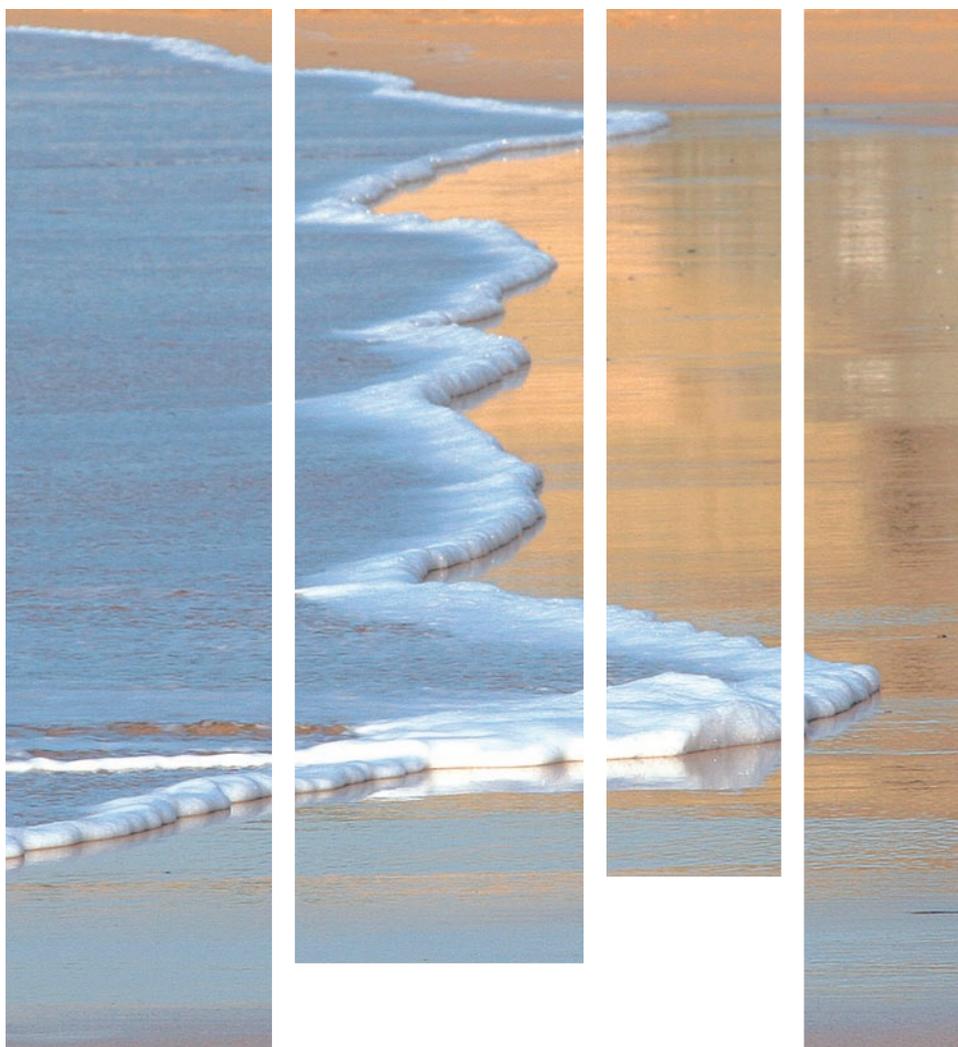


50/51°
NORD

UNITÉ ET DIVERSITÉS DU NORD – PAS-DE-CALAIS
ET DE SES TERRITOIRES DE SANTÉ

LE LITTORAL



Le **Littoral** compte 808 000 habitants, soit un peu moins que le département du Var, deux fois celui de la Dordogne. La densité de population, dans l'ensemble de ce territoire de santé, égale celle de la Seine Maritime et est de deux fois supérieure à celle de la région Lorraine. Le territoire est structuré, outre son évidente réalité maritime, par un très notable réseau autoroutier transeuropéen et côtier. Depuis plus de dix ans, le développement des structures intercommunales assure une mise en cohérence des projets. À bien des égards, la partie nord/sud du Littoral prolongeant la côte picarde jusqu'aux Caps est humainement aussi différente de la section est/ouest que sont opposés les paysages, des vastes plages à la côte à falaises.

LITTORAL : L'EXISTENCE DE PROJETS DE SANTÉ NE DISPENSE PAS DE RESTER VIGILANT



Le territoire de santé du Littoral est découpé en cinq zones de proximité avec quelques particularités fortes : le Dunkerquois est le plus peuplé avec une densité de population – bien que beaucoup plus faible que dans d'autres territoires de la région – quatre fois supérieure au Montreuillois. Cette dernière zone de proximité est, de toute la région, la moins peuplée et la moins dense sur le plan de sa population. Le Boulonnais et le Calaisis présentent des points communs sur le plan démographique.

DÉMOGRAPHIE DU LITTORAL ET DE SES ZONES DE PROXIMITÉ

| | Superficie km ² | Population | Densité hab./km ² |
|---|----------------------------|------------|------------------------------|
| Nord – Pas-de-Calais | 12 414 | 4 021 665 | 324,0 |
| Littoral | 4 111,5 | 807 898 | 196,5 |
| Zone de proximité du Dunkerquois | 732,2 | 255 935 | 349,5 |
| Zone de proximité du Calaisis | 669,9 | 159 610 | 238,2 |
| Zone de proximité de l'Audomarois | 700,3 | 117 393 | 167,6 |
| Zone de proximité du Boulonnais | 671,6 | 162 314 | 241,7 |
| Zone de proximité du Montreuillois | 1 337,4 | 112 646 | 84,2 |

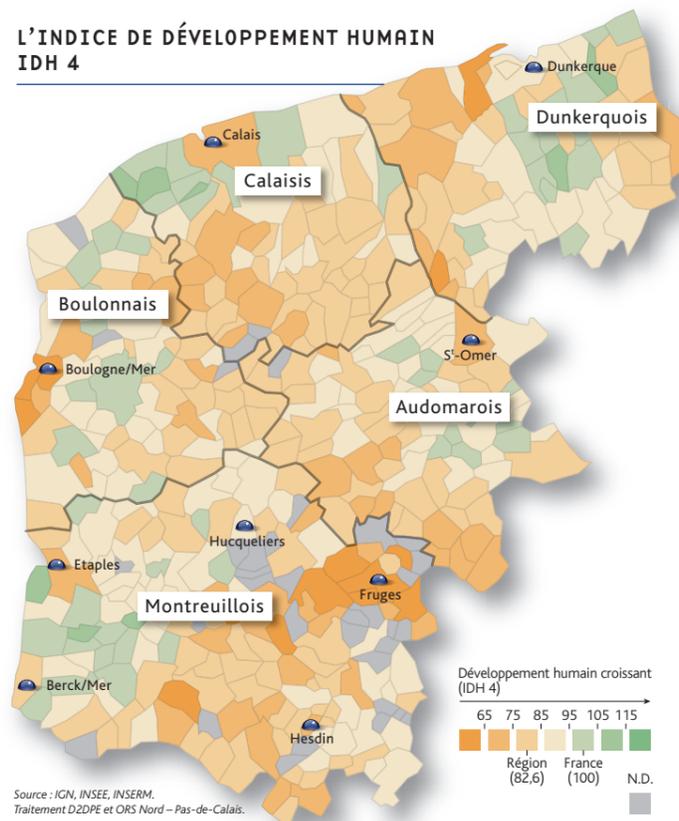
Source : INSEE RGP.

UN INDICE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN SOUVENT EN DEÇÀ DE LA MOYENNE RÉGIONALE

Qu'est-ce que l'IDH ?

Développé par les Nations Unies depuis 20 ans, l'indice de développement humain (IDH) permet de mesurer le développement national non pas seulement en termes de croissance économique, comme cela avait été le cas jusqu'alors, mais aussi en termes de progrès dans les domaines de la santé et de l'éducation, également mesurables pour la majorité des pays. L'IDH 4 combine plusieurs indicateurs, notamment l'indice comparatif de mortalité, le pourcentage de la population adulte diplômée, et le revenu fiscal médian par unité de consommation.

L'INDICE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN IDH 4



Source : IGN, INSEE, INSEEM. Traitement D2DPE et ORS Nord – Pas-de-Calais.

L'indicateur de développement humain du Littoral est très bas dans l'ensemble : en deçà même de la région et bien plus faible que la moyenne française. Pour le Boulonnais et le Dunkerquois, le faible développement est urbain et côtier. C'est aussi le cas pour le Calaisis auquel s'ajoutent les alentours d'Ardres. L'Audomarois ne présente pas ces contrastes. Dans le Montreuillois, le développement est sensiblement plus favorable sur la côte qui bénéficie d'activités résidentielles très attractives. Mais il y est très difficile en milieu rural, au nord du Pays des Sept Vallées, autour de Fruges. L'implantation récente d'une maison de santé pluridisciplinaire pourra peut-être permettre de corriger ce déficit.

1 - ORS Nord – Pas-de-Calais. Maisons de santé : pluriel et singulier du Nord – Pas-de-Calais. 50/51° Nord 2011 ; 21 : 6 p.

QUE FAIRE ? COMMENT FAIRE ?

Des besoins et des projets

Comme tous les territoires de la région, le Littoral a des besoins en matière de santé. Ces besoins sont nombreux et divers. Si l'on se réfère à la mortalité, à l'échelle fine des pays, communautés urbaines, d'agglomération ou de communes, les territoires du Nord – Pas-de-Calais sont toujours en bas de classement des territoires de France et le Littoral n'échappe pas à ce constat. L'analyse de la seule mortalité ne permet pas de bâtir un projet de santé. D'autres types de besoins peuvent servir de point d'appui, comme ceux exprimés par les acteurs de santé, que l'ORS a recueillis dans une *enquête sur les besoins locaux de santé* en 2010. Les attentes des forces mobilisables du territoire du Littoral sont de deux types : celles des grandes agglomérations dont, par exemple, Dunkerque et Boulogne font partie, et les autres de moindre poids ainsi que leurs arrière-pays périphériques surtout ruraux.

SYNTHÈSE DES BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ACTEURS DE SANTÉ DU LITTORAL

| Synthèse grandes agglomérations | Synthèse autres agglomérations et territoires périphériques |
|---|---|
| Coordination, articulation et cohérence | Organisation |
| Démographie médicale | Démographie médicale |
| Vision locale | Information |
| Accès aux soins | Prise en charge |
| Données épidémiologiques | Coordination, articulation et cohérence |
| Support social | Prévention |
| Être entendu au niveau institutionnel | Matériels |
| Décision politique de santé | Support social |

Source : Enquête sur les besoins locaux de santé, 2010. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

LES QUATRE PRINCIPALES ORIENTATIONS DU PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ NORD – PAS-DE-CALAIS

- 1 - Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- 2 - Cibler les investissements nécessaires de façon à réduire l'écart entre le Nord – Pas-de-Calais et le territoire métropolitain et à renforcer l'efficacité du système de santé et de soins de la région ;
- 3 - Gérer les risques sanitaires, les déterminants de santé et l'accès aux soins dans un projet régional qui couvre l'ensemble du champ de la santé ;
- 4 - Adapter le système de santé pour répondre aux droits des personnes à un parcours de santé.

LA CONFÉRENCE DE TERRITOIRE

Lieu de démocratie sanitaire et de déclinaison des schémas régionaux (organisation des soins, organisation médico-sociale et prévention), les territoires de santé sont un échelon permettant la territorialisation des politiques de santé conduites par l'ARS. La conférence de territoire assure la continuité de la conférence sanitaire avec en complément un rôle participatif pour contribuer aux projets territoriaux sanitaires en cohérence avec le projet régional de santé. Elle organise ses travaux au sein d'un bureau (président, vice-président, huit membres au plus). Elle rend des avis sur le SROS, sur les programmes territoriaux. Elle est destinataire des documents relatifs à l'élaboration, à l'évaluation et à la révision du projet régional de santé. Elle identifie des besoins et les propose à l'ARS dans le cadre de la mise en œuvre des priorités et des objectifs de santé.

Conférence de Territoire du Littoral

Président : **Michel DELEBARRE** (Député-Maire de Dunkerque)
Vice-président : **Richard CZAJKOWSKI** (APEI de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer - FECAPEI)

Le propos de Michel DELEBARRE, ancien Ministre d'État, Député, Maire de Dunkerque, Président de la Conférence de territoire du Littoral

Quelles sont, selon vous, les deux ou trois priorités du territoire de santé du Littoral ?

La Conférence de Territoire « littorale » que j'anime avec les divers professionnels et responsables associatifs représentés a donné l'occasion de faire apparaître, au fil de nos réunions, dans un environnement sanitaire régional que chacun connaît bien, de réelles spécificités liées au caractère multi-frontalier de ce territoire, composé de deux départements mais aussi de plusieurs frontières nationales notamment avec le Royaume-Uni et la Belgique. Notre approche s'inscrit donc dans cette exigence, d'autant que la présence de nombreux migrants ne manque pas de poser de difficiles problèmes tant sanitaires que sociaux. Notre Littoral impose aussi la prise en compte des risques industriels et technologiques découlant sur son sol de la présence d'entreprises classées, d'une centrale nucléaire sans oublier le trafic maritime transmanche qui mérite une attention particulière ainsi que le tunnel lui-même ! Les maladies professionnelles découlant de cette activité industrielle représentent enfin un réelle contrainte pour notre territoire où une offre et un suivi thérapeutiques adaptés – je pense par exemple aux victimes de l'amiante – sont absolument indispensables.

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) proposé par l'ARS a comme objectif la réduction des inégalités, sociales et territoriales, de santé. Comment pensez-vous qu'il faille aborder cette question ?

Dans le contexte évoqué ci-dessus, le Plan Régional de Santé en cours d'élaboration, doit en effet s'attaquer en priorité à ce qui constitue l'essentiel de notre politique régionale de Santé publique : répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire du Nord – Pas-de-Calais, réduire les inégalités de prise en charge et d'accès aux soins et faire face aux enjeux de la démographie médicale et paramédicale, en particulier la répartition efficace sur le territoire régional des professionnels de santé tout comme leur formation. L'énoncé de grands principes sur lesquels les acteurs ne peuvent qu'être d'accord avec les responsables de l'ARS ne doivent pas faire oublier le rôle primordial des acteurs eux-mêmes et le retard chronique du Nord – Pas-de-Calais en matière d'équipements et de moyens, humains en particulier. Comme je l'ai déjà dit lors d'une récente réunion plénière de la Conférence Littorale, l'engagement des collectivités territoriales reste l'un des facteurs importants de la réussite de ce futur Plan. Faut-il encore que face à l'énergie et à la volonté déployées par les divers acteurs, praticiens publics et libéraux, responsables associatifs et intervenants du domaine médico-social, l'on reconnaisse la nécessité d'un véritable effort de solidarité nationale à l'égard de l'ensemble de notre région et non d'hasardeuses procédures de redéploiement ou de péréquations qui nous éloigneraient, à coup sur, des objectifs que nous nous sommes donnés pour le Nord – Pas-de-Calais comme pour son littoral.

Source : Agence Régionale de Santé

FAIRE AVEC QUI, AVEC QUOI ?

Pas d'offre sans professionnels

Il ne peut y avoir d'offre de santé que s'il y a des professionnels de santé. Aucun projet ne peut s'affranchir de cette donnée. Sur le Littoral, les professionnels sont en moyenne en dessous de la moyenne nationale (1290) et régionale (1270), avec 1 153 professionnels de proximité pour 100 000 habitants.

Le Montreuillois surprend par la densité importante des professionnels de proximité, qui le hisse au 19^e rang sur 348 territoires français, autant que par celle des professionnels de pôle, dont la densité, plus de deux fois supérieure à celle du Calaisis, classe la zone de proximité 90^e au niveau national. Ceci s'explique par la présence de pôles de santé très spécialisés en rééducation notamment.

Dans les quatre autres zones de proximité du Littoral, le nombre de professionnels est faible.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

| 2008 | Professionnels de proximité Densités pour 100 000 habitants | | Professionnels de pôle Densités pour 100 000 habitants | |
|------------------------------------|--|------------------------|---|------------------------|
| France | 1 290 | | 439 | |
| Nord - Pas-de-Calais | 1 270 | | 397 | |
| Littoral | 1 153 | | 272 | |
| | Densité | Classement | Densité | Classement |
| Zone de proximité du Dunkerquois | 1 082 | 184 ^e / 348 | 260 | 219 ^e / 348 |
| Zone de proximité du Calaisis | 965 | 234 ^e / 348 | 211 | 264 ^e / 348 |
| Zone de proximité de l'Audomarois | 1 032 | 201 ^e / 348 | 206 | 271 ^e / 348 |
| Zone de proximité du Boulonnais | 1 142 | 158 ^e / 348 | 283 | 195 ^e / 348 |
| Zone de proximité du Montreuillois | 1 723 | 19 ^e / 348 | 440 | 90 ^e / 348 |

Ces coupes du territoire (transects) permettent d'observer dans le détail la densité de professionnels de santé. À Zuydcoote, le centre de soins spécialisés fait bondir le nombre de professionnels de pôle et de proximité. Ceci contraste avec la faible densité de professionnels présents à Dunkerque, pourtant ville centre de la zone de proximité, où la densité de l'offre de proximité est relativement élevée. La même situation caractérise Boulogne-sur-Mer.

SITUATIONS DES COUPES



Sources : IGN, ARS.

UNE ÉVOLUTION TRÈS HÉTÉROGÈNE ET PARFOIS INQUIÉTANTE

MORTALITÉ ET ÉVOLUTION LONGUE

| Indicateurs 2006 et évolution longue jusqu'en 2006 | Ensemble de la mortalité prématurée | | | |
|--|-------------------------------------|-------|---|-------|
| | Indice comparatif 2006 | Rang* | Indice comparatif d'évolution** 1982 - 2006 | Rang* |
| France métropolitaine | 100 | - | 100 | - |
| Nord - Pas-de-Calais | 137 | 22 | 96 | 10 |
| Littoral | 138 | | 89 | |
| Zone de proximité du Dunkerquois | 137 | 333 | 93 | 175 |
| Zone de proximité du Calaisis | 135 | 331 | 101 | 110 |
| Zone de proximité de l'Audomarois | 134 | 330 | 86 | 232 |
| Zone de proximité du Boulonnais | 147 | 346 | 88 | 214 |
| Zone de proximité du Montreuillois | 137 | 336 | 70 | 298 |

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

* Rang de la région et des zones de proximité parmi l'ensemble des territoires français métropolitains de même ordre (zones d'emploi).

| Indicateurs 2006 et évolution longue jusqu'en 2006 | Mortalité évitable relevant de la prévention | | | |
|--|--|-------|---|-------|
| | Indice comparatif 2006 | Rang* | Indice comparatif d'évolution** 1982 - 2006 | Rang* |
| France métropolitaine | 100 | - | 100 | - |
| Nord - Pas-de-Calais | 150 | 22 | 102 | 10 |
| Littoral | 152 | | 106 | |
| Zone de proximité du Dunkerquois | 141 | 322 | 111 | 89 |
| Zone de proximité du Calaisis | 146 | 330 | 116 | 71 |
| Zone de proximité de l'Audomarois | 158 | 342 | 103 | 129 |
| Zone de proximité du Boulonnais | 175 | 347 | 99 | 148 |
| Zone de proximité du Montreuillois | 145 | 326 | 98 | 152 |

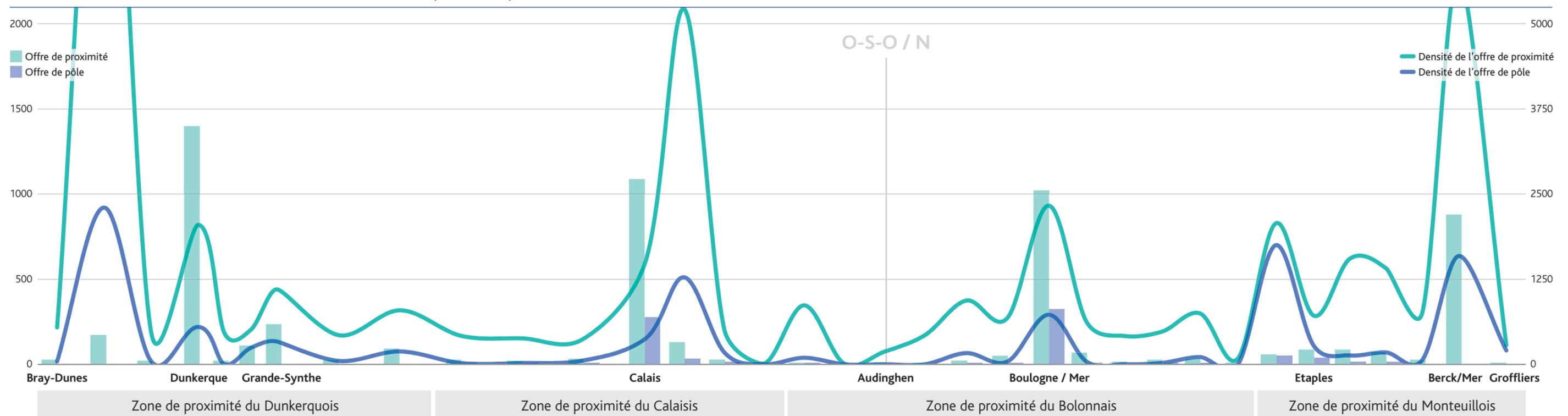
Source : INSERM, Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

* Rang de la région et des zones de proximité parmi l'ensemble des territoires français métropolitains de même ordre (zones d'emploi).

Professionnels de proximité : Somme des médecins généralistes, opticiens-lunetiers, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, figurant dans le répertoire ADELI 2009-2010 du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

Professionnels de pôle : Somme totale des personnes exerçant d'autres professions que celles énumérées ci-dessus, régies par le code de santé publique et figurant dans le répertoire ADELI 2009-2010 du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

NOMBRE ET DENSITÉ DES PROFESSIONNELS DE PROXIMITÉ ET DE PÔLE (TRANSECT 1)



| Mortalité évitable par des actions sur le système de soins | | | | |
|--|------------------------|-------|---|-------|
| Indicateurs 2006 et évolution longue jusqu'en 2006 | Indice comparatif 2006 | Rang* | Indice comparatif d'évolution** 1982 - 2006 | Rang* |
| France métropolitaine | 100 | - | 100 | - |
| Nord - Pas-de-Calais | 136 | 22 | 99 | 12 |
| Littoral | 136 | | 91 | |
| Zone de proximité du Dunkerquois | 147 | 342 | 89 | 245 |
| Zone de proximité du Calaisis | 127 | 314 | 113 | 51 |
| Zone de proximité de l'Audomarois | 134 | 330 | 72 | 315 |
| Zone de proximité du Boulonnais | 128 | 315 | 95 | 203 |
| Zone de proximité du Montreuillois | 138 | 333 | 68 | 326 |

Source : INSERM, Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.
* Rang de la région et des zones de proximité parmi l'ensemble des territoires français métropolitains de même ordre (zones d'emploi).

L'indice comparatif de mortalité – ICM – indique l'ampleur de la mortalité entre un territoire donné, territoire de proximité ou zone d'emploi, par rapport à la mortalité moyenne française, en faisant abstraction de la variabilité des âges moyens des populations, à un moment donné.
Un **ICM à 80 rapporte une sous-mortalité** relative de 20 %, un **ICM à 125 indique une surmortalité** relative de 25 %.

L'indice comparatif d'évolution de la mortalité – ICEM – indique quelle a été l'évolution de la mortalité dans un territoire donné sur un laps de temps prédéterminé, par rapport à l'évolution moyenne française de la mortalité, en faisant abstraction de la variabilité des âges moyens des populations.
Un **ICEM à 75 rapporte une tendance plus lente** de l'ordre de 25 % (en cas d'augmentation de la mortalité, l'ICEM est négatif), un **ICEM à 140 indique une amélioration plus soutenue**, de l'ordre de 40 %.

ÉVOLUTION BRÈVE

| Évolution brève entre 1999 et 2006 | ICEM prématurée | ICEM prévention | ICEM système de soins |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|
| France métropolitaine | 100 | 100 | 100 |
| Nord - Pas-de-Calais | 84 | 83 | 109 |
| Littoral | 56 | 67 | 92 |
| Zone de proximité du Dunkerquois | 70 | 82 | 93 |
| Zone de proximité du Calaisis | 45 | 47 | 113 |
| Zone de proximité de l'Audomarois | 62 | 105 | 22 |
| Zone de proximité du Boulonnais | 34 | -12 | 129 |
| Zone de proximité du Montreuillois | 71 | 132 | 61 |

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

Le Littoral accuse une surmortalité importante, comme en témoignent les indices comparatifs de mortalité (ICM) qu'il affiche. En 2006, la mortalité prématurée, indicateur ultime des besoins, est 38 % supérieure à la moyenne nationale ; dans la zone de proximité du Boulonnais, elle s'élève jusqu'à 47 %. Sur le territoire de santé, la mortalité évitable relevant de la prévention² est 52 % plus élevée qu'en France et la mortalité évitable par action sur le système de

soins³, 36 % supérieure, au même niveau que la moyenne régionale. L'état de santé de la population est donc dégradé sur ce territoire où l'offre de santé est faible.

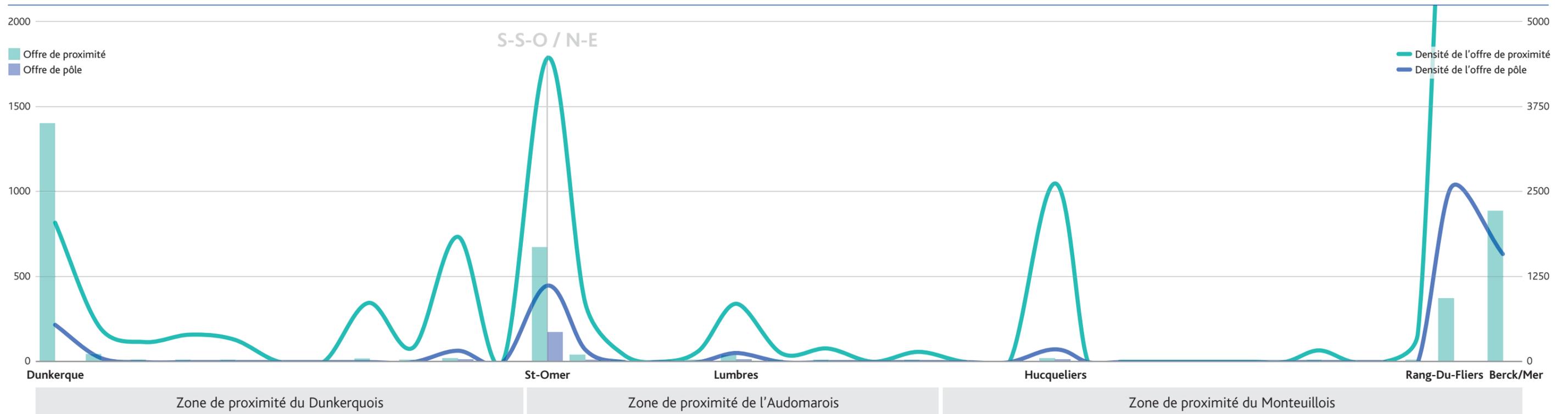
L'indice comparatif d'évolution de la mortalité (ICEM) révèle le rythme auquel l'état de santé de la population évolue.

Entre 1982 et 2006, l'état de santé a évolué lentement. Ceci à l'exception de la zone du Calaisis, où la mortalité évitable par action sur le système de soins et la mortalité relevant de la prévention ont diminué plus rapidement qu'en France et que la moyenne de la région en 24 ans. Depuis 1999, l'évolution de la situation du Littoral est à la fois négative et contrastée : on constate des régressions spectaculaires, en particulier à Boulogne où la mortalité évitable liée au comportement individuel s'est aggravée considérablement : - 12 %. Boulogne, pendant cette période, voit aussi sa mortalité par action sur le système de soins progresser de près de 29 % plus vite que la France, comme elle évolue également plus rapidement à Calais. À part pour ce point, à Calais et aussi à Dunkerque, une évolution négative, en tout cas moins rapide que dans la région, est l'indicateur d'un état de santé qui s'améliore moins vite qu'attendu, et donc se dégrade.

Voici une explicite démonstration de la nécessaire vigilance à conserver, même lorsque le territoire a des projets et de l'ambition en matière de santé.

² - **Mortalité évitable relevant de la prévention** : Somme des décès par Sida, cancers des voies aérodigestives supérieures, cancers de la trachée, des bronches et du poumon, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides.
³ - **Mortalité évitable par des actions sur le système de soins** : Somme des décès par typhoïde, tuberculose, tétanos, cancer de la peau, cancer du sein, cancer de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémie, cardiopathie rhumatismale, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères digestifs et mortalité maternelle.

NOMBRE ET DENSITÉ DES PROFESSIONNELLS DE PROXIMITÉ ET DE PÔLE (TRANSECT 1)





MÉDICO-SOCIAL : ARTICULER LE SANITAIRE ET LE MÉDICO-SOCIAL POUR ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES

La mission du secteur médico-social est de promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets auprès des populations particulièrement fragiles du fait de leur handicap, de naissance ou acquis suite à une maladie, un accident, ou du fait de leur âge.

Le médico-social s'adresse donc aux populations en situation de dépendance. Les notions-clés de la loi de 2005, *loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, sont donc au cœur des réflexions et actions du secteur.

Ces questions sont essentielles au fonctionnement de notre société d'aujourd'hui où les progrès médicaux ont pour corollaires les séquelles de traumatismes physiques, neurologiques, psychiques, le besoin de rééducation, les maladies chroniques, auxquels s'ajoute le vieillissement de la population. Parallèlement, les exigences de la société en termes de niveau et qualité de travail, de services rendus, de liberté de choix, d'épanouissement personnel, sont en progression.

Dans le Nord – Pas-de-Calais, le secteur médico-social représente une préoccupation particulière puisque 14 345 enfants sont bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en 2009 soit 1,30% de la population régionale ; 63 185 personnes sont, en 2009, allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) soit 2,16% de la population régionale. La part des bénéficiaires de l'AAH en Nord – Pas-de-Calais, au regard du ratio national, passe de 2,77% en 2007 à 2,91% en 2009. 79 800 personnes sont reconnues travailleurs handicapés (chiffres 2006). La région connaît donc une surreprésentation du handicap par rapport au territoire national.

Les personnes en situation de handicap bénéficient désormais, à l'instar de l'ensemble de la population, d'un allongement considérable de leur espérance de vie : elles survivront à leurs parents. L'adaptation de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées vieillissantes est devenue ainsi une préoccupation majeure, et ce d'autant plus que ce phénomène, s'il demeure relativement récent, est aujourd'hui massif. Il est donc impératif de cerner précisément les besoins et attentes de ce « nouveau public », d'évaluer les différentes modalités d'accompagnement en établissement ou en services pour permettre le maintien à domicile.

Il est impératif de pouvoir apporter au fur et à mesure de l'évolution de la personne, les réponses à ses besoins de protection, d'accompagnement et de soins médicaux rendus souvent plus complexes du fait du handicap, de prévenir l'aggravation de ses déficiences, et de lui apporter une qualité de vie qui passe par une qualité d'hébergement ou de logement, d'activités et de participations à ce qui concourt à son projet de vie.

Cette question met au premier plan l'articulation du sanitaire et du médico-social, par exemple à propos de l'hospitalisation des personnes handicapées dans les contextes de l'hôpital d'aujourd'hui, la nécessité d'un accompagnement spécifique à la compréhension et prise de traitement au long cours chez une population particulièrement vulnérable, ou encore l'accueil en EHPAD de personnes handicapées de 60 ans alors que la moyenne d'âge d'entrée dans ces établissements est de 87 ans.

Mireille PRESTINI
Directrice CREA Nord – Pas-de-Calais
www.creainpdc.fr

QUELQUES CHIFFRES CONCERNANT L'ÉQUIPEMENT ET OFFRES DE SERVICES DES PERSONNES AYANT UN HANDICAP SUR LE TERRITOIRE DU LITTORAL

ENFANTS ET JEUNES DE 0 À 19 ANS

Chiffres janvier 2011 CREA Nord – Pas-de-Calais et ARS. En nombre de places.

| IEM | IME | ITEP | SESSAD | CAMSP |
|-----|-------|------|--------|-------|
| 546 | 1 391 | 0 | 552 | 170 |

ADULTES

Chiffres janvier 2011 CREA Nord – Pas-de-Calais et ARS. En nombre de places.

| ESAT | EA | Foyer occ. | FAM | MAS | SAVS | SAMSAH | SSIAD |
|-------|-----|------------|-----|-----|------|--------|-------|
| 1 990 | 191 | 829 | 357 | 457 | 556 | 54 | 132 |

MESURES DE PROTECTION AUX MAJEURS

| Tribunal d'instance | Tutelles | Curatelles renforcées | Curatelles simples | Sauvegarde de justice |
|---------------------|----------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Saint-Omer | 267 | 223 | 28 | 0 |
| Dunkerque | 581 | 723 | 39 | 1 343 |
| Boulogne | 320 | 295 | 615 | 3 |
| Calais | 289 | 226 | 27 | 0 |
| Montreuil | 469 | 523 | 47 | 0 |

dont 3 en Belgique toutes mesures confondues

Chiffres au 31 décembre 2010, agrégation régionale des mesures des services MJMP et des mesures privées.
Source : DR/JSCS.

ABRÉVIATIONS DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL SECTEUR PERSONNES HANDICAPÉES

Concernant les équipements des structures ou services pour enfants :

CAMSP = Centre d'action médico-sociale précoce
IEM = Centre et institut d'éducation motrice
IME = Institut médico-éducatif
ITEP = Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
SESSAD = Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

Concernant les structures adultes

EA = Entreprise adaptée
ESAT = Etablissement et service d'aide par le travail
FAM = Foyer d'accueil médicalisé
MAS = Maison d'accueil spécialisée
Foyer occup. = Foyer occupationnel
SAVS = Service d'accompagnement à la vie sociale
SAMSAH = Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
TUTEL = Service de tutelle



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ

235, avenue de la Recherche - B.P. 86 • 59373 LOOS CEDEX
Téléphone +33 (0)3 20 15 49 20 • Fax +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpsc.fr