

Moniteur 2003
des Programmes Régionaux de Santé Nord – Pas-de-Calais

Christophe Declercq
Sabine Brosh
Juan Cascalès
Olivier Lacoste
Samantha Lpez
Bilal Majed
Gilles Poirier
Hélène Prouvost
Marielle Rengot
Madiou Sampil

Ce document a été réalisé

par l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais.



À la demande

du Comité Régional des Politiques de Santé.

Le Comité Régional des Politiques de Santé est présidé par le Préfet de la région Nord - Pas-de-Calais.

Il comprend, outre son président :

- le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation ;
- le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord et du Pas-de-Calais ;
- le Recteur de l'Académie de Lille ;
- le Président du Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais ;
- les Présidents des Conseils Généraux du Nord et du Pas-de-Calais ;
- le Président de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie ;
- le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ;
- le Président de l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral ;
- le Délégué Régional du Fonds d'Action Sociale pour les Travailleurs Immigrés et leurs Familles ;
- les Sous-préfets à la ville des départements du Nord et du Pas-de-Calais ;
- le Président du Jury de la Conférence Régionale de Santé ;
- le Président de la Section Régionale de l'Union des Centres Communaux d'Action Sociale ;
- le Président de l'UNIFED ;
- le Secrétaire Général de la Fédération Régionale Consommation, Logement et Cadre de Vie ;
- le Directeur du Centre Régional de la Consommation ;
- le Président du Conseil Économique et Social Régional ;
- le Président de l'Association Régionale de la Fédération Nationale des Associations de Réadaptation Sociale ;
- le Président de l'Union Régionale Inter-Fédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux ;
- le Procureur Général auprès de la Cour d'Appel de Douai ;
- le Délégué Régional de la Fédération Hospitalière de France ;
- le Médecin Inspecteur Régional ;
- le Directeur Régional de la Jeunesse et des Sports ;
- les Présidents des Associations Départementales des Maires du Nord et du Pas-de-Calais.

Le secrétariat en est assuré par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Avec le soutien financier

- de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais ;
- de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ;
- du Conseil Général du Pas-de-Calais.

Avant-propos

Les Programmes Régionaux de Santé

L'idée des Programmes Régionaux de Santé est née après la publication en 1994 du rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la santé en France. Ce rapport faisait apparaître la persistance, malgré une amélioration globale de la santé en France, de taux élevés de mortalité et d'incapacités évitables, de disparités entre catégories sociales et entre territoires, et d'une prise en compte insuffisante de la qualité de vie des malades et des handicaps. D'autre part, il apparaissait que le système de soins ne pouvait pas, à lui seul, résoudre l'ensemble des problèmes de santé ; ce qui rendait indispensable la participation d'autres acteurs, en particulier les usagers, can-tonnés jusque-là dans un rôle le plus souvent passif. La région semblait être le bon niveau géographique pour adapter la politique nationale de santé à l'hétérogénéité des situations sanitaires, sociales, économiques et culturelles du territoire national.

L'ordonnance du 24 avril 1996 a institué les Conférences Régionales de Santé, en leur donnant mission d'établir les "priorités de Santé Publique de la région qui peuvent faire l'objet de Programmes" Régionaux de Santé. Dans le Nord - Pas-de-Calais, les 5 Programmes Régionaux de Santé reprennent les priorités de santé énoncées par la Conférence Régionale de Santé, les Assises Régionales de Santé et les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire :

- Santé des jeunes et des enfants (programme *Génération Santé*) ;
- Santé et précarité (programme *PRAPS*) ;
- Conduites de consommation à risque ;
- Cancers (programme *Challenge*) ;
- Santé cardiovasculaire.

Les Programmes Régionaux de Santé (PRS) reposent sur une approche à moyen terme (5 ans), globale (prévention, prise en charge et accompagnement), centrée sur la population, multipartenariale et centrée sur un territoire (niveau régional ou local). Ils sont élaborés par un groupe de programmation issu de l'assemblée générale, réunie par le préfet, et animé par un ou deux pilotes.

À la demande de la Conférence Régionale de Santé de 1999, un Programme Régional d'Action en Santé-Environnement (PRASE) a été élaboré selon le même modèle. Il a été présenté et approuvé par la Conférence Régionale de Santé en décembre 2001.

Le Comité Régional des Politiques de Santé est chargé d'une mission générale de concertation, de suivi et d'évaluation des propositions de la Conférence Régionale de Santé, de la mise en œuvre des Programmes Régionaux de Santé et des aspects régionaux des Programmes Nationaux de Santé. Dans le cadre de cette mission, le Comité Régional des Politiques de Santé a demandé à l'Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais de réaliser un outil de monitoring des Programmes Régionaux de Santé. En effet, dans le contexte de l'élaboration et de la mise en œuvre des Programmes Régionaux de Santé, il est apparu nécessaire de disposer d'un outil permettant aux différents partenaires de mieux saisir les enjeux de la démarche entreprise.

Au-delà des outils de suivi et d'évaluation mis en œuvre spécifiquement pour chaque programme, il semblait utile de pouvoir disposer périodiquement d'un tableau descriptif de la situation sanitaire dans laquelle est entreprise la démarche des PRS, mais aussi de l'activité de ces programmes, de l'implication des différents financeurs et acteurs selon les différentes priorités retenues. Chaque acteur pourrait ainsi, au-delà de son action spécifique et du Programme Régional de Santé dans lequel il est impliqué, mieux apprécier la perspective globale dans laquelle se situe son action.

La quatrième édition du Moniteur des Programmes Régionaux de Santé

Le présent ouvrage constitue la quatrième édition du "Moniteur" des Programmes Régionaux de Santé Nord - Pas-de-Calais. Comme pour les éditions précédentes, le lecteur constatera que nous avons privilégié la lisibilité et la visibilité des enjeux afin que l'ouvrage soit utile à l'ensemble des acteurs impliqués dans la démarche des PRS : une approche graphique a donc été privilégiée pour répondre à cet objectif. D'autre part, à chaque fois que cela était possible, nous avons cherché à présenter une approche territoriale des différents indicateurs retenus. Le lecteur trouvera dans ce document des cartes qui ont été élaborées avec SIGORS (le Système d'Information Géographique de l'ORS). Nous nous sommes appuyés sur l'expérience acquise, avec nos collègues des autres ORS et avec la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé, dans l'élaboration des "Tableaux de bord régionaux de la santé" et de la base de données "SCORE-Santé". Dans cette édition, quand les données disponibles le permettaient, nous avons cartographié les indicateurs à l'échelle des intercommunalités, en plus des cartes par arrondissements présentées lors des éditions antérieures.

La démarche, réalisée en collaboration avec les pilotes des différents PRS, nous a conduit à constater que nous ne disposons pas toujours des indicateurs qui seraient les plus précieux pour les acteurs des PRS. En particulier, les données concernant les attitudes, les perceptions et les représentations en matière de santé sont rares. Il y a là un champ important à développer dans la région. L'ORS, on le sait, s'y est investi de manière tout à fait privilégiée, par exemple par l'étude qu'il a réalisée sur les représentations et les comportements vis-à-vis du système de soins, et il continuera à le faire dans l'avenir. La démarche que nous avons entreprise pour le Comité Régional des Politiques de Santé a été l'occasion d'associer la région, avec trois autres régions françaises, au "Baromètre Santé" réalisé par le Comité Français d'Éducation pour la Santé. Il a été possible de réaliser une extension régionale de cette enquête nationale, pour les jeunes de 12 à 25 ans. Ce type de démarche comparative devrait être développé dans la région. Les thèmes d'intérêt ne manquent pas ; citons, par exemple, les comportements alimentaires, les modalités de recours de la population aux soins d'urgence en cardiologie ou les représentations en matière de santé ou de souffrance des populations en difficulté. Nous espérons que les PRS seront, ainsi, l'occasion de mieux connaître la santé des habitants de notre région afin de mieux agir pour l'améliorer.

Les indicateurs de ressources et d'activité ont été construits à partir des données du système d'information mis en place par le Comité Régional des Politiques de Santé, avec les données recueillies dans le cadre de l'appel à projets et de l'instruction des projets. L'interprétation de ces données doit bien sûr être prudente, car celles-ci reposent sur les déclarations des porteurs des projets au moment du dépôt de leur demande de financement. Le travail réalisé à partir de ces données ne peut donc remplacer une évaluation de la mise en œuvre et des résultats des projets. Il permet cependant d'apprécier les modalités de l'engagement des porteurs d'action et des financeurs dans la mise en œuvre des PRS. Un chapitre entier du Moniteur est consacré à l'analyse des projets acceptés dans le cadre des PRS : il permet au lecteur de mesurer l'importance de la mobilisation des acteurs de Santé publique de la région dans le cadre des PRS et aussi, nous l'espérons, d'en tirer des leçons profitables pour l'avenir.

Dans cette édition, nous proposons au lecteur deux nouveaux chapitres. Le premier vise à présenter une synthèse des travaux d'évaluation qui ont été réalisés jusqu'ici : ces travaux portent à la fois sur la stratégie régionale des PRS et sur chacun des différents PRS. D'autre part, l'ORS a réalisé en 2003, à la demande du Conseil régional Nord - Pas-de-Calais, une enquête par entretien téléphonique auprès d'un échantillon de la population de la région. Cette enquête visait à identifier les attentes et le degré de satisfaction de la population vis-à-vis des actions de prévention et de la médecine de ville dans la région. La démocratie sanitaire étant un enjeu majeur des PRS, les résultats de cette enquête, ici brièvement résumés, apportent un éclairage tout à fait intéressant sur le point de vue des citoyens.

Les débats en cours autour de la loi d'orientation en Santé publique ont accordé une place importante à la définition d'objectifs et d'indicateurs associés, cela à la fois pour déterminer les priorités d'action et pour permettre d'évaluer l'impact des politiques menées sur les objectifs choisis. Nous souhaitons modestement que l'expérience acquise au cours de l'élaboration des éditions successives du Moniteur des PRS puisse servir de base à l'élaboration de ce qui pourrait être un futur Moniteur de la Santé publique dans la région.

Jean-Louis SALOMEZ, Président
Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

Olivier LACOSTE, Directeur
Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

Christophe DECLERCQ, Chargé d'études
Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

Sommaire

Santé des enfants et des jeunes	p 9
LES INDICATEURS DE CONTEXTE	P 11
- Le contexte économique	p 11
- Favoriser la qualité des liens parents/enfants	p 13
- Réduire le nombre de déficits sensoriels non pris en charge	p 13
- Favoriser le sentiment de bien-être des jeunes	p 15
Environnement et qualité de vie	p 15
Perception de leur santé	p 15
Vie affective et sexuelle	p 15
Idées et tentatives de suicide	p 17
- Activités physiques, habitudes alimentaires, poids et image du corps	p 17
LES PROJETS RETENUS EN 2003	P 19
Précarité et santé	p 25
DES INÉGALITÉS DE SANTÉ À LA PRÉCARITÉ	P 27
- Les minima sociaux	p 27
- Le chômage	p 29
- La Couverture Maladie Universelle	p 31
- PCS et revenus des ménages	p 33
- La mortalité par suicide	p 33
LES PROJETS RETENUS EN 2003	P 35
Conduites de consommation à risque	p 39
LES INDICATEURS DE CONTEXTE	P 41
- La consommation de substances psycho-actives chez les jeunes	p 41
L'expérience de produits psycho-actifs	p 41
La fréquence de l'usage de produits psycho-actifs	p 41
Approche régionale de la consommation déclarée de produits psycho-actifs	p 43
- Usagers de drogue et réduction des risques	p 43
- Les accidents corporels de la circulation	p 43
Les accidents corporels recensés dans le Nord – Pas-de-Calais entre 1998 et 2002	p 45
Les données du Nord – Pas-de-Calais et de la France entre 1998 et 2002	p 45
Les accidents corporels dans un contexte d'alcoolémie illégale	p 45
- L'incidence des tumeurs malignes liées à une intoxication alcool-tabagique dans la région Nord – Pas-de-Calais	p 45
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	p 47
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	p 47
Tumeurs malignes du larynx et de l'œsophage	p 47
- La mortalité régionale	p 49
La mortalité par surdoses	p 49
La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac	p 49
Analyse de la mortalité à l'échelle infra-régionale	p 51
LES PROJETS RETENUS EN 2003	P 53

Cancers

p 55

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

P 57

- L'incidence
 - Estimations FRANCIM de l'incidence des cancers en 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000 p 57
 - Les données de l'Assurance Maladie p 61
- La mortalité
 - Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon p 61
 - Tumeurs malignes des VADS p 63
 - Tumeurs malignes du sein chez les femmes p 65
 - Tumeurs malignes de l'utérus p 65
 - Tumeurs malignes de l'intestin p 65
 - Tumeurs malignes de la prostate p 67
 - En résumé p 67
- Les facteurs de risque p 67
- Prévention et dépistage p 69
 - Données statistiques des activités de dépistage du cancer du sein dans le Nord p 69

LES PROJETS RETENUS EN 2003

P 69

- Les objectifs p 69
- Qui sont les porteurs d'actions ? p 71
- Types d'actions mises en œuvre p 71
- Répartition territoriale des actions p 71
- Financement des actions p 71

Santé cardiovasculaire

p 73

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

P 75

- La mortalité
 - Dans la région p 75
 - Dans les départements p 77
 - Dans les arrondissements p 77
 - Dans les intercommunalités p 79
- Les pathologies cardiovasculaires exonérées (affections de longue durée : ALD 30) dans le Nord – Pas-de-Calais en 2001. Nombre d'admissions et incidence
 - Limites p 81
- Accident Vasculaire Cérébral invalidant
 - Dans la région p 82
 - Dans les départements p 82
- Artériopathie chronique et évolutive
 - Dans la région p 82
 - Dans les départements p 82
- Hypertension artérielle sévère
 - Dans la région p 83
 - Dans les départements p 83
- Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois
 - Dans la région p 83
 - Dans les départements p 83

LES PROJETS RETENUS EN 2003

P 83

- Objectifs des actions p 84
- Types de porteurs p 84
- Types d'actions p 84
- Départements p 85
- Échelons géographiques p 85
- Financeurs p 85

PERSPECTIVES DU PRS CARDIOVASculaire

P 85

Programme Régional d'Action en Santé Environnement **p 87**

LES OBJECTIFS DU PRASE **p 89**

- Volet Habitat p 89
 - Problématique Intoxication au monoxyde de carbone p 89
 - Problématique Saturnisme infantile p 89
 - Problématique Logement insalubre p 89
- Volet Évaluation et gestion des risques sanitaires à proximité de sites pollués p 91

LES INDICATEURS DE CONTEXTE **p 91**

- L'intoxication au monoxyde de carbone p 91
 - Modes de chauffage p 91
 - Première cause de mortalité par toxique p 91
 - Hospitalisations p 93
 - Réseaux de toxico-vigilance p 93
- Le saturnisme infantile p 95
 - L'habitat p 95
 - Le SNESSI p 95
 - Les activités de dépistage p 97
- Le logement insalubre p 97
 - Logements anciens et logements sans confort p 97
 - Une approche de la qualité des logements p 99
- L'évaluation et la gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués p 99
 - Les sites pollués p 99
 - La qualité de l'air p 100

LES PROJETS RETENUS EN 2003 **p 100**

Atlas

Bilan de l'appel à projets 2003 **p 101**

SOURCE DES DONNÉES **p 103**

ACCEPTATION DES PROJETS **p 103**

- Selon le PRS p 103
- Selon le type de porteur p 103
- Selon le type de projet p 105
- Selon le département p 105
- Selon l'arrondissement p 105

ANALYSE DES PROJETS ACCEPTÉS **p 105**

- Selon le Programme Régional de Santé concerné p 105
- Selon le type de porteur p 107
- Selon le type de projet p 107
- Selon le secteur géographique visé par le projet p 107
- Selon le siège sociale du porteur p 107
- Selon le financeur p 107

Santé Publique, Qualité Régionale p 109

LES PRIORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ P 111

UNE POPULATION RÉGIONALE CONCERNÉE PAR LES ACTIONS DE PRÉVENTION P 111

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé p 117

LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ P 118

LES MÉTHODES UTILISÉES POUR L'ÉVALUATION P 119

- Évaluation de la politique des PRS p 119
- Évaluation du PRS Santé des enfants et des jeunes et du PRAPS p 119
- Évaluation du PRS Conduites de consommation à risque p 120
- Évaluation du PRS Santé cardiovasculaire p 120
- Commentaires p 120

LES RÉSULTATS P 120

- Évaluation de la politique des Programmes Régionaux de Santé dans le Nord – Pas-de-Calais
 - Le cadre politique régional des PRS p 120
 - Le rôle des différentes instances p 121
 - La procédure d'instruction des projets p 121
- Évaluation des différents Programmes Régionaux de Santé dans le Nord – Pas-de-Calais
 - Question 1 : Y a-t-il cohérence entre les objectifs généraux du programme et l'état des lieux, entre ses objectifs opérationnels et les objectifs généraux ? p 122
 - Question 2 : Qui a surtout bénéficié du programme, en termes de catégories de populations et de zones géographiques ? Ces catégories ou ces zones sont-elles pertinentes ? p 124
 - Question 3 : Quels sont les objectifs qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre ? Que deviennent-ils ? p 126
 - Question 4 : Quels ont été les effets inattendus induits par le programme ? p 127
 - Question 5 : Quel a été l'impact des modalités d'examen des projets par le groupe de suivi sur la mise en œuvre du programme ? p 128
 - Question 6 : Quelles ont été les spécificités ou les complémentarités du programme par rapport aux dispositifs à l'œuvre sur le même thème ? p 128
 - Question 7 : Dans quelle mesure le programme est-il connu et compris par les porteurs de projet et par la population ? p 129
 - Question 8 : Le programme a-t-il modifié les pratiques des acteurs ? p 129
 - Question 9 : Comment l'expression des acteurs de terrain a-t-elle été prise en compte dans l'élaboration de la mise en œuvre du programme ? p 130
 - Question 10 : Quels sont les indicateurs possibles de coût/efficacité du programme ? p 130
- Les principales recommandations des évaluateurs p 130
- La prise en compte des recommandations issues de l'évaluation et les perspectives des PRS
 - Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) p 131
 - PRS Santé des enfants et des jeunes p 131
 - PRS Conduites de consommation à risque p 131
 - PRS Challenge p 131
 - PRS Santé cardiovasculaire p 132

CONCLUSIONS P 132

Table des figures p 135

Sigles usités dans cet ouvrage p 139

Santé des enfants et des jeunes Génération Santé



Santé des enfants et des jeunes

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

- Le contexte socio-économique	P 11 p 11
- Favoriser la qualité des liens parents/enfants	p 13
- Réduire le nombre de déficits sensoriels non pris en charge	p 13
- Favoriser le sentiment de bien-être des jeunes	p 15
Environnement et qualité de vie	p 15
Perception de leur santé	p 15
Vie affective et sexuelle (région Nord – Pas-de-Calais)	p 15
Idées et tentatives de suicide	p 17
- Activités physiques, habitudes alimentaires, poids et image du corps	p 17

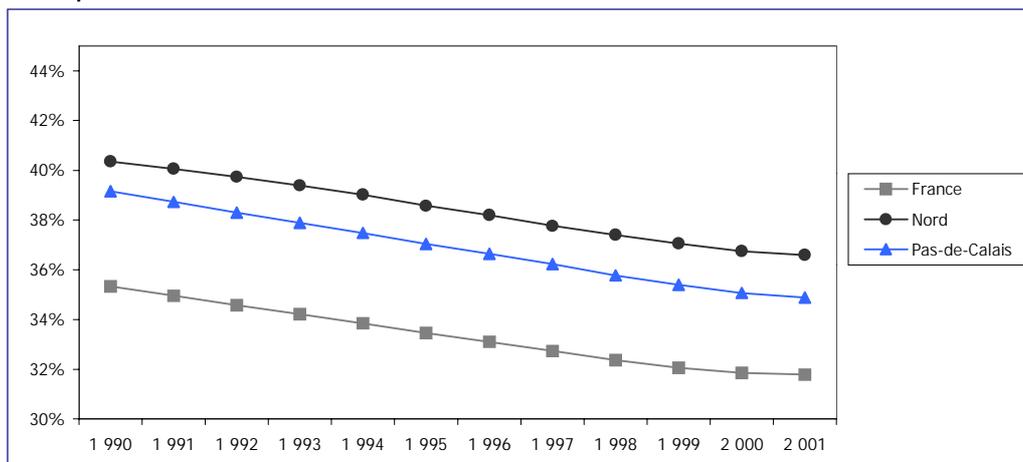
LES PROJETS RETENUS EN 2003

P 19

Cartes **18, 19, 20, 31, 38**

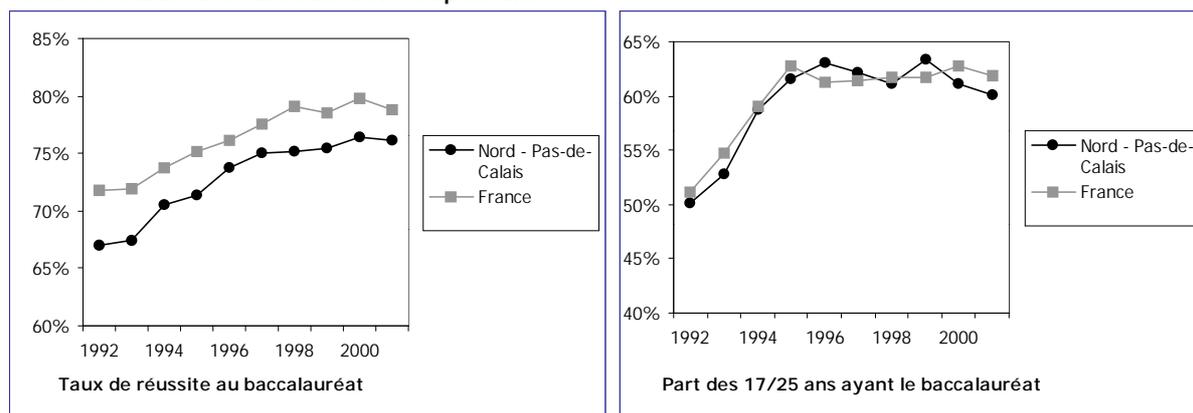
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-1 Évolution de la part des moins de 25 ans (en %) dans la population, Nord, Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de 1990 à 2001



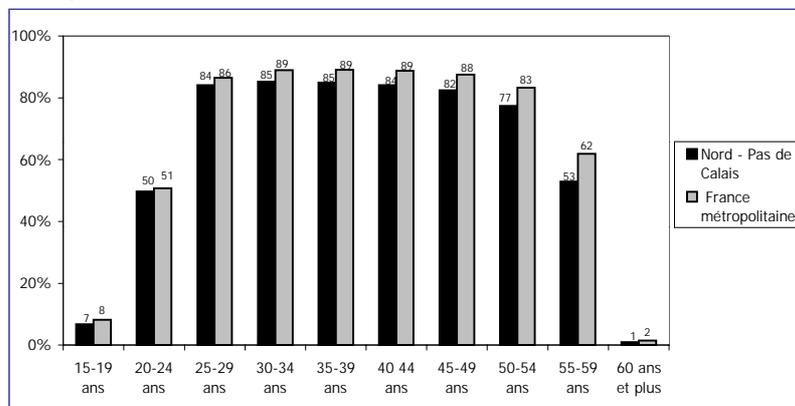
Source : INSEE.

1-2 Taux de réussite au baccalauréat et part des 17-25 ans ayant le baccalauréat, de 1992 à 2001, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine



Source : Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation et de la Recherche. Direction de la Programmation et du Développement.

1-3 Proportion d'actifs dans la population (en %) par tranche d'âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

La région Nord – Pas-de-Calais demeure la région la plus jeune de France métropolitaine, même si la part de ses moins de 25 ans tend à diminuer régulièrement. La santé des enfants et des jeunes représente donc pour notre région un enjeu important afin d'assurer une meilleure santé, tant physique que mentale ou sociale, des adultes des générations à venir. L'une des priorités régionales de santé est donc la prévention et la promotion de la santé des enfants et des jeunes, soit, concrètement, la mise en place du Programme Régional de Santé *Génération santé 2025*.

Le PRS Santé des enfants et des jeunes est basé sur **3 axes stratégiques** :

- permettre aux enfants de naître et de grandir dans des conditions physiques, psycho-affectives et sociales satisfaisantes ;
- favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes, et leur capacité d'insertion dans la société ;
- améliorer les connaissances sur la santé des jeunes et sur les représentations.

Le groupe de suivi du PRS a défini **9 objectifs prioritaires** pour l'année 2002 :

- favoriser la qualité des liens d'attachement parent/enfant ;
- soutenir les parents en difficulté ;
- réduire le nombre de déficits sensoriels et cognitifs non pris en charge ;
- permettre aux jeunes de gérer leur prise de risque ;
- accompagner les jeunes dans leur prise d'autonomie ;
- favoriser le sentiment de bien-être ;
- développer et approfondir l'analyse des données ;
- favoriser une communication positive autour du jeune ;
- adapter le niveau de connaissance des professionnels.

INDICATEURS DE CONTEXTE

Le contexte socio-économique

Le Nord – Pas-de-Calais conserve sa place de plus jeune région de France, même si la part des moins de 25 ans continue de diminuer sensiblement d'une année sur l'autre (entre 2000 et 2001, la part des moins de 25 ans du Nord est passé de 37 à 36,7 % et celle du Pas-de-Calais de 35 à 34,9 %).

La baisse de la part des jeunes de moins de 25 ans dans la population régionale est également observée pour l'ensemble de la France métropolitaine, sachant que la part des moins de 25 ans y a toujours été moindre. En 1990, les jeunes représentaient 35,3 % de la population totale de France métropolitaine contre 40,4 % de la population du Nord et 39,1 % de la population du Pas-de-Calais. 11 années plus tard, la part des moins de 25 ans s'est réduite respectivement à 31,9, 36,6 et 34,9 % (**Figure 1-1**).

Le taux de fécondité global de la période intercensitaire¹ (pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans) est de 55,9 dans la région Nord – Pas-de-Calais, le Nord (56,4) est légèrement plus fécond que le Pas-de-Calais (54,9). La Communauté d'Agglomération du Calais présente le plus fort taux de fécondité globale (64,6), suivi de la C. A. du Boulonnais (59,6) et de la Communauté Urbaine de Lille Métropole (59). Les pays d'Artois, Artois/Ternois et des Sept Vallées sont les territoires aux plus faibles taux (**Carte 18**).

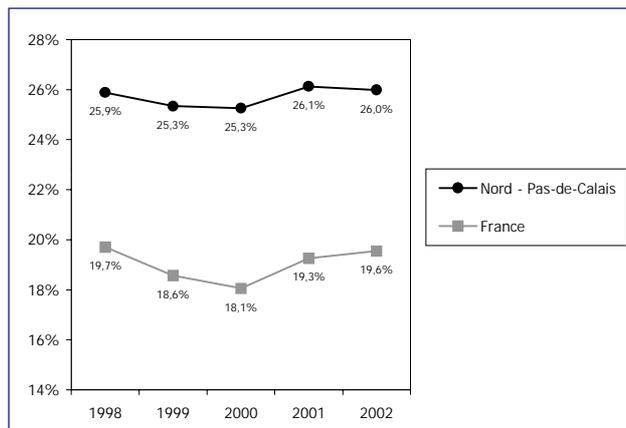
Les taux de réussite au baccalauréat n'ont cessé de s'améliorer de 1992 à 2000, tant au niveau national que régional. Seul un léger fléchissement est à noter pour l'année 2001, qui a d'ailleurs quelque peu épargné notre région et lui a permis de se rapprocher du taux de réussite national (76,2 % par rapport à 78,8 %). La proportion de jeunes de 17-25 ans ayant le baccalauréat est passée de 50,1 à 60,1 % pour la région, et de 51,1 à 61,9 % pour la France. Les écarts région/France sont plus importants en ce qui concerne les taux de réussite (**Figure 1-2**).

L'entrée des jeunes dans la vie active est de plus en plus tardive : seuls 7 % des 15-19 ans et 50 % des 20-24 ans de la région Nord – Pas-de-Calais sont des actifs. C'est à partir de la tranche d'âge 25-29 ans que la proportion d'actifs atteint la barre des 80 %, et ceci jusque l'âge de 50 ans. Ces données régionales sont proches de celles de la France métropolitaine, même si le Nord – Pas-de-Calais se trouve toujours légèrement en dessous (**Figure 1-3**).

¹ Entre les deux recensements généraux de la population de 1990 et 1999.

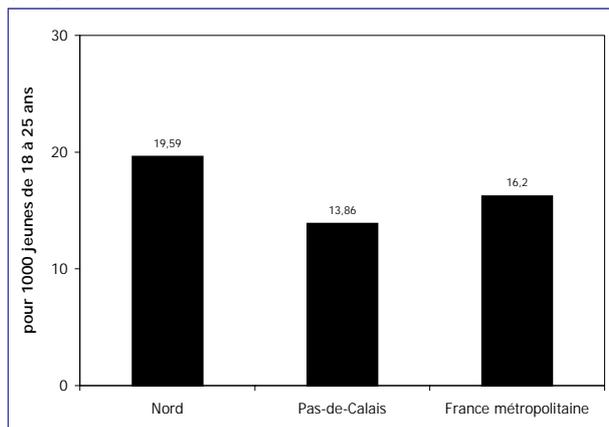
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-4 Évolution de la part des jeunes (de 18 à 24 ans inclus) parmi les personnes inscrites au chômage (catégorie 1¹) de 1998 au 31-12-2002



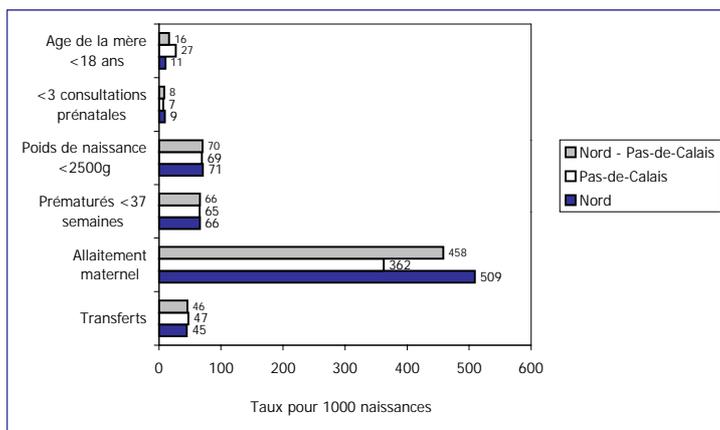
Source : DRTEFP Nord – Pas-de-Calais.

1-5 Proportion de bénéficiaires du Fonds d'Aide aux Jeunes, Nord, Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 2000 (%o)



Source : CNAMTS, CANAM, CCMSA, Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais, CNAVTS, ASSEDIC, INSEE, DREES. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-6 Grossesse et périnatalité dans le Nord – Pas-de-Calais en 2002



Source : Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

¹ Personne sans emploi, immédiatement disponible, active dans sa recherche et en quête d'un Contrat à Durée Indéterminée à temps plein.

Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

Les jeunes¹ sans emploi représentent plus d'un quart (26 %) des chômeurs² dans le Nord – Pas-de-Calais en 2002, alors qu'ils ne constituent que 19,6 % des chômeurs pour l'ensemble du territoire. Cet écart en défaveur du Nord – Pas-de-Calais est constant (au moins depuis 1998). Entre 1998 et 2002, la proportion de jeunes parmi les chômeurs est restée quasiment la même avec une légère baisse pour les années 1999 et 2001 (uniquement au niveau national) (Figure 1-4).

Le Fonds d'Aide aux Jeunes a été créé en 1989 dans le cadre de la lutte contre l'exclusion. Il est destiné aux jeunes de moins de 26 ans non éligibles au RMI, éprouvant de graves difficultés d'insertion et ayant très peu de ressources financières. Ce dispositif initialement non-obligatoire a été étendu à l'ensemble du territoire national en 1992. Ce fonds a bénéficié à 6 162 jeunes nordistes en 2000 (soit rapporté à la population des 18-25 ans, un taux de 19,6 pour 1 000) et à 2 137 jeunes du Pas-de-Calais (soit rapporté à la population des 18-25 ans, un taux de 13,9 pour 1 000). Le taux de la France métropolitaine se situe entre nos deux départements : 16,2 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de 18 à 25 ans (Figure 1-5).

Favoriser la qualité des liens parents/enfants

En 2002, la région connaît davantage de mères de moins de 18 ans qu'en 2001 (16 pour mille contre 12 naissances pour mille en 2001). Le département du Pas-de-Calais contribue fortement à cette hausse puisque 27 naissances sur mille sont issues de femmes mineures en 2002 (contre 14 en 2001).

L'allaitement maternel (déclaré lors du certificat du 8^{ème} jour de l'enfant) continue d'augmenter puisqu'il concerne presque une naissance sur deux (458 enfants allaités pour mille naissances) dans le Nord – Pas-de-Calais (Carte 19). Entre 2001 et 2002, le Pas-de-Calais a connu un taux d'accroissement annuel de 9,7 % ; le Nord a connu une moins forte progression (5,8 %). L'allaitement chez les mères de moins de 18 ans (4 naissances sur mille dans la région) est davantage pratiqué dans le Pas-de-Calais (5,9 pour mille) que dans le Nord (3,2 pour mille naissances). Le Nord et le Pas-de-Calais connaissent des situations similaires en ce qui concerne les petits poids de naissance (moins de 2 500 g), les prématurés (Carte 20) et les transferts. 8 naissances sur mille ont fait l'objet de moins de 3 consultations prénatales (au lieu des 7 légales dans le cadre d'une grossesse normale), dans la région. Les territoires classés en "Politique de la ville" sont confrontés à de moins bons indicateurs. Les naissances issues de mères mineures y sont deux fois plus importantes (21 pour mille), les naissances avec moins de 3 consultations prénatales plus nombreuses. Les petits poids de naissance, les prématurés et les transferts y sont également plus fréquents. L'allaitement maternel est également moins pratiqué en territoire "Politique de la ville". Les enfants allaités par une jeune mère (moins de 18 ans) sont également moins concernés dans les territoires en Politique de la Ville (2,2 enfants pour mille naissances contre 5,7 pour mille pour les territoires Hors Politique de la Ville).

Selon les résultats de l'enquête Baromètre Santé 2000, 2,2 % des jeunes de 15 à 25 ans ont déclaré avoir subi des rapports sexuels forcés, soit 4 % des filles et 0,4 % des garçons au niveau national. Alors que la France connaît une forte disparité entre les sexes en ce qui concerne les abus sexuels, notre région se différencie. En effet, les garçons sont quasiment autant victimes d'abus sexuels que les filles (respectivement 2,8 et 2,9 %) (Figure 1-8).

Réduire le nombre de déficits sensoriels non pris en charge

Les résultats sont issus d'une enquête réalisée auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle en 1999-2000³ (Figure 1-9).

En ce qui concerne les troubles de la vue, 13,8 % des enfants enquêtés dans notre région portent des lunettes contre 12,7 % au niveau national.

L'enquête permet de "*mesurer la prévalence des problèmes oculaires telle qu'elle est dépistée chez ces enfants par l'examen des médecins scolaires. De façon générale, la répartition géographique des troubles oculaires dépistés par les médecins est assez semblable à celle du port des lunettes, cette dernière ne semblant pas corrélée, au niveau régional, ni à la densité d'ophtalmologistes, ni à la richesse par habitant*"⁴. Dans le Nord – Pas-de-Calais, le dépistage scolaire révèle 2 fois plus de problèmes oculaires que n'en révèle le simple port de lunettes.

Le Nord – Pas-de-Calais est la région de France métropolitaine ayant la plus forte proportion d'enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées.

¹ De 18 à 24 ans inclus.

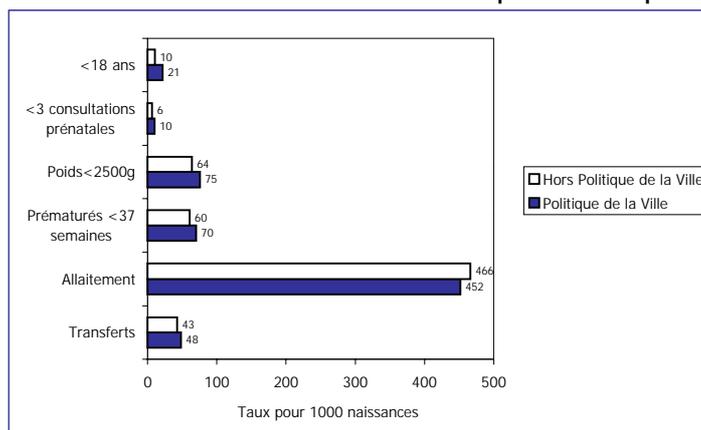
² Catégorie 1.

³ Enquête DREES-Desco-InVS auprès d'un échantillon représentatif de la population scolarisée de 5 à 6 ans en grande section de maternelle en 1999-2000.

⁴ Guignon N, Niel X. Les disparités régionales de l'état de santé des enfants de 5 à 6 ans. *BEH* ; 2003 ; n°39 : p. 181-184.

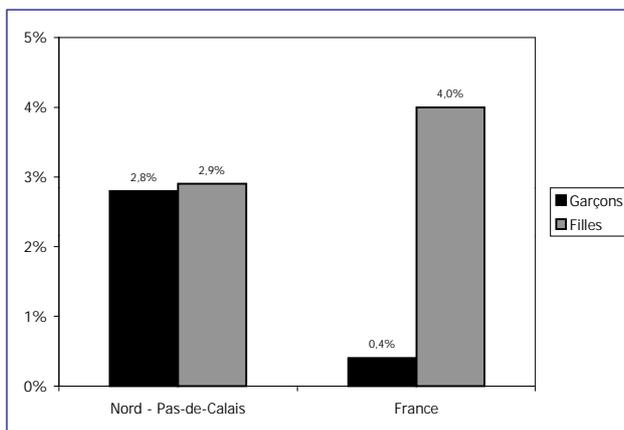
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-7 Grossesse et périnatalité dans les communes concernées par la Politique de la Ville



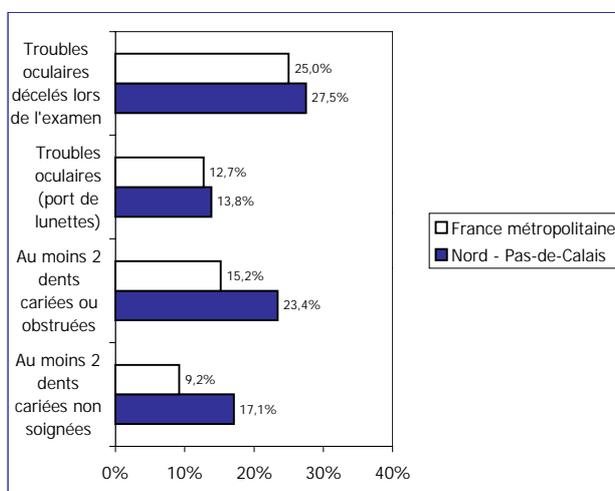
Source : Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-8 Proportion de jeunes de 15 à 25 ans déclarant avoir été victimes de rapports sexuels forcés au cours de leur vie (%)



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, FNORS, ORS Alsace, ORS Pays de Loire, ORS Picardie.

1-9 Santé dentaire et oculaire des enfants de 5-6 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 2000



Source : DREES-DESCO-InVS, Enquête auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle 1999-2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Favoriser le sentiment de bien-être des jeunes

Environnement et qualité de vie

Parmi les risques évoqués dans l'enquête Baromètre Santé, il s'avère que plus de 7 jeunes sur 10 dans le Nord – Pas-de-Calais craignent le chômage. Il s'agit donc du premier risque craint par les jeunes de notre région (qui a le taux de chômage le plus important) mais aussi au niveau de la France. La pollution est la seconde crainte la plus citée par les jeunes de notre région (56,5 %), suivie de l'insécurité, qui semble inquiéter davantage les jeunes de notre région (comparativement à la France et à d'autres régions). Les risques les moins redoutés sont ceux liés aux vaccinations (26,2 %) et aux mauvaises habitudes alimentaires. En général, les filles craignent plus souvent les risques évoqués que les garçons ; c'est vrai, en particulier, pour les risques liés aux mauvaises habitudes alimentaires, à l'insécurité, aux nouvelles épidémies et à la pollution de l'air. Les variations selon le sexe ne sont pas significatives pour les autres risques (Figure 1-10).

Perception de leur santé

En ce qui concerne la perception globale qu'a le jeune de son état de santé, que ce soit au niveau régional ou national, les filles sont plus nombreuses à se dire "pas bien portantes". La proportion de jeunes qui se déclarent "pas bien portants" est plus forte dans le Nord – Pas-de-Calais qu'en France, que ce soit pour les filles ou les garçons. Ainsi, 20,2 % des garçons et 22,9 % des filles de notre région déclarent ne pas se trouver bien portants contre respectivement 7,9 et 11 % au niveau national (Figure 1-11).

Au niveau national et concernant leur cadre de vie, 81,3 % des jeunes de 12 à 25 ans déclarent être gênés ("souvent", "parfois" ou "rarement") par le bruit. Les filles s'en plaignent plus souvent (84,6 %) que les garçons (78 %). Dans le Nord – Pas-de-Calais, l'écart entre filles et garçons est plus important : seulement 73,8 % des garçons se plaignent du bruit contre 84,5 % des filles.

Les jeunes en France sont moins nombreux à se plaindre de la pollution : 65,1 % des garçons et 55,1 % des filles. Mais l'écart entre les sexes est un peu plus prononcé pour notre région notamment (54,3 % des garçons contre 71,7 % des filles) (Figure 1-12).

Vie affective et sexuelle (région Nord – Pas-de-Calais)

35,1 % des jeunes (39,1 % des filles et 31,1 % des garçons) du Nord – Pas-de-Calais âgés de 12 à 19 ans déclarent avoir un(e) petit(e) ami(e). Cette proportion augmente avec l'âge (25,2 % chez les 12-14 ans et 41,1 % chez les 15-19 ans). Parmi les jeunes de 12-14 ans, les proportions de garçons (28,2 %) et de filles (22,4 %) qui déclarent avoir un(e) petit(e) ami(e) sont comparables. Chez les jeunes de 15-19 ans, la proportion est plus élevée pour les garçons (52,9 %) que pour les filles (32,9 %). Parmi les jeunes de 15 à 19 ans qui déclarent avoir un(e) petit(e) ami(e), 74,6 % ont déjà eu des rapports sexuels.

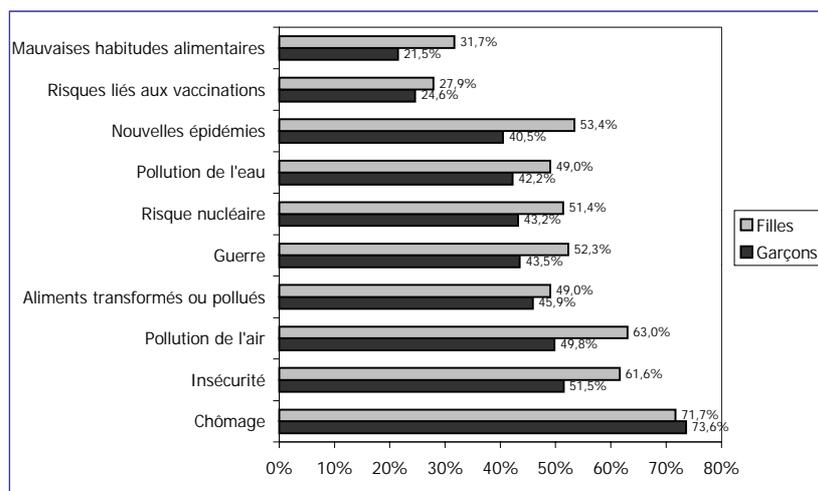
Deux jeunes de 15 à 25 ans sur trois déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels. Ce pourcentage est comparable chez les garçons (68,6 %) et chez les filles (67,1 %). Il augmente rapidement avec l'âge et ce, pour les deux sexes : pour les garçons, il passe de 52,5 % entre 15 et 19 ans à 86,7 % entre 20 et 25 ans et, pour les filles, de 45,4 % entre 15 et 19 ans à 82,3 % entre 20 et 25 ans (Figure 1-13). Parmi les jeunes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels, 86,6 % des garçons et 96 % des filles ont eu des rapports au cours des douze derniers mois.

Plus de trois jeunes sexuellement actifs sur quatre ont utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport sexuel. Le pourcentage de jeunes déclarant avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel diminue nettement avec l'âge : il passe, pour les garçons, de 100 % à 15 ans à 57,4 % à 25 ans et, chez les filles, de 100 % à 15 ans à 51,4 % à 25 ans (Figure 1-14)¹. Parmi les jeunes de 15 à 25 ans sexuellement actifs, 9 sur 10 déclarent faire quelque chose pour éviter une grossesse (92,3 % des garçons et 87,8 % des filles). Parmi les jeunes utilisant un moyen de contraception, l'usage déclaré du préservatif est beaucoup moins fréquent qu'au cours du premier rapport (40,6 % des jeunes : 49,9 % des garçons et 31,3 % des filles). 3 jeunes sur 4 utilisant un moyen de contraception ont choisi un contraceptif oral (67,1 % des garçons et 83,1 % des filles). Parmi les filles sexuellement actives, 10,6 % déclarent avoir déjà utilisé la pilule du lendemain.

¹ Les réponses à cette question doivent sans doute être interprétées avec prudence : il est difficile de distinguer la part respective d'une réelle différence entre générations et d'autres facteurs comme une tendance plus forte des plus jeunes à donner une réponse conforme aux messages de prévention.

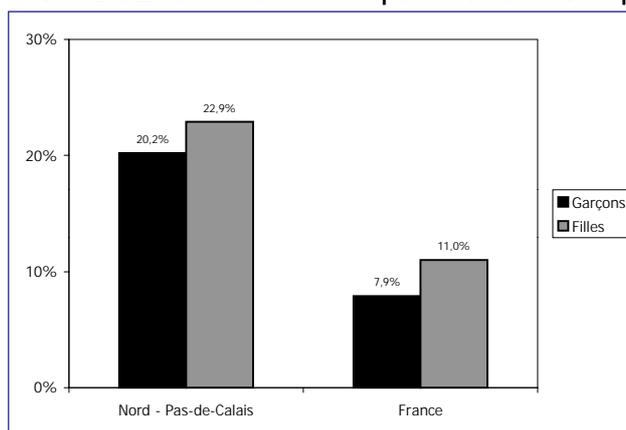
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-10 Risques que les jeunes de 12-25 ans du Nord – Pas-de-Calais déclarent craindre pour eux-mêmes



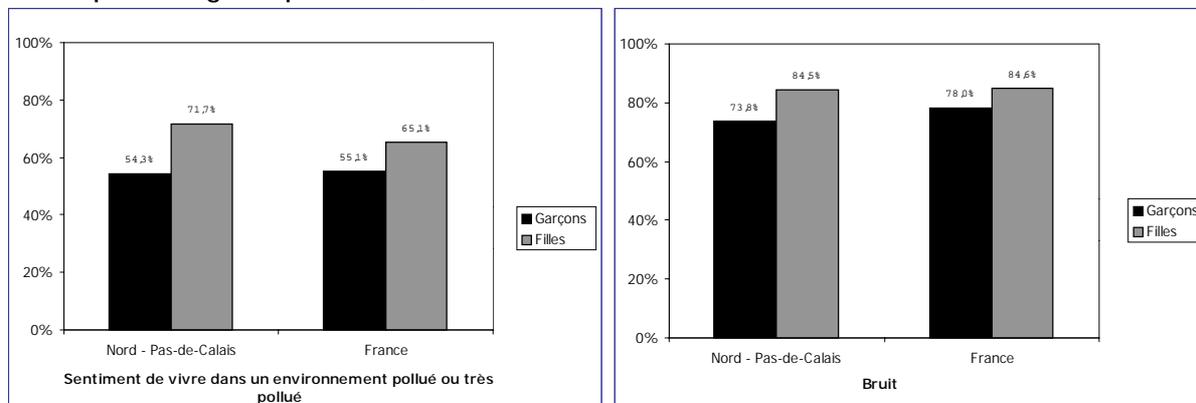
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, FNORS, ORS Alsace, ORS Pays de Loire, ORS Picardie.

1-11 Proportion de jeunes de 12 à 25 ans déclarant ne pas se trouver bien portants



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, FNORS, ORS Alsace, ORS Pays de Loire, ORS Picardie.

1-12 Proportion de jeunes de 12 à 25 ans ayant le sentiment de vivre dans un environnement plutôt ou très pollué et gênés par le bruit, Nord – Pas-de-Calais versus France



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, FNORS, ORS Alsace, ORS Pays de Loire, ORS Picardie.

Santé des enfants et des jeunes

Génération Santé

Selon des données issues des CPAM de la région Nord – Pas-de-Calais, il y a eu sur la période août 2002-août 2003, 4 441 délivrances gratuites de *Norlévo*¹ auprès de mineures, soit une moyenne de 370,1 délivrances par mois.

Depuis 1996, le nombre moyen d'Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) réalisées au mois d'avril dans notre région est resté stable avec un minimum de 876 en avril 2001 et un maximum de 1 018 en avril 1998. Le taux d'IVG est passé, de 1996 à 2001, de 0,927 à 0,872 pour 1 000 femmes en âge de procréer (Figure 1-15). Les 15-19 ans représentent une part des IVG qui baisse sur la période 1996-2003 de 13,9 à 12,9 %. Par contre, la part des 20-24 ans est plus fluctuante et à la hausse (25,2 % des IVG en 1996 contre 27 % en 2003) (Figure 1-16). C'est au sein de cette dernière classe d'âge que les IVG sont les plus fréquentes. Les antécédents d'IVG (une ou plus) sont plus fréquents chez les femmes de plus de 25 ans. Ils existent aussi chez les jeunes femmes de moins de 25 ans, avec une légère tendance à la hausse (Figure 1-17). La durée de gestation atteinte avant l'IVG se situe pour la majeure partie (entre 48,4 et 69,5 % selon les années) des jeunes de moins de 25 ans entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée. Depuis 1996, une forte baisse des IVG réalisées dans cet intervalle se dessine : 69,5 % des IVG du mois d'avril 1996 se faisaient entre 8 et 12 semaines contre 48,4 % en avril 2003. Il est intéressant de noter que les avortements plus précoces (avant 8 semaines d'aménorrhée) suivent la tendance inverse (passant de 30,5 % en avril 1996 à 47,1 % en avril 2003). Il semble donc que le recours à l'IVG soit plus rapide. Parallèlement, suite aux modifications légales concernant les délais d'IVG², apparaissent depuis 2001 quelques cas d'IVG de 13 à 14 semaines d'aménorrhée (4,4 % des IVG du mois d'avril 2003) (Figure 1-18).

Idées et tentatives de suicide

7,1 % des jeunes de 12 à 25 ans du Nord – Pas-de-Calais disent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois. Cette proportion est plus élevée pour les filles (9 %) que pour les garçons (5,4 %) ³. La fréquence des idées suicidaires augmente légèrement avec l'âge pour les garçons. Pour les filles, elle est maximale entre 15 et 19 ans. Les proportions de jeunes ayant pensé au suicide dans le Nord – Pas-de-Calais sont supérieures à celles de la France (5,7 % des garçons et 10,6 % des filles de la région *versus* 4,4 % des garçons et 9,3 % des filles au niveau national) ⁴. Ces idées suicidaires sont en partie associées à la perception de l'écoute et de l'estime que leur portent leurs parents. Les jeunes qui déclarent que leurs parents n'écoutent pas leurs idées et leurs opinions pensent davantage au suicide que les autres (14,2 % des jeunes estimant ne pas être écoutés contre 4,7 % des autres). Les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les jeunes qui consomment des produits psychoactifs, en particulier de l'alcool, du tabac et du cannabis (Figure 1-19).

5,1 % des jeunes du Nord – Pas-de-Calais ont déjà tenté de se suicider au cours de leur vie, les filles davantage que les garçons (9 % contre 1,3 %). Sept fois sur dix, il n'y a eu qu'une seule tentative. La proportion de jeunes ayant tenté de se suicider augmente légèrement avec l'âge pour les garçons. Pour les filles, elle connaît un maximum entre 15 et 19 ans. Les tentatives de suicide sont moins fréquentes chez les jeunes qui disent que leurs parents les félicitent ou qu'ils écoutent leurs idées et leurs opinions, mais ces variations ne sont pas statistiquement significatives (effectifs concernés réduits). Les consommateurs réguliers de tabac (10,5 %) ou de cannabis (14,3 %) et les consommateurs hebdomadaires d'alcool (8,2 %) déclarent plus souvent avoir tenté de se suicider, mais ces variations ne sont pas statistiquement significatives (en raison d'effectifs réduits) (Figure 1-19). Lors de la dernière tentative de suicide, 22,4 % des jeunes concernés sont allés à l'hôpital, 38,8 % ont été suivis par un médecin, un psychiatre ou un psychologue et 45,5 % en ont parlé à une autre personne. 20,6 % des jeunes n'ont rien fait de tout cela.

Activités physiques, habitudes alimentaires, poids et image du corps

Dans le Nord – Pas-de-Calais comme en France, la majorité des 12-25 ans déclare avoir fait du sport au cours des sept derniers jours dans le cadre des cours d'éducation physique, en club, individuellement ou avec des amis. Que ce soit au niveau régional ou national, les jeunes sont plus de 70 % des garçons et plus de 55 % des filles à avoir pratiqué un sport (Figure 1-20). Toutefois, la pratique sportive décroît avec l'âge. À partir de 18 ans, la pratique sportive est en net recul et ne concerne plus que 50 % des 18-25 ans. Cette diminution s'explique par une moindre pratique sportive encadrée, à l'école, mais aussi en club. Le recours à une pratique individuelle ne compense pas cette baisse.

¹ Contraceptif d'urgence distribué gratuitement aux jeunes filles mineures.

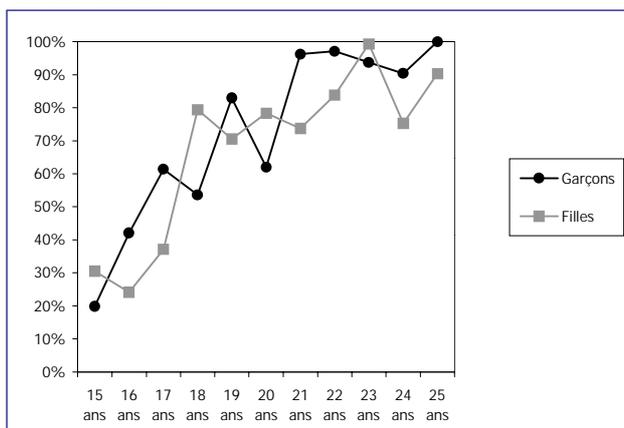
² Depuis juillet 2001, l'IVG est autorisée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.

³ Différence non significative.

⁴ Les différences entre ces chiffres et les chiffres régionaux présentés précédemment sont dues à l'ajustement des données.

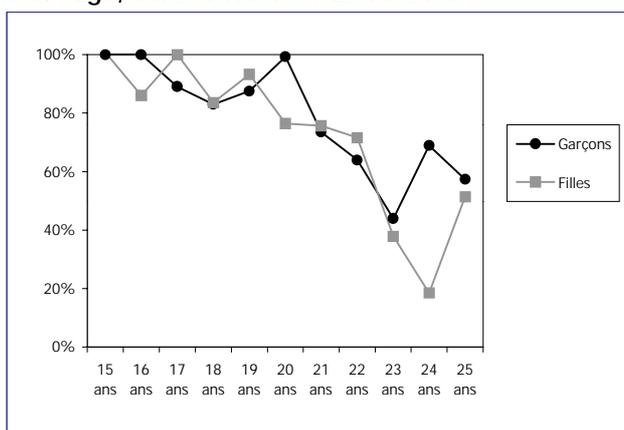
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-13 Proportion de jeunes de 15 à 25 ans déclarant avoir déjà eu des rapports sexuels, selon le sexe et l'âge, dans le Nord – Pas-de-Calais



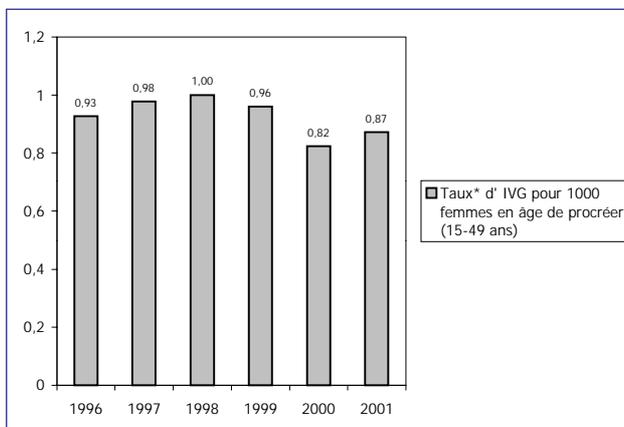
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, FNORS, ORS Alsace, ORS Pays de Loire, ORS Picardie.

1-14 Proportion de jeunes de 15 à 25 ans déclarant avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel, selon le sexe et l'âge, dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, FNORS, ORS Alsace, ORS Pays de Loire, ORS Picardie.

1-15 Taux d'IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer (15-49 ans), dans le Nord – Pas-de-Calais, de 1996 à 2001



*taux IVG 1996 = (IVG du mois d'avril 1996 x 12) / (population estimée au 01/01/96 des femmes de 15-49 ans + population estimée au 01/01/97 des femmes de 15-49 ans) / 2

Source : DRASS. Données issues du traitement des bulletins statistiques d'Interruption Volontaire de Grossesse du mois d'avril. INSEE-Estimations localisées de population. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

Les activités sédentaires occupent une place importante dans la vie des jeunes. Dans notre région, 35 % des jeunes de 12 à 25 ans ont consacré plus de 3 heures aux jeux vidéo ou à la télévision (la veille de l'enquête) (Figure 1-21). Ce pourcentage est supérieur aux chiffres des autres régions participant à l'enquête. C'est dans le Nord – Pas-de-Calais que les jeunes consacrent le moins de temps à la lecture (19 % contre 23 % et plus pour les trois autres régions enquêtées).

La proportion d'enfants de 5 à 6 ans¹ en surpoids dans la région est de 15,8 %, contre 14,5 % en France métropolitaine (Figure 1-22). Notre région se situe donc légèrement au-dessus de la moyenne française, mais loin des extrêmes (11 % dans la région Pays de la Loire et 22 % en Corse). La proportion d'enfants considérés comme obèses suit la même tendance.

Plus des trois quarts des garçons âgés de 12 à 25 ans (enquête Baromètre Santé 2000) de la région et 72,7 % des filles du même âge ont un poids considéré comme normal². Le surpoids concerne davantage les garçons que les filles (7,8 % versus 5,8 %). À l'inverse, l'obésité touche plus les filles (8,7 % contre 6,3 % des garçons). Les jeunes considérés comme maigres sont peu nombreux, notamment les filles (0,8 % contre 2,8 % des garçons) (Figure 1-24). L'image que les jeunes ont de leur poids varie globalement de la même manière que la réalité appréciée par l'Indice de Masse Corporelle. Cependant, 21,8 % des jeunes dont l'IMC est considéré comme normal se perçoivent comme trop gros et 13,3 % comme trop maigres ; 27,6 % des jeunes de poids supérieur à la normale se considèrent comme à peu près du bon poids (Figure 1-25). Les régimes amaigrissants concernent davantage les filles (30 %) que les garçons (6,1 %). Avoir suivi un régime est plus fréquent parmi les jeunes de poids supérieur à la normale (19,6 % des garçons et 45,9 % des filles), mais cela reste également fréquent pour les filles de poids considéré comme normal (30 %). La proportion de jeunes ayant sauté le petit déjeuner au moins une fois dans la semaine est moins forte dans notre région (15,1 %) qu'au niveau de la France. Elle concerne davantage les garçons : 38,5 % des garçons et 36,1 % des filles du Nord – Pas-de-Calais contre respectivement 42,8 et 38,6 % au niveau national.

LES PROJETS RETENUS EN 2003

176 projets ont été retenus en 2003 dans le cadre du PRS Santé des enfants et des jeunes, soit un taux d'acceptation de 50,7 %. Ce PRS représente, comme l'année dernière, plus d'un quart de la totalité des projets acceptés (27,9 %).

23,9 % des actions retenues ont pour objectif de Favoriser le sentiment de bien-être des enfants et des jeunes (soit 15,5 % du financement total de ce PRS), 18,2 % de Soutenir les parents isolés ou en difficulté (20 % du financement) et 10,8 % de Permettre aux jeunes de gérer la prise de risque (4,5 % du financement) (Figure 1-25).

La moitié des porteurs de projets sont des associations (Figure 1-26). L'Éducation nationale arrive en seconde position des porteurs avec 27,8 % des projets, et les collectivités territoriales en 3^{ème} position (10,2 % des actions) (Carte 38). En ce qui concerne le type de projet, la prévention domine largement puisqu'elle représente 68,8 % des projets (Figure 1-27) (Carte 31).

Plus de la moitié des actions concernent le département du Nord et concentrent 52,4 % des financements. 35,2 % des actions et 26 % des financements concernent le Pas-de-Calais (Figure 1-28). Cette répartition du nombre d'actions entre départements se retrouve à l'échelle de l'ensemble des PRS.

85,8 % des actions sont locales³ et représentent 52,7 % du financement des actions (Figure 1-29), 8,5 % sont régionales et 5,7 % sont départementales.

L'État finance 33 % du total des actions du PRS Santé des enfants et des jeunes, le Conseil régional arrive en seconde position en finançant 16 % de ce PRS. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation ne finance plus que 6,3 % des actions en 2003 alors qu'elle en finançait 16,6 % l'année dernière. Le Conseil général du Pas-de-Calais finance 10,5 % de ce PRS, contre 5,3 % pour le Conseil général du Nord (Figure 1-30).

¹ Enquête DREES-DESCO-InVS réalisée auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle en 1999-2000.

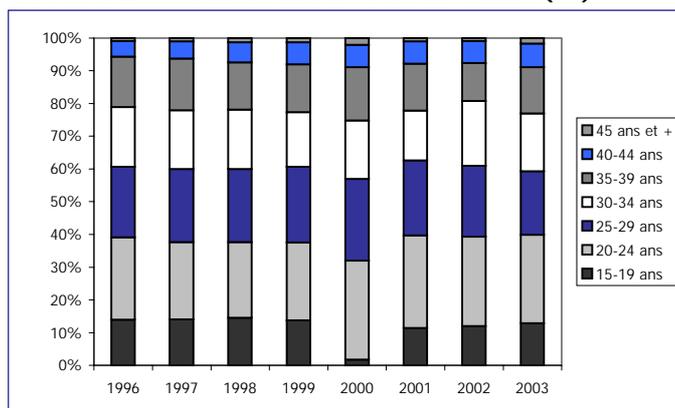
² Cinq classes d'indice de masse corporelle (IMC) ont été constituées pour analyser la corpulence des jeunes :

- les maigres sont les jeunes dont l'IMC est inférieur au 3^{ème} percentile de la population de référence,
- les jeunes ayant un poids insuffisant sont ceux dont l'IMC est supérieur ou égal au 3^{ème} percentile et inférieur au 10^{ème} percentile,
- les jeunes ayant un poids normal sont ceux dont l'IMC est supérieur ou égal au 10^{ème} percentile et inférieur ou égal au 90^{ème} percentile,
- les jeunes ayant un surpoids sont ceux dont l'IMC est supérieur au 90^{ème} percentile et inférieur ou égal au 97^{ème} percentile,
- les obèses sont les jeunes dont l'IMC est supérieur au 97^{ème} percentile.

³ On considère qu'une action est locale si le territoire concerné est au plus un seul arrondissement, les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un arrondissement de chaque département est concerné, comme régionales.

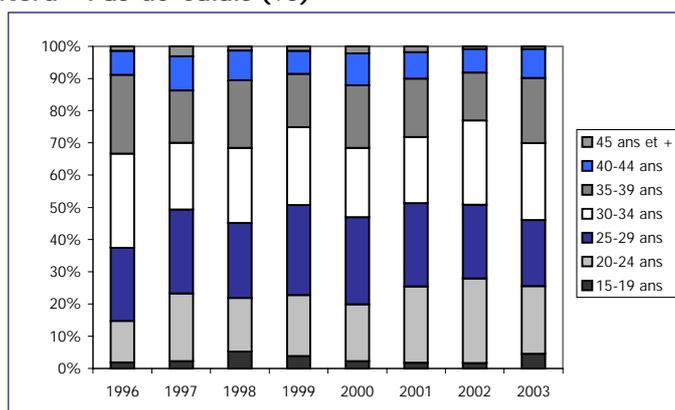
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-16 Répartition selon l'âge des femmes ayant réalisé une Interruption Volontaire de Grossesse au mois d'avril des années 1996 à 2003 dans le Nord – Pas-de-Calais (%)



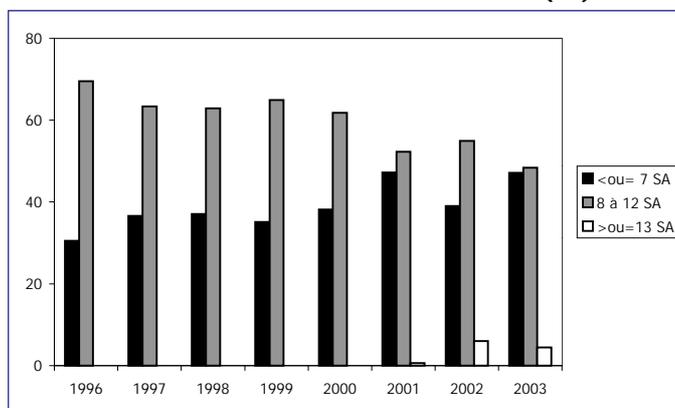
Source : DRASS. Données issues du traitement des bulletins statistiques d'Interruption Volontaire de Grossesse du mois d'avril. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-17 Évolution de la part des femmes (par tranche d'âge) ayant un ou plusieurs antécédents d'Interruption Volontaire de Grossesse parmi les femmes ayant avorté au mois d'avril des années 1996 à 2003, dans le Nord – Pas-de-Calais (%)



Source : DRASS. Données issues du traitement des bulletins statistiques d'Interruption Volontaire de Grossesse du mois d'avril. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-18 Évolution de la durée de gestation chez les femmes de moins de 25 ans ayant subi une IVG au mois d'avril des années 1996 à 2003 dans le Nord – Pas-de-Calais (%)



Source : DRASS. Données issues du traitement des bulletins statistiques d'Interruption Volontaire de Grossesse du mois d'avril. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

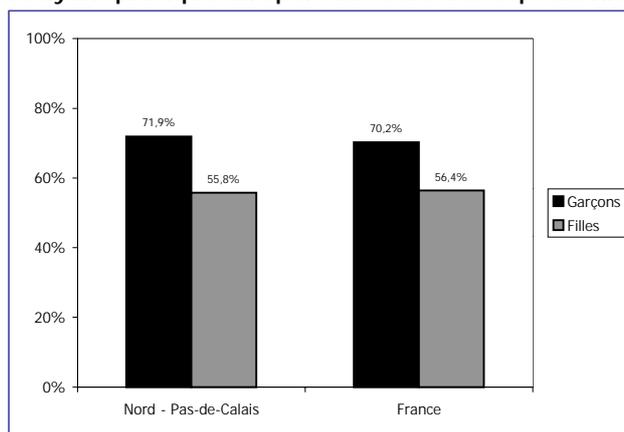
Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

1-19 Caractéristiques des jeunes du Nord – Pas-de-Calais qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois et des jeunes qui ont déjà tenté de se suicider

Caractéristiques des jeunes qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois (en %)		Caractéristiques des jeunes qui ont déjà tenté de se suicider (en %)	
Vos parents vous félicitent^{NS}		Vos parents vous félicitent^{NS}	
Oui	5,3	Oui	3,0
Non	9,9	Non	8,1
Vos parents écoutent vos idées et vos opinions		Vos parents écoutent vos idées et vos opinions	
Oui	4,7	Oui	3,5
Non	14,2	Non	9,7
Consommation de tabac		Consommation de tabac	
Abstinent	3,5	Abstinent	3,6
Occasionnelle	22,1	Occasionnelle	1,2
Régulière	12,6	Régulière	10,5
Consommation hebdomadaire d'alcool		Consommation hebdomadaire d'alcool	
Oui	12,1	Oui	4,0
Non	5,5	Non	8,2
Consommation de cannabis		Consommation de cannabis	
Abstinent	3,7	Abstinent	4,0
Occasionnelle	26,5	Occasionnelle	13,2
Régulière	30,1	Régulière	14,3

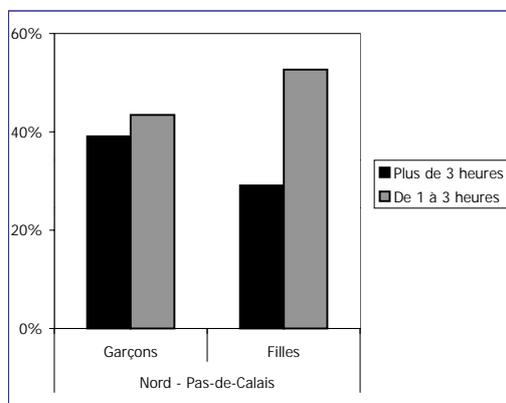
Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, FNORS, ORS Alsace, ORS Pays de Loire, ORS Picardie.

1-20 Proportion de jeunes ayant pratiqué un sport au cours des sept derniers jours (%)



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, FNORS, ORS Alsace, ORS Pays de Loire, ORS Picardie.

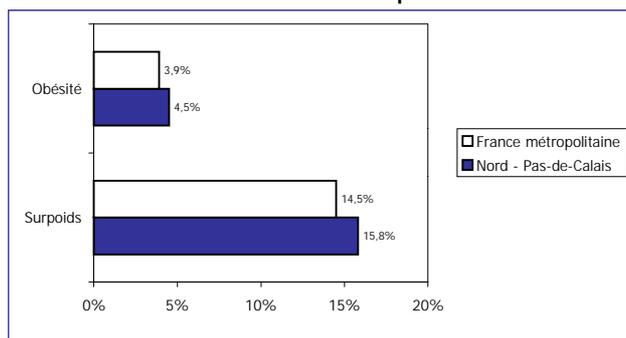
1-21 Temps passé la veille à regarder la télévision ou à jouer aux jeux vidéo (région Nord – Pas-de-Calais)



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, FNORS, ORS Alsace, ORS Pays de Loire, ORS Picardie.

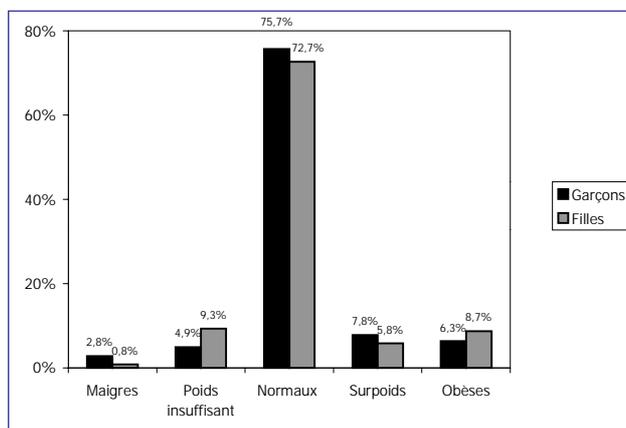
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-22 Proportion d'enfants de 5-6 ans en situation de surpoids ou d'obésité en 2000



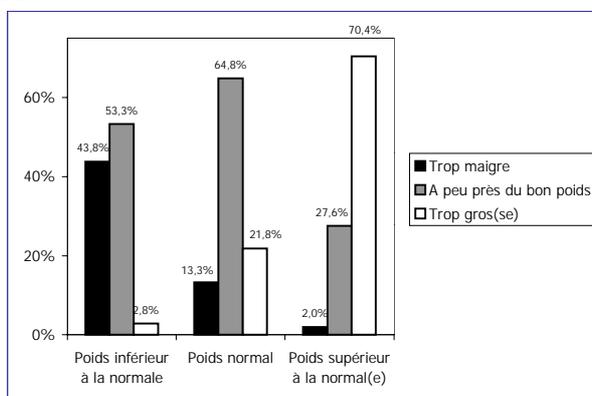
Source : DREES-DESCO-InVS, Enquête auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle 199-2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-23 Indice de Masse Corporelle des jeunes de 12 à 25 ans selon le sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : DREES-DESCO-InVS, Enquête auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle 199-2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

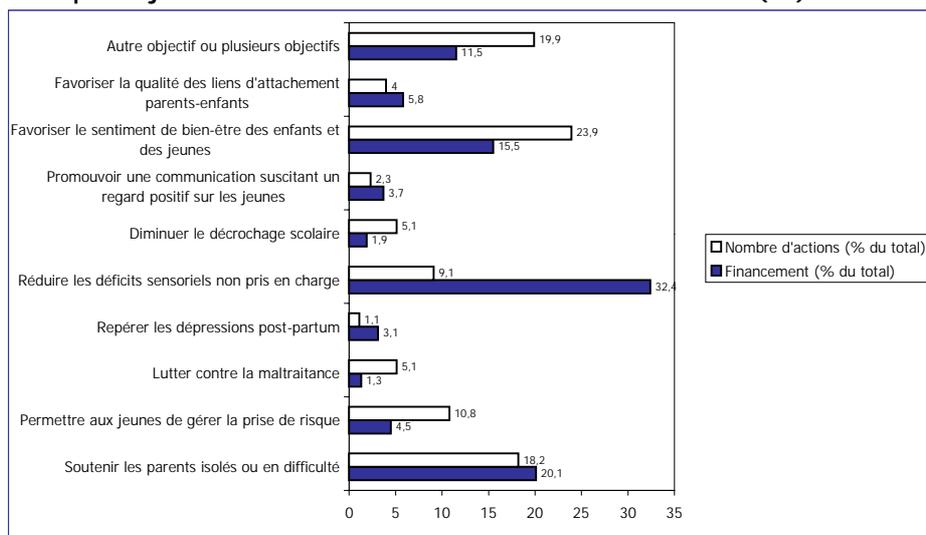
1-24 Perception de leur poids par les jeunes de 12 à 25 ans, selon l'Indice de Masse Corporelle, dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : Baromètre Santé des 12-25 ans, premiers résultats 2000, INPES, ORS Nord - Pas-de-Calais, FNORS, ORS Alsace, ORS Pays de Loire, ORS Picardie.

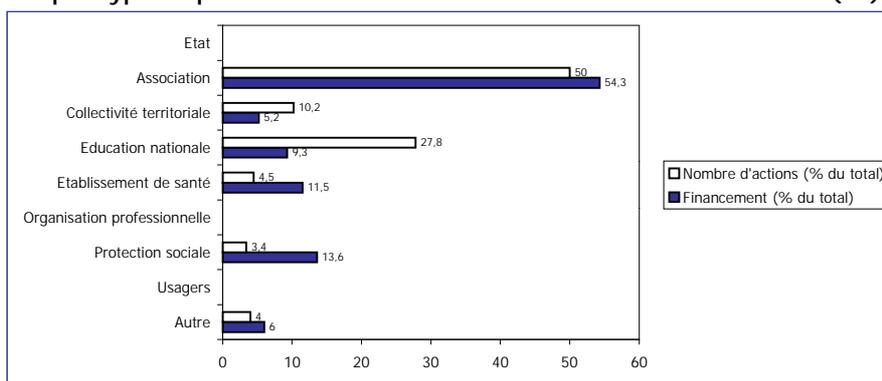
Santé des enfants et des jeunes Génération Santé

1-25 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (%)



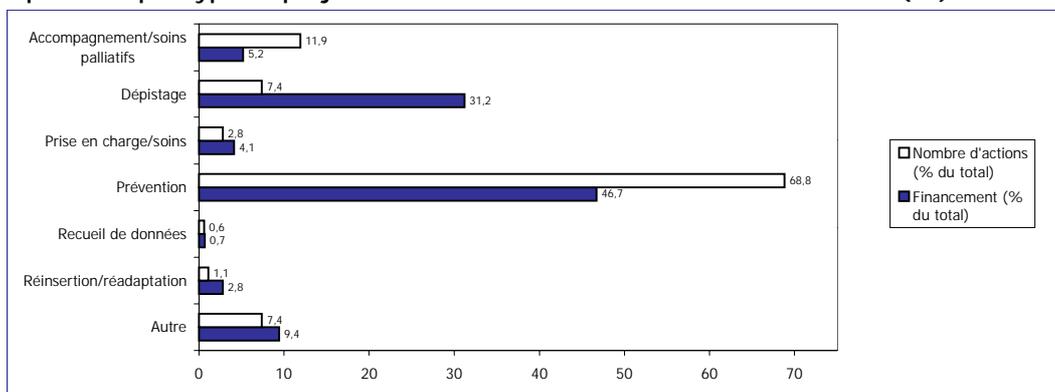
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-26 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

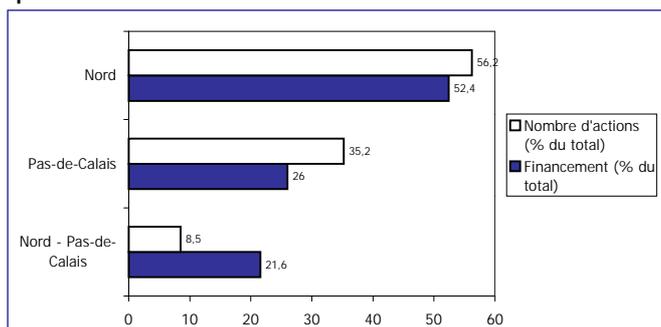
1-27 Répartition par type de projet du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

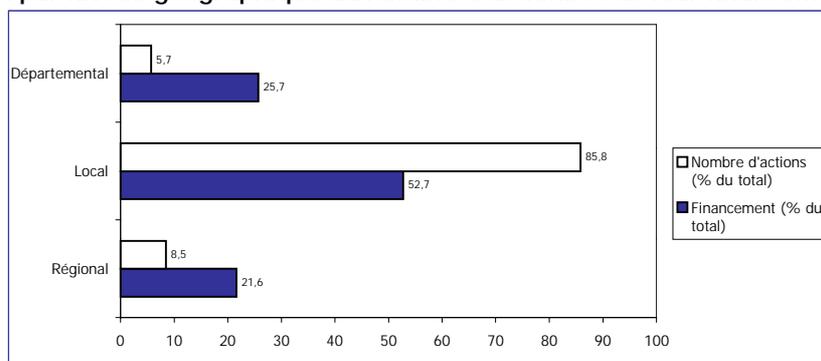
Santé des enfants et des jeunes Génération santé

1-28 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)



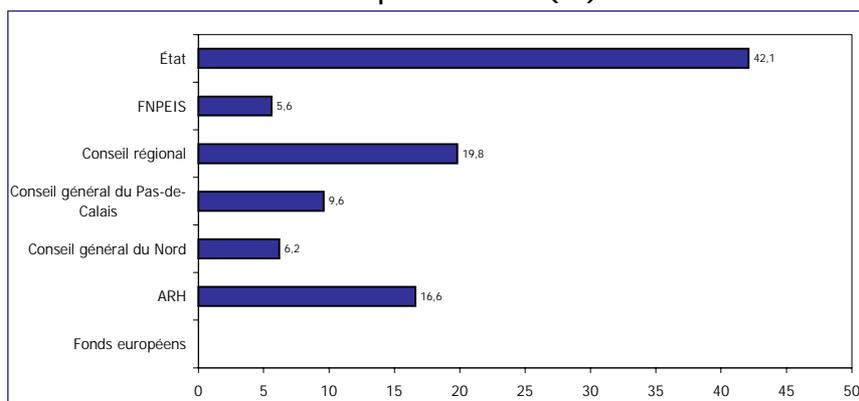
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-29 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

1-30 Répartition du financement des actions par financeur (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Précarité et Santé PRAPS



Précarité et santé

DES INÉGALITÉS DE SANTÉ À LA PRÉCARITÉ

- Les minima sociaux

- Le chômage

- La Couverture Maladie Universelle

- PCS et revenus des ménages

- La mortalité par suicide

P 27

p 27

p 29

p 31

p 33

p 33

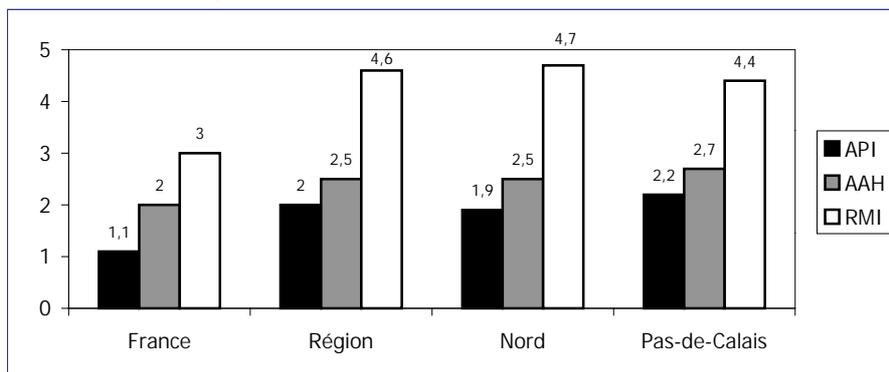
LES PROJETS RETENUS EN 2003

P 35

Cartes **04, 05, 21, 22, 32, 39**

Précarité et santé PRAPS

2-1 Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social (API, AAH ou RMI), Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 2000



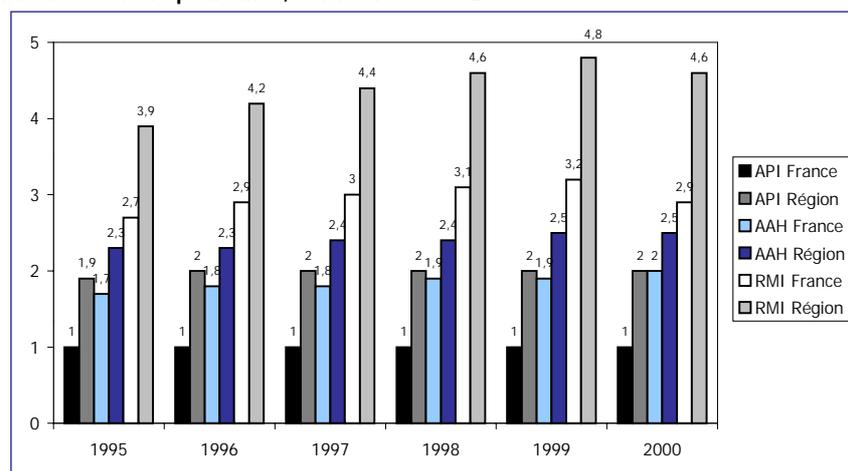
API : Allocation Parent Isolé

AAH : Allocation Adulte Handicapé

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

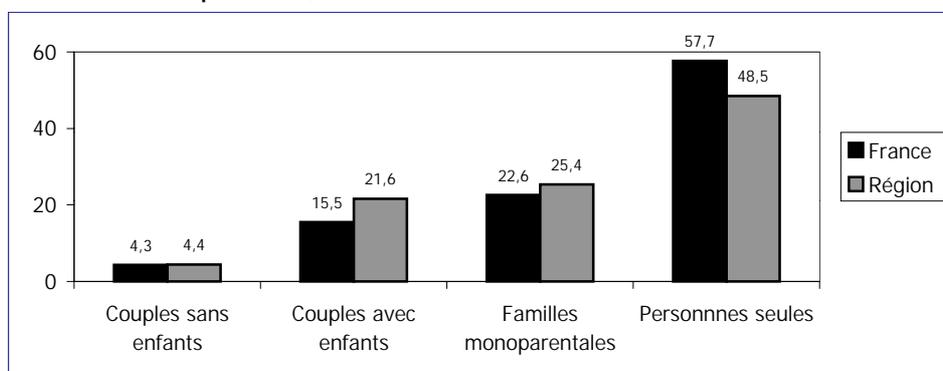
Source : CNAF, MSA, FNORS. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

2-2 Évolution du pourcentage de population bénéficiaire d'un minimum social dans le Nord – Pas-de-Calais et en France métropolitaine, entre 1995 et 2000



Source : CNAF, MSA, FNORS. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

2-3 Répartition (en %) de la population allocataire du RMI, par type de famille, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 2000



Source : CNAF, MSA, FNORS. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Précarité et santé PRAPS

Parmi les thèmes prioritaires de la première Conférence Régionale de Santé réunie en 1996, figuraient les problèmes liés à l'exclusion sociale et à la précarité. Dans le Contrat de plan 2000-2006, l'État, la Région, les départements du Nord et du Pas-de-Calais, les organismes d'Assurance Maladie, l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral ont proposé des objectifs communs en matière de santé et de précarité.

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) 2003 a pour objectifs prioritaires de :

- faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se soigner ;
- faire en sorte que les personnes en situation de précarité soient acteurs de leur santé ;
- faire en sorte que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue et prise en compte.

Ces objectifs sont déclinés à partir des axes prioritaires du PRAPS :

- droits, soins et prévention ;
- être acteur de sa santé ;
- la souffrance psychique.

L'année 2003 est une année particulière dans l'histoire du dispositif ; c'est une année charnière d'évaluation des Programmes Régionaux de Santé. L'évaluation du PRAPS repose sur 4 grands chapitres : la structure du PRAPS, le descriptif des actions menées, le partenariat et la dynamique de terrain, les représentations du programme.

DES INÉGALITÉS DE SANTÉ À LA PRÉCARITÉ

Les inégalités de santé sont souvent observées en premier lieu, d'un territoire à l'autre, par la mesure des structures de soins, des hôpitaux, de la démographie médicale servant de comparatif et d'indices en matière de mesure de l'offre de soins. C'est une préoccupation commune en Europe, particulièrement au Royaume Uni où des travaux menés depuis plusieurs années ont défini des déterminants d'inégalités :

- déterminants environnementaux (précarité sociale, économique...) ;
- déterminants liés aux comportements de santé (professions et catégories sociales, utilisation et consommation de soins).

En effet, les mesures de pauvreté d'une part et les comportements individuels d'autre part apportent un éclairage complémentaire dans l'observation des influences des conditions de vie sur la santé. Mais l'analyse des relations entre précarité et santé reste difficile.

La précarité se mesure selon plusieurs critères.

Les données les plus souvent utilisées sont :

- le chômage ;
- la profession et catégorie sociale (PCS) ;
- le niveau de revenu ;
- l'affiliation à la Couverture Maladie Universelle ;
- le niveau de prestations.

On sait que la précarité est une source de fragilité pour la santé (carences d'informations, d'accès aux soins, difficultés de prise en compte personnelle des problèmes de santé...).

Les inégalités de santé concernent principalement :

- l'accès aux soins ;
- l'utilisation du système de soins ;
- la qualité des soins.

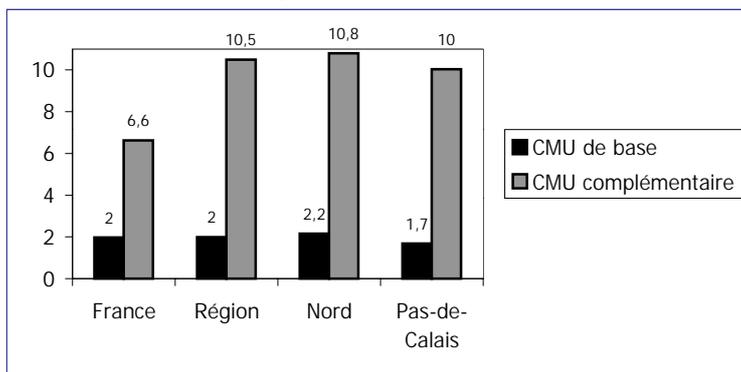
Les minima sociaux

En 2000, les minima sociaux ont été attribués, en France métropolitaine, à plus de 3 000 000 de bénéficiaires. Le nombre total de personnes couvertes s'élève à 5 500 000 ; soit 10 % de la population. Nous présentons ici les données concernant 3 des 8 allocations soumises à critères d'attribution : l'Allocation Parent Isolé (API), l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), et le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), dont les bénéficiaires entrent, selon les données de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales, dans la définition des "Allocataires en situation difficile".

La **Carte 22** (qui concerne la population en situation difficile) fait apparaître que les arrondissements du sud de la région (de Lens : 30,8 % à Maubeuge : 33,4 %), ainsi que le versant nord-est (constitué de Calais et Boulogne-sur-Mer) sont au-dessus de la moyenne régionale (29,5 %).

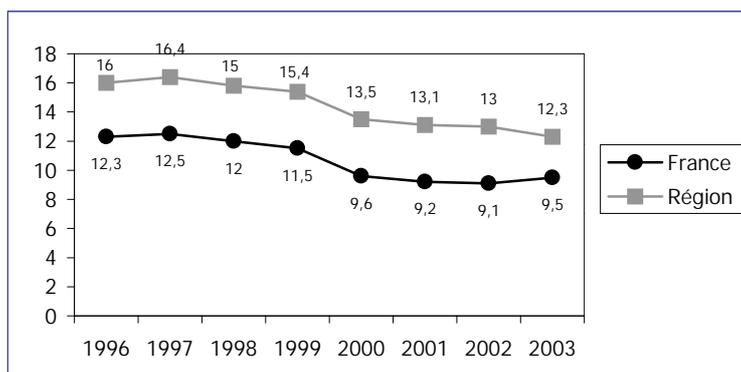
Précarité et santé PRAPS

2-4 Pourcentage de la population bénéficiaire de la CMU de base et de la CMU complémentaire, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 2002



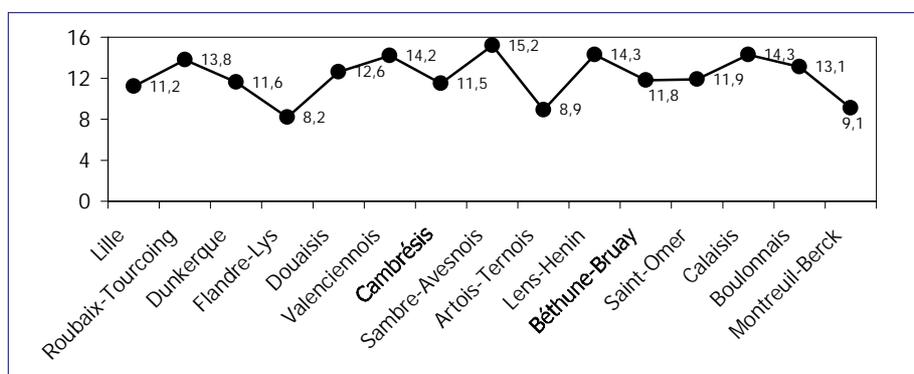
Source : DREES, DRASS Nord – Pas-de-Calais, INSEE Estim RGP 2000.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

2-5 Évolution du taux de chômage (en %), Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de juin 1996 à juin 2003



Source : DRTEFP - Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

2-6 Taux de chômage (en %) par zone d'emploi, dans le Nord - Pas-de-Calais, au 2^{ème} trimestre 2003



Source : DRTEFP - Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais

Précarité et santé PRAPS

Ces allocations sont attribuées selon des critères d'âge et de sexe : l'API est destinée aux femmes de 15 à 49 ans, l'AAH à la population de 20 à 64 ans, et le RMI à la population de 25 à 64 ans (de 18 à 24 ans pour les personnes avec enfant). Le RMI est le premier des minima sociaux ; 3 % de la population en est bénéficiaire. Le Nord - Pas-de-Calais se situe au-delà de ce pourcentage puisqu'il compte 4,6 % de bénéficiaires.

Comme pour le RMI, les chiffres de l'AAH et de l'API sont, dans le Nord - Pas-de-Calais, supérieurs à ceux de l'hexagone. La comparaison infrarégionale montre des moyennes légèrement plus élevées dans le Pas-de-Calais que dans le Nord.

En juin 2000, le RMI était attribué à un peu plus d'un million d'allocataires en France métropolitaine et à environ 130 000 personnes dans les départements d'Outre-Mer. Au cours des 6 premiers mois de l'année 2000 et pour la première fois depuis sa création, le nombre d'allocataires a diminué de 1,4 % en France métropolitaine. Cette baisse a été perceptible dans une moindre mesure dans la région Nord - Pas-de-Calais. La loi votée en décembre 1998 et mise en application en janvier 1999 prévoyait que : "*Toute personne dont les ressources n'atteignent pas le montant du revenu minimum, qui est âgée d'au moins 25 ans ou qui assume la charge d'enfants, qui s'engage à participer aux actions définies avec elle, nécessaires à son insertion sociale ou professionnelle, a droit au RMI*".

L'objectif premier de la loi était de réduire la pauvreté par le versement d'une allocation sous condition de ressources. Tout revenu perçu (revenus d'activité, prestations familiales, allocations chômage...) au-dessus du plafond prévu par la loi réduit d'autant le montant de l'allocation. Le RMI n'est pas une prestation universelle ; les bénéficiaires s'engagent à poursuivre un effort d'insertion. Il serait réducteur d'envisager l'insertion sous le seul angle du devenir professionnel. Pour beaucoup d'allocataires une meilleure insertion sociale, un accès facilité au logement, un meilleur accès aux soins sont des préalables nécessaires à la reprise d'activité. Il existe une différence dans la démarche de recherche d'emploi : les RMIstes privilégient plutôt les agences publiques pour l'emploi alors que les autres chômeurs mobilisent en priorité leur réseau de relations. 1 allocataire du RMI sur 10 au chômage en janvier 1998, avait un emploi 9 mois plus tard. Quand cet emploi a été obtenu grâce à l'Agence Nationale Pour l'Emploi, c'est dans 2 cas sur 3 un emploi aidé (Contrat Emploi Solidarité, Contrat Emploi Consolidé, stage rémunéré). Quand c'est l'allocataire lui-même qui l'a trouvé, cet emploi est 1 fois sur 4 un Contrat à Durée Indéterminée, 1 fois sur 3 un Contrat à Durée Déterminée, et seulement 1 fois sur 4 un emploi aidé.

En France comme dans le Nord - Pas-de-Calais (**Figure 2-3**), les RMIstes sont dans une grande majorité des personnes seules (57,7 % en France, 48,5 % dans la région). Viennent ensuite les familles monoparentales, plus représentées dans la région qu'en France (25,4 *versus* 22,6 %). La région se singularise également par l'importance des couples avec enfant : 21,6 % contre seulement 15,5 % en France.

Les dépenses d'API ont progressé de 17 millions d'euros sur une période de 10 ans, dont 5,1 % entre 1994 et 2001. Les effectifs bruts ont, quant à eux, augmenté de 9 % depuis 1996.

Depuis 1983, les dépenses relatives à l'AAH sont remboursées par l'État aux organismes gestionnaires. L'AAH a été revalorisée de 2,2 % au 1^{er} janvier 2001 (soit 557,12 euros à taux plein). Les dépenses de l'AAH ont progressé de 41 % entre 1991 et 2001 (plus 1,2 millions d'euros dont 29 % entre 1993 et 1999 en euros constants). Cette croissance des dépenses reflète la progression du nombre de bénéficiaires. Concernant le RMI, pour la première fois en 2000, on constate une diminution des effectifs après trois années de progression (**Figure 2-2**). Les jeunes de moins de 30 ans et les allocataires récents bénéficient plus largement de la meilleure conjoncture économique. Le nombre de bénéficiaires de moins de 30 ans a baissé de 4 %, rejoignant le pourcentage de 1996. Plus globalement, les hommes ont davantage bénéficié des opportunités offertes par la conjoncture : le nombre d'hommes seuls avec ou sans enfant a diminué de 1,5 %, alors que le nombre de femmes seules continue de progresser de 0,8 %, et que celui de femmes avec enfants augmente de 3,5 %.

Le chômage

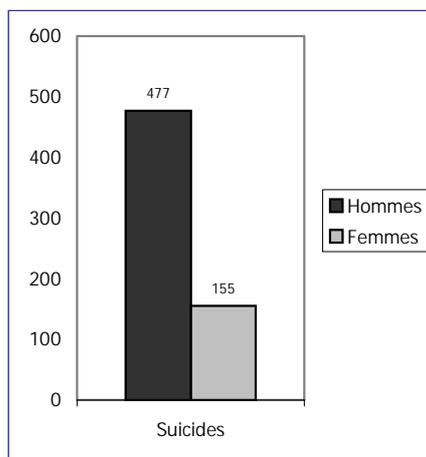
Le taux de chômage peut être calculé selon plusieurs critères. L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) utilise la base de calcul du Bureau International du Travail. Pour le BIT, un chômeur est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus), sans emploi, disponible dans un délai de 15 jours, qui cherche activement un emploi ou en a trouvé un qui commence ultérieurement.

En matière de chômage, la différence régionale est invariablement identique depuis 1996 ; soit entre 3,5 et 3,9 points supérieurs à la moyenne nationale, et ce dans la courbe ascendante de 1996 à 1997, ou descendante depuis 1997. En 2003, on constate une légère tendance à la diminution de l'écart entre la région et la France ; celui-ci passant de 3,9 points en 2002 à 2,8 points en 2003 (**Figure 2-5**).

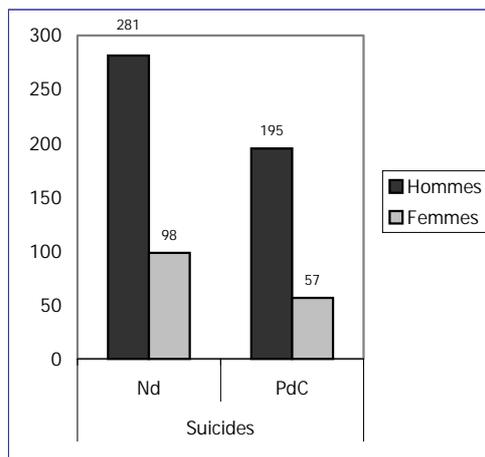
Fin mai 2003, le Nord - Pas-de-Calais comptait 196 699 chômeurs en données brutes. L'observation du taux de chômage par zone d'emploi fait apparaître un écart de 7 points entre la zone Flandre-Lys (8,2 %) et la zone Sambre-Avesnois (15,2 % de taux de chômage). La moyenne nationale étant de 9,5 % au deuxième trimestre 2003, 9 des 12 zones d'emploi sont au-dessus de la moyenne (**Figure 2-6**).

Précarité et santé PRAPS

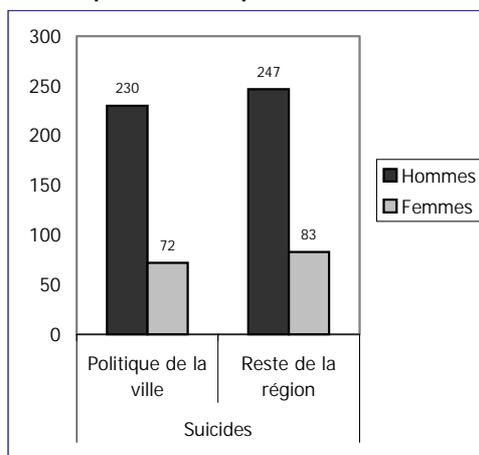
2-7A Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans par suicide, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



2-7B par département



2-7C dans les communes concernées par la Politique de la Ville



Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Précarité et santé PRAPS

De juin 2002 à juin 2003, on observe une baisse pour les jeunes de moins de 25 ans (-3,4 %) et les femmes (-2,1 %), et une hausse pour les hommes (+2,5 %). Pour ces mêmes catégories, l'évolution est, au niveau national, de +4, +3,9, et +7,9 %.

En matière de lien Travail-Santé, le cercle vicieux constitué par un enchaînement de maladies et de difficultés de vie affaiblissent l'individu sur le marché du travail. À "l'urgence socioprofessionnelle" vécue par les personnes en situation de précarité, s'ajoutent parfois des difficultés psychiques qui renforcent l'effet de précarisation et le sentiment d'exclusion. L'urgence sociale qui découle de la carence d'emploi relègue les questions de santé au second plan. On note une corrélation entre les régions les plus touchées par le chômage et les chiffres les plus avancés en matière de Couverture Maladie Universelle (un croissant nord et sud-sud est de la France).

La Couverture Maladie Universelle

Réforme majeure visant à assurer un réel accès aux soins aux personnes les plus démunies, la Couverture Maladie Universelle est entrée en application depuis le 1^{er} janvier 2000 (loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions). Elle a pour objectif de ne pas marginaliser les personnes en situation de précarité par un accès spécifique, tel que pouvait l'être l'Aide Médicale, mais au contraire de permettre à tous un égal accès au système de soins.

Le texte de loi comprend deux volets :

- le premier concerne la CMU de "base", qui garantit l'affiliation au régime général pour tous les résidents réguliers qui n'ont pas de couverture d'Assurance Maladie ;
- le second volet décrit la CMU "complémentaire" qui offre à la population la plus défavorisée, souvent privée de mutuelle ou d'assurance de santé, une couverture complémentaire gratuite. Cette couverture vient en complément des remboursements de dépenses des soins de la Sécurité Sociale.

Le seuil de ressources applicable au 1^{er} janvier 2000, était de 533 euros pour une personne seule, 800 euros pour un couple.

Les jeunes de 18 à 25 ans peuvent bénéficier à titre personnel de la CMU complémentaire dès lors que les liens familiaux sont rompus.

Les allocataires du RMI bénéficient automatiquement de la CMU complémentaire ; c'est également le cas de toutes les personnes dont la couverture de base ou complémentaire était prise en charge au titre de l'Aide Médicale.

La CMU complémentaire est gérée soit par une Caisse d'Assurance Maladie pour le compte de l'État, soit par un organisme complémentaire : mutuelle, société d'assurance, organisme de prévoyance.

Huit mois après son lancement, déjà 4,3 millions de personnes étaient couvertes par le régime général au titre de la CMU. Au bout de deux années, la CMU dépassait de plus de 36 % le nombre de personnes couvertes par l'ancienne Aide Médicale Départementale. On estime à 150 000, le nombre de personnes en situation de grande exclusion qui ne bénéficiaient d'aucune couverture avant d'être affiliées à la Couverture Maladie Universelle.

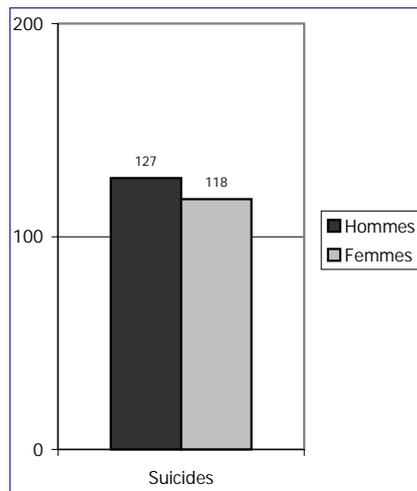
Après 3 ans de mise en application, la CMU compte près de 1,4 millions de bénéficiaires au titre de la CMU de base et près de 4,5 millions au titre de la CMU complémentaire (dont 3,9 millions en France métropolitaine). 94 % des bénéficiaires relevaient du régime général pour leur régime de base.

Le taux de couverture varie de 2,8 % en Haute-Savoie à 12,5 % dans le département des Bouches du Rhône. Le taux de couverture de la CMU de base est de 2 % en France et dans la région. Le Nord est légèrement au-dessus avec 2,2 % (Figure 2-4), contrairement au Pas-de-Calais qui est en dessous (1,7 %). C'est pour la CMU complémentaire que l'on note un écart défavorable à la région : 10,5 % pour 6,6 % en France métropolitaine. L'examen des droits des anciens bénéficiaires de l'Aide Médicale (jusqu'alors affiliés automatiquement), entre le 30 juin et 30 septembre 2001, s'est traduit par la sortie du dispositif d'une partie d'entre eux dont les droits n'ont pas été renouvelés ; ceci entraînant une baisse sensible de l'effectif. Une caractéristique du dispositif est le phénomène de fluctuation des personnes affiliées. Entre 2001 et 2002 on constate une progression des flux de nouveaux entrants.

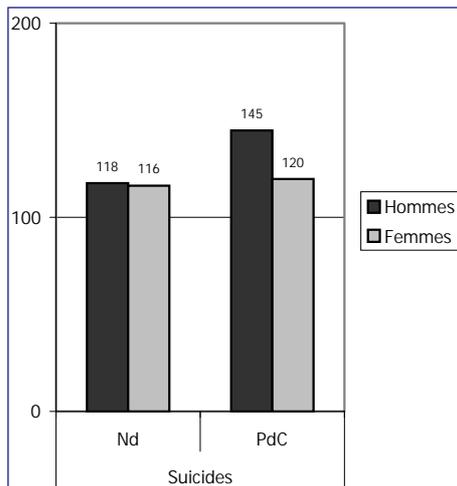
Les dépenses de santé d'un patient bénéficiaire de la CMU s'élèvent à 1 953 euros en moyenne pour l'année 2000, soit 30 % de plus qu'un patient du régime général, qui a dépensé pour la même période 1 504 euros. Cette surconsommation passe par un recours aux soins plus fréquent de l'hôpital. Cette fréquentation accrue des soins hospitaliers pour les familles en difficultés sociales est observée depuis de nombreuses années. On peut conclure que les bénéficiaires de la CMU n'ont pas changé de type de recours mais en ont augmenté le nombre. En matière de recours aux soins de ville, la structure par âge fait apparaître une plus faible différence chez les enfants et chez les adultes de plus de 60 ans. La proportion d'adultes parmi les 150 000 personnes qui avaient renoncé à se soigner avant la mise en place de la CMU était donc sans doute forte.

Précarité et santé PRAPS

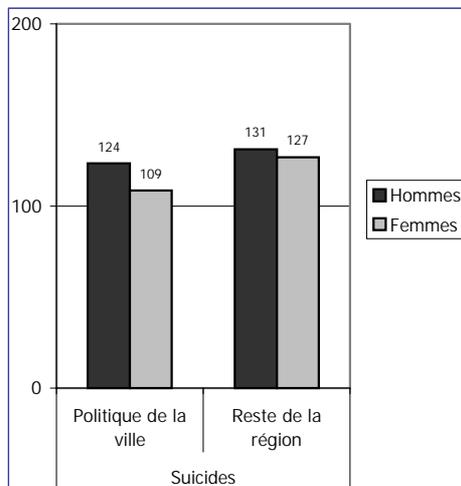
2-8A Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par suicide, par sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



2-8B par département



2-8C dans les communes concernées par la Politique de la Ville



Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

PCS et revenus des ménages

En janvier 2000 paraissent les premiers résultats du Recensement Général de la Population effectué en mars 1999 en France. La répartition des ménages selon la PCS fait apparaître un écart favorable à la région Nord - Pas-de-Calais pour les ménages dont la personne de référence est "ouvrier" : 24,6 % pour 19,4 % en France (**Figure 2-9**). La région compte une moindre part de ménages dont la personne de référence est "agriculteur exploitant" (0,9 *versus* 1,6 % en France), "commerçant" (3,7 *versus* 5 % en France), et "cadre/profession intellectuelle supérieure" (7,1 *versus* 9,6 % en France). La différence est moindre concernant les "professions intermédiaires" (13,3 *versus* 14,1 %) et pour les "employés" (10,8 *versus* 11,5 %). Pour l'INSEE, ceci correspond à une évolution du profil de la région Nord - Pas-de-Calais. La progression du nombre d'employés est même l'une des plus fortes enregistrées dans les départements français. Au-delà des professions et catégories sociales, le Nord - Pas-de-Calais fait partie des trois régions (avec la Corse et le Languedoc-Roussillon) où les revenus déclarés sont les plus faibles. La région Nord - Pas-de-Calais compte 1 131 239 foyers fiscaux dont 55 % sont non-imposables. L'INSEE relate un écart entre les revenus les plus modestes et les revenus supérieurs plus élevé dans le Nord - Pas-de-Calais qu'au niveau national. Les plus hauts revenus se situent dans les communes périphériques des grandes villes, en particulier dans l'agglomération lilloise. L'observation de la **Carte 21** montre que seul d'arrondissement de Lille est au-dessus de la moyenne régionale en matière de foyers fiscaux non-imposables avec 48 %. Les arrondissements de Valenciennes et de Lens ont plus de 60 % de ménages non-imposables (respectivement 61 et 64 %).

La mortalité par suicide

La mortalité prématurée (avant 65 ans) est la mortalité qui concerne les personnes dont l'âge au décès est inférieur à 65 ans. Le nombre annuel moyen de décès (**Figures 2-7A, 2-7B, 2-7C**) a été calculé pour les années 1997 à 1999.

L'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) a été élaboré afin de permettre, pour chaque sexe, de comparer la mortalité de différentes zones géographiques, en tenant compte de la structure par âge de leur population. Cet indice est calculé en divisant le nombre de décès observés au sein d'une zone géographique, par ceux que l'on observerait (décès attendus) en appliquant, par groupe d'âge, les taux de mortalité de la population de référence (ici la France). Ainsi, un indice 100 indique que le niveau de mortalité de la zone géographique est équivalent à celui de la France.

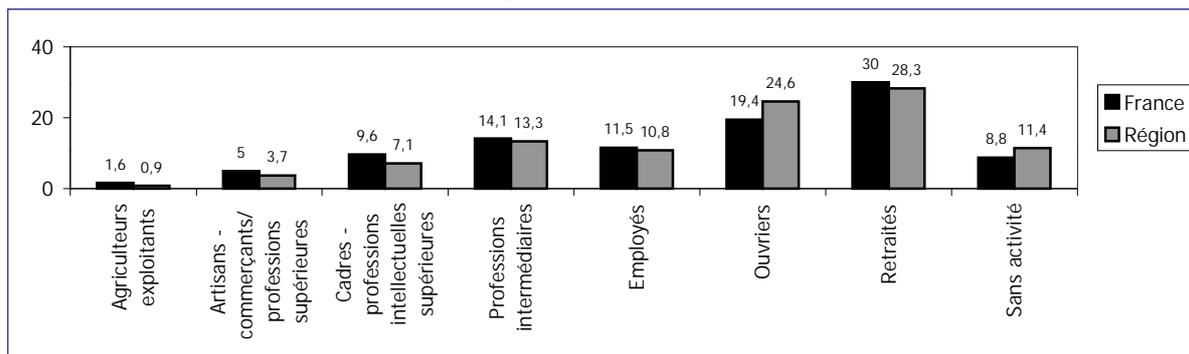
La **Carte 05** (Décès par suicide chez les femmes), montre que les arrondissements du sud et du nord-est de la région ont les indices les plus importants : Cambrai et Montreuil ont un Indice Comparatif de Mortalité par suicide égal à 200 (il est de 117,6 en moyenne pour la région et de 100 pour la France). Pour les hommes, on retrouve le même cas de figure avec des indices plus marqués pour Cambrai et Montreuil (200 pour un indice régional de 127,4) ; s'y ajoutent les arrondissements de Saint-Omer et Béthune. Contrairement aux indices féminins pour lesquels 5 arrondissements sont en dessous de l'indice régional, et égaux à l'indice national (Maubeuge, Valenciennes, Douai, Saint-Omer, Boulogne), chez les hommes, tous les arrondissements ont des ICM supérieurs à la moyenne française (**Carte 04**).

Les suicides et tentatives de suicide posent un important problème de Santé Publique : 11 000 décès par suicide, dont 8 000 chez les hommes, ont été enregistrés en moyenne entre 1997 et 1999. Ils constituent la première cause de mortalité entre 25 et 34 ans. 155 000 tentatives de suicide¹ sont prises en charge annuellement par le système de soins, et concernent en premier lieu les femmes et les jeunes.

¹ DREES, Études et Statistiques, n°109, avril 2001.

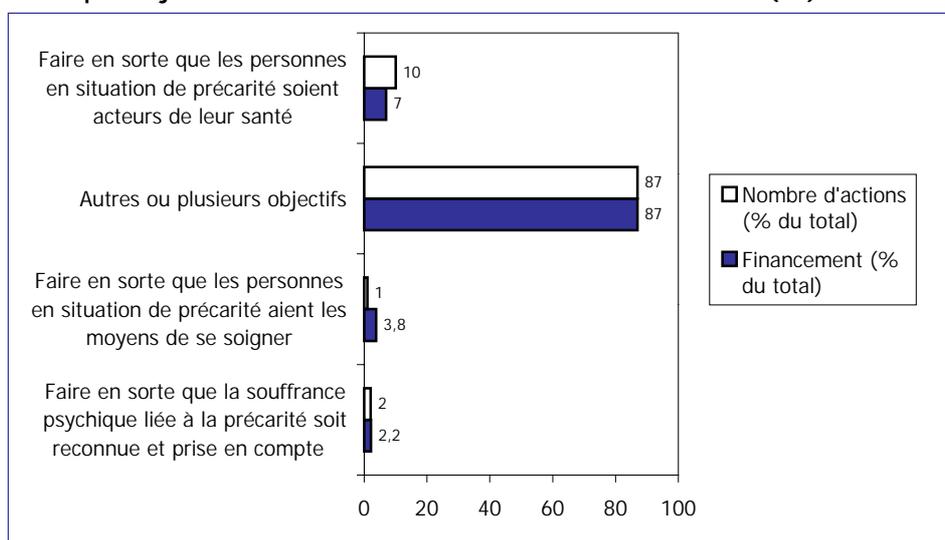
Précarité et santé PRAPS

2-9 Répartition des ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



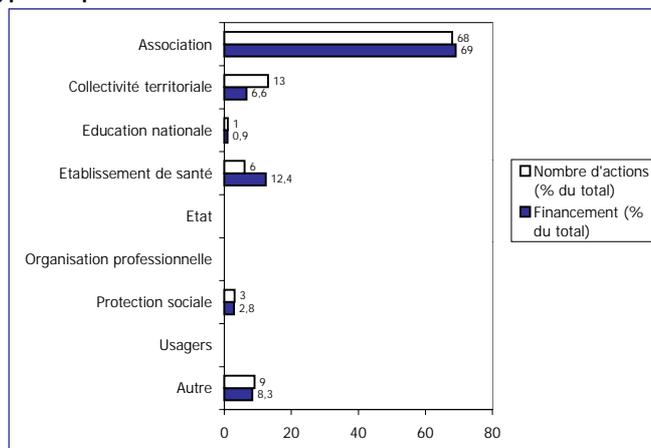
Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

2-10 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

2-11 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

LES PROJETS RETENUS EN 2003

L'année 2003 a vu 41,3 % de nouveaux projets acceptés sur l'ensemble des dossiers PRS et 86,8 % des dossiers pluriannuels ont été reconduits. 52,1 % des projets ont été acceptés au titre du PRAPS.

On note une différence sensible de la répartition par objectif du nombre d'actions et de leurs financements (Figure 2-10), entre 2002 et 2003. La catégorie "Autre ou plusieurs objectifs" est passé de 25,2 % en 2002 à 87 % en 2003, pour 87 % du financement. Par voie de conséquence, les autres objectifs sont plus faiblement représentés : 10 % pour "Faire en sorte que les personnes en situation de précarité soient acteurs de leur santé". Les objectifs "Faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se faire soigner" (1 %) et "Faire en sorte que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue et prise en compte" (2 %) sont déclinés dans les 87 % des objectifs "Autres".

La Figure 2-11 donne la répartition par type de porteurs du nombre d'actions et de leur financement (Carte 32). La part des différents porteurs garde à peu près la même configuration qu'en 2002. Une grande majorité des actions est portée par les associations, soit 68 % du nombre d'actions pour 69 % du financement. La différence est très importante avec la deuxième catégorie de porteur de projets que sont les collectivités territoriales (13 % pour 6,6 % du financement) (Carte 39).

Les actions de prévention sont les plus nombreuses avec 32 % des actions (Figure 2-15) pour 31,1 % du financement. À égalité (27 %), viennent ensuite "Accompagnement/Soins palliatifs" (26,9 % des financements) et "Réinsertion/Réadaptation" (23,7 % des financements). Suivent les "Autres" types d'actions (7 %), "Prise en charge/Soins" (4 %), et "Recueil de données" (3 %). Il serait intéressant d'encourager le recueil de données en matière de précarité. En effet même si aujourd'hui la notion de souffrance psychique fait son chemin, peu d'études la définissent au regard de la précarité d'une part, et peu démontrent ses interactions sur l'état de santé de la population d'autre part.

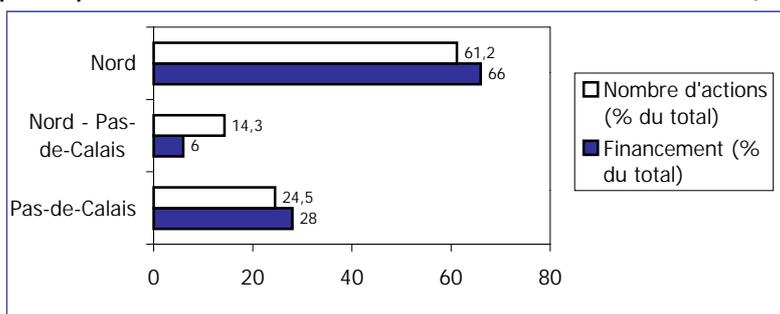
Afin de faciliter l'analyse territoriale des actions, nous avons considéré que, pour l'échelon géographique, les actions qui ne concernent qu'un arrondissement d'un seul département sont comptées locales, les actions concernant plus d'un arrondissement sont comptées départementales, les actions régionales ou concernant au moins un arrondissement des deux départements sont comptées régionales.

91 % des actions (Figures 2-12 et 2-13) ont une portée locale, ce qui représente 81,9 % du financement. Seulement 3 % se situent au niveau départemental et 6 % au niveau régional. L'ensemble de ces actions concerne majoritairement le Nord, pour 61,2 % et 66 % de part du financement. 14,3 % concernent exclusivement le Pas-de-Calais pour une faible part de financement (6 %). Le niveau géographique régional concentre 24,5 % de la répartition des actions pour 28 % du financement. Au niveau des arrondissements, tant par rapport à l'ensemble des PRS qu'au niveau du PRAPS, l'arrondissement de Lille totalise le plus d'actions : 157 sur l'ensemble et 35 pour le PRAPS ; sachant que 120 actions (dont 26 concernant le PRAPS) n'ont pas été rattachées à un arrondissement.

109 projets financés au titre du PRAPS 2003 ont représenté un budget de 1,25 millions d'euros. Le financement (Figure 2-14) est réparti principalement entre l'État (46,6 %), le FNPEIS (23,6 %), le Conseil Général du Nord (10,5 %). Le financement de l'ARH passe de 23,1 % en 2002 à 8,7 % en 2003. Les Fonds européens, qui représentaient 1,5 % du financement en 2002, disparaissent en 2003.

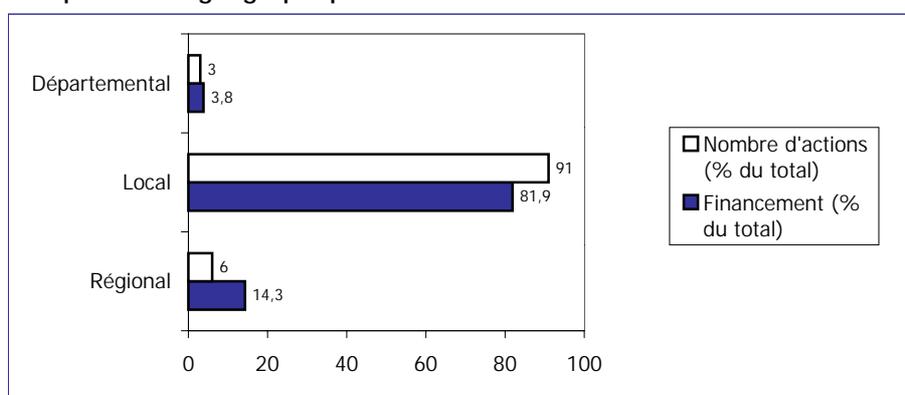
Précarité et santé PRAPS

2-12 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)



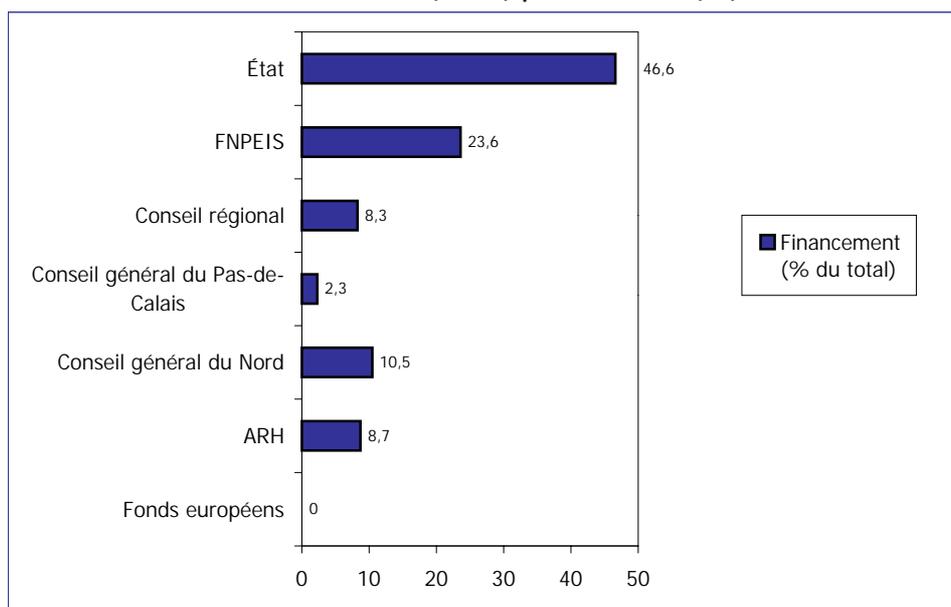
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

2-13 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

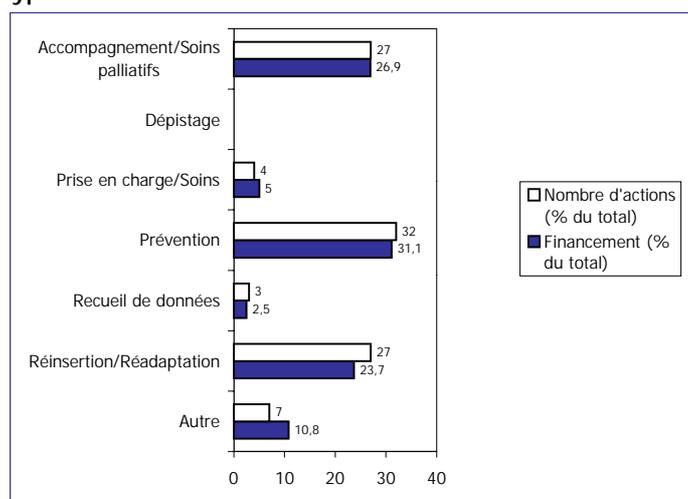
2-14 Répartition du financement des actions (en %) par financeur (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

Précarité et santé PRAPS

2-15 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque



Conduites de consommation à risque

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

P 41

- La consommation de substances psycho-actives chez les jeunes

p 41

L'expérimentation de produits psycho-actifs

p 41

La fréquence de l'usage des produits psycho-actifs

p 41

Approche régionale de la consommation déclarée de produits psycho-actifs

p 41

- Usagers de drogues et réduction des risques

p 43

- Les accidents corporels de la circulation

p 43

Les accidents corporels recensés dans le Nord – Pas-de-Calais entre 1998 et 2002

p 45

Les données du Nord – Pas-de-Calais et de la France entre 1998 et 2002

p 45

Les accidents corporels dans un contexte d'alcoolémie illégale

p 45

- L'incidence des tumeurs malignes liées à une intoxication alcoolo-tabagique dans la région Nord – Pas-de-Calais

p 45

Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon

p 47

Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx

p 47

Tumeurs malignes du larynx et de l'œsophage

p 47

- La mortalité régionale

p 49

La mortalité par surdoses

p 49

La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac

p 49

Analyse de la mortalité à l'échelle infra-régionale

p 51

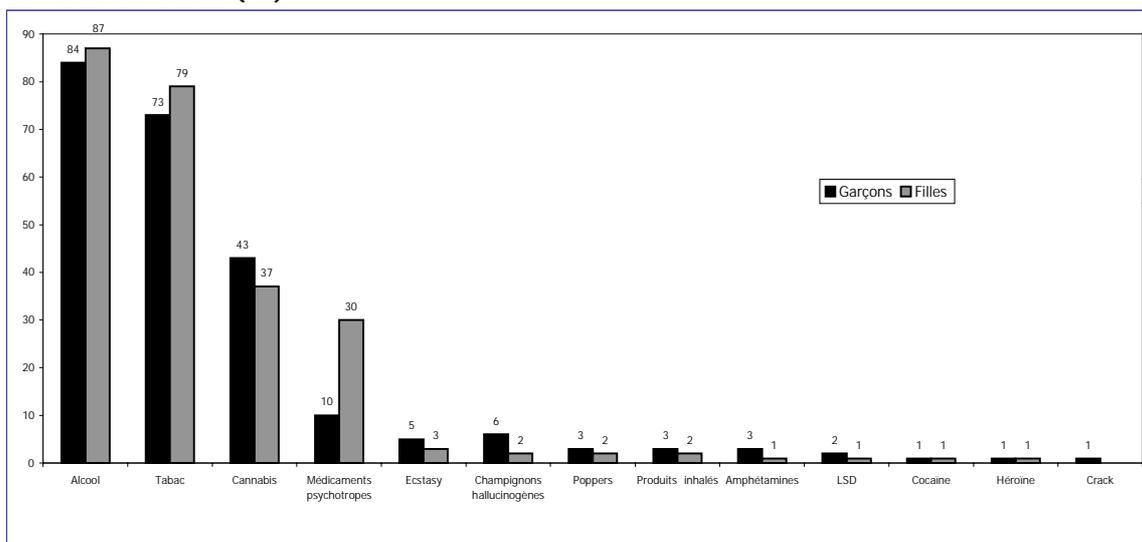
LES PROJETS RETENUS EN 2003

P 53

Cartes 06, 07, 08, 09, 33, 40

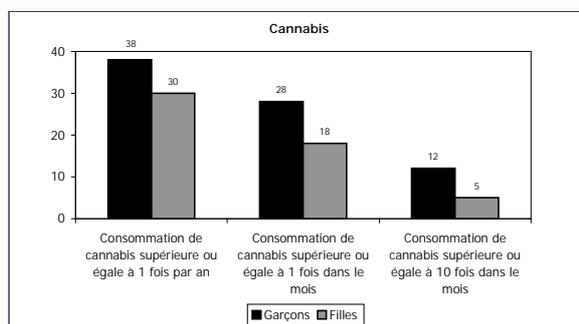
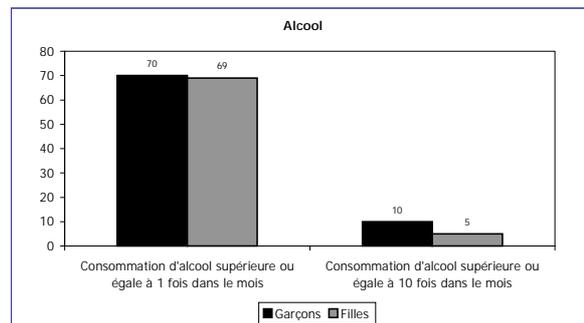
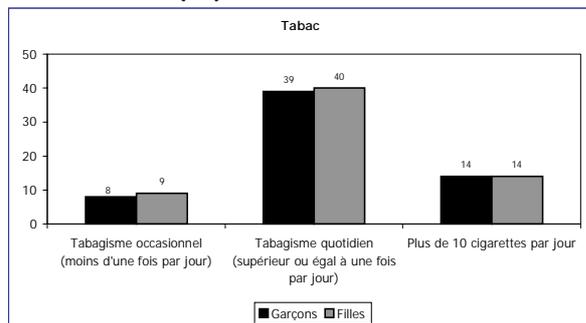
Conduites de consommation à risque

3-1 Expérimentation de produits psycho-actifs des jeunes de 17 et 18 ans en 2000-2001 dans le Nord – Pas-de-Calais (%)



Source : Enquête ESCAPAD 2000-2001, OFDT.

3-2 Usage de produits psycho-actifs parmi les jeunes de 17 et 18 ans en 2000-2001 dans le Nord – Pas-de-Calais (%)



Source : Enquête ESCAPAD 2000-2001, OFDT.

Conduites de consommation à risque

Le Programme Régional de Santé **Conduites de Consommation À Risque** est issu de l'une des 6 priorités régionales de santé définies par la Conférence Régionale de Santé.

Les **3 principaux axes de travail** et d'appel à projet autour de ce PRS sont les suivants :

- réduire la consommation de substances psycho-actives chez les jeunes et les adultes ;

Les actions autour des déterminants des comportements de mésusage des substances psycho-actives devraient être amenées à se développer. Une population-cible pour chaque projet devrait également être définie.

- réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux, notamment par l'amélioration de l'accès aux soins et le développement d'actions en partenariat entre toutes les structures et associations impliquées dans la prise en charge ;

- promouvoir la recherche en vue de l'amélioration des connaissances, de la formation et de l'évaluation. Pour cet axe, une appréciation de l'utilité et du champ d'investigation des actions était jugée essentielle.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

La consommation de substances psycho-actives chez les jeunes¹

L'expérimentation de produits psycho-actifs

Près de 9 jeunes sur 10 âgés de 17 et 18 ans ont déjà expérimenté la consommation d'alcool, 8 sur 10 le tabac, plus de 4 sur 10 le cannabis et près de 2 sur 10 les médicaments psychotropes. L'expérimentation des autres produits psycho-actifs est relativement moins importante et concerne moins d'1 jeune sur 10 (6 % pour les champignons hallucinogènes, 4 % pour l'ecstasy, 2,5 % pour les poppers ou autres produits inhalés, 2 % pour les amphétamines, 1,5 % pour le LSD, 1 % pour la cocaïne ou l'héroïne et moins de 1 % pour le crack).

Quelques différences existent selon le sexe : les garçons déclarent avoir plus fréquemment expérimenté le cannabis que les filles alors que ces dernières rapportent beaucoup plus souvent avoir déjà eu recours aux médicaments psycho-actifs (**Figure 3-1**).

En moyenne, les jeunes ayant déjà expérimenté le tabac, ont fumé leur première cigarette peu avant 14 ans. L'âge moyen de l'expérimentation de l'ivresse se situe à 15 ans pour les garçons, 15 ans et demi pour les filles ; pour le cannabis la première consommation se situe en moyenne peu après l'âge de 15 ans et demi (15,6 pour les garçons et 15,8 pour les filles). L'étude des courbes de diffusion rétrospectives de l'expérimentation du tabac et de l'ivresse montre une progression importante de l'expérimentation entre 14 et 16 ans.

La fréquence de l'usage des produits psycho-actifs

Quelle que soit la fréquence de consommation de tabac, les garçons et les filles rapportent une fréquence d'usage similaire. Près d'1 jeune sur 2 a une consommation quotidienne ou occasionnelle de tabac à l'âge de 17-18 ans (**Figure 3-2**). Parmi les jeunes âgés de 12 à 25 ans, la proportion de fumeurs réguliers (au moins 1 cigarette par jour) augmente sensiblement suivant les classes d'âge entre 12 et 18 ans : ils représentent 3,9 % des 12-14 ans, 24,5 % des 15-17 ans, environ 36 % des 18-25 ans. En ce qui concerne la consommation d'alcool, les garçons de 17 et 18 ans déclarent plus fréquemment avoir une consommation répétée (plus de 10 fois par mois) que les filles de cet âge (**Figure 3-2**). Parmi les 12-25 ans, les garçons sont largement sur-représentés dans les classes de fréquences de consommation mensuelle et hebdomadaire. La consommation de cannabis, produit illégal le plus utilisé, est plus importante chez les garçons que chez les filles, notamment en ce qui concerne les plus importantes fréquences de consommation (supérieure ou égale à 10 fois dans le mois écoulé) (**Figure 3-2**).

Approche régionale de la consommation déclarée de produits psycho-actifs

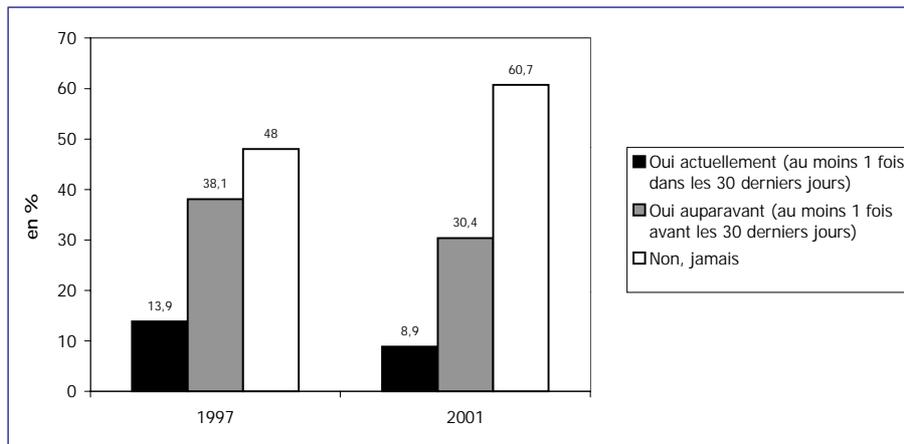
L'approche régionale de la consommation de produits psycho-actifs montre que l'usage de ces produits s'avère relativement moins fréquent dans la région Nord – Pas-de-Calais² qu'en moyenne en France ; notamment en ce qui concerne l'usage régulier de l'alcool chez les garçons, l'expérimentation de l'ivresse, l'âge de la première ivresse, l'expérimentation du tabac des garçons, l'expérimentation du cannabis, l'âge moyen de la première expérimentation de cannabis et l'usage régulier de cannabis chez les garçons.

¹ Les données présentées sont issues du Baromètre santé des jeunes réalisé en 2000 et de l'enquête ESCAPAD 2000 et 2001 (enquête sur les consommations de produits psycho-actifs réalisée lors de l'appel de préparation à la défense) menée auprès des jeunes du Nord – Pas-de-Calais.

² Beck F, Legleye S, Peretti-Wattel P. Santé, mode de vie et usage de drogues à 18 ans. OFDT. ESCAPAD 2001 ; 137-147, 199 p.

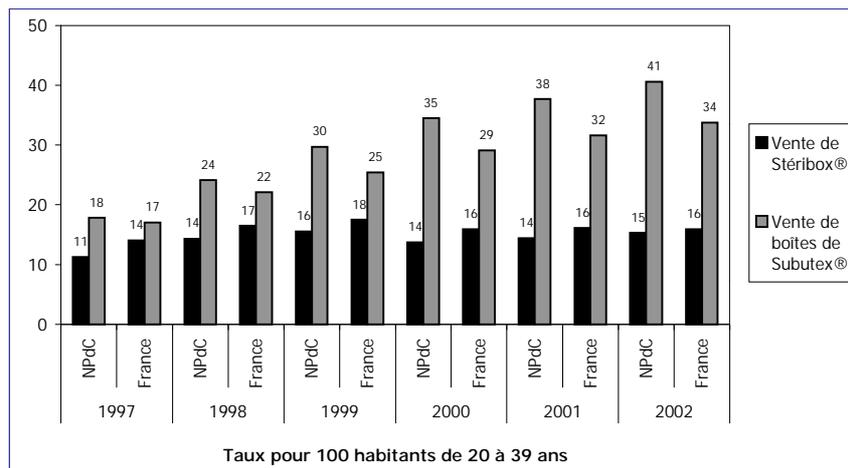
Conduites de consommation à risque

3-3 Évolution du recours à l'injection par voie intraveineuse chez les usagers de drogue pris en charge par les structures sanitaires et sociales dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997 et 2001 (%)



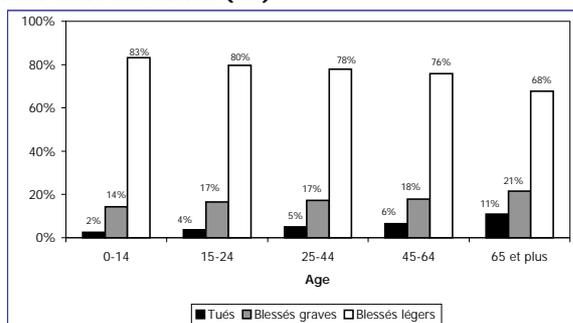
Source : DRASS Nord – Pas-de-Calais.

3-4 Évolution des ventes de Stéribox® et Subutex® pour 100 habitants de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, de 1997 à 2002



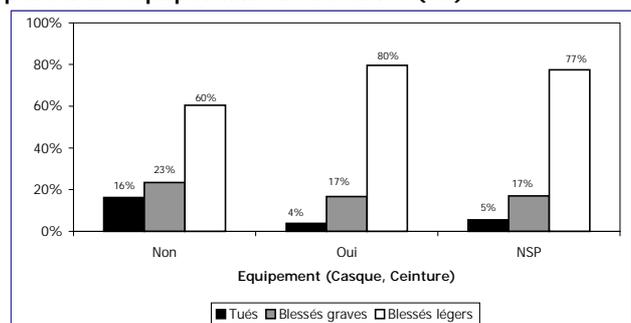
Source : SIAMOIS/InVS.

3-5 Répartition des accidentés de la route par classe d'âge et suivant les conséquences sur leur état de santé (%)



Source : Centre d'Études Techniques de l'Équipement, Directions régionale et départementales de l'Équipement.

3-6 Répartition des accidentés de la route suivant les conséquences sur l'état de santé et le port d'un équipement de sécurité (%)



Usagers de drogue et réduction des risques

L'enquête de la DRASS réalisée chaque année au mois de novembre montre pour l'année 2001 une légère baisse du nombre d'Usagers de Drogue (UD) pris en charge par les structures sanitaires et sociales de la région (3 403 *versus* 3 677 en 2000), alors que les neuf années précédentes ont connu une augmentation constante (Moniteur 2002). L'âge moyen des UD augmente, entre 2000 et 2001, de 26,8 à 27,5 ans ; le Pas-de-Calais a une moyenne d'âge inférieure à celle du Nord (24,9 ans *versus* 28,5 en 2001).

23,6 % des UD pris en charge en 2001 déclarent être porteurs du virus de l'hépatite C et 1,6 % se déclarent séropositifs au VIH. La proportion monte à plus d'un tiers des UD pris en charge (35,8 %) pour l'hépatite C et à 2,6 % pour l'HIV, si l'on suppose que les UD dont le statut sérologique est déclaré inconnu lors de l'enquête (soit 34 % pour l'hépatite C et 33,9 % pour l'HIV), se répartissent comme les autres.

Le recours à l'injection par voie intraveineuse chez les UD semble diminuer. Leur proportion est passée de 13,9 % en 1997 à 8,9 % en 2001. Sur la même période, le pourcentage d'UD pris en charge n'ayant jamais eu recours à l'injection augmente (de 48 à 60,7 %) (Figure 3-3).

Tout en se situant toujours en dessous du niveau de la France, la vente de Stéribox[®] (trousse de prévention destinée aux usagers de drogue par voie intraveineuse) a augmenté dans la région Nord – Pas-de-Calais ; passant de 11,3 kits pour 100 habitants de 20-39 ans en 1997 à 15,3 en 2002 (soit une hausse des ventes de 37 % contre 13 % au niveau national) (Figure 3-4). L'utilisation de ce type de kit permet d'éviter le risque lié au partage de matériel d'injection : contamination par les virus du Sida et des hépatites mais aussi abcès. La hausse des ventes de ce type de matériel de réduction des risques est davantage à mettre en lien avec une meilleure gestion des risques des usagers de drogues qu'avec une hausse des pratiques d'injection. Depuis la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (Subutex[®]) en 1996, les ventes de ce médicament n'ont cessé d'augmenter. Entre 1997 et 2002, les ventes de boîtes de Subutex[®] (pour 100 habitants de 20-39 ans) ont doublé, que ce soit au niveau régional (+128 %) ou national (+98 %). La région connaît un niveau de vente supérieur à la France (Figure 3-4).

Les accidents corporels de la circulation (conducteurs, passagers ou piétons)¹

Lors d'un accident corporel de la circulation routière, les forces de l'ordre se rendent sur les lieux de l'accident afin d'établir un procès-verbal. Parallèlement à cette procédure judiciaire, elles remplissent une fiche BAAC (Bulletin d'Analyse d'Accident Corporel de la Circulation) qui va servir à alimenter le fichier national des accidents. Ce dernier constitue le centre du système d'information de la sécurité routière.

Un accident corporel (mortel et non mortel) de la circulation routière est défini selon les critères suivants :

- il provoque au moins une victime,
- il survient sur une voie ouverte à la circulation publique,
- il implique au moins un véhicule.

Parmi les usagers impliqués dans un accident corporel de la circulation, on distingue : les indemnes dont l'état ne nécessite aucun soin médical, les tués (victimes tuées sur le coup ou décédées dans les 6 jours qui suivent l'accident), les blessés graves (victimes non tuées mais blessées dont l'état nécessite plus de 6 jours d'hospitalisation), les blessés légers (victimes non tuées mais blessées, leur état nécessitant entre 0 et 6 jours d'hospitalisation ou un soin médical).

Des biais concernant les accidents corporels sont identifiés² : il s'agit essentiellement de biais de classement quant à la gravité des dommages corporels, notamment lors d'une évaluation dans un contexte non-médical et de biais de sélection concernant le recensement des accidents corporels. Ce dernier peut varier selon l'implication ou non d'un tiers, le mode de transport ou la gravité des dommages corporels.

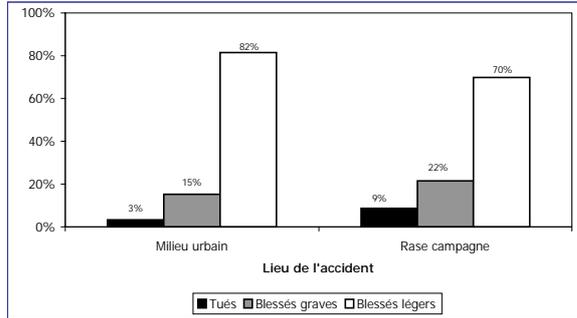
Enfin, il est utile de noter que l'importance de l'accidentologie dans un territoire donné dépend de plusieurs facteurs. Il s'agit en l'occurrence des infrastructures, de l'importance de l'utilisation de certains parcours, du type de véhicule utilisé et du comportement des conducteurs (alcoolisation, prise de risque...).

¹ CETE. Centre d'Études Techniques de l'Équipement, Directions régionale et départementales de l'équipement.

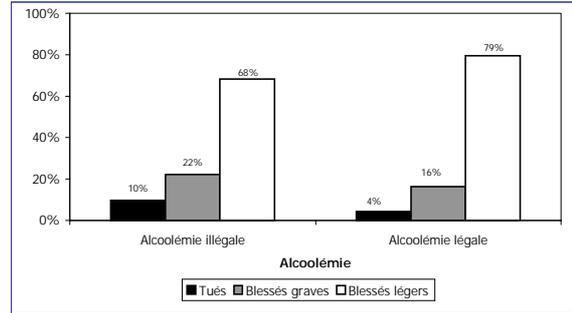
² Laumon B, Martin JL. Analyse des biais dans la connaissance épidémiologique des accidents de la route en France. *Rev. Épidémiol. Santé Publique* 2002, 50 : 277-285.

Conduites de consommation à risque

3-7 Répartition des accidentés de la route suivant les conséquences sur l'état de santé et le lieu de l'accident

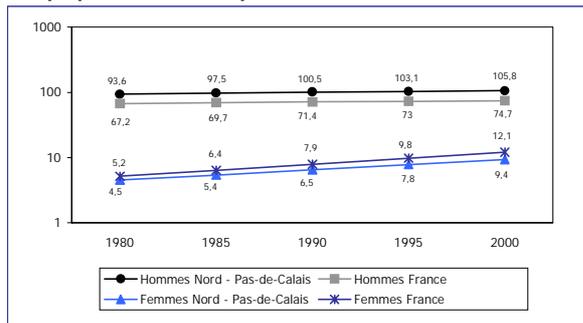


3-8 Répartition des accidentés de la route suivant les conséquences sur l'état de santé et l'alcoolémie

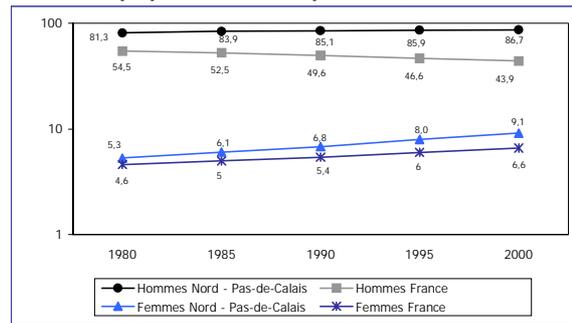


Source : Centre d'Études Techniques de l'Équipement, Directions régionale et départementales de l'Équipement.

3-9 Évolution de l'incidence des tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)

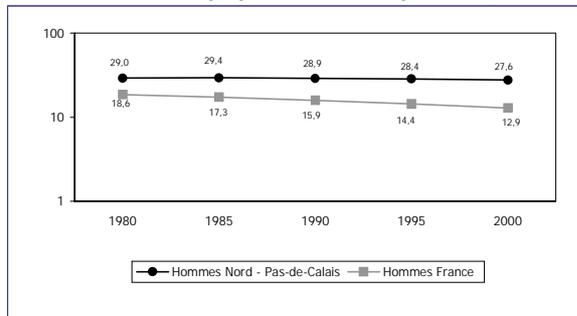


3-10 Évolution de l'incidence des tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)

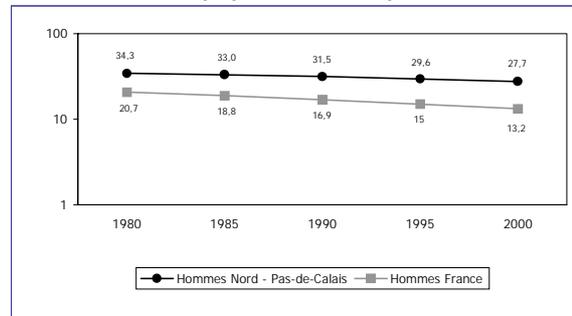


Source : Réseau Francim, FNORS. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

3-11 Évolution de l'incidence des tumeurs malignes du larynx (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)



3-12 Évolution de l'incidence des tumeurs malignes de l'œsophage (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)



Source : Réseau Francim, FNORS. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Les accidents corporels recensés dans le Nord – Pas-de-Calais entre 1998 et 2002

Entre 1998 et 2002, 35 524 accidentés (conducteurs, passagers ou piétons) de la circulation ayant eu un dommage corporel ont été recensés dans la région Nord – Pas-de-Calais. 1 735 (4,9 %) d'entre eux ont été tués, 6 064 (17,1 %) étaient des blessés graves et enfin 27 725 (78 %) des blessés légers.

Plus de 3 personnes sur 4 impliquées dans des accidents corporels de la circulation sont âgées de moins de 45 ans. Toutefois, ce sont les personnes âgées de plus de 45 ans et notamment les plus de 65 ans qui sont les plus fréquemment tuées ou gravement blessées. Les hommes sont sur-représentés et constituent 64 % de l'effectif. Ces derniers sont plus souvent victimes d'accidents ayant des conséquences plus lourdes sur leur santé que les femmes (Figure 3-5). Les conséquences sur l'état de santé semblent plus graves lorsque les accidents de la route surviennent la nuit (7 % de tués contre 4 % le jour). Par ailleurs, elles sont plus fréquemment sévères le week-end par rapport à la semaine, mais cela dans une faible mesure.

Une très large majorité des personnes impliquées dans les accidents corporels de la circulation routière (62 %) est porteuse d'un équipement de sécurité ; les personnes qui ne s'en prémunissent pas subissent davantage de conséquences graves sur leur état de santé (décès ou blessures graves) (Figure 3-6).

Plus de 2 accidentés sur 3 sont recensés en milieu urbain ; les accidentés de la circulation dans les zones rurales font davantage l'objet de conséquences plus graves sur leur santé (décès ou blessures graves) (Figure 3-7).

Les données du Nord – Pas-de-Calais et de la France entre 1998 et 2002

La comparaison des caractéristiques des populations concernées par les accidents corporels de la circulation de la région Nord – Pas-de-Calais et de la France suivant la gravité, l'âge, le sexe, l'équipement, les circonstances de survenue (nuit/jour, week-end/jour férié, lieu) ou la notion d'alcoolémie positive, permet d'objectiver quelques différences. Il est à noter que la proportion de personnes impliquées dans un accident corporel où au moins un individu a une alcoolémie positive est plus importante dans le Nord – Pas-de-Calais de 2,6 points (12,5% *versus* 9,9 %) qu'en France.

Le pourcentage de victimes d'accidents corporels de la circulation en milieu urbain est plus important de près de 10 points dans la région (70,1 *versus* 60,8 % au niveau national). Enfin, la part des accidentés de la circulation la nuit est relativement plus importante (de près de 4 points : 38% *versus* 34,4 %) dans la région par rapport à la France.

Les accidents corporels dans un contexte d'alcoolémie illégale

Les personnes impliquées dans un accident où au moins une personne présente une alcoolémie illégale sont plus souvent tuées ou blessées graves (Figure 3-8).

La population des accidentés de la circulation dans un contexte d'alcoolémie illégale, recensés dans la région Nord – Pas-de-Calais, se caractérise, par rapport à l'ensemble des personnes victimes d'accidents corporels de la circulation, par une sur-représentation des hommes (74,4% *versus* 64,4 %), des personnes âgées de 25 à 44 ans (46,2% *versus* 34,6 %), du contexte d'accidents nocturnes (70,4 % *versus* 38 %), durant un week-end/un jour férié (54,8 *versus* 34,4 %) et en rase campagne (35,3 *versus* 29,9 %).

L'incidence¹ des tumeurs malignes liées à une intoxication alcoolo-tabagique dans la région Nord – Pas-de-Calais

La mesure de l'incidence permet d'apprécier la "vitesse d'apparition" des nouveaux cas de maladie. L'importance de l'incidence d'une pathologie donnée au sein d'une population est liée aux facteurs associés à la survenue de la maladie. Il s'agit entre autres de l'âge et du sexe. La comparaison de différents taux d'incidence dans le temps et dans l'espace nécessite alors de contrôler ces facteurs. L'analyse des données d'incidence, séparément chez les hommes et les femmes, et l'utilisation de la standardisation directe (sur la population type européenne) pour le calcul des taux d'incidence, permet de comparer ces derniers tout en éliminant d'éventuelles variations liées aux changements de structure des populations. Enfin, les données d'incidence peuvent être confrontées à celles de la mortalité. Outre les problèmes de déclaration des décès et l'utilisation d'une même nomenclature pour définir les pathologies, la confrontation des données de mortalité et d'incidence doit tenir compte de la durée de survie après le diagnostic de la maladie, des campagnes de dépistage, de la facilité de l'accès aux soins ou de la modification de l'exposition aux facteurs de risques des différentes générations.

¹ Les données d'incidence présentées sont issues des estimations fournies par le réseau Francim des registres des cancers français. Ces données sont estimées à partir des données d'incidence de plusieurs départements, à l'aide d'un modèle mathématique utilisant les chiffres de la mortalité (Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. *Épidémiologie des cancers*. Paris : Médecine-Science Flammarion, 1997 ; 111 p.).

Conduites de consommation à risque

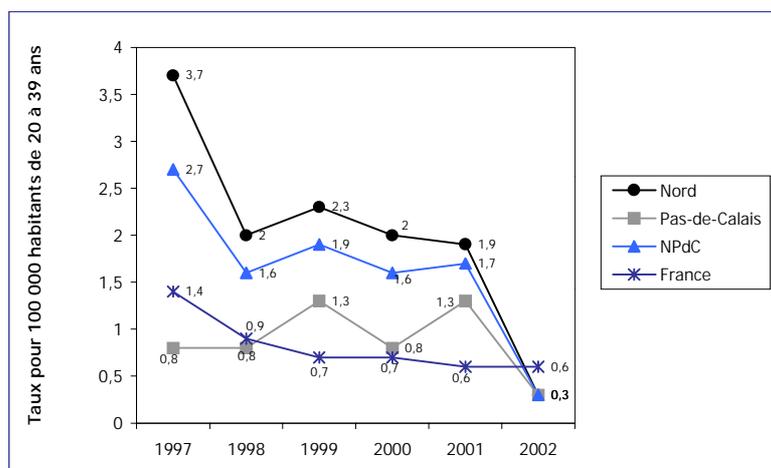
3-13 Nombre de cas incidents estimés et nombre de décès annuels observés en ce qui concerne les pathologies tumorales malignes fréquemment associées à une intoxication alcoolo-tabagique chronique

Pathologies Tumorales malignes	Année	Nombre de cas incidents annuels		Décès observés annuels	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	1980	1254	104	519	45
	1985	1300	121	550	49
	1990	1351	139	497	49
	1995	1444	169	441	52
	2000	1562	203	457*	45*
Tumeurs malignes de l'oesophage	1980	529	-	466	73
	1985	515	-	498	58
	1990	504	-	462	76
	1995	499	-	416	65
	2000	501	-	391*	77*
Tumeurs malignes du larynx	1980	444	-	360	15
	1985	457	-	353	22
	1990	460	-	308	12
	1995	473	-	205	14
	2000	491	-	196*	16*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	1980	1447	95	1316	104
	1985	1529	116	1463	128
	1990	1632	145	1519	155
	1995	1772	184	1679	191
	2000	1939	231	1646*	220*

* Données de mortalité année 1999

Source : INSERM, Cedepic, Réseau Francim, FNORS. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-14 Évolution du nombre de décès par surdoses pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans, de 1997 à 2002



Source : OCRTIS.

3-15 Répartition des causes de décès liées à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac suivant la cause de décès en 1999 dans la région Nord – Pas-de-Calais

Causes de décès	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	457	13,0%	45	5,5%	502	11,6%
Tumeur maligne de l'oesophage	391	11,1%	77	9,4%	468	10,8%
Tumeur maligne du larynx	196	5,6%	16	2,0%	212	4,9%
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	1646	46,7%	220	26,8%	1866	42,9%
Psychose alcoolique et alcoolisme	199	5,6%	76	9,3%	275	6,3%
Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie	637	18,1%	386	47,1%	1023	23,5%
Total	3526	100%	820	100,0%	4346	100,0%

Source : INSERM, Cedepic. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon

Le taux d'incidence brut (nombre de nouveaux cas/population totale) s'élève en 2000 à 99,4/100 000 hommes (avec près de 2 000 nouveaux cas estimés par an) et à 11,1/100 000 femmes (avec près de 250 nouveaux cas estimés par an) (Figure 3-13). Entre 1980 et 2000, l'incidence annuelle estimée des hommes de la région a progressé de 13 % (Figure 3-9). Malgré une augmentation de l'incidence nationale sur la même période (11,2 %), une sur-incidence régionale (de 41,6 % en 2000, de 39,3 % en 1980) est observée. Dans un contexte où la mortalité est "stable" depuis le début des années 1990 et où l'incidence continue de progresser, même légèrement, on peut penser que l'observation d'une diminution du cancer pulmonaire chez l'homme se fera attendre, malgré la mise en œuvre de politiques de Santé publique visant la réduction du tabagisme.

Sur la même période 1980-2000, l'incidence annuelle estimée des femmes de la région a suivi la tendance française en doublant (+108,1 %), tout en conservant des taux d'incidence constamment inférieurs à ceux de la France (de 13,1 % en 1980 et de 22,4 % en 2000). Sachant que la mortalité connaît une augmentation significative sur la période 1979-1999, les données d'incidence actuelles laissent à penser que l'augmentation du cancer pulmonaire chez les femmes, en termes de mortalité et d'incidence, devrait se poursuivre.

Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx

Le taux d'incidence brut masculin s'élève en 2000 à 80,1 nouveaux cas pour 100 000 hommes par an avec près de 1 600 nouveaux cas estimés en 2000 (Figure 3-13). Entre 1980 et 2000, l'incidence annuelle estimée a augmenté de 6,6 % dans la région Nord – Pas-de-Calais, alors que sur la même période, la France a connu une diminution de 19,4 % (Figure 3-10). Les taux d'incidence du Nord – Pas-de-Calais sont constamment supérieurs à ceux de la France sur cette période ; et les écarts semblent s'accroître (sur-incidence régionale de 49,2 % en 1980 et de 97,4 % en 2000). Compte tenu de l'évolution de la mortalité, la baisse de la fréquence des tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx paraît bien entérinée en France ; ceci semble moins évident pour la région (diminution de la mortalité beaucoup plus modeste que la France et dont l'incidence a progressé entre 1980 et 2000 alors qu'elle a baissé en France). L'écart Nord – Pas-de-Calais/France, en termes d'incidence et de mortalité, risque alors de s'aggraver dans les prochaines années.

Le taux d'incidence brut féminin s'élève en 2000 à 9,8/100 000 femmes par an avec plus de 200 nouveaux cas estimés en 2000 (Figure 3-13). L'incidence régionale féminine a connu une augmentation sensible entre 1980 et 2000 (+72,2 %) qui s'avère supérieure à celle de la France (+43,5 %). L'augmentation relativement plus importante de l'incidence régionale se traduit donc par une augmentation de la sur-incidence régionale par rapport à la France, entre 1980 et 2000 (sur-incidence régionale de 15,5 % en 1980 et de 38,6 % en 2000). La mortalité étudiée sur la période 1979-1999 est stable mais compte tenu de la forte progression de l'incidence depuis 20 ans, une augmentation significative de la mortalité peut être attendue dans les prochaines années.

Tumeurs malignes du larynx et tumeurs malignes de l'œsophage

Les tumeurs malignes du larynx et tumeurs malignes de l'œsophage connaissent chez les hommes des situations similaires en matière de taux d'incidence brut (respectivement 25,2 et 25,7 nouveaux cas pour 100 000 hommes par an) avec près de 500 nouveaux cas estimés pour chacune des deux localisations (Figure 3-13).

Entre 1980 et 2000, ces deux types de tumeurs connaissent une diminution sensible de leur incidence estimée, qui reste toutefois moins prononcée qu'au niveau national. Les tumeurs malignes de l'œsophage connaissent une baisse d'incidence estimée plus marquée (baisse de 19,2 % en région contre 36,2 % en France) que celles du larynx (diminution de 4,9 % au niveau régional contre 30,6 % au niveau national) (Figures 3-11 et 3-12). La baisse plus lente de l'incidence régionale de ces deux types de tumeurs se traduit par une augmentation de la sur-incidence régionale par rapport à la France, lors des estimations entre 1980 et 2000 (pour les tumeurs malignes du larynx : sur-incidence régionale de 56,1 % en 1980 et de 113,9 % en 2000 ; pour les tumeurs malignes de l'œsophage : sur-incidence régionale de 65,6 % en 1980 et de 109,8 % en 2000). Dans un contexte de baisse de la mortalité régionale et nationale, associée à une surmortalité régionale significative sur la période 1979-1999, la baisse plus lente de ces incidences dans la région peut être associée à une augmentation de la surmortalité dans le Nord – Pas-de-Calais par rapport à la France.

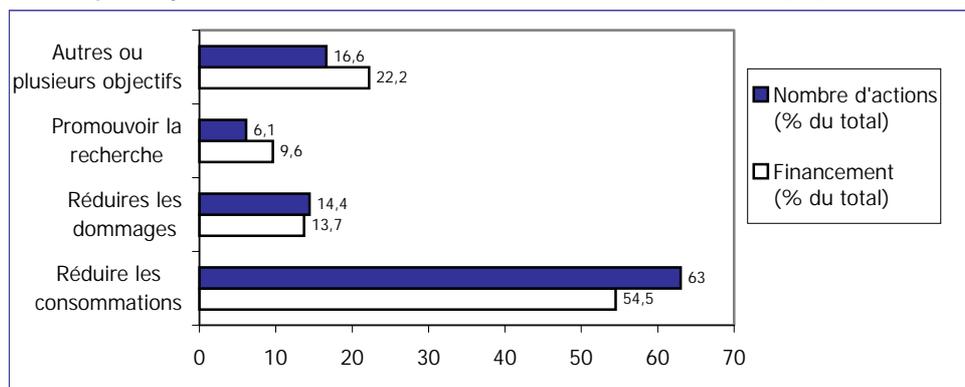
Conduites de consommation à risque

3-16 Répartition et part des causes de décès fréquemment associés à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac (tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée, des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, du larynx et de l'œsophage, cirrhose alcoolique ou sans précision du foie et psychose alcoolique et alcoolisme) en 1999 dans la région Nord – Pas-de-Calais

Classes d'âge	Répartition des décès en 1999 suivant le sexe et la classe d'âge						Part des décès totaux en 1999 suivant le sexe et la classe d'âge		
	Hommes		Femmes		Ensemble		Hommes	Femmes	Ensemble
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage			
moins de 25 ans	1	0,0%	1	0,1%	2	0,0%	0,2%	0%	0,3%
25-34 ans	24	0,7%	8	1,0%	32	0,7%	6,4%	5,7%	6,2%
35-44 ans	227	6,4%	90	11,0%	317	7,3%	26,1%	17,4%	24,6%
45-54 ans	779	22,1%	180	22,0%	959	22,1%	36,9%	17,0%	32,1%
55-64 ans	900	25,5%	168	20,5%	1068	24,6%	33,7%	13,4%	28,5%
65-74 ans	1014	28,8%	190	23,2%	1204	27,7%	19,9%	4,3%	15,1%
75-84 ans	467	13,2%	116	14,1%	583	13,4%	10,0%	1,3%	6,3%
85 ans et plus	114	3,2%	67	8%	181	4,2%	3,8%	0,5%	1,7%
Total	3526	100,0%	820	100,0%	4346	100,0%	18,3%	4,6%	11,8%

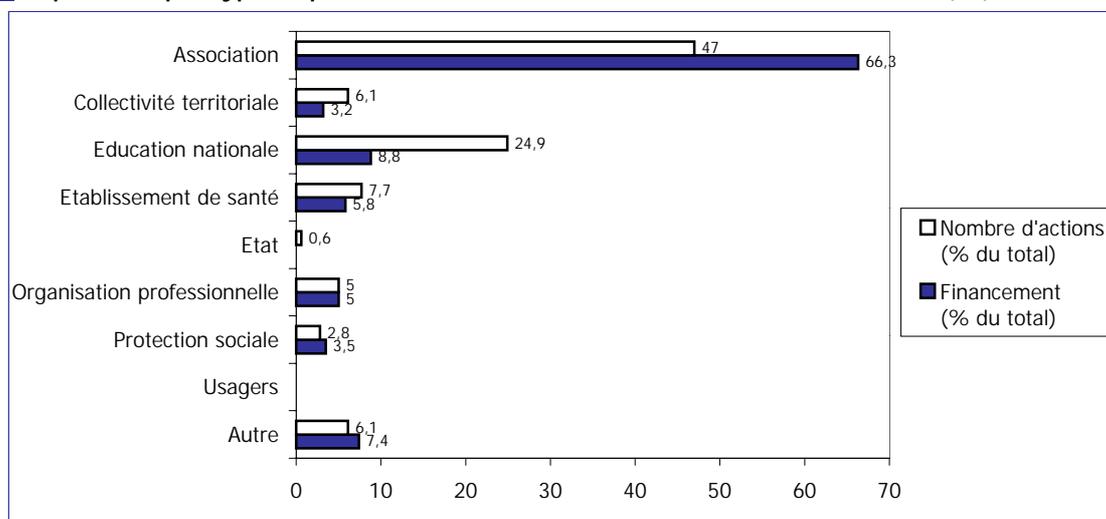
Source : INSERM, Cedepic. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-17 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-18 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La mortalité régionale

La mortalité par surdoses

Les décès par surdose¹ sont en forte baisse depuis 1997. Au niveau national, leur nombre a été divisé par plus de deux entre 1997 (227 décès) et 2000 (97 décès).

La région Nord – Pas-de-Calais suit une évolution encore plus marquée puisqu'elle est passée de 31 décès par surdose en 1997 à 3 en 2002 ; soit un nombre total de surdoses divisé par 10 sur cette période. Le faible effectif de 2002 (3 décès) par rapport aux années précédentes (19 surdoses en 2001, 18 en 2000) amène à nuancer cette chute. Les chiffres pour 2003 confirmeront ou non cette tendance. Le département du Pas-de-Calais a été moins touché par les décès par surdoses depuis 1997, c'est seulement en 2002 que les deux départements connaissent des taux identiques (0,3 décès pour 100 000 personnes de 20 à 39 ans) (Figure 3-14).

La mortalité² liée à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac

L'analyse de la mortalité régionale pour les causes de décès fréquemment associés à une intoxication éthylique et/ou tabagique chronique montre une surmortalité significative par rapport à la France métropolitaine. Cette situation concerne autant la mortalité tous âges que la mortalité prématurée (avant 65 ans) quel que soit le sexe (hormis la mortalité par tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée où les femmes de la région Nord – Pas-de-Calais présentent une sous-mortalité significative par rapport à la France).

Près de 4 500 décès liés à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac ont été recensés en 1999 dans la région. Près de la moitié (42,9 %) sont des décès par tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon ; les cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie représentent 23,5 % des décès (Figure 3-15). L'ensemble de ces décès représente 11,8 % du total des décès dans le Nord – Pas-de-Calais en 1999 (Figure 3-16). Les hommes sont beaucoup plus touchés par ces causes de décès que les femmes : près de 8 décès sur 10 liés à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac en tant que cause initiale affectent les hommes.

Les femmes sont sur-représentées par rapport aux hommes quant aux décès par cirrhose (47,1 % *versus* 18,1 %), et sous-représentées en ce qui concerne les décès par tumeurs malignes des VADS (tumeurs malignes de la cavité buccale, du pharynx et du larynx : 7,5 *versus* 18,6 %) et de la trachée, des bronches et du poumon (26,8 *versus* 46,7 %) (Figure 3-15). Plus de la moitié de ces décès (55 %) surviennent avant 65 ans (Figure 3-16). En 1999, ces décès représentaient 18,3 % de tous les décès chez les hommes et 4,6 % chez les femmes.

Malgré la diminution sensible de la mortalité régionale et nationale par tumeurs malignes des VADS et de l'œsophage, par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie et par psychoses alcooliques et alcoolisme, essentiellement chez les hommes, ces dernières années, on note une surmortalité régionale durant toute la période 1979-1999 par rapport à la France (Données [Moniteur 2002](#)). Cette dernière semble s'accroître pour certaines causes de décès, notamment pour la mortalité par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie chez les hommes et les femmes, par tumeurs malignes de l'œsophage et des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx uniquement chez les hommes. Ce constat traduit une diminution plus lente de la mortalité dans la région Nord – Pas-de-Calais qu'en France.

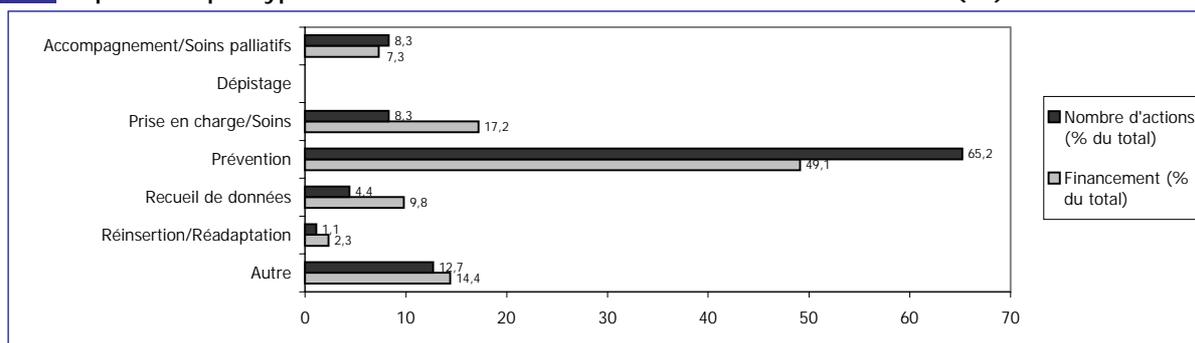
En ce qui concerne la mortalité par tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée, on remarque chez les femmes, au cours des vingt dernières années, une nette augmentation ; l'évolution chez les hommes est marquée par une discrète augmentation puis une certaine "stabilisation". Les courbes régionales et nationales sont superposables, sachant que les hommes du Nord – Pas-de-Calais présentent une surmortalité alors que les femmes sont le plus souvent l'objet d'une sous-mortalité.

¹ Les données concernant les surdoses de l'OCRIS (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants) correspondent aux surdoses portées à la connaissance des services de police, car faisant l'objet d'une enquête de police.

² La mortalité est étudiée pour les causes de décès où d'une part le rôle de la consommation de tabac et/ou d'alcool est clairement établie et où d'autre part il existe une intoxication éthylique et/ou tabagique fréquente associée à la maladie représentant la cause principale de décès. Il s'agit des décès par tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée, des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, du larynx et de l'œsophage, par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie et par psychose alcoolique et alcoolisme. Il est important de noter que les modélisations sont réalisées sur les taux des classes d'âge les plus concernées par une même cause de décès sur la période 1979-1999. Nous avons limité l'analyse aux classes d'âge inférieures à 85 ans.

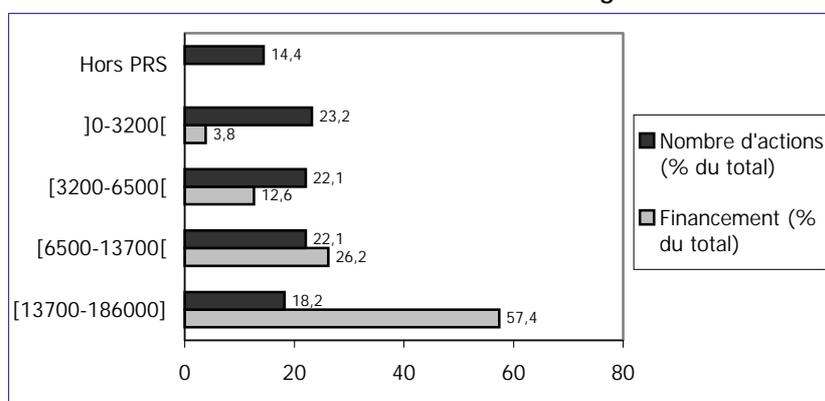
Conduites de consommation à risque

3-19 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (%)



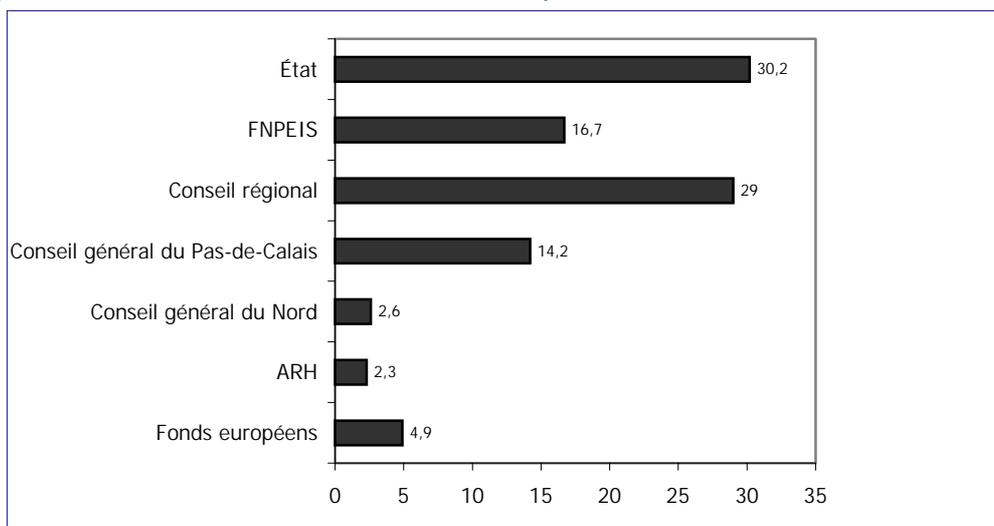
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-20 Répartition des actions et de leur financement selon la catégorie de financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-21 Répartition du financement des actions (en %) par financeur (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Analyse de la mortalité à l'échelle infra-régionale¹

L'analyse de la mortalité à travers les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) à différentes échelles infra-régionales (arrondissements, intercommunalités) permet de mettre en évidence certaines disparités.

Tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée (Cartes 06 et 07)

L'ICM des hommes de la région Nord – Pas-de-Calais montre une surmortalité significative de près de 40 % par rapport à la France métropolitaine ; en ce qui concerne les femmes, il existe une sous-mortalité significative de plus de 20 %. Ces constatations s'appliquent tant à la mortalité tous âges qu'à la mortalité précoce.

Analyse par arrondissement

Les arrondissements de Béthune et de Valenciennes connaissent des chiffres relativement supérieurs à l'ICM régional en ce qui concerne la mortalité masculine tous âges. Les arrondissements de Montreuil, Saint-Omer et Arras sont, à l'inverse, dans une situation où la mortalité par tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon est sensiblement plus faible que dans la région. La mortalité prématurée des hommes est nettement plus importante dans l'arrondissement de Lens par rapport à la région, et relativement plus faible dans l'arrondissement d'Arras (comparable à la France métropolitaine). En matière de mortalité féminine tous âges, l'arrondissement de Lille accuse une surmortalité significative par rapport à la région.

Analyse par pays, communauté d'agglomération, communauté urbaine

En matière de mortalité masculine, les Communautés d'Agglomération d'Hénin-Carvin, de Valenciennes et de l'Artois se distinguent par une mortalité tous âges plus importante que la mortalité régionale, alors que les pays du *Ternois*, des *Sept Vallées* et du *Cœur de Flandre* ont une mortalité inférieure à celle de la région et par ailleurs comparable à la mortalité nationale (non significative). Pour la mortalité prématurée (avant 65 ans), les Communautés d'Agglomération d'Hénin-Carvin et de la Porte du Hainaut affichent une mortalité supérieure à la mortalité régionale, alors que le pays de l'Artois présente une mortalité relativement plus faible.

En ce qui concerne les femmes, la Communauté Urbaine de Lille Métropole se distingue par une mortalité tous âges plus élevée que la mortalité régionale, par ailleurs comparable à la mortalité nationale. Le pays du *Cambrésis* est l'objet d'une mortalité plus faible que la région, significativement inférieure à la mortalité nationale.

Tumeurs malignes des VADS (lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx) et de l'œsophage

Par rapport à la France, il existe dans le Nord – Pas-de-Calais, une surmortalité tous âges de plus de 75 % pour les hommes et de plus de 40 % pour les femmes. L'ICM relatif à la mortalité prématurée (avant 65 ans) est supérieur à 200 chez l'homme et proche de 160 chez la femme.

Analyse par arrondissement

Seul l'arrondissement de Lens présente une mortalité masculine prématurée supérieure à la mortalité régionale. Tous les arrondissements sont au même niveau en ce qui concerne la mortalité féminine tous âges et prématurée.

Analyse par pays, communauté d'agglomération, communauté urbaine

La Communauté Urbaine d'Arras se distingue avec un ICM significativement inférieur à celui de la région pour la mortalité masculine tous âges et prématurée (ainsi que le pays du *Ternois* pour la mortalité prématurée). Par contre, la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin connaît une surmortalité significativement supérieure à la surmortalité régionale. En matière de mortalité féminine (tous âges ou prématurée), il n'y a pas de différence significative entre intercommunalités.

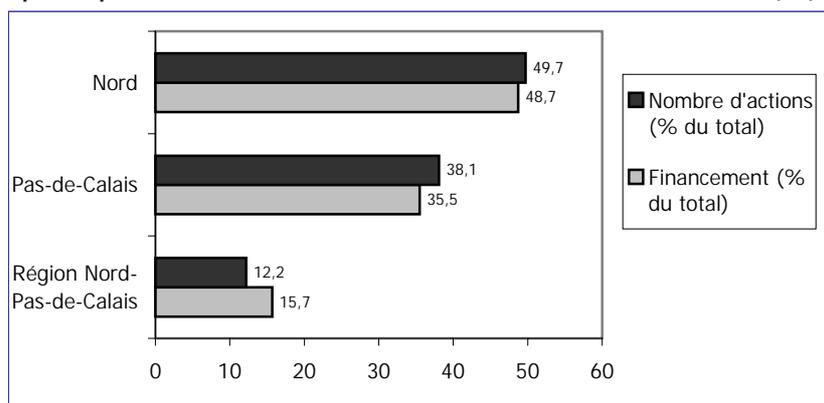
Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie

L'ICM des cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie de la région Nord – Pas-de-Calais montre une surmortalité tous âges significative par rapport à la France métropolitaine de l'ordre de 80 % pour les hommes et de 150 % pour les femmes. La surmortalité prématurée (avant 65 ans) est plus importante et dépasse 100 % pour les hommes et 190 % pour les femmes.

¹ Toutes ces données sont disponibles dans la rubrique Indicateurs statistiques du site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais : <http://www.orsnpdc.org>.

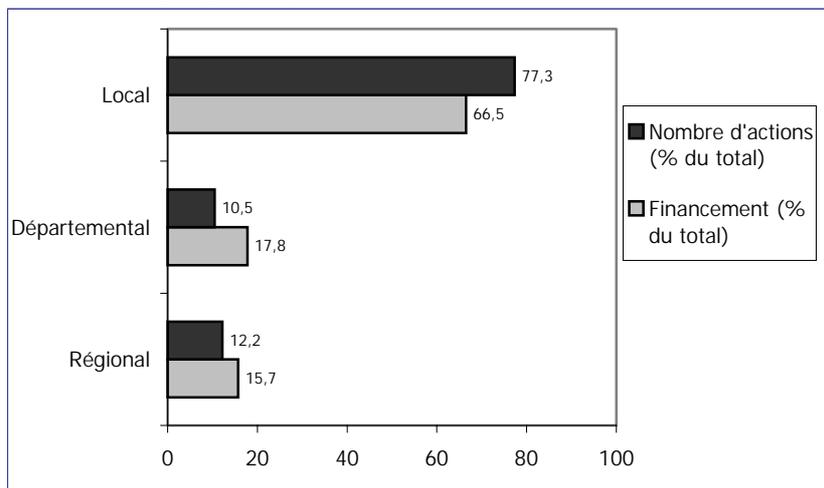
Conduites de consommation à risque

3-22 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-23 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Analyse par arrondissement

Tous les arrondissements présentent une surmortalité masculine tous âges significative par rapport à la France. Exception faite de l'arrondissement de Lens qui affiche une surmortalité plus importante que la surmortalité régionale, tous les autres arrondissements font l'objet d'une surmortalité comparable à celle du Nord – Pas-de-Calais.

Il en est de même pour la mortalité prématurée, à l'exception de l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer qui présente une mortalité significativement inférieure à celle de la région (comparable au niveau national). En ce qui concerne les femmes, les arrondissements de Lens et Valenciennes se distinguent par une mortalité tous âges relativement plus importante que la région (la mortalité prématurée est également sensiblement plus forte dans l'arrondissement de Lens). À l'inverse, l'arrondissement de Montreuil se caractérise par une mortalité tous âges inférieure à celle de la région (comparable à la France) et celui de Calais par une mortalité prématurée inférieure à la région (comparable à la France).

Analyse par pays, communauté d'agglomération, communauté urbaine

La Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin se distingue en cumulant surmortalité tous âges et surmortalité prématurée (par rapport à la région) pour les deux sexes. Au contraire, les pays de l'*Artois/Ternois*, du *Boulonnais* et du *Cœur de Flandre* présentent une mortalité masculine tous âges et précoce sensiblement inférieures à la mortalité régionale, comparables à la mortalité nationale. La Communauté d'Agglomération de la Porte du Hainaut se distingue par une surmortalité féminine tous âges plus importante que la surmortalité régionale, alors que les pays du *Calaisis*, de l'*Artois* et du *Montreuillois* ont une mortalité féminine tous âges et précoce (à l'exception du pays du *Montreuillois* pour cette dernière) comparables à la France et inférieure à la région.

Psychose alcoolique et alcoolisme (Cartes 08 et 09)

La région Nord – Pas-de-Calais affiche, par rapport à la France métropolitaine, une surmortalité significative par psychose alcoolique et alcoolisme pour les deux sexes. Cette surmortalité concerne à la fois la mortalité tous âges et la mortalité prématurée, et s'élève à plus de 50 % chez les hommes et à près de 100 % chez les femmes.

Que ce soit pour la mortalité tous âges ou la mortalité prématurée, l'ensemble des arrondissements présente des ICM comparables à l'ICM régional. Hormis la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin (qui se distingue par une surmortalité prématurée sensiblement supérieure à celle de la région chez les hommes), toutes les autres intercommunalités présentent une mortalité comparable à celle du Nord – Pas-de-Calais.

LES PROJETS RETENUS EN 2003

242 projets ont été déposés dans le cadre de l'appel à projets 2003, 74,8 % ont été acceptés (soit 181 projets). Ces 181 projets représentent 22,5 % du financement total des PRS 2003 (près d'1,5 millions d'euros sont donc destinés au PRS CCAR) et 28,7 % des projets acceptés en 2003. Comme en 2002, ce sont les projets visant l'objectif "Réduire les consommations" qui sont au premier plan avec 63 % des actions et 54,5 % du financement (Figure 3-17). Les associations portent 47 % des actions pour un budget total de 66,3 % du financement total. L'Éducation nationale est le second porteur de projets avec 24,9 % des actions et 8,8 % du financement (Figure 3-18 et Carte 40). Les actions sont en grande majorité orientées vers la prévention (65,2 % des actions et 49,1 % du financement). L'accompagnement/soins palliatifs et la prise en charge/soins représentent chacun 8,3 % des actions mais différent quant à la part de financement (respectivement 7,3 et 17,2 %) (Figure 3-19 et Carte 33). 18,2 % des actions ont reçu un financement s'échelonnant entre 13 700 et 186 000 euros, soit 57,4 % du financement total (Figure 3-20). Le plus gros financeur de ce PRS est l'État (30,2 % des financements) ; suivent le Conseil Régional (29 %), le Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire (16,7 %), et le Conseil Général du Pas-de-Calais (14,2 %) (Figure 3-21). Près de la moitié des actions concernent exclusivement le département du Nord (49,7 %) et représentent la plus grande part des financements (48,7 %) (Figure 3-22). Plus des trois quarts des actions sont locales¹ et représentent 66,5 % des financements de ce PRS (Figure 3-23).

¹ Une action est considérée comme locale si le territoire concerné se limite à un arrondissement.



Cancers

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

- L'incidence

Estimations FRANCIM de l'incidence des cancers en 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000
Les données de l'Assurance Maladie

- La mortalité

Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon
Tumeurs malignes des VADS
Tumeurs malignes du sein chez les femmes
Tumeurs malignes de l'utérus
Tumeurs malignes de l'intestin
Tumeurs malignes de la prostate
En résumé

- Les facteurs de risque

- Prévention et dépistage

Données statistiques des activités de dépistage du cancer du sein dans le Nord

P 57

p 57

p 57

p 61

p 61

p 61

p 63

p 65

p 65

p 65

p 67

p 67

p 67

p 69

p 69

LES PROJETS RETENUS EN 2003

- Les objectifs

- Qui sont les porteurs d'actions ?

- Types d'actions mises en œuvre

- Répartition territoriale des actions

- Financement des actions

P 69

p 69

p 71

p 71

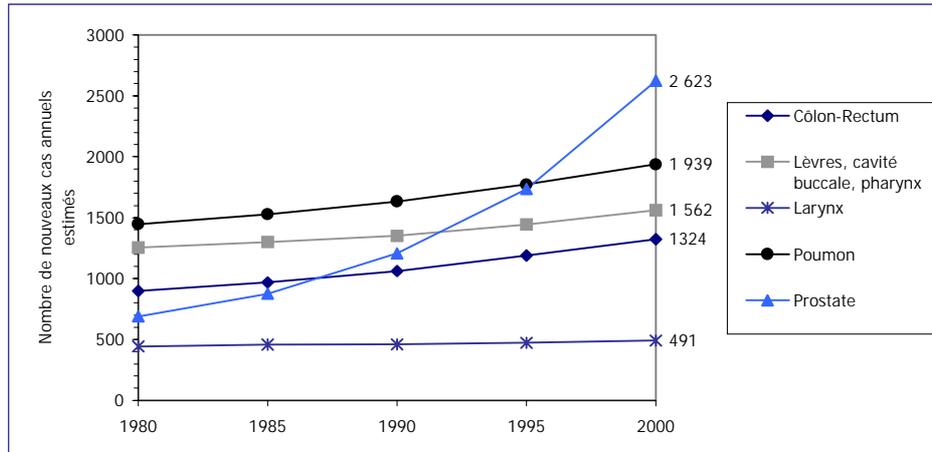
p 71

p 71

Cartes **06, 07, 16, 17, 35, 42**

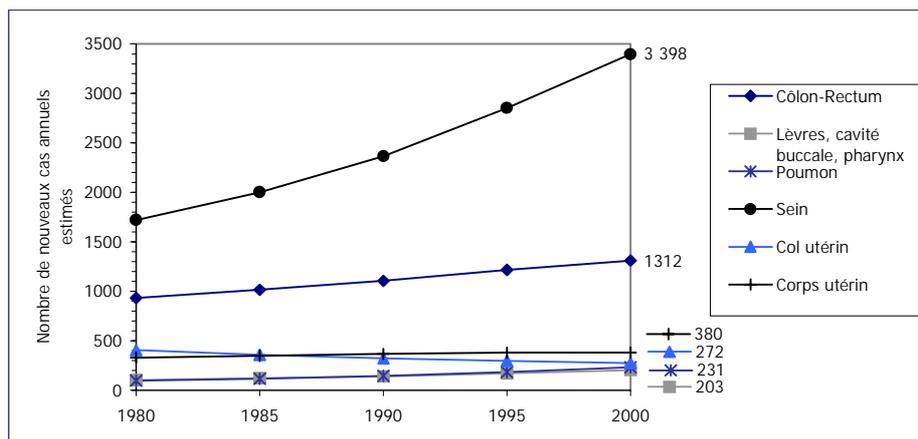
Cancers Challenge

4-1 Évolution du nombre de nouveaux cas annuels de cancers estimés, chez les hommes, dans la région Nord – Pas-de-Calais



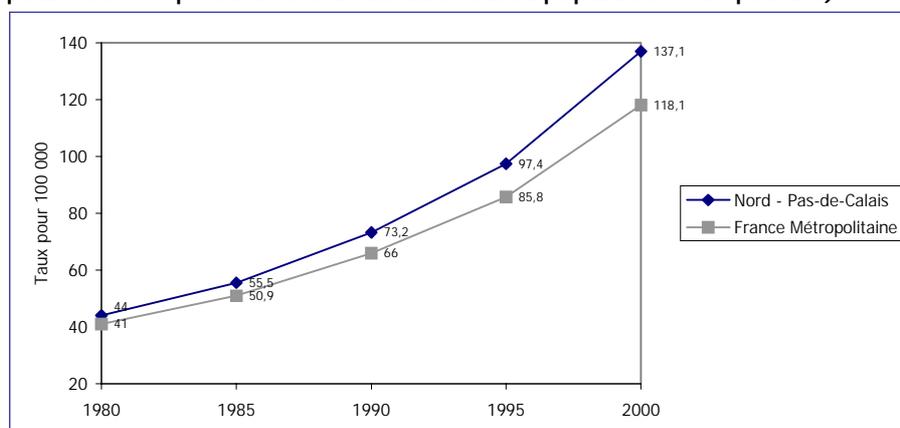
Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

4-2 Évolution du nombre de nouveaux cas annuels de cancers estimés, chez les femmes, dans la région Nord – Pas-de-Calais



Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

4-3 Évolution des taux d'incidence du cancer de la prostate en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

Cancers Challenge

Les cancers représentent un enjeu de Santé Publique majeur dans la région Nord - Pas-de-Calais. En effet, une part croissante de la mortalité leur est attribuée et la région présente une mortalité plus forte (voire beaucoup plus forte) que la moyenne française, notamment en ce qui concerne les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures chez l'homme. C'est pourquoi, dès sa première réunion en 1996, la Conférence Régionale de Santé a retenu les cancers comme l'un des thèmes prioritaires d'action.

Ceci s'est concrétisé de septembre 1997 à décembre 1998 par la mise en place d'un Programme Régional de Santé axé sur les cancers, intitulé **Challenge** et qui fut adopté en janvier 1999.

4 objectifs généraux avaient été fixés sur une période de 3 ans (1999-2001). Ils ont été redéfinis en 2002 pour 5 années. Il s'agit de :

- gagner des années de vie en réduisant les mortalités prématurées par la prévention, le dépistage, les soins et l'accompagnement, en rapport d'abord avec les 5 cancers dominants : poumon, sein, côlon-rectum, voies aérodigestives supérieures, voies uro-génitales ;
- améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leur entourage en mettant l'accent particulièrement sur les droits des malades, la prise en charge notamment à domicile, la réinsertion, le soulagement de la douleur, la diffusion des soins continus ;
- favoriser un accès égal pour tous aux dispositifs selon les territoires ou en raison de situations psychologiques, socio-économiques précarisées ou géographiques ;
- faire évoluer les mentalités face au cancer, par le développement d'une culture commune.

Sur le plan opérationnel, les **7 domaines d'intervention** sont :

- Préventions et cancers, en lien avec les autres Programmes Régionaux de Santé : Développer des actions de prévention globale en accentuant la place de la population notamment précarisée.
- Repérage précoce et dépistage des cancers : Développer des actions visant à faciliter l'accès précoce au diagnostic des cancers en lien avec les structures de gestion départementales chargées du dépistage, ADCN pour le Nord et Opaline pour le Pas-de-Calais.
- Qualité des soins et droits des malades : Développer des actions visant à l'amélioration de la prise en charge et la participation des personnes souffrant de cancer aux différents stades de la maladie.
- Insertion et réinsertion des malades atteints de cancers : Développer des actions permettant d'éviter la désinsertion professionnelle et visant au maintien de l'emploi.
- Soins continus et accompagnement : Développer des actions visant à assurer la continuité des soins des malades et à accompagner les familles pendant la maladie et après le décès.
- Formations initiales : Développer des actions visant à recentrer conjointement les formations initiales des professions de santé autour de 3 objectifs : les relations avec les malades, les pratiques interprofessionnelles et les exigences techniques en cancérologie.
- Informations et recherches en sciences humaines et sociales : Développer des actions visant à mieux comprendre les facteurs de résistance à la prise en charge.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

L'incidence

L'incidence d'une maladie est définie par le nombre de nouveaux cas (le plus souvent annuels) de cette maladie.

En l'absence, dans le Nord – Pas-de-Calais, d'un registre général des cancers observés, l'incidence des cancers régionaux peut être estimée grâce aux données annuelles établies par le Réseau des registres français de cancers (FRANCIM) et le service de biostatistique du Centre Hospitalier Lyon-Sud¹.

Par ailleurs, dans le cadre du Programme Régional de Santé **Challenge**, chaque année depuis 1999, est réalisée une estimation de la morbidité des cancers, à partir de l'exploitation des données issues de l'Assurance Maladie portant sur les Affections de Longue Durée (ALD-30).

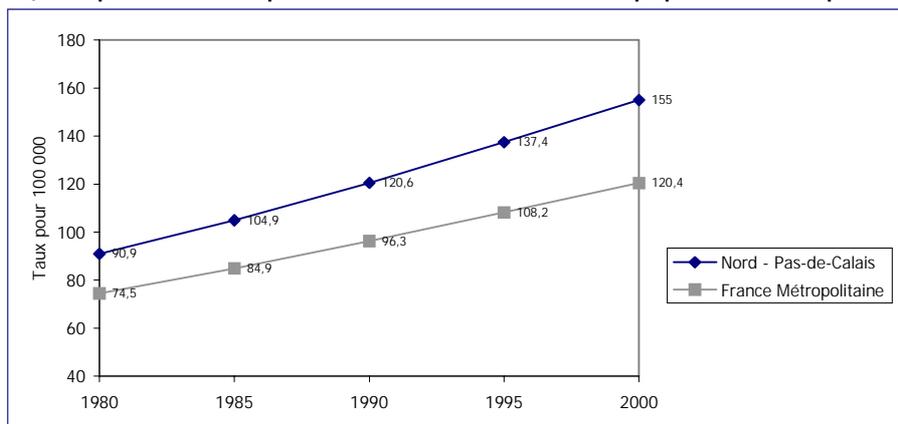
Estimations FRANCIM de l'incidence des cancers en 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000

Les estimations présentées dans ce chapitre concernent les cancers de la prostate, du sein, du col et du corps de l'utérus et du côlon-rectum. L'évolution de l'incidence de cancers étroitement liés à la consommation à risque de tabac et d'alcool (cancer du poumon, cancer des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, cancer du larynx) est présentée dans le chapitre traitant des Conduites de consommation à risque.

¹ L'incidence des cancers est calculée par modélisation "modèle âge cohorte" qui s'appuie sur le ratio incidence/mortalité et sur l'incidence réelle de plusieurs registres départementaux. Cette méthode est décrite dans : Remontet L, Estève J, Bouvier A-M, Grosclaude P et al. Cancer incidence and mortality in France over the periode 1978-2000. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2003 ; 51 : 3-30.

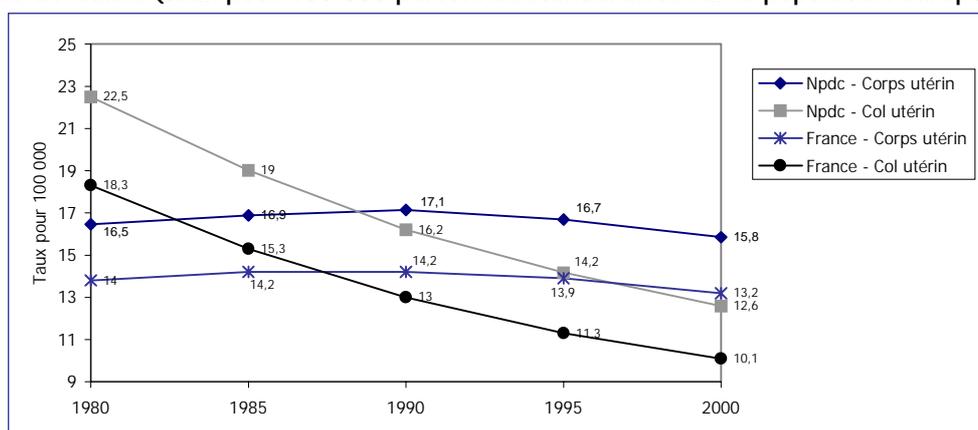
Cancers Challenge

4-4 Évolution des taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



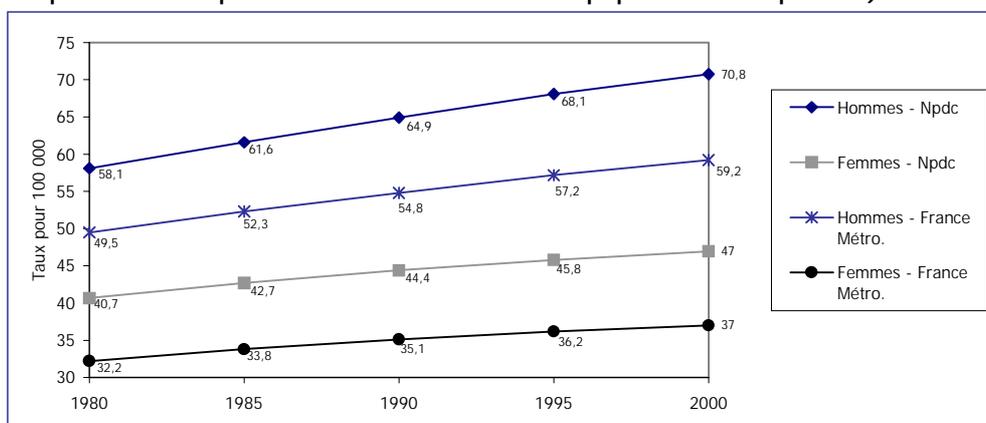
Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

4-5 Évolution des taux d'incidence des cancers du col et du corps de l'utérus en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

4-6 Évolution des taux d'incidence des cancers côlo-rectaux en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

Cancers Challenge

Dans le Nord – Pas-de-Calais, entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas annuels de cancers estimés est passé de 7 672 à 12 430 chez les hommes et de 5 620 à 8 812 chez les femmes, marquant respectivement sur cette période un accroissement de +62 et +57 %. Le vieillissement de la population explique en partie cet accroissement puisque dans le même temps les taux standardisés sur l'âge traduisent un accroissement moins élevé du risque de cancer de +36 % chez les hommes et de +35 % chez les femmes. Toutefois, cette hausse s'explique aussi par l'accroissement du risque de cancers de la prostate chez les hommes et du sein chez les femmes. En 2000, à structure d'âge égale, pratiquement 2 fois plus d'hommes que de femmes ont été touchés par le cancer (sexe ratio de 1,8).

En 2000, dans la région Nord – Pas-de-Calais, le cancer du sein chez les femmes représente, comme au niveau national, la première cause d'affection tumorale (17 % de l'ensemble des cancers) avec 3 398 nouveaux cas annuels (Figures 4-1 et 4-2) ; suivent le cancer de la prostate (2 623 nouveaux cas annuels), le cancer du poumon chez les hommes (1 939), les cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx chez les hommes (1 562) et le cancer du côlon-rectal avec un nombre de nouveaux cas pratiquement égal entre hommes et femmes (respectivement 1 324 et 1 312). L'incidence des cancers a connu entre 1980 et 2000 des évolutions différentes suivant la localisation anatomique de la tumeur maligne.

Cancer de la prostate (Figure 4-3)

En France métropolitaine, comme dans la région Nord – Pas-de-Calais, le cancer de la prostate a connu entre 1980 et 2000, une très forte progression (+281 %), passant en 20 ans de 689 à 2 623 nouveaux cas annuels. Au cours de la période 1995-2000, ce cancer devient prédominant chez les hommes, dépassant le niveau d'incidence du cancer du poumon. Le vieillissement de la population n'explique qu'en partie cet accroissement puisque dans le même temps, les taux standardisés sur l'âge ont été multipliés par 3 (+211 %). En effet, cette augmentation est liée à l'utilisation de nouvelles techniques de dépistage (endoscopie, Antigène Spécifique de la Prostate (PSA), biopsie guidée), permettant de détecter les tumeurs prostatiques à un stade moins évolué. Par rapport à la France métropolitaine, le taux régional d'incidence standardisé sur l'âge, déjà supérieur de 7 % en 1980, atteint +16 % en 2000, marquant ainsi un accroissement de la sur-incidence régionale.

Cancer du sein chez les femmes (Figure 4-4)

En 20 ans, dans la région Nord – Pas-de-Calais, le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du sein est passé de 1 721 à 3 398 (+97 %). Sur la même période, les taux standardisés sur l'âge passent de 90,9 nouveaux cas annuels pour 100 000 femmes en 1980 à 155 nouveaux cas annuels pour 100 000 femmes en 2000, soit un accroissement de l'incidence de 70,4 %. Déjà dominant en 1980, le cancer du sein représente en 2000 plus d'un tiers (38,6 %) des cancers chez les femmes. Par rapport à la France métropolitaine, les taux régionaux standardisés sur l'âge montrent une sur-incidence régionale des cancers en constante progression. En effet, entre 1980 et 2000, l'écart entre les taux régionaux et nationaux s'est creusé, passant de +22 % en 1980 à +28,7 % en 2000.

Cancer du corps et du col de l'utérus (Figure 4-5)

Entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas estimés de cancer du corps de l'utérus a légèrement progressé dans la région Nord – Pas-de-Calais (+16,4 %), passant ainsi de 329 à 383 nouveaux cas annuels estimés. Ceci semble essentiellement dû au vieillissement de la population puisque dans le même temps les taux standardisés sur l'âge ont accusé une très légère baisse (-3,7 %). Néanmoins, la région connaît par rapport à la France une sur-incidence demeurant autour de +20 % sur toute la période.

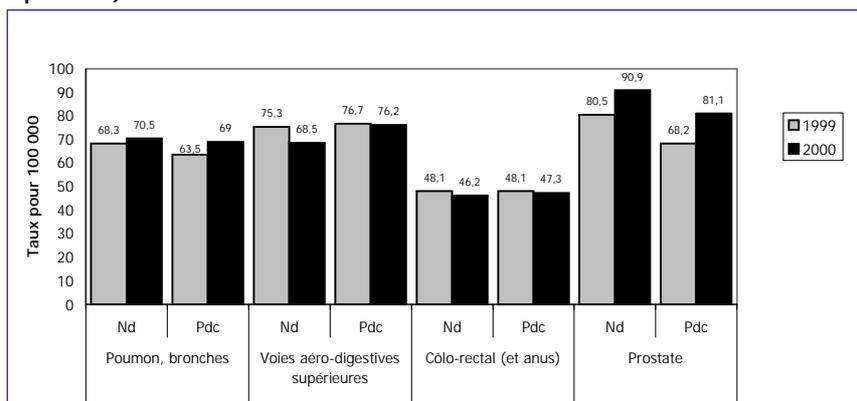
Le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du col de l'utérus est passé de 405 en 1980 à 272 en 2000, marquant une baisse de 32,8 %. Ce type de cancer (qui touche des femmes plus jeunes que celles développant un cancer du corps de l'utérus), a donc connu, dans la région Nord – Pas-de-Calais comme en France métropolitaine, une baisse substantielle de son incidence (-44 %). Par rapport à la France métropolitaine, le Nord – Pas-de-Calais accuse toutefois une sur-incidence régionale pratiquement stable, se situant autour de +24 % en moyenne pour les 5 années estimées.

Cancers côlo-rectaux (Figure 4-6)

D'après les estimations FRANCIM, 1 324 hommes et 1 312 femmes de la région Nord – Pas-de-Calais ont eu un cancer côlo-rectal en 2000. À structure d'âge identique, les hommes connaissent un risque d'être frappés par cette maladie 1,5 fois plus élevé que les femmes. Entre 1980 et 2000, les taux d'incidence masculins standardisés sur l'âge sont passés de 58,1 à 70,8 cas pour 100 000 hommes, soit une progression de 21,8 %. Concernant les femmes, l'évolution est un peu moins forte (+15,5 %), avec des taux passant de 40,7 à 47 cas annuels pour 100 000 femmes. Par rapport à la France métropolitaine, la région Nord – Pas-de-Calais connaît en 2000 une sur-incidence de 27 % chez les femmes et de 19,6 % chez les hommes avec un léger creusement chez ces derniers.

Cancers Challenge

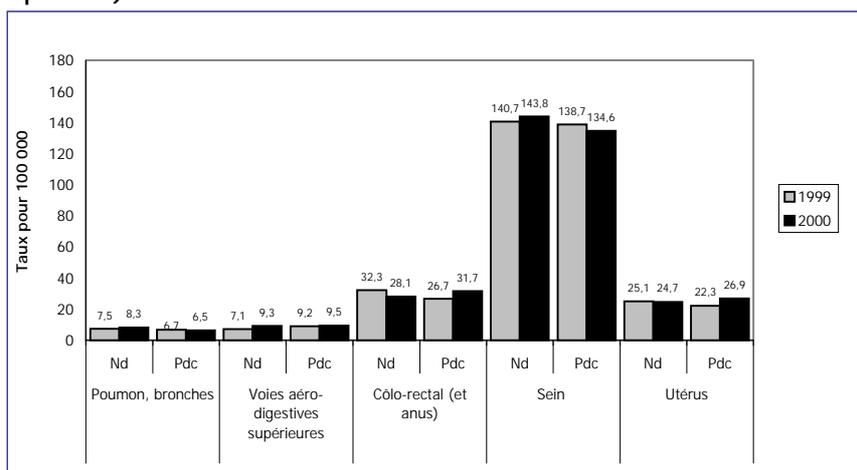
4-7 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancers dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1999 et 2000, chez les hommes (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



Nd : Nord ; Pdc : Pas-de-Calais

Source : Registre des services médicaux du régime général d'Assurance Maladie, de l'AMPI, de la MSA et des Mines.

4-8 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancers dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1999 et 2000, chez les femmes (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



Source : Registre des services médicaux du régime général d'Assurance Maladie, de l'AMPI, de la MSA et des Mines.

4-9 Comparaison entre l'incidence estimée (FRANCIM) et l'incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) en 2000 dans la région Nord – Pas-de-calais

Localisation	Estimation FRANCIM				ALD-30		
	Regroupement CIM10	Nombre de cas		Regroupement CIM10	Nombre de cas		
		Hommes	Femmes		Hommes	Femmes	
Sein	C50	Non estimé	3 398	C50, D05, D48,6	25	3 002	
Poumon, bronche (et trachée pour FRANCIM)	C33 à C34	1 939	231	C34, D02.2	1 265	179	
Lèvres, cavité buccale et pharynx	C00 à C14	1 562	203	C00.0 à C14.8, D00.0, D37.0	988	175	
Larynx	C32	491	Non estimé	C32, D02.2	264	21	
Prostate	C619	2 623	-	C61, D075, D40.0	1 662	-	
Colo-Rectum (et anus)	C18 à C21	1 324	1 312	C18.0 à C21.8, D01.0 à D01.3, D37.4 à D37.5	859	776	

Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM). Registre des services médicaux du régime général d'Assurance Maladie, de l'AMPI, de la MSA et des Mines.

Les données de l'Assurance Maladie

Ces données concernent les Affections Longue Durée (ALD-30) reconnues par les services médicaux des 4 régimes (général, mines, agricole, professions indépendantes). Elles concernent les maladies pour lesquelles une demande d'exonération du ticket modérateur a été obtenue (prise en charge à 100 %). Ces données sont traitées par le régime général sous l'autorité d'une cellule pluridisciplinaire. Le caractère médico-social de la demande de prise en charge conduit à une sous-estimation de la morbidité réelle, variable selon le type de cancer. En effet, certains patients ne font pas de demande de prise en charge en affection longue durée pour un cancer ; soit parce que cette demande a déjà été faite pour une autre maladie (notamment chez les patients âgés), soit parce que le patient dispose d'une couverture complémentaire satisfaisante ou encore qu'il ne fait pas valoir ses droits. Enfin, certaines interventions chirurgicales (au niveau intestinal notamment) d'un coefficient égal et supérieur à 50, donnent droit à l'exonération du ticket modérateur sans demande d'ALD. La **Figure 4-9** indique que le nombre de demandes de prise en charge pour ALD est toujours inférieur aux estimations FRANCIM, avec des écarts plus ou moins marqués selon la localisation tumorale. De fait, certains cancers conduisent le malade à faire pratiquement dans tous les cas une demande d'ALD (sein, poumon, VADS). D'autres cancers (côlo-rectaux, prostatiques) n'entraînent pas systématiquement de demande ; ceci engendre une sous-estimation plus marquée de la morbidité réelle. Par ailleurs, l'incidence estimée par le réseau FRANCIM peut être sous-estimée lorsque la mortalité du cancer est faible (cancer de la thyroïde). Les **Figures 4-7 et 4-8** reprennent, pour 6 localisations de tumeurs, les résultats extraits de la publication présentant l'incidence des cancers en 1999 et en 2000¹. Les taux d'incidence ont été calculés sur la base de la population recensée en mars 1999 et ont été standardisés sur la population européenne. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes. L'interprétation de l'évolution chronologique des résultats demeure pour l'instant limitée car nous ne disposons que de deux années d'observation comparables. En effet, les taux d'incidence de l'année 2001 n'ont pas été standardisés sur l'âge et ceux de l'année 1998 ont été calculés sur la base du recensement de la population de 1990.

Les entrées en ALD pour cancer du sein sont très largement dominantes, avec des taux d'incidence standardisés variant de 134,6 à 143,8 pour 100 000, selon le département et l'année.

Chez les hommes, les cancers prostatiques, broncho-pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures sont dominants. Pour ces 2 derniers, il existe une sur-morbidité masculine marquée (de 8 et 13 fois plus de prises en charge chez les hommes).

La mortalité

Le Nord – Pas-de-Calais connaît une mortalité prématurée (décès des moins de 65 ans) souvent plus élevée que la moyenne nationale. La réduire demeure une des priorités définies dans le PRS Challenge. Aussi, pour aider les acteurs de la santé à identifier les besoins de la population, depuis maintenant 3 ans, le **Moniteur des Programmes Régionaux de Santé** présente les résultats de la mortalité prématurée par département, arrondissement et depuis cette année par *intercommunalité*², mais aussi selon que les décès ont eu lieu ou non dans l'une des 157 communes concernées par la Politique de la Ville. L'analyse infra-régionale de la mortalité est faite au travers de l'Indice Comparatif de Mortalité Prématurée (ICMP) qui permet de situer la mortalité de chaque territoire par rapport à un indice 100 correspondant au niveau de mortalité national (France métropolitaine). Cet indice permet de comparer la mortalité de différentes zones géographiques sans que leurs différences de structure par âge n'interfèrent. Les indicateurs ont été actualisés à partir des données de mortalité des années 1997, 1998 et 1999, les plus récentes diffusées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale).

Dans le Nord - Pas-de-Calais, le cumul du nombre de décès prématurés par tumeurs des années 1997, 1998 et 1999, s'élève à 7 445 cas chez les hommes et 3 268 cas chez les femmes ; représentant ainsi 38,1 % de l'ensemble des décès prématurés masculins et 39 % des décès prématurés féminins.

Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon

Ce cancer est, de très loin, la première cause de mortalité masculine par tumeur en France et dans la région Nord – Pas-de-Calais. Entre 1997 et 1999, les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon ont provoqué, tous âges confondus, en moyenne par an, le décès de 1 665 hommes et de 201 femmes ; autrement dit 25,9 % des décès masculins par tumeurs et 5 % des décès féminins par tumeurs.

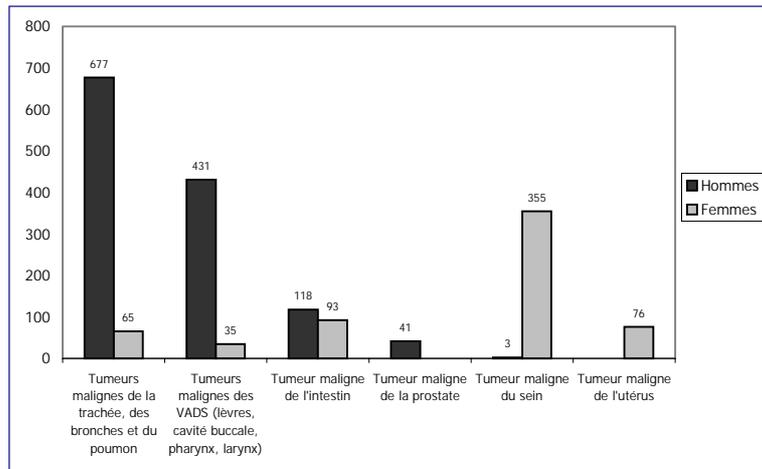
40,6 % de ces décès masculins surviennent avant 65 ans ; ce qui représente pour ce sexe plus d'un quart (27,3 %) des décès prématurés par tumeur et 10,4 % de l'ensemble des décès prématurés.

¹ PRS Cancers "Challenge". Le cancer dans le Nord – Pas-de-Calais. Incidence 1999 - 2000. Données issues de l'Assurance Maladie. Volume 4, avril 2002, 111 p.

² C'est-à-dire par pays, communauté d'agglomération et communauté urbaine.

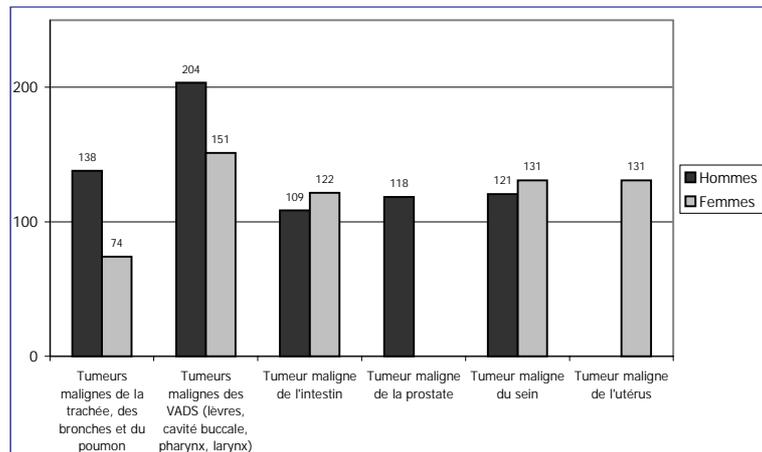
Cancers Challenge

4-10 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



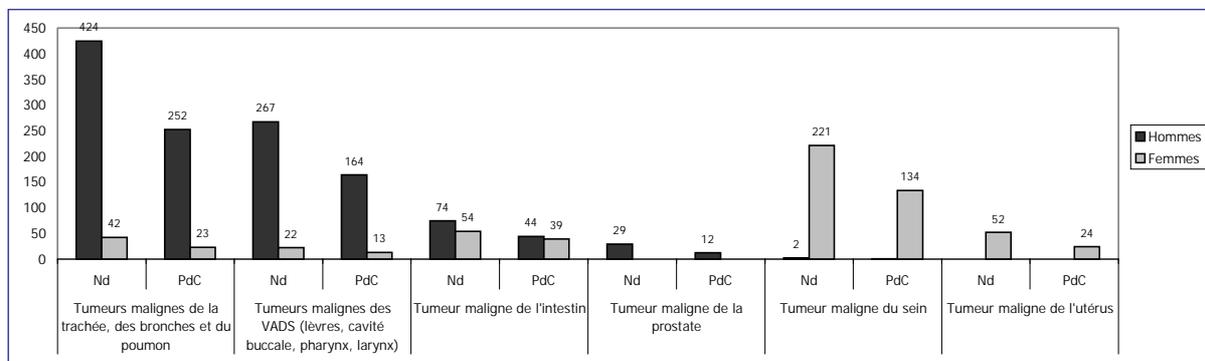
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-11 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-12 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Cancers Challenge

Parmi les décès prématurés féminins par cancer, la part des décès par tumeur broncho-pulmonaire est nettement plus réduite (6 %). Chez les hommes, l'Indice Comparatif de Mortalité Prématurée (ICMP) indique une mortalité régionale dépassant de 38 % celle de la France métropolitaine (Figure 4-11). En revanche, celui des femmes (ICMP : 74), indique une mortalité de 26 % inférieure au niveau national.

Dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais (Figure 4-13), la valeur des Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée des hommes demeure très proche du niveau régional (respectivement 137 et 140). Pour les femmes, il n'est que de 70 dans le Pas-de-Calais ; marquant ainsi une sous-mortalité féminine de -30 % dans ce département par rapport à la France métropolitaine. L'ICMP calculé à partir de l'ensemble des décès des personnes domiciliées dans les communes concernées par la Politique de la Ville (Figure 4-15) est uniquement significatif chez les hommes, pour lesquels la mortalité prématurée est de 63 % supérieure à celle de la France, et dépasse aussi nettement le niveau régional.

Arrondissements et intercommunalités

D'après les cartes présentant les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée par arrondissement (Cartes 06 et 07), seuls les arrondissements de Valenciennes (ICMP de 34,6) et de Dunkerque (ICMP de 54,4) indiquent chez les femmes une mortalité prématurée significativement plus basse que celle de la France. Dans le département du Pas-de-Calais, seuls 2 arrondissements se caractérisent par une sous-mortalité prématurée féminine significative. Il s'agit des arrondissement de Béthune (indice de mortalité prématurée de 41,7) et d'Arras (ICMP de 48,3). Chez les hommes, quel que soit l'arrondissement, les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée dont les résultats sont significatifs, indiquent tous des valeurs supérieures au niveau national. Ceux-ci s'échelonnent de 123 (arrondissement de Douai) pour le moins élevé, à 177 (arrondissement de Lens) pour le plus élevé. Outre l'arrondissement de Lens, les arrondissements de Béthune et de Valenciennes connaissent aussi une situation défavorable, se traduisant par une mortalité supérieure de 50 % à celle de la France métropolitaine.

À l'échelle des *intercommunalités*, chez les hommes, 12 territoires sur 26 se caractérisent par un Indice Comparatif de Mortalité Prématurée significativement supérieur au niveau national. Parmi ceux-ci, les communautés d'agglomération (C. A.) de la porte du Hainaut et d'Hénin-Carvin se distinguent par un niveau de mortalité par cancer broncho-pulmonaire supérieur au niveau régional, avec respectivement des ICMP de 184,6 et de 243. Les 11 autres territoires voient leur ICMP s'échelonner de 138 (communauté urbaine (C. U.) de Dunkerque) à près de 162 (C. A. de l'Artois). Chez les femmes, bien que la majorité des *intercommunalités* présentent des Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée inférieurs au niveau national, seuls ceux de la C. U. de Dunkerque, de la C. A. de la Porte du Hainaut et de la C. A. de l'Artois sont significativement inférieurs, traduisant une sous-mortalité respective de -58, -79 et -57 %.

Tumeurs malignes des Voies AéroDigestives Supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx et larynx)

Dans la région Nord – Pas-de-Calais, sur la période 1997-1999, les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures sont à l'origine en moyenne de 662 décès annuels chez les hommes de tout âge. Pratiquement deux tiers (65 %) de ces décès interviennent avant 65 ans. Seconde cause de mortalité prématurée masculine par tumeur (17,4 %), après les cancers broncho-pulmonaires, elle représente 6,6 % de l'ensemble des décès prématurés masculins. Les femmes sont nettement moins touchées par ce cancer (1,6 % de l'ensemble des décès féminins par tumeur, et 3,21 % des décès prématurés féminins par tumeur).

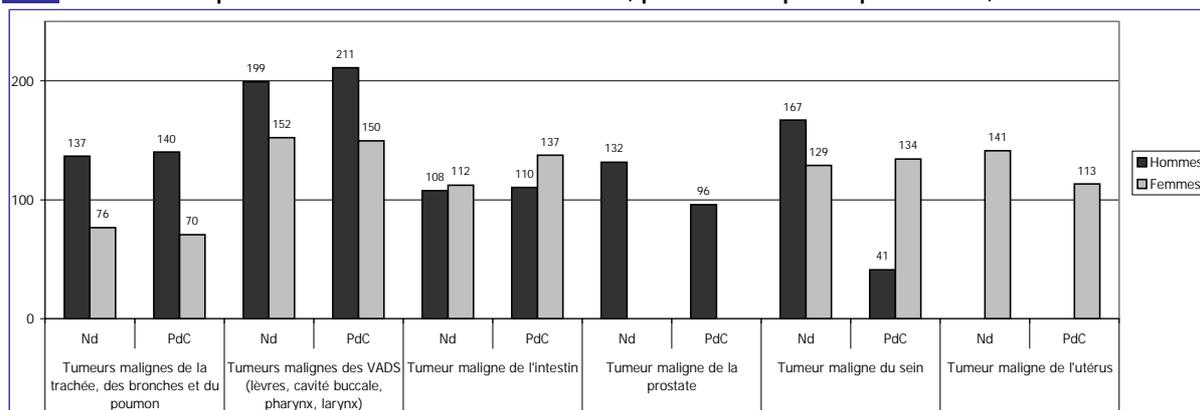
L'Indice Comparatif de Mortalité Prématurée (ICMP) régional (Figure 4-11) indique une surmortalité très marquée chez les hommes, dépassant de 104 % le niveau national. Ce surcroît de décès prématurés est aussi observé chez les femmes (+51 %). Cette surmortalité régionale apparaît aussi à l'échelle départementale (Figure 4-13) et est quasiment identique quel que soit le département (ICMP du Nord : 152, ICMP du Pas-de-Calais : 150). Chez les hommes habitant le Pas-de-Calais, la mortalité prématurée dépasse de 111 % le niveau national. Enfin (Figure 4-15), les ICMP propres au groupe constituant les communes impliquées dans la Politique de la Ville sont aussi très élevés : 250 chez les hommes (+150 %) et 180 chez les femmes (+80 %).

Arrondissements et intercommunalités (Carte 16)

Chez les femmes, seuls les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée (ICMP) des arrondissements de Béthune (218) et de Lille (245) indiquent des niveaux significativement supérieurs à la moyenne nationale. Il en est de même pour les *intercommunalités* où uniquement la C. A. de l'Artois et la C. U. de Lille Métropole affichent des indices de mortalité prématurée reflétant des niveaux de mortalité prématurée féminine significativement au-dessus de la moyenne nationale (respectivement +147 et +156) et significativement au-dessus de la moyenne régionale (indice de mortalité prématurée de 151) en ce qui concerne la C. U. de Lille Métropole.

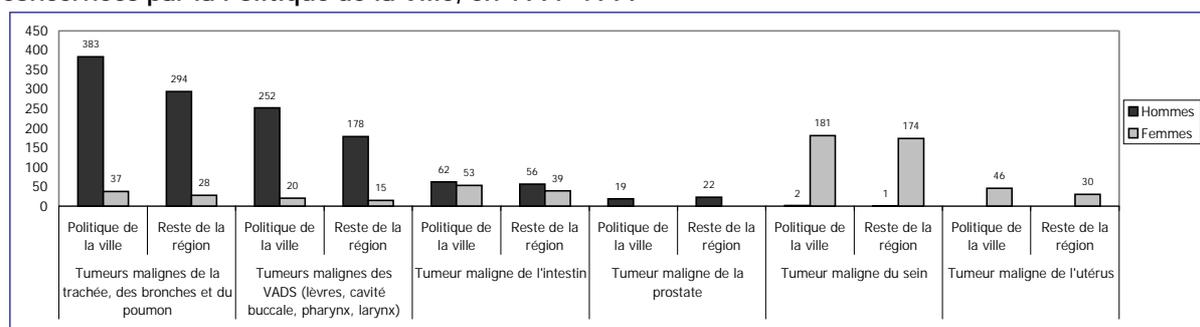
Cancers Challenge

4-13 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par département, en 1997-1999



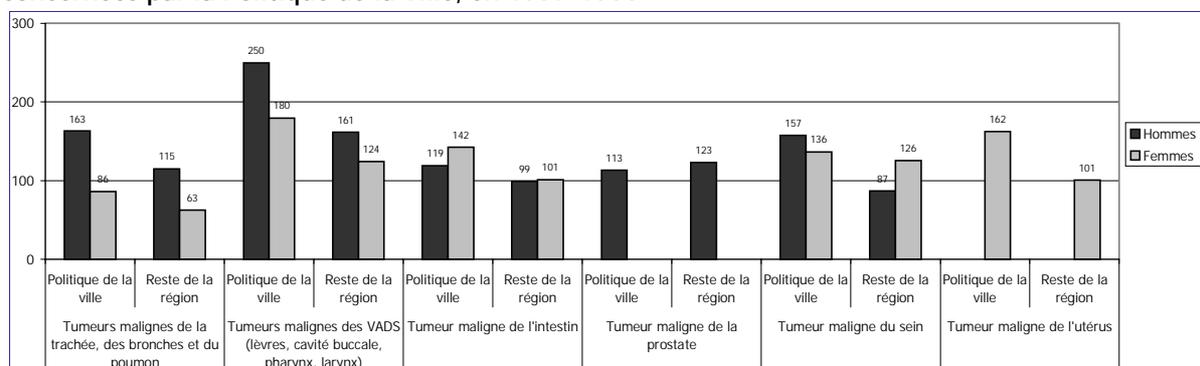
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-14 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-15 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Cancers Challenge

Chez les hommes, quel que soit l'arrondissement, les ICMP indiquent tous une surmortalité située entre +45 % pour la valeur la moins élevée (arrondissement de Saint-Omer) et +173 % pour la valeur la plus élevée (arrondissement de Lens). 9 arrondissements connaissent une mortalité prématurée au minimum 2 fois plus élevée que le niveau national, et l'arrondissement de Lens connaît une surmortalité significativement supérieure à la région Nord – Pas-de-Calais (Indice Comparatif de Mortalité Prématurée de 273).

De même, la majorité des *intercommunalités* connaissent des indices de mortalité prématurée au-dessus de la moyenne nationale dont 17 de façon significative. Pour ces 17 *intercommunalités*, les ICMP s'échelonnent de 152 pour le Pays de *Sambre-Avesnois*, à 274 pour la C. A. de Lens-Liévin. Ces deux *intercommunalités* sont les seules à obtenir des Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée qui se distinguent significativement l'un de l'autre. De plus, la C. A. de Lens-Liévin se caractérise par une surmortalité masculine significativement supérieure au niveau régional ; situation déjà observée pour l'arrondissement de Lens.

Tumeurs malignes du sein chez les femmes

Entre 1997 et 1999, ce type de cancer est la première cause de décès par tumeur chez les femmes, tant au niveau national que régional. À tout âge, cette pathologie est responsable de près d'un quart (21,3 %) des décès féminins par tumeur, soit 851 décès en moyenne chaque année.

La part des décès prématurés féminins pour ce type de cancer s'élève à 41,7 %. Cette maladie est par ailleurs responsable de 32,6 % des décès prématurés féminins par tumeur.

La région Nord – Pas-de-Calais se caractérise par une surmortalité prématurée du cancer du sein supérieure de 31 % au niveau national (Figure 4-11). Sur le plan départemental (Figure 4-13), la tendance des Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée (ICMP) s'écarte peu de la tendance régionale, avec un indice de 129 dans le département du Nord et de 134 dans celui du Pas-de-Calais. L'ensemble des communes concernées par la Politique de la Ville se caractérise aussi par une surmortalité par décès précoces de 36 % supérieure à celle de la France (Figure 4-15).

Arrondissements et intercommunalités (Carte 17)

À l'échelle des arrondissements, les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée dont les résultats sont significatifs, révèlent tous une surmortalité par rapport à la France qui s'échelonne de plus de 26 % dans l'arrondissement de Lille à plus de 53 % dans celui de Calais. Parallèlement, 8 *intercommunalités* ont des indices de mortalité prématurée significativement supérieurs à la moyenne nationale, s'échelonnant de 127 (C. A. de Lille Métropole) à 158,5 (C. A. du Calais). Cependant, tant à l'échelle des arrondissements que des *intercommunalités*, aucun territoire ne se démarque significativement l'un de l'autre, ni par ailleurs du niveau régional.

Tumeurs malignes de l'utérus

Pour les années 1997-1999, les tumeurs malignes de l'utérus sont la 5^{ème} cause de mortalité régionale par tumeur. En moyenne 240 femmes de tout âge en meurent chaque année. Ce type de tumeur représente 7 % des décès prématurés par tumeur.

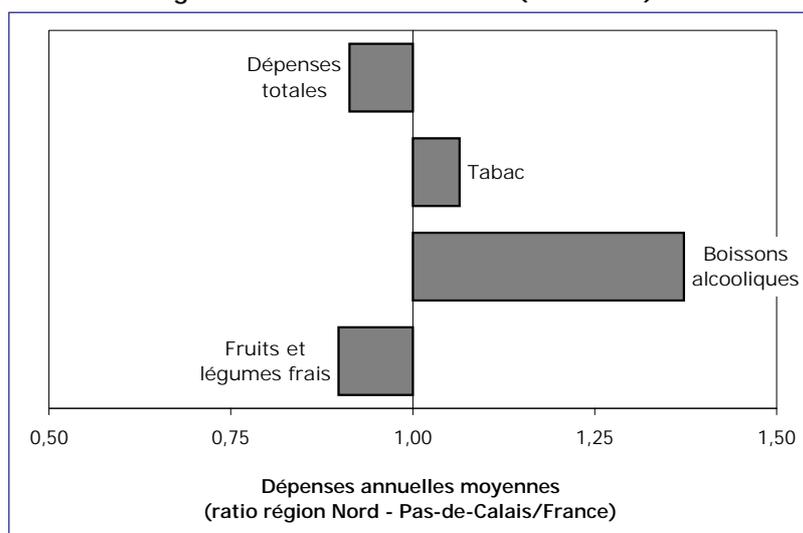
Dans la région Nord – Pas-de-Calais, la mortalité prématurée par tumeur de l'utérus dépasse de 31 % le niveau national (Figure 4-11). La surmortalité dans le Nord semble plus marquée que dans le Pas-de-Calais. Le Nord obtient en effet un Indice Comparatif de Mortalité Prématurée de 141 (+41 %), alors qu'il n'est que de 113 (+13 %) dans le Pas-de-Calais (Figure 4-13). Les communes impliquées dans la Politique de la Ville (Figure 4-15) se caractérisent par une surmortalité de 62 % supérieure au niveau national.

Tumeurs malignes de l'intestin

Les tumeurs de l'intestin apparaissent, sur la période 1997-1999, comme la 3^{ème} cause de mortalité par tumeur chez les hommes de tout âge, après les tumeurs malignes broncho-pulmonaires et les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures. Les 1 691 décès masculins cumulés de cette période (soit 563 décès moyens annuels), représentent 8,7 % du total des décès par tumeur à tout âge. Mais c'est surtout chez les hommes de plus de 65 ans que l'impact de ce type de cancer se fait le plus sentir. En effet, ils sont à l'origine de 11,3 % des décès par tumeur dans ce groupe d'âge. En revanche, les décès par tumeur de l'intestin ne représentent plus que 4,8 % des décès par tumeur chez les hommes de moins de 65 ans. Chez les femmes de tout âge, les cancers de l'intestin représentent la seconde cause de mortalité par tumeur après le cancer du sein. Sur la période 1997-1999, 1 685 femmes en sont mortes. Ce type de tumeur est à l'origine, chez les femmes de plus de 65 ans, de 16,1 % de l'ensemble des décès par tumeur et de 8,5 % des décès prématurés par tumeur.

Cancers Challenge

4-16 Consommation des ménages du Nord - Pas-de-Calais (France=1)



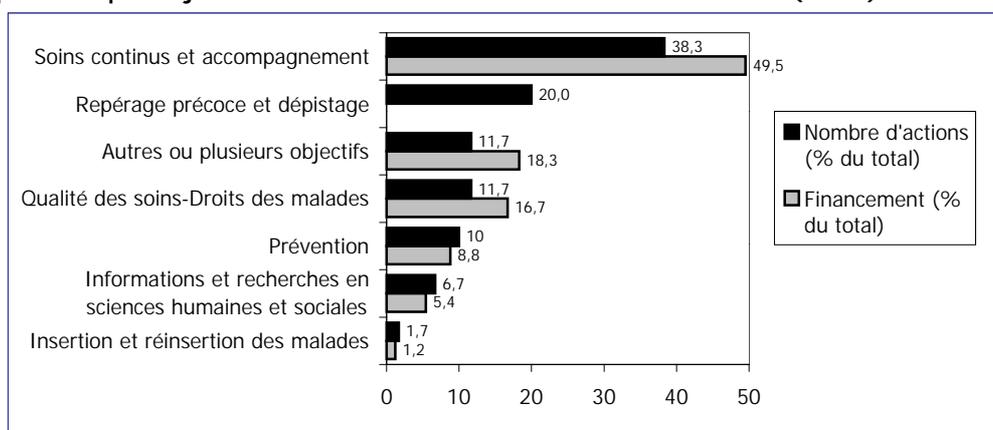
Source: INSEE, enquête Budget des ménages, 1995. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-17 Données statistiques (en %) des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord en 2001 et 2002

	Vague 2	
	2001	2002
Population cible non corrigée cumulée	125 816	287 182
Population invitée corrigée cumulée	123 015	281 283
Nombre cumulé des mammographies organisées (o)	29 732	64 934
Nombre cumulé des mammographies individuelles (i)	42 025	94 739
Nombre total cumulé des mammographies (o+i)	71 757	159 673
Taux cumulé de participation	58,3%	56,8%
Nombre cumulé de cancers confirmés par mammographies organisées	257	477

Source: Association pour le Dépistage du Cancer dans le département du Nord (ADCN).

4-18 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Cancers Challenge

Au niveau régional (Figure 4-11), l'Indice Comparatif de Mortalité Prématurée (ICMP) indique une surmortalité féminine de 22 % supérieure à celle de la France métropolitaine (ICMP non significatif chez les hommes). Concernant les comparaisons départementales, seul l'Indice Comparatif de Mortalité précoce féminin du Pas-de-Calais montre une surmortalité significative de +37 % (Figure 4-13).

Peu d'ICMP, tant à l'échelle des arrondissements que des *intercommunalités*, font apparaître des différences significatives. Par contre, les ICMP calculés pour l'ensemble des communes concernées par la Politique de la Ville indiquent une surmortalité prématurée de 19 % chez les hommes et de 42 % chez les femmes (Figure 4-15).

Tumeurs malignes de la prostate

Durant la période 1997-1999, 1 599 décès tous âges dus aux tumeurs malignes de la prostate, ont été enregistrés dans le Nord – Pas-de-Calais ; ce qui représente 8,3 % de l'ensemble des décès par tumeur. Ces tumeurs représentent 12,5 % de l'ensemble des décès par tumeur des 65 ans et plus et seulement 1,7 % des décès prématurés par tumeur. En ce qui concerne les arrondissement et *intercommunalités*, seul l'indice de mortalité prématurée du département du Nord (Figure 4-13) indique une surmortalité significative par rapport à la France métropolitaine (indice de mortalité prématurée de 132 (+32 %)).

En résumé

À l'exception des femmes décédées de tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée traduisent tous une surmortalité régionale globale par cancer pour les deux sexes. Cette surmortalité est particulièrement marquée chez les hommes pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, et pour les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures. Des écarts importants existent aussi entre arrondissements. Ainsi, pour ces 2 causes de mortalité, les arrondissements de Saint-Omer et de Maubeuge obtiennent les indices de mortalité prématurée les moins élevés. Au contraire, l'arrondissement de Lens obtient les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée (ICMP) les plus élevés pour ces mêmes causes ; ce qui se retrouve aussi au niveau des *intercommunalités* pour la C. A. de Lens-Liévin.

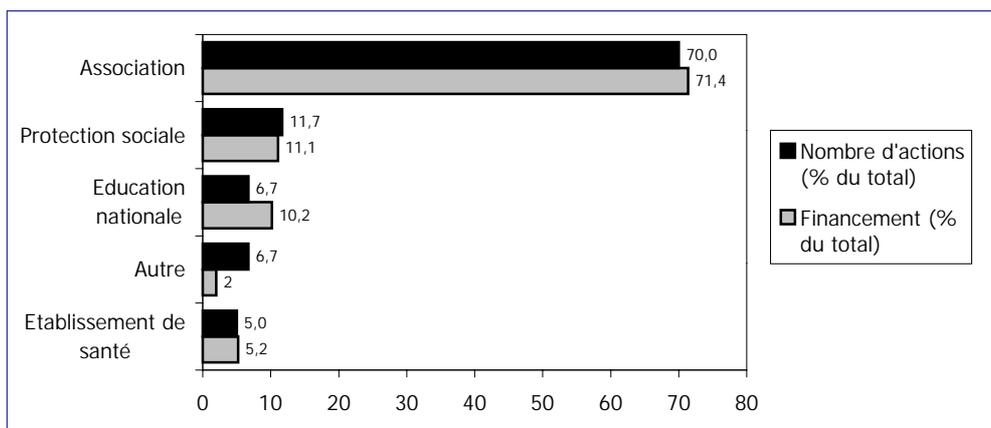
Les facteurs de risque

L'évaluation des facteurs de risque auxquels est exposée la population de la région Nord – Pas-de-Calais est primordiale. La consommation de tabac, de boissons alcoolisées, accroissent le risque de cancers broncho-pulmonaires, des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage. Au contraire, la consommation régulière de fruits et de légumes frais a des effets protecteurs par rapport aux cancers digestifs. Les données issues de l'enquête de l'INSEE de 1995 sur le budget des ménages ont permis de situer le niveau des dépenses des ménages du Nord – Pas-de-Calais pour ces 3 groupes de produits par rapport au niveau français. Cette enquête a été réalisée en 1995 à partir d'un échantillon représentatif d'environ 10 000 ménages de France métropolitaine. La Figure 4-16 présente les dépenses annuelles moyennes des ménages, et la part représentée par les boissons alcooliques, le tabac et les fruits et légumes frais. Afin de tenir compte des différences entre régions, en ce qui concerne les dépenses totales, a été calculé, pour chaque poste budgétaire, le ratio entre les dépenses moyennes annuelles des ménages du Nord – Pas-de-Calais et les dépenses annuelles moyennes des ménages de France métropolitaine. Un ratio de 1 indique que les dépenses des ménages de la région Nord – Pas-de-Calais sont en moyenne équivalentes à celles des ménages de France métropolitaine.

Les résultats font clairement ressortir une situation nettement plus défavorable dans la région Nord – Pas-de-Calais. Alors que le budget annuel global destiné à la consommation est inférieur de 9 % au budget global moyen français, la part des dépenses annuelles moyennes des ménages de la région Nord – Pas-de-Calais est de +37 % pour ce qui est des boissons alcoolisées, de +6 % en ce qui concerne l'achat de tabac et de -10 % en ce qui concerne l'achat de fruits et de légumes frais. Bien évidemment, les dépenses moyennes annuelles en consommation de tabac, de boissons alcoolisées ou encore de fruits et légumes frais ne traduisent pas directement le niveau de consommation des individus. Derrière ses dépenses moyennes peuvent coexister des situations contrastées, susceptibles d'opposer des sous-populations fortement consommatrices de boissons alcoolisées et de tabac, à des sous-populations ayant au contraire un faible niveau de consommation de ces produits.

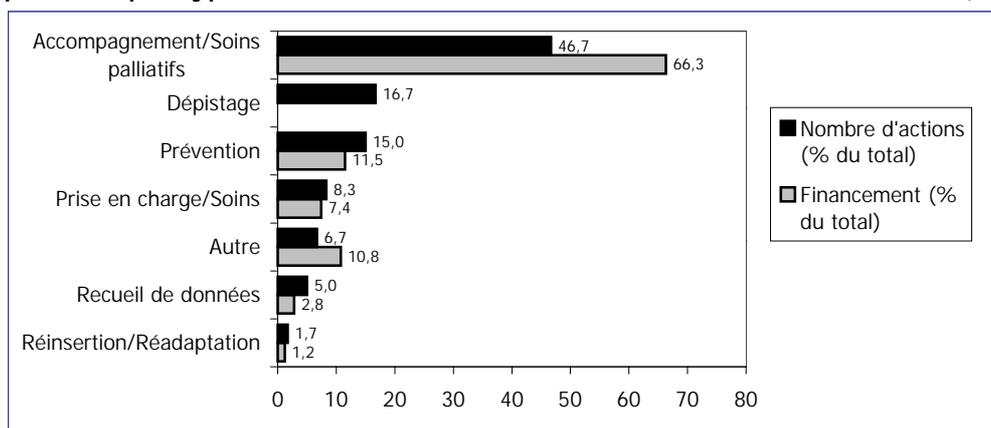
Cancers Challenge

4-19 Répartition par type de porteur d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)



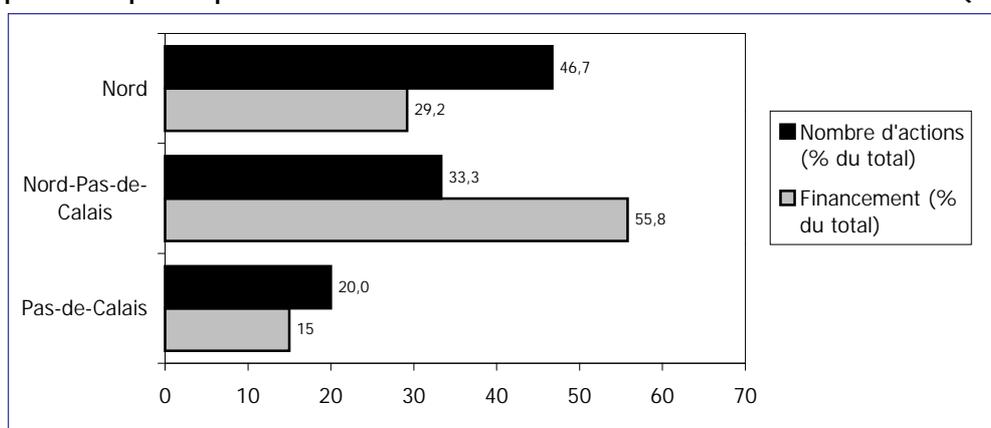
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-20 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-21 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Prévention et dépistage

La prévention et le dépistage ont été clairement définis comme priorités des actions à développer dans le cadre du Programme Régional de Santé Challenge. L'Association pour le Dépistage du Cancer dans le département du Nord (ADCN) a déjà réalisé deux vagues de dépistage du cancer du sein et entamera en 2004 une campagne de dépistage des cancers colo-rectaux. Cette même année l'organisme Opaline débute le dépistage du cancer du sein dans le département du Pas-de-Calais.

Données statistiques des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord

Depuis fin 1997, l'ADCN a organisé 2 vagues successives de dépistage du cancer du sein. Son objectif était d'atteindre au moins 60 % de la population-cible, seuil minimum à partir duquel le dépistage de masse présente une efficacité réelle pour diminuer d'environ 30 % la mortalité par cancer du sein. En 2003, cet objectif a été relevé à 70 % pour la vague 3 de 2003-2004.

La première vague¹ a débuté en septembre 1997 et a été menée jusque fin 2000. Elle ciblait 247 532 femmes de 50 à 69 ans domiciliées dans le département du Nord². 213 820 d'entre elles ont été réellement en mesure de répondre à cette invitation (effectifs corrigés³). Parmi celles-ci, 65 855 ont accepté de bénéficier d'une mammographie de dépistage, ce qui a permis de détecter, à la date d'octobre 2003, 668 cancers du sein confirmés⁴.

Depuis 2000, l'ADCN réalise ce dépistage tous les deux ans (Figure 4-17) et l'a étendu aux femmes âgées de 70-74 ans, invitant ainsi au cours des années 2001 et 2002, 287 182 femmes non-touchées par cette maladie à bénéficier d'un mammothest. Parmi les 281 283 femmes susceptibles de répondre à cette invitation (effectifs corrigés), 159 673 d'entre elles ont passé une mammographie de dépistage organisée ou individuelle⁵ aboutissant à un taux de participation de 56,8 % en fin de campagne. Parmi les 64 934 femmes ayant bénéficié d'une mammographie organisée, 477 ont eu confirmation d'un cancer du sein.

LES PROJETS RETENUS EN 2003

Dans le cadre du Programme Régional de Santé pour les cancers Challenge, 60 des 89 actions proposées ont été acceptées⁶ au cours de l'année 2003. Ce chiffre s'élevait à 76 en 2002 et 73 en 2001. Les actions acceptées par le PRS Challenge représentent 9,5 % du nombre total des actions acceptées (630 actions) tous PRS confondus. Le total des actions financées par le PRS Challenge s'élève pour 2003 à environ 500 000 euros.

Les Figures 4-18 à 4-24 présentent une répartition, en pourcentage, des actions selon leur effectif et leur financement, suivant l'objectif du PRS, le type de porteur de projets, le type d'action, le département, l'échelon géographique (local, départemental, régional), le financeur et la catégorie de financement.

Les objectifs

C'est la catégorie d'objectif "Soins continus et accompagnement" (Figure 4-18) qui, en 2003, a fédéré le plus grand nombre d'actions, totalisant ainsi 23 actions sur 60 (38,3 %). Elle représente aussi la part la plus importante du financement (49,5 %). 12 actions sur 60 (20 %) correspondent à l'objectif "Repérage précoce et dépistage du cancer". Leur financement est par contre nul car déjà assuré hors PRS Challenge. Viennent ensuite les catégories "Qualité des soins et droits des malades" et "Autres ou plusieurs objectifs" regroupant chacune 7 actions et respectivement 16,7 et 18 % du financement global.

¹ Les statistiques de la première vague de dépistage ont été précédemment présentées dans les *Moniteurs* 2001 et 2002 des PRS.

² Les femmes invitées sont celles figurant dans les fichiers des caisses participant (Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Nord, Mutualité Sociale Agricole, Caisse Maladie Régionale, etc.).

³ Il s'agit en effet de la population invitée corrigée ; c'est-à-dire après soustraction des femmes n'habitant plus à l'adresse indiquée, des femmes décédées, des femmes ayant refusé de participer et celles ayant déjà déclaré avoir eu un cancer du sein lors de la première vague.

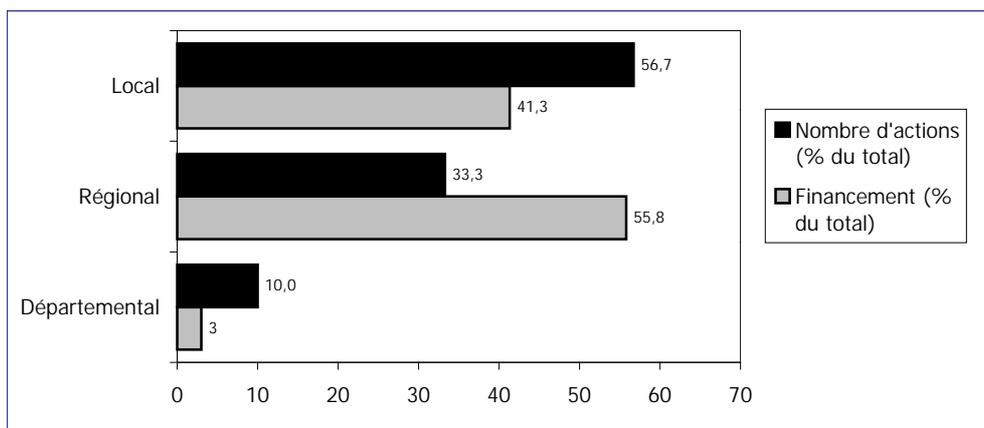
⁴ Ce chiffre a augmenté par rapport à l'édition 2002 du *Moniteur* car, depuis, de nouvelles informations ont été retournées à l'association par les médecins.

⁵ Contrairement à la première vague, les mammographies organisées et individuelles ont pu être regroupées. À terme, le système devrait s'orienter vers une forme unique de dépistage permettant une évaluation plus fine.

⁶ Accepté signifie financé, labellisé (sans financement PRS) ou pris en charge dans un Contrat d'Objectifs et de Moyens avec des associations de la région.

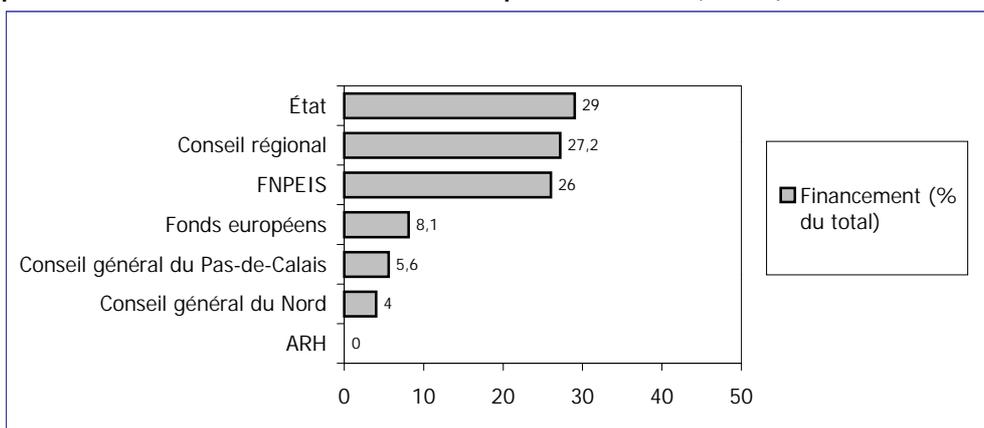
Cancers Challenge

4-22 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)



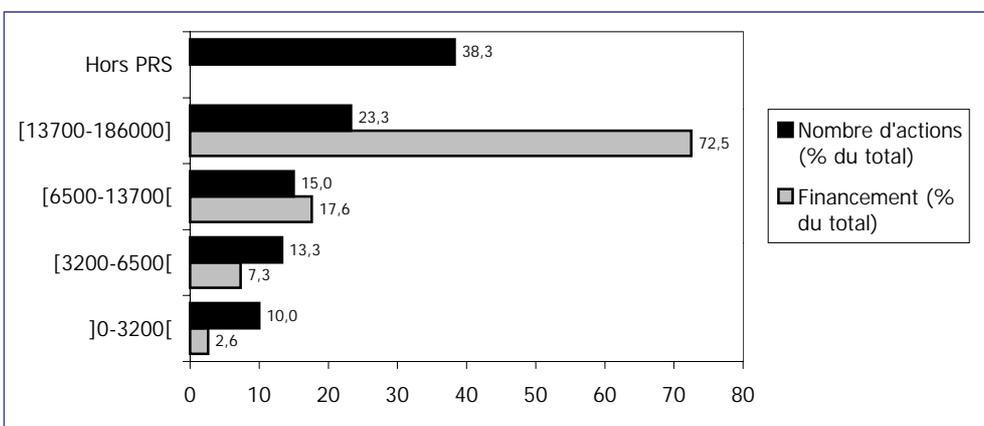
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-23 Répartition du financement des actions par financeur (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-24 Répartition par niveau de financement du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Qui sont les porteurs d'actions ?

La **Figure 4-19** fait très clairement ressortir la place prépondérante du tissu associatif en tant que porteur de projets. En effet, 42 actions (70 %) ont été proposées par des associations ; chiffre en augmentation par rapport à 2002 où 36 actions (47,4 %) étaient portées par des associations. Ces dernières représentent aussi en 2003 le premier poste (71,4 %) du financement global du PRS Challenge. En outre, la part des actions du PRS Challenge menées par des associations est cette année supérieure à la proportion moyenne d'actions menées par les associations pour l'ensemble des Programmes Régionaux de Santé (52,7 %, 332 actions). Au second rang, mais bien après les associations, la Protection sociale a porté 7 actions qui représentent 11,1 % du financement total.

Les types d'actions mises en oeuvre

Les actions sont en majorité orientées vers l'accompagnement et les soins palliatifs (28 actions, 46,7 % des actions) et représentent les deux tiers du financement. 10 actions concernent le dépistage, 9 la prévention (**Figure 4-20**).

Répartition territoriale des actions

Pour effectuer l'analyse territoriale des actions, nous avons considéré qu'une action est locale lorsqu'elle se limite à un arrondissement d'un seul département. Si au sein d'un même département, une action englobe plus d'un arrondissement ou bien que seul le département est spécifié, elle est alors considérée comme départementale. Une action régionale ou intervenant sur plusieurs arrondissements du Nord – Pas-de-Calais dont au moins un se situe dans un département différent des autres est alors classée en action régionale.

33,3 % des actions concernent la région (**Figure 4-21**) et représentent la part du financement la plus importante (55,8 % du financement total) ; 46,7 % des actions concernent exclusivement le département du Nord et 20 % exclusivement celui du Pas-de-Calais. Parmi ces actions, plus de la moitié (56,7 %) a été menée localement, ce qui s'explique, comme nous l'avons souligné, par le poids important des associations en tant que porteuses de projets qui agissent le plus souvent localement (**Figure 4-22**). En 2002, la part des actions locales était de 53,9 % pour 41,1 % en 2001, ce qui semble indiquer un renforcement des actions locales. Ces dernières ont représentées en 2003, 41,3 % du financement du PRS Challenge.

Pour la représentation cartographique, une action a été comptée autant de fois qu'elle intervenait dans un arrondissement. Ainsi, une action portant sur trois arrondissements est comptée trois fois. Ainsi, 34 actions se situent à l'échelon de l'arrondissement. Cependant, 26 actions sur un total de 60 ne sont pas localisées à l'échelle de l'arrondissement. C'est pourquoi, l'interprétation cartographique de la distribution spatiale des actions porte sur un effectif réduit, ce qui limite la portée des commentaires.

En 2003, les arrondissements de Lille, Douai et Dunkerque ont bénéficié du plus grand nombre d'actions (respectivement 9, 6 et 5 actions). Concernant les autres arrondissements, ce nombre s'échelonne entre l'absence d'action (Cambrai), 1 action (Arras, Boulogne) et 2 actions (Maubeuge Valenciennes, Béthune et Montreuil). La majorité des actions (24 sur 34) est portée par des associations (**Carte 42**). Selon les arrondissements, ce nombre varie entre 0 et 5 (arrondissement de Lille). 18 actions sur 34 (dont 5 dans l'arrondissement de Lille) sont axées vers l'accompagnement et les soins palliatifs, et 6 actions (dont 3 dans l'arrondissement de Douai) sont centrées sur le dépistage (**Carte 35**).

Financement des actions

En 2003, les actions financées dans le cadre du PRS Challenge, représentent un budget global de près d'un demi million euros.

La majorité du financement (**Figure 4-13**) se répartit de façon à peu près égale entre l'État (29 %), le Conseil régional (27,2 %) et le Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Informations Sanitaires (FNPEIS) (26 %).

23 actions (38,3 %) ayant obtenu le label PRS Challenge ont bénéficié de financements externes. 14 actions (23,3 %) totalisent pratiquement les trois quarts (72,5 %) du financement global et se situent dans la tranche de financement la plus élevée (**Figure 4-24**).



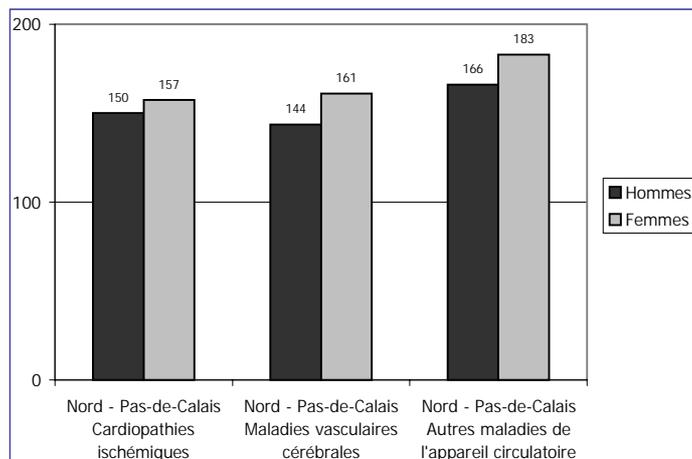
Santé cardiovasculaire

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	P 75
- La mortalité	p 75
Dans la région	p 77
Dans les départements	p 77
Dans les arrondissements	p 77
Dans les intercommunalités	p 79
- Les pathologies cardiovasculaires exonérées (affections de longue durée : ALD 30) dans le Nord – Pas-de-Calais en 2001. Nombre d'admissions et incidence	p 81
Limites	p 81
- Accident Vasculaire Cérébral invalidant	p 82
Dans la région	p 82
Dans les départements	p 82
- Artériopathie chronique et évolutive	p 82
Dans la région	p 82
Dans les départements	p 82
- Hypertension artérielle sévère	p 83
Dans la région	p 83
Dans les départements	p 83
- Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois	p 83
Dans la région	p 83
Dans les départements	p 83
LES PROJETS RETENUS EN 2003	P 83
- Objectifs des actions	p 84
- Types de porteurs	p 84
- Types d'actions	p 84
- Départements	p 85
- Échelons géographiques	p 85
- Financeurs	p 85
PERSPECTIVES DU PRS CARDIOVASCULAIRE	P 85

Cartes 10, 11, 12, 13, 14, 15, 34, 41

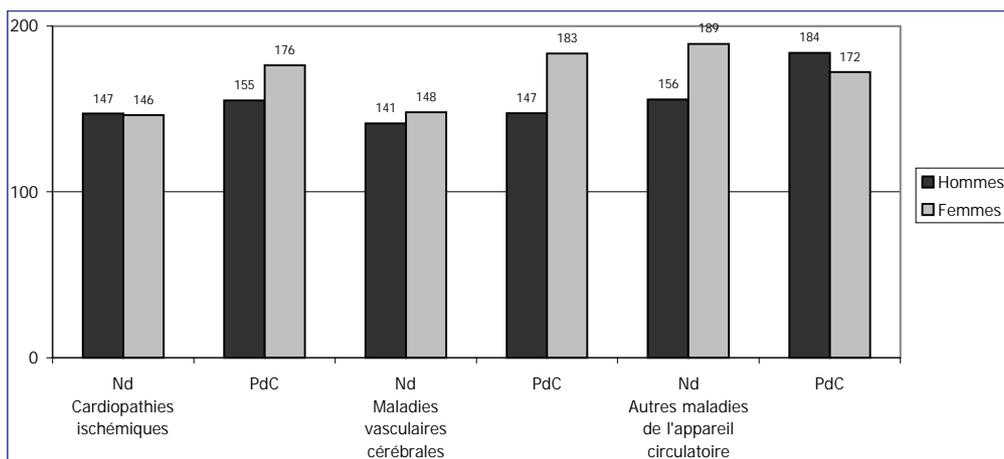
Santé cardiovasculaire

5-1 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999



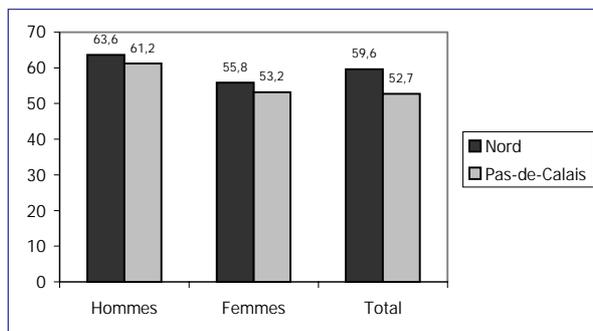
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.
Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-2 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.
Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-3 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Accident Vasculaire Cérébral, en 2001, selon le sexe



Source : Échelon médical de l'Assurance Maladie. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

Le nombre élevé de personnes atteintes, le nombre de complications, de handicaps et de souffrances ont fait des **maladies cardiovasculaires** une priorité d'action de la Conférence Régionale de Santé.

Le constat réalisé dans le cadre des PRS a permis, lors des différents appels à projets, d'énoncer les objectifs suivants, jusqu'en 2003 :

- la promotion de nouvelles conduites alimentaires et de nouveaux équilibres nutritionnels par la promotion de la consommation de fruits et légumes et la promotion des actions d'éducation nutritionnelle ;
- la lutte contre la sédentarité par la promotion de l'activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité, en particulier chez l'enfant ;
- le développement de la santé cardiovasculaire au travail par la sensibilisation et la prévention en milieu de travail ainsi que par le dépistage et des actions concertées avec les autres professionnels de santé sur le risque ;
- une meilleure connaissance et une meilleure maîtrise des risques vasculaires individuels en favorisant la connaissance précoce des facteurs de risque, en améliorant le suivi et le traitement des facteurs de risque et en faisant avancer l'éducation du patient ;
- le développement de la réadaptation après accident,
- une action rapide en urgence en luttant contre la mort subite par la formation du public aux gestes qui sauvent, en équipant et en formant des relais à la défibrillation semi-automatique, en raccourcissant les délais de la thrombolyse et de la prise en charge des cardiopathies ischémiques et en améliorant la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux en urgence.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

La mortalité

Les données de mortalité sont issues des statistiques des certificats de décès, fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – CépiDC (ex SC8 – SC25) de l'INSERM pour les années 1997-1999.

La mortalité prématurée est un indicateur qui représente les décès survenant avant l'âge de 65 ans. Certaines causes de décès survenant avant cette limite d'âge peuvent être considérées comme "évitables" selon les recherches menées sous l'égide du comité d'actions concertées "Health services research" de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques), et du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM.

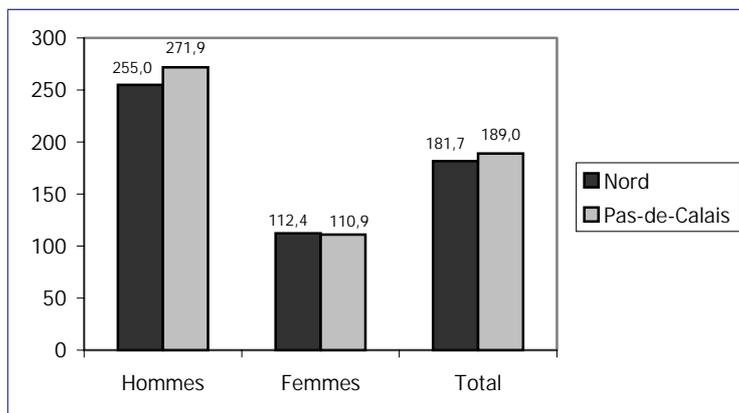
L'Indice Comparatif de Mortalité ou ICM permet de comparer les taux de mortalité de populations différentes. La standardisation des taux s'avère nécessaire afin de neutraliser l'effet des variables confondantes sur les taux étudiés (structure d'âge des populations, sexe...). Le calcul de l'ICM représente l'une des méthodes de standardisation. Cet indice est le rapport entre le nombre de décès observés dans la région et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100).

Entre 1997 et 1999, environ 11 292 personnes dont 1 117 avant 65 ans (10 %) décèdent chaque année, dans le Nord – Pas-de-Calais, par suite de maladies de l'appareil circulatoire. Parmi ces décès, 7 014 en moyenne ont été enregistrés dans le Nord (3 229 décès chez les hommes pour 3 785 décès chez les femmes) et 4 278 dans le département du Pas-de-Calais (1 974 décès chez les hommes pour 2 304 décès chez les femmes).

Dans la région, pour la période 1997-1999, 3 290 décès en moyenne ont été enregistrés pour cardiopathies ischémiques et 2 802 pour maladies vasculaires cérébrales.

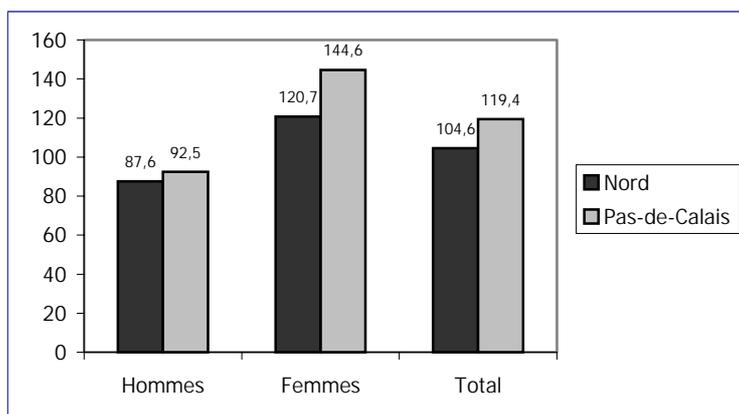
Santé cardiovasculaire

5-4 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Artériopathie évolutive, en 2001, selon le sexe



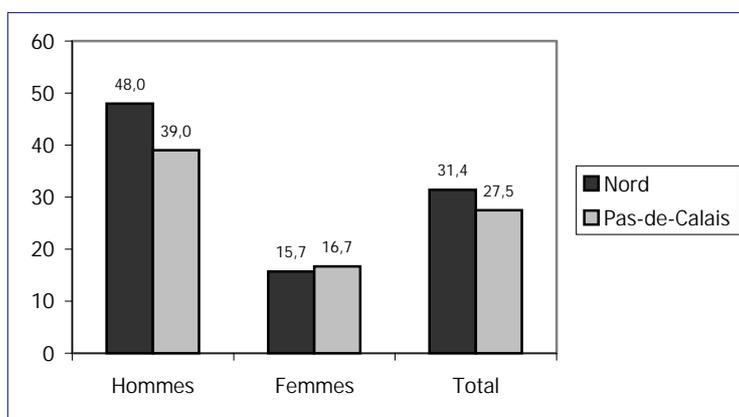
Source : Assurance Maladie. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-5 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Hypertension artérielle sévère, en 2001, selon le sexe



Source : Assurance Maladie. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-6 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Infarctus du myocarde, en 2001, selon le sexe



Source : Assurance Maladie. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

Ainsi, dans le Nord – Pas-de-Calais, les maladies de l'appareil circulatoire au cours de la période 1997-1999 sont, en moyenne, responsables de 1 407 (15,1 %) décès prématurés par an. Parmi ces décès, 562 (53,7 %) sont dus aux cardiopathies ischémiques et 326 (31,1 %) aux maladies vasculaires cérébrales.

Dans la région

Pour les cardiopathies ischémiques (**Cartes 10** et **11**), l'Indice Comparatif de Mortalité est de 150 pour les hommes et de 157 pour les femmes, traduisant une surmortalité significative dans les deux sexes par rapport à la moyenne nationale (**Figure 5-1**).

Pour les maladies vasculaires cérébrales (**Cartes 14** et **15**), cet indice est de 144 pour les hommes et de 161 pour les femmes, traduisant une surmortalité significative dans les deux sexes par rapport à la moyenne nationale.

Ainsi, pour ces 2 causes, la surmortalité prématurée féminine reste prédominante. La région Nord – Pas-de-Calais présente une surmortalité tous âges significative par rapport à la France, supérieure de 25 % dans les deux sexes. Il existe également une surmortalité prématurée significative qui s'élève à plus de 40 % chez les hommes et à plus de 60 % chez les femmes.

Dans les départements

En ce qui concerne les cardiopathies ischémiques, on constate (**Figure 5-2**) une surmortalité prématurée différente chez les hommes et les femmes dans les 2 départements. Ainsi, il existe une surmortalité plus faible chez les hommes et les femmes du département du Nord, que chez ceux du Pas-de-Calais. En effet, l'Indice Comparatif de Mortalité pour la période 1997-1999, est de 147 et 146 pour les hommes et les femmes du Nord *versus* 155 et 176 pour les hommes et les femmes du Pas-de-Calais.

Pour ce qui est des maladies vasculaires cérébrales, on constate une surmortalité prématurée différente chez les hommes et les femmes dans les 2 départements. De plus, la surmortalité est plus grande chez les femmes dans les 2 départements. L'Indice Comparatif de Mortalité pour cette pathologie est de 141 pour les hommes et de 148 pour les femmes dans le Nord contre 147 pour les hommes et 183 pour les femmes dans le Pas-de-Calais.

Dans les arrondissements

L'analyse de la mortalité par **cardiopathie ischémique** (**Cartes 10** et **11**) à l'échelle des arrondissements permet de mettre en évidence des disparités notamment lors de la prise en compte de la mortalité régionale.

Les hommes

L'arrondissement de Douai se distingue par une surmortalité tous âges significativement plus élevée que la surmortalité régionale ; alors que celui de Saint-Omer présente une mortalité inférieure à la région, comparable à la mortalité nationale. Les autres arrondissements ont des ICM significativement supérieurs à la France et comparables à la région.

En ce qui concerne la mortalité prématurée, tous les arrondissements présentent une mortalité comparable à la région. La mortalité de l'arrondissement de Saint-Omer est également comparable à la France.

Les femmes

Les arrondissements de Saint-Omer et de Montreuil affichent une mortalité tous âges significativement inférieure à la région et comparable à la mortalité nationale. Les autres arrondissements affichent une mortalité comparable à la mortalité régionale. Boulogne-sur-Mer a un ICM également comparable à la France (non significatif).

L'arrondissement de Lens fait l'objet d'une surmortalité prématurée supérieure à la région ; les autres arrondissements sont comparables à la région et le plus souvent également à la France (hormis Valenciennes, Boulogne-sur-Mer et Lille qui présentent une surmortalité significative par rapport à la France).

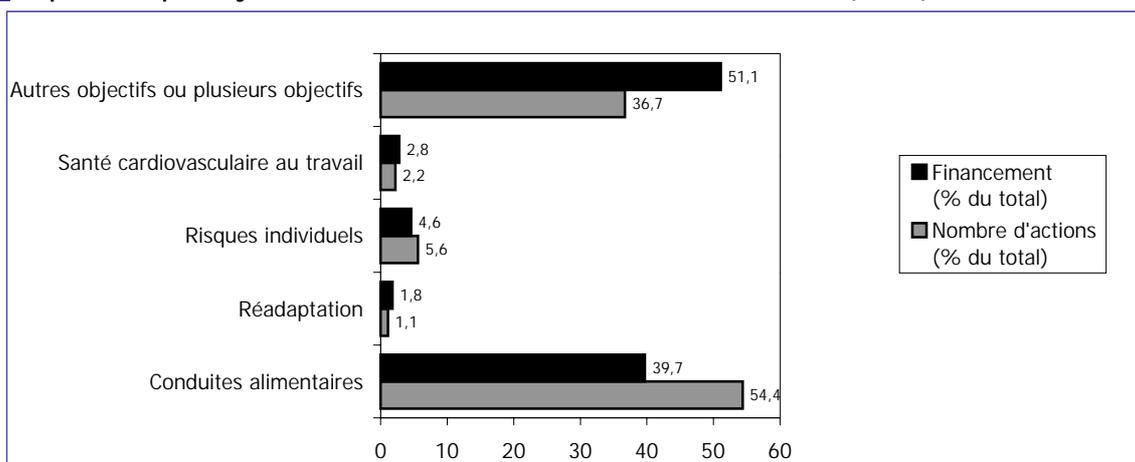
L'analyse de la mortalité par **maladies vasculaires cérébrales** (**Cartes 14** et **15**) à l'échelle des arrondissements montre pour :

Les hommes

Des arrondissements tels que Cambrai et Valenciennes se distinguent par une surmortalité tous âges supérieure à la surmortalité régionale alors que Lille présente une mortalité sensiblement inférieure à la région. Les autres arrondissements ont une surmortalité significative par rapport à la France, comparable à la région hormis Calais dont la mortalité est comparable à la fois à la mortalité régionale et nationale.

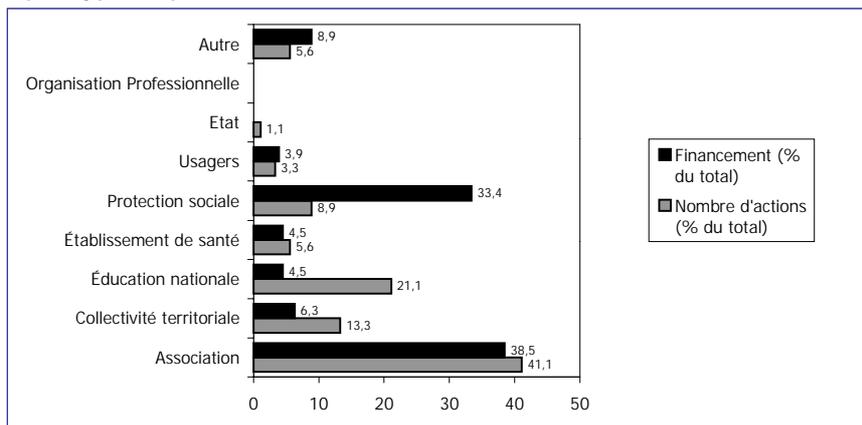
Santé cardiovasculaire

5-7 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)



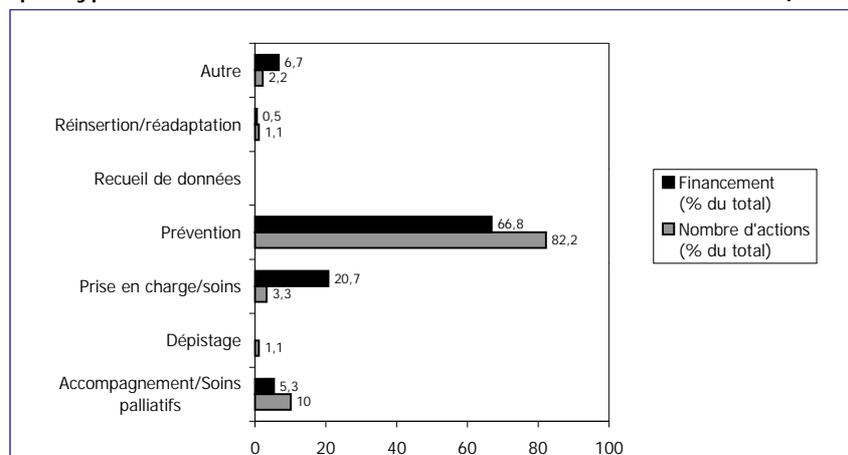
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-8 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-9 Répartition par type d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

En ce qui concerne la mortalité prématurée, Cambrai est l'objet d'une surmortalité significativement supérieure à la région alors que Lille présente une mortalité significativement inférieure et comparable à la France. Les autres arrondissements ont une mortalité comparable à la région et parfois également à la France.

Les femmes

Les arrondissements de Cambrai et de Montreuil se distinguent par une surmortalité tous âges supérieure à la surmortalité régionale alors que Lille présente une mortalité sensiblement inférieure à la région. Les autres arrondissements ont une surmortalité significative par rapport à la France, comparable à la région (hormis Calais et Saint-Omer dont la mortalité est comparable à la fois à la mortalité régionale et nationale).

Concernant la mortalité prématurée, l'arrondissement de Béthune affiche une surmortalité sensiblement supérieure à la surmortalité régionale ; les autres territoires ont une mortalité comparable à la région et pour la plupart significativement supérieure à la France.

Dans les *intercommunalités*¹

Comme pour les arrondissements, l'analyse de la mortalité par **cardiopathie ischémique** à l'échelle des *intercommunalités* permet de mettre en évidence des disparités lors de la prise en compte de la mortalité régionale (**Cartes 10 et 11**).

Les hommes

Concernant la mortalité tous âges pour cardiopathies ischémiques, la Communauté d'Agglomération du Douaisis se distingue par une surmortalité tous âges supérieure à la surmortalité régionale. Le Pays de *Saint-Omer* et la Communauté Urbaine d'Arras se caractérisent par une mortalité inférieure à la région et comparable à la France. Les C. A. du Boulonnais et de Lens-Liévin présentent une surmortalité prématurée significativement supérieure à la surmortalité régionale. Les autres arrondissements sont comparables à la région et parfois également à la France.

Les femmes

La Communauté d'Agglomération de Saint-Omer et le Pays du *Montreuillois* affichent une mortalité tous âges pour cardiopathies ischémiques sensiblement inférieure à la région, comparable à la France.

En ce qui concerne la mortalité prématurée, la Communauté Urbaine de Lens-Liévin se distingue par une surmortalité supérieure à la surmortalité régionale ; les autres territoires étant comparables à la mortalité régionale et pour la plupart également à la mortalité nationale.

L'analyse de la mortalité des **maladies vasculaires cérébrales** (**Cartes 14 et 15**) montre que :

Les hommes

Le Pays des *Sept Vallées* et la C. A. de Valenciennes affichent une surmortalité tous âges supérieure à la surmortalité régionale alors que la C. U. de Lille Métropole présente une mortalité sensiblement inférieure à la région.

En ce qui concerne la mortalité prématurée, la C. A. de Cambrai présente une surmortalité tous âges sensiblement supérieure à la surmortalité régionale.

Les femmes

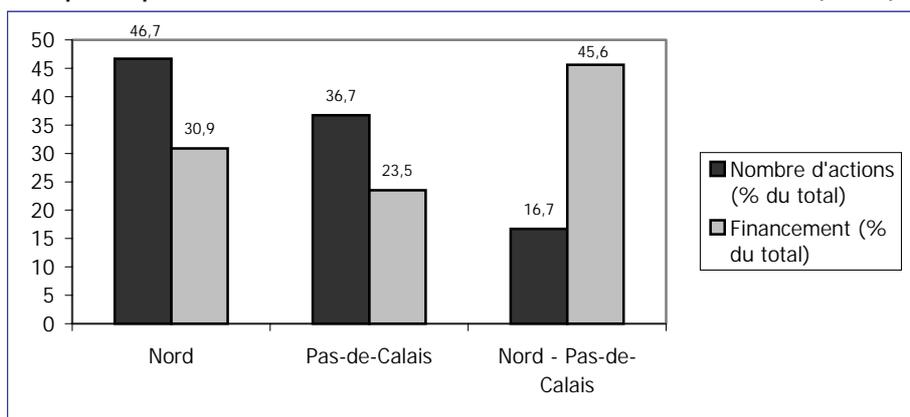
Les Pays du *Cambrésis*, des *Sept Vallées* et du *Montreuillois* sont l'objet d'une surmortalité tous âges supérieure à la surmortalité régionale alors que la C. U. de Lille Métropole présente une mortalité sensiblement inférieure à la région.

La C. U. de l'Artois se distingue par une mortalité prématurée significativement plus élevée que la surmortalité régionale.

¹ C'est-à-dire dans les pays, communautés d'agglomérations et communautés urbaines.

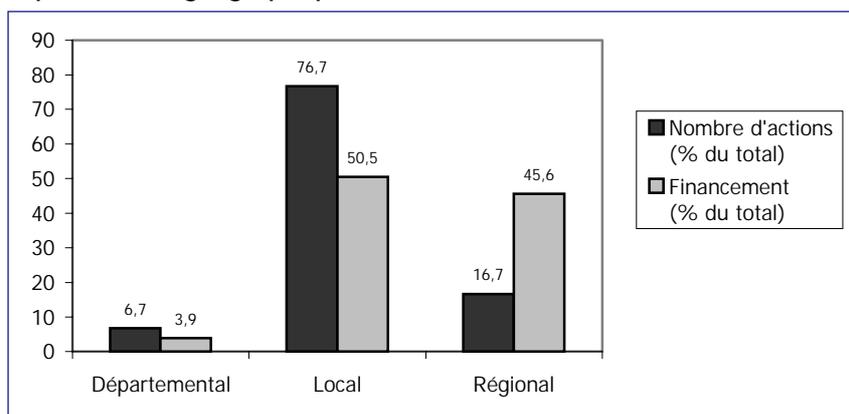
Santé cardiovasculaire

5-10 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)



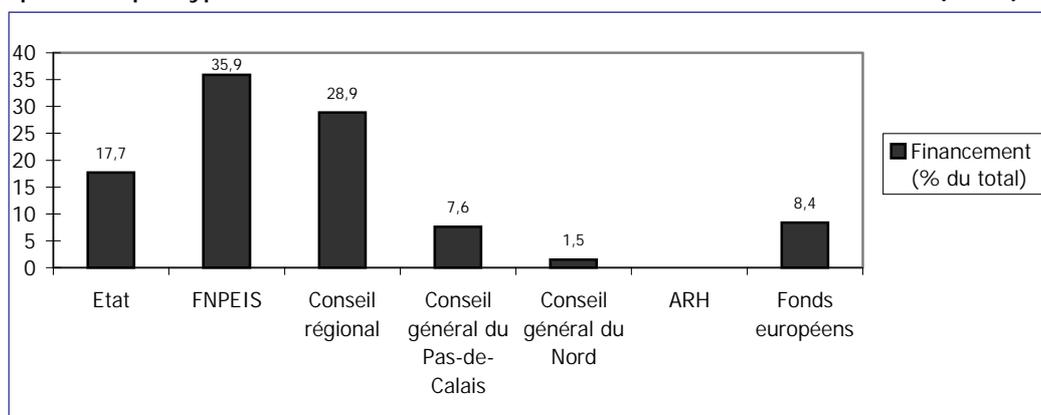
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-11 Répartition par échelon géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-12 Répartition par type de financeur du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Les pathologies cardiovasculaires exonérées (affections de longue durée : ALD 30) dans le Nord – Pas-de-Calais en 2001. Nombre d'admissions et incidence.

L'article L.322.3.3 du Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression de la participation de l'assuré aux prestations en nature servies par les Caisses d'Assurance Maladie dans les cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et figurant sur une liste limitative de 30 affections (ALD 30).

Pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD 30, le patient doit en faire la demande à la Caisse d'Assurance Maladie dont il dépend. Le médecin traitant établit un protocole comportant les éléments du diagnostic et la procédure thérapeutique mise en place. Le médecin-conseil examine le dossier puis effectue la saisie informatique du dossier en indiquant le code de la pathologie (code issu de la Classification Internationale des Maladies CIM 9 ou CIM 10). Les données traitées ici portent sur les bénéficiaires de quatre régimes : le Régime général, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI) et le Régime Minier ; soit 99 % de la population générale.

Une ALD, selon la liste établie en 2001, constitue le plus souvent un ensemble d'affections regroupées sous ce label (exemple : l'ALD "Tumeur maligne" regroupe l'ensemble des cancers). Le découpage géographique retenu est celui des circonscriptions des caisses du régime général. Le calcul de l'incidence se fait sur les nouvelles attributions d'ALD 30 enregistrées dans les bases des services médicaux en 2001. L'incidence est calculée pour 100 000 personnes à partir des populations protégées par les quatre régimes. Aucune standardisation sur l'âge n'a été effectuée.

Limites

L'incidence d'une ALD 30 peut être sous-évaluée par rapport à la morbidité réelle de la population en raison des biais suivants :

- le bénéfice de l'exonération au titre de l'ALD résulte d'une démarche de l'assuré qui peut ne pas en faire la demande,
- lorsqu'un patient présente plusieurs affections, les modalités de saisie peuvent être variables et n'entraîner la connaissance que d'une seule d'entre elles,
- certaines ALD couvrent un champ de pathologies très varié et par conséquent un choix de codage très étendu (exemple : ALD 23 "Psychose, troubles graves de la personnalité, arriération mentale"),
- la demande de reconnaissance peut être faite à des stades différents de la maladie ; le codage peut prendre en compte le stade avancé occultant l'affection initiale (exemple : cardiopathie ischémique après infarctus).

Dans le cadre des maladies cardiovasculaires traitées ici, nous ne présentons que les résultats de 6 ALD sur les 30 existant au cours de l'année 2001. Il s'agit de : ALD 1 (Accident vasculaire cérébral invalidant)¹, ALD 3 (Artériopathie chronique et évolutive² (y compris coronarienne) avec manifestations cliniques ischémiques), ALD 5 (Cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave)³, ALD 12 (Hypertension artérielle sévère)⁴ et ALD 13 (Infarctus du myocarde datant de moins de six mois)⁵. L'analyse des données est faite par rapport aux seules ALD ventilées qui représentent environ 99 % des ALD 30.

¹ Les patients entrant dans ce groupe présentent des séquelles neurologiques nécessitant une prise en charge lourde et une rééducation à long terme. Certains accidents vasculaires cérébraux ne correspondant pas à ces critères sont pris en charge au titre d'autres affections (exemple : artériopathie chronique, hypertension artérielle).

² Ce groupe comprend :

- les artériopathies chroniques des membres inférieurs avec manifestations cliniques,
- l'insuffisance coronarienne (douleur angineuse et/ou facteurs de risque associés à un critère d'ischémie électrique isotopique ou coronarographique...),
- les anévrismes et dissections de l'aorte thoracique abdominale symptomatiques et confirmés,
- les hypertensions artérielles pulmonaires majeures primitives ou non.

³ Les modalités de saisie des pathologies cardiovasculaires et en particulier des maladies coronariennes (angine de poitrine, infarctus, cardiopathie ischémique) induisent une intrication entre 3 ALD 30 (artériopathies, cardiopathies, infarctus).

⁴ Les modalités d'admission de ce groupe peuvent induire une sous-estimation des effectifs. Les accidents vasculaires cérébraux, les cardiopathies hypertensives qui sont des complications de l'hypertension artérielle sévère ne figurent pas dans les effectifs de cette ALD 30 dans la mesure où ils sont repris ailleurs.

⁵ Les modalités d'admission dans ce groupe peuvent induire une sous-évaluation des effectifs. La reconnaissance en ALD 30 peut se faire au stade de la cardiopathie ischémique et occulter l'accident ischémique initial si l'infarctus n'a pas fait l'objet d'une déclaration dans le cadre de l'ALD qui lui est propre.

Santé cardiovasculaire

Ainsi, parmi les affections ventilées en 2001, 31,4 % des nouveaux cas (18 950 cas sur 60 426) le sont pour des problèmes cardiovasculaires. La répartition, selon le sexe, des nouveaux cas d'admissions en ALD pour des affections cardiovasculaires en 2001, est de 56 % d'hommes et 44 % de femmes. Les personnes âgées de 65 ans et plus, avec 64,9 %, constituent l'essentiel des ALD pour maladies cardiovasculaires ; les 35-64 ans n'en constituant que 33 %.

Accident Vasculaire Cérébral invalidant

Dans la région

L'Accident Vasculaire Cérébral invalidant (AVC) constitue 12 % des nouveaux cas d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires. Parmi les nouveaux cas d'ALD pour accident vasculaire cérébral invalidant, 52 % sont des hommes et 48 % des femmes. La répartition en fonction de l'âge montre que seuls 0,6 % des moins de 15 ans sont concernés, tandis qu'ils sont 2,5 % des 15-34 ans, 27,4 % des 35-64 ans et 69,6 % des 65 ans et plus. L'incidence de l'admission régionale pour cette affection est égale à 57,1 avec 61,2 pour les hommes et 53,2 pour les femmes.

Dans les départements

L'analyse par département montre qu'en 2001, les nouveaux cas d'admissions en ALD pour AVC, dans le Nord, constituaient 67 % des nouvelles admissions régionales pour cette affection, pour seulement 33 % dans le Pas-de-Calais ; soit environ deux fois plus pour le Nord. La répartition de nouveaux cas d'admission dans le Nord est la suivante : 52 % des hommes et 48 % des femmes. Cette répartition est identique à celle du Pas-de-Calais. L'incidence des admissions pour cette affection dans chacun des deux départements est de 59,6 pour le Nord et 52,7 pour le Pas-de-Calais. Elle reste plus élevée pour les hommes et les femmes du Nord que pour ceux du Pas-de-Calais : 63,6 pour les hommes et 55,8 pour les femmes du Nord contre 61,2 pour les hommes et 53,2 pour les femmes du Pas-de-Calais (Figure 5-3).

Artériopathie chronique et évolutive

Dans la région

Les nouveaux cas d'admission en ALD pour artériopathie chronique évolutive constituent 39 % des nouveaux cas d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires. Parmi les nouveaux cas d'ALD pour artériopathie chronique et évolutive, 69 % sont des hommes et 31 % des femmes. La répartition en fonction de l'âge montre que seuls 0,08 % des moins de 15 ans sont concernés, tandis qu'ils sont 0,5 % des 15-34 ans, 38,5 % des 35-64 ans et 60,8 % des 65 ans et plus. L'incidence de l'admission régionale pour cette affection est égale à 184,3 avec 261,1 pour les hommes et 111,9 pour les femmes.

Dans les départements

L'analyse par département montre qu'en 2001, les nouveaux cas d'admissions en ALD pour artériopathie chronique et évolutive dans le Nord, constituaient 63 % des nouvelles admissions régionales pour cette affection, pour seulement 37 % dans le Pas-de-Calais ; soit environ deux fois plus pour le Nord. La répartition de nouveaux cas d'admissions dans le Nord est la suivante : 68 % des hommes et 32 % des femmes. Cette répartition est légèrement différente de celle du Pas-de-Calais : 70 % d'hommes et 30 % de femmes. L'incidence des admissions pour cette affection dans chacun des deux départements est de 181,7 pour le Nord et 189 pour le Pas-de-Calais. Elle reste plus élevée pour les hommes et les femmes du Nord que pour ceux du Pas-de-Calais : 255 pour les hommes et 112,4 pour les femmes du Nord contre 271,9 pour les hommes et 110,9 pour les femmes du Pas-de-Calais (Figure 5-4).

Hypertension artérielle sévère

Dans la région

L'hypertension artérielle sévère constitue 23 % des nouveaux cas d'admission en ALD des maladies cardiovasculaires. Parmi les nouveaux cas d'ALD pour hypertension artérielle sévère, 39,5 % sont des hommes et 60,5 % des femmes.

La répartition en fonction de l'âge montre que seuls 0,07 % des moins de 15 ans sont concernés, tandis qu'ils sont 0,3 % des 15-34 ans, 30,8 % des 35-64 ans et 68,8 % des 65 ans et plus.

L'incidence de l'admission régionale pour cette affection est égale à 110 avec 89,4 pour les hommes et 129,4 pour les femmes.

Dans les départements

L'analyse par département montre qu'en 2001, les nouveaux cas d'admissions en ALD pour hypertension artérielle dans le Nord, constituaient environ 61 % des nouvelles admissions régionales pour cette affection, pour seulement 39 % dans le Pas-de-Calais ; soit environ deux fois plus pour le Nord.

La répartition de nouveaux cas d'admissions dans le Nord est la suivante : 41 % des hommes et 59 % des femmes. Dans le Pas-de-Calais, la répartition des nouveaux cas d'admissions pour HTA sévère est de 62 % de femmes et 38 % d'hommes.

L'incidence des admissions pour cette affection dans chacun des deux départements est de 104,6 pour le Nord et 119,4 pour le Pas-de-Calais. Elle reste plus élevée pour les femmes que pour les hommes dans les deux départements avec : 87,6 pour les hommes et 120,7 pour les femmes du Nord contre 92,5 pour les hommes et 144,6 pour les femmes du Pas-de-Calais (Figure 5-5).

Infarctus du myocarde datant de moins de six mois

Dans la région

L'infarctus du myocarde constitue 6 % des nouveaux cas d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires. Parmi les nouveaux cas d'ALD pour infarctus récent du myocarde, 72 % sont des hommes et environ 28 % des femmes. La répartition en fonction de l'âge montre qu'aucun cas n'est observé avant 15 ans, tandis qu'ils sont 0,9 % des 15-34 ans, 51 % des 35-64 ans et 48,1 % des 65 ans et plus. L'incidence de l'admission régionale pour cette affection est, d'après les résultats de l'Assurance Maladie, égale à 30 avec 44,8 pour les hommes et 16,1 pour les femmes.

Dans les départements

L'analyse par département montre qu'en 2001, les nouveaux cas d'admissions en ALD pour infarctus du myocarde dans le Nord, constituaient 67 % des nouvelles admissions régionales pour cette affection pour seulement 33 % dans le Pas-de-Calais ; soit environ deux fois plus pour le Nord. La répartition des nouveaux cas d'admission dans le Nord est la suivante : 74 % des hommes et 26 % des femmes. Cette répartition est dans le Pas-de-Calais de 69 % d'hommes et de 31 % de femmes. L'incidence des admissions pour cette affection dans chacun des deux départements est de 31,4 dans le Nord et 27,5 dans le Pas-de-Calais. Elle reste plus élevée pour les hommes des deux départements par rapport aux femmes. Ainsi, elle est, d'après les résultats de l'Assurance Maladie, de 48 pour les hommes et de 15,7 pour les femmes du Nord contre 39 pour les hommes et 16,7 pour les femmes du Pas-de-Calais (Figure 5-6).

LES PROJETS RETENUS EN 2003

Les actions présentées pour le Programme Régional de Santé des Maladies cardiovasculaires, sont celles retenues pour financement ou labellisées par le Comité de gestion des PRS au 16 septembre 2003, ou prises en charge dans un Contrat d'Objectifs et de Moyens avec des associations de la région (Cartes 34 et 41).

En 2003, 1 073 actions ont été déposées pour financement dans le cadre des PRS. Parmi ces actions déposées, 58,7 % (n=630) ont été acceptées et 41,3 % ne l'ont pas été. Les actions acceptées se répartissent en 43,5 % (n=274) de nouvelles actions et 56,5 % (n=356) d'actions pluriannuelles.

Santé cardiovasculaire

Une analyse du taux d'acceptation des actions montre que sur 663 nouvelles actions déposées, seules 41,3 % d'entre elles ont été acceptées et pour 410 actions pluriannuelles déposées, 86,8 % ont été acceptées. Les actions déposées dans le cadre du PRS Santé cardiovasculaire constituaient 14,7 % de l'ensemble des actions et parmi ces actions, 57 % (90 sur 158) ont été acceptées.

Objectifs des actions

5 groupes d'objectifs ont été isolés pour le PRS Cardiovasculaire.

Parmi ces groupes, 4 correspondent à des thématiques de départ que sont :

- la promotion de nouvelles conduites alimentaires ;
- le développement de la santé cardiovasculaire au travail ;
- mieux connaître et maîtriser les risques vasculaires individuels et,
- développer la réadaptation après accident.

L'objectif correspondant à la lutte contre la sédentarité n'apparaissant pas dans ce découpage.

Le poids des actions entreprises dans le cadre de ces objectifs est différent. Ainsi, l'on constate que le nombre d'actions retenues est plus élevé pour l'objectif consistant à l'acquisition de nouvelles conduites alimentaires (54,4 %), que pour les objectifs transversaux (36,7 %) comme le montre la **Figure 5-7**. Il faut noter cependant que le nombre d'actions et le montant des financements pour ces deux types d'objectifs sont en nette augmentation par rapport à l'année 2002 (**Moniteur 2002 des PRS et du PRASE**).

Dans ce PRS, l'objectif consistant à développer la réadaptation, après accident, continu à mobiliser le moins d'actions (1,1 % des actions).

2 objectifs semblent concentrer sur leurs actions la quasi-totalité des financements (90,8 %). Ces 2 objectifs sont, par ordre d'importance de financement :

- les objectifs transversaux ou autres objectifs (51,1 %) et,
- la promotion de nouvelles conduites alimentaires (39,7 %).

Types de porteurs

Pour les actions retenues, 9 types de porteurs ont été identifiés ; il s'agit des associations, des collectivités territoriales, de l'Éducation nationale, des établissements de santé, des organisations professionnelles, de la protection sociale, des usagers, de l'État (qui n'apparaissait pas l'année dernière) et d'autres types de porteurs.

Les associations sont porteuses de 41,1 % des actions, viennent ensuite l'Éducation nationale (21,1 % des actions), les collectivités territoriales (13,3 %), les services de la protection sociale (8,9 %) ; soit au total 84,4 % des actions pour ces 4 porteurs.

L'Éducation nationale, les établissements de santé, l'État et le groupe "Autres types de porteur", sont dans leur ensemble porteurs de 15,6 % des actions dont 5,6 % pour chacun des porteurs que sont les établissements de santé et Autres. Cette année, les organisations professionnelles ne sont porteuses d'aucune action. Les usagers et l'État sont porteurs respectivement de 3,3 et 1,1 % des actions (**Figure 5-8**).

71,9 % des financements concernent les associations et la protection sociale (respectivement 38,5 et 33,4 %). Les actions portées par les autres types de porteurs semblent avoir mobilisé moins de financements. La protection sociale, avec un nombre limité d'actions, semble fournir un plus grand financement par rapport aux associations, aux collectivités territoriales et à l'Éducation nationale.

Types d'actions

Le classement des actions (**Figure 5-9**) a été réalisé à partir des données mentionnées sur la fiche projet déposée auprès du Comité Régional des Politiques de Santé. Ces données doivent donc être interprétées avec prudence, puisque très synthétiques elles ne permettent pas toujours d'appréhender avec précision le contenu opérationnel du projet. En outre, cette classification est certainement très différente de celle qui sera réalisée par la DRASS dans les périodes à venir. Dans l'attente de l'uniformisation des classifications, les commentaires réalisés pour les actions (concernant les objectifs et les types d'actions) sont à manier avec précaution.

Pour le PRS Cardiovasculaire, 7 types d'actions ont été retenus ; il s'agit de l'accompagnement et des soins palliatifs, du dépistage, de la prise en charge sociale et des soins, de la prévention, du recueil des données, de la réinsertion et de la réadaptation et des Autres types d'actions. La prévention constitue, dans ce PRS, l'axe essentiel de la démarche, puisqu'elle totalise à elle seule 82,2 % des actions (**Figure 5-9**).

Ainsi, la prévention mobilise l'essentiel des financements (66,8 %). Viennent ensuite la prise en charge sociale et les soins pour 20,7 % des financements.

Départements

On constate (Figure 5-10), par rapport à l'année dernière, que l'écart entre les deux départements, concernant le nombre d'actions portées, semble se réduire légèrement. Nous passons ainsi, dans le Nord, de 66 à 46,7 % des actions portées cette année. Dans la même période, nous sommes passés, dans le Pas-de-Calais, de 33,9 à 36,7 % des actions portées.

Cette tendance se retrouve également dans le financement des actions retenues. En effet, pour 2002, les actions retenues dans le Nord mobilisaient 81 % des financements contre seulement 18,8 % pour le Pas-de-Calais. Pour l'année 2003, on constate que les actions retenues dans le Nord mobilisent 30,9 % des financements et celles du Pas-de-Calais 23,5 %. Seules les actions retenues dans le cadre régional (16,7 % des actions) mobilisent la plus grande part des financements (45,6 % des financements).

Échelons géographiques

76,5 % des actions sont de niveau local, 6,7 % de niveau départemental et 16,7 % de niveau régional (Figure 5-11). On constate une inversion de la tendance, puisque le poids du financement des actions départementales semble moins élevé que celui des actions locales et régionales (respectivement 50,5 et 45,6 % des financements).

Financeurs

3 grands types de financeurs se distinguent dans ce PRS ; il s'agit par ordre d'importance du montant financé : du FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire), du Conseil régional et de l'État (Figure 5-12). Ces 3 financeurs totalisent 82,5 % du financement des actions (respectivement 35,9, 28,9 et 17,7 %). Le reste du financement des actions est apporté par les fonds européens, le Conseil général du Pas-de-Calais et celui du Nord (respectivement 8,4, 7,6 et 1,5 %). Cette année, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) n'a pas apporté de financement dans le cadre du PRS Cardiovasculaire.

PERSPECTIVES DU PRS CARDIOVASCULAIRE

L'évaluation qui a été menée, durant l'année 2002, sur le PRS Cardiovasculaire, a conclu d'une part, sur deux idées fortes (l'utilisation d'un même plan de coupe pour tous les objectifs et la définition des modalités d'appel à projet), et d'autre part, sur des recommandations aboutissant à un meilleur encadrement du développement de certains axes du programme.

Parmi ces recommandations, figuraient :

- une incitation au développement des objectifs liés à la lutte contre la sédentarité, l'adaptation au stress, la réadaptation et la prévention tertiaire,
- la diminution de l'intérêt pour les objectifs liés à l'amélioration de la prise en charge et l'alimentation.

Afin que soient prises en compte les idées et les recommandations de l'évaluation, le groupe de suivi du PRS Cardiovasculaire a procédé à un travail méthodologique de recentrage des objectifs opérationnels du PRS, se traduisant par la mise en place d'actions qui tiendraient compte du stade d'évolution de la maladie cardiovasculaire, stade auquel les acteurs de terrain auront à faire face ; ceci permettant de passer de la prévention des facteurs de risque à la gestion de la maladie installée.

Dans cette démarche de recherche d'une méthodologie de réécriture, 6 objectifs ont été retenus :

1- Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique.

2- Promouvoir une alimentation équilibrée :

- augmenter la consommation de fruits et de légumes et d'aliments riches en fibres,
- diminuer la consommation des graisses, en faisant porter l'effort sur la réduction de l'apport en graisses animales.

3- Promouvoir la détermination globale du risque vasculaire individuel chez les personnes présentant au moins un facteur de risque cardiovasculaire.

4- Améliorer le suivi des facteurs de risque cardiovasculaire :

- promouvoir les pratiques médicales se référant aux recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) ou des sociétés savantes pour la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire. Une priorité est donnée à la prise en charge du diabète au regard de son importance dans la région,

Santé cardiovasculaire

- développer l'éducation thérapeutique du patient.

5- Améliorer la prise en charge en urgence

- raccourcir nettement les délais de prise en charge "vitale" en urgence. Maintenir le bénéfice acquis par l'action "Centre 15". Améliorer les délais et les conditions de la prise en charge des urgences neuro-vasculaires (Accidents Vasculaires Cérébraux et Accidents Ischémiques Transitoires),

- former le public aux gestes qui sauvent.

6- Promouvoir les pratiques de rééducation et de remise à l'effort des patients présentant des antécédents ou des facteurs de risque cardiovasculaire.

Si l'objectif spécifique "Action en milieu de travail" n'apparaît plus dans cette nouvelle liste, ceci ne signifie pas pour autant que les actions menées par les services de Médecine du travail ont été supprimées ; elles ont été réintégrées dans les différents objectifs nouvellement définis.

La démarche de réécriture adoptée, basée sur les actions, aborde les facteurs de risque **de manière globale**, soit en amont de leur installation (Renforcer les comportements favorables à la santé), soit lorsqu'ils sont installés (Améliorer la prise en charge des patients) et privilégie :

- le dépistage du risque vasculaire global ;

- l'amélioration du suivi des facteurs de risque cardiovasculaire sur la base des recommandations de bonne pratique (ANAES, sociétés scientifiques...);

- le développement de l'éducation du patient et/ou de la réadaptation.

La démarche retenue décline les objectifs par type d'actions à mettre en place jusqu'aux types d'activité inhérentes aux actions retenues.

Cette procédure permet ainsi, en fonction de chaque projet, d'énoncer un maximum d'indicateurs par type d'activité et donc par type d'action.

La déclinaison adoptée vise à préciser aux porteurs de projets les attentes du PRS Cardiovasculaire, tant au niveau du contenu qu'au niveau de l'évaluation des actions à mettre en place.

Pour ce faire, les objectifs spécifiques et opérationnels doivent être définis de manière suffisamment précise pour être identifiables et quantifiés.

En conclusion, le PRS Santé cardiovasculaire :

- réaffirme la place prépondérante que doivent occuper les principes énoncés par la charte des PRS dans la structuration des actions proposées,

- met l'accent sur une approche globale des facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire, que ce soit en amont ou en aval de leur installation,

- souhaite promouvoir le développement d'actions dans les territoires suivants : Calais, Cambrai, Douai, Montreuil et Saint-Omer, pour lesquels une dynamique devrait être développée,

- propose une typologie des actions attendues ; typologie issue de l'analyse des actions antérieurement déposées et ayant pour objet de préciser les modalités des actions tant au niveau du contenu que de leur évaluation.

Programme Régional d'Action Santé Environnement



Programme Régional d'Action Santé Environnement

LES OBJECTIFS DU PRASE

- Volet Habitat

Problématique Intoxication au monoxyde de carbone

Problématique Saturnisme infantile

Problématique Logement insalubre

- Volet Évaluation et gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués

P 89

p 89

p 89

p 89

p 89

p 91

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

- L'intoxication au monoxyde de carbone

Modes de chauffage

Première cause de mortalité par toxique

Hospitalisations

Réseaux de toxico-vigilance

- Le saturnisme infantile

L'habitat

Le SNSSI

Les activités de dépistage

- Le logement insalubre

Logements anciens et logements sans confort

Une approche de la qualité des logements

- L'évaluation et la gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués

Les sites pollués

La qualité de l'air

P 91

p 91

p 91

p 91

p 93

p 93

p 95

p 95

p 95

p 97

p 97

p 97

p 99

p 99

p 99

p 100

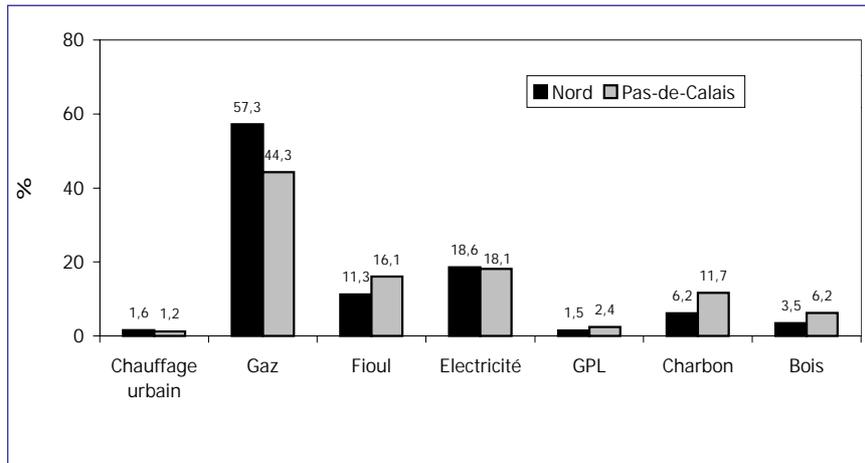
LES PROJETS RETENUS EN 2003

P 100

Cartes 23, 24, 25, 26, 27, 36, 43

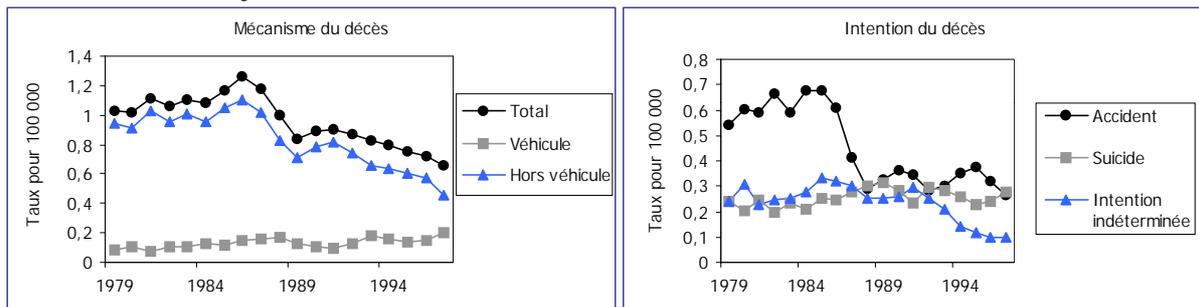
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-1 Répartition des logements en fonction de leur mode de chauffage, en 2002



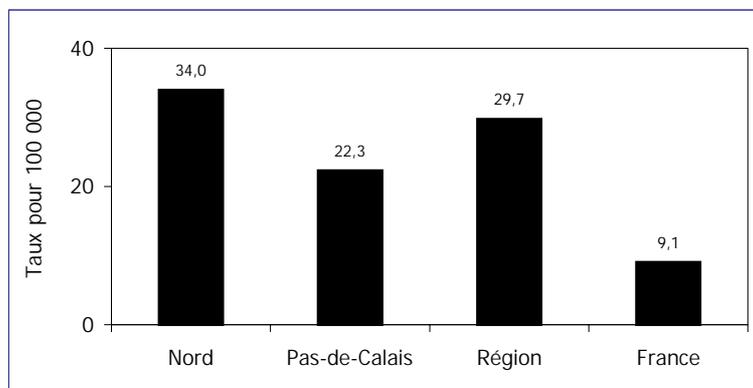
Source : Programme NORENER, Conseil Régional du Nord – Pas-de-Calais d'après l'INSEE.

6-2 Évolution du nombre de décès par intoxication au monoxyde de carbone en fonction du mécanisme de décès (moyenne mobile sur 3 ans)



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

6-3 Taux moyen annuel d'hospitalisation pour intoxication au monoxyde de carbone, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1997-1999



Source : PMSI, InVS.

Programme Régional d'Action Santé Environnement

Les Français, en 2001, portaient un jugement assez favorable sur leur environnement de proximité ; ils étaient cependant 24 % dans le Nord – Pas-de-Calais à penser que celui-ci se dégradait¹. Les habitants de la région se montraient plus préoccupés par la qualité de l'air (37 %) et la qualité sanitaire de l'eau (30 %) que les Français (respectivement 31 et 23 %).

Cette étude confirme les préoccupations de la population de la région vis-à-vis des problèmes de santé liés à l'environnement, exprimées lors des États Généraux de la Santé (février 1999) et de la Conférence Régionale de Santé de 1999. Cette dernière a identifié **4 thématiques** liées à notre environnement, ayant un impact majeur sur la santé des personnes. Il s'agit des intoxications au monoxyde de carbone, du saturnisme infantile, de l'insalubrité des logements et de l'évaluation et la gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués.

En novembre 2001, l'Assemblée Générale du PRASE (**Programme Régional d'Action Santé Environnement**) a validé les objectifs élaborés par les groupes de travail composés d'usagers (représentés par des associations), d'industriels, de professionnels de santé, d'institutionnels et de décideurs.

Certaines des thématiques retenues sont complexes et transversales ; c'est pourquoi, les travaux d'élaboration du PRASE ont été répartis en deux volets. Le premier volet traite de l'habitat et rassemble les problématiques Intoxication au monoxyde de carbone, Saturnisme infantile et Logement insalubre. Le second volet concerne l'évaluation et la gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués.

Les objectifs prioritaires retenus en 2002 (voir [Moniteur 2002 des PRS et du PRASE](#)) ont été conservés en 2003.

LES OBJECTIFS DU PRASE

Volet Habitat

Le groupe de suivi du volet Habitat a souhaité que les trois problématiques soient abordées de manière globale. Plusieurs objectifs sont communs aux 3 problématiques. 2 objectifs prioritaires communs ont été fixés pour 2003 :

- éviter que la population habite ou intègre un logement insalubre ou pouvant présenter un risque d'accessibilité au plomb ou au monoxyde de carbone ;
- améliorer les compétences de la population concernant les risques sanitaires liés à l'habitat insalubre, au plomb et au monoxyde de carbone dans l'habitat.

Par ailleurs, des objectifs spécifiques à chaque problématique ont été élaborés.

Problématique Intoxication au monoxyde de carbone

Le but du PRASE est d'obtenir, de manière significative et durable, une baisse des intoxications au monoxyde de carbone dans la région. Pour atteindre ce but, 2 axes principaux de travail ont été définis :

- diminuer le nombre d'intoxications au monoxyde de carbone par des actions préventives et limiter l'importance des conséquences sanitaires des intoxications ;
- obtenir une modification des comportements de la population vis-à-vis du monoxyde de carbone et encourager le traitement des installations à risque dans les habitations et les lieux de vie, en s'appuyant sur une politique de communication ciblée.

Problématique Saturnisme infantile

Le but du PRASE est de faire en sorte que les enfants ne soient pas ou plus intoxiqués par le plomb dans la région. Pour atteindre ce but, deux axes principaux de travail ont été définis :

- éviter l'intoxication en agissant directement sur l'environnement de l'enfant ;
- atténuer les conséquences de l'intoxication au plomb.

Problématique Logement insalubre

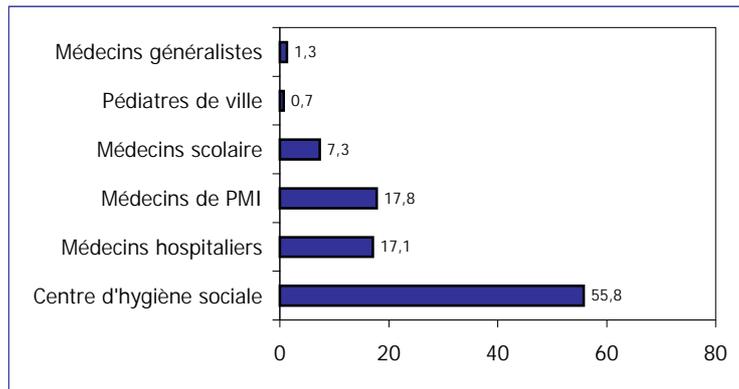
Le but du PRASE est de faire en sorte que la santé de la population du Nord – Pas-de-Calais ne soit plus altérée par ses conditions de logement. Pour atteindre ce but, 4 axes principaux de travail ont été définis :

- améliorer la connaissance du phénomène et des lieux où se produit l'insalubrité ;
- donner à la population les moyens techniques et financiers d'éviter et/ou de sortir de l'insalubrité ;
- mieux connaître les attentes de la population afin d'y répondre au mieux : améliorer les conditions de logement sans bouleverser le contexte de vie ;
- améliorer la prise en charge sociale, sanitaire et technique de l'insalubrité.

¹ Institut Français de l'Environnement. *Les données de l'environnement*, n°85. Août 2003.

Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-4 Répartition du nombre de plombémies en fonction du type de prescripteur (Grand Nord)



Source : Centre AntiPoison de Lille, Toxicovigilance du saturnisme infantile, Bilan 2002.

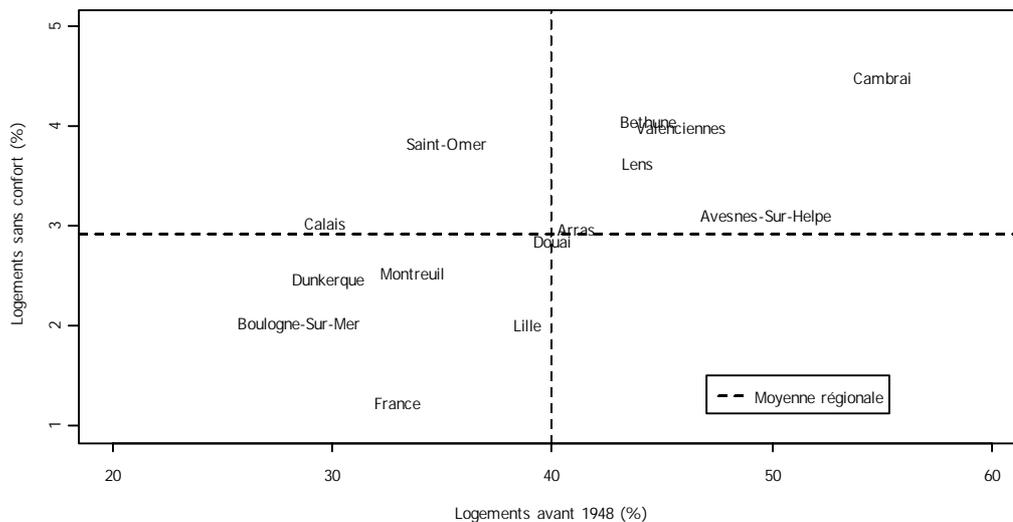
6-5 Répartition par classe de plombémie des enfants ayant bénéficié d'une plombémie dans le cadre des campagnes de dépistage mises en place dans la région Nord – Pas-de-Calais

Plombémie (µg/L)	Campagne METALEUROP		Campagne ROUBAIX	
	1999-2000	2001-2002	2001*	2002
Inférieure à 100	240 (88,9%)	297 (89,7%)	250 (95,1%)	159 (94,0%)
Supérieure ou égale à 100	30 (11,1%)	34 (10,3%)	13 (4,9%)	10 (5,9%)
100-149	25 (9,3%)	27 (8,2%)	11 (4,2%)	9 (5,3%)
150-249	3 (1,1%)	7 (2,1%)	1 (0,4%)	1 (0,6%)
250-449	1 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)	0 (0%)
450 et plus	1 (0,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0%)
Total	270 (100%)	331 (100%)	263 (100%)	169 (100%)

*de janvier à octobre

Source : Centre Hospitalier de Roubaix, DDASS du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

6-6 Logements construits avant 1948 et logements sans confort dans les arrondissements de la région Nord – Pas-de-Calais, en 1999



Source : INSEE, RGP 1999.

Volet Évaluation et gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués

Le but du PRASE est de diminuer l'impact des activités polluantes sur la santé. Pour atteindre ce but, 2 axes principaux de travail ont été définis :

- faire en sorte que la population soit moins exposée aux polluants ;
- diminuer les conséquences de l'exposition aux polluants.

Les problèmes sanitaires liés à l'environnement sont souvent insidieux et difficiles à identifier. Les maladies d'origines environnementales ont fréquemment une origine multifactorielle et il est difficile de faire la part entre les différents facteurs de risque. Par ailleurs, les données disponibles sont souvent incomplètes. Dans les pages suivantes nous présentons le contexte régional de la problématique Santé-Environnement à l'aide d'indicateurs de la qualité de l'environnement mais aussi de quelques indicateurs sanitaires.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

L'intoxication au monoxyde de carbone

L'intoxication par le monoxyde de carbone est la première cause de mortalité d'origine toxique dans les pays industrialisés. Les intoxications au monoxyde de carbone sont pour la plupart d'origines accidentelles, liées à l'utilisation défectueuse d'une source d'énergie avec combustion. Dans l'habitat, le monoxyde de carbone peut être produit par tout appareil à combustion (appareil de chauffage, chauffe-eau, appareil de bricolage, moteur thermique...), quel que soit le combustible utilisé (gaz, charbon, dérivés du pétrole, bois), dès que les conditions d'aération, de ventilation et d'évacuation des produits de combustion sont défectueuses.

Les intoxications au monoxyde de carbone, par leur nombre et leur fréquence, sont une triste spécificité de la région compte tenu des modes de chauffage utilisés.

Modes de chauffage

Le bilan des données sur le contexte de l'intoxication fournies par les enquêtes techniques¹ réalisées par la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) du Nord entre 2001 et 2002, montre que 36 % des intoxications étaient dues à un appareil à charbon, 34 % à des chaudières, 25 % à des chauffe-eau, chauffe-bains et 5 % à d'autres appareils de chauffage (poêles à pétrole lampant, appareils mobiles, inserts feu de bois...).

Les données d'estimation de l'INSEE sur le parc des logements en 2002 ont été traitées dans le cadre du programme NORENER du Conseil Régional du Nord – Pas-de-Calais. Celles-ci montrent que les logements sont principalement chauffés au gaz dans le Nord (57,3 %) et dans le Pas-de-Calais (44,3 %). Les chauffages électriques sont utilisés dans 18 % des logements aussi bien dans le Nord que dans le Pas-de-Calais. Le charbon est encore, dans le Pas-de-Calais, le mode de chauffage équipant 11,7 % des logements (Figure 6-1). C'est dans l'arrondissement de Lens que les logements chauffés au charbon sont les plus nombreux (18,9 %), puis dans les arrondissements de Béthune et Douai (respectivement 15,5 et 13,3 %) (Carte 24). Dans ces arrondissements du Bassin minier, les familles des anciens mineurs continuent à bénéficier gratuitement du charbon². Une étude réalisée par l'Association de Surveillance de la Qualité de l'Air de l'Artois (AREMARTOIS) montre qu'en 1996, dans certaines communes du Bassin minier, 30 à 50 % des habitations étaient encore équipées d'un chauffage au charbon. Ce type de chauffage n'est pas le seul responsable des intoxications au monoxyde de carbone mais il y contribue d'autant plus que les poêles à charbon sont souvent vétustes et plus difficiles à régler.

Le contexte socio-économique défavorable de la région, ainsi que la situation de précarité dans laquelle se trouvent certains ménages, peuvent les conduire à ne pas pouvoir maintenir leur appareil de chauffage, ou leur système d'évacuation en bon état ou bien encore les amènent à choisir des techniques de chauffage plus économiques mais qu'une utilisation inadaptée rend dangereuses.

Première cause de mortalité par toxique

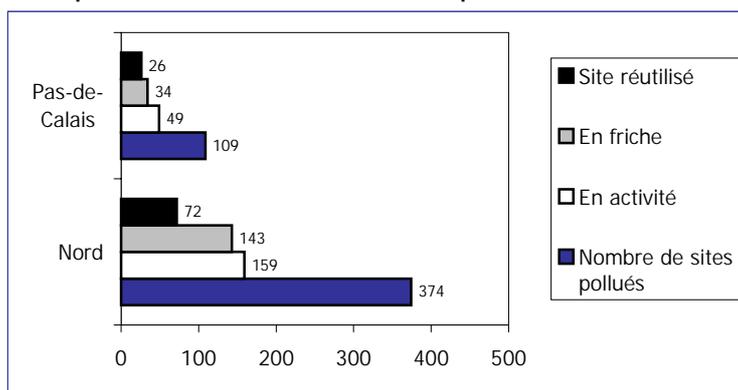
L'intoxication est le plus souvent accidentelle mais peut parfois entrer dans le cadre d'un acte volontaire (tentative de suicide, homicide). Le groupe de programmation du PRASE a délimité son champ d'action aux intoxications aiguës ou chroniques d'ordre accidentel liées à des concentrations élevées de monoxyde de carbone au sein des locaux habités ou occupés.

¹ Bilan des intoxications au monoxyde de carbone en 2001-2002. DDASS du Nord, février 2003. Communication personnelle.

² La pollution à l'intérieur des locaux. Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique Nord – Pas-de-Calais, 2000.

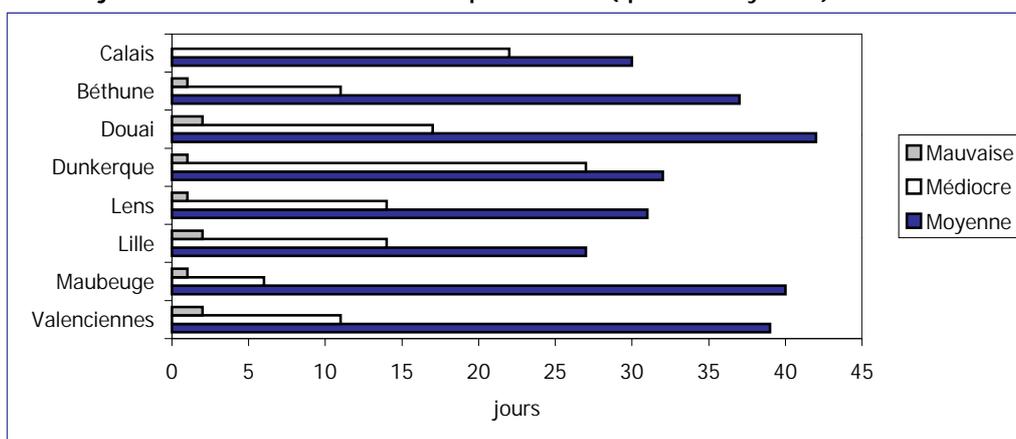
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-7 Sites pollués et sites pollués en fonction de leur occupation en 2002



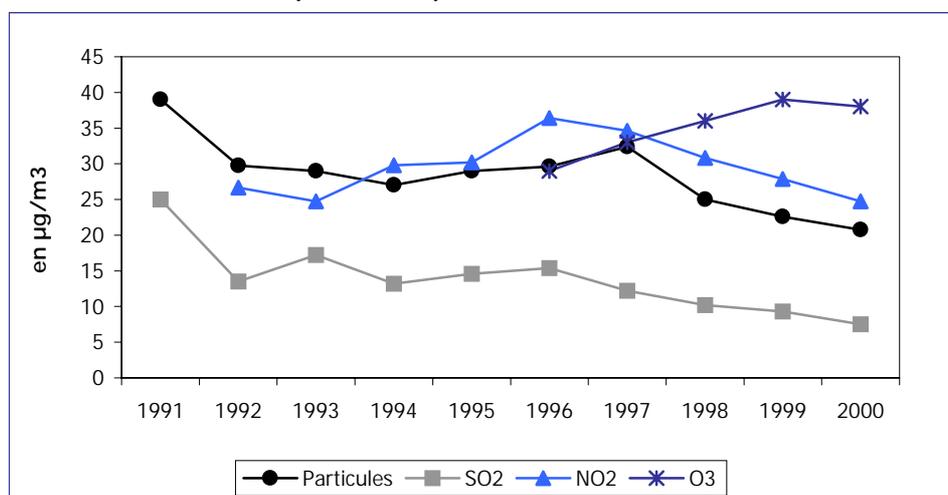
Source : DRIRE, IRE, 2002.

6-8 Nombre de jours où l'indice ATMO était supérieur à 5 (qualité moyenne) en 2002



Source : ADEME.

6-9 Concentrations annuelles moyennes de polluants classiques mesurés dans les agglomérations de la région Nord – Pas-de-Calais (1991-2000)



Source : AASQA. Traitement Ministère de l'Environnement et du Développement durable.

Programme Régional d'Action Santé Environnement

Dans la région Nord – Pas-de Calais, entre 1979 et 1999, ont été observés en moyenne 37 décès par an par intoxication au monoxyde de carbone, quels que soient l'intention du décès et le mécanisme, et en moyenne 18 décès accidentels par an par intoxication au monoxyde de carbone n'impliquant pas un véhicule à moteur. Le taux de décès a diminué de moitié en 20 ans, passant de 1 décès pour 100 000 habitants à 0,5 pour 100 000 en 1999 (Figure 6-2). L'évolution du nombre de décès en fonction du mécanisme montre qu'au cours de ces 20 dernières années, le taux de mortalité dû aux gaz d'échappement de véhicule à moteur reste stable, de même que les décès liés aux suicides. La baisse constatée est principalement liée aux décès accidentels.

Malgré cette baisse importante, le département du Pas-de-Calais reste au premier rang des départements français pour les décès par intoxication au monoxyde de carbone hors suicide et incendie, survenus entre 1985 et 1998 (0,7 décès pour 100 000 habitants), juste devant le Nord (0,6 décès pour 100 000 habitants) pour un taux moyen français de 0,3 décès pour 100 000 habitants. Le taux annuel moyen de décès a été estimé en rapportant le nombre annuel moyen de décès survenus entre 1985 et 1998 à la population estimée au milieu de cette période (1992).

Hospitalisations

Au premier rang des décès par intoxication au monoxyde de carbone, la région représente aussi le quart des hospitalisations françaises pour intoxication au monoxyde de carbone. De 1997 à 1999 (Figure 6-3), le taux moyen annuel d'hospitalisation pour intoxication au monoxyde de carbone pour 100 000 habitants était de 29,7 dans la région (soit en moyenne 867 hospitalisations par an dans le Nord et 321 dans le Pas-de-Calais), et de 9,1 en France¹ (soit 5 308 hospitalisations par an en moyenne). Les données d'hospitalisations sont issues de la base de données construite dans le cadre du dispositif PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) mis en place depuis 1990 dans les unités de court-séjour des établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier (PSPH). Le PMSI est un outil médico-économique élaboré à son origine pour la gestion des ressources hospitalières. Les données du PMSI sont transmises chaque année à la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales). Une exploitation des données régionales du PMSI a été réalisée par la DRASS Nord - Pas-de-Calais en 2002. Elle portait sur les séjours hospitaliers de l'année 2000 pour lesquels le diagnostic principal ou associé était "effets toxiques du monoxyde de carbone" (code T58 de la dixième CIM, Classification Internationale des Maladies). L'unité d'observation du PMSI est le séjour hospitalier et non le patient. Les hospitalisations faisant l'objet d'un transfert, principalement au centre hyperbare du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, n'ont pas été comptabilisées afin d'éviter les doublons. La DRASS a étudié la répartition de l'origine géographique des patients intoxiqués. Les cas recensés ont été regroupés par secteur sanitaire de résidence. Le secteur sanitaire correspond aux aires d'attraction des hôpitaux. Le Nord – Pas-de-Calais compte 11 secteurs sanitaires. À ce niveau (Carte 25), on observe de fortes disparités entre les secteurs sanitaires de Douai et Calais (plus de 40 hospitalisations pour 100 000 habitants) et ceux de Boulogne et Maubeuge (moins de 15 hospitalisations pour 100 000 habitants). Quelques précautions sont à prendre pour interpréter cette carte car les résultats fournis à partir de la base PMSI sont dépendants de plusieurs facteurs et notamment de la qualité du codage des diagnostics dans les établissements et du repérage de cette pathologie. Par ailleurs, au moment de la réalisation de cette exploitation, la DRASS ne disposait pas de la base de données PMSI concernant les établissements privés de santé, or certains cas ont pu y être enregistrés, en particulier dans les établissements dotés d'un service d'urgences. Néanmoins, les données nationales du PMSI concernant les établissements privés, disponibles sur le site Internet de la Mission PMSI, montrent qu'en 2000 les hospitalisations pour intoxication au monoxyde de carbone dans un établissement privé représentaient 1 % des hospitalisations.

Réseaux de toxico-vigilance

Les pouvoirs publics ont mis en place depuis 1994 les réseaux de toxico-vigilance. Ces réseaux sont organisés à partir des Centres AntiPoison. Leurs objectifs comprennent la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone. Le Centre AntiPoison de Lille pilote le réseau "Grand Nord", qui couvre les régions Nord – Pas-de-Calais, Picardie, Champagne-Ardenne, Haute et Basse Normandie. En 2001, le réseau a enregistré 1 343 cas d'intoxication au monoxyde de carbone. Les données actualisées ne sont pas disponibles.

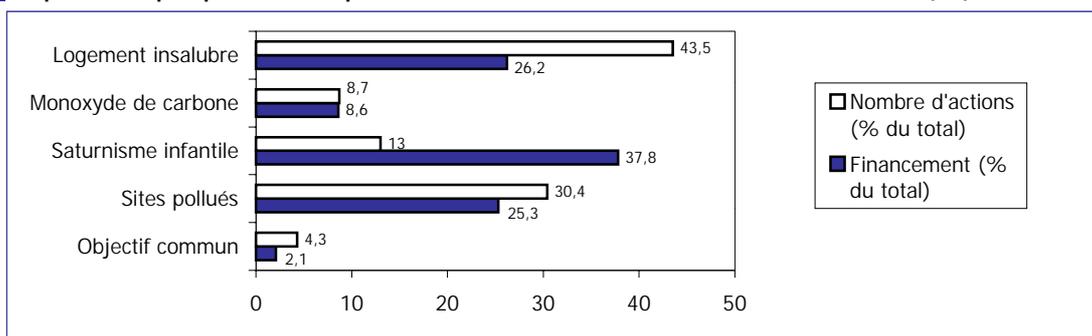
Il existe plusieurs sources de données quantitatives sur l'intoxication au monoxyde de carbone, mais aucune n'est vraiment exhaustive ni représentative de l'incidence. La volonté du groupe de programmation du PRASE était que pour 2003, l'ensemble des données sur la population intoxiquée soit centralisé, analysé et diffusé par une instance régionale², mais cet objectif ne semble pas encore atteint.

¹ Salines G (sous la direction de). *Surveiller les intoxications dues au monoxyde de carbone*. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2003.

² DRASS Nord – Pas-de-Calais. *PRASE-Programme Régional Action Santé Environnement*. Volet Intoxication au monoxyde de carbone, Objectif opérationnel 2.1.3. 2001.

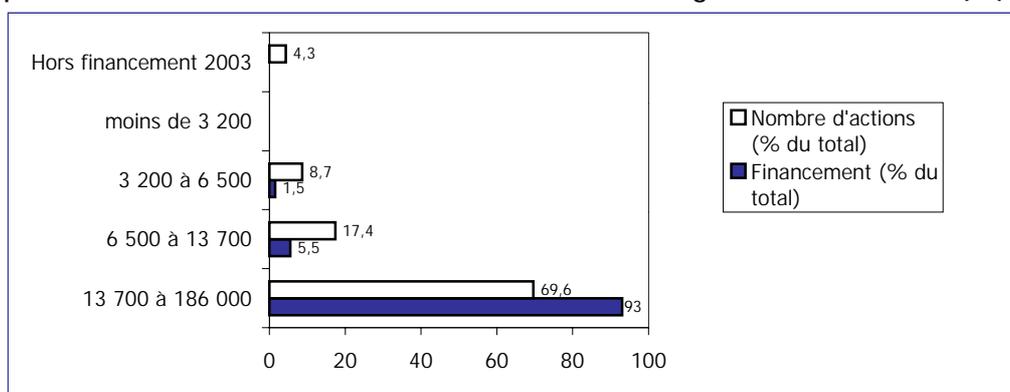
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-10 Répartition par problématique du nombre d'actions et de leur financement (%)



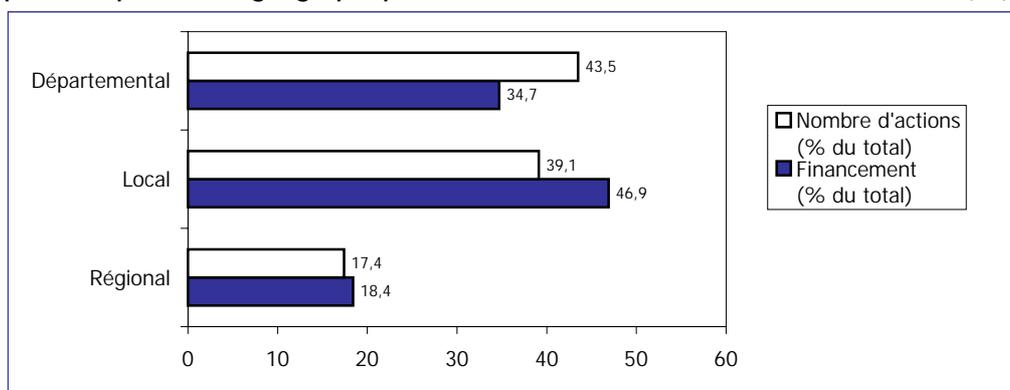
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

6-11 Répartition des actions et de leur financement selon la catégorie de financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

6-12 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Le saturnisme infantile

Le saturnisme infantile est une intoxication aiguë ou chronique par le plomb ou les sels de plomb chez l'enfant. L'ingestion ou l'inhalation de plomb provoque des troubles réversibles (anémie, troubles digestifs) et irréversibles (atteintes du système nerveux). Les sources d'exposition au plomb du jeune enfant sont principalement les poussières, les écailles de peintures et les sols pollués. Les apports en plomb peuvent aussi être fournis par l'eau et les aliments consommés. L'apport de chacune de ces sources diffère selon que l'enfant demeure au voisinage d'un site industriel ou dans un environnement urbain ou rural¹.

L'habitat

L'interdiction d'utilisation du plomb dans les peintures a été prise en France en novembre 1948 en ce qui concerne les professionnels. La commercialisation des peintures contenant des sels de plomb est interdite depuis 1993. Les peintures au plomb sont potentiellement présentes dans les logements construits avant 1948. Le plomb présent dans les peintures des logements non réhabilités est accessible à l'enfant si son logement est peu entretenu ou dégradé. La région Nord – Pas-de-Calais est la première de France en ce qui concerne l'importance du parc de logements construits entre 1915 et 1948, ceci à cause des dégâts de la première guerre mondiale. Dans le Hainaut, c'est environ la moitié des ménages qui vit dans des logements construits avant 1948. Sur le Littoral, plus touché par la seconde guerre mondiale, ils sont environ 30 % à vivre dans des logements d'avant 1948.

Les données du fichier FILOCOM (Fichier des LOGements par COmmune) fournies par le Centre d'Étude Technique de l'Équipement Nord-Picardie permettent de croiser l'information entre la date de construction et l'âge des occupants. Ce fichier est construit par la Direction Générale des Impôts pour les besoins du Ministère de l'Équipement. Il est constitué à partir des données de la taxe d'habitation. Dans la version de 1999, de nouvelles variables ont été introduites et notamment les années de naissances des personnes à charge (ascendants et descendants)².

En moyenne, dans la région, 15 % des ménages vivant dans des logements construits avant 1948 ont des enfants de moins de 6 ans (**Carte 23**). Dans le département du Nord, tous les arrondissements présentent un pourcentage de logements avant 1948 avec enfants de moins de 6 ans très proche ou supérieur à la moyenne régionale (de 14,4 % dans l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe à 16,5 % dans l'arrondissement de Lille). Dans le département du Pas-de-Calais, la part des logements hébergeant des enfants de moins de 6 ans est moins importante ; elle va de 11,1 % dans l'arrondissement de Montreuil à 14,7 % dans celui de Calais. Dans l'arrondissement de Cambrai, environ 2 enfants de moins de 6 ans sur 3 vivent dans des logements construits avant 1948, et dans les arrondissements d'Avesnes-sur-Helpe, de Lille, ainsi que dans le Bassin minier (Lens et Béthune), c'est la moitié des enfants de moins de 6 ans qui vit dans des logements d'avant 1948 (**Carte 23**).

Les sources industrielles de plomb sont aussi présentes dans la région, dans le Bassin minier et sur le Littoral. Avec l'arrêt des activités de METALEUROP à Noyelles-Godault, le plus gros émetteur de plomb se situe maintenant sur le Littoral. Cependant, un risque d'exposition au plomb existe encore pour les enfants vivant à proximité d'anciens sites émetteurs, car il persiste souvent une pollution des sols qui résulte de l'accumulation des retombées de particules de plomb. Parmi les 483 sites pollués recensés en 2002 par la Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement, 12 % étaient pollués par le plomb³.

Le SNSSI

Le Système National de Surveillance du Saturnisme Infantile (SNSSI) permet de recenser les cas de saturnisme dépistés sur l'ensemble du territoire national. Il est organisé autour de deux échelons : un échelon national piloté par le centre AntiPoison de Paris et l'Institut de Veille Sanitaire, et un échelon régional piloté par le Centre Anti-Poison et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Le dépistage du saturnisme infantile permet, à l'aide d'une plombémie, le repérage précoce de l'intoxication par le plomb de l'enfant et sa prise en charge (mesures sur l'environnement et soins).

Le consensus actuel est de considérer qu'une plombémie supérieure à 100 µg de plomb par litre de sang est excessive.

Depuis 1994, plusieurs campagnes ciblées de dépistage ont eu lieu dans le Nord et le Pas-de-Calais.

La répartition du nombre de plombémies en fonction du type de prescripteur confirme qu'en dehors des campagnes et des programmes de dépistage (5 communes du Pas-de-Calais autour d'une fonderie de métaux non-ferreux et un programme de lutte contre le saturnisme à Roubaix), il y a très peu de prescriptions de plombémies.

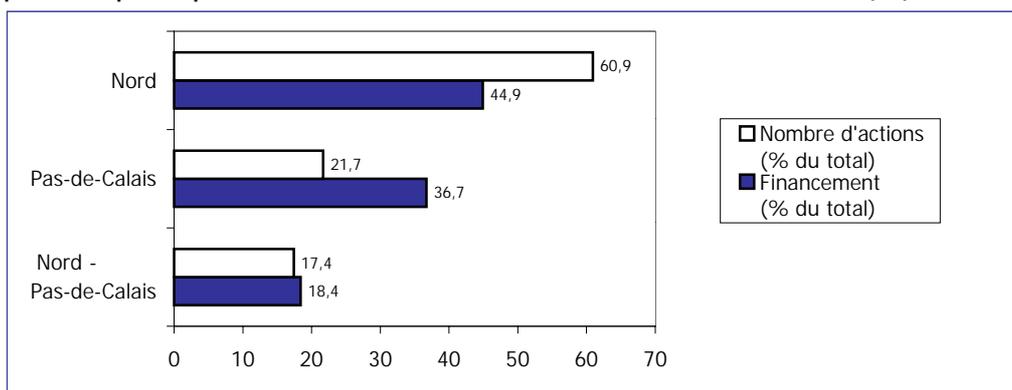
¹ INSERM. *Expertise collective. Plomb dans l'environnement. Quels risques pour la santé ?* Paris : Les Éditions INSERM, 1999.

² Vandendriessche M. FILOCOM 95-97-99 (Extraits). CETE Nord - Picardie. 2001.

³ *L'industrie au regard de l'environnement en 2002*. Douai : DRIRE Nord – Pas-de-Calais, 2003.

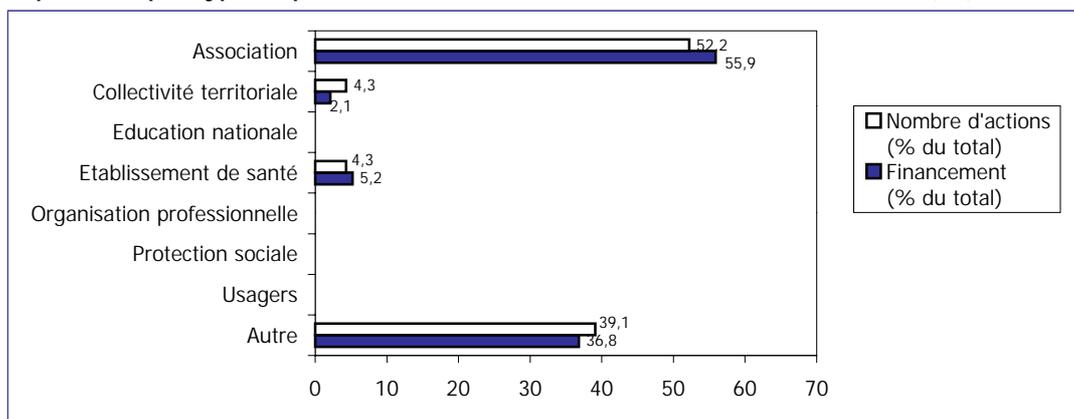
Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-13 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)



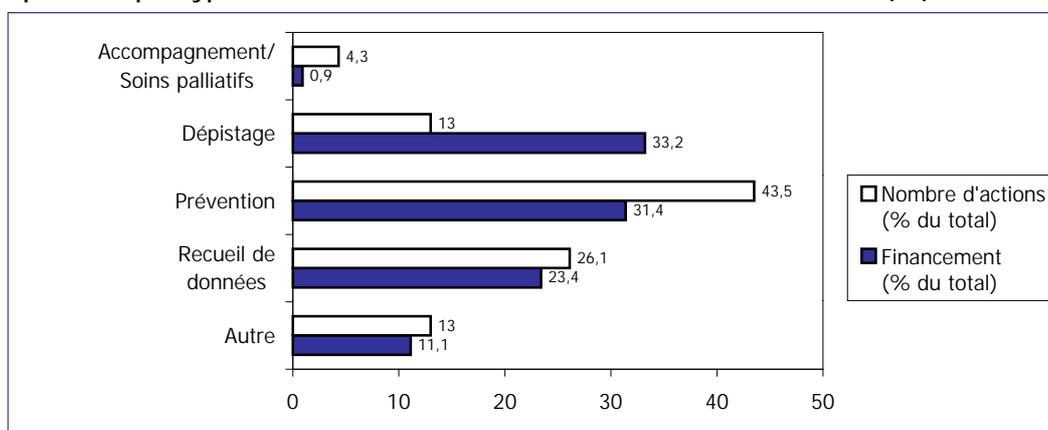
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

6-14 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

6-15 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Programme Régional d'Action Santé Environnement

En effet, en 2002, dans la région "Grand Nord"¹, 55,8 % des prescriptions de plombémies provenaient du Centre d'hygiène sociale du Pas-de-Calais organisant la campagne de dépistage autour du site industriel, et 17,1 % et 17,8 % provenaient de médecins hospitaliers et de médecins de PMI dans le cadre du Programme de lutte contre le saturnisme infantile à Roubaix. Les pédiatres de ville et les médecins généralistes (respectivement 0,7 et 1,3 % des plombémies prescrites), prescrivent essentiellement des plombémies de suivi une fois que l'enfant a été dépisté dans le cadre d'un programme de dépistage (Figure 6-4).

En 2002, parmi les 577 plombémies signalées au Centre AntiPoison de Lille, 85,6 % ont été prescrites dans la région Nord – Pas-de-Calais principalement dans le cadre de campagnes ciblées. Il s'agit ici du nombre de plombémies et non du nombre d'enfants dépistés. Ainsi, en 2002, 16,2 % des plombémies signalées au Centre AntiPoison de Lille étaient supérieures à 100 µg/L dans le Nord et 22,4 % dans le Pas-de-Calais.

Les activités de dépistage

Au cours des campagnes de dépistage du saturnisme infantile autour d'un site industriel du Pas-de-Calais (METALEUROP à Noyelles-Godault), 270 enfants en 1999-2000, et 331 enfants en 2001-2002 ont bénéficié d'une plombémie. 11,1 % des enfants en 1999-2000 et 10,3 % des enfants en 2001-2002 avaient une plombémie excessive. Ces enfants ont bénéficié d'une enquête environnementale à leur domicile et d'un suivi médical avec une nouvelle plombémie trois mois plus tard (Figure 6-5).

Le Programme de lutte contre le saturnisme infantile à Roubaix a permis de réaliser des plombémies sur au moins 263 enfants en 2001 et 169 enfants en 2002. L'objectif de ce programme est de mieux repérer les cas de saturnisme chez l'enfant et de gérer les risques d'exposition dans l'habitat ancien². Il vise à repérer de façon systématique des enfants susceptibles d'être atteints de saturnisme. En 2001, 5 % des enfants avaient une plombémie excessive, et en 2002, 6 % des enfants avaient une plombémie supérieure à 100 µg/L.

Ces campagnes se sont poursuivies en 2003. Une circulaire de la Direction Générale de la Santé datant de mai 2002 a confirmé le bien-fondé de ces initiatives locales et des objectifs du PRASE pour le volet Saturnisme infantile.

Cette circulaire a également relancé la surveillance épidémiologique du saturnisme aux niveaux national et local. Cependant, actuellement, les données nationales ne sont pas encore disponibles.

Le logement insalubre

Un logement insalubre est un logement dont la configuration (habitabilité médiocre), l'équipement (déficient), l'état (entretien insuffisant), ou les conditions dans lesquelles il est occupé (mauvais usage, surpeuplement), altèrent, aggravent ou constituent un risque direct pour l'état de santé de ses habitants ou de ses voisins.

Logements anciens et logements sans confort

Aucun élément statistique fiable ne permet de mesurer l'habitat insalubre tant au niveau national qu'au niveau local. Définir une norme de qualité des habitations permettant de déterminer les besoins latents en logements sur un territoire est pourtant une préoccupation importante des acteurs locaux. Les données du recensement de population de l'INSEE, relatives au confort et à l'ancienneté de l'habitat, constituent une approche indirecte.

L'INSEE distingue les logements sans confort, au confort insuffisant, au confort acceptable et tout confort. Les logements sans confort sont des logements sans eau courante, ou ayant l'eau courante mais sans W-C intérieurs, ni douche, ni baignoire.

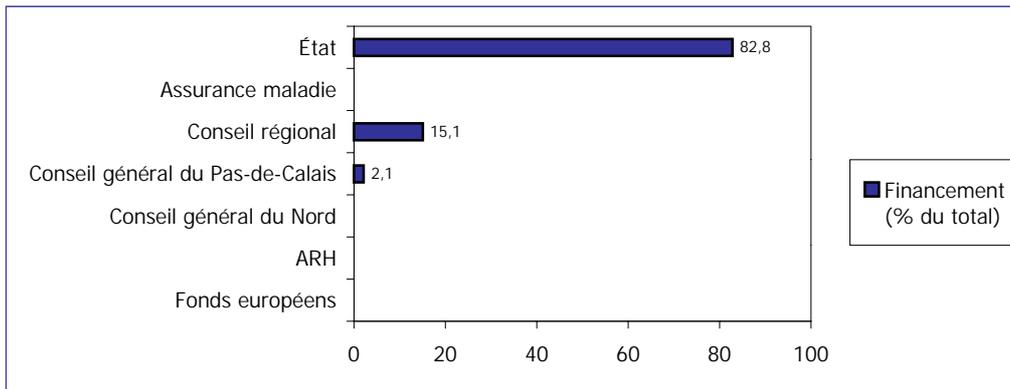
Le Bassin minier et le sud du département du Nord ont la proportion de résidences principales anciennes la plus élevée : 55 % dans l'arrondissement de Cambrai, 50 % dans l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe, et respectivement, 46, 44 et 44 % pour Valenciennes, Béthune et Lens, alors que la moyenne régionale est à 40 % de logements construits avant 1948 (Figure 6-6). Ces arrondissements présentent aussi les plus forts pourcentages de logements sans confort notamment à Cambrai (4,5 % des résidences principales) à Béthune et Valenciennes (respectivement 4,1 et 4 %). Dans les arrondissements de Saint-Omer et Calais, bien que l'habitat ancien ne soit pas majoritaire, la part des logements sans confort est supérieure à la moyenne régionale. Dans les arrondissements du Littoral régional, fortement détruit au cours de la dernière guerre, la part des logements anciens est inférieure à la moyenne régionale et nationale. Globalement, la région Nord – Pas-de-Calais reste marquée par un pourcentage de logements sans confort bien supérieur à celui de la France (respectivement 2,9 et 1,2 %), malgré la diminution importante observée dans la région depuis 1990. En effet, la part des logements sans confort dans la région est passée de 8,3 % en 1990 à 2,9 % en 1999.

¹ Nord, Pas-de-Calais, Marne, Seine Maritime, Oise, Eure, Aisne, Somme.

² Descamp C (sous la direction de). *Programme de lutte contre le saturnisme infantile. Bilan intermédiaire d'une action partenariale 2000-2001.*

Programme Régional d'Action Santé Environnement

6-16 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Une approche de la qualité des logements

Logement sans confort, ou plus encore logement ancien, ne veut pas dire systématiquement logement insalubre. L'INSEE et l'Observatoire Régional de l'Habitat et de l'Aménagement (ORHA) ont réalisé une nouvelle enquête Logement en 2001. Un rapport complet devrait être disponible fin 2003, mais d'ores et déjà elle nous livre des informations sur la qualité des logements dans la région¹. Dans le Nord – Pas-de-Calais, presque un tiers des ménages a déclaré des problèmes d'humidité. La deuxième catégorie de difficultés correspond à des problèmes structurels (sol fissuré, façade dégradée) et à un équipement insuffisant particulièrement en matière de chauffage. Dans la région, environ 15 % des ménages sont touchés par cette catégorie qui rassemble ainsi les difficultés les plus discriminantes pour la santé et le confort des habitants de ces logements.

Cette enquête Logement montre que la qualité des logements varie peu selon les zones d'habitat. Cependant, les bassins industriels sont plus touchés que les autres Bassins de vie, surtout dans leur partie située dans le Pas-de-Calais, tandis que la zone de la Métropole est relativement préservée.

L'évaluation et la gestion des risques sanitaires à proximité des sites pollués

La pollution est l'introduction directe ou indirecte par l'activité humaine de substances nocives ou dangereuses dans le sol, le sous-sol, la biosphère, l'eau, l'air, susceptible de porter atteinte à la santé humaine ou à la qualité de l'environnement. Les sites dont le siège d'activités polluantes, fixes (industries, activités urbaines) ou mobiles (transports), actuelles ou passées constituent le champ d'action du PRASE.

Les sites pollués

La région Nord – Pas-de-Calais était, en 2002, la quatrième région économique française. Elle reste une région industrielle bien que le secteur tertiaire se renforce². En 2002, 1 889 établissements étaient soumis à autorisation de l'Inspection des installations classées pour la protection de l'environnement et 1 010 établissements étaient soumis à la taxe générale sur les activités polluantes³.

La région est aussi marquée par son passé industriel et le nombre de sites pollués recensés par la DRIRE dans le Nord - Pas-de-Calais représentait en 2002, 13,5 % des sites recensés en France.

Le Ministère de l'Écologie et du Développement durable considère qu'un site pollué est un site qui, du fait d'anciens dépôts de déchets ou d'infiltration de substances polluantes, présente une pollution susceptible de provoquer une nuisance ou un risque pérenne pour les personnes ou l'environnement. Ces situations sont souvent dues à d'anciennes pratiques sommaires d'élimination des déchets, mais aussi à des fuites ou des épandages de produits chimiques, accidentels ou non. Il existe également, autour de certains sites, des contaminations dues à des retombées de rejets atmosphériques accumulés au cours des années voire des décennies.

Dans le département du Nord, la DRIRE a répertorié 374 sites pollués (Figure 6-7), dont 159 étaient encore en activité (soit 42 %), 143 étaient en friche (soit 38 %) et 72 étaient réutilisés (soit 20 %).

Dans le Pas-de-Calais, parmi les 109 sites pollués recensés, 49 étaient en activité (45 %), 34 étaient en friche (31 %) et 26 étaient réutilisés (24 %).

Aujourd'hui, l'activité industrielle est surtout concentrée dans le Bassin minier et sur le Littoral. Dans les arrondissements de Dunkerque, Lens, Calais, plus de 50 % des sites pollués sont en activité, par contre, dans l'arrondissement de Lille, seulement 38 % d'entre eux le sont encore (Carte 27).

C'est aussi dans le Bassin minier et sur le Littoral que l'on trouve le plus d'établissements classés Seveso. La directive européenne dite Seveso de 1982 demande aux États et aux entreprises d'identifier les risques associés à certaines activités industrielles dangereuses et de prendre les mesures nécessaires pour y faire face. Depuis 1999, elle est remplacée par la directive appelée Seveso II. Elle vise les établissements où sont présentes des substances dangereuses. Aux côtés de secteurs industriels traditionnellement générateurs de risques, (chimie, pétrochimie, nucléaire, raffinage pétrolier, dépôts d'hydrocarbures...), entrent par exemple dans le champ de ce recensement, des usines métallurgiques, des industries agro-alimentaires telles des sucreries ou des distilleries. La région Nord – Pas-de-Calais fait partie des 4 régions concentrant le plus d'établissements classés Seveso seuil haut avec la Haute Normandie, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et la région Rhône Alpes. En 2003, 44 établissements sont considérés comme Seveso seuil haut et 34 comme seuil bas. Les établissements seuil haut se concentrent surtout sur le Littoral et dans le Bassin minier ; les établissements seuil bas se retrouvent

¹ Une approche de la qualité des logements. Les cahiers ORHA. Profils INSEE Nord – Pas-de-Calais 2002 ; (11) : 1-4.

² Tableaux économiques régionaux, Nord – Pas-de-Calais. INSEE 2002.

³ L'Industrie au Regard de l'Environnement en 2002. Douai : Direction Régionale de l'Industrie de la Recherche et de l'Environnement, 2003.

Programme Régional d'Action Santé Environnement

essentiellement dans l'arrondissement de Lille et le sud de la région où l'on trouve principalement des industries agro-alimentaires ([Carte 26](#)).

La qualité de l'air

La qualité de l'air du Nord – Pas-de-Calais est surveillée par quatre Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air : OPAL'AIR sur le Littoral, l'AREMA Lille-Métropole, l'AREMARTOIS autour d'Arras et Béthune et l'AREMASSE dans le sud de la région.

Chaque jour, ces associations mesurent différents polluants réglementés et calculent les indices ATMO pour les grandes agglomérations qu'elles surveillent. L'indice ATMO est un indicateur journalier de la qualité de l'air. L'indice varie sur une échelle de 1 à 10, soit d'un air de qualité très bonne à très mauvaise.

Le nombre de jours de qualité mauvaise au cours de l'année 2002 dans les agglomérations de la région ne dépasse pas 1 % de l'année. À Valenciennes, Lille et Douai, deux jours ont été classés en qualité mauvaise. C'est dans les agglomérations de Dunkerque, Calais et Douai, que les jours de qualité médiocre sont les plus nombreux (respectivement 27, 22 et 17 jours en 2002). Les jours où la qualité de l'air était moyenne sont plus nombreux à Douai, Maubeuge et Valenciennes ([Figure 6-8](#)). Le nombre de jours où la qualité de l'air était bonne, voire très bonne, représente quand même plus de 75 % des jours de l'année dans toutes les agglomérations.

De façon globale, les efforts du secteur industriel au cours des dix dernières années, sur la diminution des rejets sont visibles en ce qui concerne les concentrations atmosphériques de dioxyde de soufre (SO₂). Les polluants comme le dioxyde d'azote (NO₂) et l'ozone (O₃), plus caractéristiques du trafic automobile, stagnent, voire, pour l'ozone, augmentent depuis une dizaine d'années ([Figure 6-9](#)). Malgré une diminution, les concentrations moyennes restent élevées dans certaines agglomérations comme Valenciennes ou Dunkerque (respectivement 23 et 27 µg/m³ en 2002). Les particules fines, émises principalement par les moteurs diesel et l'industrie, augmentent les signes cliniques chez l'asthmatique mais jouent aussi un rôle sur l'augmentation du nombre de décès par pathologies cardiovasculaires et respiratoires, et le nombre d'affections respiratoires chroniques.

LES PROJETS RETENUS EN 2003

Pour répondre aux objectifs prioritaires de 2003, le PRASE a retenu 23 projets, soit un taux d'acceptation des projets de 51 %. Le PRASE s'articulant en 2 volets, Habitat et Sites et sols pollués, pour plus de lisibilité la répartition des actions est présentée par problématique plutôt que par objectif.

En 2003, 66 % des actions retenues correspondaient à un objectif du volet Habitat, dont 13 % pour le saturnisme infantile, 9 % pour le monoxyde de carbone et 46 % pour le logement insalubre. 30 % d'entre elles correspondaient à un objectif du volet Sites et sols pollués ([Figure 6-10](#)) et 4,3 % répondaient à plusieurs problématiques.

Les actions entreprises dans le cadre du PRASE sont plutôt des actions avec un budget conséquent puisque, cette année encore, 70 % d'entre elles se voient allouer un budget allant de 13 700 euros à 186 000 euros, et mobilisent 93 % du financement ([Figure 6-11](#)).

Dans la région, on compte en moyenne 6 actions pour 1 million d'habitants. Nous avons considéré que l'action était locale si le territoire concerné était au plus un seul arrondissement ; les autres actions étant considérées comme départementales ou, si au moins un arrondissement de chaque département était concerné, comme régionales. Pour chaque arrondissement, nous avons comptabilisé le nombre d'actions le concernant, certaines actions visant plusieurs départements ont donc été comptées plusieurs fois. Contrairement à l'année 2002 où les actions étaient principalement locales, en 2003, 44 % sont départementales et 39 % locales ([Figure 6-12](#)). Le département du Nord regroupe 60 % des actions ([Figure 6-13](#)), 22 % concernent le département du Pas-de-Calais et 18 % l'ensemble de la région. Une grande partie des actions locales concernent l'arrondissement de Lens ([Carte 43](#)). 12 actions ne sont pas rattachées à un arrondissement particulier.

En 2003, seuls quatre arrondissements font l'objet d'actions locales. Au total, c'est plus de la moitié des actions qui est mise en œuvre par des associations ([Figure 6-14](#)). Ces actions sont principalement des actions de prévention (43,5 %), de recueil de données (26 %) et de dépistage (13 %) ([Figure 6-15](#)). Les actions locales de dépistage sont exclusivement réalisées dans l'arrondissement de Lens. Dans l'arrondissement de Lille, 45 % des actions sont des actions de prévention ([Carte 36](#)). Le budget consacré au financement des actions en 2003 était de 732 949 euros. L'État est le principal financeur (83 % du financement total). La contribution du Conseil Régional est de 15,1 %. Le Conseil Général du Pas-de-Calais est aussi engagé dans le financement des actions ([Figure 6-16](#)).

En 2003, le PRASE est passé à l'action puisque la majorité des projets retenus sont des actions de prévention, mais comme en 2002, le besoin d'une meilleure connaissance des facteurs de risques environnementaux (action de recueil de données) et de l'impact de l'environnement sur la santé (action de dépistage) est encore bien présent.

Bilan de l'appel à projets 2003

SOURCE DES DONNÉES **P 103**

ACCEPTATION DES PROJETS **P 103**

- Selon le PRS p 103
- Selon le type de porteur p 103
- Selon le type de projet p 105
- Selon le département p 105
- Selon l'arrondissement p 105

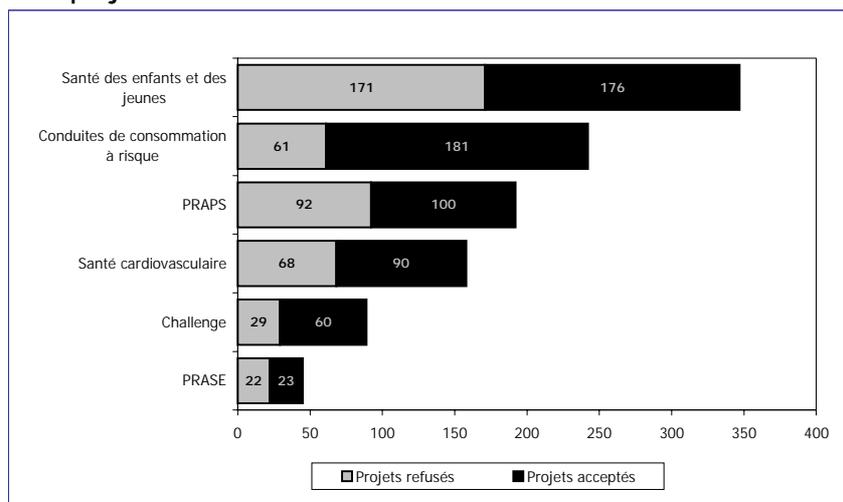
ANALYSE DES PROJETS ACCEPTÉS **P 105**

- Selon le Programme Régional de Santé concerné p 105
- Selon le type de porteur p 107
- Selon le type de projet p 107
- Selon le secteur géographique visé par le projet p 107
- Selon le siège social du porteur p 107
- Selon le financeur p 107

Cartes 28 à 50

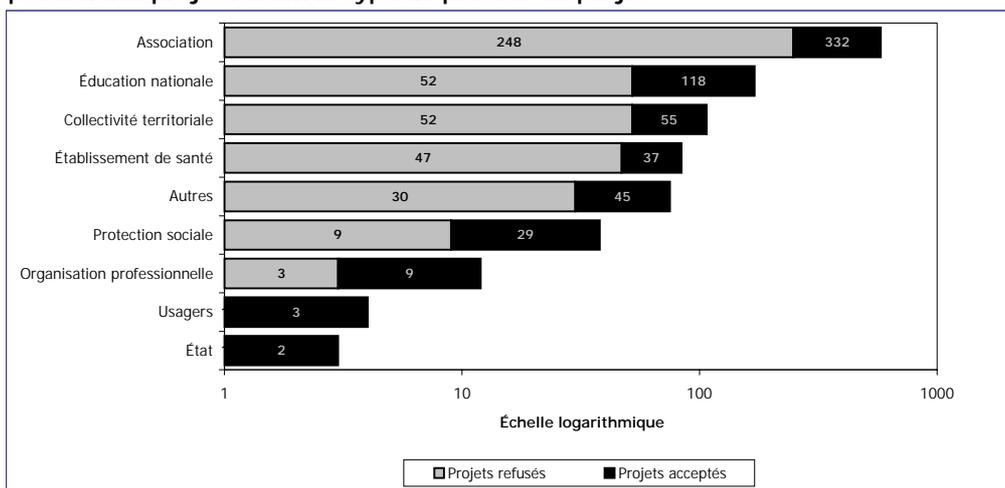
Bilan de l'appel à projets 2003

7-1 Acceptation des projets selon le PRS



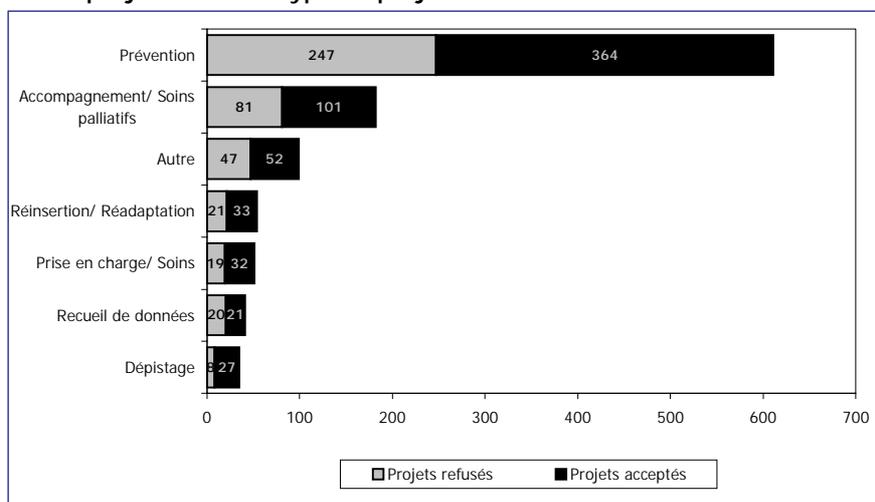
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-2 Acceptation des projets selon le type de porteur de projet



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-3 Acceptation des projets selon le type de projet



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

SOURCE DES DONNÉES

Dans le cadre des appels à projet pour les Programmes Régionaux de Santé, chaque porteur de projet doit remplir une fiche descriptive du projet, qu'il doit transmettre au secrétariat du Comité Régional des Politiques de Santé. Ce secrétariat a mis au point en 2000 un système d'information visant à saisir les informations recueillies lors de la procédure d'appel à projets. Ces informations sont complétées au fur et à mesure de l'instruction des projets par le comité de suivi du PRS concerné et par le Comité technique des Programme Régionaux de Santé.

Cet outil a avant tout une vocation administrative et comptable. Cependant, c'est actuellement le seul outil transversal qui permette d'analyser, de manière comparable pour l'ensemble des Programmes Régionaux de Santé, la nature des projets soumis, leur taux d'acceptation, leur financement et leur base territoriale. C'est pourquoi, nous avons utilisé cet outil depuis la première édition du *Moniteur*. Pour cette édition, nous avons utilisé le système d'information du Comité Régional des Politiques de Santé, dans sa version actualisée le 16 septembre 2003.

Dans la présente édition du *Moniteur*, la base territoriale des projets a été appréciée selon deux méthodes. Dans la mesure où le périmètre géographique était précisé dans la fiche projet, il nous a été possible de déterminer l'arrondissement visé par le projet. Cela concerne 879 projets déposés sur 1 073 ; pour 194 projets, aucun arrondissement n'a été mentionné et nous avons considéré qu'ils avaient une portée départementale ou régionale, selon les informations disponibles sur le département visé. Pour les projets pouvant concerner plusieurs arrondissements, nous avons analysé, pour chaque arrondissement, le nombre d'actions qui le concernait. Le codage des arrondissements n'est donc pas disjonctif : un projet peut être compté dans plusieurs arrondissements qu'il déclare viser.

D'autre part, nous avons utilisé la commune mentionnée comme siège social du porteur : cette donnée n'a pas la même signification mais elle a le mérite d'être précise et de permettre d'apprécier la localisation des porteurs selon différents découpages géographiques (commune, intercommunalité, arrondissement, département) et donc le dynamisme des acteurs locaux.

ACCEPTATION DES PROJETS

663 nouveaux projets ont été déposés dans le cadre de l'appel à projet 2003, auxquels il faut ajouter 410 projets pluriannuels, pour lesquels une demande de poursuite du projet a été déposée, soit un total de 1 073 projets. Le nombre de projets déposés par PRS varie de 45 à 347 selon les PRS.

Parmi ces projets, 630 (58,7 %) ont été acceptés, soit sous forme d'un financement dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé, soit pris en charge dans le cadre d'un Contrat pluriannuel d'objectifs avec l'État, soit dans le cadre d'une labellisation. 356 projets pluriannuels (soit 86,8 % de ces projets) et 274 nouveaux projets (41,3 %) ont été acceptés.

Selon le PRS

Les PRS qui ont le plus mobilisé lors de l'appel à projets 2003 sont le PRS Santé des enfants et des jeunes (347 projets, soit environ un tiers des projets déposés) et le PRS Conduites de consommation à risque (242 projets, soit près d'un quart des projets déposés).

Le taux d'acceptation est variable selon le Programme Régional de Santé concerné (**Figure 7-1**) : de 50,1 % pour le PRS Santé des enfants et des jeunes (176 projets acceptés sur 347) à 74,8 % pour le PRS Conduites de consommation à risque (181 projets acceptés sur 242).

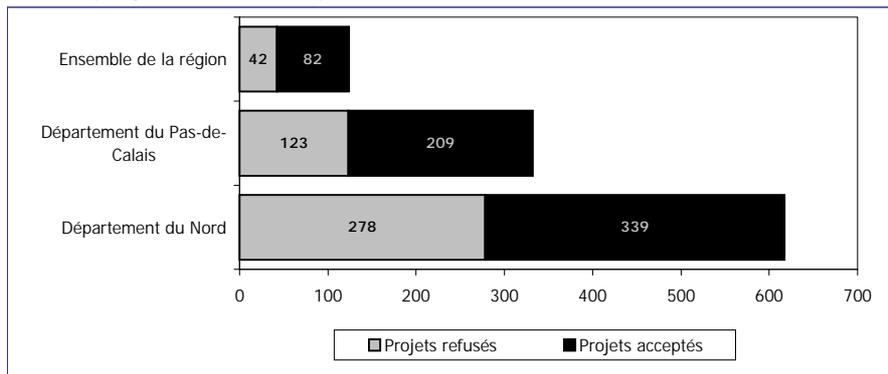
Selon le type de porteur

580 projets, soit plus de la moitié, ont été déposés par des associations. 170 projets (15,8 %) ont été déposés par des acteurs dépendant de l'Éducation nationale et 107 (10 %) par des acteurs dépendant de collectivités territoriales.

Ce sont les projets déposés par des acteurs dépendant d'organismes de protection sociale (29 projets acceptés sur 38, soit 76,3 %), d'organisations professionnelles (9 projets sur 12, soit 75 %) et de groupes d'usagers (3 projets sur 4, soit 75 %) qui ont connu les meilleurs taux d'acceptation (**Figure 7-2**).

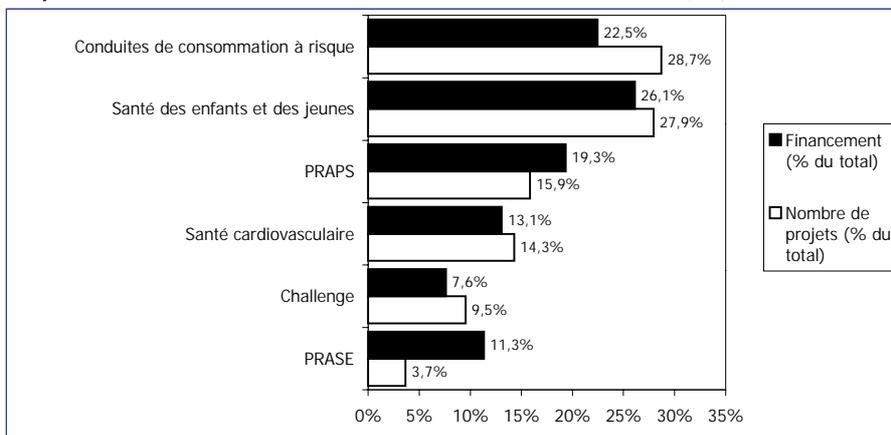
Bilan de l'appel à projets 2003

7-4 Acceptation des projets selon le département



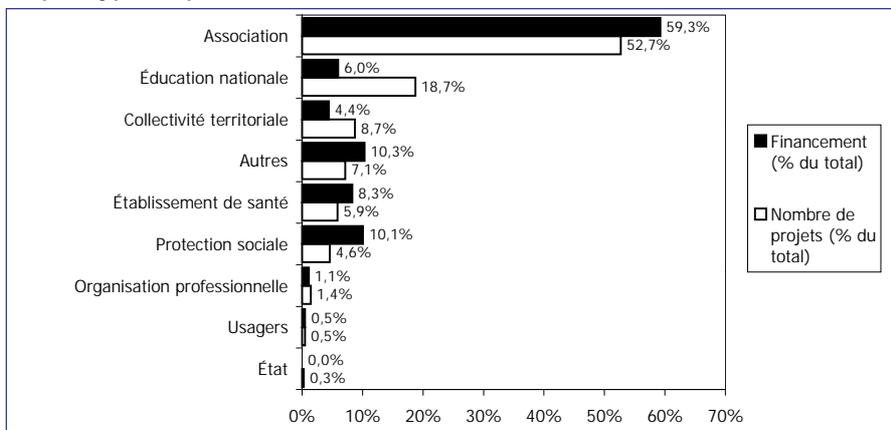
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-5 Répartition par PRS du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-6 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Bilan de l'appel à projets 2003

Selon le type de projet

611 projets (soit plus de la moitié des projets déposés) sont classés comme des actions de prévention et 182 (17 %) comme des actions d'accompagnement et/ou de soins palliatifs. Par contre, ce sont les projets classés comme des actions de dépistage (35 projets, soit 3,3 % des projets déposés) qui ont connu le meilleur taux d'acceptation (27 projets acceptés sur 35, soit 77,1 %), alors que seulement 364 projets de prévention sur 611 (59,6 %) ont été acceptés (Figure 7-3).

Selon le département

617 projets, soit 57,5 % des projets, concernent le département du Nord, soit 242 projets par million d'habitants, alors que 332 projets (30,9 %) concernent le département du Pas-de-Calais, soit 230 projets par million d'habitants. 124 projets (11,6 %) concernent l'ensemble de la région Nord - Pas-de-Calais.

Le taux d'acceptation des projets (Figure 7-4) est moins élevé pour les projets concernant le département du Nord (54,9 %, soit 339 projets sur 617) que pour les projets concernant le département du Pas-de-Calais (63 %, soit 209 projets sur 332) ou l'ensemble de la région (66,1 %, soit 82 projets sur 124).

D'une manière générale, le taux d'acceptation est plus important pour les projets régionaux (59,3 %) que pour les projets départementaux (59,3 %) et les projets locaux ; c'est-à-dire qui ne concernent qu'un arrondissement (57,6 %), mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Selon l'arrondissement

1 073 projets ont été déposés en 2003 ; ce qui représente 269 projets par million d'habitants. 302 projets (28,1 %) déclarent viser l'arrondissement de Lille, soit environ 256 projets pour 1 million d'habitants. Le pourcentage de projets déclarant viser 1 des autres arrondissements varie de 1,5 % (arrondissement de Montreuil) à 8,1 % (arrondissement de Lens)¹. Le taux de projets déposés déclarant viser l'arrondissement considéré par million d'habitants varie de 153 projets par million d'habitants dans l'arrondissement d'Arras à 330 projets par million d'habitants dans l'arrondissement de Calais. Le taux d'acceptation des projets déclarant viser l'arrondissement considéré varie de 52 % dans l'arrondissement de Lille (soit 157 projets sur 302) à 69,6 % dans l'arrondissement d'Arras (soit 32 projets sur 46). Parmi, les 194 projets ne déclarant pas d'arrondissement visé, 61,9 %, soit 120 projets, ont été acceptés (Carte 28).

ANALYSE DES PROJETS ACCEPTÉS

Parmi les 630 projets acceptés, 58 ont reçu le label PRS ; c'est-à-dire que l'action proposée est conforme aux objectifs et à la charte des PRS, mais qu'ils ont bénéficié d'autres sources de financement. D'autre part, 2 projets sont mis en œuvre dans le cadre de Contrats Pluriannuels d'Objectifs entre l'État et le porteur de projet. Le financement total des projets financés dans le cadre des PRS représente un montant d'environ 6,5 millions d'euros. Le financement attribué varie selon le projet de 232 € à 186 000 €. Le financement moyen est d'environ 12 000 € et le financement médian d'environ 6 500 €.

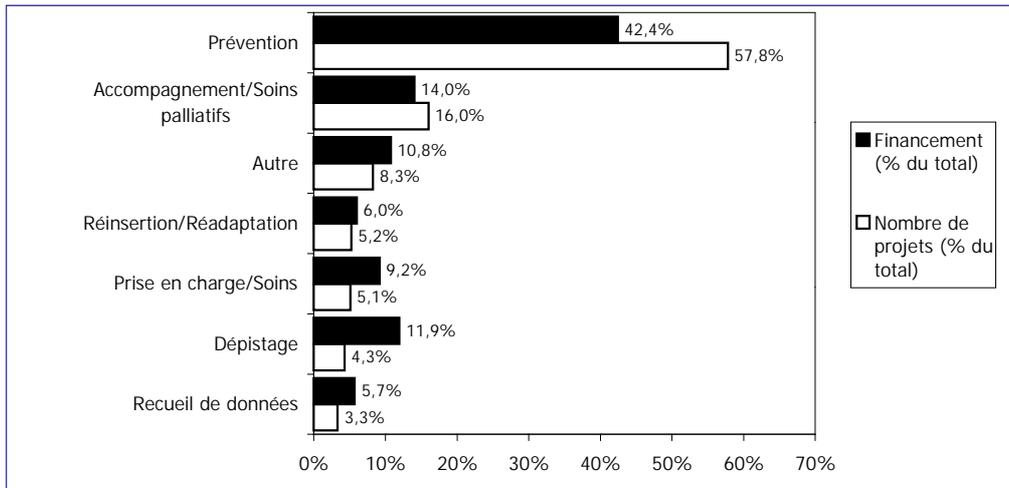
Selon le Programme Régional de Santé concerné

Parmi les 630 projets acceptés ou labellisés dans le cadre de l'appel à projets 2003, le PRS Conduites de consommation à risque et le PRS Santé des enfants et des jeunes représentent respectivement 181 projets (soit 28,7 % des projets et 22,5 % du financement) et 176 projets (soit 27,9 % des projets et 26,1 % du financement), soit au total plus de la moitié des projets acceptés et du financement (Figure 7-5). Les autres PRS représentent de 3,7 % (PRASE) à 15,9 % (PRAPS) du nombre de projets acceptés et de 7,6 % (Challenge) à 19,3 % (PRAPS) du financement attribué.

¹ Comme nous l'avons indiqué dans la section Source des données, les projets peuvent déclarer viser plusieurs arrondissements, le total des pourcentages par arrondissement est donc supérieur à 100 %.

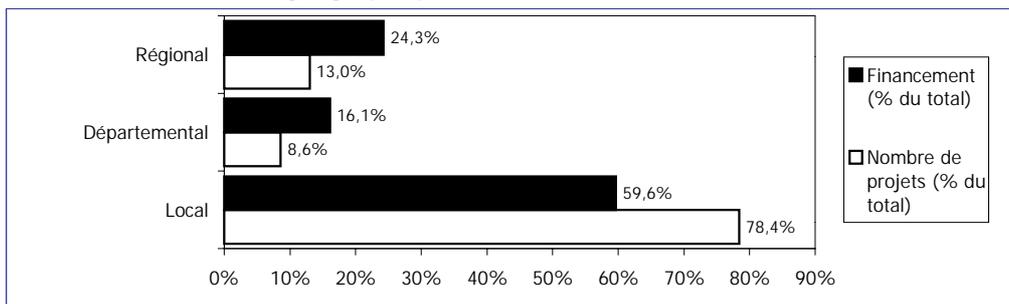
Bilan de l'appel à projets 2003

7-7 Répartition par type de projet du nombre d'actions et de leur financement (%)



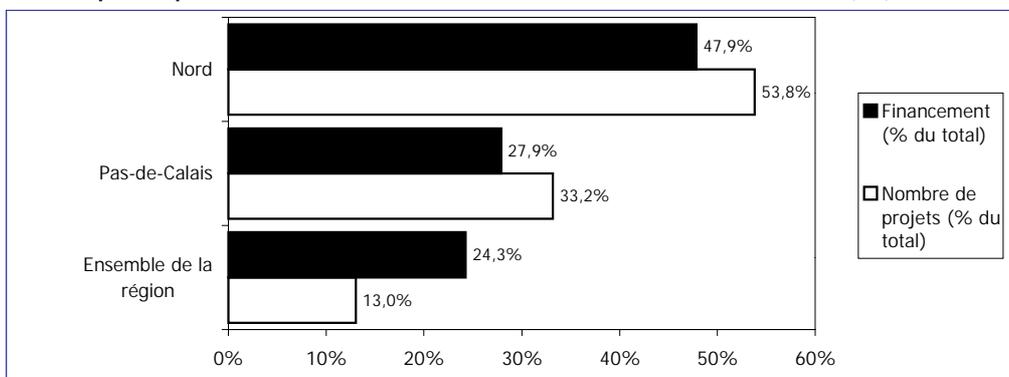
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-8 Répartition selon l'échelon géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-9 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Bilan de l'appel à projets 2003

Selon le type de porteur

Les associations portent plus de la moitié (52,7 %) des projets et reçoivent plus de la moitié du financement attribué (59,3 %). Les autres types de porteurs de projets les plus fréquents sont l'Éducation nationale, avec 8,7 % des projets et 6 % du financement, les collectivités territoriales, avec 8,7 % des projets et 4,4 % du financement, et les établissements de santé, avec 5,9 % des projets et 8,3 % du financement (Figure 7-6).

Selon le type de projet

Les actions de prévention représentent plus de la moitié des projets acceptés en 2003 (57,8 % des projets et 42,4 % du financement) et les actions d'accompagnement ou de soins palliatifs représentent 16 % des projets acceptés et 14 % du financement. Les autres types d'action sont beaucoup moins fréquents (Figure 7-7).

Selon le secteur géographique visé par le projet

Plus de 3 projets acceptés sur 4 ont une échelle locale ; c'est-à-dire qu'ils ne visent au plus qu'un arrondissement. Ces projets locaux bénéficient de 59,6 % du financement. 8,6 % des projets (16,1 % du financement) ont une échelle départementale, c'est-à-dire qu'ils visent au moins deux arrondissements du même département, et 13 % des projets (24,3 % du financement) ont une échelle régionale (Figure 7-8).

En ce qui concerne le département visé par l'action, il s'agit du département du Nord dans plus de la moitié des cas (53,8 % des projets et 47,9 % du financement) et du département du Pas-de-Calais dans un tiers des cas (33,2 % des projets et 27,9 % du financement). 13 % des projets acceptés (24,3 % du financement) visent les deux départements (Figure 7-9).

Pour 510 des 630 projets acceptés, un ou plusieurs arrondissements ont été mentionnés comme cible du projet. C'est l'arrondissement de Lille qui est le plus souvent mentionné (24,9 % du total des projets acceptés). Les autres arrondissements ne sont mentionnés que dans moins de 10 % des projets : de 2,5 % pour l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer à 9,2 % pour l'arrondissement de Lens (Figure 7-10).

Selon le siège social du porteur

Parmi les 630 projets acceptés, 2 seulement sont portés par des acteurs implantés en dehors de la région. L'analyse des 628 projets portés par des acteurs régionaux confirme encore plus nettement la place des acteurs implantés dans l'arrondissement de Lille, qui portent 39 % des projets et 49,8 % du financement (Figure 7-11), et tout spécialement dans la commune de Lille, avec 18,5 % des projets (Carte 50). Les autres arrondissements ne représentent chacun que moins de 10 % du nombre de projets et du financement.

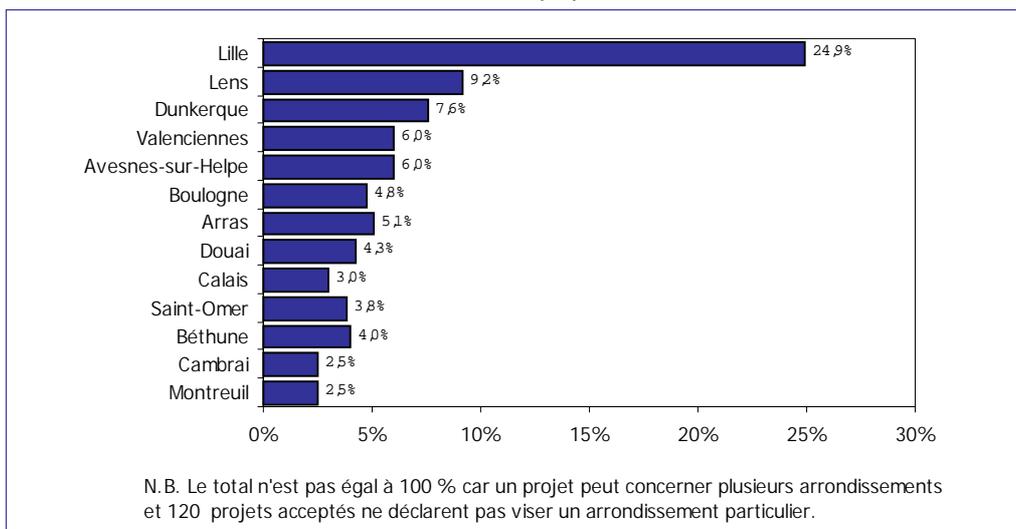
Selon le financeur

L'État, qui soutient 35,2 % des projets, avec 38,3 % du financement total, et le Conseil régional Nord - Pas-de-Calais (19 % des projets et 19,7 % du financement) sont les principaux financeurs des PRS en 2003. Leur contribution totale finance plus de la moitié des projets acceptés (54,2 % des projets et 58 % du financement).

Les deux conseils généraux financent au total 20,5 % des projets, ce qui représente 12,6 % du financement, et le FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire de l'Assurance maladie) finance relativement peu de projets (11,9 %) mais les financements par projet sont généralement importants : la contribution du FNPEIS représente 22,7 % du financement total des PRS en 2003.

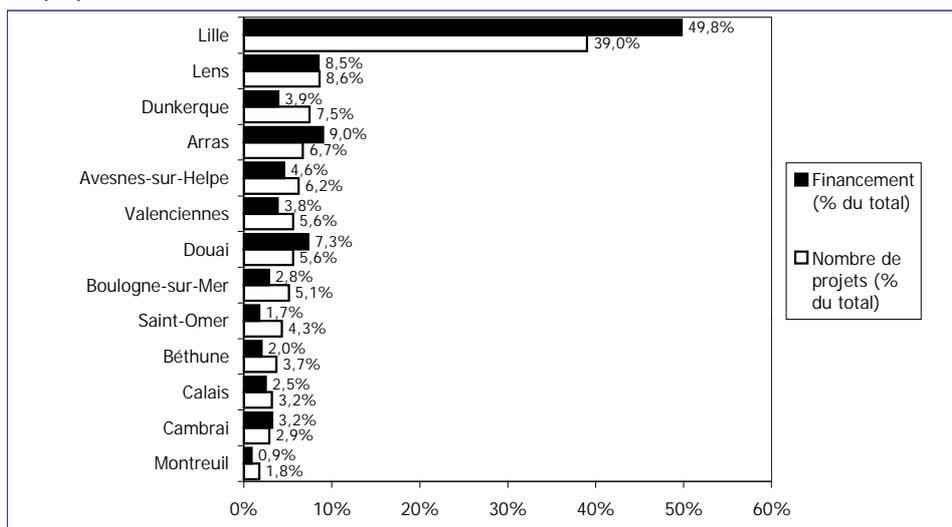
Bilan de l'appel à projets 2003

7-10 Nombre d'actions selon l'arrondissement visé (%)



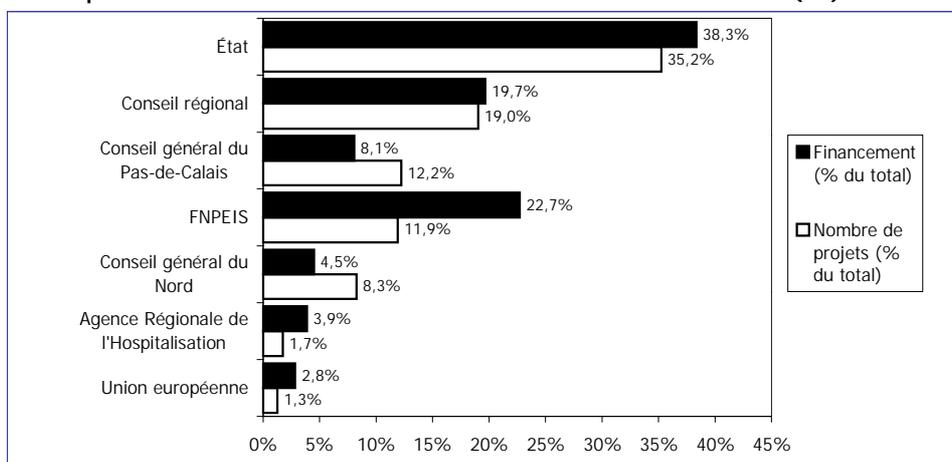
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-11 Répartition selon l'arrondissement du siège social du porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

7-12 Répartition par financeur du nombre d'actions et de leur financement (%)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

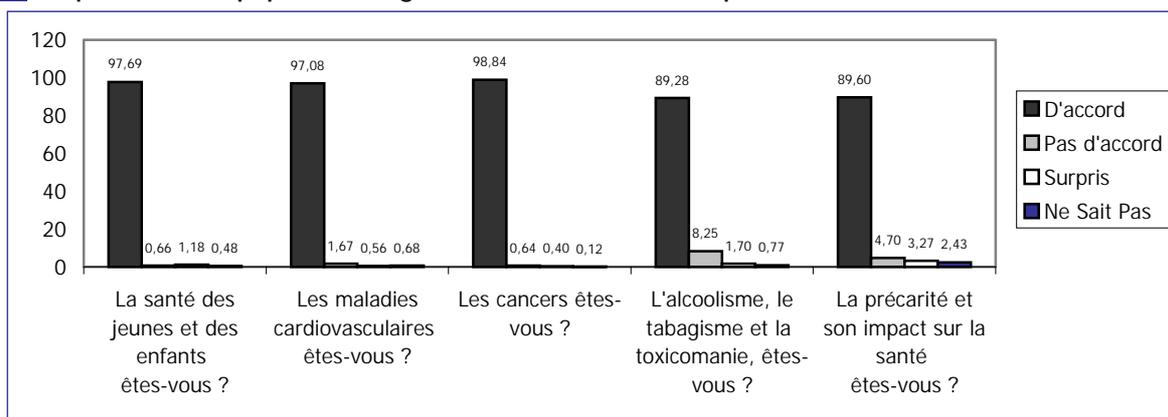
*Santé Publique, Qualité Régionale*¹

LES PRIORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ	P 111
UNE POPULATION RÉGIONALE CONCERNÉE PAR LES ACTIONS DE PRÉVENTION	P 111

¹ *Santé Publique, Qualité Régionale. Appréciation de la qualité et satisfaction de la population vis-à-vis de la prévention et de la Médecine de ville.* Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2004 ; 73 p.

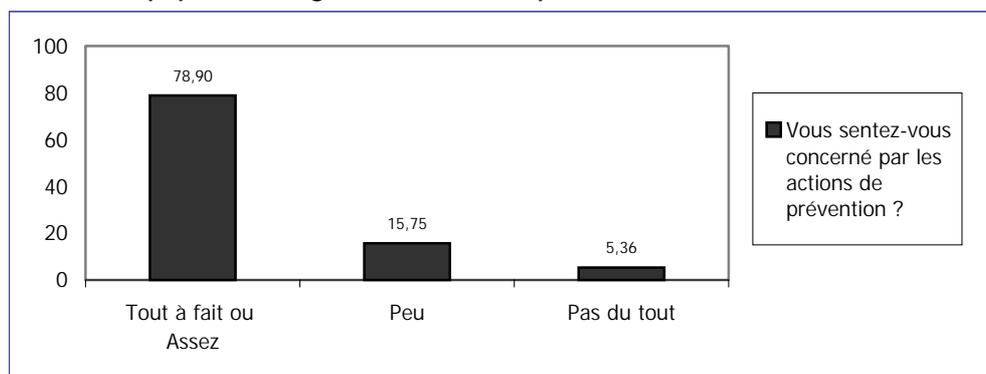
Santé Publique, Qualité Régionale

8-1 Proportion de la population régionale en accord avec les priorités de santé



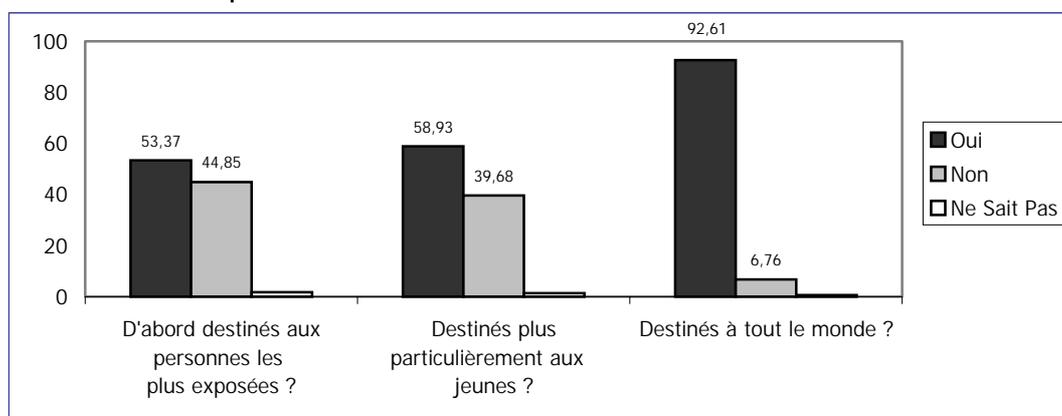
Source : Santé Publique, Qualité Régionale, ORS Nord – Pas-de-Calais.

8-2 Proportion de la population régionale concernée par les actions de santé



Source : Santé Publique, Qualité Régionale, ORS Nord – Pas-de-Calais.

8-3 Proportion de la population régionale d'accord sur le choix des populations auxquelles les messages et les mesures de prévention doivent être destinés



Source : Santé Publique, Qualité Régionale, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'étude **Santé Publique, Qualité Régionale, Appréciation de la qualité et satisfaction de la population vis-à-vis de la prévention et de la Médecine de ville** réalisée par l'ORS Nord – Pas-de-Calais en 2003. Cette étude, financée par le Conseil Régional du Nord – Pas-de-Calais, a été réalisée, après tirage au sort, auprès d'un échantillon de 500 personnes représentatives des ménages des arrondissements et des types de communes de la région.

LES PRIORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ

Parmi les 5 priorités régionales de santé retenues dans le Nord – Pas-de-Calais (Santé des enfants et des jeunes, Précarité et Santé, Conduites de consommation à risque, Cancers, Santé cardiovasculaire), 98 % des enquêtés sont d'accord avec la priorité accordée au programme sur la Santé des Enfants et des Jeunes, 97 % valident le choix des Maladies cardiovasculaires et 99 % celui des Cancers.

Globalement, le consensus est donc fort même si ces pourcentages de réponses ne sont pas statistiquement significativement différents¹.

Les auteurs du rapport sur les pratiques addictives² publié en 2000 à la demande du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, décrivent le dispositif de soins français destiné aux personnes en difficulté avec l'alcool comme étant, dans l'ensemble, peu efficace. Cette inadaptation des structures aux besoins provient, selon les mêmes auteurs, de l'insuffisance du dispositif existant et de son inorganisation.

L'origine de ce manque d'efficacité serait la conjonction du déni social (caractérisant l'alcoolisme dans la société française) et du peu d'intérêt des décideurs à son égard. Ce diagnostic pessimiste est, par ailleurs, repris par le Plan triennal d'action publié par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie.

Dans le Nord – Pas-de-Calais, s'il n'est pas possible, aujourd'hui et *a priori*, de préciser si ce déni social est plus ou moins lourd que dans le reste du pays, il s'avère que les responsables de la politique de Santé publique se sont très explicitement manifestés depuis plus de dix ans et semblent particulièrement sensibles à la gravité du problème au sein de la population régionale.

L'étude SPQR montre que seulement 89 % des enquêtés sont d'accord avec la priorité sur l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie, et 90 % avec celle sur la précarité et son impact sur la santé. Ces pourcentages sont plus faibles et significativement différents des pourcentages des autres priorités.

UNE POPULATION RÉGIONALE CONCERNÉE PAR LES ACTIONS DE PRÉVENTION

En effet, 79 % des enquêtés se sentent concernés par les actions de prévention dans le domaine de la santé.

Parmi les 97 % de répondants d'accord avec la priorité régionale sur la santé cardiovasculaire, 80 % se sentent concernés par les actions de prévention, contre 47 % des répondants qui ne sont pas d'accord avec cette priorité régionale³.

80 % des répondants d'accord avec la priorité régionale "Précarité et santé" se sentent concernés par les actions de prévention *versus* 66 % de ceux qui ne sont pas d'accord sur le choix de cette priorité⁴.

Au cours du processus d'information en direction de la population, les professionnels sont parfois amenés à réaliser des campagnes qui s'adressent à un type de public en particulier : par exemple les jeunes pour le sida, ou certaines professions exposées aux accidents du travail.

En matière de prévention, même lorsque l'on n'est pas directement ciblé, on peut parfois aussi être concerné. Dans cette étude, 93 % des enquêtés pensent que les messages et mesures de prévention doivent être destinés "à tout le monde". Seulement 59 et 53 % pensent respectivement que ces messages doivent être destinés plus particulièrement aux jeunes et d'abord aux personnes les plus exposées.

¹ Pour cela, nous avons regardé les tests de comparaison de 2 pourcentages issus d'un échantillon apparié (Mac Nemar) et les intervalles de confiance à 95 %.

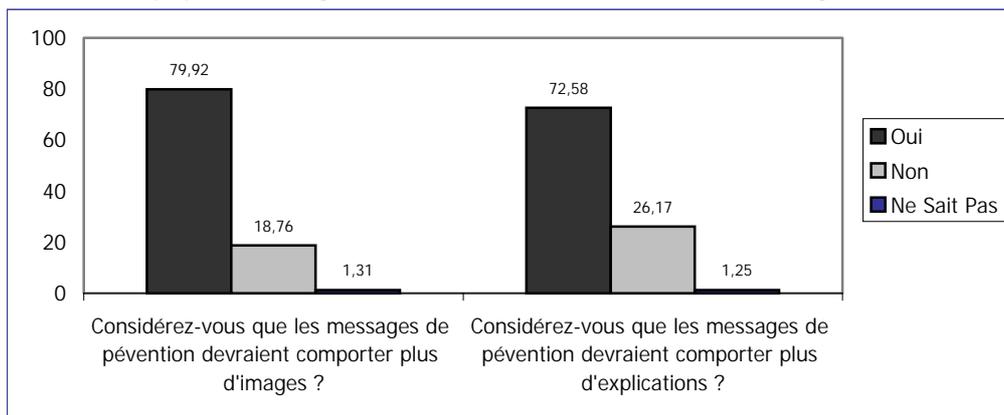
² Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Éditions Odile Jacob, 2000 ; 273 p.

³ Test du chi-deux de Pearson P=0,002.

⁴ Test du chi-deux de Pearson P=0,017.

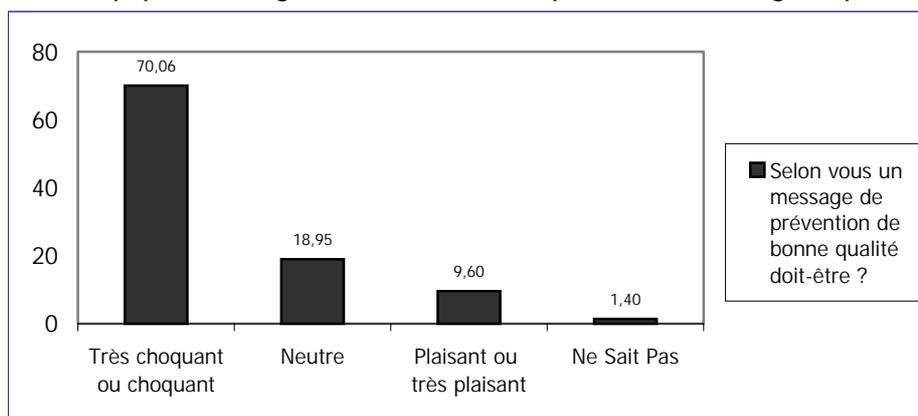
Santé Publique, Qualité Régionale

8-4 Proportion de la population régionale concernant le contenu des messages



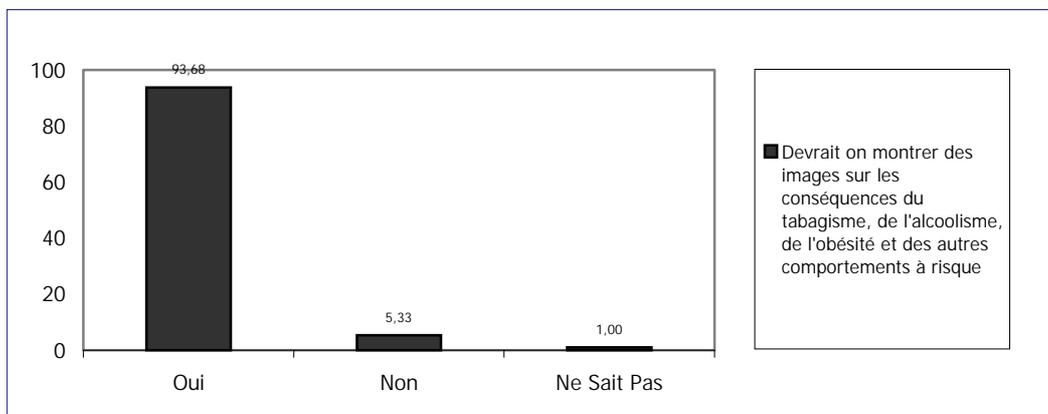
Source : Santé Publique, Qualité Régionale, ORS Nord – Pas-de-Calais.

8-5 Proportion de la population régionale concernant la qualité d'un message de prévention



Source : Santé Publique, Qualité Régionale, ORS Nord – Pas-de-Calais.

8-6 Proportion de la population régionale d'accord sur la présentation d'images sur les conséquences du tabagisme



Source : Santé Publique, Qualité Régionale, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé Publique, Qualité Régionale

Les répondants d'accord avec la priorité régionale sur la Santé cardiovasculaire sont 61 % à se sentir concernés par les actions de prévention *versus* 50 % de ceux qui ne le sont pas¹.

On constate que 63 % des 50 ans et plus pensent que les messages de prévention doivent être destinés aux personnes les plus exposées (contre seulement 45 % des moins de 50 ans²).

80 % des répondants considèrent que les messages de prévention devraient comporter plus d'images et à 73 % plus d'explications.

En effet, 82 % des 51-64 ans interrogés et 81 % des 65 ans et plus considèrent que les messages de prévention devraient comporter plus d'explications, contre 67 % des 36-50 ans et 61 % des 18-35 ans³.

Les répondants d'accord avec la priorité régionale sur les Cancers, sont 79 % à considérer que les messages de prévention (surtout à la télévision) devraient comporter plus d'images *versus* 73 % de ceux qui ne sont pas d'accord sur le choix de cette priorité⁴.

Le goût pour les messages qui choquent est très élevé dans la population régionale répondante.

Globalement, 70 % des enquêtés déclarent que les messages de prévention de bonne qualité doivent être choquants voire très choquants, alors que 19 % préfèrent des messages neutres et 10 % des messages plaisants voire très plaisants.

On constate une différence significative entre les classes d'âge : 80 % des 18-35 ans, 79 % des 36-50 ans, 70 % des 51-64 ans et seulement 49 % des 65 ans et plus⁵ optent pour des messages plutôt choquants.

Parmi les répondants d'accord avec la priorité régionale sur les cancers, 68 % pensent qu'un message de prévention de bonne qualité doit être choquant voire très choquant, contre 75 % des répondants qui ne sont pas d'accord avec cette priorité régionale⁶.

Les répondants d'accord avec la priorité régionale sur la Précarité et la santé sont 68 % à penser qu'un message de prévention de bonne qualité doit être choquant voire très choquant, *versus* 66 % de ceux qui ne sont pas d'accord avec le choix de cette priorité régionale⁷.

La forme de présentation des conséquences des comportements à risque devrait, pour 94 % de la population régionale interrogée, contenir des images sur les incidences du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'obésité et des autres comportements à risque pour la santé.

93 % des répondants d'accord avec la priorité régionale sur la Santé cardiovasculaire pensent que pour améliorer la prévention il faut insister sur les conséquences des comportements à risque des personnes⁸ (*versus* 62 % des répondants non d'accord avec cette priorité). Pour les priorités sur les Cancers et la Précarité et la santé, les résultats sont de respectivement 93 *versus* 62 %⁹ et 93 *versus* 86 %¹⁰.

94 % des hommes contre 85 % des femmes pensent que pour améliorer la prévention, il faudrait insister sur les conséquences des comportements à risque sur l'entourage familial ou professionnel¹¹.

Les répondants d'accord avec la priorité régionale sur la Santé cardiovasculaire sont 91 % (*versus* 73 % des répondants non d'accord avec cette priorité) à penser que pour améliorer la prévention il faut insister sur les conséquences des comportements sur l'entourage familial ou professionnel des personnes¹².

¹ Test du chi-deux de Pearson P=0,038.

² Test du chi-deux de Pearson P=0,001.

³ Test du chi-deux de Pearson P=0,013.

⁴ Test du chi-deux de Pearson P=0,021.

⁵ Test du chi-deux de Pearson P=0,000.

⁶ Test du chi-deux de Pearson P=0,001.

⁷ Test du chi-deux de Pearson P=0,006.

⁸ Test du chi-deux de Pearson P=0,001.

⁹ Test du chi-deux de Pearson P=0,003.

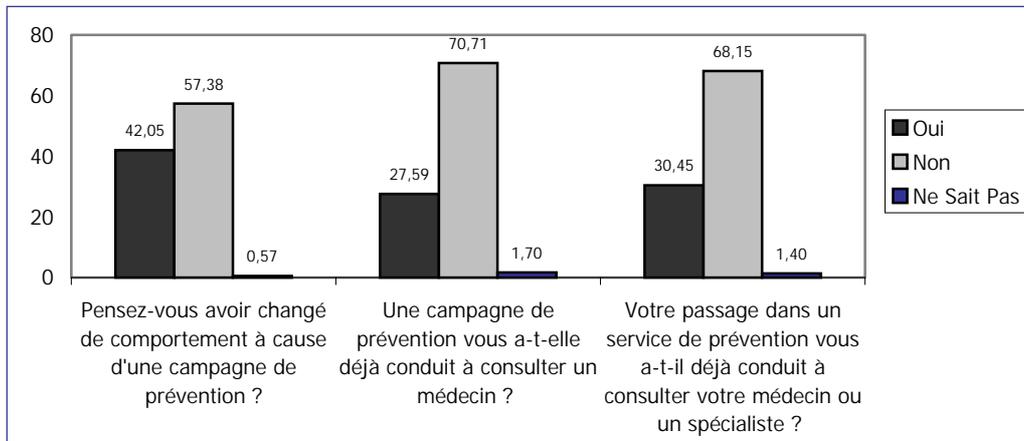
¹⁰ Test du chi-deux de Pearson P=0,021.

¹¹ Test du chi-deux de Pearson P=0,046.

¹² Test du chi-deux de Pearson P=0,016.

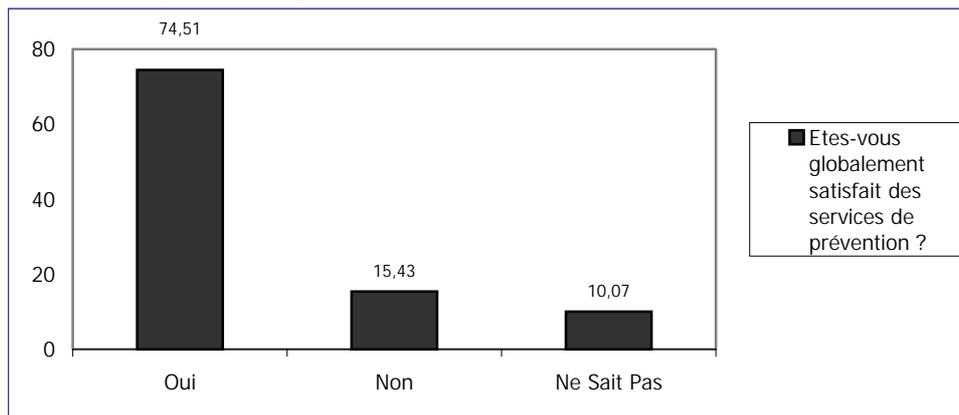
Santé Publique, Qualité Régionale

8-7 Proportion de la population régionale ayant changé de comportement suite à une campagne de prévention



Source : Santé Publique, Qualité Régionale, ORS Nord – Pas-de-Calais.

8-8 Proportion de la population régionale satisfaite des services de prévention



Source : Santé Publique, Qualité Régionale, ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé Publique, Qualité Régionale

Interrogés sur l'impact de la prévention sur leur comportement de santé, seuls 42 % des enquêtés pensent avoir changé de comportement ou d'hygiène de vie à cause d'une ou plusieurs campagnes de prévention. Concernant les consultations suite à une campagne de prévention, ils sont seulement 30 % à avoir consulté un spécialiste après une campagne de prévention et 28 % un médecin.

Les résultats obtenus montrent une différence significative suivant le sexe : 52 % des hommes contre 36 % des femmes pensent avoir changé de comportement ou d'hygiène de vie à cause d'une ou plusieurs campagnes de prévention¹.

86 % des répondants d'accord avec la priorité régionale sur la Santé cardiovasculaire (*versus* 40 % des répondants non d'accord sur cette priorité) aimeraient être informés des résultats atteints grâce à la prévention dans leur commune².

Les enquêtés sont 75 % à être globalement satisfaits des services de prévention (Médecine du travail, Protection Maternelle et Infantile, santé scolaire).

Cela est d'autant plus marqué chez les hommes où 85 % (contre 69 % des femmes) sont globalement satisfaits des services de prévention³.

Les répondants d'accord avec la priorité régionale sur la Santé cardiovasculaire sont 73 % (*versus* 47 % des répondants non d'accord avec cette priorité) à être globalement satisfaits des services de prévention⁴.

¹ Test du chi-deux de Pearson P=0,010.

² Test du chi-deux de Pearson P=0,000.

³ Test du chi-deux de Pearson P=0,000.

⁴ Test du chi-deux de Pearson P=0,041.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé : bilan des travaux réalisés en 2003

LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ	P 118
LES MÉTHODES UTILISÉES POUR L'ÉVALUATION	P 119
Évaluation de la politique des PRS	p 119
Évaluation du PRS Santé des enfants et des jeunes et du PRAPS	p 119
Évaluation du PRS Conduites de consommation à risque	p 120
Évaluation du PRS Santé cardiovasculaire	p 120
Commentaires	p 120
LES RÉSULTATS	P 120
Évaluation de la politique des Programmes Régionaux de Santé dans le Nord – Pas-de-Calais	p 120
Le cadre politique régional des PRS	p 120
Le rôle des différentes instances	p 121
La procédure d'instruction des projets	p 121
Évaluation des différents Programmes Régionaux de Santé dans le Nord – Pas-de-Calais	p 122
<u>Question 1</u> : Y a-t-il cohérence entre les objectifs généraux du programme et l'état des lieux, entre ses objectifs opérationnels et les objectifs généraux ?	p 122
<u>Question 2</u> : Qui a surtout bénéficié du programme, en termes de catégories de populations et de zones géographiques ? Ces catégories ou ces zones sont-elles pertinentes ?	p 124
<u>Question 3</u> : Quels sont les objectifs qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre ? Que deviennent-ils ?	p 126
<u>Question 4</u> : Quels ont été les effets inattendus induits par le programme ?	p 127
<u>Question 5</u> : Quel a été l'impact des modalités d'examen des projets par le groupe de suivi sur la mise en œuvre du programme ?	p 128
<u>Question 6</u> : Quelles ont été les spécificités ou les complémentarités du programme par rapport aux dispositifs à l'œuvre sur le même thème ?	p 128
<u>Question 7</u> : Dans quelle mesure le programme est-il connu et compris par les porteurs de projet et par la population ?	p 129
<u>Question 8</u> : Le programme a-t-il modifié les pratiques des acteurs ?	p 129
<u>Question 9</u> : Comment l'expression des acteurs de terrain a-t-elle été prise en compte dans l'élaboration de la mise en œuvre du programme ?	p 130
<u>Question 10</u> : Quels sont les indicateurs possibles de coût/efficacité du programme ?	p 130
Les principales recommandations des évaluateurs	p 130
La prise en compte des recommandations issues de l'évaluation et les perspectives des PRS	p 131
Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)	p 131
PRS Santé des enfants et des jeunes	p 131
PRS Conduites de consommation à risque	p 131
PRS Challenge	p 131
PRS Santé cardiovasculaire	p 132
CONCLUSIONS	P 132

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ

Dans le Nord – Pas-de-Calais, les priorités de santé ont été déclinées en 5 Programmes Régionaux de Santé :

- le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ;
- le PRS Santé des enfants et des jeunes ;
- le PRS Conduites de consommation à risque ;
- le PRS "Challenge", programme régional sur les Cancers ;
- le PRS Santé cardiovasculaire ;

auxquels est venu s'ajouter en 2001 le Programme Régional d'Action en Santé-Environnement (PRASE).

Dans le cadre du contrat de plan 2000-2006, l'État, la région Nord – Pas-de-Calais, le département du Nord et le département du Pas-de-Calais, les organismes d'Assurance Maladie et l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral (URMEL) se sont mobilisés au sein du Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS), pour engager leurs compétences et leurs moyens au service de cette politique. D'autre part, en association avec les intercommunalités et les communes, des Programmes Territoriaux de Santé se mettent en place. Ils visent à décliner localement les Programmes Régionaux de Santé, tout en s'articulant avec la Politique de la Ville, les contrats territoriaux de santé dans le département du Nord. Sur le plan pratique, les financeurs ont souhaité simplifier les procédures administratives pour les porteurs de projets, en organisant un circuit commun unifié pour l'instruction des projets.

L'architecture de la politique régionale de santé comporte plusieurs niveaux :

- un niveau régional, qui détermine les priorités et les stratégies de mise en œuvre ;
- un niveau départemental, qui suscite les projets et veille à leur cohérence avec la politique de la ville et les politiques de droit commun ;
- un niveau local, qui propose, organise et met en œuvre les actions sur le terrain.

Dans un souci de transparence de l'action publique, les financeurs ont jugé qu'il était essentiel de mettre en place un dispositif d'évaluation, afin de pouvoir porter un jugement sur la politique mise en œuvre et, si nécessaire, de l'aménager et de la réorienter. Une note d'orientation adoptée par le comité de gestion des PRS en juin 2001 a prévu une évaluation aux 3 différents niveaux : la politique des PRS, les différents PRS eux-mêmes et les actions mises en œuvre dans chacun de ces programmes. Trois objectifs sont assignés à ce dispositif d'évaluation :

- rassembler et analyser les informations permettant de juger utilement de la pertinence des objectifs, de la cohérence des actions et de l'impact des programmes ;
- mettre ces informations à disposition des porteurs d'actions, des groupes de suivi des PRS et du Comité Régional des Politiques de Santé,
- produire des recommandations permettant l'aménagement de la politique et des programmes, afin de les rendre plus cohérents et plus efficaces.

Le cahier des charges soumis aux évaluateurs leur demandait de répondre à 10 questions, pour chacun des PRS :

- 1- Y a-t-il cohérence entre les objectifs généraux du programme et l'état des lieux, entre ses objectifs opérationnels et les objectifs généraux ?
- 2- Qui a surtout bénéficié du programme, en termes de catégories de population et de zones géographiques ? Ces catégories ou ces zones sont-elles pertinentes ?
- 3- Quels sont les objectifs qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre ? Que deviennent-ils ?
- 4- Quels ont été les effets inattendus induits par le programme ?
- 5- Quel a été l'impact des modalités d'examen des projets par le groupe de suivi sur la mise en œuvre du programme ?
- 6- Quels ont été les spécificités ou les complémentarités du programme par rapport aux autres dispositifs à l'œuvre sur le même thème ?
- 7- Dans quelle mesure le programme est-il connu et compris par les porteurs de projet et par la population ?
- 8- Le programme a-t-il modifié les pratiques des acteurs ?
- 9- Comment l'expression des acteurs de terrain a-t-elle été prise en compte dans l'élaboration de la mise en œuvre du programme ?
- 10- Quels sont les indicateurs possibles de coût/efficacité du programme ?

Étant donné l'importance de ce dispositif d'évaluation et de ses résultats pour saisir les enjeux de la politique régionale de santé et des Programmes Régionaux de Santé, nous nous devons de les évoquer dans cette édition du *Moniteur* des Programmes Régionaux de Santé. Notre objectif a été de synthétiser les documents produits par

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

les évaluateurs afin de permettre au lecteur d'avoir un aperçu global de leurs résultats et de leurs recommandations. Dans ce but, nous avons consulté les documents produits par les évaluateurs (cf. Références) et nous avons cherché à organiser les informations recueillies selon les 10 points soulevés dans le cahier des charges soumis aux évaluateurs.

Les évaluations réalisées en 2003 portent sur la politique régionale et sur 4 des Programmes Régionaux de Santé : le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), le PRS Santé des enfants et des jeunes, le PRS Conduites de consommation à risque et le PRS Santé cardiovasculaire. Le PRS Challenge a débuté avant les autres programmes. Le dispositif utilisé pour l'évaluation n'a pas été pas tout à fait comparable à celui des autres PRS. Afin de permettre au lecteur un point de vue global, nous avons cependant tenté de présenter, à titre comparatif, les résultats produits selon les 10 points mentionnés dans le cahier des charges des évaluations réalisées en 2003. D'autre part, le PRASE (Programme Régional d'Action en Santé Environnement) a débuté ses activités après les autres PRS. Il fait actuellement l'objet d'un bilan technique. Il ne sera donc pas mentionné dans notre synthèse.

LES MÉTHODES UTILISÉES POUR L'ÉVALUATION

Évaluation de la politique des PRS

Une Instance d'évaluation, issue du Comité Régional des Politiques de Santé, a accompagné les évaluateurs au cours des différentes phases de leur travail, afin de suivre et de valider leur activité. Les évaluateurs ont basé leur analyse sur le croisement et la synthèse de plusieurs méthodes et de plusieurs sources de données :

- *l'observation du dispositif politique et technique*, par la participation aux différents types de réunions (réunion des coordinateurs des PRS, comité technique du Comité de gestion des PRS, Comité Régional des Politiques de Santé...) afin de décrire le déroulement des séances, leur contenu, les objectifs poursuivis et les liens existant entre les différents niveaux d'organisation politique et technique ;
- *l'analyse des documents produits par le dispositif* : actes des Conférences Régionales de Santé, comptes rendus de réunions des groupes et comités, outils de communication et d'analyse ;
- *un entretien avec le Médecin Inspecteur Régional de la DRASS* ;
- *une enquête par entretiens téléphoniques semi-directifs* auprès de 5 porteurs de projets expérimentés, visant à recueillir des informations relatives aux modalités d'instruction de leur dossier, aux financements et à l'appréciation générale des porteurs de projets sur la politique régionale et la territorialisation ;
- *une enquête par questionnaire* auprès d'un échantillon représentatif de porteurs de projets, choisi par tirage au sort parmi les porteurs des projets pluriannuels qui ont débuté en 2000 et des nouveaux projets déposés en 2001, après élimination des doublons ; le tirage au sort était stratifié sur le PRS concerné et le type de structure qui avait présenté le projet.

Évaluation du PRS Santé des enfants et des jeunes et du PRAPS

Pour ces deux programmes, l'évaluation a été réalisée selon le même schéma en 5 axes : élaboration du programme et fonctionnement du groupe de suivi, description des actions menées dans le cadre du PRS, partenariat et dynamique de terrain, prise en compte de la population et indicateurs de coût/efficacité. Chacune des phases du travail a été examinée et validée par l'Instance d'Évaluation. L'évaluation a été réalisée par le croisement de différentes approches :

- *l'examen des documents relatifs aux programmes* : documents d'appels à projet, comptes rendus de réunions, dossiers déposés au cours des années 2000, 2001 et (partiellement) 2002, textes réglementaires et circulaires en relation avec le thème de la santé des jeunes ou du PRAPS ;
- *l'observation du dispositif*, par la participation aux réunions du groupe de suivi, du comité technique de gestion des PRS, du groupe de suivi inter-PRS, de certains groupes de travail, la visite de structures et d'associations ;
- *la réalisation d'entretiens semi-directifs*, soit sous forme individuelle avec des décideurs institutionnels, des membres du groupe de suivi, des acteurs professionnels et des porteurs de projet, soit sous forme collective avec des porteurs de projets.

L'analyse des données a été réalisée selon des approches thématiques, en utilisant des techniques classiques d'analyse des entretiens et d'analyse statistique. Elle visait à élaborer des *indicateurs de constat*, permettant de juger de l'adéquation de la politique aux besoins de la région, et des *indicateurs de suivi*, produits à partir de l'analyse des projets retenus en 2000 et 2001. Les évaluateurs ont constaté que l'état actuel des connaissances et des sources statistiques disponibles ne permettait pas l'élaboration d'indicateurs de résultats.

Évaluation du PRS Conduites de consommation à risque

Les champs prioritaires de l'évaluation ont été définis par les évaluateurs avec le concours de l'Instance d'évaluation, qui a également validé les choix méthodologiques des évaluateurs et les outils de recueil des données. Les évaluateurs ont appuyé leurs travaux sur les éléments d'évaluation déjà existants : bilans présentés au cours des Conférences Régionales de Santé, travaux du Comité Régional d'Éducation pour la Santé. Leur analyse s'est essentiellement basée sur :

- une enquête par questionnaire auprès des membres du groupe de suivi ;
- une enquête par entretiens collectifs, de type "focus group", auprès d'un échantillon de porteurs de projets sélectionnés par les pilotes du programme.

Évaluation du PRS Santé cardiovasculaire

Les évaluateurs ont surtout porté leur effort vers l'analyse de la cohérence des objectifs du programme et sur l'importance de l'effort budgétaire investi dans chacun des objectifs. Leur analyse s'est principalement basée sur :

- un travail avec les pilotes du programme et le groupe de suivi visant à la construction d'une *représentation arborescente des objectifs*, en plusieurs niveaux dont : les objectifs généraux, les objectifs opérationnels et les objectifs des actions ;
- une évaluation de l'effort financier investi dans chacun des objectifs.

Ce travail a nécessité l'analyse des objectifs des projets mis en œuvre, qu'ils soient explicites ou implicites, qu'il s'agisse des actions spécifiques du programme ou d'actions mises en œuvre dans d'autres programmes, par exemple pour les actions qui concernent les facteurs de risques communs aux cancers et aux maladies cardiovasculaires. Les évaluateurs ont travaillé avec le soutien de l'Instance d'évaluation, qui a validé leur activité à chaque étape, en particulier au cours de la phase d'élaboration des recommandations.

Commentaires

Le lecteur a pu se rendre compte de l'hétérogénéité des choix méthodologiques qui ont été privilégiés par les différents évaluateurs, par exemple le choix de réaliser ou non une enquête auprès des porteurs de projets et la méthodologie d'enquête retenue. Cela tient bien sûr de la diversité des opérateurs retenus pour réaliser l'évaluation, mais aussi de la nature spécifique de chacun des programmes et de la variété des acteurs mobilisés. Au-delà de ces variations significatives, qui rendent parfois difficile la lecture comparée des résultats produits, il nous faut cependant signaler des points communs importants. La démarche retenue a été généralement de nature participative, en interaction avec une Instance d'évaluation représentant les acteurs de chacun des programmes. Les activités d'évaluation ont avant tout porté sur la définition des objectifs et de la cohérence des actions mises en œuvre avec ces objectifs d'une part, et sur les procédures utilisées d'autre part. Aucune des analyses réalisées ne porte sur les résultats des actions, des programmes et de la politique.

LES RÉSULTATS

Évaluation de la politique des Programmes Régionaux de Santé dans le Nord – Pas-de-Calais

Le cadre politique régional des PRS

Depuis la création du Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS), la territorialisation occupe une grande place dans les différentes instances et au sein de la réunion des coordinateurs de PRS. Les évaluateurs constatent, en effet, qu'il existe incontestablement une recherche d'articulation cohérente entre la déclinaison territoriale des PRS et les programmes locaux ou territoriaux financés dans le cadre de divers dispositifs à l'échelle des agglomérations ou des communes, en particulier dans le cadre de la Politique de la Ville. D'autre part, à l'échelle de la région, le contrat de plan entre l'État et la Région comprend un volet Santé publique, qui permet de préciser le rôle respectif de l'État et de la Région.

Cependant, selon les évaluateurs, la place des représentants des communes dans les différentes instances, le choix de l'unité géographique d'intervention, l'articulation concrète des financements restent des points débattus actuellement, les questions de forme pouvant parfois obscurcir les débats de fond.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé

Bilan des travaux réalisés en 2003

Le rôle des différentes instances

Les évaluateurs constatent que les rôles initialement assignés aux différentes instances sont relativement respectés (Figure 1), même si les groupes de suivi des PRS, chargés de la validation technique des projets, donnent également un avis sur le financement et si le Comité technique du Comité de gestion paraît jouer un rôle hybride difficile entre validation technique et gestion administrative et financière.

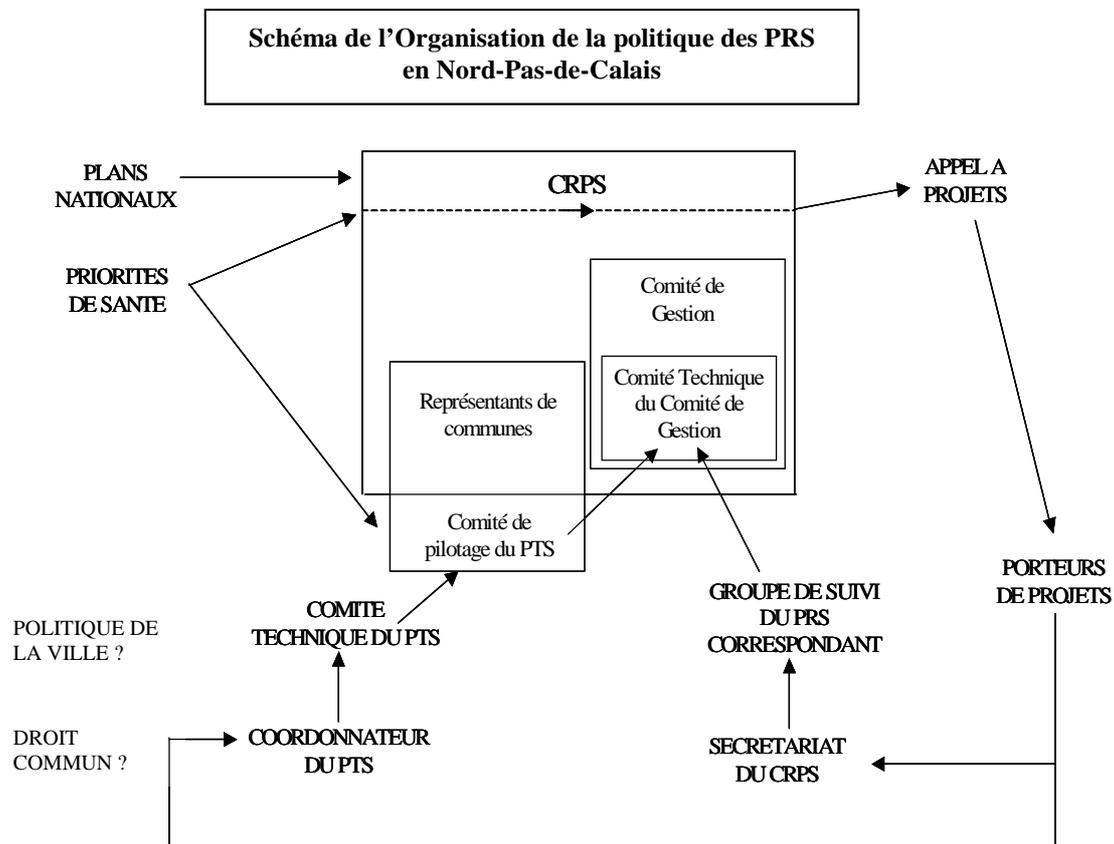


Figure 1 : La cadre politique des Programmes Régionaux de Santé (d'après CEMKA-EVAL, 2003) ¹

La procédure d'instruction des projets

L'enquête réalisée auprès des porteurs de projets a permis aux évaluateurs d'examiner le point de vue des porteurs sur la procédure d'instruction. Les résultats confirment la nécessité de multiplier les vecteurs d'information vers les acteurs de Santé publique, pour les mobiliser dans le cadre des appels à projets. Le délai de constitution des dossiers est jugé suffisant par les porteurs.

Les exigences techniques des appels à projet, par exemple dans l'explicitation des objectifs et des modalités des actions, ont remis en questions les pratiques antérieures pour de nombreux acteurs et la période étudiée s'est caractérisée par un engagement important des pilotes et des groupes de suivi pour accompagner les porteurs dans la réécriture de leurs projets. Ceci, associé à une forte montée en charge du nombre de projets déposés, peut expliquer que, malgré la forte implication des membres des groupes de suivi, le délai de réception de la décision finale du Comité de gestion des PRS et le délai de mise à disposition des fonds aient pu être jugés souvent trop importants par les porteurs, qui ont parfois été conduits à démarrer leur action avant d'avoir eu l'assurance de son financement. D'autre part, les porteurs considèrent souvent ne pas avoir été suffisamment informés de l'avancement de l'instruction de leurs dossiers.

Cependant, les évaluateurs constatent que 80 % des porteurs de projets interviewés expriment leur satisfaction à l'égard de la politique inter-institutionnelle régionale, ce qui, à leurs yeux, "témoigne dans une certaine mesure du développement de la culture de Santé publique".

¹ Ce graphique est susceptible d'avoir évolué depuis l'évaluation.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

Évaluation des différents Programmes Régionaux de Santé dans le Nord – Pas-de-Calais

Les résultats fournis par les évaluations des différents programmes sont très riches mais également assez hétérogènes. La synthèse que nous en avons réalisée est axée sur les 10 questions mentionnées dans le cahier des charges soumis aux évaluateurs. Le plus souvent, quand cela nous est apparu utile et quand cela était possible, nous avons résumé les principaux constats des évaluateurs sous forme de tableaux comparatifs, avec les réponses apportées par les évaluateurs aux questions qui leur étaient posées.

Question 1 : Y a-t-il cohérence entre les objectifs généraux du programme et l'état des lieux, entre ses objectifs opérationnels et les objectifs généraux ?

PRRS Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>Cohérence entre l'état des lieux et les objectifs généraux Des problèmes repérés auprès des enfants et des jeunes sur la base des données épidémiologiques n'ont pas été utilisés dans la formulation des objectifs comme des résultats à atteindre. Les étapes d'élaboration des objectifs ne sont pas explicites. Mais on note un repérage spécifique des problèmes de santé majeurs (de par leur fréquence ou leur gravité). Utilisation d'approches qualitative et quantitative combinant des données relatives aux déterminants et des données épidémiologiques sur la santé. Inscription des enfants et des jeunes dans un processus de socialisation favorable avec une vision positive de la santé.</p>	<p>Cohérence entre l'état des lieux et les objectifs généraux Réalisation d'un état des lieux à partir de groupes thématiques et sur les outils proposés par "GRES médiation santé". Utilisation de données qualitatives et quantitatives, afin de dégager les spécificités régionales et les disparités infra-régionales concernant la précarité. Pas de données spécifiques sur l'état de santé des populations en fonction des territoires.</p>
<p>Cohérence entre les objectifs généraux et opérationnels Pas d'arborescence explicite permettant de faire le lien entre les objectifs et les sous-objectifs. Objectifs peu précis dans leur formulation.</p>	<p>Cohérence entre les objectifs généraux et opérationnels Déclinaison large, dans le document initial, d'objectifs généraux, recouvrant l'ensemble des préoccupations exprimées par le groupe de programmation. Des objectifs renvoyant à des compétences spécifiques (telles que celles de l'Assurance Maladie par exemple) seront recentrés sur d'autres objectifs généraux. Avec le premier appel à projets, seuls les objectifs réellement considérés comme opérationnels ont été retenus.</p>

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé
Bilan des travaux réalisés en 2003

PRs Challenge	PRs Conduites de consommation à risque	PRs Santé cardiovasculaire
<p>Cohérence entre l'état des lieux et les objectifs généraux Absence de données de morbidité. Bilan épidémiologique reposant le plus souvent sur les seuls indicateurs de mortalité. Le recensement des actions montre des initiatives dispersées. Création d'une base régionale de données des acteurs et des actions. Cohérence entre les objectifs généraux fixés par le programme et le constat établi.</p> <p>Cohérence entre les objectifs généraux et opérationnels Difficulté d'assurer une vision exhaustive des activités. Perte notable d'informations malgré la publication des bilans annuels et des travaux intermédiaires. Des actions rarement évaluées. Des actions parfois discontinues. Un manque de cohérence dans les actions de prévention et une méconnaissance de l'environnement préventif. Mais, dans la durée, une progression des objectifs opérationnels conforme aux objectifs généraux.</p>	<p>Cohérence entre l'état des lieux et les objectifs généraux Objectifs jugés pertinents et cohérents avec l'état des lieux. Entre 2000 et 2003, les 3 grandes orientations ont été précisées. En 2000, les données disponibles étaient insuffisantes et devaient être complétées. Il s'agissait par ailleurs de consolider le savoir-faire des professionnels et de contribuer à l'élaboration d'une culture commune pour tous les intervenants.</p> <p>Cohérence entre les objectifs généraux et opérationnels Les objectifs opérationnels sont restés identiques et reconduits d'une année sur l'autre. En 2001, le bilan fait apparaître un net déséquilibre du nombre de projets déposés selon l'objectif visé.</p>	<p>Cohérence entre l'état des lieux et les objectifs généraux Le découpage initial des objectifs opérationnels n'est pas homogène ; ce qui a conduit à un redécoupage de ces objectifs.</p> <p>Cohérence entre les objectifs généraux et opérationnels Si certains objectifs semblent accessibles aux actions du PRS, il est délicat de se prononcer sur d'autres objectifs dont la nécessité actuelle n'est pas nettement perceptible. Les possibilités d'actions pouvant découler de certains des objectifs comme ils sont définis paraissent parfois limités.</p>

Commentaires

Les évaluateurs constatent le plus souvent une bonne cohérence entre l'état des lieux élaboré pendant la phase de programmation et les objectifs généraux retenus pour le programme. Ils indiquent que l'état des lieux est le plus souvent basé sur les seuls indicateurs documentés, par exemple à l'aide de données de mortalité, alors que les données de morbidité, objective ou ressentie, sont le plus souvent insuffisantes pour apprécier de façon réaliste les besoins de la population. Ils mentionnent, cependant, que certains PRS se sont engagés dans des démarches d'investigation visant à combler ces lacunes dans la connaissance de l'état de santé et des besoins de la population.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé
Bilan des travaux réalisés en 2003

Question 2 : Qui a surtout bénéficié du programme, en termes de catégories de populations et de zones géographiques ? Ces catégories ou ces zones sont-elles pertinentes ?

PRS Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>Catégories de populations bénéficiaires</p> <p>L'examen des fiches projets montre que la rubrique relative à la description du public-cible est mal renseignée : on y retrouve tant les bénéficiaires directs du projet que les bénéficiaires indirects, sans éléments permettant de qualifier et quantifier les populations-cibles.</p> <p>L'analyse du classement selon les objectifs du projet montre que le public-cible est constitué par les jeunes de la région : les actions visant le thème "Développement et bien être des jeunes" sont nettement plus fréquentes que les actions sur le thème "Parentalité" : par exemple, en 2001, sur 80 projets renseignés, les deux tiers concernent le thème "Développement et bien être des jeunes" et un quart la "Parentalité" ; en 2002, sur 55 projets renseignés, un tiers concerne le thème "Développement et bien être des jeunes". Le classement selon le porteur de projet montre que les structures associatives sont majoritaires, mais les établissements scolaires sont en nette augmentation. L'analyse de 22 actions retenues pour l'année 2000 sur le thème de la "Parentalité" montre une grande diversité de bénéficiaires (enfants, familles...) et des bénéficiaires le plus souvent identifiés à l'échelle d'une zone géographique (le plus souvent un quartier), ou d'une structure d'accueil.</p>	<p>Catégories de populations bénéficiaires</p> <p>La base de données des projets est difficile à exploiter et n'a pas permis à l'évaluateur une évaluation précise des populations bénéficiaires. En particulier, il ne lui a pas été possible de distinguer les bénéficiaires directs (les personnes visées par les actions), des bénéficiaires secondaires (les personnes sur lesquelles l'action aura secondairement un impact).</p>

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé

Bilan des travaux réalisés en 2003

PRRS Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>Zones géographiques Les actions régionales et départementales du programme représentent en 2003, 43,6 % du financement (contre 37,2 % pour l'ensemble des PRRS).</p> <p>Dans le Nord, parmi les nouveaux projets financés, seul un petit nombre est à l'échelle de l'arrondissement (32/82 en 2000, 36/81 en 2001 et 47/81 en 2002). L'arrondissement le plus représenté est celui de Lille. Les autres arrondissements ont peu ou pas de projets retenus (aucun sur Avesnes, un seul à Douai et Cambrai la première année, aucun à Cambrai en 2001). On note l'apparition de quelques projets en 2002 sur des territoires peu représentés (7 à Avesnes, 4 à Cambrai).</p> <p>Dans le Pas-de-Calais, Lens est le premier arrondissement représenté. Les arrondissements d'Arras, Calais, Béthune, Saint-Omer bénéficient rarement de plus de 5 projets chaque année. On note l'absence de projets retenus sur les territoires de Boulogne et Montreuil.</p>	<p>Zones géographiques Les données utilisées sont celles qui ont été présentées aux assemblées générales 2000-2001. Elles montrent une diminution du nombre de projets de portée régionale (24 % en 2000 et aucun pour 2001), un nombre élevé de projets déposés dans le département du Nord (70 % en 2000 et 57 % en 2001), avec cependant une augmentation du nombre de projets retenus dans le Pas-de-Calais. Les projets à l'échelle d'un arrondissement sont plus nombreux dans le Nord que dans le Pas-de-Calais, avec une place prépondérante pour Lille malgré une baisse des projets retenus entre 2000 et 2002 (64 % des projets en 2000, 52 % en 2001 et 48 % en 2002).</p> <p>Dans le Nord, l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe se distingue par une augmentation du nombre de projets retenus au cours de la période 2000-2002 (de 3 % des projets en 2000 à 12 % en 2002). On remarque l'absence de dossiers retenus en 2001 pour l'arrondissement de Cambrai.</p> <p>Dans le Pas-de-Calais, on constate des fluctuations importantes. C'est l'arrondissement de Lens qui bénéficie du plus grand nombre de projets retenus (32 % en 2001 et 19 % en 2002). Le nombre de dossiers déposés est plus important à Lens qu'à Arras (26 % <i>versus</i> 22 % en 2002), mais on note, en 2002, un plus faible taux d'acceptation des projets à Lens qu'à Arras (19 % <i>versus</i> 29 %). Il n'y a pas eu d'action sélectionnée en 2001 dans l'arrondissement de Saint-Omer.</p>

Commentaires

Les évaluateurs ont eu beaucoup de difficultés à répondre à ces questions. Les outils de suivi des projets actuellement utilisés ne paraissent pas leur avoir permis d'identifier ni de quantifier les populations bénéficiaires des projets. L'analyse de l'échelon et du secteur géographiques, pour les populations bénéficiaires, n'a pas été réalisée pour l'ensemble des PRRS.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé
Bilan des travaux réalisés en 2003

**Question 3 : Quels sont les objectifs qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre ?
Que deviennent-ils ?**

PRS Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>Objectifs n'ayant pas fait l'objet d'une mise en œuvre Les objectifs opérationnels ci-dessous n'ont été retenus dans aucun projet pendant la période 2000-2002 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place des études sur la détermination des freins, des motivations et des attentes des futurs parents (mère et père) par rapport à une préparation qui permet à 80 % des parents primipares d'accéder à la naissance et à l'accueil du nouveau-né ; - intégrer la notion de l'attachement dans la formation initiale et continue des professionnels de la petite enfance (dans l'objectif "Faire en sorte que les parents en difficulté sociale aient accès aux aides et aux structures existantes") ; - intégrer les modifications de l'environnement familial, les changements relationnels du post-partum dans la préparation à la naissance (dans l'objectifs "Faciliter l'expression des difficultés émotionnelles pour les mères") ; - favoriser la prise en charge de la dépression du post-partum dans les réseaux de périnatalogie (dans l'objectif "Amélioration de la capacité des professionnels à orienter les mères") ; - faire connaître le dispositif existant (dans l'objectif "Amélioration du dépistage précoce des souffrances pouvant être liées à la maltraitance") ; - améliorer la surveillance médicale (dans l'objectif spécifique "Diminuer les accidents de sports et de loisirs" de l'objectif général "Permettre au jeunes de gérer la prise de risque"). <p>Interprétations possibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - les porteurs de projets ne jugent pas l'orientation prioritaire ou ne sont pas prêts à construire des projets de cette nature, ce peut être le cas par exemple pour les études. - les objectifs ne sont pas porteurs car peu explicites ; par exemple "Intégrer les modifications de l'environnement familial, les changements relationnels du post-partum dans la préparation à la naissance". 	<p>Objectifs n'ayant pas fait l'objet d'une mise en œuvre Les objectifs opérationnels ci-dessous n'ont été retenus dans aucun projet pendant la période 2000-2002 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantir aux personnes en situation de précarité des soins adaptés à leurs besoins ; - définir une politique régionale harmonisée pour la prise en charge des personnes affiliées à la Sécurité sociale mais ne pouvant accéder à une protection complémentaire. - prendre en compte la thématique Santé précarité dans les formations initiales et continues, médicales et paramédicales ; - développer les réseaux territoriaux en Santé précarité ; - permettre une mobilisation souple et rapide de financements ; - mettre en place un système d'information dont l'objet est la veille et la vigilance par rapport à la souffrance psychique ; - articuler la règle de la sectorisation avec la nécessité de la prise en charge des personnes sans domicile ; - accompagner les événements de la vie. <p>Interprétations possibles L'ampleur des projets et/ou la formulation trop imprécise, par exemple pour les objectifs "Accompagner les événements de la vie" et "Définir une politique régionale harmonisée pour la prise en charge des personnes affiliées à la Sécurité sociale mais ne pouvant accéder à une protection complémentaire".</p>

PRS Conduites de consommation à risque	PRS Santé cardiovasculaire
<p>Objectifs n'ayant pas fait l'objet d'une mise en œuvre Un certain nombre d'objectifs comme l'insertion, la ré-insertion professionnelle et la mise en place d'un système de veille et d'évaluation, ne font pas encore l'objet d'une mise en œuvre.</p>	<p>Objectifs n'ayant pas fait l'objet d'une mise en œuvre Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une part, de la réadaptation et la prévention tertiaire ; - d'autre part, de la lutte contre le tabagisme (objectif également pris en compte dans le PRS Conduites de consommation à risque).

Commentaires

Il semble qu'il n'ait pas été possible aux évaluateurs de recueillir des informations précises sur le devenir des objectifs non pris en compte.

Les évaluateurs rappellent que ce sont les objectifs opérationnels qui aident à la détermination et au choix des actions à mettre en place pour atteindre les objectifs généraux. Pour une meilleure détermination des actions, il

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé

Bilan des travaux réalisés en 2003

est indispensable que l'objectif opérationnel soit clair dans ses termes, dans sa définition, et ne prête pas à confusion afin que les acteurs de sa réalisation puissent l'intégrer plus facilement dans leur activité. Cependant, ils saluent les efforts réalisés dans la formulation des objectifs opérationnels des Programmes Régionaux de Santé du Nord – Pas-de-Calais et recommandent de poursuivre ces efforts.

Question 4 : Quels ont été les effets inattendus induits par le programme ?

PRS Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>Les acteurs ont construit une approche partagée de la problématique de la région, malgré des cultures professionnelles hétérogènes. Il s'est établi un partenariat entre acteurs du social et de la Santé publique.</p> <p>Le PRS a donné aux pilotes un rôle central d'animation des groupes et des porteurs de projets. Les pilotes sont également très présents dans les Programmes Territoriaux de Santé.</p> <p>Les pratiques induites par le PRS ont bousculé les modes de fonctionnement internes des institutions et provoqué une remise en cause des pratiques individuelles.</p> <p>Le PRS a joué un rôle d'entraînement, par exemple en conduisant les services de l'Éducation nationale à réécrire leur politique de santé en intégrant les objectifs du PRS</p> <p>L'architecture de la territorialisation reste difficilement lisible pour les acteurs impliqués dans la démarche du PRS, même dans le cas des communes qui ont instauré un guichet unique pour leur dispositif santé.</p> <p>Malgré un déficit certain de connaissances sur les rouages de la politique régionale de santé, les acteurs de terrain se sont bien appropriés les PRS en adaptant leurs modes de fonctionnement, tandis que leurs responsables administratifs, plus éloignés du terrain, ont parfois moins bien perçu la nécessité du changement et ont pu continuer à fonctionner sur l'ancien modèle, préalable à la mise en œuvre de la politique des PRS.</p>	<p>La prise en compte du PRAPS dans l'organisation de la DDASS du Nord a conduit à de nouveaux découpages pour les services de santé et les services sociaux.</p> <p>Une évolution des différents acteurs vers une approche plus globale de la prise en charge des personnes en situation de précarité.</p> <p>Une dynamisation de l'action publique, aux différents niveaux institutionnels doit se faire grâce aux échanges permis par les modalités du PRAPS.</p> <p>Le PRAPS a financé des actions innovantes, à caractère transversal et menées conjointement par plusieurs partenaires. Il a ainsi permis d'impulser des actions qui ne bénéficiaient d'aucun soutien.</p>

PRS Challenge	PRS Conduites de consommation à risque
<p>Le PRS a permis la rencontre de personnes exerçant des métiers et ayant des compétences diverses qui ne se seraient probablement jamais rencontrées. Les séances d'experts de l'année 2001 ont amplifié cette connaissance mutuelle.</p> <p>Le PRS a permis une évolution des pratiques des acteurs vers un décloisonnement, un engagement dans la durée, un respect de la diversité et un partage des pratiques</p>	<p>Partage du sentiment d'appartenance à une même démarche de programmation en Santé publique.</p> <p>Développement des projets avec une meilleure méthodologie.</p> <p>Développement du travail en réseau et élargissement du partenariat.</p> <p>Assez grande mobilisation des acteurs sociaux autour de la question de santé.</p> <p>Regain d'activité des structures régionales comme la DRASS (organisme financeur et décideur au niveau du PRS), la MRPS ou le CRES (opérateurs au niveau du PRS).</p> <p>Densification des réponses sur certains territoires.</p> <p>Développement d'une approche en santé globale.</p> <p>Constitution d'un capital de compétences avec le recrutement des coordonnateurs des PTS.</p>

Commentaires

Les évaluateurs constatent qu'après une meilleure prise en compte de la territorialisation des actions, et donc des différents niveaux géographiques (région, département, arrondissement), les PRS ont causé un changement dans l'approche et le mode de fonctionnement des acteurs de la Santé publique. L'articulation de ces différents niveaux géographiques demeure cependant un point délicat et pourtant essentiel pour l'efficacité de la politique menée.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

Question 5 : Quel a été l'impact des modalités d'examen des projets par le groupe de suivi sur la mise en œuvre du programme ?

Les résultats des évaluateurs sont convergents pour l'ensemble des PRS analysés. Les modalités d'examen et d'instruction des projets ont une influence importante sur les porteurs. La démarche des PRS a conduit, dès la phase d'élaboration des programmes, à l'instauration progressive d'un formalisme des procédures : organisation et fonctionnement des groupes de suivi, des séances d'instruction des projets, élaboration et utilisation d'outils techniques (grilles d'analyse des projets). La relative stabilité des groupes de programmation et de suivi a permis de forger un consensus sur les approches retenues. Ce changement dans la culture des acteurs a nécessité un accompagnement des porteurs de projet, ce qui a exigé une implication forte des pilotes et des membres des groupes de suivi, qui a ensuite pu être complétée par les différents dispositifs d'aide aux opérateurs qui ont été mis en place ultérieurement (ateliers d'écriture des projets). Les entretiens avec les porteurs de projets ont cependant permis aux évaluateurs de pointer la persistance d'un manque de lisibilité de l'organisation des PRS et de ses règles de fonctionnement. Les évaluateurs soulignent le rôle majeur d'interface joué par les pilotes et les co-pilotes des différents PRS : interface avec les décideurs, avec les porteurs de projets, avec les institutions. Ce rôle contribue à la compréhension, l'appropriation et la déclinaison des programmes par les différents acteurs.

Commentaires

Les évaluateurs ont constaté un impact important des modalités d'examen des projets, qui, selon eux, contribuent, de façon significative, à structurer l'organisation et le fonctionnement de l'ensemble du dispositif de la Santé publique dans la région. Les difficultés constatées à différents niveaux sont inhérentes à toute organisation ou réorganisation structurelle et fonctionnelle. Les évaluateurs soulignent la nécessité de veiller à ce que cette période d'adaptation ne soit pas trop prolongée.

Question 6 : Quelles ont été les spécificités ou les complémentarités du programme par rapport aux dispositifs à l'œuvre sur le même thème ?

Les résultats des évaluateurs sont très convergents également sur ce point. Selon eux, la mise en place des PRS, avec d'une part l'apport de financements et d'autre part les exigences méthodologiques, a contribué à l'impulsion d'actions qui ne bénéficiaient d'aucun soutien financier, à donner de l'ampleur à certains projets en ouvrant la possibilité à certaines structures de diversifier leurs activités, de faire appel à des compétences externes et de s'investir davantage dans certains champs prioritaires. Elle a joué un rôle fédérateur qui a permis le développement d'engagements communs à des acteurs d'origine institutionnelle différente et a contribué à structurer les actions de Santé publique par l'apport de moyens, d'une reconnaissance et d'échanges avec les groupes de suivi. Les PRS ont également contribué à encourager l'innovation, en créant les conditions de la rencontre de professionnels, en favorisant l'émergence de projets et en accompagnant leur développement et leur maturation.

Les évaluateurs ont constaté que l'articulation avec les autres dispositifs (par exemple : SROS périnatalité, SROS de psychiatrie, Schéma régional des déficiences auditives, Schéma départemental de l'enfance inadaptée pour le PRS Santé des enfants et des jeunes) était en cours d'élaboration et de développement et ont jugé que le rapprochement de professionnels impliqués à différents niveaux (SROS, PRS, réseaux) au sein de groupes de travail a permis la confrontation de points de vue diversifiés et favorise l'ouverture vers une approche plus globale des problèmes.

Le développement actuel des PTS devrait permettre une meilleure articulation avec les dispositifs d'échelle infra-régionale (contrats de ville, d'agglomérations, de pays, plan départemental de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie).

Commentaires

Les évaluateurs mentionnent les problèmes financiers posés par l'incitation à l'innovation. En effet, les PRS ont permis de discuter de l'efficacité des actions existantes et d'encourager de réelles pratiques innovantes. Cela conduit à devoir établir un équilibre délicat permettant de soutenir des projets réellement innovants, tout en n'abandonnant pas les soutiens des actions existantes qui ont montré leur efficacité, au profit d'actions nouvelles dont le bénéfice n'est pas facile à évaluer *a priori*.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé
Bilan des travaux réalisés en 2003

Question 7 : Dans quelle mesure le programme est-il connu et compris par les porteurs de projet et par la population ?

PRs Santé des enfants et des jeunes	PRAPS
<p>L'information a été majoritairement diffusée par les réseaux existants (délégation régionale des missions locales, FNARS et URIOPSS), les institutions avec lesquelles les porteurs de projets étaient en contact pour des actions déjà financées (Conseil Régional, DRASS).</p> <p>Un accès inégal à l'information : les acteurs les premiers avertis de la mise en place des programmes ont été ceux qui avaient un projet en cours susceptible d'être intégré dans le programme ou qui appartenaient à une association reliée à un réseau.</p> <p>Les assemblées générales annuelles ont joué un rôle important dans la diffusion de l'information sur les programmes et sur le bilan des actions entreprises.</p> <p>Les critères de sélection des projets, la composition et la fonction des instances qui instruisent les projets restent mal connus des acteurs</p> <p>Le PRS est identifié avant tout comme un nouveau financeur dont la caractéristique principale est d'être le guichet unique d'un ensemble de financeurs.</p> <p>Le choix du PRS de référence est une réelle difficulté pour les porteurs, en particulier entre le PRS Santé des enfants et des jeunes et le PRAPS.</p> <p>La lisibilité des rôles respectifs des différents acteurs du programme (pilote, référent désigné pour apporter une aide sur le projet, financeur), est insuffisante. Le document initial de programmation du PRS est peu connu des acteurs. C'est la note de problématique accompagnant l'appel à projets qui retient le plus l'attention des porteurs.</p> <p>L'existence et le contenu de la charte des Programmes Régionaux de Santé sont encore insuffisamment connus des porteurs de projets.</p>	<p>Les acteurs ont été informés de l'existence du PRS par les démarches des financeurs les sollicitant à présenter des actions dans le cadre du PRAPS, par le guide de l'appel à projets, qui est le document le plus connu, ou par le répertoire des actions établi par la Maison Régionale de Promotion de la Santé.</p> <p>Les assemblées générales apparaissent comme des lieux majeurs d'information et d'échanges.</p> <p>Selon certains acteurs, seul l'aspect novateur du projet semble retenir l'attention, au détriment de la consolidation de l'existant.</p> <p>Les motifs de refus apparaissent souvent peu lisibles.</p> <p>Le travail de ré-écriture des projets est souvent perçu comme une perte de temps peu utile et un déni de l'expertise et des compétences antérieures du porteur.</p> <p>À l'opposé, d'autres acteurs apprécient l'existence d'un cadre et soulignent l'importance de la réflexion, de la formalisation de l'aide et du suivi.</p> <p>Le guichet unique est évoqué par les porteurs comme source de difficultés : délai d'examen des projets, délai d'acceptation des dossiers et des versements des financements, qui peuvent causer des difficultés de trésorerie pour les porteurs.</p> <p>Malgré l'existence du guichet unique, la multiplicité des interlocuteurs et le manque de lisibilité de la procédure d'instruction ont pu contribuer à désorienter, voire à laisser certains acteurs, parfois égarés entre plusieurs dispositifs.</p> <p>Le choix du PRS de référence est parfois difficile.</p>

Question 8 : Le programme a-t-il modifié les pratiques des acteurs ?

Les conclusions des évaluateurs sont relativement similaires pour les différents PRS. Ils constatent que les PRS ont incité les porteurs de projets à aller plus loin dans la connaissance des projets d'autres acteurs : cela a contribué par exemple à faire évoluer la perception par certains acteurs du domaine social de leur rôle dans le champ sanitaire. La nécessité de travailler les projets en profondeur a provoqué la mise en place d'autres modes d'organisation tel que le rapprochement d'acteurs de statut différent, par exemple représentants des financeurs et opérateurs de terrain. Ce travail en partenariat apparaît aux évaluateurs comme un des principaux bénéfices de la mise en œuvre des PRS : il a contribué à renforcer les dynamiques existantes et à consolider des réseaux locaux qui existaient au préalable de manière plus ou moins informelle.

Les attentes des usagers et de leurs associations restent cependant importantes, en particulier pour ceux qui sont le plus éloignés des centres de décision.

Commentaires

Les évaluateurs constatent le rôle majeur joué par les pilotes des PRS dans cette évolution des pratiques et aussi le caractère parfois insurmontable de la charge de travail qui leur incombe pour répondre aux attentes des acteurs de Santé publique.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

Question 9 : Comment l'expression des acteurs de terrain a-t-elle été prise en compte dans l'élaboration de la mise en œuvre du programme ?

Les évaluateurs mentionnent les différentes étapes qui avaient été prévues pour prendre en compte l'expression des acteurs de terrain : les consultations régionales qui ont précédé le choix des priorités de santé, l'élaboration de chacun des programmes, pour laquelle le groupe de programmation avait vocation à relayer et exprimer les souhaits et les attentes des acteurs de terrain, et les assemblées générales. Des acteurs de terrain étaient également représentés dans l'Instance d'évaluation.

Cependant, persistent plusieurs obstacles à la participation des acteurs de terrain. Tout d'abord, il n'a pas toujours été facile d'identifier des représentants des acteurs de terrain, en particulier des associations d'usagers. D'autre part, les représentants d'associations d'usagers ont parfois des difficultés à maîtriser l'architecture institutionnelle de la politique des PRS, qui reste complexe. Enfin, malgré les efforts faits par les groupes de suivi, les conditions matérielles de leur participation sont moins assurées que celles des représentants des institutions. Si les évaluateurs constatent le souci des différents PRS d'associer les acteurs de terrain, ils constatent aussi la difficulté à surmonter ces différents obstacles.

Question 10 : Quels sont les indicateurs possibles de coût/efficacité du programme ?

En ce qui concerne les *indicateurs de coût*, les évaluateurs ont constaté que les principaux indicateurs utilisés ont portés sur le financement des actions réalisées dans le cadre de chaque PRS. Ces indicateurs de coût figurent dans presque tous les rapports d'évaluation et dans chaque édition du *Moniteur des PRS* depuis l'année 2000. Du fait du mode de calcul adopté par les uns et les autres, il est cependant parfois difficile de juger du caractère équitable ou non de la répartition des financements selon le secteur géographique, le financeur impliqué ou les actions bénéficiaires, et de sa cohérence avec les objectifs assignés aux PRS.

En ce qui concerne les *indicateurs d'efficacité*, les évaluateurs constatent les difficultés rencontrées par les différents programmes. D'une part, le manque de lisibilité de certains objectifs opérationnels et donc de leur déclinaison en projets générant des activités précises, rend difficile la détermination d'indicateurs d'efficacité, même si certains PRS commencent à élaborer des méthodes dans ce but. D'autre part, pour des PRS qui comptent 4 ans de fonctionnement pour les plus anciens, déterminer leur efficacité sur des problèmes de santé alors que les effets attendus le sont à un horizon de 10 ou 15 ans est un exercice qui paraît, pour l'heure, un peu prématuré.

Les principales recommandations des évaluateurs

Le cahier des charges soumis aux évaluateurs leur demandait de conclure leur analyse par des recommandations. Dans un souci de lisibilité, nous avons tenté de synthétiser ci-dessous les principales recommandations en insistant sur les points communs des propositions des différents évaluateurs.

- Renforcer la culture commune des acteurs des PRS

Créer des occasions d'échange d'expériences et d'analyse des pratiques.

Organiser 2 fois par an ces rencontres selon des thèmes définis à l'avance par le groupe de suivi et s'appuyant sur les témoignages de porteurs.

- Redéfinir et réaffirmer les objectifs régionaux de santé, ceci notamment en fonction des besoins non couverts à ce jour.

- Réaliser un redécoupage des objectifs

L'analyse du découpage des objectifs a montré que le plan de coupe actuel des PRS n'est pas optimal. Il est gênant qu'un pan entier d'actions relevant d'un objectif pour un PRS soit géré par un autre PRS (c'est le cas des actions concernant le tabagisme). Un remodelage global des PRS est suggéré par les évaluateurs. Dans un souci de cohérence, il leur paraît opportun d'utiliser le même plan de coupe pour tous les objectifs : soit par milieu, soit par âge, soit par mode d'action.

- Relier les objectifs à des indicateurs d'efficacité mesurables

Peu d'objectifs formulés, initialement lors de l'établissement des programmes puis dans leurs phases intermédiaires, sont réellement remis en cause tant par le groupe de suivi que par les porteurs. Cependant, certains de ces objectifs ne sont pas couverts et d'autres nécessitent un réaménagement. Les objectifs opérationnels qui sont proposés devraient être définis en termes d'objectifs à atteindre et reliés à des indicateurs mesurables.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

- Mieux identifier les actions et leurs objectifs

Le classement des actions relevant du PRS a posé quelques difficultés aux évaluateurs, car l'intitulé actuel des actions ne permet pas toujours de cerner facilement l'objectif poursuivi. Les évaluateurs suggèrent de demander aux porteurs de projet des intitulés plus explicites, avec l'emploi de mots-clefs permettant de les rattacher à un objectif. Un système de numérotation permettant d'identifier les actions par objectif et par année de lancement permettrait d'optimiser le suivi des programmes.

- Entretenir une mission de veille

Les évaluateurs proposent d'élaborer un tableau de bord sur les modes innovants d'intervention, afin de nourrir la formation des acteurs de prévention et le travail en réseau par exemple, entre différentes compétences professionnelles.

- Proposer une vue d'ensemble de l'accompagnement du porteur

Les évaluateurs proposent d'établir un document linéaire qui présente les différents accompagnements possibles, les lieux, les outils et les moments adéquats où le porteur de projet peut ou doit s'en servir.

- Mieux articuler les PRS entre eux et avec les PTS

Des efforts particuliers doivent être entrepris pour créer des liaisons entre acteurs des différents PRS, sur la thématique "Prévention du tabagisme" notamment. D'autre part, il paraît judicieux aux évaluateurs de créer des passerelles entre les groupes de suivi des PRS et ceux des PTS.

La prise en compte des recommandations issues de l'évaluation et les perspectives des Programmes Régionaux de Santé

Un certain nombre de recommandations des évaluateurs ont déjà été prises en compte par les différents programmes.

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Le groupe de suivi a pris en compte les résultats de l'évaluation nationale des PRAPS. Cela l'a conduit à accorder un caractère prioritaire à une meilleure connaissance des besoins des populations en identifiant les publics prioritaires et à envisager la formulation d'objectifs plus ciblés et liés à des indicateurs plus facilement mesurables. D'autre part, les résultats de l'évaluation régionale l'ont conduit à entreprendre un recentrage des objectifs du PRAPS et à développer des liens avec les autres PRS. Il a entrepris la mise en place de formations/actions sur le thème "Santé mentale et exclusion" dans les 13 arrondissements de la région.

PRS Santé des enfants et des jeunes

Les résultats de l'évaluation ont conduit à un recentrage des objectifs sur un nombre moins important d'objectifs, en particulier : favoriser la qualité des liens d'attachement parents-enfants, réduire le nombre de déficits sensoriels et de troubles du langage non pris en charge, favoriser le sentiment de bien-être des jeunes.

PRS Conduites de consommation à risque

Les résultats de l'évaluation ont déclenché une réflexion sur la place de la formation, les liens entre PRS, le partage des données et la nécessité d'entretenir une mission de veille.

PRS Challenge

Les résultats de l'évaluation ont motivé un recentrage de l'objectif "Qualité des soins" autour des 5 cancers prioritaires du programme (poumon, VADS, sein, colon et prostate), un développement du travail avec les autres PRS (collaboration avec le PRAPS et le PRS Conduites de consommation à risque en particulier dans le domaine de la prévention), une reconnaissance plus importante de la place des usagers et des malades en favorisant leur intégration dans le groupe de suivi du PRS. Au regard des orientations nationales et du bilan d'analyse de l'appel à projets 2003, l'accent est mis sur l'émergence de nouveaux projets, sur l'axe "Dépistage" en vue de répondre aux objectifs de résultats fixés dans le plan national et sur la poursuite des actions de soutien des malades et de leur famille, mises en œuvre par les associations de bénévoles sur l'ensemble du territoire régional.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

PRS Santé cardiovasculaire

Afin de prendre en compte les recommandations de l'évaluation, un plan de coupe unique a été défini. Ce plan est basé sur l'histoire naturelle des maladies cardiovasculaires : de l'action sur les facteurs de risque à la prise en charge de la maladie installée. Cela a conduit le groupe de suivi à insister de nouveau sur la place prépondérante que doivent occuper les principes énoncés par la charte des PRS dans la structuration des actions proposées et à mettre l'accent sur l'approche globale des facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire, que ce soit en amont ou en aval de leur installation. D'autre part, il cherchera à promouvoir le développement d'actions dans les arrondissements de Calais, Cambrai, Douai, Montreuil et Saint-Omer, pour lesquels une dynamique devra être développée. Le groupe de suivi a proposé une typologie des actions attendues, issue de l'analyse des actions antérieurement déposées. Cette typologie a pour objet de préciser les modalités des actions tant au niveau du contenu, des résultats attendus, qu'au niveau de l'évaluation des actions.

CONCLUSIONS

La lecture des documents d'évaluation de la politique des PRS et de chacun des programmes est très instructive. Malheureusement, l'hétérogénéité des choix méthodologiques, le respect parfois partiel du cahier des charges et donc la forte variabilité des résultats produits ne facilite pas le point de vue comparatif et synthétique que nous avons choisi d'adopter afin de permettre au lecteur un point de vue global sur l'évaluation des PRS.

Cette lecture permet cependant de dégager quelques points essentiels. À ce stade d'avancement des PRS, l'évaluation n'a porté que sur la définition des objectifs, les procédures utilisées et la cohérence des actions financées avec les objectifs.

Il paraît tout d'abord évident que l'effet d'entraînement des PRS a conduit à encourager une dynamique forte d'actions en Santé publique. Le formalisme des procédures et les exigences méthodologiques, parfois mal vécus par les acteurs de terrain, ont cependant permis de donner un cadre méthodologique cohérent à des actions qui pouvaient auparavant apparaître dispersées. L'exigence de partenariat semble avoir conduit à une évolution majeure de la culture des acteurs de Santé publique de la région, en particulier en favorisant la reconnaissance mutuelle des acteurs. L'engagement des financeurs, et leur volonté de partenariat et d'action en commun, a bien sûr joué un rôle majeur dans cette dynamique.

Les résultats de ces évaluations permettent aussi de mieux saisir les défauts de la démarche entreprise jusqu'ici et ainsi de la réorienter vers une plus grande efficacité. Le rôle d'animation des pilotes des PRS et des groupes de suivi est considérable, en termes de charge de travail, et les attentes des acteurs de terrain sont très fortes. Ceci peut sans doute expliquer le manque de lisibilité du dispositif et la difficulté pour certains porteurs, en particulier les associations d'usagers, à comprendre le dispositif et à y prendre leur place légitime. D'autre part, cela peut aussi expliquer des délais d'instruction et de mise à disposition des financements qui ne sont pas toujours compatibles avec la fragilité de certaines structures. L'équité entre territoires est encore très imparfaite : même si les PRS visent à encourager l'innovation, la démarche de l'appel à projets s'appuie essentiellement sur le dynamisme des acteurs et la couverture des territoires est donc insuffisamment maîtrisée. Malgré les efforts entrepris par les groupes de programmation et de suivi, les objectifs opérationnels proposés par les différents PRS sont rarement reliés à des indicateurs de résultats mesurables. Il nous faut d'ailleurs observer que plusieurs de ces constatations recourent les points que nous avons soulevés au cours de l'analyse présentée dans l'édition 2002 du *Moniteur*.

Il faut cependant saluer les efforts entrepris pour évaluer la politique des PRS et chacun des programmes. Ces efforts sont avant tout la manifestation par les institutions concernées d'un souci légitime de transparence, qui devrait contribuer à la cohérence et à la lisibilité du dispositif. D'ores et déjà, un certain nombre de recommandations des évaluateurs ont pu être prises en compte et devraient permettre une meilleure identification des populations-cibles, un recentrage et un découpage plus clair des objectifs, et enfin, une reformulation d'objectifs plus ciblés et mesurables.

L'évaluation des Programmes Régionaux de Santé Bilan des travaux réalisés en 2003

Références

Évaluation de la politique des Programmes Régionaux de Santé en Nord – Pas-de-Calais. Bourg-la-Reine : CEMKA-EVAL, 2003.

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-public/21gpp/eprs0603.pdf>

Rapport d'évaluation du PRAPS en Nord - Pas-de-Calais. Rennes : École Nationale de Santé Publique, 2003.

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-public/21gpp/repraps0903.pdf>

Rapport d'évaluation du PRS Santé cardiovasculaire. Lille : ALTAO, 2003.

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-public/21gpp/prssc1102.pdf>

Programme Régional de Santé Conduites de consommation à risque. Accompagner l'évaluation. Loos : LH Conseil, 2003.

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-public/21gpp/ccar.pdf>

Rapport d'évaluation. PRS Santé des enfants et des jeunes. Rennes : École Nationale de Santé Publique, 2003.

<http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-public/21gpp/prssej0603.pdf>

Programme Régional de Santé sur les Cancers. Une histoire de 9 mois... Premier bilan d'évaluation. Lille : DRASS Nord-Pas-de-Calais, 1999.

Challenge. Programme Régional de Santé sur les Cancers. Évaluation par l'auto-évaluation accompagnée. Bilan de 4 ans. Loos : LH Conseil, 2003.

Table des figures

Santé des enfants et des jeunes

- 1-1 Évolution de la part des moins de 25 ans (en %) dans la population, Nord, Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de 1990 à 2001
- 1-2 Taux de réussite au baccalauréat et part des 17-25 ayant le baccalauréat, de 1992 à 2001, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine
- 1-3 Proportion d'actifs dans la population (en %) par tranche d'âge, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 1-4 Évolution de la part des jeunes (de 18 à 24 ans inclus) parmi les personnes inscrites au chômage (catégorie 1) de 1998 au 31-12-2002
- 1-5 Proportion de bénéficiaires du Fonds d'Aide aux Jeunes, Nord, Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 2000 (%)
- 1-6 Grossesse et périnatalité dans le Nord – Pas-de-Calais en 2002
- 1-7 Grossesse et périnatalité dans les communes concernées par la Politique de la Ville
- 1-8 Proportion de jeunes de 15 à 25 ans déclarant avoir été victimes de rapports sexuels forcés au cours de leur vie (%)
- 1-9 Santé dentaire et oculaire des enfants de 5-6 ans, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 2000
- 1-10 Risques que les jeunes de 12-25 ans du Nord – Pas-de-Calais déclarent craindre pour eux-mêmes
- 1-11 Proportion de jeunes de 12 à 25 ans déclarant ne pas se trouver bien portants
- 1-12 Proportion de jeunes de 12 à 25 ans ayant le sentiment de vivre dans un environnement plutôt ou très pollué et gênés par le bruit, Nord – Pas-de-Calais *versus* France
- 1-13 Proportion de jeunes de 15 à 25 ans déclarant avoir déjà eu des rapports sexuels, selon le sexe et l'âge, dans le Nord – Pas-de-Calais
- 1-14 Proportion de jeunes de 15 à 25 ans déclarant avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel, selon le sexe et l'âge, dans le Nord – Pas-de-Calais
- 1-15 Taux d'IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer (15-49 ans), dans le Nord – Pas-de-Calais, de 1996 à 2001
- 1-16 Répartition selon l'âge des femmes ayant réalisé une Interruption Volontaire de Grossesse au mois d'avril des années 1996 à 2003 dans le Nord – Pas-de-Calais (%)
- 1-17 Évolution de la part des femmes (par tranche d'âge) ayant un ou plusieurs antécédents d'Interruption Volontaire de Grossesse parmi les femmes ayant avorté au mois d'avril des années 1996 à 2003, dans le Nord – Pas-de-Calais (%)
- 1-18 Évolution de la durée de gestation chez les femmes de moins de 25 ans ayant subi une IVG au mois d'avril des années 1996 à 2003 dans le Nord – Pas-de-Calais (%)
- 1-19 Caractéristiques des jeunes du Nord – Pas-de-Calais qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois et des jeunes qui ont déjà tenté de se suicider
- 1-20 Proportion de jeunes ayant pratiqué un sport au cours des sept derniers jours (%)
- 1-21 Temps passé la veille à regarder la télévision ou à jouer aux jeux vidéo (région Nord – Pas-de-Calais)
- 1-22 Proportion d'enfants de 5-6 ans en situation de surpoids ou d'obésité en 2000
- 1-23 Indice de Masse Corporelle des jeunes de 12 à 25 ans selon le sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais
- 1-24 Perception de leur poids par les jeunes de 12 à 25 ans, selon l'Indice de Masse Corporelle, dans le Nord – Pas-de-Calais
- 1-25 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 1-26 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 1-27 Répartition par type de projet du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 1-28 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 1-29 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 1-30 Répartition du financement des actions par financeur (%)

Précarité et santé

- 2-1 Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social (API, AAH ou RMI), Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 2000
- 2-2 Évolution du pourcentage de population bénéficiaire d'un minimum social dans le Nord – Pas-de-Calais et en France métropolitaine, entre 1995 et 2000
- 2-3 Répartition (en %) de la population allocataire du RMI, par type de famille, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 2000

- 2-4 Pourcentage de la population bénéficiaire de la CMU de base et de la CMU complémentaire, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 2002
- 2-5 Évolution du taux de chômage (en %), Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de juin 1996 à juin 2003
- 2-6 Taux de chômage (en %) par zone d'emploi, dans le Nord - Pas-de-Calais, au 2^{ème} trimestre 2003
- 2-7 Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans par suicide, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 2-8 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par suicide, par sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais, par département, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 2-9 Répartition des ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1999
- 2-10 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 2-11 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 2-12 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 2-13 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 2-14 Répartition du financement des actions (en %) par financeur (%)
- 2-15 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (%)

Conduites de consommation à risque

- 3-1 Expérimentation de produits psycho-actifs des jeunes de 17 et 18 ans en 2000-2001 dans le Nord – Pas-de-Calais (%)
- 3-2 Usage de produits psycho-actifs parmi les jeunes de 17 et 18 ans en 2000-2001 dans le Nord – Pas-de-Calais (%)
- 3-3 Évolution du recours à l'injection par voie intraveineuse chez les usagers de drogue pris en charge par les structures sanitaires et sociales dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997 et 2001 (%)
- 3-4 Évolution des ventes de Stéribox® et Subutex® pour 100 habitants de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais *versus* France, de 1997 à 2002
- 3-5 Répartition des accidentés de la route par classe d'âge et suivant les conséquences sur leur état de santé (%)
- 3-6 Répartition des accidentés de la route suivant les conséquences sur l'état de santé et le port d'un équipement de sécurité (%)
- 3-7 Répartition des accidentés de la route suivant les conséquences sur l'état de santé et le lieu de l'accident
- 3-8 Répartition des accidentés de la route suivant les conséquences sur l'état de santé et l'alcoolémie
- 3-9 Évolution de l'incidence des tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)
- 3-10 Évolution de l'incidence des tumeurs ma-lignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)
- 3-11 Évolution de l'incidence des tumeurs ma-lignes du larynx (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)
- 3-12 Évolution de l'incidence des tumeurs ma-lignes de l'œsophage (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)
- 3-13 Nombre de cas incidents estimés et nombre de décès annuels observés en ce qui concerne les pathologies tumorales malignes fréquemment associées à une intoxication alcool-tabagique chronique
- 3-14 Évolution du nombre de décès par surdoses pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans, de 1997 à 2002
- 3-15 Répartition des causes de décès liées à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac suivant la cause de décès en 1999 dans la région Nord – Pas-de-Calais
- 3-16 Répartition et part des causes de décès fréquemment associés à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac (tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée, des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, du larynx et de l'œsophage, cirrhose alcoolique ou sans précision du foie et psychose alcoolique et alcoolisme) en 1999 dans la région Nord – Pas-de-Calais
- 3-17 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 3-18 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 3-19 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 3-20 Répartition des actions et de leur financement selon la catégorie de financement (%)
- 3-21 Répartition du financement des actions (en %) par financeur (%)
- 3-22 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 3-23 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)

Cancers

- 4-1 Évolution du nombre de nouveaux cas annuels de cancers estimés, chez les hommes, dans la région Nord – Pas-de-Calais
- 4-2 Évolution du nombre de nouveaux cas annuels de cancers estimés, chez les femmes, dans la région Nord – Pas-de-Calais
- 4-3 Évolution des taux d'incidence du cancer de la prostate en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)
- 4-4 Évolution des taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)
- 4-5 Évolution des taux d'incidence des cancers du col et du corps de l'utérus en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)
- 4-6 Évolution des taux d'incidence des cancers colo-rectaux en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)
- 4-7 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancers dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1999 et 2000, chez les hommes (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)
- 4-8 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancers dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1999 et 2000, chez les femmes (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)
- 4-9 Comparaison entre l'incidence estimée (FRANCIM) et l'incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) en 2000 dans la région Nord – Pas-de-calais
- 4-10 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 4-11 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 4-12 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999
- 4-13 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par département, en 1997-1999
- 4-14 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 4-15 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999
- 4-16 Consommation des ménages du Nord - Pas-de-Calais (France=1)
- 4-17 Données statistiques (en %) des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord en 2001 et 2002
- 4-18 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-19 Répartition par type de porteur d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-20 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-21 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-22 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 4-23 Répartition du financement des actions par financeur (en %)
- 4-24 Répartition par niveau de financement du nombre d'actions et de leur financement (en %)

Santé cardiovasculaire

- 5-1 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999
- 5-2 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999
- 5-3 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Accident Vasculaire Cérébral, en 2001, selon le sexe
- 5-4 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Artériopathie évolutive, en 2001, selon le sexe
- 5-5 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Hypertension artérielle sévère, en 2001, selon le sexe
- 5-6 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Infarctus du myocarde, en 2001, selon le sexe
- 5-7 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-8 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-9 Répartition par type d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-10 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-11 Répartition par échelon géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)
- 5-12 Répartition par type de financeur du nombre d'actions et de leur financement (en %)

Programme Régional d'Action en Santé Environnement

- 6-1 Répartition des logements en fonction de leur mode de chauffage, en 2002
- 6-2 Évolution du nombre de décès par intoxication au monoxyde de carbone en fonction du mécanisme de décès (moyenne mobile sur 3 ans)
- 6-3 Taux moyen annuel d'hospitalisation pour intoxication au monoxyde de carbone, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 1997-1999
- 6-4 Répartition du nombre de plombémies en fonction du type de prescripteur (Grand Nord)
- 6-5 Répartition par classe de plombémie des enfants ayant bénéficié d'une plombémie dans le cadre des campagnes de dépistage mises en place dans la région Nord – Pas-de-Calais
- 6-6 Logements construits avant 1948 et logements sans confort dans les arrondissements de la région Nord – Pas-de-Calais, en 1999
- 6-7 Sites pollués et sites pollués en fonction de leur occupation en 2002
- 6-8 Nombre de jours où l'indice ATMO était supérieur à 5 (qualité moyenne) en 2002
- 6-9 Concentrations annuelles moyennes de polluants classiques mesurés dans les agglomérations de la région Nord – Pas-de-Calais (1991-2000)
- 6-10 Répartition par problématique du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 6-11 Répartition des actions et de leur financement selon la catégorie de financement (%)
- 6-12 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 6-13 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 6-14 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 6-15 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 6-16 Répartition du financement des actions (en %) par financeur

Bilan de l'appel à projets 2003

- 7-1 Acceptation des projets selon le PRS
- 7-2 Acceptation des projets selon le type de porteur de projet
- 7-3 Acceptation des projets selon le type de projet
- 7-4 Acceptation des projets selon le département
- 7-5 Répartition par PRS du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 7-6 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 7-7 Répartition par type de projet du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 7-8 Répartition selon l'échelon géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 7-9 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 7-10 Nombre d'actions selon l'arrondissement visé (%)
- 7-11 Répartition selon l'arrondissement du siège social du porteur du nombre d'actions et de leur financement (%)
- 7-12 Répartition par financeur du nombre d'actions et de leur financement (%)

Santé Publique, Qualité Régionale

- 8-1 Proportion de la population régionale en accord avec les priorités de santé
- 8-2 Proportion de la population régionale concernée par les actions de santé
- 8-3 Proportion de la population régionale d'accord sur le choix des populations auxquelles les messages et les mesures de prévention doivent être destinés
- 8-4 Proportion de la population régionale concernant le contenu des messages
- 8-5 Proportion de la population régionale concernant la qualité d'un message de prévention
- 8-6 Proportion de la population régionale d'accord sur la présentation d'images sur les conséquences du tabagisme
- 8-7 Proportion de la population régionale ayant changé de comportement suite à une campagne de prévention
- 8-8 Proportion de la population régionale satisfaite des services de prévention

Sigles usités dans cet ouvrage

AAH : Allocation Adulte Handicapé
AASQA : Association Agréée de Surveillance de la Qualité de l'Air
ADCN : Association pour le Dépistage du Cancer dans le département du Nord
ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie
AIT : Accident Ischémique Transitoire
ALD : Affection de Longue Durée
AMD : Aide Médicale Départementale
AMPI : Assurance Maladie des Professions Indépendantes
AMPI : Association Médicale Professionnelle Interentreprises
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi
API : Allocation Parent Isolé
APPA : Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique
ARCAF : Association Régionale des Caisses d'Allocations Familiales
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASSEDIC : ASSociation pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce
AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BIT : Bureau International du Travail

C. A. : Communauté d'Agglomération
C. U. : Communauté Urbaine
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
CCAR : Conduites de Consommation À Risque
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCMSA : Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CFES : Comité Français d'Éducation pour la Santé
CEC : Contrat Emploi Consolidé
CES : Contrat Emploi Solidarité
CETE : Centre d'Études Techniques de l'Équipement
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CIM : Classification Internationale des Maladies
CIRE : Cellule Inter-Régionale d'Épidémiologie
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CO : Monoxyde de Carbone
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPO : Contrat Pluriannuel d'Objectifs
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRES : Comité Régional d'Éducation pour la Santé
CRPS : Comité Régional des Politiques de Santé
CRS : Conférence Régionale de Santé
CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DESCO : Direction de l'Enseignement SCOLAire
DGS : Direction Générale de la Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRIRE : Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

ENSP : École nationale de Santé Publique
ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense

FAJ : Fonds d'Aide aux Jeunes
FHF : Fédération Hospitalière de France
FILOCOM : Fichier des LOGements par COMMune
FNARS : Fédération Nationale des Associations de Réadaptation Sociale
FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la santé
FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire

HTA : HyperTension Artérielle

ICM : Indice Comparatif de Mortalité
ICMP : Indice Comparatif de Mortalité Prématuroe
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IRE : l'Industrie au Regard de l'Environnement
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

JAPD : Journée d'Appel de Préparation à la Défense

MCV : Maladie CardioVasculaire
MSA : Mutualité Sociale Agricole

Nox : Oxyde d'Azote
No2 : Dioxyde d'azote

O3 : Ozone
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OCRTIS : Office Central de Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
ORHA : Observatoire Régional de l'Habitat et de l'Aménagement
ORS : Observatoire Régional de la Santé

PCS : Profession et Catégorie Sociale
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRASE : Programme Régional d'Action en Santé-Environnement
PRS : Programme Régional de Santé
PROA : Programme Régional pour la Qualité de l'Air
PSA : Antigène Spécifique de la Prostate
PSAS : Programmation Stratégique d'Actions de Santé
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
PTS : Programme Territorial de Santé

RGP : Recensement Général de la Population
RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SIGORS : Système d'Information Géographique de l'ORS Nord – Pas-de-Calais
SNSSI : Système National de Surveillance du Saturnisme Infantile
SO₂ : Dioxyde de Soufre
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

UNIFED : Union des FÉDérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes privés Sanitaires et Sociaux
URMEL : Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures