



# Rapport d'activité

---

*Année 2014*



## Sommaire

La vie de l'Observatoire Régional de la Santé .....	5
Activités permanentes de l'observatoire .....	9
La communication sur le site internet.....	10
L'activité du département « Recherche et Information » (DRI) .....	15
Les activités des systèmes d'informations géographique de l'ORS (SIGORS) .....	16
La communication écrite par le biais des petits dossiers « 50/51° Nord ».....	18
Études & travaux.....	19
Bilan d'une décennie de cancers. Volet 1. Analyse de la mortalité .....	20
Bilan d'une décennie de cancers. Volet 2. Entretiens auprès de patients et d'anciens patients ..	26
Bilan d'une décennie de cancers. Volet 3. Phase 1 .....	29
Divergences des évolutions territoriales de l'offre de santé .....	31
Évaluations d'Impact sur la Santé et Intercommunalités .....	34
Développement et mise à jour d'indicateurs sur la situation sociodémographique et l'état de santé, ainsi que la démographie des professionnels de santé dans le Nord – Pas-de-Calais.....	38
Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé (CLS) .....	41
Actualisation de l'Atlas 2015 de l'ARS.....	46
Suivi du mouvement démographique des professionnels de santé exerçant dans les zones fragiles de la région Nord – Pas-de-Calais (document de travail ARS confidentiel).....	48
Autres activités .....	49
Autres sollicitations et interventions.....	50
Demandes spécifiques de statistiques réalisées en 2014.....	51
Annexes.....	55
Publications réalisées ou finalisées en 2014 .....	56



# La vie de l'Observatoire Régional de la Santé

Le fonctionnement associatif de l'ORS s'est renforcé depuis le milieu de l'année 2013 à la suite des difficultés financières rencontrées à partir de l'année 2012. Cette année 2013 avait vu la dénonciation de l'accord d'entreprise et le licenciement de deux salariées ayant refusé cette décision. L'année 2013 s'était alors soldée par un déficit de 82 868 €uros sans aucune réserve financière. Devant ces difficultés, l'Assemblée Générale décidait de mettre en œuvre la « refondation » de l'ORS au cours de l'année 2014.

L'année 2014 a vu le début d'un redressement de l'ORS sur tous les plans. Tous les travaux confiés à l'observatoire ont pu être réalisés sans trop déborder sur l'année 2015, le contrôle des dépenses a pleinement fonctionné, des réunions régulières d'échanges ont eu lieu avec les principaux financeurs et le compte de résultat a affiché un excédent de 35 721,00 €uros avec une augmentation des provisions et une diminution des fonds dédiés. Au 31 décembre 2014, l'ORS comptait 7 salariés avec l'embauche d'une salariée 'journaliste' et le passage en inaptitude d'un chargé d'étude.

L'ORS a accueilli 2 stagiaires et 2 internes en 2014.

### **La refondation**

Le mardi 17 décembre 2013, l'Assemblée Générale de l'ORS lançait les travaux de « refondation » sur la base d'un premier document adopté par le Bureau.

La première mouture du texte de refondation a été élaborée par le Bureau au cours du premier semestre 2014 et a été présentée en juin 2014 à l'Assemblée Générale. Ce projet a été envoyé aux deux principaux financeurs pour recenser leur avis.

Parallèlement à ce travail, l'Association NORD ACTIF, sollicitée depuis la fin 2013 pour les problèmes de trésorerie de l'ORS, décidait de lui apporter un appui décisif en lui proposant un accompagnement par un cabinet extérieur. C'est l'institut CSE qui fut choisi en partenariat pendant l'été 2014 permettant d'aboutir au début de l'année 2015. À partir d'une méthode participative, le travail du consultant devait faire évoluer la refondation vers un véritable projet de développement en débutant par un diagnostic stratégique partagé. Le travail d'accompagnement s'est effectivement déroulé de septembre 2014 à mars 2015 et a abouti à un document dénommé : « Refondation de l'ORS Nord – Pas-de-Calais 2015-2017 – Un nouveau module de développement »

Il a été adopté par le Conseil d'Administration de l'ORS le 11 mars 2015. Il est basé sur une vision prospective et sociétale de la Santé devant conduire à une véritable aide à la décision en santé auprès de tous les acteurs publics et privés de la société Régionale et Nationale, voire les acteurs publics transfrontaliers.

Il tient compte d'une approche globale en santé qui doit s'investir dans de nouveaux champs :

- Les parcours de soins et de santé
- L'état de santé et l'accès aux soins dans le secteur médico-social
- La promotion de la santé et la prévention
- Le développement de la démocratie sanitaire

Toutes ces évolutions s'inscrivent dans un plan stratégique 2015-2017, volontariste et prudent, qui prévoit d'amplifier fortement de nouveaux financements.

### **Les instances de l'ORS Nord – Pas-de-Calais**

Au-delà de l'implication très forte des membres du Bureau dans le fonctionnement de l'observatoire, c'est l'ensemble des membres de l'association qui s'est investi dans la vie de l'ORS. Cela s'est traduit par une sollicitation des instances plus importante que pendant les années antérieures.

- **Les réunions de Bureau se sont tenues aux dates suivantes :**
  - 16/01/2014
  - 13/02/2014
  - 20/03/2014
  - 23/04/2014
  - 17/06/2014
  - 03/07/2014
  - 08/09/2014
  - 21/10/2014
  - 23/10/2014
  - 07/11/2014
  
- **Les réunions de Conseil d'Administration et d'Assemblée Générale** (qui ont sensiblement la même composition) ont eu lieu les :
  - 07/01/2014
  - 17/06/2014
  
- **Réunion des organismes faisant des observations en santé dans la région Nord – Pas-de-Calais**
  - 03/12/2014
  
- **Le « Groupe de refondation de l'ORS » s'est réuni les :**
  - 16/01/2014
  - 13/02/2014
  
- **Des comités de suivi des rapports de l'ORS avec le Conseil Régional ont eu lieu avec les responsables de la région :**
  - 14/02/2014
  - 11/04/2014
  - 13/05/2014
  - 03/07/2014
  - 11/09/2014
  - 21/10/2014

Au 31 décembre 2014, le Bureau de l'ORS Nord – Pas-de-Calais était ainsi composé :

- |                       |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| ▪ Président :         | Professeur Jean-Louis Salomez |
| ▪ Vice-Président :    | Monsieur Pierre-Marie Lebrun  |
| ▪ Vice-Président :    | Monsieur Francis Formaglio    |
| ▪ Secrétaire :        | Monsieur Michel Letellier     |
| ▪ Trésorier :         | Madame Sophie Delmotte        |
| ▪ Trésorier adjoint : | Monsieur Bruno Delaval        |

### **Gestion financière et comptable**

L'ORS bénéficie depuis la fin de l'année 2013 des services d'un cabinet comptable qui travaille en lien avec la salariée de l'ORS.

Il vérifie les aspects comptables, mais aussi les aspects réglementaires liés aux salaires.

L'année 2014 se termine avec un léger excédent de 35 721,00 €uros à la suite d'une gestion extrêmement rigoureuse et encadrée. Les produits sont en léger recul par rapport à 2013 (-65 581€uros) et les charges sont nettement inférieures à celles de 2012 (-184 030 €uros) dans la mesure où les deux licenciements de la fin 2013 ont pleinement joué sur le budget.



## **Activités permanentes de l'observatoire**

## La communication sur le site Internet

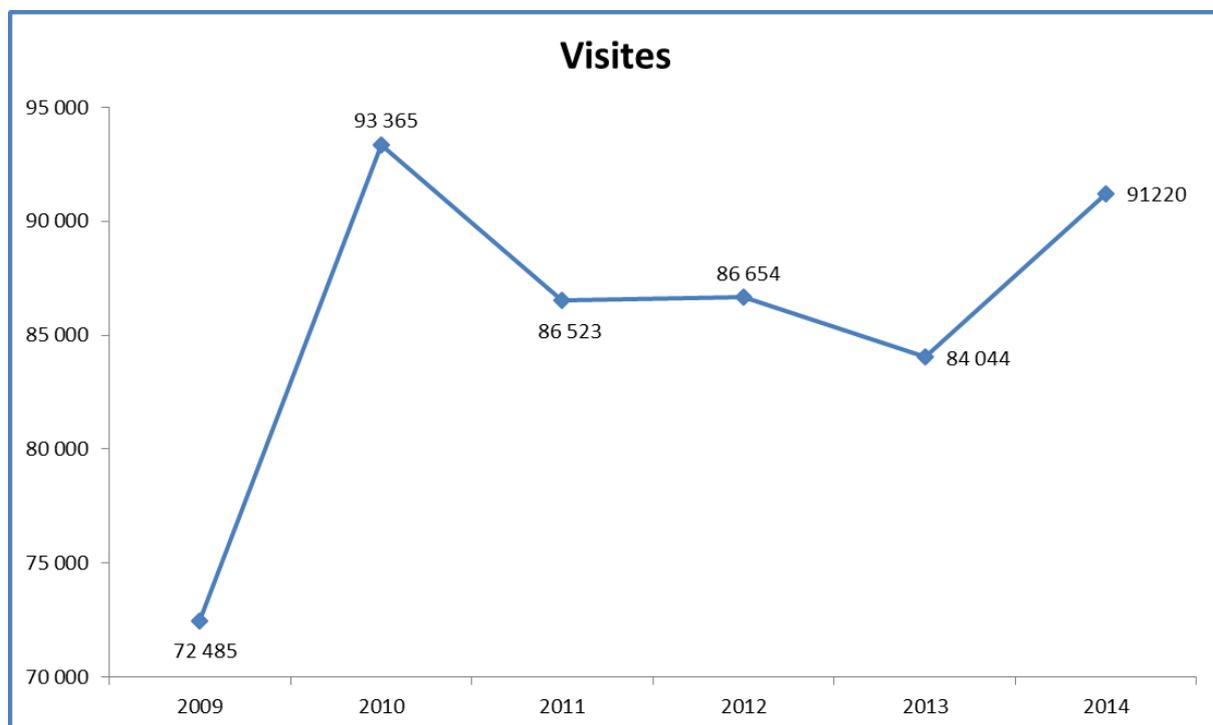
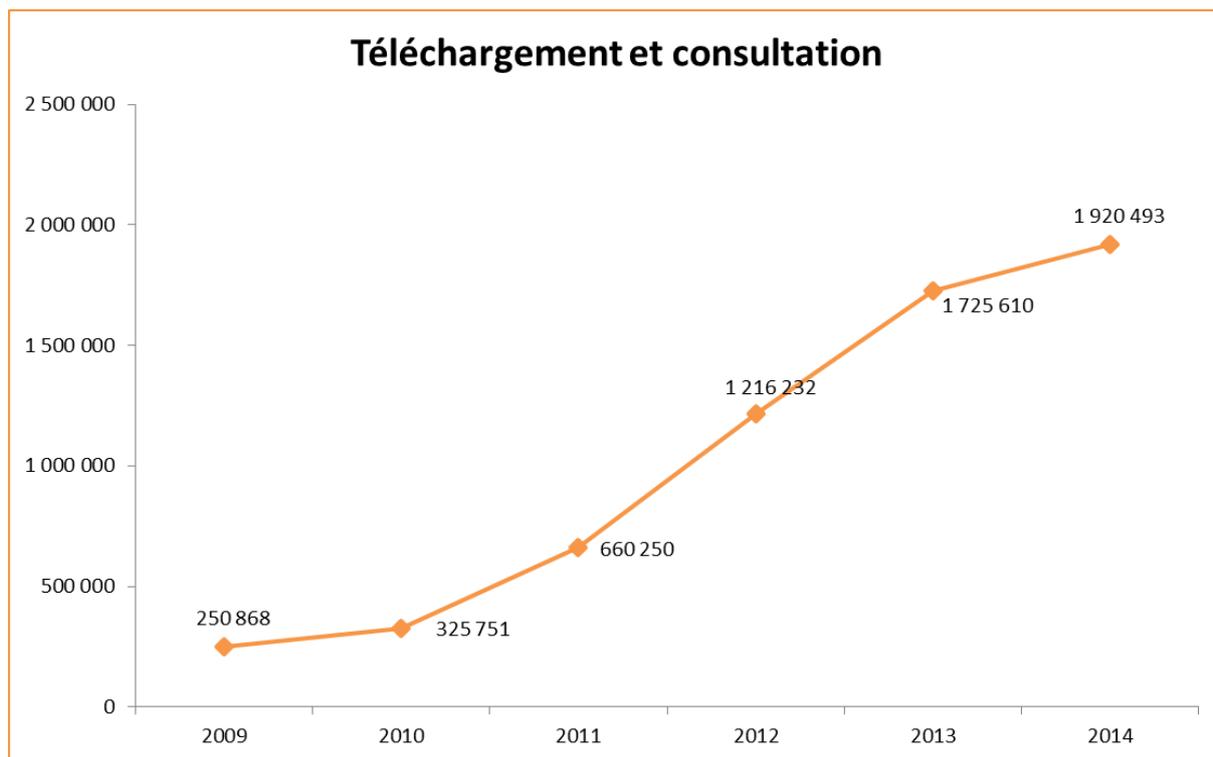
Le projet de refonte du site Internet de l'ORS [www.orsnpdc.org](http://www.orsnpdc.org) a été initié en septembre 2014. Le site devant être revu tant du point de vue des fonctionnalités, de l'ergonomie, que du design. Les derniers mois de l'année ont été consacrés à la sélection d'un prestataire (agence Internet) ainsi qu'à la définition des besoins.

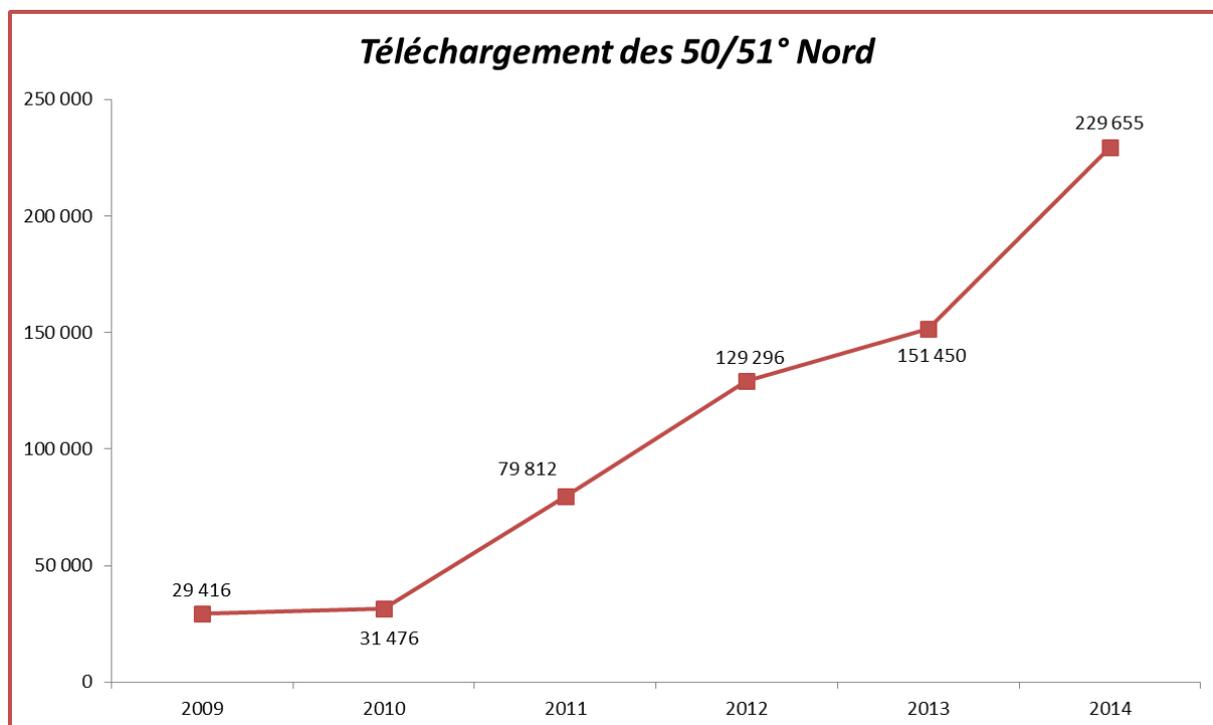
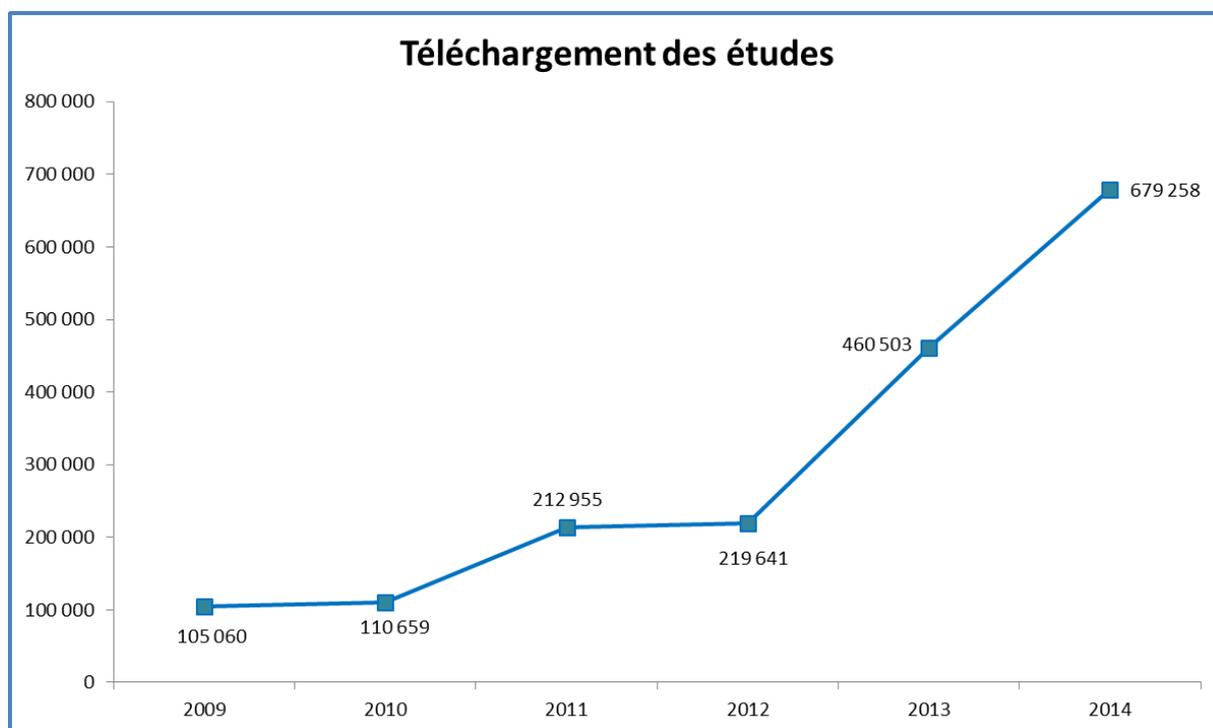
La stratégie retenue a été de mettre en ligne au printemps 2015 un tout nouveau site Internet, offrant un espace documentaire regroupant l'ensemble de ses travaux et publications, un espace dédié à la cartographie interactive; ainsi qu'un espace « Actualités » regroupant des actualités portant sur la vie de l'ORS et de ses membres, des nouveautés en matière de travaux, des infos santé, des recommandations de lecture et des dates à retenir en matière de santé.

En 2014, le site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais a comptabilisé 91 220 visites et 1 920 493 téléchargements et consultations de fichiers (cf. page suivante).

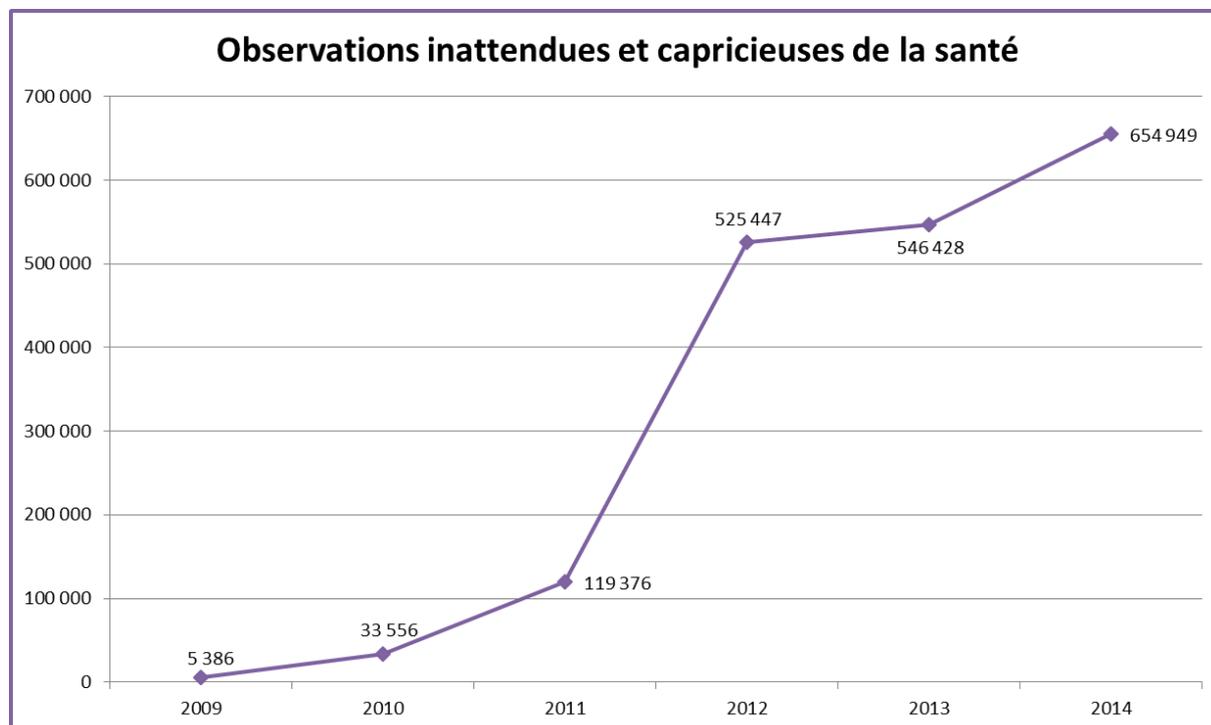
Les dix premiers travaux les plus téléchargés par les internautes sont par ordre décroissant :

Clas.	N°	Publications	Année 2014
1	Observ.	Les déchets et la santé	200 741
2	Étude n° 13-6	Notre santé : mieux comprendre la santé et ses enjeux en Nord – Pas-de-Calais	198 697
3	Observ.	Santé mentale	117 442
4	Observ.	Climat, météo et santé	94 727
5	Étude n° 12-2	L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais	77 294
6	Observ.	Risques, catastrophes, crises	43 155
7	Étude n° 08-2	Accessibilité des professionnels de santé : une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement, 2008	41 090
8	50/51° Nord n° 12	Les bassins de vie du Nord - Pas-de-Calais : le Hainaut, 2006	32 112
9	Étude n° 13-4	Santé et politiques publiques	30 391
10	Observ.	Violence	29 710





Le téléchargement des *Observations inattendues de la santé* est en constante progression, comme en témoigne le graphique suivant :



Les fichiers mis en ligne en 2014 sont énumérés ci-dessous et plus loin dans ce document.

### Indicateurs statistiques mis en ligne en 2014

#### Mortalité par causes dans le Nord - Pas-de-Calais 2007 – 2010 :

- Mortalité par causes dans le Nord - Pas-de-Calais 2007 - 2010
- Mortalité toutes causes de décès confondues dans le Nord - Pas-de-Calais 2007 - 2010
- Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel dans le Nord - Pas-de-Calais 2007 - 2010
- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord - Pas-de-Calais 2007 - 2010
- Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord - Pas-de-Calais 2007 - 2010
- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx, dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par tumeur maligne du côlon dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par tumeur maligne colorectale dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par tumeur maligne de l'estomac dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par tumeur maligne de la prostate dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par tumeur maligne du sein dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010

- Mortalité par tumeur maligne du col de l'utérus dans le Nord - Pas-de-Calais 2007 - 2010
- Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par cardiopathies ischémiques dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par maladies cérébro-vasculaires dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par maladie chronique du foie dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par diabète sucré dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par accidents de la circulation dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010
- Mortalité par suicides dans le Nord - Pas-de-Calais, 2007 - 2010

### **Mortalité par causes dans le Nord - Pas-de-Calais 2008 – 2011 :**

- Mortalité toutes causes de décès confondues dans le Nord - Pas-de-Calais, 2008 - 2011
- Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel dans le Nord - Pas-de-Calais, 2008 - 2011
- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins dans le Nord - Pas-de-Calais, 2008 - 2011
- Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord - Pas-de-Calais, 2008 - 2011
- Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans le Nord - Pas-de-Calais, 2008 - 2011
- Mortalité par diabète sucré dans le Nord - Pas-de-Calais, 2008 - 2011
- Mortalité par suicides dans le Nord - Pas-de-Calais, 2008 - 2011

### **Population active et emploi dans le Nord - Pas-de-Calais en 2010 :**

- Population active dans le Nord - Pas-de-Calais en 1999 et 2010
- Part des catégories professionnelles parmi les actifs dans le Nord - Pas-de-Calais en 1999 et 2010
- Nombre de chômeurs et taux de chômage des 15-64 ans dans le Nord - Pas-de-Calais en 1999 et 2010
- Situation socio-économique des actifs de 15-64 ans dans le Nord - Pas-de-Calais en 1999 et 2010

### **Diagnostiques statistiques des Contrats Locaux de Santé 2014 :**

- CLS de la CA Porte du Hainaut
- CLS Sud-Avesnois

### **Relations presse**

Un point presse consacré à la présentation de « Notre santé » a été tenu le 19 septembre 2014.

## L'activité du département « Recherche et Information » (DRI)

Le Département de Recherche et d'Information assure la collecte, le traitement et la diffusion de l'information, prioritairement auprès des chargés d'études de l'ORS. Il répond également ponctuellement aux demandes d'information documentaire ou statistique des usagers extérieurs.

Les activités courantes du DRI :

- Gestion du fonds documentaire, commande, indexation de documents.
- Veille documentaire pour le personnel d'étude de l'ORS : cancer, accès aux soins, évaluation d'impact sur la santé, évaluation, démographie des professions de santé, environnement, inégalité de santé, économie de la santé...
- Recherche documentaire sur demandes extérieures à l'ORS :  
Le DRI a répondu à ses missions d'information auprès du grand public ainsi que des institutions régionales, directeurs d'établissements hospitaliers, professionnels de santé, acteurs sociaux et territoriaux, presse écrite et audiovisuelle, étudiants en troisième cycle universitaire, ...  
Au total, le DRI a été sollicité pour une quarantaine de demandes individuelles (documentaires ou statistiques) en 2014.

Les thèmes les plus demandés ont été :

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Accès aux soins</li><li>• Cancers</li><li>• Contrats Locaux de Santé</li><li>• Démographie des professions de santé</li><li>• Démographie médicale</li><li>• Diabète</li><li>• Diagnostic par territoire</li><li>• Équipement lourd</li><li>• Espérance de vie</li><li>• Grossesse</li><li>• Handicap</li><li>• Hospitalisation à domicile</li><li>• IVG</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Maladie d'Alzheimer</li><li>• Mortalité par pathologie</li><li>• Obésité, surpoids</li><li>• Offre de soins</li><li>• Personnes âgées</li><li>• Politique de santé</li><li>• Population, démographie</li><li>• Recours aux soins</li><li>• Santé mentale</li><li>• Saturnisme</li><li>• Urgence hospitalière</li><li>• Vaccination</li></ul> |
|--|--|

## Les activités du système d'information géographique de l'ORS (SIGORS)

### **Contexte**

SIGORS est le Système d'Information Géographique (SIG) de l'ORS Nord – Pas-de-Calais. C'est un système informatique conçu pour permettre le stockage, la gestion, le traitement, l'analyse et la représentation cartographique de données à références spatiales.

Utilisé depuis plus de dix ans dans la grande majorité des études de l'ORS et contribuant à ce titre à la mémoire de la santé des territoires, SIGORS est un outil fondamental de l'observation spatiale et territoriale de la santé dans la région.

Outre la réalisation de cartes ou d'atlas sur des thématiques de santé, il permet également la mise en œuvre de méthodes utiles à l'analyse des enjeux (croisements de données, analyses statistiques, temps d'accès, courbes isochrones, aires d'attraction). Avec la régionalisation de plus en plus poussée des politiques de santé durant ces dernières années, la demande des acteurs des différents territoires qui composent la région, de disposer de données de santé comparables dans le temps et dans l'espace, est de plus en plus forte. La carte est un outil de communication efficace et plébiscité. Il revêt une puissance pédagogique très forte, en particulier chez les élus locaux et désormais pour la quasi-totalité des parties prenantes de la santé. Répondre à cette demande nécessite de pouvoir aisément mobiliser ces données sur différents découpages territoriaux afin de produire des synthèses et des analyses utiles pour éclairer la prise de décision.

Le SIG est l'outil privilégié qui permet de recomposer l'information géographique sur les différents territoires à partir de données hétérogènes, en fonction des enjeux et des attentes. Il fonctionne sur une logique d'emboîtement territorial, depuis la commune jusqu'au territoire national, chaque territoire composant un individu statistique ayant ses caractéristiques géométriques propres (positionnement dans un plan orthonormé) et des informations attributaires qui lui sont rattachées. À partir d'un plus petit dénominateur territorial commun (le plus souvent la commune) qui constitue l'unité géographique de base à laquelle sont attribuées les différentes informations, SIGORS permet une interrogation des différents découpages territoriaux par agrégation des données attributaires : communes, intercommunalités, cantons, arrondissements, zones d'emploi et bassins de vie, zones de proximité et territoires de santé, territoires de projets... Cet emboîtement d'échelle, cette flexibilité de lecture à différents niveaux de territoires est fondamentale pour une connaissance approfondie des espaces et de leur contexte et permet de s'adapter à la variabilité des enjeux et des périmètres de gestion.

L'analyse spatiale des phénomènes de santé est un domaine dans lequel l'ORS Nord – Pas-de-Calais est reconnu. Elle dépend en grande partie de la capacité de SIGORS à générer de l'information sur ces territoires de référence, dans la région et au-delà afin de disposer d'éléments de comparaison pertinents.

### **Matériel**

SIGORS est développé sur la base du logiciel Géoconcept, un des principaux SIG présent sur le marché. Il est compatible avec les autres SIG existants dont ceux d'ESRI. Il s'organise autour d'une base de données territorialisée qui permet d'attribuer des informations à différents découpages géographiques. La mise en forme de la production cartographique est réalisée avec le logiciel Adobe Illustrator.

## ***Principaux résultats***

### **Mise à jour et intégration de données**

La recherche, la collecte, l'organisation et le traitement des données à caractère géographique font partie des activités permanentes liées à SIGORS. La stratégie d'action se base sur la collecte des données au niveau de la France entière afin d'insérer les territoires du Nord – Pas-de-Calais dans un ensemble géographique plus vaste et de disposer de territoires comparables pertinents en dehors de la région. L'enrichissement continu des bases d'information passe par une mise à jour annuelle des « bases permanentes » utilisées dans SIGORS et par l'intégration de données non permanentes. Ces bases de données sont relatives aux découpages territoriaux d'une part et aux informations attributaires d'autre part.

En 2014, les principales mises à jour de données ont porté sur :

- Les données de population issues du recensement annuel (INSEE) : base de données démographique et socio-économique, niveau communal et agrégations à différents niveaux géographiques (Communes->Régions) ;
- Les données de mortalité (INSERM, CépiDc) : base de données sur l'état de santé de la population aux différents niveaux géographiques (Zones de proximité, zones d'emploi, territoires de santé, intercommunalités) ;
- L'offre de professionnels de santé (répertoire ADELI et RPPS) : base de données sur la démographie des professions de santé, niveau communal et agrégations à différents niveaux géographiques (Communes->Régions).

### **Productions de cartes et d'analyses spatiales ; autres travaux**

- Une vingtaine de cartes portant sur des thématiques de santé ont été réalisées en 2014, principalement sur l'état de santé (mortalité), les professionnels de santé (localisation, densité/desserte des territoires infrarégionaux) ;
- D'autres cartes ont été réalisées sur l'accessibilité aux urgences, sur l'actualisation de l'indice de défaveur sociale de Townsend, ou encore sur la nouvelle composition des intercommunalités ;
- Dans le cadre du 50/51 Urgences, Sigors a permis d'analyser l'accessibilité (en temps) des différentes communes de la Région aux services d'urgences ;
- Sigors a permis la création d'un module de cartographie dynamique mis en place le site Internet de l'ORS. Ce module permet d'interroger les zones de proximité de la région au regard d'une série d'indicateurs sur l'état de santé (mortalité) et sur les professionnels de santé. Il est amené à s'étoffer avec le temps.
- L'ORS a également apporté des réponses aux interrogations des différents acteurs rencontrés sur la lecture et l'interprétation des données cartographiées.

## La communication écrite par le biais des petits dossiers « 50/51° Nord »

### 1. Crise de la démographie des professionnels de santé : les dynamiques territoriales face à leurs miroirs

Le premier, diffusé début septembre 2014, a porté sur la démographie des professionnels de santé. Intitulé « Crise de la démographie des professionnels de santé : les dynamiques territoriales face à leur(s) miroir(s) », ce numéro dresse un bilan de la présence des professionnels de santé dans la région et analyse les dynamiques d'implantation les concernant. Pour ce faire, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a choisi de comparer chaque zone de proximité de la région avec des zones dites « miroirs », autrement dit comparables. Quels sont, dans le Nord – Pas-de-Calais, les territoires qui attirent le plus de professionnels de santé ? Ceux qui en gagnent ? Ceux qui en perdent ? Si le constat général est plutôt positif, certains périmètres méritent une vigilance certaine, surtout pour les dix à quinze années à venir. Dans d'autres régions, les dynamiques des implantations ont créé de vrais déserts médicaux, faute d'avoir été observées, analysées et correctement traitées.

### 2. Les urgences victimes de leurs succès ?

Le deuxième, diffusé fin octobre, s'est intéressé aux urgences. Un Français sur quatre passe chaque année par ces services. Les nordistes ne dérogent pas à la tendance et se présentent chaque année plus nombreux aux portes de l'hôpital ouvertes 24h sur 24. Véritables laboratoires et miroirs de notre société, ces services sont des pôles de soins essentiels, aux rouages bien huilés. En la matière, avec une trentaine de services d'urgences et dix-sept services mobiles d'urgences et de réanimation, ou SMUR, le territoire régional est solidement maillé, et le réseau robuste. Qui vient aux urgences ? Pour quelles raisons ? Comment gérer une fréquentation en hausse quasi permanente ? Comment mettre en place la meilleure organisation, identifier les besoins et affecter les ressources nécessaires au fonctionnement des urgences ? Telles sont les questions posées par cette édition du 50/51° Nord, points de vue de professionnels et données chiffrées à l'appui. Choix de société sur la gestion du quatrième âge et de la précarité, organisation de l'offre de soins, moyens humains mis en œuvre, les solutions à la fréquentation en hausse des services d'urgences paraissent aussi nombreuses que les facteurs de recours. Et méritent d'être mises en avant en ces temps de disette et d'arbitrage budgétaire.

### 3. IRM : La trop longue attente

Le dernier, envoyé fin décembre, traitait de la question des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous d'IRM. Avec 37.7 jours en moyenne de délai pour obtenir un rendez-vous et un taux d'équipement dans la moyenne basse européenne, la France est mal placée pour combler son retard et répondre aux objectifs du plan cancer, qui préconise un maximum de 20 jours d'attente. Tel est le constat de l'étude Cemka Eval réalisée en 2014 pour l'association Imagerie Santé Avenir, qui représente les industriels de l'imagerie médicale. Après des années d'amélioration, les délais d'attente sont repartis à la hausse en 2013, pour gagner plus de 7 jours en un an. La région Nord-Pas-de-Calais a le mérite de tenir la première place hexagonale, avec un taux de 26.3 jours, fruit d'un volontarisme des professionnels de santé et du Conseil régional, ayant investi massivement en la matière. Pourtant, la région n'échappe pas à la tendance et voit ses délais d'attente se rallonger. Pourquoi ? Car les besoins augmentent bien plus rapidement que le taux d'installation de machines. Or, hormis les pertes de chance pour les patients, l'attente génère des coûts évitables lourds. Les radiologues et industriels plaident pour un effort soutenu en matière d'équipement et pour l'ouverture d'un débat sur les conditions de financement et d'installation des équipements.

Au total, 229 655 exemplaires des 50/51° Nord ont été téléchargés depuis le site de l'ORS au cours de l'année 2014. Un nombre important est également diffusé par voie postale aux adhérents de l'ORS.

## Études & travaux

## Bilan d'une décennie de cancers. Volet 1. Analyse de la mortalité

### **Contexte**

Dix années se sont écoulées entre le lancement du premier plan cancer et l'annonce du troisième, qui couvrira la période 2014-2019, par le président de la République dans son discours du 4 décembre 2012. Les deux premiers plans cancers ont permis la mise en œuvre de plusieurs axes, mesures et actions au cours de cette décennie.

La population du Nord – Pas-de-Calais, qui demeure la plus touchée par le cancer, ne semble pas avoir pleinement profité de cette dynamique mise en œuvre durant cette période. Elle accuse en 2010, une mortalité tous âges et prématurée dépassant respectivement de 20 % et 34 % le niveau de mortalité de la France métropolitaine.

Chez les hommes, cette surmortalité régionale est encore plus marquée, elle atteint 29 % à tous âges et grimpe à 44 % pour la mortalité prématurée (+14 % et +18 % respectivement chez les femmes). Certains cancers, liés notamment à la consommation de boissons alcoolisées ou de tabac, tels que les cancers des VADS et de l'œsophage, font ressortir des écarts de mortalité (tous âges confondus) par rapport à la France métropolitaine, et aux autres régions, encore plus marqués atteignant +72 % à tous âges et +100 % dans le cas de la mortalité prématurée.

En outre, la région Nord – Pas-de-Calais connaît une hétérogénéité territoriale faisant ressortir des zones où la surmortalité par tumeurs est lourde, massive. Plusieurs secteurs du Nord – Pas-de-Calais, situés notamment dans le Bassin minier, ou encore sur le Littoral, sont tout particulièrement concernés.

### **Objectifs**

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a souhaité développer une approche dynamique, fondée sur l'analyse de l'évolution de la mortalité par cancer au cours de cette décennie.

En effet, cette approche ne visait pas seulement à comparer le niveau de mortalité par tumeurs des différents territoires du Nord – Pas-de-Calais mais également à examiner si l'évolution de la mortalité par cancer de ses territoires a été plus rapide, plus lente ou équivalente au rythme d'évolution national. Ainsi, au-delà du fait qu'un territoire conserve une surmortalité élevée par rapport à la France ou par rapport à d'autres territoires, le fait que cette mortalité y ait diminué plus rapidement qu'ailleurs est un constat plutôt encourageant.

### **Méthode utilisée**

Afin de comparer l'évolution de la mortalité par cancer des différents territoires retenus pour cette étude, l'ORS Nord – Pas-de-Calais s'est appuyé sur l'Indice Comparatif d'Évolution de la Mortalité (ICEM) mis au point par l'ORS Nord – Pas-de-Calais.

Dans le cas présent, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a calculé l'ICEM entre les recensements de 1999 et 2010, couvrant ainsi un peu plus d'une décennie de mortalité par cancers. Afin d'accroître la significativité statistique des résultats, les décès domiciliés annuels de la France métropolitaine ont été cumulés sur les années 1997, 1998, 1999 et 2000 pour la période de début d'observation et sur les années 2008, 2009, 2010, 2011 pour la période de fin d'observation. Grâce à ce jeu de données, l'ORS a été en mesure d'étudier l'évolution de la mortalité entre 1999 et 2010 des territoires de la région Nord – Pas-de-Calais et de la comparer à celle des territoires des autres régions de France métropolitaine. Afin de situer l'écart de la mortalité de chaque territoire par rapport à la mortalité nationale, nous avons également présenté l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) calculé sur la dernière période.

L'ICEM et l'ICM des zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais ont été analysés à partir de graphiques permettant de positionner chaque territoire en fonction de la situation nationale et régionale de la mortalité.

Afin que les causes de décès de la période 1997-2000 demeurent comparables à celles de la période 2008-2011, nous nous sommes appuyés sur la neuvième classification internationale des maladies

(CIM-9). Le recodage en CIM-9 des causes de décès postérieurs à 1999 repose sur une table de transcodage CIM10/CIM9 obtenue auprès de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS).

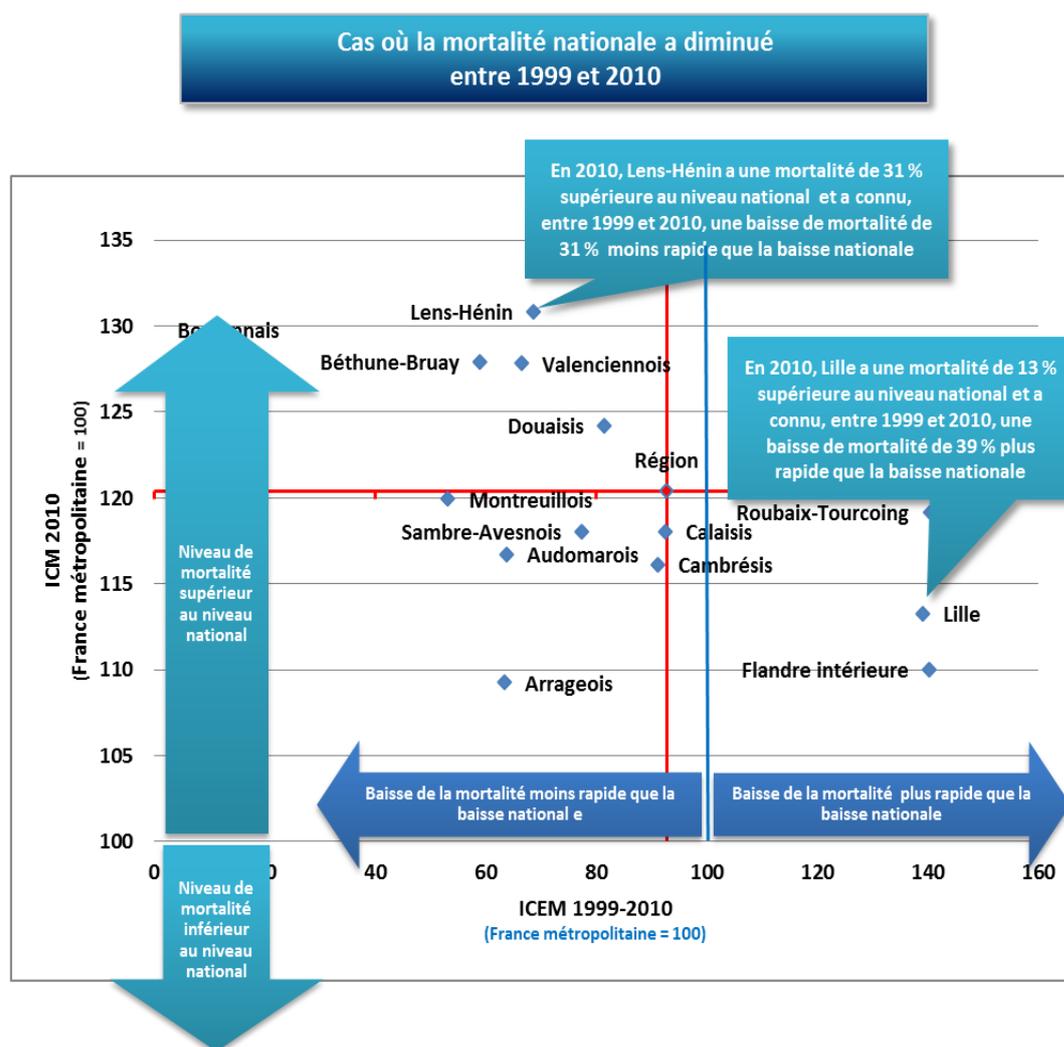
### Quatre cancers retenus

Notre analyse de l'évolution de la mortalité par cancer s'est portée sur l'ensemble des tumeurs ainsi que sur quatre localisations cancéreuses.

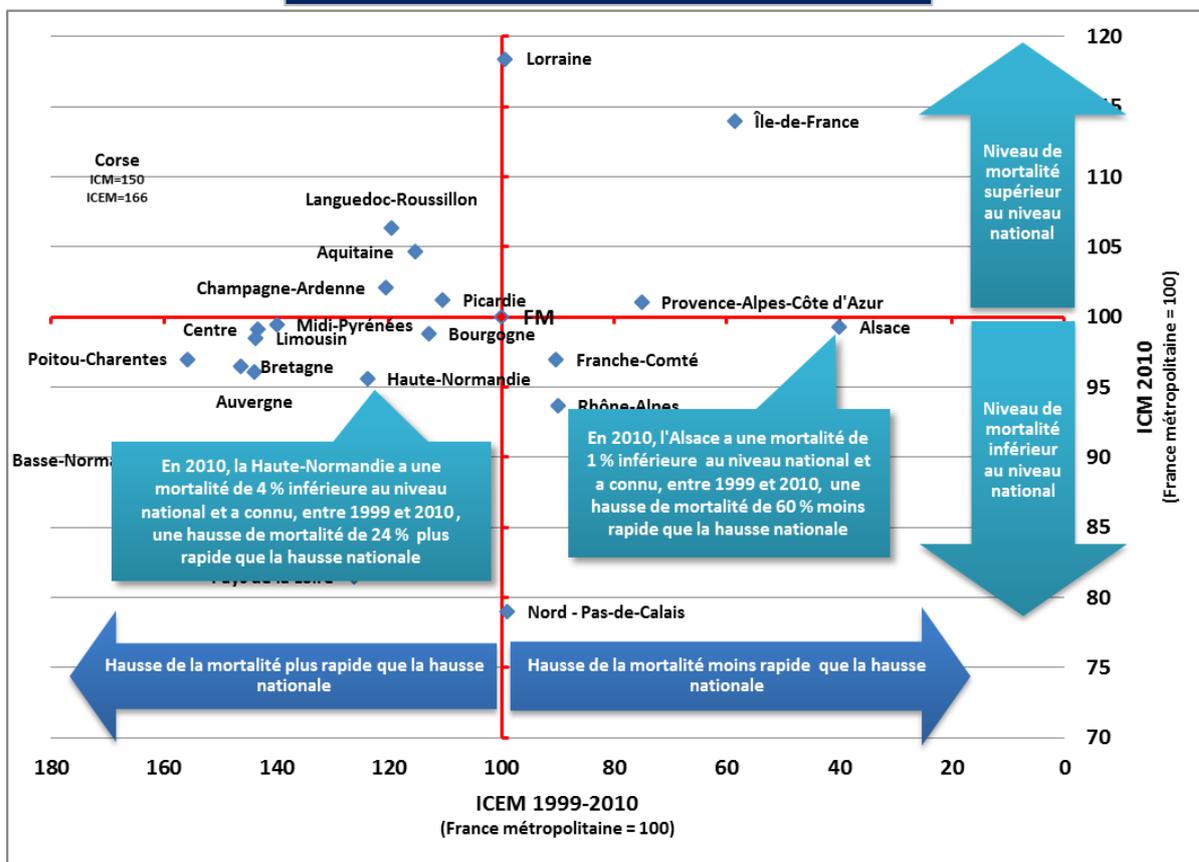
1. Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, première cause de décès par cancer chez l'homme, deuxième cause chez la femme.
2. Le cancer du sein, qui demeure la première cause de décès par cancer chez la femme.
3. Le cancer colorectal.
4. Les cancers des VADS et de l'œsophage, responsables dans notre région d'une mortalité nettement supérieure au niveau national.

### Exemples de graphiques :

Graphiques 1 et 2 : situation des régions et des zones de proximité en fonction de l'évolution de la mortalité 1999-2010 (ICEM) et du niveau de mortalité en 2010 (ICM)



Cas où la mortalité nationale a augmenté  
entre 1999 et 2010  
(Mortalité par cancer du poumon chez la femme)



**Territoires concernés**

L'analyse a porté sur différents échelons géographiques (France métropolitaine, région, zones de proximité et zones d'emploi). Plusieurs zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais ayant les mêmes limites territoriales que les zones d'emploi 2010, il nous a semblé pertinent de comparer les zones de proximité de la région Nord – Pas-de-Calais aux zones d'emploi des autres régions. Nous avons par conséquent constitué un maillage géographique couplant les 15 zones de proximité 2011 du Nord – Pas-de-Calais aux 289 zones d'emploi 2010 des autres régions de France métropolitaine totalisant ainsi 304 territoires infrarégionaux.

**Principaux résultats**

**La mortalité par cancers, d'importantes disparités infrarégionales**

Sans surprise, la surmortalité liée aux cancers dans le Nord – Pas-de-Calais reste lourde entre 2000 et 2011. Néanmoins, nous retiendrons la confirmation d'une nette hétérogénéité de l'évolution de cette mortalité au sein de la région, au cours de la dernière décennie. Les territoires infrarégionaux (zones de proximité) présentent des écarts très significatifs. De la même manière, les indicateurs de mortalité varient significativement selon les localisations de cancer : sein, poumon, voies aérodigestives supérieures, intestins... Et si le Nord - Pas-de-Calais reste « *la moins bonne classe du lycée* », certains élèves de la classe progressent bien et vite, parfois mieux que la moyenne de l'établissement... mais d'autres stagnent, ou même régressent.

**Ensemble des cancers, une mortalité qui reste 20 % supérieure à la moyenne nationale**

Le Nord-Pas-de-Calais reste la région de France la plus touchée par le cancer. La mortalité par tumeurs est en 2010 encore supérieure de 20 % à la mortalité française. En dix ans, une légère baisse de la mortalité par cancer a été constatée au niveau national. Et la région Nord - Pas-de-Calais est en ligne avec cette tendance, la baisse de la surmortalité régionale étant tout juste en dessous de la moyenne nationale. Le phénomène le plus marquant réside dans les écarts constatés à l'intérieur de la région.

Les zones de proximité de Lille et de Flandre intérieure présentent, par exemple, des baisses de mortalité par tumeurs bien supérieures au niveau national (+40 %). À l'opposé, les zones du Boulonnais, de Lens-Hénin, de Béthune-Bruay, du Valenciennois et du Douaisis ont connu des baisses bien moins rapides que la moyenne nationale. Dans le Boulonnais, la mortalité par tumeurs a baissé sept fois moins vite que dans l'ensemble de la région.

**Évolution de la mortalité par cancers dans les territoires (zones de proximité) du Nord – Pas-de-Calais au cours de la dernière décennie**

Zones de proximité du Nord - Pas-de-Calais ICEM 1999-2010	Ensemble des tumeurs	Poumon	Sein	Intestin	VADS & œsophage
	Hommes & femmes	Hommes	Femmes	Hommes & femmes	Hommes & femmes
Arrageois	63	177	-41	123	87
Audomarois	64	131	97	104	68
Béthune-Bruay	59	149	79	45	96
Boulonnais	13	50	-51	-74	78
Calaisis	92	-6	142	84	138
Cambrésis	91	144	61	109	101
Douaisis	82	54	233	16	55
Dunkerquois	110	144	200	149	100
Flandre intérieure	140	114	144	-121	102
Lens-Hénin	69	3	89	31	81
Lille	139	167	73	106	117
Montreuillois	53	88	-91	39	94
Roubaix-Tourcoing	140	173	191	41	120
Sambre-Avesnois	77	92	121	-9	122
Valenciennois	67	201	106	4	79

Un ICEM supérieur à 100 indique une diminution de la mortalité plus RAPIDE que celle enregistrée en France.

Un ICEM inférieur à 100 indique une diminution de la mortalité plus LENTE que celle enregistrée en France.

Un ICEM négatif indique une AUGMENTATION de la mortalité, c'est-à-dire une tendance totalement inverse à celle de l'ensemble de la France.

### **Le cancer du poumon, le Valenciennois et l'Arrageois bénéficient de fortes améliorations**

En 2010, la région reste la dernière au classement national en matière de mortalité par cancer broncho-pulmonaire (+34 % que la moyenne nationale). La baisse de la mortalité régionale est un peu supérieure à celle constatée au niveau national. Mais la région se place loin derrière les régions Île-de-France, Lorraine, Alsace, Provence-Alpes-Côte d'Azur ou Haute-Normandie en termes de recul de mortalité. Fait marquant, la mortalité commence à s'accroître très fortement chez les femmes, quand elle baisse chez les hommes.

À l'intérieur de la région, des écarts importants s'observent. Les zones du Valenciennois, de l'Arrageois, de Roubaix-Tourcoing, de Lille et de Béthune-Bruay affichent chez les hommes des baisses de mortalité nettement plus rapides que la moyenne nationale. Une baisse deux fois plus rapide dans la zone de Valenciennes par exemple. Les zones de Roubaix-Tourcoing et de Lille progressent aussi avec des baisses respectives de +73 et +67 % que la baisse nationale. Aussi, si la mortalité reste importante, l'écart avec le reste de l'Hexagone a tendance à se réduire. En revanche, la zone de Lens-Liévin cumule deux difficultés : une mortalité toujours très importante (+66 % par rapport à la moyenne) et une stagnation de cet indicateur, à l'inverse de la très grande majorité des zones infrarégionales.

### **Le cancer du sein (chez la femme), des écarts infrarégionaux à regarder de près**

Comme pour le cancer du poumon, le Nord-Pas-de-Calais est en dernière position française pour le cancer du sein. En 2010, la mortalité par cancer du sein chez la femme est de 28 % supérieure à la moyenne française. Pour autant, la région affiche une baisse de la mortalité depuis dix ans pour ce type de tumeurs en ligne avec la moyenne nationale (11,8 % versus 11,9 %). Mais, encore une fois, cette réalité cache des disparités très importantes à l'intérieur de la région. La baisse de la mortalité est bien plus rapide dans les zones de Roubaix-Tourcoing, du Dunkerquois et du Douaisis qu'au niveau national (+91 %, +100 % et +133 %), laissant entrevoir des améliorations futures. À l'inverse, la mortalité continue de progresser dans les zones du Boulonnais, de l'Arrageois et du Montreuillois.

### **Le cancer colorectal, une baisse de la mortalité bien moins rapide qu'au niveau national**

En dix ans, la mortalité par tumeurs malignes des intestins a baissé de près de 11 % en France. La baisse régionale est quant à elle inférieure de plus de 30 % par rapport à cette tendance. Le Nord-Pas-de-Calais affiche toujours le plus fort taux national de mortalité par cancers de l'intestin. À l'intérieur de la région, des disparités s'observent, même si la tendance est assez négative. Deux tiers des 15 zones de proximité ont connu une baisse de leur mortalité de 30 % en dessous de la tendance nationale. Et trois présentent une hausse de cette mortalité. Les zones de Lille et de l'Audomarois affichent une baisse de la mortalité d'environ 11 %, dans la moyenne nationale. L'Arrageois et le Dunkerquois semblent se démarquer avec des baisses de leur mortalité bien supérieures à cette moyenne. À l'opposé, la mortalité augmente dans le Boulonnais et en Flandre intérieure.

### **Les cancers des VADS, la mortalité des femmes en nette hausse dans la région**

Le cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) tue encore bien davantage dans la région que dans le reste de la France. Le Nord-Pas-de-Calais a néanmoins réduit l'écart avec le reste de la France au cours de la dernière décennie. Le nombre de décès, notamment chez les hommes, a fortement baissé, et ce, de façon plus prononcée dans la région (+26,6 %) que dans le reste de la France (-15,9 %). En revanche, le nombre de décès des femmes est en nette hausse, en France, et de façon encore plus marqué dans la région. Sur plus de 300 zones de proximité françaises, les 15 zones régionales figurent parmi les 50 dernières du classement national. Les zones du Valenciennois, du Boulonnais, de l'Audomarois, de Lens-Hénin et du Douaisis sont particulièrement préoccupantes. À l'inverse, dans les zones de Lille, Roubaix-Tourcoing, de la Sambre-Avesnois et surtout de Calais, la mortalité par ce type de cancer a reculé plus vite que dans l'Hexagone.

**L'hétérogénéité régionale confirme qu'il n'y a pas de « fatalité régionale »**

Que ce soit en termes de territoires ou de localisations de cancer, la situation est nuancée, variable, mouvante. Certains territoires ont connu de fortes améliorations. Le secteur de la métropole lilloise affiche une baisse de la mortalité plus rapide que la moyenne nationale pour l'ensemble des cancers, mais aussi pour ceux du sein, du côlon et du rectum, des bronches et du poumon, des VADS. Dunkerque connaît une amélioration quasi systématique. Roubaix-Tourcoing progresse également largement. En revanche, les zones du Boulonnais et de Lens-Liévin présentent des baisses de la mortalité bien moins rapides qu'en France.

## **Bilan d'une décennie de cancers. Volet 2. Entretiens auprès de patients et d'anciens patients**

### **Contexte**

La région Nord-Pas-de-Calais demeure l'une des régions de France métropolitaine les plus touchées par les cancers. Ils sont à l'origine d'une surmortalité nettement plus élevée qu'ailleurs. De plus, la baisse de la mortalité par cancers dans la région est sensiblement plus lente que celle observée au plan national. Depuis 2003, le plan régional de lutte contre les cancers - devenu programme régional cancers en 2011, a permis de conduire des actions dont les intentions étaient fondées sur les connaissances d'alors et le fruit de la concertation entre acteurs concernés.

À la lumière de ces éléments, l'ORS Nord-Pas-de-Calais souhaite apporter aux décideurs des outils permettant de mesurer les évolutions qu'a connues la région en matière de cancers au cours de la dernière décennie. Y a-t-il eu une évolution de la perception sociétale et sociale du cancer ? Quelle en est l'ampleur ? Quel est le vécu des patients en matière de prise en charge médicale, de vécu de la maladie, de retour à la vie professionnelle ? Ces constats diffèrent-ils de ceux réalisés antérieurement ? Que peut-on évaluer en matière d'inégalités sociales et territoriales ?

De manière générale, et dans la perspective de l'élaboration de futures politiques de lutte contre le cancer, l'étude entend répondre aux questions suivantes : le regard de la société a-t-il évolué ? Est-il pertinent de revoir les objectifs de l'action publique, de tenir compte de nouveaux faits ou de processus émergents ou non identifiés ? Est-il nécessaire d'en revoir les intentions, les approches, et les objectifs afin de mener les actions les plus efficaces ?

### **Objectifs**

Décrire l'évolution de la perception et du vécu des cancers dans la région Nord – Pas-de-Calais, via des entretiens de patients, d'anciens patients, et d'experts.

Cette étude s'est articulée autour de deux axes de recherches :

- Une cinquantaine d'entretiens individuels dits « compréhensifs » ont été réalisés dans des Espaces Ressources Cancer et des Aires Cancer de la région.
- Des entretiens d'experts de diverses disciplines sont venus compléter le dispositif terrain (professionnels de santé, membres d'associations d'usagers et de malades...).

### **Méthode utilisée**

Étape 1 : Présentation de la démarche et de ses intentions auprès des ERC, des Aires cancers et des établissements de santé, structuration de l'enquête.

Étape 2 : Conduites des entretiens et rencontres d'experts.

Étape 3 : Analyse. Croisement et analyse des entretiens, identification des points convergents, des propos émergents selon les différentes sources.

Étape 4 : Rédaction d'une synthèse et identification des champs et hypothèses ayant alimenté l'enquête en population générale (conçue en 2014 et lancée en 2015) appelée volet 3 du cancer.

### **Principaux résultats**

Cette étude a été réalisée par entretiens auprès de patients et d'anciens patients atteints de cancers, complétés d'interviews d'experts et appuyés sur de la bibliographie. La somme en a été synthétisée, analysée et constitue l'essentiel de ce deuxième volet du Bilan d'une décennie de cancers.

### ➤ **Le cancer se vit de plus en plus comme une maladie chronique**

Un des principaux constats réside dans l'évolution même de la maladie. Le cancer est de plus en plus vécu comme une maladie chronique. Au cours de la dernière décennie, les progrès thérapeutiques ont été considérables, la morbidité liée à la maladie s'est modifiée. Cette réalité est bien décrite par les différentes parties interrogées. Et, conséquence de cette évolution, davantage -des milliers- de personnes vivent désormais avec cette maladie pendant de nombreuses années. On vit bien plus longtemps avec « son » cancer.

### ➤ **Toutes les conséquences de la chronicisation n'ont pas, aujourd'hui, été prises en compte**

De nombreuses personnes vivent ainsi durablement les conséquences des traitements : douleurs et fatigues chroniques, difficultés cognitives, perte de confiance en soi. Celles-ci pèsent sur de nombreux aspects de la vie des personnes atteintes : personnel, familial, professionnel, matériel et financier. Le besoin en accompagnement à la fin des traitements, l'utilité des soins de support a, en conséquence, fortement augmenté. Ce point est évoqué tant par les patients que par la très grande majorité des experts qui n'envisagent pas, à l'avenir, une diminution du besoin et de la pertinence de cet accompagnement, compte tenu de l'impact perçu.

### ➤ **L'environnement du patient compte de plus en plus dans sa guérison**

Avec l'augmentation des traitements ambulatoires, le patient est plus qu'avant soigné chez lui. Il passe de moins en moins de temps en établissement hospitalier ou de soins. De ce fait, le lieu de vie, la proximité ou non d'un centre spécialisé dans le cancer, l'environnement familial, social, pèsent plus manifestement encore qu'il y a dix ans dans la guérison des patients. Ce phénomène tend à creuser les inégalités sociales et territoriales face à la maladie, car les échanges entre les patients et les équipes soignantes ont tendance à se réduire. Or, la richesse de ces liens humains tend à « corriger » les inégalités entre les patients.

### ➤ **Le dépistage est encore trop peu pratiqué**

Contrairement à ce que l'on pouvait attendre, la majorité des cancers est découverte suite à l'apparition de signes cliniques et très peu souvent consécutive à la participation à un dépistage organisé. La communication sur les parcours de dépistage pourrait être améliorée et il serait sans doute nécessaire d'en examiner l'adaptation aux publics les plus fragiles.

### ➤ **Le cancer présente des inégalités socio-territoriales notables**

Ce n'est pas la sur-incidence du cancer dans la région qui pose le plus de problèmes, mais bien la surmortalité. Pour certains cancers, tels que les cancers digestifs, de fortes inégalités géographiques de prise en charge liées au phénomène d'éloignement des centres de traitements spécialisés ont été exposées et démontrées dans les meilleures publications récentes<sup>1</sup>.

### ➤ **Le cancer engendre (encore) un coût important**

Se soigner engendre des surcoûts importants. Dépassements d'honoraires, traitements non remboursés ou soins de médecine douce pour atténuer les effets secondaires, le reste à charge est loin d'être négligeable pour des patients atteints de cancers. À ceci s'ajoute la perte de revenus liée à la cessation partielle ou totale de l'activité professionnelle. Ce reste à charge est également un facteur aggravant des inégalités, les patients n'étant pas égaux devant cette problématique. Ces points ne semblent pas avoir évolué positivement au cours des dix dernières années.

---

<sup>1</sup> Dejardin O, Pornet C, Launoy G. 2011.  
Blais S, Dejardin O, Boutreux S, Launoy G. 2006.  
Dejardin O, Remontet L, Bouvier A-M. 2006.  
INCa, INSERM. 2014.

➤ **Le suivi médical est jugé très positivement dans la région**

De manière globale, la prise en charge médicale est perçue très positivement, tout comme l'offre de soins régionale. Si certains patients qualifient les médecins de « trop techniques », la majorité loue surtout le sérieux et les compétences des équipes qui les suivent. Les progrès thérapeutiques, les effets perçus et vécus des soins de supports, le suivi pluridisciplinaire, les consultations d'infirmières sont appréciés par l'ensemble des patients ayant pu en bénéficier.

➤ **Encore trop d'annonces ne sont pas réalisées dans les règles**

Si la perception du suivi médical est largement positive dans la région, des améliorations restent à atteindre en matière d'annonces. Lorsque celles-ci sont réalisées dans les établissements de soins, elles sont jugées très largement positivement. Les patients qui peuvent comparer décrivent de réels progrès par rapport aux années 2000. Les cas d'insatisfaction ont surtout été décelés en ville, notamment dans des cabinets de radiologie, où des patients ont découvert leur maladie seuls en lisant un courrier, ou l'ont appris abruptement au téléphone.

➤ **La maladie reste un vrai tabou**

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, la maladie reste largement taboue, et encore souvent cachée, entretenant davantage la dépréciation de l'image de soi du patient. Plus largement, le regard de la société sur la maladie n'a pas ou très peu évolué. De nombreuses dépressions post-cancer ne sont d'ailleurs pas diagnostiquées, signe de cette profonde altération de la confiance en soi des personnes concernées. Profondément changés, les patients disent devoir vivre avec la menace de la maladie et gérer l'ambivalence intrinsèque à cette pathologie : plus malades, mais jamais vraiment guéris, fragilisés, mais refusant la pitié.

➤ **Le manque d'accompagnement reste un fait majoritaire**

Beaucoup de patients ne font pas l'objet d'un suivi psychologique au long cours. Certains ne se le voient pas proposer, d'autres le refusent et ne franchissent pas le cap d'engager une démarche quand ils comprennent qu'ils pourraient en avoir besoin. L'expérience et la bibliographie montrent également à quel point les implications psychologiques de la maladie sont importantes et essentielles dans la guérison et la reconstruction après traitements.

➤ **Les messages de prévention sont souvent difficiles à entendre pour les patients**

Pour être entendues par la population, les campagnes de prévention sont décrites comme faisant encore très souvent appel à la peur, menaçant les personnes ayant des conduites à risques des pires souffrances. Reçues par des personnes atteintes, en lutte contre la maladie, les effets de ces campagnes de communication peuvent être très pénibles à supporter.

➤ **Reprendre le travail reste rare et compliqué**

Une reprise de l'activité professionnelle satisfaisante après le cancer reste un fait minoritaire. Elle nécessite un ensemble de conditions : état de santé physique et psychologique adapté du patient, compétences et bienveillance de l'employeur, adéquation du poste et des conditions de travail avec l'état du patient. Beaucoup d'ex-patients peinent à exercer une activité professionnelle adaptée.

➤ **De nombreux ex-patients disent ne plus avoir leur place dans la société**

À tout jamais transformés, les patients vivent avec le cancer, en permanence dans une ambivalence entre rémission et angoisse de la récurrence, réfutant le statut de malade, mais espérant une certaine bienveillance. Reconstruire une vie et retrouver un équilibre semble difficile et comporte une part inexorable de solitude.

## Bilan d'une décennie de cancers. Volet 3. Phase 1

### Contexte

La région Nord – Pas-de-Calais demeure de loin l'une des régions de France métropolitaine les plus touchées par le cancer. Face à ce fléau, le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais s'efforce de sensibiliser régulièrement les habitants aux problèmes que soulève cette maladie, par des actions de prévention et d'information (semaine cancer de novembre 2012).

Afin d'aider le Conseil régional à encore mieux déterminer les besoins et les attentes de la population face à cette maladie, l'ORS Nord – Pas-de-Calais propose de mettre en œuvre une enquête Internet afin d'étudier les évolutions de la perception du cancer des habitants du Nord – Pas-de-Calais durant ces 10 dernières années.

### Objectifs

Objectif principal : apporter au service santé du Conseil régional des éléments de connaissance sur les évolutions de la perception du cancer des habitants du Nord – Pas-de-Calais (et du reste de la France), par le biais d'une enquête Internet « représentative » de la population régionale.

L'enquête reposera sur deux échantillons représentatifs : un de la population du Nord – Pas-de-Calais, l'autre de la population de la France métropolitaine.

Cette enquête sera menée en ligne à partir d'un fichier d'adresses d'internautes. En effet, le taux d'accès des ménages à Internet a connu un bond considérable ces dernières années passant d'un taux de couverture des ménages en France (personnes de 16 à 74 ans) de 62 % en 2008 à un taux de couverture de 80 % en 2012 (source : Observatoire du numérique).

Trois avantages favorisent le développement des enquêtes en ligne : les coûts du recueil indépendants de la taille de l'échantillon ; les délais plus rapides ; l'abolition des limites géographiques.

L'enquête s'évertuera tout particulièrement à déterminer les facteurs sociodémographiques et socio-économiques (sexe, âge, niveau de diplôme atteint, PCS...), qui contribuent le plus à segmenter la population par rapport aux changements de la perception du cancer en Nord – Pas-de-Calais et en France métropolitaine.

Pour mieux répartir la charge budgétaire et la charge de travail, l'organisation de l'enquête a été répartie sur les années 2014 et 2015.

#### 1. Phase 2014 (fin septembre à mi-décembre) : conception du questionnaire

2014 a été la phase de conception du questionnaire. L'ORS Nord – Pas-de-Calais a voulu accorder un soin tout particulier à cette première étape de l'étude. En effet, la littérature relative à la réalisation des enquêtes en ligne, et plus particulièrement sur les conditions de leur succès, témoigne combien le choix des questions, leur formulation et leur lisibilité, la présentation et le défilement des pages Internet sont autant de points cruciaux à ne pas négliger lorsque le questionnaire s'adresse au grand public (enquête en ligne internaute).

La première étape a permis de dresser un inventaire des points sur lesquels doivent porter les questions. Pour cela l'ORS s'est appuyé sur les données bibliographiques portant sur cette thématique et surtout sur les analyses découlant des consultations d'experts, de patients et de leur entourage réalisées dans le cadre du volet 2 du Bilan d'une décennie de cancers. Enfin, dans le but de mesurer les changements de la perception et de la connaissance du cancer entre 2007 et 2015, des questions sur la prévention, le dépistage, la prise en charge et la perception même du cancer ont été reprises du volet 2.

Compte tenu du fait qu'un questionnaire trop long risque d'accroître le taux d'abandon, le nombre de questions a été limité à une cinquantaine de questions. Il a surtout été divisé en trois parties, chacune étant adaptée à un public cible différent :

- les personnes ayant été concernées par la maladie par le passé (diagnostic de plus de 2 ans),
- les personnes aujourd'hui concernées, diagnostic il y a maximum deux ans,
- les personnes non touchées par la maladie.

#### Rapport d'activité 2014

## 2. Phase 2 : printemps 2015

### ***Méthode utilisée***

Étape 1 : recherche bibliographique sur :

- les enquêtes en ligne (méthodes, limites, techniques de redressement...)
- la thématique « Évolution du regard du cancer ».

Étape 2 : Rédaction du protocole, élaboration d'un plan de sondage (si panel probabiliste).

Élaboration du questionnaire et du formulaire d'accompagnement (définition des items, pré-test du questionnaire).

Étape 3 : Mise en ligne du questionnaire (mise au point des pages Internet, menu déroulant, filtres, rotation aléatoire).

Étape 4 : Test de l'enquête en ligne et corrections éventuelles.

Étape 5 : Lancement de l'enquête, suivi, relance ultérieure des internautes.

Étape 6 : Traitement des résultats et rédaction du rapport.

### ***Territoires concernés***

France entière.

### ***Principaux résultats***

Les résultats seront connus et communicables à l'automne 2015.

## Divergences des évolutions territoriales de l'offre de santé

### **Contexte**

L'offre de soins et de santé régionale dépend au premier chef de la démographie des professionnels de santé. Le constat est que la structuration de cette dernière dans le Nord – Pas-de-Calais est très spécifique, marquée tant par la moindre présence des professions les plus spécialisées et, par ailleurs, par la solide concentration de cette offre en grands Pôles susceptibles de fixer dans leur environnement immédiat l'offre de proximité à laquelle la population a le plus souvent recours.

Ces concentrations maillantes résultent de processus d'attraction cumulés et progressifs touchant les professionnels. Aussi est-il nécessaire d'examiner l'évolution de l'offre de soins à l'échelle des différents territoires du Nord – Pas-de-Calais (zones de proximité).

Cependant les attractions comme les fuites de la démographie des professions de santé locale résultent aussi des dynamiques territoriales spontanées générées par les potentiels locaux propres au territoire. Elles résultent aussi parfois de mesures spécifiques. La région comme l'État mettent en œuvre des mesures visant à inciter les professionnels de santé, mais d'autres processus particulièrement prégnants sont à l'œuvre.

Il apparaissait donc indispensable de donner à la Région les outils permettant de suivre, de la façon la plus pertinente possible, l'évolution démographique des professionnels de santé en comparant les territoires locaux du Nord – Pas-de-Calais à d'autres qui leur étaient similaires en fin de période.

Cette technique des territoires miroirs, mise au point par l'ORS Nord – Pas-de-Calais, a permis de mettre en évidence des cas de surperformance et de sous-performance relatives.

Elle a été appliquée aux professions de proximité regroupées (les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les opticiens-lunetiers et les pédicures-podologues), aux professionnels de Pôles (ensemble des autres professions régies par le code de santé publique) et aux spécialistes.

Les données présentes dans le Répertoire Permanent des Professionnels de Santé (portant sur les quatre professions médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) ont été complétées par les données ADELI disponibles tant en 2009 qu'en 2014.

### **Objectifs**

Cette étude ne visait pas tant à comparer, entre les deux périodes, l'accroissement du nombre de professionnels de santé au sein des différents territoires du Nord – Pas-de-Calais à l'accroissement moyen de l'hexagone ou à l'accroissement d'autres territoires situés en dehors de la région. Elle consistait aussi à comparer les territoires du Nord – Pas-de-Calais à des territoires situés dans d'autres régions mais comparables par leurs effectifs de professionnels atteints en 2013. Ainsi un accroissement jugé faible par rapport à la référence nationale, l'est peut-être moins au regard de tels territoires. Cette approche, qui s'inspire de celle conçue pour les territoires miroirs, mis au point par l'ORS Nord – Pas-de-Calais dans le cadre de ses travaux réalisés avec l'ARS Nord – Pas-de-Calais, permet d'étudier l'évolution de l'offre de soins. Elle distingue, sur la base de situations d'arrivée comparables, c'est-à-dire en 2013, les territoires qui ont par rapport à l'année 2009, davantage perdu ou gagné en professionnels de santé mettant ainsi en évidence les cas de surperformance ou de sous-performance relatives.

### ***Méthode utilisée***

La comparaison territoriale de l'évolution de l'effectif des professionnels de santé a porté sur l'ensemble des professions de santé ; les professionnels de proximité qui regroupent les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les opticiens-lunetiers et pédicures-podologues ; les professionnels de Pôles regroupant les autres professions de santé régies par le code de santé publique et les médecins spécialistes.

Les données statistiques de l'année 2009, année de départ de l'analyse temporelle, proviennent du répertoire ADELI de l'année 2009 en ce qui concerne les médecins et de l'année 2010 en ce qui concerne les autres professions de santé. Les données de l'année 2013 proviennent en partie du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) et en partie du répertoire ADELI.

La seconde partie de notre démarche visait à positionner chaque zone de proximité du Nord – Pas-de-Calais en comparant l'accroissement du nombre de leurs professionnels de santé à celui de zones d'emploi (ZE) de « **référence** » c'est-à-dire les ZE dont les effectifs avaient atteint des niveaux comparables à celui des zones de proximité en 2013.

Ainsi, la zone-d'emploi de référence retenue dans l'étude correspondait à celle dont les effectifs de professionnels de santé ne s'écartaient pas en 2013 de plus de 5 % de celui de la zone de proximité régionale considérée.

### ***Territoires concernés***

L'analyse de l'évolution du nombre de professionnels de santé porte sur différents échelons géographiques (France métropolitaine, région, zones de proximité et zones d'emploi). Plusieurs zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais ayant les mêmes limites territoriales que les zones d'emploi 2010 il nous est apparu pertinent de comparer les zones de proximité de la région Nord – Pas-de-Calais aux zones d'emploi des autres régions. Nous avons par conséquent constitué un maillage géographique couplant les 15 zones de proximité 2011 du Nord – Pas-de-Calais aux 289 zones d'emploi 2010 des autres régions de France métropolitaine totalisant ainsi 304 territoires infrarégionaux.

L'analyse visait également à déterminer des territoires de référence correspondant aux zones d'emploi ayant en commun avec les zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais d'avoir atteint en 2013 des effectifs similaires. L'emploi de ces territoires de comparaison a contribué à enrichir l'analyse des tendances de l'évolution du nombre de professionnels de santé au cours de la période 2009-2013. Il a été ainsi possible d'apprécier si l'accroissement en professionnels de santé des différentes zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais a suivi la tendance de leur territoire de référence, et sinon, dans quelle mesure cette tendance s'est avérée plus ou moins rapide voire, inverse à leur zone de référence respective.

### ***Principaux résultats***

Les territoires qui composent le Nord – Pas-de-Calais connaissent aujourd'hui des évolutions globalement assez peu inquiétantes. Celles-ci sont toujours plus positives que l'évolution démographique générale.

Les rares zones de dépression démographique sont des territoires où les effets de l'attraction d'autres pôles d'offre de masse plus denses se font ressentir, ce sont les zones de Crunch. C'est essentiellement le cas des zones de proximité de Roubaix-Tourcoing et de Flandre intérieure, qui se situent dans l'immédiate proximité de la métropole régionale, Lille. Tout fonctionne donc comme si le Crunch du Nord – Pas-de-Calais ne se faisait sentir qu'à la proximité immédiate du Pôle de rang 1, du type Pôle de grande métropole, identifié dans notre rapport sur le Maillage des pôles d'offre. Or il est assurément possible d'en pallier les effets par une réorganisation collective et concertée de l'offre. Les grands pôles ainsi que les pôles de rangs intermédiaires du littoral maintiennent et développent même leurs ressources essentiellement en professionnels de Pôles et en médecins spécialistes. Sur ce point, les performances du Montreuillois, du Dunkerquois et du Calaisis sont remarquables et doivent être remarquées. Quant au Boulonnais, il a maintenu ses effectifs et son rang.

Quant aux territoires du Bassin minier, tout semble indiquer qu'ils se maintiennent avec des pertes sensibles en professionnels de proximité mais des gains qui devraient surprendre en médecins spécialistes.

Aussi, il nous semble que les risques des effets d'un Crunch cataclysmique comme ont dû le subir les territoires de Midi-Pyrénées parfois fort éloignés de l'hyper Pôle toulousain, sont aujourd'hui réduits, tant que les tendances constatées sur la période étudiée se maintiennent. Ceci relève de la concertation entre acteurs des territoires à propos de la mise en place d'une organisation favorable au maintien des offres de Pôles et ce faisant des offres de proximité même.

La méthodologie utilisée est suffisamment accessible pour que cette approche soit conduite dans d'autres régions, à propos d'autres territoires bien plus confrontés à ce qu'il est convenu d'appeler, très improprement la désertification médicale. Sur la forme il est, nous le pensons indispensable de recourir et des comparateurs, dont l'usage est pourtant courant en évaluation. Ces comparateurs ne peuvent être uniques, ils doivent être choisis avec beaucoup de soins, question par question.

## Évaluations d'Impact sur la Santé et Intercommunalités

### Analyse du potentiel de développement de la démarche au sein de trois Communautés d'Agglomération du Nord-Pas-de-Calais

#### **Contexte**

L'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) est une démarche visant à mieux intégrer les préoccupations de santé dans les politiques publiques ne relevant pas forcément du système de santé. Inscrite dans une dynamique de développement durable, ancrée sur les territoires, cette démarche propose des méthodes et des outils pour une prise en compte transversale de la santé. Et plus généralement de la qualité de vie au service des acteurs des collectivités territoriales qui interviennent dans la décision publique en fonction de leurs compétences. Cette démarche suscite un intérêt croissant en France. Elle doit permettre de mieux percevoir les enjeux de santé sous-jacents aux politiques d'aménagement des territoires, de transport, de logement, d'éducation, d'action sociale, pour in fine simplifier les arbitrages et éclairer la prise de décision des acteurs. Dans un contexte de relative fragilité sanitaire de la région qui perdure dans le temps, l'intégration de la démarche EIS peut constituer un levier supplémentaire et encore insuffisamment exploré pour améliorer l'état de santé des populations, et notamment des plus vulnérables qui sont généralement placées au cœur de la démarche.

À la suite d'un premier rapport réalisé en 2012 sur les intérêts de la démarche EIS, l'ORS a proposé de poursuivre le travail d'information et de sensibilisation auprès des acteurs dans les différents territoires du Nord – Pas-de-Calais. En effet, le processus EIS reste encore relativement méconnu des décideurs et des acteurs locaux qui s'intéressent aux questions de santé. En s'appuyant notamment sur les conventions établies entre la Région et les intercommunalités, trois grandes Communautés d'Agglomération ont ainsi été approchées : la C.A. de l'Artois (Artois-Comm), la C.A. du Boulonnais (CAB) et la C.A. de Valenciennes Métropole.

Les Communautés d'Agglomération (par le biais de leurs compétences obligatoires, optionnelles ou facultatives) contribuent à modifier les conditions de vie des populations, avec des conséquences potentielles sur la qualité de vie et sur la santé. De nombreux projets pourraient ainsi être associés à des EIS afin de les rendre les plus favorables possibles à la santé. En outre, si la santé ne relève pas des compétences des intercommunalités, les questions de santé font partie des préoccupations des décideurs dans les trois C.A. que nous avons approchées. Enfin, ces trois collectivités sont marquées par un contexte de fragilité sanitaire et sociale qui peut constituer une incitation à la mise en œuvre d'EIS, comme levier supplémentaire en complément des politiques engagées.

L'objectif de cette action d'information et de sensibilisation est double : d'une part, porter à la connaissance des acteurs des intercommunalités l'existence de la démarche EIS et les intérêts qu'elle peut apporter au contexte local (prise en compte de la santé et de la qualité de vie dans les politiques publiques, aide à la décision, transversalité et partenariat, cohérence d'actions, durabilité, etc.) ; d'autre part, recueillir les impressions des acteurs rencontrés sur la démarche EIS afin de percevoir les possibilités de développement de la démarche dans les territoires. De manière générale, cette action d'information et de sensibilisation a pour objectif de susciter l'intérêt des collectivités locales de la région pour la démarche EIS de manière à favoriser son expérimentation sur des projets territoriaux.

#### **Objectifs**

- Informer et sensibiliser à la démarche EIS (principes, méthodes, enjeux) dans quelques grandes intercommunalités de la région
- Analyser la perception de la démarche EIS dans quelques intercommunalités.
- Identifier les freins et obstacles, ainsi que les leviers et les opportunités pour le développement des EIS dans une intercommunalité.
- Identifier les projets politiques locaux sur lesquels les EIS pourraient être déployées et plus particulièrement pour l'une d'entre elles.

### ***Territoires concernés***

- Communauté d'Agglomération de Valenciennes Métropole ;
- Communauté d'Agglomération de l'Artois ;
- Communauté d'Agglomération du Boulonnais.

### ***Principaux résultats***

Pour ce qui est de l'information des acteurs et des services sur la démarche EIS, l'objectif a été atteint dans la C.A. de Boulogne-sur-Mer où la démarche a pu être présentée devant élus et techniciens de la commission Santé et solidarité. Dans les deux autres C.A, cet objectif d'information et de sensibilisation n'a pu être que partiellement atteint, la démarche n'ayant spontanément intéressé qu'un nombre restreint des élus contactés. Cependant, les rencontres avec quelques acteurs clés dans les C.A. de Béthune et de Valenciennes ont favorisé une circulation en interne de l'information sur les EIS et l'émergence d'une réflexion sur le positionnement des C.A. par rapport à la démarche. Les acteurs rencontrés se sont majoritairement montrés favorables aux principes et aux valeurs des EIS. En outre, notre action a permis d'amorcer une réflexion sur une démarche auparavant inconnue des acteurs.

Après plusieurs mois d'échanges et l'application de la même méthode, le constat sur l'opportunité de développer les EIS diverge dans les trois Communautés d'Agglomération rencontrées.

#### Des perceptions différentes de la démarche EIS et des possibilités de son implantation dans les trois intercommunalités

- La Communauté d'Agglomération d'Artois-Comm. est celle où la démarche pourrait être la plus à même de voir le jour dans la mesure où les services rencontrés témoignent d'un certain intérêt, et où le bureau d'étude ayant réalisé le diagnostic santé du territoire s'est prononcé en faveur du développement des EIS.
- Dans la Communauté d'Agglomération du Boulonnais, la démarche suscite de l'intérêt chez quelques personnes clés et pourrait faire « tache d'huile ». La pertinence du développement des EIS au sein de la CAB doit être rediscutée en interne.
- Dans la Communauté d'Agglomération de Valenciennes, le sujet semble avoir encore besoin de mûrir. À l'heure de l'écriture du rapport, la démarche n'a pas encore été partagée avec les élus.

#### **Zoom sur la Communauté d'Agglomération d'Artois-Comm.**

L'exemple de la manière dont est perçue la démarche EIS par les acteurs de la Communauté d'Agglomération d'Artois-Comm. que nous avons rencontrés permet d'illustrer en partie les freins et les leviers existant pour le développement de la démarche au niveau local.

Peu après le lancement de notre proposition d'information sur les EIS, nous avons pu obtenir rapidement un entretien avec les services de la C.A. de l'Artois. Nos interlocuteurs ont jeté un premier regard assez perplexe sur la démarche d'EIS et ont eu le sentiment qu'elle aurait du mal à convaincre leurs élus pour plusieurs raisons :

- Bien que la santé soit intégrée de manière transversale dans le projet de territoire, la C.A. n'exerce pas de compétence santé.
- La transversalité, principe qui se trouve au cœur de la démarche leur semble délicate et complexe à mettre en œuvre. Cette complexité est perçue de manière négative chez les élus.
- Les démarches transversales de développement durable sont déjà difficiles à mettre en place dans les territoires.
- De nombreuses démarches estampillées « santé » sont déjà engagées au sein de la C.A. : diagnostic santé en cours, Livre Blanc du Bassin Minier, démarche de l'Association des Communes Minières du Nord – Pas-de-Calais. Les acteurs s'interrogent donc sur l'accueil réservé à une démarche supplémentaire et sur la lisibilité des EIS par rapport aux démarches existantes.

- La difficulté liée aux incertitudes existant sur les liens de cause à effet entre un phénomène et un état de santé, à l'éventuelle controverse scientifique, et à l'évaluation de ces effets sur le long terme.
- Le manque de compétences dans la région pour soutenir la démarche d'EIS.
- La crainte des obligations supplémentaires en termes de besoins (humains et financiers), notamment dans une optique d'autonomisation des intercommunalités par rapport à la démarche.
- La crainte perçue chez les élus de l'ajout d'une démarche supplémentaire, multipliant les procédures et les contraintes administratives qui viennent freiner la réalisation des projets.
- Les risques pour la santé liés aux projets d'aménagement sont déjà évalués dans les Évaluations d'Impact Environnemental (EIE).

Au final, le sujet des EIS ne leur semble pas suffisamment mûr dans le Nord – Pas-de-Calais pour que la démarche s'implante localement. Ils ne jugent pas utile, au regard des contraintes avancées, de communiquer davantage sur les EIS directement auprès des élus.

Ils envisagent cependant, comme une possibilité intéressante de lier les EIS à la politique de la ville, notamment dans le cadre de la convention à venir (2015). Les quartiers prioritaires pourraient alors bénéficier des EIS et, si l'expérience se révélait concluante, faciliter une diffusion plus large.

Depuis cet entretien, le rapport du bureau d'étude ayant réalisé le diagnostic santé pour la C.A. s'est prononcé en faveur d'un engagement de l'agglomération dans la démarche d'EIS, préconisant notamment de répondre de manière positive à la sollicitation de l'ORS pour le développement d'un travail en commun destiné à intégrer les composantes « santé » et « qualité de vie » dans les politiques publiques développées par Artois Comm. et par les élus locaux. Au moment de l'écriture de ce rapport, les services de la C.A. sont en attente des prises de position des élus sur les différentes préconisations du diagnostic santé.

### Des freins et de leviers pour le développement local des EIS

Nous avons constaté que des contraintes et des freins au développement des EIS se répètent de manière plus ou moins prononcée dans les trois Communautés d'Agglomération :

- Des difficultés de mobilisation : notre action et la démarche EIS étant de prime abord perçues comme relevant des politiques de santé, il été difficile de mobiliser les élus sur ces questions
- Une communication trop isolée : le manque de partenaire et de portage politique sur le sujet des EIS a également constitué un frein à la mobilisation
- Un manque de temps et de motivation : en raison de l'emploi du temps des élus, des priorités politiques, des habitudes de fonctionnement, d'un certain sentiment d'impuissance sur les questions de santé
- Un positionnement politique et des stratégies d'action floues : l'absence de positionnement établi des autorités régionales sur la question des EIS n'encourage pas à l'expérimentation au niveau local, conditionnée par la mise en place de partenariats stratégiques, opérationnels ou financiers
- Des valeurs à partager : santé globale, transversalité, intersectorialité, partenariat, consultation citoyenne, etc. Ces valeurs nécessitent la mise en œuvre de processus complexes qui peuvent être appréhendés avec circonspection
- Des interrogations sur les moyens : financiers et humains pour mener l'évaluation
- Des interrogations sur la méthode : et notamment sur la capacité des EIS à prendre en compte les incertitudes (effets sur le long terme, complexité et interdépendance des impacts, capacités de mesure, controverse scientifique sur certains sujets, etc.)

Au regard de ces freins, quelques recommandations peuvent être proposées dans une optique de développement de l'implémentation des EIS au niveau local :

- Poursuivre une communication générale sur la santé globale et sur l'influence de l'ensemble des politiques publiques sur les déterminants de la santé et de la qualité de vie
- Elaborer une action de communication plus large destinée à promouvoir la démarche, en impliquant et en associant des partenaires engagés sur les questions de développement durable, de promotion de la santé, de démocratie citoyenne, sur les politiques de la ville, etc.
- S'appuyer sur l'organisation d'évènements organisés sur les questions précédentes pour communiquer sur les EIS
- Réaliser un document pédagogique synthétique permettant de mieux comprendre les spécificités de la démarche et de ses apports
- Communiquer sur les EIS, notamment par le biais des outils de l'ORS (50/51° Nord par exemple)
- Identifier des personnes ressources et des personnes intéressées par la démarche EIS dans la région afin de créer un réseau qui pourrait promouvoir et faciliter son développement.
- Envisager d'élaborer un évènement régional autour des EIS comme cela peut se faire dans d'autres régions
- Définir une stratégie régionale claire sur la question des EIS
- Adopter une stratégie de type plaidoyer/lobbying à destination des acteurs et des décideurs dans les territoires ?
- S'appuyer sur un soutien politique local clair, sur une implication et un engagement des décideurs locaux comme condition sine qua non de mise en œuvre de l'EIS

## **Développement et mise à jour d'indicateurs sur la situation sociodémographique et l'état de santé, ainsi que la démographie des professionnels de santé dans le Nord – Pas-de-Calais**

### **Contexte**

Comme chaque année, dans le cadre de la mise à jour et du développement de ses indicateurs statistiques, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a actualisé en juillet 2014 :

- Les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) de la période 2008-2011 ;
- Les indicateurs sociodémographiques du recensement 2011 ;
- Les indicateurs de l'offre de soins à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) 2014 et du répertoire ADELI 2014

### **Objectifs**

Il s'agit d'offrir, à l'internaute venant consulter le site de l'ORS, des indicateurs actualisés chaque année à partir des données de recensement, des répertoires RPPS et ADELI pour la démographie médicale et de l'état civil pour la mortalité qui soient les plus récentes possible, déclinés selon les territoires privilégiés par nos partenaires (France métropolitaine, régions, départements, zones de proximité, territoires de santé, communautés urbaines, communautés d'agglomération, pays...).

**Des tableaux statistiques qui pour la plupart d'entre eux permettent de situer chaque territoire du Nord – Pas-de-Calais dans le classement national.**

L'ORS Nord – Pas-de-Calais s'est fixé comme règle, de produire des tableaux de statistiques permettant de situer chaque territoire du Nord – Pas-de-Calais, parmi l'ensemble des territoires de France métropolitaine, selon le classement d'indicateurs statistiques majeurs. Il est possible également, en fonction de ce même classement, de connaître les territoires (appartenant ou non à la région) se situant au sein du classement juste avant et juste après chaque territoire du Nord – Pas-de-Calais.

### **Méthode utilisée**

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a développé sous le logiciel de traitement de données SAS (version 9.4) plusieurs programmes permettant d'automatiser jusqu'à un certain point la production des tableaux statistiques au format Excel et de décliner facilement les indicateurs au niveau territorial souhaité.

### **Territoire concerné**

L'ORS Nord – Pas-de-Calais considère comme prioritaire de décliner les indicateurs statistiques à l'échelle des territoires correspondant aux besoins des institutions et de ses partenaires. Pour cela, nous nous efforçons d'acquérir les éléments statistiques à l'échelle communale afin qu'ils puissent être agrégés aux niveaux territoriaux suivants.

1. France métropolitaine
2. Région
3. Département
4. Territoires de santé
5. Zones de proximité conjuguées avec les zones d'emploi du reste de la France métropolitaine
6. Communauté d'agglomération et communauté urbaine
7. Pays

### **Principaux résultats**

#### **Actualisation des ICM sur la période 2008-2011**

Les ICM ont été actualisés avec les décès cumulés de 2008, 2009, 2010 et 2011 rapportés à la population recensée au milieu de période (recensement 2010).

Leurs calculs ont été validés fin septembre mi-octobre 2014 et leur mise en ligne sur le site de l'ORS a été réalisée fin 2014. Néanmoins, les ICM 2008-2011 ont été également produits pour :

- l'ARS Nord Pas-de-Calais dans le cadre de la mise à jour des indicateurs de mortalité pour les diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé 2014 (CLS) et pour l'actualisation de l'Atlas 2014 de l'ARS Nord – Pas-de-Calais.
- répondre à diverses demandes spécifiques (INSEE, PMI, etc.).

Trente et un tableaux de mortalité ont été mis à jour sur la période 2008-2011.

Toutefois, seuls les tableaux regroupant les grandes causes ont été mis en ligne sur le site de l'ORS (en gras dans la liste ci-dessous). En effet, la refonte du site de l'ORS implique un réaménagement de la mise en ligne de ces tableaux notamment la redéfinition de leurs formats qui est en cours de réalisation.

**1. Mortalité toutes causes**

2. Mortalité toutes causes des 0-14 ans
3. Mortalité toutes causes des 15-24 ans
4. Mortalité toutes causes des 25-59 ans
5. Mortalité toutes causes des 60-74 ans
6. Mortalité toutes causes des plus de 75 ans

**7. Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels**

8. Mortalité liée à la consommation d'alcool
9. Mortalité liée à la consommation de tabac

**10. Mortalité évitable par des actions sur le système de soins**

11. Mortalité par cardiopathies ischémiques
12. Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

**13. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire**

14. Mortalité par maladies cérébro-vasculaires
15. Mortalité par maladie chronique du foie

**16. Mortalité par tumeurs malignes**

17. Mortalité par tumeur maligne du col de l'utérus
18. Mortalité par tumeur maligne du côlon
19. Mortalité par tumeur maligne colorectale
20. Mortalité par tumeur maligne de l'estomac
21. Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx,
22. Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx
23. Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
24. Mortalité par tumeur maligne de la prostate
25. Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage
26. Mortalité par tumeur maligne du sein
27. Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)
28. Mortalité par accidents de la circulation

**29. Mortalité par diabète sucré**

**30. Mortalité par suicides**

31. Mortalité par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives

La plupart des tableaux sont déclinés par sexe (hommes, femmes, ensemble) et par âge (tous âges, prématurés (inf 65 ans))

**Actualisation des données du recensement 2011**

*Population du Nord - Pas-de-Calais en 2011*

L'actualisation des données du recensement de l'année 2011 a bénéficié avant tout à la mise à jour des diagnostics des Contrats Locaux de Santé (CLS) 2014 demandée par L'ARS Nord - Pas-de-Calais ainsi qu'à la mise à jour de son Atlas de santé 2014 (CF infra).

**Actualisation des données sur la démographie des professionnels de santé 2014**

Les données de l'offre de soins 2014 produites à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) et du répertoire ADELI ont en priorité servi à la mise à jour des diagnostics des Contrats Locaux de Santé (CLS) 2014 et à l'actualisation de l'Atlas 2014. Pour ces parties, nous renvoyons le lecteur aux chapitres suivants.

## Diagnostiques statistiques des Contrats Locaux de Santé (CLS)

### **Contexte**

Dans le cadre de l'accompagnement de la territorialisation du PRS et tout particulièrement la mise en place des Contrats Locaux de Santé (CLS), l'ARS Nord – Pas-de-Calais a demandé à l'ORS Nord – Pas-de-Calais de poursuivre en 2014 les diagnostics statistiques du CLS de la CA de la Porte du Hainaut et du CLS Sud Avesnois.

### **Objectifs**

Le but est d'apporter aux coordinateurs un outil d'aide à la décision synthétisant la situation démographique, socio-économique, l'état de santé et l'offre de soins de chaque territoire.

Les thématiques des diagnostics s'appuient sur des tableaux et graphiques présentant les indicateurs statistiques conjointement choisis par l'ARS et l'ORS. Dans le but de faciliter la lecture du diagnostic, un résumé mettant en avant les points essentiels du territoire se trouve au début de chaque fiche synthétique.

Les diagnostics 2014 ont repris des thématiques des CLS de 2013 en actualisant les données lorsque cela était possible.

Pour la thématique « démographie » déjà intégrée dans les précédents diagnostics (environ une vingtaine d'indicateurs clés répartis en 6 axes majeurs), une mise à jour a été réalisée sur l'année 2011 du recensement pour les indicateurs suivants :

1. **La densité** (effectif et densité de la population, poids démographique infra régional, régional départemental et national)
2. **La répartition par âge et sexe** (effectif et proportion)
3. **L'évolution de la population depuis 1999** (variation due au mouvement naturel et/ou migratoire)
4. **La natalité et la fécondité** (nombre de naissances, taux de fécondité 1999-2008, part des naissances de mères mineures)
5. **Le vieillissement des personnes âgées** (indice de vieillissement et de grand vieillissement, la répartition par âge et sexe des plus de 65 ans)
6. **La structure familiale** (effectifs et proportion de ménages d'hommes ou femmes seuls, effectifs et proportion de familles monoparentales)

Concernant les caractéristiques socio-économiques, près d'une quinzaine d'indicateurs ventilés selon cinq axes majeurs ont été également actualisés sur le recensement de 2011 :

1. **Le niveau d'étude** (répartition de la population non scolarisée selon le niveau d'étude primaire, secondaire et supérieur)
2. **Les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)** (effectifs et répartition des ménages de PCS défavorisée, moyenne ou favorisée)
3. **La situation vis-à-vis de l'emploi** (taux d'activité et de chômage féminin et masculin)
4. **Les revenus fiscaux et les minima sociaux** (nombre de foyers fiscaux, part des foyers fiscaux non imposables, taux de couverture du RSA, répartition des allocataires selon le poids des prestations sociales dans leur revenu disponible)
5. **Situation vis-à-vis du logement** (répartition de la population selon que la personne de référence du ménage est propriétaire, locataire ou logée gratuitement, effectifs et pourcentage d'allocataires percevant l'APL, l'ALS, l'ALF, nombre de personnes par pièce, part des enfants de moins de 7 ans susceptibles d'être exposés au plomb)

L'état de santé de la population a été décrit en s'appuyant sur l'indice comparatif de mortalité tous âges et prématurée. Ces indicateurs ont été également remis à jour sur la période de mortalité 2008-2011. Nous avons réparti les causes de mortalité en cinq groupes majeurs de mortalité.

1. **Mortalité générale, prématurée et évitable** (toutes causes, mortalité liée aux comportements à risques ou relevant du système de soin, mortalité liée au tabagisme et à l'alcoolisme)
2. **Mortalité par tumeurs** (ensemble des tumeurs malignes, tumeurs malignes des VADS, du sein et colorectales) ;
3. **Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire** (ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, maladies cérébro-vasculaires, cardiopathies ischémiques)
4. **Maladies de l'appareil respiratoire** (ensemble des maladies respiratoires, BPCO)
5. **Autres causes de mortalité** (mortalité par chutes accidentelles, suicides, accidents de la circulation, VIH, diabète sucré)

### **Incidence et prévalence des maladies**

L'incidence et la prévalence ont été estimées à partir des Affections Longue Durée 2011. Deux tableaux directement produits par l'ARS Nord - Pas-de-Calais, donnent les taux bruts et standardisés de la prévalence et de l'incidence (uniquement les taux bruts pour l'incidence) de 16 pathologies. Toutefois, en raison des biais liés à l'exploitation de ces données médico-administratives l'ORS Nord - Pas-de-Calais n'a pas tenu à commenter les résultats. Quand bien même les champs des tableaux se limitant aux zones de proximité et aux territoires de santé les analyses auraient eu de toute façon une portée limitée.

1. Accident vasculaire cérébral invalidant
2. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
3. Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves
4. Maladies chroniques actives du foie et cirrhose
5. Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave
6. Hypertension artérielle sévère
7. Maladie coronaire
8. Insuffisance respiratoire chronique grave
9. Maladie d'Alzheimer et autres démences
10. Maladie de Parkinson
11. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique
12. Polyarthrite rhumatoïde
13. Affections psychiatriques de longue durée
14. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
15. Sclérose en plaques
- 16. Tumeurs malignes**

### **Démographie des professionnels de santé**

La démographie médicale résulte de l'exploitation par l'ORS des données du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé de 2014 (RPPS 1/01/2014) pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les pharmaciens et des données du répertoire ADELI pour les autres professions de santé.

Les professions ciblées ont été les médecins généralistes, les infirmiers (hors psychiatrie), les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les gynécologues médicaux ou obstétriques, les ophtalmologues, les cardiologues, les ORL, les radiologues, les pédiatres, les psychiatres, les psychologues, les orthophonistes.

Les indicateurs produits sont les effectifs, la densité de professionnels, les pourcentages de professionnels exerçant en mode libéral ou mixte, de sexe féminin, et âgés de plus de 55 ans et enfin l'âge moyen.

### **Recours aux soins**

Le recours aux soins de la population est estimé ici à partir de la consommation d'actes en 2011 pour les quatre professions de santé libérale de premier recours (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes). Les données produites directement par l'ARS Nord - Pas-de-Calais ont été intégrées aux diagnostics.

Il est possible ainsi de savoir en fonction de chacune des professions de santé de premier recours le nombre d'actes consommés par habitant de la zone et la part de ces actes réalisée par les professionnels exerçant dans le territoire du CLS.

### **Dépistage organisé du cancer**

Les indicateurs donnent le taux du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

### ***Méthode utilisée***

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a développé sous SAS et Excel des programmes permettant d'automatiser la production des tableaux statistiques au niveau territorial souhaité. Ce travail repose entre autres sur la mise en commun de statistiques provenant de sources multiples :

1. Recensement de la population 2011
2. Décès annuels domiciliés 2008-2011 de l'INSERM (Centre d'épidémiologie sur les causes de décès-CépiDC)
3. ALD 2011 produites par les caisses d'assurances maladie
4. Registre des professionnels de santé de 2014 (RPPS/ADELI) des différents Ordres
5. Données fiscales communales IRCOM 2011
6. Données nationales de la CAF (31/12/2010)
7. Données régionales du dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein (Opaline 62 et ADCN)

Le choix des indicateurs, le format et l'agencement des différents tableaux et graphiques ont fait l'objet de plusieurs réunions de travail ORS/ ARS Nord - Pas-de-Calais.

### ***Territoire concerné***

L'ORS Nord – Pas-de-Calais considère comme une priorité de décliner les indicateurs statistiques qu'il présente à l'échelle des territoires répondant aux besoins des institutions et de ses partenaires. Pour cela, nous nous efforçons d'acquérir les éléments statistiques à l'échelle communale afin de les agréger au niveau territorial souhaité. Ainsi ces tableaux statistiques permettent de comparer les territoires des CLS à la zone de proximité et aux territoires de santé auxquels ils appartiennent ainsi qu'à la moyenne régionale et nationale.

Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé réalisés en 2014

1. CLS Sud Avesnois
2. CLS de la Communauté d'agglomération (CA) Porte du Hainaut

### ***Principaux résultats***

Pour chaque CLS un rapport synthétique a été remis à l'ARS. Les diagnostics statistiques des CLS 2014 ont été mis en ligne sur le site de l'ORS

**Première et seconde pages extraites d'un diagnostic statistique**



---

## *CLS Sud-Avesnois*

---

### **Les points essentiels**

- Un territoire regroupant, en 2011, près de 27 000 habitants soit 11,5% de la population de la zone de proximité de Sambre-Avesnois et 3,6% du territoire de santé du Hainaut-Cambrésis.
- Une population avec proportionnellement davantage de personnes âgées de 0-14 ans et de personnes de plus de 60 ans par rapport à la zone de proximité, au territoire de santé et à la région.
- Un territoire qui entre 1999 et 2011 a connu une diminution de sa population plus forte que dans la zone de proximité et le territoire de santé.
- Une proportion de la population sans diplôme ou de niveau d'étude primaire plus importante que celle des autres territoires.
- Une part plus importante de sa population appartenant à un ménage dont la personne de référence est classée parmi les catégories socioprofessionnelles favorisées.
- Un secteur qui présente des taux de chômage bien plus élevés que les autres territoires ainsi que des taux d'activité plus faibles.
- Un territoire économiquement très défavorisé avec un pourcentage de personnes couvertes par le RSA nettement supérieur à celui de la zone de proximité, du territoire de santé et de la région.
  
- Une population bénéficiant d'un moins bon état de santé par rapport au niveau national.
- Une mortalité tous âges par tabagisme chez les hommes fortement augmentée par rapport au niveau national.
- Une mortalité tous âges liée à la consommation d'alcool nettement augmentée pour les femmes et les hommes.
- Une augmentation, par rapport aux niveaux national et régional pour les hommes, de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire. Egalement une surmortalité marquée en ce qui concerne les maladies par cardiopathie ischémique.
- De nombreuses mortalités par pathologies ne sont pas significatives compte tenu de la faible taille des effectifs.
  
- Une densité de professionnels de santé plus faible que celle des autres territoires en ce qui concerne les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens, les chirurgiens dentistes ainsi que les psychologues .
- Certains spécialités médicales sont néanmoins bien représentées comme la gynécologie, l'ophtalmologie, la cardiologie, la radiologie ou encore la pédiatrie.

## Caractéristiques démographiques

### Population et densité du territoire

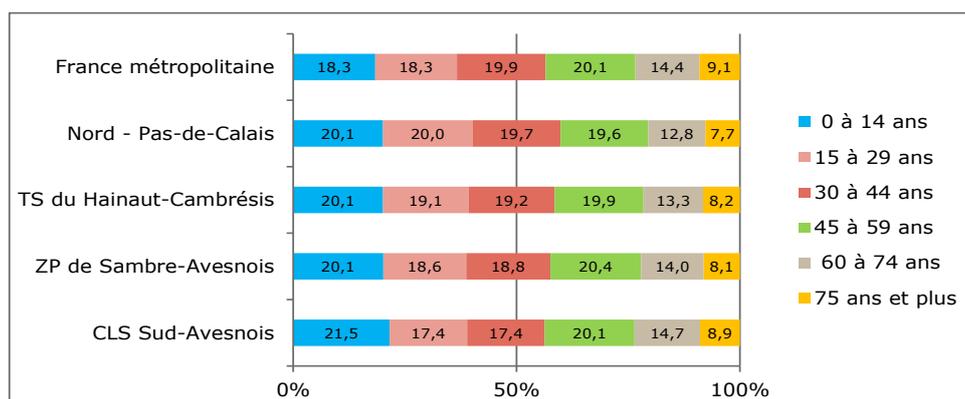
Le périmètre du CLS Sud-Avesnois regroupe, en 2011, 26 665 habitants ce qui représente 11,5% de la population de la zone de proximité de Sambre-Avesnois et 3,6% du territoire de santé du Hainaut Cambrésis. La densité de population de ce territoire (149 hab/km<sup>2</sup>) est plus faible que celle de la zone de proximité de Sambre-Avesnois (165 hab/km<sup>2</sup>), du territoire de santé du Hainaut-Cambrésis (253 hab/km<sup>2</sup>) et de la région Nord - Pas-de-Calais. La France métropolitaine présente une densité plus faible (116 hab/km<sup>2</sup>).

POPULATION, DENSITÉ 2011	CLS Sud- Avesnois	ZP de Sambre- Avesnois	TS du Hainaut- Cambrésis	Nord - Pas-de- Calais	France métropolitaine
<b>Population</b>	26 665	232 680	744 498	4 042 015	63 070 344
<b>Pourcentage de la population</b>	-	11,5	3,6	0,7	0,0
<b>Densité de population (hab/km<sup>2</sup>)</b>	149	165	253	326	116

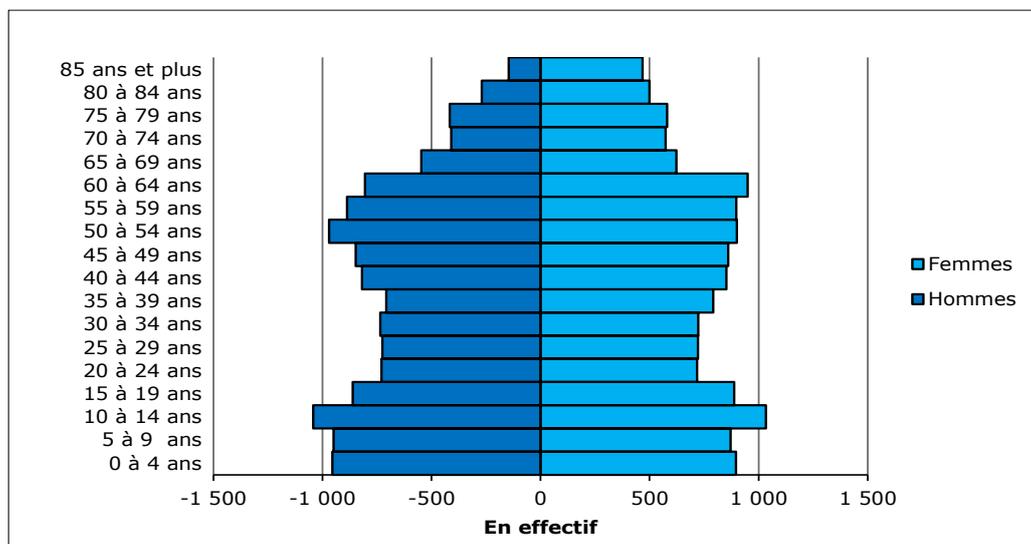
Source : INSEE, RP 2011 exploitation principale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

### Répartition de la population par âge et sexe

Les personnes âgées de 60 ans et plus ainsi que les personnes ayant entre 0 et 14 ans sont proportionnellement un peu sur-représentées au sein du territoire du CLS Sud-Avesnois en comparaison de la région Nord - Pas-de-Calais.



Source : Insee, RP 2011 exploitation principale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.



## Actualisation de l'Atlas 2015 de l'ARS

### **Contexte**

Dans le cadre de la quatrième année de la déclinaison du PRS, l'ARS a confié à l'ORS la mise à jour de l'Atlas régional et territorial de santé 2015.

### **Objectifs**

L'Atlas 2015, qui s'adresse aux décideurs et aux partenaires de l'ARS ainsi qu'aux usagers du système de santé régional propose une photographie de la santé en Nord-Pas-de-Calais à partir des indicateurs disponibles les plus récents. Les données se divisent en trois chapitres.

1. Présentation des territoires de santé définis par l'ARS et ceux d'autres partenaires, ainsi que le profil démographique de la région.
2. Caractéristiques socio-économiques et l'état de santé de la population.
3. Description de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale au service de la population.

Dans cette optique l'ORS Nord – Pas-de-Calais a élaboré les cartes et les tableaux définis par l'ARS pour la mise à jour de l'Atlas 2015.

Cette mise à jour a été établie à partir des données dont disposait directement l'ORS Nord – Pas-de-Calais (mortalité 2008-2011, recensement de la population 2011, données sur la démographie des professionnels de santé 2014, des répertoires RPPS et ADELI) ainsi que des données directement produites par l'ARS Nord – Pas-de-Calais notamment les données médico-sociales.

Les indicateurs ont été déclinés sous forme de tableaux et cartes selon les territoires privilégiés par l'ARS (régions, départements, territoires de santé, zones de proximité ou de premiers recours...). L'ORS Nord – Pas-de-Calais a également assuré l'actualisation du texte d'analyse des différents tableaux et cartes.

Au total l'ORS a actualisé sous forme de tableaux et cartes plus de 70 indicateurs dont notamment :

- La population (nombre d'habitants, densité, structure par âge...);
- Les facteurs socio-économiques (bénéficiaires de l'AAH, CMUc, population non diplômée ...);
- La morbidité et mortalité (ALD, Indices Comparatifs de Mortalité par cancers, par pathologies cardio-vasculaires, la santé mentale, pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac...);
- L'offre de soins (densité des spécialistes, généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...);
- L'offre hospitalière et médico-sociale (pôles d'attractivité en médecine, chirurgie et obstétrique, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile ...)
- 

### **Méthode utilisée**

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a développé sous SAS des programmes permettant de produire les tableaux statistiques au niveau territorial souhaité. Ce travail repose entre autres sur la mise en commun de statistiques provenant de sources multiples provenant en particulier :

- du recensement de la population 2011
- des décès annuels domiciliés 2008-2011 de l'INSERM (Centre d'épidémiologie sur les causes de décès-CépiDC)
- des Affections Longue Durée (ALD) (produites par l'ARS)
- des registres des professionnels de santé de 2014 (RPPS/ADELI) des différents Ordres etc.

### ***Territoires concernés***

Les indicateurs statistiques ont été déclinés selon les zonages choisis par l'ARS

- Régions
- Départements
- Communes
- Territoires de santé
- Zones de proximité
- Zones de premier recours
- Zonage PMSI
- Pôles d'attractivité

### ***Principaux résultats***

Ce travail volumineux englobe près de 70 cartes et près de 60 tableaux et graphiques.

## **Suivi du mouvement démographique des professionnels de santé exerçant dans les zones fragiles de la région Nord – Pas-de-Calais (document de travail ARS confidentiel)**

L'état de santé de la population du Nord – Pas-de-Calais n'est pas satisfaisant dans sa globalité. Certains territoires sont, aujourd'hui, plus exposés à des risques de dégradation systémique accrue à court et moyen terme. Afin de faire en sorte que ces inégalités territoriales ne se creusent pas plus encore, il est nécessaire, dès aujourd'hui, de mesurer et d'anticiper l'évolution de l'offre de soins à l'échelle des différents territoires du Nord – Pas-de-Calais.

Le maintien de l'offre de soins dépend, entre autres, du renouvellement démographique des médecins et de l'ensemble des professionnels de santé présents dans les territoires. Pour cela, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Nord – Pas-de-Calais a doté la région d'un outil permettant de suivre annuellement l'évolution démographique des médecins et des professionnels de santé en s'appuyant sur les flux migratoires et la mobilité professionnelle des différentes professions de santé.

Dans cette optique, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nord – Pas-de-Calais a souhaité que l'ORS Nord – Pas-de-Calais étudie, grâce à cet outil, l'évolution démographique interne et externe à la région des médecins et professionnels de santé exerçant dans les zones fragiles et en difficulté de la région Nord – Pas-de-Calais. Un rapport a été remis à l'ARS en décembre 2014.

## **Autres activités**

L'action de l'ORS ne se cantonne pas aux activités les plus visibles que sont la publication d'études, la mise à disposition de données via son site Internet, ses principaux rendez-vous avec le grand public ou la presse. Régulièrement, il est sollicité afin de participer à des réunions, apporter un avis d'expertise ou contribuer, par son savoir-faire, à la conception ou la conduite de telle ou telle action.

### Autres sollicitations et interventions

- Haute Autorité de Santé. Commission d'évaluation économique et de santé publique
- Participation méthodologique au groupe diagnostique PLPS et CLS
- Participation au comité de pilotage du PRAPS
- Participation au groupe de travail sur les indices de défavorisation sociale de la DGS
- Collaboration avec l'Association des Communes minières et la Communauté d'agglomération de Lens – Liévin
  - Publication et présentation du rapport ***Éléments sanitaires dans les communes minières du Nord – Pas-de-Calais. État de santé, offre de soins et potentiels de développement.***
- Intervention auprès de la mairie de Lille dans le cadre du projet de déménagement de la friche Saint-Sauveur
- Participation au Conseil scientifique de l'IRDES
- Commission santé dans le cadre de Projet de reconstruction de la ligne 400 000 volts Avelin-Gavrelle. Réseau de transport d'électricité.
- Partenariat avec l'ARS et la Mission Bassin minier
- Collaboration avec les services de l'INSEE Lille
- Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Conseil scientifique
- Participation au Forum hybride permanent organisé par la D2DPE (Conseil régional)
- Collaboration avec la D2DPE, Conseil Régional, développement de l'IDH4
- Participation aux travaux de la FNORS dont le séminaire inter-ORS du 10 avril
- Accompagnement dans le cadre de l'évaluation des CPOM 2013-2015 de sept Grands outils régionaux avec le Conseil régional
- Intervention aux journées de prévention du CISS « Comment agir sur les déterminants de santé » Paris le 17 novembre
- Participation aux formations « Représenter les usagers en CRSA » organisé par le CISS, le 18 novembre à Arras
- Intervention devant l'association des régions de France
- Collaboration avec Opaline 62
- Intervention à la demande du CESER sur les phénomènes de précarité énergétique
- Collaboration avec l'APPA
- Collaboration avec ECLAT-GRA

## **Demandes spécifiques de statistiques réalisées en 2014**

## **Contexte**

Parmi ses missions, l'Observatoire Régional de la Santé se doit de « réunir toute information relative à la santé et ses déterminants dans la région et d'en faire part à toute personne qui en fera la demande ».

Dans ce cadre, l'ORS réalise pour différents organismes le calcul d'indicateurs statistiques portant sur de multiples domaines (mortalité, incidence des maladies, démographie médicale, population) correspondant à leur territoire d'analyse et d'action (SCOT, secteur de psychiatrie, territoire de santé, zones de proximité ...). Souhaitant répondre au mieux aux besoins spécifiques de chacun, les indicateurs sont calculés à partir des données les plus récentes disponibles, régulièrement réactualisées.

## **Organismes demandeurs en 2014**

### **ARS Nord-Pas-de-Calais**

Recherche pour le service statistique de l'ARS Nord – Pas-de-Calais des taux standardisés 2008, 2009 pour l'ensemble des décès et des suicides à tous âges et prématurés.

### **Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) du Nord-Pas-de-Calais**

En 2012 l'INSEE Nord – Pas-de-Calais et l'ORS Nord – Pas-de-Calais ont établi une convention visant à mettre en œuvre une collaboration plus étroite. Dans ce cadre, chaque année, l'ORS Nord – Pas-de-Calais calcule pour l'INSEE les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) toutes causes, tous âges et prématurée à différentes échelles territoriales :

Pour l'année 2014 l'actualisation des statistiques a porté sur la région Nord - Pas-de-Calais, ses départements, ses pays, ses EPCI, ses schémas de cohérence territoriale (SCOT), et les parcs naturels régionaux ainsi que sur des zonages adaptés à des études spécifiques.

Les demandes de l'INSEE font référence aux études suivantes :

1. Dans le cadre de la mise en place d'un dispositif de pilotage et d'évaluation des impacts de l'implantation du Louvre à Lens et des politiques d'accompagnement mises en œuvre sur ce territoire L'INSEE demande chaque année à l'ORS Nord – Pas-de-Calais les derniers ICM actualisés calculés pour 16 territoires spécifiques à cette étude.
2. Dans le cadre du partenariat "Tableaux de bord du Nord-Pas-de-Calais" l'ORS a produit pour l'INSEE le nombre de décès hommes / femmes et les ICM 2008-2011 de la mortalité toutes causes, tous âges, et précoce (avant 65 ans) pour 14 EPCI (CU + CA), 17 schémas de cohérence territoriale (SCOT), 13 Pays, 3 parcs naturels régionaux (PNR).

### **Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais**

L'ORS a été en mesure de fournir aux différents services du Conseil régional du Nord – Pas-de-Calais

1. Les ICM 2008-2011 sur les VADS (tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx) à l'échelle des régions, des zones d'emploi, des zones de proximité et des communautés d'agglomération du Nord – Pas-de-Calais et de la France métropolitaine.
2. Dans le cadre de la mise à jour de L'IDH4, les ICM 2008-2011 toutes causes, tous âges et tous sexes regroupés pour les cantons et les zones d'emploi de France métropolitaine.

### **Rapport d'activité 2014**

## Voix du Nord

Dans le cadre de la réalisation du dossier sur l'état de santé des habitants du Nord – Pas-de- Calais l'ORS a produit pour la Voix du Nord des taux comparatifs de mortalité 2007 standardisés sur la population type Européenne (standardisation directe).

Ces taux ont été calculés à partir des décès cumulés des années 2005, 2006, 2007, 2008 et centrés sur le recensement 2007 et portaient sur les sept causes de mortalité suivantes :

1. Accidents de la circulation
2. Suicides
3. Toutes causes
4. Tumeurs
5. Maladies de l'appareil circulatoire
6. Maladies de l'appareil respiratoire
7. Maladies de l'appareil digestif

Les territoires pris en compte étaient la France métropolitaine, les régions et les zones d'emploi.



## **Annexes**

## Publications réalisées ou finalisées en 2014

### Études

Lacoste O, Poirier G. *Éléments sanitaires dans les communes minières du Nord - Pas-de-Calais : état de santé, offre de soins et potentiels de développements*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 68 p.

Poirier G, Lacoste O. *Divergences des évolutions territoriales de l'offre de santé*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 68 p.

Poirier G. *Bilan d'une décennie de cancers. Volet 1 : Analyse de la mortalité*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 96 p.

Raimbault M, Garbe E, Lacoste O. *Bilan d'une décennie de cancers. Volet 2 : Entretiens auprès de patients et d'anciens patients. Rapport*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 90 p.

Raimbault M, Garbe E, Lacoste O. *Bilan d'une décennie de cancers. Volet 2 : Entretiens auprès de patients et d'anciens patients. Annexes*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 70 p.

Trédez G, Chanfi R. *Évaluations d'Impact sur la Santé (EIS) et Intercommunalités : analyse du potentiel de développement de la démarche au sein de trois Communautés d'Agglomération du Nord – Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 56 p.

### 50/51° Nord

Raimbault M. Crise de la démographie des professionnels de santé : les dynamiques territoriales face à leurs miroirs. *50/51° Nord* 2014 ; 38 : 6 p.

Raimbault M. Les urgences victimes de leurs succès ? *50/51° Nord* 2014 ; 39 : 6 p.

Raimbault M. IRM : Une trop longue attente. *50/51° Nord* 2014 ; 40 : 6 p.

### Revue de presse 2014

30-09-2014 : HOSPIMEDIA

Le nouvel indice de l'ORS Nord-Pas-de-Calais donne une autre image de la santé de la région

27-09-2014 : Croix du Nord

Mortalité : les records de la région Nord Pas-de-Calais revisités

26-09-2014 : 20 minutes

Une étude de l'ORS menée sur trente ans montre que la population nordiste se porte mieux

22-05-2014 : La Voix du Nord

Lens : le rapport Lacoste concernant la santé dans le bassin minier fait réagir

21-05-2014 : La Voix du Nord

Lensois : un diagnostic sans concessions sur l'état de santé dans le bassin minier.



**Juin 2015**



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

235 avenue de la Recherche  
59120 Loos

Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20

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

[www.orsnpdc.org](http://www.orsnpdc.org)