.

La Banque de France, institution écoresponsable

La Banque de France est engagée dans une stratégie de développement durable qui couvre les trois piliers environnemental, social et économique. Cette stratégie fait de la Banque de France une entreprise responsable. En particulier, le label Égalité récompense son engagement en faveur de l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

Huit valeurs guident l'action de la Banque de France et celle de tous ses agents au quotidien.

La Banque de France se situe à Paris.

Source : <https://www.banque-france.fr/la-banque-de-france/missions/missions-et-activites-de-la-banque-de-france.html>

2 - CARSAT

La **Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail** mène 3 grandes missions :

- La préparation et le paiement de la retraite des salariés du régime général
- La prévention et la tarification des risques professionnels
- L'aide et l'accompagnement des assurés en difficulté

À ce titre, elle est l'interlocuteur privilégié des salariés et des entreprises tout au long de la vie professionnelle, et au moment de la retraite.

La Carsat Nord-Picardie prépare et paie la retraite par répartition

Elle suit la carrière des assurés et gère leur compte, elle informe les salariés par l'envoi régulier de relevés de compte individuels, elle met à leur disposition, sur Internet, des services en ligne, notamment pour estimer le montant de leur retraite, etc.

Grâce à son réseau de proximité d'agences retraite, elle accueille les futurs retraités et leur facilite les démarches de demande de retraite.

Elle intervient également dans les entreprises en organisant des actions d'information auprès des salariés.

Enfin, elle calcule les retraites et en assure le paiement régulier chaque mois.

La Carsat Nord-Picardie accompagne les assurés fragilisés par un problème de santé ou de perte d'autonomie

Elle apporte un accompagnement social aux assurés et leurs ayants droit touchés par la maladie, l'accident, le handicap, et leur facilite l'accès aux soins.

Elle les aide à prévenir le risque de désinsertion professionnelle, en menant des actions de détection précoce, et en développant des offres de services pour favoriser la reprise du travail.

Pour les retraités, la Carsat contribue au maintien à domicile et prévient la perte d'autonomie. Ainsi, elle met en place des dispositifs qui favorisent le retour au domicile après une hospitalisation, ou elle met en œuvre des plans d'action personnalisés qui prennent en compte les besoins du retraité (aide à domicile, portage de repas, aide à l'adaptation du logement). Elle participe à l'amélioration des lieux de vie collectifs, à travers des subventions ou des prêts.

La Carsat Nord-Picardie prévient les risques professionnels et assure la santé et la sécurité au travail

Elle prévient les risques professionnels en engageant les entreprises dans la prévention, par des interventions directes sur les lieux de travail, par des actions collectives auprès des branches professionnelles, par la conception de dispositifs d'évaluation et de prévention, par une offre de formation.

Elle cible les risques majeurs et guette l'émergence de nouveaux risques.

Elle fixe le taux de cotisation des accidents du travail et des maladies professionnelles et le notifie aux entreprises.

La Carsat Nord-Picardie se situe à Villeneuve-d'Ascq.

Source : https://www.carsat-nordpicardie.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=21

3 - C2RP

C2RP (Centre Régional de Ressources Pédagogiques et de développement de la qualité de la formation), Carif-Oref du Nord - Pas-de-Calais, partenaire des acteurs de l'orientation, de la formation et de l'emploi

Créé en 1997, le C2RP CARIF-OREF, Centre d'Animation de Ressources et d'Information sur la Formation (CARIF) et Observatoire Régional Emploi Formation (OREF) est un groupement d'Intérêt Public (GIP) à durée indéterminée.

Sa vocation est d'accompagner l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines de l'orientation, de la formation et de l'emploi. Il est au service des acteurs du quadripartisme (État, Région, Partenaires Sociaux) et des professionnels.

Son action s'inscrit dans les orientations du contrat de Plan État-Région 2015-2020 (CPER). Présidé alternativement par l'État et la Région, qui en sont les principaux financeurs. Le Fonds social européen ainsi que d'autres institutions cofinance certaines de ses actions.

Le C2RP est constitué d'une équipe de 50 personnes. Une nouvelle identité visuelle pour le C2RP

OBSERVER

Contribuant à l'aide à la décision des institutions et des Partenaires Sociaux, le C2RP en partenariat avec le réseau Oref exploite des données consacrées à la relation emploi – formation. Il réalise des enquêtes d'insertion, des tableaux de bord thématiques et sectoriels, mais aussi des travaux de prospection et d'évaluation. Il produit une veille stratégique et diffuse une revue de presse hebdomadaire d'articles régionaux et nationaux par abonnement.

Retrouvez toutes informations sur www.oref-c2rp.fr

Un espace documentaire dédié aux professionnels est ouvert les mardis et jeudis.

PROFESSIONNALISER

Le C2RP propose une offre de services d'animation et de professionnalisation vers les acteurs de l'orientation, de la formation et de l'emploi. Il s'agit de favoriser les approches partenariales, de mutualiser les pratiques, d'acquérir de nouvelles compétences et d'améliorer la qualité des activités des organismes de la région.

INFORMER

Le C2RP diffuse une information sur les métiers, les dispositifs et aides financières auprès des professionnels de l'orientation par des outils en ligne disponibles sur le site du C2RP, dont un annuaire et une FAQ.

Offre de formation : Le C2RP rend visible l'offre de formation en Nord – Pas-de-Calais pour les salariés et les demandeurs d'emploi, en partenariat notamment avec l'Onisep et l'Université Numérique Régionale. Ainsi les formations (initiale, en apprentissage et continue) sont disponibles sur « Formations/Sofia ». Le C2RP alimente les bases de l'offre de formation nationale et est « tiers de confiance » pour la Coparef dans la saisie des listes éligibles au CPF – Compte Personnel de Formation.

Les organismes de formation accèdent à leurs données sur www.sofia.c2rp.fr/saisie

Sessions d'information : Le C2RP conçoit des ressources et organise des sessions d'information au niveau régional et territorial. L'information diffusée répond aux enjeux d'orientation et de sécurisation des parcours professionnels tout au long de la vie.

Par ailleurs, le C2RP, Carif-Oref Nord – Pas-de-Calais apporte un appui technique au secrétariat permanent quadripartite du CREFOP (Comité Régional de l'Emploi, de la Formation et de l'Orientation Professionnelle) - instance de concertation régionale établie par la loi du 5 mars 2014. En qualité de Carif-Oref, le C2RP siège au comité plénier du CREFOP Nord – Pas-de-Calais.

Le C2RP intervient auprès de publics spécifiques en s'appuyant sur des conventions et des modes de financement spécifiques pour l'accompagnement des porteurs de projets FSE et IEJ, pour l'animation régionale des Missions Locales, Handi-pacte59/62 Fonction publique et les Services à la Personne.

Le C2RP se situe à Lille.

Source : <http://www.c2rp.fr/pro/intro-theme.php?theme=100>

4 - CCI

Le réseau des CCI Nord de France (Chambre de Commerce et d'Industrie)

Les CCI Nord de France

Le réseau consulaire Nord-Pas-de-Calais s'articule autour d'une CCI de région à laquelle sont rattachées 4 CCI territoriales.

Les missions d'une CCI

En qualité de corps intermédiaire de l'État ayant à sa tête des chefs d'entreprises élus par leurs pairs, une CCI, établissement public, a une fonction de représentation des intérêts de l'industrie, du commerce et des services auprès des pouvoirs publics. Elle contribue au développement économique, à l'attractivité et à l'aménagement de son territoire ainsi qu'au soutien des entreprises.

Une CCI sert notamment à :

Accompagner, mettre en relation et conseiller les créateurs et repreneurs d'entreprises.

- Conseiller en formalités

Concrètement en 2013 sur la région Nord-Pas-de-Calais :

- 11000 porteurs de projet conseillés
- plus de 4600 projets accompagnés jusqu'à leur finalisation
- 2 000 chefs d'entreprise accompagnés dans leur démarche de transmission

- Accompagner et conseiller individuellement les entreprises de toutes tailles sur divers leviers de croissance : développement à l'international, innovation, RSE, QSE, financement, TIC, ...

- Accompagner et mettre en relations les entreprises pour favoriser le business: participation à des salons, conférences, ateliers, réseaux d'entrepreneurs, clubs métiers, groupements d'entreprises...

Concrètement en 2013 sur la région Nord-Pas-de-Calais :

- 4400 entreprises visitées par des conseillers et 1500 projets soutenus

À l'international :

- 3000 prestations pour le développement à l'international de 1100 entreprises du Nord-Pas-de-Calais
- Près de 400 entreprises accompagnées directement sur 39 missions de prospection et 19 salons internationaux

salons internationaux

- 50 journées d'informations et 39 missions collectives de prospection à l'étranger
- 1100 répondants à l'enquête annuelle qui enrichit les données de l'Observatoire Régional des Échanges Internationaux (OREI)

- Développer les compétences, notamment grâce aux établissements publics ou privés d'enseignement qu'elle crée, gère ou finance.

- Favoriser ou participer au rapprochement École Entreprise

Concrètement en 2013 sur la région Nord-Pas-de-Calais :

- 23 écoles et centres de formation
- 2300 apprentis formés par an du Cap à l'ingénieur

- 18 millions de taxes d'apprentissage collectées et versées à 1047 écoles du Nord-Pas-de-Calais
- Développer les territoires en créant et gérant des équipements, en particulier portuaires ou aéroportuaires.
- Accueillir des investisseurs et aider à l'implantation (directement ou par le biais d'agences de développement économique)
- Réaliser des missions d'expertise, de consultation, ou toute étude demandée par les pouvoirs publics sur une question relevant de l'industrie, du commerce, des services, du développement économique, de la formation professionnelle ou de l'aménagement du territoire.
Concrètement en 2013 sur la région Nord-Pas-de-Calais :
 - 8 ports maritimes et intérieurs, 2 aéroports
 - Des savoir-faire opérationnels :
opérateur foncier, aménageur, constructeur, bailleur et gestionnaire d'équipements
 - De multiples parcs et zones d'activités

L'organisation

Une nouvelle organisation

Les CCI de région

Elles exercent dorénavant l'ensemble des missions du réseau des CCI.

À ce titre, elles sont consultées par le Conseil régional pour tout dispositif d'assistance aux entreprises dont la région envisage la création. Elles sont associées à l'élaboration du schéma régional d'aménagement et de développement du territoire. Elles sont associées à l'élaboration des schémas de cohérence territoriale lorsqu'ils excèdent la circonscription d'une CCI territoriale. Elles encadrent et soutiennent les activités des CCI territoriales.

Les CCI territoriales

Elles exercent toute mission de service auprès des entreprises de leur circonscription dans le cadre des orientations données par la CCI de région à laquelle elles sont rattachées.

La CCI Nord de France se situe à Lille.

Source : <http://www.grand-lille.cci.fr/ci-mode-demploi/la-cci-de-region-nord-de-france/>

5 - DIRECCTE

La **Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi** (DIRECCTE) est un service de l'État placé auprès du préfet de région Nord - Pas-de-Calais Picardie.

Les missions de la DIRECCTE

La DIRECCTE a pour missions de favoriser le développement des entreprises et de l'emploi, améliorer la qualité du travail et des relations sociales, assurer la loyauté des marchés et la sécurité des consommateurs, elle :

- assure le respect de la réglementation du travail, concourt à l'amélioration de la qualité du travail et des relations sociales et anime le dialogue social dans les entreprises et les branches ou secteurs professionnels (Pôle Politique du Travail) ;
- accompagne les entreprises et les filières dans leur développement économique, développe la qualification des salariés et améliore l'accès et le retour à l'emploi (Pôle Entreprises, Emploi, Économie) ;
- veille au respect des réglementations de la concurrence, de la consommation, de la répression des fraudes et de la métrologie légale (Pôle Concurrence, Consommation, Répression des fraudes et Métrologie légale).

L'organisation de la DIRECCTE

Le pilotage régional de la DIRECCTE s'organise autour de trois pôles :

- Pôle 3E (Économie, Entreprises, Emploi) ;
- Pôle T (Politiques du Travail) ;
- Pôle C (Concurrence, Consommation, Répression des fraudes et Métrologie légale).

La DIRECCTE du Nord - Pas-de-Calais Picardie s'appuie sur ses unités départementales (UD) : UD Aisne, UD Nord - Lille, UD Nord - Valenciennes, UD Oise, UD Pas-de-Calais et UD Somme. Ces services mènent sur le terrain des actions de proximité ciblées au plus près des acteurs : entreprises, salariés, partenaires sociaux et territoriaux, demandeurs d'emploi, branches et filières professionnelles...

Le siège de la DIRECCTE Nord - Pas-de-Calais Picardie se situe à Lille

Source : <http://nord-pas-de-calais-picardie.direccte.gouv.fr/La-DIRECCTE-Nord-Pas-de-Calais-Picardie>

6 - F2RSM

L'ensemble des établissements sanitaires du Nord - Pas-de-Calais ayant une activité en psychiatrie se sont associés afin de promouvoir et valoriser la recherche en santé mentale. 34 établissements en charge de la santé mentale de la population du Nord - Pas-de-Calais adhèrent à la **Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale Nord - Pas-de-Calais** (F2RSM).

La F2RSM vise l'amélioration de la qualité de l'offre de soins en santé mentale grâce à la promotion et à la valorisation :

- Un Observatoire pour mieux connaître notre territoire : la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais : données et état des lieux ;
- Aide méthodologique ;
- Partage des pratiques, améliorer ensemble l'offre de soins ;
- Valoriser les travaux de recherche en santé mentale de la région Nord - Pas-de-Calais.

La F2RSM est un groupement d'intérêt public (Gip) régi par un conseil d'administration et un conseil scientifique.

La F2RSM entretient des collaborations permettant de valoriser la recherche en santé mentale du Nord - Pas-de-Calais.

La F2RSM Nord-Picardie se situe à Villeneuve-d'Ascq.

Source : <http://www.santementale5962.com/>

7 - INSEE

L'**Institut National de la Statistique et des Études Économiques** est une direction générale du ministère de l'Économie et des Finances. Il a pour mission de collecter, analyser et diffuser des informations sur l'économie et la société française sur l'ensemble de son territoire.

Il conduit ses travaux en toute indépendance professionnelle.

Pour mener à bien ses missions, il mobilise des compétences variées et recrute chaque année pour de nombreux métiers des fonctionnaires et des contractuels.

L'INSEE a été créé par la loi de finances du 27 avril 1946. C'est une direction générale du ministère de l'Économie et des finances implantée dans l'ensemble du territoire français.

Son indépendance professionnelle est inscrite dans le droit : la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008 a créé l'Autorité de la statistique publique, qui doit veiller au respect du principe d'indépendance professionnelle dans la conception, la production et la diffusion des statistiques publiques.

L'organisation territoriale de l'INSEE

Les moyens de l'INSEE sont répartis entre la direction générale, située à Paris et dans le nouveau Centre statistique de Metz, les directions régionales, les centres et services nationaux informatiques. En Outremer, les directions régionales prennent la forme de directions interrégionales secondées par des services régionaux.

La direction générale située à Paris définit les travaux statistiques et économiques. Elle partage leur réalisation entre elles-mêmes, les directions régionales, les centres et services nationaux informatiques. Elle coordonne le service statistique public et gère les moyens humains, financiers et informatiques de l'Institut.

Ouvert en 2011, le Centre statistique de Metz prend en charge des fonctions relatives à trois domaines : la gestion des ressources humaines, la production informatique et les statistiques sociales et locales.

Organigramme de la direction générale

Un réseau de directions régionales

Les directions régionales collectent la plupart des données statistiques et effectuent une part importante de leur traitement. Se tenant au contact des acteurs locaux, elles réalisent des études et diffusent de l'information économique et sociale dans leur région. Leurs principaux interlocuteurs sont les services déconcentrés de l'État et les collectivités territoriales.

Elles occupent une position privilégiée pour appréhender les besoins des acteurs locaux et les satisfaire.

Décrire et analyser les régions et les territoires

Les directions régionales de l'INSEE accompagnent et informent les acteurs publics de la région par des conseils personnalisés et des présentations du site Insee.fr. Elles réalisent des études de portée générale à l'échelon infranational. Elles travaillent également en partenariat avec les services de l'État, les collectivités territoriales, les organismes d'études et les chercheurs afin de répondre à des problématiques locales d'intérêt général : diagnostics territoriaux, études prospectives en particulier.

Ces études s'appuient le plus souvent sur des méthodes et des outils mutualisés au niveau national, assurant ainsi la comparabilité des analyses d'une région à une autre.

Les activités de l'INSEE

L'INSEE collecte, produit, analyse et diffuse des informations statistiques sur l'économie, la société et les territoires français.

Principales activités

- Établir des diagnostics conjoncturels : chômage, croissance, prix
- Connaître le système productif
- Observer l'évolution de la société
- Réaliser le recensement de la population
- Décrire et analyser les régions et les territoires
- Gérer des grands répertoires : Sirene et BRPP
- Diffuser ses études et ses statistiques
- Perfectionner ses méthodes et évaluer la qualité

Ces informations intéressent les pouvoirs publics, les administrations, les collectivités territoriales, les partenaires sociaux, les entreprises, les médias, les chercheurs, les enseignants, les étudiants et les particuliers. Elles leur permettent d'enrichir leurs connaissances, d'effectuer des études, de faire des prévisions et de prendre des décisions. Pour satisfaire ses utilisateurs, l'INSEE est à l'écoute de leurs besoins et oriente ses travaux en conséquence.

L'INSEE se situe à Lille.

Source : <http://www.insee.fr/fr/default.asp>

8 - ISTNF

L'**Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF)**, association loi 1901, accompagne les médecins du travail, équipes et services de santé au travail, entreprises et partenaires institutionnels du Nord - Pas-de-Calais et de Picardie dans une perspective de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail.

L'ISTNF, au service des médecins, équipes et structures de santé au travail du Nord – Pas-de-Calais et de Picardie, défend l'idée que la santé-travail doit contribuer à réduire les inégalités liées à l'impact du travail sur la santé au sein de la population.

Formation et événements

- Formation continue. Le dispositif de Formation continue porté par l'ISTNF s'appuie sur l'ingénierie de Pôle Santé Travail Métropole Nord, pour le volet formation des équipes santé travail, et sur le Service Social du travail de la Région Nord, pour le volet formations validantes des infirmiers et nouveaux métiers. Une collaboration avec l'Université de Lille 2 existe autour de la formation des infirmiers de santé au travail (Licence santé-travail).
- Journées d'études. L'ISTNF organise régulièrement des séminaires, des journées d'études et des colloques destinés aux professionnels de santé au travail des régions Nord - Pas-de-Calais et Picardie autour de sujets émergents repérés par les groupes de travail régionaux, ou sur des sujets cliniques destinés à rassembler experts, praticiens et professionnels de terrain et à enrichir pratique et savoir-faire, à l'exemple des Journées Marcel Marchand.

Animation et ingénierie

Groupes de travail thématiques

L'ISTNF anime plusieurs groupes de travail en région : Addictions et entreprise élabore des outils d'information, communique et intervient à la demande des acteurs de santé-travail ; Santé-Travail-Maintien dans l'Emploi (STME) travaille à l'amélioration des pratiques et des coopérations entre professionnels de prévention dans le domaine du maintien dans l'emploi. Des groupes de travail sont constitués également autour de sujets émergents, comme les risques psychosociaux ou la nutrition, et autour de publics ciblés, comme les centres de formations d'apprentis ou les très petites entreprises.

Outils et synthèses

Les acteurs de santé au travail sollicitent l'ISTNF pour les aider à écrire leurs projets, à élaborer les plans d'action, à envisager les moyens à mettre en œuvre et à évaluer leurs actions. Associant le travail de chargés de documentation et l'expertise de médecins hospitalo-universitaires, l'ISTNF organise des dossiers thématiques sur des risques émergents. En coopération étroite avec les équipes de santé au travail et l'inspection médicale du travail, il réalise des supports de prévention, des plaquettes d'information, des guides et divers outils de sensibilisation sur des sujets de santé au travail.

Information et dossiers

- La plate-forme istnf.fr, site d'information et d'échange pour les professionnels de santé-travail, met à la disposition informations et savoir-faire à destination des acteurs de santé au travail et de l'ensemble des organismes chargés de la prévention des risques professionnels dans le Nord – Pas-de-Calais – Picardie. Le site istnf.fr met en avant les thématiques Addictions, Maintien dans l'emploi et Nutrition.
- La base de données kalipso.fr rassemble près de 5000 articles d'actualité et articles archivés destinés aux professionnels de santé au travail des régions Nord – Pas-de-Calais – Picardie adhérents à l'ISTNF et aux membres des groupes de travail animés par l'ISTNF, pour tout savoir sur les évolutions de la santé au travail, recouper des informations, constituer des dossiers, classer des arrêts, répertorier des textes législatifs ou réglementaires sur des sujets émergents.

Conseil et indicateurs

Centre téléphonique régional

Le Centre téléphonique régional d'aide et d'orientation « Santé Emploi Info Service » est destiné aux personnes rencontrant des difficultés socio-professionnelles du fait d'une maladie chronique ou d'un handicap. Le centre est basé à l'unité de pathologie professionnelle du CHRU. Des infirmières répondent aux demandes par téléphone 03 20 44 55 55, tous les jours de la semaine. L'ISTNF assure la gestion et la coordination de ce projet qui repose sur une dynamique de réseau, entretenue dans le domaine du maintien dans l'emploi.

Indicateurs régionaux

- Le dispositif Evrest (Évolution et relations en santé au travail), élaboré en 2007 par l'Université de Lille 2, les services de santé au travail et l'inspection médicale du travail, avec l'appui de l'ISTNF, fournit des indicateurs sur différents aspects du travail et de la santé des salariés.
- L'ISTNF développe, dans le cadre de l'animation du réseau STME, un suivi d'indicateurs collectifs sur les inaptitudes et le maintien dans l'emploi avec l'appui des services de santé au travail, de l'Université Lille 2, de l'inspection médicale du travail et de l'ISTNF.

L'ISTNF se situe à Loos.

Source : <http://istnf.fr/dossier-46-0-0-0-0.html#menu>

9 - PÔLE EMPLOI

Une convention pluriannuelle d'objectifs et de gestion, conclue entre l'État, l'Unédic (Union Nationale pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce) et Pôle emploi, définit les objectifs assignés à Pôle emploi au regard de la situation de l'emploi et des moyens prévisionnels qui lui sont alloués par l'Unédic et l'État.

La gouvernance tripartite de Pôle emploi prend vie au travers du Conseil d'administration, du comité d'audit et des comptes et du comité stratégique et d'évaluation, confiés l'un et l'autre à chacun des vices présidents du Conseil d'administration.

Au niveau national

La gouvernance est assise sur un Conseil d'administration et une Direction générale.

Le Conseil d'administration est composé de 19 membres nommés, pour 3 ans renouvelables par arrêté du ministre chargé de l'emploi. Il comprend :

- Cinq représentants de l'État,
- Cinq représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au niveau national (CFDT, CFE/CGC, CFTC, CGT et CGT/FO),
 - Cinq représentants des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel (CGPME, MEDEF et UPA),
- Deux personnalités qualifiées désignées par le ministre chargé de l'emploi,
- Deux représentants des collectivités territoriales
- Un contrôleur général économique et financier

Le Directeur général exerce la direction de cet établissement public doté de la personnalité morale dans le cadre des orientations définies par le Conseil d'administration.

Au niveau régional

Chaque région administrative est dotée d'une direction régionale considérée comme un établissement. Pôle emploi comprend 17 directions régionales. Dans chaque région, le directeur régional de Pôle emploi signe avec le Préfet une convention visant à programmer les interventions de Pôle emploi au regard de la situation locale de l'emploi et du marché du travail, à préciser les conditions de sa participation et de l'évaluation de son action ainsi qu'à définir les conditions de sa coopération avec les maisons de l'emploi, les missions locales et les partenaires locaux.

Nos missions

Dans le cadre de sa mission de service public, Pôle emploi s'engage à garantir l'accompagnement des demandeurs d'emploi dans leur recherche d'emploi et à répondre aux besoins de recrutement des entreprises.

- Prospecter le marché du travail, développer une expertise sur l'évolution des emplois et des qualifications, procéder à la collecte des offres d'emploi, aider et conseiller les entreprises dans leur recrutement, assurer la mise en relation entre les offres et les demandes d'emploi et participer activement à la lutte contre les discriminations à l'embauche et pour l'égalité professionnelle.
- Accueillir, informer, orienter et accompagner les personnes, qu'elles disposent ou non d'un emploi, à la recherche d'un emploi, d'une formation ou d'un conseil professionnel, faciliter leur mobilité géographique et professionnelle et participer aux parcours d'insertion sociale et professionnelle.

- Procéder aux inscriptions sur la liste des demandeurs d'emploi, tenir celle-ci à jour, assurer le contrôle de la recherche d'emploi.
- Indemniser pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et pour le compte de l'État.
- Recueillir, traiter, diffuser et mettre à disposition les données relatives au marché du travail et à l'indemnisation des demandeurs d'emploi.
- Mettre en œuvre toutes les autres actions confiées par l'État, les collectivités territoriales et l'Unédic en relation avec sa mission.

La Direction régionale de Pôle emploi se situe à Villeneuve-d'Ascq.

Source : <http://www.pole-emploi.org/poleemploi/a-propos-de-pole-emploi-@/13820/view-category-17707.html>

10 - SFMU Collège Régional de Médecine d'Urgence (COMU) du Nord - Pas-de-Calais

Objectifs et missions de la **Société Française de Médecine d'Urgence**

La **SFMU** est une société scientifique francophone. Elle est au service des acteurs de l'urgence et des patients qui ont recours à eux. C'est une société encore jeune, en pleine croissance comme la Médecine d'Urgence elle-même,

Le projet de la SFMU est :

- le rassemblement de tous les acteurs francophones en Soins et Médecine d'Urgence, tout en gardant la spécificité de chaque champ d'intervention,
- la promotion de la Médecine et des Soins d'Urgence, l'unicité de leur exercice et de leur enseignement pour qu'ils ne soient plus partagés entre plusieurs disciplines qui les revendiquent pour elles-mêmes et pour ce qui les concerne, et non pas pour assurer une prise en charge globale du patient aigu. Elle est une société transversale reposant sur ses propres acquis et ceux de toutes les autres disciplines,
- la participation à la croissance exponentielle du corpus scientifique de la Médecine d'Urgence, en adhésion avec les standards internationaux. Elle assure une veille des progrès dans la prise en charge des urgences spécialisées, reposant sur des preuves scientifiques (evidence-based medicine),
- l'élaboration et l'appropriation par chacun des acteurs médicaux et non médicaux, de protocoles coordonnés et de recommandations professionnelles,
- d'initier, soutenir et accompagner toute action ayant pour objectif de reconnaître la Médecine d'Urgence comme une spécialité,
- la formation de base en Soins d'Urgence et en Médecine d'Urgence, en premier lieu au niveau des Facultés de Médecine et des Instituts de Formation en Soins Infirmiers, afin que tout soignant les quittant ait les compétences à la prise en charge initiale et immédiate des motifs de recours indifférenciés d'urgence,
- l'acquisition continue du savoir, du savoir-faire, du savoir-être et du savoir comment faire des médecins et infirmier(e)s urgentistes,
- la recherche clinique en Médecine d'Urgence dans le champ épidémiologique, organisationnel, des méthodes diagnostiques et thérapeutiques, de la décision d'orientation, de la qualité,
- d'initier toute recherche ayant pour objectif de promouvoir la prescription des thérapeutiques d'urgence pour raccourcir les délais d'intervention thérapeutique,
- d'initier et d'être partenaire de toute action d'évaluation : activité quantitative et qualitative, charge de travail, qualité du soin, audits externes,
- d'accompagner toute activité ou action favorisant la rencontre entre les acteurs francophones et européens de l'urgence,
- d'être en prise sur les besoins médico-sociaux des patients et de la société nés des nouveaux modes de vie, de l'évolution démographique et sociologique (contraintes professionnelles, migrations, personnes âgées, évolution de la médecine libérale et des structures hospitalières spécialisées...),
- de remplir une mission de Santé Publique. Les structures d'Urgence sont un observatoire de santé publique et ont le devoir de répondre à des besoins éducationnels.

Le COMU 5962 se situe à Lille.

Source : <http://www.sfmur.org/fr/la-sfmur/objectifs> / <http://www.comu5962.fr/>

11 - SYNDICATS

CFDT (Confédération Française Démocratique du Travail)

La CFDT Nord – Pas de Calais se compose de 80 Syndicats professionnels répartis sur la région (secteur privé et fonctions publiques) coordonnant l'action, les revendications, la négociation dans les entreprises et administrations d'un même secteur : salaires, conditions de travail, conventions collectives. La CFDT comptabilisait (au 31 décembre 2011) 65 116 adhérents actifs et retraités.

Nous sommes présents sur 4 territoires (ou unions territoriales interprofessionnelles) avec 19 points locaux, pour renseigner ses adhérents, les défendre et impulser des actions en faveur de l'emploi et la lutte contre les exclusions, la formation, la protection sociale, les évolutions du travail, l'animation du territoire...

L'Antenne locale Artois-Douais se situe à Lens.

Source : https://nord-pas-de-calais.cfdt.fr/portail/nord/nous-connaître/la-cfdt-dans-le-nord-pas-de-calais-rec_114226

URI CFDT

Les Unions Régionales Interprofessionnelles (URI) sont des structures CFDT (*Confédération française démocratique du travail*) de proximité.

Elles agissent sur le terrain pour résoudre les problèmes communs à une région, tant en matière d'emploi et de formation professionnelle que de lutte contre l'exclusion, de protection sociale ou d'amélioration des équipements collectifs.

Leurs missions

- coordonner l'action des syndicats qu'elle représente
- représenter la CFDT dans les institutions régionales : conseil économique, social, régional, Commissions Paritaires Interprofessionnelles Régionales de l'Emploi (COPIRE) ...
- mettre en œuvre des plans de formation syndicale à destination des syndicats
- siéger dans les instances de la confédération CFDT.

Au sein d'une région, les Unions départementales, Unions locales, ou Unions de pays sont des structures qui assurent la proximité : informations sur le droit du travail, soutien aux conflits, mise en commun de moyens pour les sections syndicales et les syndicats, défense juridique.

L'URI CFDT se situe à Lille.

Source : https://www.cfdt.fr/portail/nous-connaître/notre-fonctionnement/les-unions-regionales-interprofessionnelles-ou-la-cfdt-de-proximite-rec_100479

Récapitulatif des organismes

Organismes	Fonction des personnes enquêtées
Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Nord - Pas-de-Calais (DIRECCTE)	Responsable du Service des études, des méthodes et de l'appui statistique
	Service Santé et sécurité au travail
Fédération régionale de recherche en santé mentale du Nord-Pas-de-Calais (F2RSM)	Sociologue
Service assistance aux adhérents Fiben	Responsable du service aux adhérents
Observatoire des entreprises (Banque de France)	Responsable gestion fichier des défaillances d'entreprise
	Chef de Service de l'Observatoire des Entreprises
Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF)	Chargé de projet
	Président et Professeur de médecine
INSEE Nord - Pas-de-Calais Direction générale du travail	Chef adjoint du service études et diffusion de l'INSEE Nord - Pas-de-Calais
CARSAT Nord Picardie (anciennement CRAM Nord Picardie)	Chargée de missions Santé publique, gestion des risques et reporting
	Responsable de la cellule santé publique, gestion des risques et reporting
URI CFDT Nord - Pas-de-Calais	Secrétaire CFDT, Santé médico-social et interpro
Interpro CFDT Lens (Artois- Douaisis)	Secrétaire Général de la CFDT Artois-Douaisis
Représentant des salariés de la société Stora Enzo	Ancien représentant des salariés de la société Stora Enzo
SAMU, CHRU de Lille	Urgentiste, Président du Collège Régional de Médecine d'Urgence du Nord - Pas-de-Calais
Pôle emploi Direction Régionale de Pôle emploi	Responsable du service Statistiques, Etudes et Évaluations - Région Nord - Pas-de-Calais Picardie
Chambre de commerce et d'industrie de la région Nord de France CCI DE RÉGION NORD DE FRANCE	Directrice à la Direction Régionale des études
	Directeur adjoint à la Direction Régionale des études
C2RP, Carif-Oref, Centre d'Animation de Ressources et d'Information sur la Formation (CARIF) et Observatoire Régional Emploi Formation (OREF)	Chargée de mission du Pôle Observer

ISBN : 978-2-914512-75-6

Juin 2016

Rapport réalisé avec le soutien du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais



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

1 rue du Professeur Calmette

Campus Pasteur de Lille

59000 Lille

Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20

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

www.orsnpdc.org