

## Présentation des études

(Eléments du dossier de presse diffusé le 11 avril 2011)

### ***Ici et Ailleurs***

#### ***Nouveaux indicateurs de santé du Nord – Pas-de-Calais***

### ***Nous et les Autres***

#### ***Spécificités et évolution des territoires du Nord – Pas-de-Calais***

On sait depuis longtemps que l'état de santé des habitants du Nord – Pas-de-Calais est bien moins bon que dans les autres régions de France.

L'approche classique, si elle se limite à cette seule région, peut laisser croire que certains territoires sont en *bonne* ou en *mauvaise* santé. En réalité, seules les comparaisons extrarégionales permettent d'évaluer l'état de santé de nos territoires. C'est le thème de l'étude ***Ici et Ailleurs. Nouveaux indicateurs de santé du Nord – Pas-de-Calais***, qui compare la mortalité, selon différentes causes, des territoires du Nord – Pas-de-Calais par rapport à des territoires français comparables. Les territoires de la Région y sont toujours ou presque en fin de classement pour la mortalité, mais de manière plus hétérogène sur les autres critères.

Une explication trop évidente serait de systématiquement relier ces données aux seules caractéristiques socioprofessionnelles et socioéconomiques ou à l'offre de soins régionale.

Pourtant, sous cet angle, l'écart entre les territoires du Nord – Pas-de-Calais et le reste de la France n'est pas si patent.

C'est le principe de l'étude ***Nous et les Autres. Spécificités et évolution des territoires du Nord – Pas-de-Calais***, qui complète ce travail en combinant les facteurs et en posant un regard global sur les territoires et leurs spécificités. Il s'agit de comprendre comment et pourquoi les territoires de la Région restent en bas de classement. Or, observés globalement, tous ces facteurs alarmants pour la Région permettent de mettre en évidence une situation bien différente. L'ensemble des *déterminants* de santé est travaillé dans une analyse globale, qui aboutit à plusieurs étonnantes conclusions.

L'évolution de la mortalité y montre que la situation de l'état de santé n'est pas corrélée aux facteurs socioéconomiques : des progrès sont en cours à Calais, Lille, tandis que d'autres se dégradent ou s'améliorent très lentement, soit pour ce qui relève de la prévention, soit pour ce qui dépend du système de soins. C'est là l'apport principal de cette étude : il n'existe pas de relation directe de cause à effet entre l'état de santé et les caractéristiques socioéconomiques d'une population.

De nombreux territoires de la Région ont en effet vu, entre 1982 et 2006, leur taux de mortalité prématurée attribuable à des facteurs de risque individuels baisser bien plus rapidement que la moyenne nationale. De même, on observe en certains points de la Région une diminution significative de la mortalité relevant d'actions sur le système de soins.

Les gains obtenus par la diminution accélérée de la mortalité attribuable aux comportements individuels et la mortalité relevant d'actions sur le système de soins sont considérables et très encourageants.

## Ici et Ailleurs Nouveaux indicateurs de santé du Nord – Pas-de-Calais

### Pourquoi parler de nouveaux indicateurs de santé ?

Il existe somme toute peu d'indicateurs en matière de santé. Les données spécifiquement sanitaires, qui décrivent la fréquence des pathologies (c'est-à-dire la morbidité), sont rares et partielles. C'est donc sur des données de mortalité –couramment reconnues comme une référence– que l'ORS s'est appuyé, conscient que ces données ne permettent que de poser des constats.

Il est habituel de les comparer, ces données de mortalité, entre régions de France.

Lorsque des données locales sont présentées, elles le sont pour faire des comparaisons au sein d'une même région.

Le principe et l'originalité de l'étude publiée en avril 2011 par l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, c'est de comparer les territoires du Nord – Pas-de-Calais avec des territoires français comparables : comparaison entre régions de France, mais aussi entre communautés d'agglomération et communautés urbaines de France, entre pays de France.

Ces trois niveaux de territoires sont comparés selon la mortalité (15 causes) et d'autres indicateurs –comme la situation démographique, économique, et également selon les emplois du secteur d'activité économique santé, qui apportent un élément d'information essentiel.

---

#### L'étude situe

- la Région dans un classement de 22 régions françaises ;
- 14 communautés d'agglomération et communautés urbaines de la Région dans un classement de 183 communautés d'agglomération et communautés urbaines de France ;
- 13 pays de la Région dans un classement de 368 pays de France ;

---

#### En fonction

- de 15 causes de mortalité ;
- des emplois de santé ;
- de la situation démographique ;
- des caractéristiques socioprofessionnelles ;
- des caractéristiques socioéconomiques.

### Pourquoi comparer des territoires de la Région avec d'autres ?

La comparaison de ces données au sein même d'une région revient à considérer cette région comme une île.

L'ORS considère que la comparaison des territoires de la Région avec d'autres de même nature ouvre une perspective : chaque population des différents territoires en France a les mêmes droits à la santé, ce qui permet leur comparaison.

Et puisque c'est à l'échelon local que sont menés ces projets et politiques publiques, la comparaison entre territoires similaires en France devrait s'imposer comme une nouvelle référence. Elle sera la base de bilans et de suivis des projets et actions des politiques publiques ayant un impact sur la santé des populations, de leurs comportements, de leurs attentes.

### Ce qu'il faut retenir

La mortalité touche partout le Nord – Pas-de-Calais, et très fortement. Pour toutes les causes, la Région reste en queue de peloton des régions et des territoires.

Pour ce qui est des professionnels de santé et des données démographiques et sociales, cette homogénéité n'existe pas : les différents territoires de la Région se placent à des rangs variables dans le classement.

Il n'est donc pas possible de conclure que l'état de santé du Nord – Pas-de-Calais est le reflet de sa situation sociodémographique ou économique, ou encore de son offre de soins.

Car facteur par facteur, les caractéristiques socioéconomiques et celles de l'offre de soins de la Région ne permettent pas, seules, d'expliquer la situation.

## **Nous et les Autres**

### **Spécificités et évolution des territoires du Nord – Pas-de-Calais**

#### **Comment expliquer que l'état de santé ne soit pas celui qui est souhaité ?**

Les indicateurs, depuis 20 ans, placent la région Nord – Pas-de-Calais *lanterne rouge* des régions françaises, avec des taux de surmortalité si élevés par rapport à la moyenne française qu'il ne s'agit pas d'un simple différentiel, mais d'une situation qui reste alarmante depuis les années 70.

Ce retard du Nord – Pas-de-Calais, véritable crise sanitaire connue de tous, fait l'objet d'un travail depuis 30 ans. Faut-il comprendre que ce travail n'est pas efficace ?

Pour mieux appréhender cette situation, l'Observatoire Régional de la Santé a réalisé une étude approfondie **Nous et les Autres. Spécificités et évolution des territoires du Nord – Pas-de-Calais**.

#### **En finir avec le lien causal de l'économie sur la santé**

Deux principes permettent de poser une approche pertinente :

- D'abord, la Région n'est pas un tout homogène. Tous ses habitants n'ont pas un état de santé déficient, loin s'en faut.
- D'autre part, il serait abusif de n'attribuer la responsabilité ou la cause de cet état de santé à un seul facteur.

On ne peut expliquer les milliers de décès supplémentaires annuels par le taux de chômage, ou par la surreprésentation d'ouvriers, ou encore par le nombre important de ménages défavorisés. Bien d'autres territoires présentent ces caractéristiques économiques (chômage important en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Languedoc-Roussillon) sans que leur population rencontre les difficultés de santé du Nord – Pas-de-Calais.

Même au sein de territoires les plus en difficulté, tous les individus n'ont pas les mêmes caractéristiques, ne sont pas identiques.

#### **Un mix de facteurs qui influencent l'état de santé**

Ce que la Haute Autorité de Santé (HAS) nomme déterminants cumulatifs de l'état de santé est en effet un mix de facteurs :

- les environnements physiques et sociaux ;
- la culture ;
- le niveau de revenu et le statut social ;
- les réseaux de soutien social ;
- l'éducation et l'alphabétisation ;
- l'emploi et les conditions de travail ;
- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle ;
- le développement dans la petite enfance et ses conséquences aux âges plus élevés ;
- le recours au service de santé ;

auxquels on peut ajouter les encadrements collectifs.

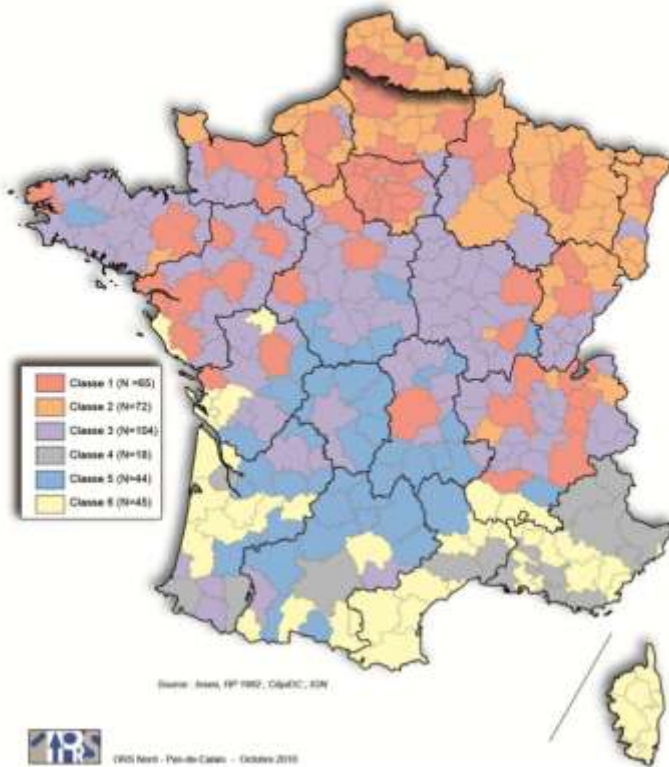
Les deux cartes présentées comparent la situation des différents territoires français (zones d'emploi) en 1982 et 2006. Différents facteurs y sont mixés, et notamment les facteurs psychosociaux explicités plus haut.

On y voit nettement que la situation de la Région a réellement changé en 24 ans : par zone d'emploi, en 2006, les territoires de la Région n'y sont plus tous *difficiles* comme ils l'étaient de manière homogène en 1982. Seules les zones en vert foncé restent en difficulté.

Il s'agit de Dunkerque, Calais, Boulogne-sur-Mer au nord-ouest, puis Béthune, Lens et Douai, et enfin Douai, Valenciennes, Cambrai et Maubeuge, qui dessinent sur le Nord – Pas-de-Calais une tache en forme d'*haltère*, dont le *Bassin minier* relie les deux zones nord-ouest et sud-est.

Une situation qui évolue

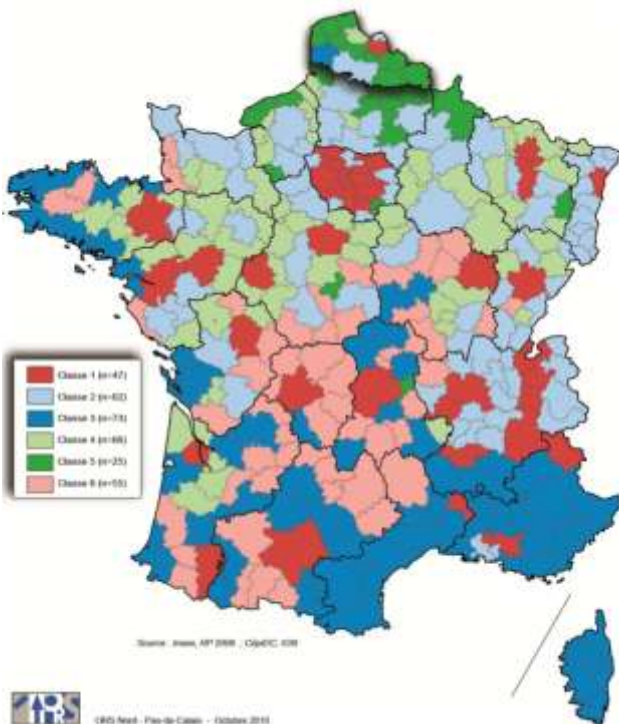
1982



		Cl.1	Cl.2	Cl.3	Cl.4	Cl.5	Cl.6
Population	Mouvement naturel	++	+	=	=	-	-
	Mouvement migratoire	=	-	=	++	=	++
	Taux de natalité	++	++	=	=	-	-
	Indice de vieillissement	-	-	=	=	++	++
Emploi	Taux activité hommes +15 ans	+	+	=	=	-	-
	Taux activité femmes +15 ans	++	+	=	=	-	-
	Taux chômage hommes 15-64 ans	-	-	-	++	-	-
	Taux chômage femmes 15-64 ans	-	-	-	+	-	++
	Taux PCS défavorisées	++	++	=	-	-	-
	Taux PCS moyennes	-	-	=	=	++	++
	Taux PCS favorisées	++	+	-	++	-	-
Composition sociale	Taux population secteur primaire	-	-	=	-	++	++
	Taux population secteur secondaire	++	++	=	-	-	-
	Taux population secteur tertiaire	++	-	-	++	-	-
	Taux non scolarisation niveau primaire	-	-	=	=	+	++
Densité médicale	Taux non scolarisation niveau secondaire	++	-	-	++	-	-
	Taux non scolarisation niveau supérieur	++	-	-	++	-	-
	Taux famille femme seule + enfant(s)	++	+	-	++	-	-
	Médecins généralistes	=	-	=	++	=	++
	Spécialistes et médecins hospitaliers	++	-	-	++	-	-
Mortalité	Infirmiers	++	-	-	++	-	-
	Chirurgiens dentistes	++	-	-	++	-	-
	Pharmaciens	++	-	-	++	-	-
	Système de soins	-	-	=	+	-	+
	Risques individuels	++	+	-	++	-	-
Prématurée	++	+	-	++	-	-	

++ : Moyenne de la classe supérieure de 30%<sup>2</sup> et plus à la moyenne française  
 + : Moyenne de la classe supérieure de 15% à 30% à la moyenne française  
 = : Moyenne de la classe aux alentours de la moyenne française  
 - : Moyenne de la classe inférieure de 15% à 30% à la moyenne française  
 -- : Moyenne de la classe inférieure de 30% et plus à la moyenne française

2006



		Cl.1	Cl.2	Cl.3	Cl.4	Cl.5	Cl.6
Population	Mouvement naturel	++	++	-	=	-	-
	Mouvement migratoire	-	=	++	=	-	+
	Taux de natalité	++	+	-	=	-	-
	Indice de vieillissement	-	-	-	=	++	++
Emploi	Taux activité hommes +15 ans	++	++	-	=	=	-
	Taux activité femmes +15 ans	++	++	-	=	=	-
	Taux chômage hommes 15-64 ans	-	-	-	++	-	-
	Taux chômage femmes 15-64 ans	-	-	++	=	++	-
	Taux PCS défavorisées	-	=	-	+	++	+
	Taux PCS moyennes	-	-	-	=	++	++
	Taux PCS favorisées	++	+	-	++	-	-
Composition sociale	Taux population secteur primaire	-	-	=	++	++	++
	Taux population secteur secondaire	++	++	++	-	-	-
	Taux population secteur tertiaire	++	+	-	++	++	++
	Taux non scolarisation niveau primaire	-	-	=	++	++	++
Densité médicale	Taux non scolarisation niveau secondaire	++	+	-	++	-	-
	Taux non scolarisation niveau supérieur	++	+	-	++	-	-
	Taux famille femme seule + enfant(s)	++	+	-	++	-	-
	Médecins généralistes	++	+	-	++	-	-
	Spécialistes et médecins hospitaliers	++	+	-	++	-	-
Mortalité	Infirmiers	++	+	-	++	-	-
	Chirurgiens dentistes	++	+	-	++	-	-
	Pharmaciens	++	+	-	++	-	-
	Système de soins	-	=	=	+	-	+
	Risques individuels	++	+	-	++	-	-
Prématurée	++	+	-	++	-	-	

++ : Moyenne de la classe supérieure de 30%<sup>1</sup> et plus à la moyenne française  
 + : Moyenne de la classe supérieure de 15% à 30% à la moyenne française  
 = : Moyenne de la classe aux alentours de la moyenne française  
 - : Moyenne de la classe inférieure de 15% à 30% à la moyenne française  
 -- : Moyenne de la classe inférieure de 30% et plus à la moyenne française

En 1982 et en 2006, ces territoires correspondaient aux secteurs marqués par les indicateurs les plus difficiles et se plaçaient, aux deux époques, dans la classe française la plus défavorable. Mais il existe au sein même de ces territoires des différences : les zones du littoral ont des surmortalités de 30 à 40 % tandis que les autres ont des taux qui vont jusqu'à 64 % (Hénin-Carvin).

	Mortalité prématurée		Mortalité attribuable à des facteurs de risques individuels		Mortalité relevant d'actions sur le système de soins	
	2006		2006		2006	
	ICM	Rang France	ICM	Rang France	ICM	Rang France
Artois-Ternois	121,3	301	133,8	308	121,9	291
Berck-Montreuil	138,2	340	142,5	327	142,9	342
Béthune-Bruay	145,4	345	164,4	346	140,1	338
Boulonnais	141,8	343	158,9	344	134,5	331
Calaisis	133,5	334	145,9	333	125,5	302
Cambresis	137,1	339	151,0	337	149,4	346
Douais	142,7	344	153,8	340	142,7	341
Dunkerque	133,8	335	138,2	318	144,7	344
Flandre-Lys	117,8	285	130,0	299	100,5	168
Lens-Hénin	163,9	347	189,8	348	150,7	347
Lille	120,9	299	125,0	274	123,5	296
Roubaix-Tourcoing	128,7	326	130,2	300	133,2	326
Saint-Omer	131,0	328	144,4	329	140,5	339
Sambre-Avesnois	139,8	341	149,4	336	130,9	322
Valenciennois	153,3	346	164,2	345	160,0	348
<b>France</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

### Une nette diminution de la mortalité attribuable aux facteurs individuels

Lille, Calais, Dunkerque, Sambre-Avesnois (Maubeuge) et Roubaix-Tourcoing ont vu leur mortalité évitable attribuable à des facteurs individuels diminuer sensiblement plus que la moyenne nationale.

Tout fonctionne comme si les efforts déployés par les politiques de prévention avaient porté leurs fruits. Sollicité sur ce point par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, l'ORS développera d'autres analyses à la suite de cette publication.

À noter que, malgré les bons résultats cités, la mortalité prématurée a diminué moins vite que la moyenne nationale dans certaines zones : Lens-Hénin, Béthune-Bruay et Artois-Ternois (Arras). Les efforts des politiques de prévention y ont-ils contourné les déterminants psychosociaux ?

	Mortalité prématurée		Mortalité attribuable à des facteurs de risques individuels		Mortalité relevant d'actions sur le système de soins	
	Evolution 1982/2006		Evolution 1982/2006		Evolution 1982/2006	
	Indice	Rang France	Indice	Rang France	Indice	Rang France
Artois-Ternois	86,5	225	88,1	187	100,7	149
Berck-Montreuil	69,5	303	100,0	146	66,2	328
Béthune-Bruay	87,9	212	78,7	213	97,9	170
Boulonnais	87,8	214	99,0	149	94,6	203
Calaisis	102,4	103	117,7	66	113,9	49
Cambresis	97,9	129	103,0	130	91,4	223
Douais	97,5	134	99,8	148	103,9	113
Dunkerque	92,7	176	110,6	89	89,0	245
Flandre-Lys	98,1	124	101,7	136	118,1	29
Lens-Hénin	88,8	204	74,8	223	102,8	130
Lille	109,3	63	120,1	58	103,7	115
Roubaix-Tourcoing	96,3	146	105,0	116	92,2	216
Saint-Omer	82,8	243	100,2	143	69,2	322
Sambre-Avesnois	96,8	141	106,8	106	103,3	121
Valenciennois	89,0	201	97,7	155	91,6	221
<b>France</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

### **Une nette diminution de la mortalité relevant d'actions sur le système de soins**

De nombreuses zones d'emploi de la Région affichent une diminution supérieure à la tendance nationale : il s'agit de Flandre-Lys et du Calais, du Douaisis, de Lille et de Sambre-Avesnois.

Les diminutions des autres territoires sont proches de la moyenne nationale, exception faite de Berck-Montreuil et Saint-Omer, dont les plus faibles effectifs de population liés à la plus forte ruralité nécessiteront des investigations plus poussées.

### **Lille, une anomalie à comprendre**

En 2006, Lille est classé dans la catégorie des principales métropoles régionales. Tous les indicateurs les plus marquants y décrivent une situation globale favorable.

Entre 1982 et 2006, l'évolution s'y est faite positivement. Pourtant, la mortalité prématurée y est toujours élevée en 2006 : de 20 % supérieure à la moyenne nationale, soit bien plus que les territoires qui lui sont comparables. La mortalité attribuable aux comportements individuels est de 25 % supérieure au reste de la France, et la surmortalité relevant d'actions sur le système de soins y atteint 23 %. Cette différence devient plus nette encore lorsqu'on la compare avec les territoires qui lui ressemblent : les métropoles régionales.

Il semble que Lille, à la différence des autres villes de son rang dans la hiérarchie urbaine française, compte une population socialement encore très hétérogène. Les populations fragiles n'ont sans doute pas été éloignées de la capitale régionale, comme cela a été le cas ailleurs.

### **Des gains considérables en 1/4 de siècle**

Les gains obtenus par la diminution accélérée de la mortalité attribuable aux comportements individuels et la mortalité relevant d'actions sur le système de soins sont considérables. C'est pourquoi, l'ORS Nord – Pas-de-Calais va continuer leur observation et leur analyse.

Ces progrès réels encouragent à poursuivre les actions menées sur tous les déterminants de l'état de santé, et en particulier sur les déterminants psychosociaux.

Ce travail, mené localement, pas à pas, permet d'espérer que les territoires de la Région continuent de progresser rapidement.