

50/51° NORD

LA DIVERGENCE TERRITORIALE

LES DYNAMIQUES LOCALES EN COURS

L'égalité territoriale est un idéal républicain dont la cohésion sociale et la communauté de destin forment l'aboutissement. En France, les politiques publiques, morcelées entre un État, treize régions, 101 départements et 36 700 communes, et appliquées des territoires différents par nature (géographie, population...) peinent à atteindre leurs objectifs. Les inégalités territoriales restent nombreuses, à commencer par celles en matière de santé : plus qu'un simple paramètre, l'état de santé d'une population est un indicateur global qui agrège dans son équation bien plus de déterminants que les évidentes données socio-économiques et offres de santé. Dans ces conditions, comment garantir l'égalité territoriale ? Dans le rapport ministériel « *Vers l'égalité des territoires* », Éloi Laurent¹, économiste, prône notamment la mise en œuvre d'« *une justice dynamique, car il est trop réducteur d'évaluer de manière statique la position des territoires par leur « écart à la moyenne » sans considérer leurs trajectoires de développement (ou de décrochage)* ». Une façon d'exhorter les territoires à se saisir de l'enjeu : analyser leurs spécificités, et déterminer la dynamique qui les anime peut leur permettre d'identifier les facteurs locaux de réussite ou de repérer les difficultés locales à résoudre. « *Un territoire est le produit d'un espace et d'un pouvoir* » insiste Éloi Laurent. Preuve qu'il n'existe de fatalité que celle que l'on a décidé d'accepter.



Région
Nord Pas de Calais - Picardie

Pour la santé aussi, les évolutions divergentes actuelles sont en

Les indicateurs issus de l'analyse de la mortalité sont utiles pour apprécier l'état de santé d'une population locale au regard de leur situation socio-économique, sanitaire et politique. Leur analyse au niveau national a historiquement été conduite à partir de la comparaison statistique des régions françaises. Elle a permis de dresser un certain nombre de constats qui semblent aujourd'hui immuables : le niveau de santé en France suit un gradient nord-sud et paraît fortement corrélé au niveau socio-économique des territoires qui la composent⁵. Ces constats, s'ils sont globalement exacts, restent grossiers et insuffisants pour définir des actions stratégiques au niveau territorial. En matière sanitaire, de nombreux déterminants – sociaux, environnementaux, individuels... – ont été depuis identifiés pour affiner cette analyse. De même, le niveau territorial apporte une vision plus fine de l'état de santé et des dynamiques instaurées localement grâce à l'action combinée des acteurs sanitaires et des décideurs publics auprès d'une population en évolution permanente.

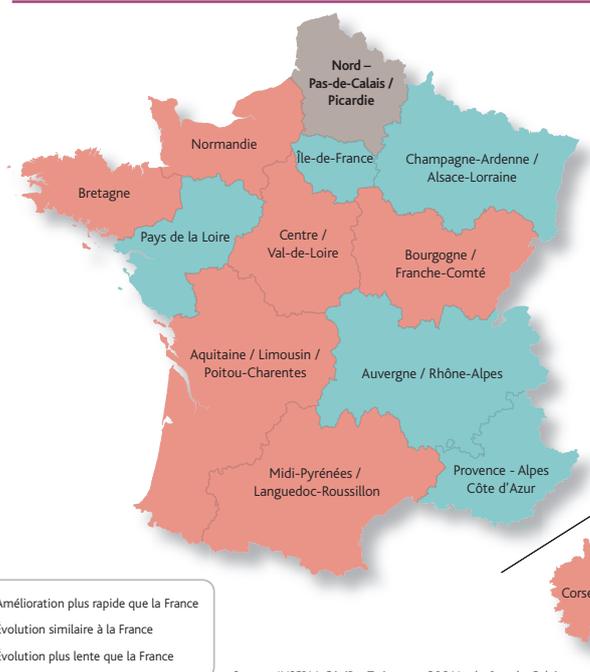
Exemple de la mortalité prématurée globale

Entre 2009 et 2012, l'analyse des chiffres régionaux de mortalité prématurée (avant 65 ans) montre une forte disparité⁶ avec la plus forte surmortalité de France en région Nord – Pas-de-Calais / Picardie (+30,2 % supérieure à la moyenne nationale), suivie de la Normandie (+14,1 %). À l'inverse, l'Île-de-France et l'Auvergne / Rhône-Alpes bénéficient d'une sous-mortalité prématurée (respectivement -13,4 et -10,5 % par rapport à la moyenne).

L'analyse de cet indicateur à l'échelon infrarégional fait émerger un premier élément de preuve concernant l'existence d'une disparité régionale : pour exemple, la région Pays de la Loire est en légère sous-mortalité prématurée (environ 3 %) et présente une faible disparité territoriale, la mortalité prématurée au sein de ses 19 zones d'emploi évoluant entre 84,6 et 116,7 par rapport à la moyenne nationale, qui est de 100. À l'inverse, en Aquitaine / Limousin / Poitou-Charentes et en Centre – Val-de-Loire, la mortalité prématurée globale est proche de la moyenne nationale (respectivement 99,8 et 103) mais cache une hétérogénéité infrarégionale franche : elle varie ainsi entre 75,6 et 139,1 pour la première région et entre 87,6 et 144,4 pour la seconde.

Autre illustration de cette disparité : les indicateurs d'évolution régionale. Ils sont obtenus en comparant la vitesse à laquelle un territoire réduit sa mortalité par rapport au reste du pays⁷. Ainsi, entre 2006 et 2011, les régions Île-de-France et Auvergne / Rhône-Alpes bénéficient à la fois d'une sous-mortalité prématurée et d'une bonne dynamique de réduction du nombre de décès. La mortalité prématurée du Nord – Pas-de-Calais / Picardie suit une cinétique voisine de celle du pays. À l'inverse, une région comme l'Aquitaine / Limousin / Poitou-Charentes réduit sa mortalité beaucoup moins vite que la moyenne française.

Les divergences récentes d'évolution d'état de santé dans les nouvelles régions



La dynamique des territoires échappe à leur profil socio-économique

Pris dans leur globalité, les indicateurs de santé de la région Nord – Pas-de-Calais / Picardie peuvent occulter la réalité d'un territoire au sein duquel l'état de santé et l'amélioration des indicateurs sanitaires s'avèrent disparates. Dans plusieurs études précédentes^{6,8}, il a été montré que la région Nord – Pas-de-Calais / Picardie avait des indicateurs de mortalité prématurée supérieurs à la moyenne nationale (mortalité évitable par des actions de prévention, par des actions sur le système de soins, mortalité prématurée liée aux maladies cardiovasculaires, respiratoires et aux tumeurs) mais tous (hormis la mortalité évitable par des actions de prévention) connaissent une baisse dynamique, supérieure à celle constatée en moyenne dans le pays. La comparaison des indicateurs relevés dans les territoires régionaux entre eux ou avec ceux d'autres régions permet de mettre en lumière différents profils de territoire :

- des territoires qui rattrapent leur retard en réduisant leur mortalité plus rapidement que le pays, alors même qu'ils sont implantés dans une région en surmortalité ;
- des territoires dynamiques qui bénéficient de l'amélioration des indicateurs sanitaires propres à leur région ;
- des territoires à l'arrêt ou qui décrochent alors même que leur région bénéficie d'indicateurs encourageants.

En matière de mortalité prématurée toutes causes, les indicateurs d'évolution évoqués précédemment apportent aussi des renseignements intéressants lorsqu'ils sont analysés à l'échelle des zones d'emploi. Royan, qui appartient à une région épargnée par la surmortalité, est en revanche touché de plein fouet, avec un chiffre en pleine augmentation. À l'inverse, des territoires comme Roubaix-Tourcoing ou *a fortiori* Flandres-Lys rattrapent leur retard sur la moyenne nationale à un rythme bien plus soutenu que leur région de rattachement ou le pays.

5 - DREES. L'état de santé de la population en France. DRESS, 2015 ; 502 p.

6 - ORS Nord – Pas-de-Calais. Toujours une surmortalité prématurée par cancer préoccupante. Newsletter n° 3, 24 mars 2016. www.orsnpc.org/2016/03/24/newsletter-ors-npdc-n3

7 - ORS Nord – Pas-de-Calais. Un état de santé dégradé. Newsletter n° 2 ; 25 février 2016. www.orsnpc.org/2016/02/25/newsletter-ors-npdc-n2

8 - ORS Nord – Pas-de-Calais. Cancers, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires : des indicateurs en net progrès. Newsletter n° 3, 24 mars 2016. www.orsnpc.org/2016/03/24/cancers-maladies-respiratoires-maladies-cardiovasculaires-des-indicateurs-en-net-progres

train de façonner puissamment les disparités territoriales de demain

En matière de mortalité prématurée par cancer, Abbeville, Roubaix-Tourcoing et Flandre-Lys sont classés parmi les 50 territoires les plus performants de France pour réduire cet indicateur. Ils sont loin devant des villes comme Dijon ou Aix-en-Provence où les chiffres moyens de mortalité prématurée par cancer sont inférieurs à la moyenne nationale. Mais ce constat ne plaide pas forcément pour un rattrapage « mécanique » de leur retard par les villes de la région nordiste. En effet, des villes comme Maubeuge et Royan, qui présentent une surmortalité prématurée par cancer équivalente suivent des dynamiques différentes : entre 2006 et 2011, la ville du Nord réduisait cet indicateur plus vite que le reste du pays alors que celle de Charente-Maritime voyait sa mortalité augmenter. La dynamique de chaque territoire dépend de la combinaison d'une multiplicité de paramètres parmi lesquels les actions publiques régionales ou nationales ne constituent qu'une partie.

En matière de mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire, des territoires au profil équivalent suivent des évolutions contraires : ainsi, des zones d'emploi en surmortalité (+30% environ par rapport à la moyenne nationale), comme Roubaix-Tourcoing ou Céret, réussissent mieux à faire reculer la mortalité (respectivement +47,4% et +6,5% par rapport au pays) que des territoires comme Forbach ou Le Havre (ICEM⁹ de 75,4 et 7,2 respectivement). Des territoires performants peuvent échapper à une dynamique régionale favorable : Chambéry ou Annecy sont implantés en Auvergne / Rhône-Alpes où la mortalité par maladie cardiovasculaire est inférieure à la moyenne nationale (-12,8%) et maintient une baisse plus rapide (+22%). Mais s'ils bénéficient tous deux d'une sous-mortalité (-18,7% et -23,7% par rapport au pays), Chambéry peine à faire reculer sa mortalité (ICEM de 24,3) alors que le second maintient une bonne dynamique (ICEM de 114).

Utiliser l'évolution des indicateurs pour prévoir et comprendre

Une étude récente de l'ORS¹⁰ a cherché à analyser la nature des divergences territoriales en matière de cancer en région Nord – Pas-de-Calais. Elle a comparé des territoires de profil socio-économique similaire mais où les chiffres de mortalité par cancer suivent des évolutions inégales. Cette analyse situationnelle a permis de montrer le poids des systèmes locaux d'organisation et d'action sur l'efficacité de stratégies de santé dessinées et mises en place au niveau régional ou national. Toute chose étant égale par ailleurs, c'est bien la prise de conscience locale, durable et partagée qui renforce puissamment l'organisation et l'efficacité locale, ce qui se conclut par une évolution locale positive bien au-delà de ce qui semblait être raisonnable d'attendre. Ainsi il semble bien que la sur-performance dans l'évolution territoriale soit accessible et aboutira d'ici quelques années à une divergence salutaire.

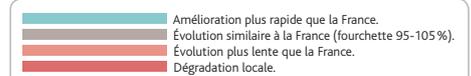
Divergences d'évolution pour quelques territoires français

Territoire 2009 à 2012	Région	État de santé global	Impact du système de soin*	Besoins de prévention**	Cancer	Cardiovasculaire
Abbeville	NPP	Amélioration plus rapide que la France.	Évolution plus lente que la France.			
Aix-en-Provence	PAC	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.
Annecy	ARA	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.
Arles	PAC	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.
Céret	LRM	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.
Chambéry	ARA	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.
Dijon	BFC	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.
Flandre-Lys	NPP	Amélioration plus rapide que la France.	Évolution plus lente que la France.			
Forbach	ACL	Amélioration plus rapide que la France.	Évolution plus lente que la France.			
Le Havre	NOR	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.
Lens Hénin	NPP	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.
Maubeuge	NPP	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.
Roubaix Tourcoing	NPP	Amélioration plus rapide que la France.	Évolution plus lente que la France.			
Royan	ALP	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.	Évolution plus lente que la France.
Valenciennes	NPP	Amélioration plus rapide que la France.	Évolution plus lente que la France.			

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

* **Mortalité évitable par des actions sur le système de soins** (typhoïde, tuberculose, tétanos, cancer de la peau, cancer du sein, cancers de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémie, cardiopathies rhumatismales, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcère digestif, mortalité maternelle).

** **Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel** (sida, cancers des VADS (lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage), 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).



9 - L'ICEM est l'indice du pourcentage de variation relative entre les taux standardisés de décès. Un ICEM de valeur 130 indique qu'au sein du territoire, la baisse de la mortalité est de 30% supérieure à celle de la France métropolitaine. En revanche, un ICEM de valeur 80 indique une baisse de mortalité inférieure de 20% à celle de la France métropolitaine. Enfin, un ICEM négatif signifie que, contrairement à ce que l'on observe au niveau national, la mortalité du territoire pris en compte s'est accrue entre les deux périodes.

10 - Raimbault M, Moreels C, Lacoste O, Goudet J-M. Territoires divergents : Enquête sur l'inégale évolution locale des cancers. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2015 ; 128 p.



« Un programme déployé de façon homogène peut accroître les inégalités au lieu de les combattre. Il est important qu'elles soient adaptées au territoire pour bénéficier à tous ».

Zoé Vaillant, géographe de la santé, Maître de Conférences à l'Université Paris-Ouest-Nanterre-la Défense

On relie souvent les inégalités territoriales aux inégalités socio-économiques. Vos travaux montrent que la géographie de la santé intègre de nombreux autres déterminants et que deux quartiers équivalents ne bénéficient pas toujours d'une même dynamique ?

« En effet, nous avons conduit un travail sur les inégalités d'accès au dépistage organisé du cancer du sein dans différentes villes d'Île-de-France. D'une manière générale, le taux de participation et le niveau social des habitants évoluent dans le même sens. Cependant, à échelle fine, ce lien n'est pas si systématique. Dans la ville de Gonesse, deux quartiers au profil socio-économique et culturel équivalent présentaient une différence franche en termes de participation. Nous avons analysé les données issues des structures de gestion du dépistage organisé, étudié la géographie et l'aménagement de la ville, et conduit des entretiens avec les acteurs du territoire. Nous avons observé que le quartier dont le taux de participation était plus élevé avait une offre de santé de proximité plus riche que l'autre. Il est desservi par une ligne de RER menant en une station au cabinet du radiologue, alors que le second était enclavé au sein d'une zone pavillonnaire et n'était desservi que par un bus n'y conduisant pas directement. Enfin, le centre social installé dans le premier de ces quartiers venait de conduire un travail autour des documents et des invitations propres au dépistage pour les rendre accessibles aux habitantes. Ce travail a détaillé le rôle des acteurs de santé publique pour améliorer l'adhésion aux programmes de prévention. »

Les politiques liées au développement local ou à l'urbanisme se sont-elles aussi avérées influentes en la matière ?

« Dans un quartier prioritaire d'Argenteuil, coupé en deux par un grand boulevard, nous avons constaté que la participation était meilleure dans la partie est, rénovée, et qui bénéficie d'une maison de quartier où une dynamique existait entre bailleurs, décideurs et associatifs autour de différents projets, notamment autour de la santé. À l'inverse, la partie ouest, culturellement différente, ne s'est pas identifiée à l'autre partie du quartier et ne s'est pas approprié la dynamique qui y existait. Il faut veiller à ce que les dynamiques instaurées dans les territoires ne laissent personne de côté. »

Quelle rémanence faut-il attendre de telles actions ? Faut-il les maintenir dans le temps afin d'en maintenir les bénéfices ?

« La question se pose. On émet l'hypothèse qu'elles doivent effectivement être maintenues ou reconduites. Le programme de santé buccodentaire que conduit la ville de Nanterre dans les écoles primaires depuis 1998 le montre : des campagnes de prévention et

de dépistage y sont conduites régulièrement et les enfants souffrant de caries sont orientés vers un dentiste. Le recul dont on dispose sur ce dispositif met en évidence une baisse progressive des besoins de soins des enfants suivis, mais aussi, par effet de tache d'huile, des frères et sœurs. Sans doute parce qu'il permet d'abattre une barrière chez les parents qui recouraient peu au dentiste jusque là. Mais ce résultat n'a pu être obtenu qu'après une adaptation du dispositif. En effet, un an après le début de cette opération, le bilan buccodentaire était déjà meilleur pour tous en moyenne, mais les inégalités étaient plus fortes : deux quartiers en difficulté échappaient notamment à cette amélioration et restaient très en retard. La ville a adapté sa stratégie dans leur direction, pour favoriser le recours au dentiste pour les enfants présentant des caries. Pour cela, elle a intensifié les mesures de dépistage, elle a mieux impliqué les dentistes et les familles, qui bénéficiaient d'un suivi et se voyaient proposer des consultations gratuites, ce qui a porté ses fruits. »

Il est important de disposer d'indicateurs de suivi suffisamment fins et pertinents pour interpréter l'efficacité d'une démarche ?

« L'enseignement tiré de l'expérience de Nanterre est que des initiatives mises en place dans les territoires doivent bénéficier d'une évaluation qui repose non seulement sur des indicateurs de processus mais aussi sur des indicateurs d'efficacité. Ce qui n'est pas toujours facile en pratique : évaluer l'évolution d'un paramètre multifactoriel comme un changement de comportement ou un indicateur global de santé reste difficile. Et il s'agit d'interpréter les données avec prudence car un indicateur qui stagne n'est pas toujours synonyme d'échec : La Courneuve, par exemple, conduit de nombreux programmes innovants en santé, mais ses indicateurs évoluent peu parce qu'il y a un grand turn-over au sein de sa population, composée largement de primo-arrivants et de populations précaires. Enfin, au vu de la disparité des quartiers et des territoires, il apparaît qu'un programme déployé de façon homogène peut accroître les inégalités au lieu de les combattre. Le même type d'effet contre-productif peut être craint pour des campagnes nationales. Il est important qu'elles soient adaptées au territoire pour bénéficier à tous. Il faut aussi faire attention à ne pas créer de « trous » sanitaires : ces trous correspondent à une frange de la population pas assez précaire pour être considérée comme prioritaire dans les démarches de santé, mais pas assez aisée pour être parfaitement autonome dans la prise en charge de leur santé. Ces populations vulnérables ne doivent pas être oubliées. »



« Le projet de territoire est indispensable pour conduire des actions de santé : il permet de penser l'organisation de l'action publique locale en fonction de ses ressources et de ses enjeux, à partir d'un diagnostic exhaustif ».

Christophe Bernard, secrétaire général de l'Assemblée des Communautés de France (AdCF)

Au cours des vingt dernières années, le territoire est devenu un échelon important dans la définition des stratégies et la conduite des actions de santé, notamment depuis la loi HPST du 21 juillet 2009. Les collectivités et communautés ont-elles aujourd'hui un poids suffisant pour agir sur leurs propres indicateurs sanitaires ?

« Chaque niveau de décision a sa pertinence dans le domaine de la santé. La région impulse une stratégie, le département fait le lien entre le volet social et le volet sanitaire. Le bloc local (communes - communauté) et a fortiori les intercommunalités, a l'avantage d'être ancré sur une échelle correspondant au périmètre de vie quotidienne des habitants. De plus en plus, les directives nationales cherchent à faire émerger des solutions conduites au niveau du territoire, c'est une bonne chose. Les Ateliers Santé Villes et les Contrats Locaux de Santé sont des dispositifs qui entendent aller dans ce sens : ils favorisent l'échelon du territoire pour s'attaquer aux inégalités qui touchent une population et intègrent la santé dans une approche élargie qui n'est pas limitée à la seule question de l'offre de soins. Pour autant, les défis sont importants, car les inégalités territoriales sont encore fortes entre la ville et sa périphérie, entre zones rurales et zones urbaines. Aujourd'hui, beaucoup d'initiatives sont conduites localement par les acteurs de santé et les élus réunis. Mais ces expériences partagées, aussi fructueuses soient-elles, devraient être facilitées : pour l'heure, la place des collectivités dans la décision reste faible, notamment dans les instances visant à favoriser la participation des parties prenantes d'un territoire. »

Cela veut-il dire que la santé reste encore trop cloisonnée et affaire de spécialistes ?

« En effet, les structures dédiées au dialogue sur la question santé ne sont pas assez tournées vers l'accueil des acteurs publics locaux. Ces derniers ont des difficultés à s'intégrer à des instances comme la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) ou aux conférences de territoires. Leur représentation y est marginale, ils ne se sentent pas assez impliqués sur des débats souvent trop techniques, et qui n'intègrent pas assez une vision transversale. Pourtant, les collectivités et les communautés ont des actions sur des thématiques qui impactent largement la santé : logement, environnement, transport... Il faut renforcer leur place. Les élus ont aussi été oubliés dans la construction des groupements hospitaliers de territoire qui sont désormais obligatoires. Ce constat est un peu désolant, car ils savent combien ces groupements vont être impactant sur leurs bassins de population. »

Les outils dont disposent aujourd'hui les territoires sont-ils adaptés à la réduction des inégalités ?

« La santé étant une préoccupation forte des habitants, les communes s'y investissent, et notamment les intercommunalités qui offrent une échelle intéressante pour la compétence santé, qui ne fait pas directement partie de leurs attributions. Le Contrat Local de Santé (CLS) est un outil important, qui permet d'adapter le projet régional de santé à un territoire. Signé entre les collectivités ou intercommunalités et l'Agence Régionale de Santé (ARS), il peut aussi associer les acteurs locaux concernés avec l'objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales par des actions ciblées. Aujourd'hui, les CLS sont en phase de développement. Mais certaines ARS se sont engagées de manière volontariste dans la signature de contrats avec les collectivités tandis que d'autres n'intègrent les CLS que comme un élément résiduel de leur action. Il faudrait une incitation nationale forte auprès des Agences, car ce dispositif a l'avantage d'être simple à mettre en place et d'être souple pour s'adapter aux spécificités locales. Comme les Ateliers Santé Ville, ils permettent de mettre en perspective les compétences de la commune ou de la communauté au regard des problématiques de santé. Mais en dehors de ces dispositifs, beaucoup de communautés s'engagent dans des actions en matière de santé. Je pense par exemple au parc naturel de Millevaches en Limousin, où les élus ont appuyé les acteurs de santé pour constituer un réseau de santé territorialisé dans lequel les professionnels se coordonnent, en lien avec les établissements de santé. Ce dispositif facilite aujourd'hui l'accès aux soins, évite les ruptures de prise en charge et renforce l'attractivité du territoire. Je pense aussi à Vitré Communauté qui a utilisé sa compétence économique pour inciter fortement les entreprises de son territoire à s'engager dans la prévention des troubles musculo-squelettiques et le maintien des personnes dans l'emploi. Aujourd'hui, les maladies professionnelles et arrêts de travail y ont diminué. Derrière tous ces dispositifs, le projet de territoire est indispensable : il permet de penser l'organisation de l'action publique locale en fonction de ses ressources et de ses enjeux, à partir d'un diagnostic exhaustif – social, économique, sanitaire, culturel... La prévention et l'accès aux soins sont parmi les champs d'intervention privilégiés, mais il est évident que l'action en matière sociale, de transport, de logement et plus largement d'aménagement du territoire participent à l'amélioration des indicateurs sanitaire. »

Région
Nord Pas de Calais - Picardie



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ

Campus Pasteur de Lille - 1, rue du Professeur Calmette - 59000 LILLE
Téléphone +33 (0)3 20 15 49 20 • Fax +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpsc.org