



Rapport d'activité

Année 2015

Sommaire

| | |
|--|----|
| La vie de l'Observatoire Régional de la Santé | 5 |
| Activités permanentes de l'observatoire | 9 |
| La communication sur le site Internet | 11 |
| Relations presse | 13 |
| L'activité du Département de Recherche et d'Information (DRI)..... | 16 |
| La communication écrite par le biais des petits dossiers « 50/51° Nord »..... | 17 |
| Études & travaux..... | 21 |
| Bilan d'une décennie de cancers. Volet 3. Enquête en population générale du Nord - Pas de Calais et France métropolitaine sur les changements de perception du cancer depuis 10 ans. | 22 |
| « Territoires Divergents: analyse de l'inégale évolution locale des cancers ». | 25 |
| Suivi annuel synthétique de la santé et de ses enjeux en Nord Pas-de-Calais : Mise en œuvre d'un Indicateur Synthétique de développement et d'Évolution de la santé - ISDES..... | 27 |
| Objectivation et analyse du recours tardif à l'offre de santé au sein de la population régionale. Phase 1 | 30 |
| Recherche Interventionnelle en Santé des Populations humaines (RISPh) | 33 |
| Réalisation du bilan gérontologique régional des territoires de santé 2014 | 36 |
| Diagnostics 2015 des zones de proximité de l'ARS | 38 |
| Développement et mise à jour d'indicateurs sur la situation sociodémographique et l'état de santé, la démographie des professionnels de santé et l'activité des établissements de santé dans le Nord – Pas-de-Calais. | 45 |
| Autres activités | 47 |
| Autres sollicitations et interventions..... | 48 |
| Annexes | 51 |

La vie de l'Observatoire Régional de la Santé

Introduction

L'année 2015 a été l'année de l'adoption, par les instances de l'ORS le 11 mars, des textes relatifs à sa refondation. 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 notre région. Toutes ces évolutions s'inscrivent dans un plan stratégique 2015-2017, volontariste et prudent, qui prévoit d'amplifier les financements de nouveaux partenaires à côté de l'ARS et du conseil Régional.

La refondation a suivi son cours tout au long de l'année 2015 et l'ORS a déménagé, en juillet, dans de nouveaux locaux au sein du Campus de l'Institut Pasteur de Lille.

Tous les travaux confiés à l'ORS en 2015 ont été réalisés et les nouveaux financements ont été trouvés à hauteur de 70 000€.

Au 31 décembre, l'ORS comptait 7 salariés, dont une salariée « technicien d'enquête » en contrat à durée déterminée.

L'année 2015 s'est terminée dans le cadre d'un environnement régional largement bouleversé : nouvelle région donc nouvelle ARS et nouveau Conseil Régional. Cette évolution pourrait créer pour l'ORS Nord Pas-de-Calais de nouvelles incertitudes après celles de 2012.

Toutefois, à la différence de 2012, beaucoup de choses ne dépendent plus de notre seule volonté. Espérons que nous pourrions surmonter, une fois encore, ces difficultés.

Le fonctionnement des instances de l'ORS Nord-Pas-de-Calais en 2015

Le Bureau de l'ORS a continué à se réunir très régulièrement pendant l'année 2015. Ses membres ont participé aux différents comités de suivi et d'avancement des travaux avec les financeurs. Ils ont également veillé au bon fonctionnement financier de l'ORS grâce aux relations qu'ils ont nouées avec Nord Actif et le réseau bancaire.

➤ Les réunions de Bureau se sont tenues aux dates suivantes :

- 23/02/2015
- 30/03/2015
- 03/06/2015
- 24/08/2015
- 01/10/2015
- 26/10/2016
- 02/11/2015
- 14/12/2015

➤ Les réunions de Conseil d'Administration et d'assemblée générale (qui ont sensiblement la même composition) ont eu lieu les :

- 11/03/2015 Conseil d'Administration
- 16/04/2015 Conseil d'Administration extraordinaire
- 11/06/2015 Assemblée générale

➤ Des comités de suivi des rapports de l'ORS avec le Conseil Régional ont eu lieu avec les responsables de la région :

- 08/01/2015
- 03/03/2015
- 14/04/2015
- 03/11/2015

Au 31 décembre 2015, 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

Les relations avec l'OR2S de Picardie

Compte tenu de l'évolution de notre région et de la création annoncée d'une nouvelle région Nord Pas-de-Calais Picardie, l'ORS a entrepris de mettre en œuvre de nouvelles relations avec l'OR2S de Picardie en vue de répondre au défi posé par la mise en place de la nouvelle région.

Pour ce faire, une première rencontre entre les deux bureaux a eu lieu à Amiens le 16 décembre 2015. Ce jour-là a été décidée la création d'un comité de liaison de 4 personnes pour préparer le rapprochement des deux observatoires.

Gestion financière et comptable

L'année 2015 se termine comme en 2014 par un léger excédent à la suite d'une gestion extrêmement rigoureuse et encadrée. Cet excédent de 11 045,00 €uros est consécutif à une augmentation sensible des produits de l'exploitation par rapport à l'année 2014 et une évolution raisonnée des charges.

Une convention avec l'association Nord Actif nous a permis de maintenir un bon niveau de trésorerie tout au long de l'année.

Activités permanentes de l'observatoire

La communication sur le site Internet

Le site Internet de l'ORS www.orsnpdc.org a été entièrement refondu, tant du point de vue des fonctionnalités, de l'ergonomie, que du design. Il propose un espace documentaire regroupant l'ensemble de ses travaux et publications, un espace dédié à la cartographie interactive. Enfin, l'espace « Actualités » regroupe des actualités portant sur la vie de l'ORS et de ses membres, des nouveautés en matière de travaux, des informations sur la santé, des recommandations de lecture et des dates à retenir en matière de santé.

Le nouveau site Internet de l'ORS a été mis en ligne fin mars 2015. Le relevé d'activité du nouveau site, mis en ligne en cours d'année, ne peut être réalisé pour l'année complète puisque les outils (Webalizer et Google analytics) n'ont pu être mis en place que tardivement.

De janvier à mars 2015, le site Internet a permis 23 986 visites et 500 543 téléchargements.

| | Type de document | Publications | De janvier à ma 2015 |
|----|------------------------|--|----------------------|
| 1 | Observation inattendue | Les déchets et la santé | 58 530 |
| 2 | Observation inattendue | Santé mentale | 31 166 |
| 3 | Observation inattendue | Climat, météo et santé | 31 040 |
| 4 | Étude | Notre santé : mieux comprendre la santé et ses enjeux en Nord-Pas-de-Calais | 29 382 |
| 5 | Étude | L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais | 19 805 |
| 6 | Observation inattendue | Risques, catastrophes, crises | 16 754 |
| 7 | Observation inattendue | Violence | 12 716 |
| 8 | Étude | Accessibilité des professionnels de santé : une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement | 12 006 |
| 9 | Étude | Santé et politiques publiques | 8 187 |
| 10 | 50/51° Nord | Les cancers, 2005, n°5 | 3 685 |

Il a été cependant possible, ce qui n'était pas le cas précédemment, de préciser la localisation des internautes consultant le site Internet. Ces statistiques portent sur les 9 mois d'activité du nouveau site, d'avril à fin décembre 2015. Le porté à connaissance assuré par le site a été majoritairement réalisé au profit d'internautes régionaux, 55,5% contre 44,5% depuis d'autres régions.

L'Ile-de-France est très nettement la deuxième région consultante avec 20,62% des venues, très loin devant la Picardie, Bretagne et Rhône-Alpes.

| Clas. | Région | % des venues (sessions) sur le site |
|-------|----------------------------|-------------------------------------|
| 1. | Nord-Pas-de-Calais | 55,50 % |
| 2. | Ile-de-France | 20,62 % |
| 3. | Rhône-Alpes | 2,60 % |
| 4. | Bretagne | 2,40 % |
| 5. | Picardie | 2,09 % |
| 6. | Midi-Pyrénées | 1,85 % |
| 7. | Provence-Alpes-Côte d'Azur | 1,72 % |
| 8. | Aquitaine | 1,71 % |
| 9. | Pays de la Loire | 1,49 % |
| 10. | Lorraine | 1,29 % |

Indicateurs statistiques mis en ligne en 2015

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

- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx,
- Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon,
- Mortalité par tumeurs malignes,
- Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire,
- Mortalité par suicides,
- Mortalité toutes causes de décès confondues,
- Mortalité par diabète sucré,
- Mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel,
- Mortalité évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel,
- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins,

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

- Mortalité toutes causes de décès confondues,
- Mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuel,
- Mortalité évitable par des actions sur le système de soins,
- Mortalité par tumeurs malignes,
- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx,
- Mortalité par tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx,
- Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage,
- Mortalité par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon,
- Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire,
- Mortalité par abus d'alcool (y compris psychose alcoolique),
- Mortalité par cardiopathies ischémiques,
- Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire,
- Mortalité par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives,
- Mortalité par maladies cérébrovasculaires,
- Mortalité par diabète sucré,
- Mortalité par maladie chronique du foie,
- Mortalité par accident de la circulation.

Relations presse

3 points presses ont été organisés entre début 2015 et février 2016 :

- Un point presse s'est tenu le 14 avril 2015 à 11h à l'Opéra Délices à Lille, sur le thème de l'étude « Bilan d'une décennie de cancers » (programme d'activité 2014) ;
- Un deuxième point presse s'est tenu le 9 décembre 2015 à 10h à l'Opéra Délices à Lille, sur le thème de l'étude « ISDES » (indicateur synthétique de développement et d'évolution de la santé). Ce point presse relevait du programme d'activité 2015 ;
- Un troisième point presse a été organisé le 2 février 2016 à 10h à l'Opéra Délices à Lille, sur les études « Bilan d'une décennie de cancers. Volet 3 » et « Territoires divergents : enquête sur l'inégale évolution des cancers ». Ce point presse relevait du programme d'activité 2015.

1. Point presse « Bilan d'une décennie de cancers »

Le 14 avril 2015, Olivier Lacoste et Marie Raimbault ont présenté les conclusions de la double enquête. Un 50/51° de synthèse rédigé pour l'occasion a été distribué aux journalistes présents avec les rapports complets de l'enquête.

Ces documents ont par ailleurs été diffusés par mail dans la journée à la presse régionale, à la presse spécialisée nationale et aux journalistes santé de la presse généraliste nationale.

Le sujet a trouvé un écho et suscité l'intérêt des médias régionaux.

9 Journalistes ont assisté au point presse :

Presse écrite

- La Voix du Nord – Bernard Virel
- La Croix du Nord – Thomas Levivier
- Santé Autrement – Géraldine Langlois
- AEF – Sylvain Marcelli
- Le concours médical - Valérie Devillaine

Radio

- RCF – Mathilde Hauvy (demande d'interview à l'issue du point presse)
- Mona FM – Pierre
- Métropolys

Télévision

- WEO- Pierre Jérôme Montenot, rédacteur en chef

Dix retombées presse ont suivi :

- La Voix du Nord : la « Une » et une page du quotidien régional ont été consacrées au sujet le 29 avril
- La Croix du Nord : la « Une » et une page du quotidien régional ont été consacrées au sujet dans l'édition du 17 au 23 avril
- AEF info : une dépêche a été consacrée au sujet le 21 avril
- RCF radio : un sujet-interviews de 12 minutes a été diffusé le 15 avril
- Mona FM : un sujet-interviews a été diffusé au journal (soit une douzaine de fois) dans la journée du 21 avril

- Métropolys : un sujet-interviews a été diffusé au journal le 15 avril
- Weo : un sujet plateau avec interview de Cécile Bourdon et Olivier Lacoste a été diffusé fin avril
- Une émission pour les radios RLP et Radio Boomerang a été enregistrée le 11 mai.
- Un dossier a été publié dans la newsletter et le site du pôle ressources cancers
- Un article a été publié sur le site Internet de Santé Autrement Magazine

2. Point presse « ISDES »

Le 9 décembre 2015, Olivier Lacoste et Marie Rimbault ont présenté les principaux résultats de l'étude ISDES. Une brochure de 16 pages de synthèse a été distribuée aux journalistes présents, avec les rapports complets de l'enquête.

Ces documents ont par ailleurs été diffusés par mail dans la journée à la presse régionale, à la presse spécialisée nationale et aux journalistes santé de la presse généraliste nationale.

Le sujet a trouvé un écho et suscité l'intérêt des médias régionaux.

6 journalistes ont assisté au point presse et une interview a été réalisée par la suite :

Presse écrite

- La Voix du Nord Région – Bernard Virel
- La Gazette Nord-Pas-de-Calais – Amandine Pinot
- La Croix du Nord - Marig Doucet
- Santé Autrement – Géraldine Langlois

Radio

- RFM – Dominique Thomas

Télévision

- WEO – Anne Charlotte Duvivier

Réalisation d'une interview de 12 minutes par Marie Rimbault jeudi 17 décembre 2015 pour la radio RCF.

8 retombées presse ont suivi :

- WEO l'invité du jour, le 10 décembre 2015 : interview de Marie Rimbault
- Santé Autrement Magazine, le 11 décembre 2015 : « État de santé en Nord – Pas-de-Calais : les efforts commencent à porter leurs fruits ».
- Lavoixdunord.fr, le 18 décembre 2015 : « Santé de la Région : le pouls est encore faible, mais il y a du mieux »
- RCF, le 19 décembre 2015 : interview de Marie Rimbault : « La santé des nordistes s'améliore »
- La Voix du Nord, le 19 décembre 2015 : « Santé de la Région : le pouls est encore faible, mais il y a du mieux »
- Hospimédia, le 23 décembre 2015 : « L'ORS Nord-Pas-de-Calais a conçu un indicateur pour mesurer l'évolution de la santé des habitants »
- La Gazette Nord-Pas-de-Calais, le 25 décembre 2015 : « L'état de santé des habitants du Nord-Pas-de-Calais progresse »
- La Croix du Nord, n° du 1er au 7 janvier 2016 : « Comment se portent les Nordistes ? »

3. Point presse « Bilan d'une décennie de cancers. Volet 3 » et « Territoires divergents »

Le 2 février 2016, Olivier Lacoste et Marie Raimbault ont présenté les principaux résultats de l'étude « Bilan d'une décennie de cancers, volet 3 » et « Territoires divergents ». Les rapports complets des études ont été distribués aux journalistes.

Ces documents ont par ailleurs été diffusés par mail dans la journée à la presse régionale, à la presse spécialisée nationale et aux journalistes santé de la presse généraliste nationale.

Le sujet a trouvé un écho et suscité l'intérêt des médias régionaux.

10 journalistes ont assisté au point presse.

Presse écrite

- La Voix du Nord : M. Cousin
- La Croix du Nord : Marig Doucy
- 20 Minutes : Gilles Durand
- Autrement dit Magazine : Jonathan Blanchet
- Santé Autrement Magazine : Géraldine Langlois

Radio

- France Bleu Nord – Pas-de-Calais : Florian Royez
- RCF Lille : Mathilde Hauvy
- RFM Lille : Dominique Thomas (9h30)

Télévision

- Weo : Pierre Jérôme Montenot, rédacteur en chef
- Grand Lille Tv : Brice Leleu

10 retombées presse ont suivi :

- 20 Minutes, le 2 février 2016 « Nord : Qu'est-ce qui peut faire baisser le taux de mortalité des cancers ? »
- France Bleu Nord, le 2 février 2016 : interview de Marie Raimbault à 18h00
- France Bleu Nord, le 2 février 2016 : interview d'Olivier Lacoste
- La Voix du Nord, le 3 février 2016 : « Les nordistes plus pessimistes sur la perception de cette maladie »
- Lavoixdunord.fr, le 3 février 2016 : « Cancer : les nordistes plus pessimistes sur la perception de cette maladie »
- Nord éclair, le 3 février 2016 : « Les nordistes plus pessimistes sur la perception de cette maladie »
- Grand Lille TV, le 3 février 2016 : « Bilan d'une décennie de cancers : l'ORS achève son étude »
- RCF, le 3 février 2016 : « Bilan d'une décennie de cancers : suite et fin de l'étude »
- WEO, le 3 février 2016 : « Les nordistes pessimistes face au cancer, comment vaincre cette fatalité ? »
- Santé Autrement Magazine, le 5 février 2016 : « Cancer : des perceptions à améliorer et des facteurs favorables à adopter »

L'activité du Département de Recherche et d'Information (DRI)

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

Une large part de l'activité du DDRI a été réorientée vers la production de **dossiers documentaires** et vers l'extraction de données depuis les sites des agences nationales productrices telles que l'ATIH.

Les activités courantes du DRI en 2015 :

- Gestion du fonds documentaire, commande, indexation de documents.
- Veille documentaire pour le personnel d'étude de l'ORS : Alzheimer, longévité, démocratie sanitaire, logement, cancer, périnatalité, mortalité, IVG, profession de santé, EIS, 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 trentaine de demandes individuelles (documentaires ou statistiques) en 2015.

Les thèmes les plus demandés ont été :

- Accès aux soins
- Cancers
- Démographie des professions de santé
- Grossesse
- IVG
- Maladie d'Alzheimer
- Morbidité
- Mortalité par pathologie
- Obésité
- Politique de la ville
- Politique de santé
- Promotion santé
- Recours aux soins
- Santé mentale
- ...

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

Le petit dossier *50/51° Nord* prend la forme d'une brochure de 6 à 8 pages. Cette parution propose une approche synthétique d'une thématique relevant de la santé publique et ayant une pertinence pour le Nord – Pas-de-Calais.

En 2015, 6 numéros de *50/51° Nord* ont été publiés :

- Demain, tous opérés en ambulatoire ?
- Une décennie de cancers. Un grand mieux et de nouvelles questions à traiter
- La démocratie sanitaire, mythe ou réalité ?
- Une parmi douze, les nouvelles régions
- 33 ans d'observation de la santé. Et maintenant ?
- La santé : l'opinion du grand public

1. Demain, tous opérés en ambulatoire ?

Entrer à l'hôpital le matin pour bénéficier d'une opération et rentrer chez soi le jour même est désormais une expérience partagée par de nombreux Français. Elle concerne la chirurgie de la cataracte ou la libération du canal carpien, mais s'étend progressivement à des chirurgies de plus en plus lourdes, comme celles des prothèses de hanches. Son développement en France a été initié bien plus tard que dans les pays anglo-saxons. Quotidien des Américains et des Scandinaves, l'ambulatoire compte pour 40% de la chirurgie en France. Son déploiement est actuellement recherché afin de rattraper le retard. Une intervention chirurgicale sur deux, réalisée en ambulatoire à l'horizon 2016, tel est l'objectif que s'est fixé le Ministère de la Santé fin 2014. La finalité est double : faire bénéficier les patients d'une meilleure qualité de soins et générer des économies substantielles pour le système de santé. Deux objectifs qui nourrissent de vrais débats quant aux résultats attendus. Véritable révolution culturelle pour les soignants, basculer de la chirurgie classique, dite « conventionnelle » vers l'ambulatoire nécessite l'adhésion et la conviction des équipes et un véritable projet commun d'établissement. Dans ce contexte, comment se place la région ? Quels sont les bénéfices pour le patient ? À quelles conditions ? Quels sont les freins et les leviers au déploiement de l'ambulatoire en France ? Réponse chiffrée et avis d'experts à la clef, cette édition ambitionne d'apporter des réponses à ces différentes questions.

2. Une décennie de cancers. Un grand mieux et de nouvelles questions à traiter

Dresser le bilan d'une décennie de cancers, tel est l'objectif, certes ambitieux, d'une double étude réalisée par l'ORS. Nous aurions pu nous contenter d'exploiter des données, nous avons choisi de conduire une véritable enquête de terrain. Nous sommes allés à la rencontre de patients, les plus à même de témoigner des progrès, et avons écouté leur(s) histoire(s), leur(s) parcours. Cet ensemble d'entretiens a été complété par une analyse fine de l'évolution de la mortalité par cancers dans la région et les quinze territoires qui la composent. Car, au-delà des nouveaux cas de cancers, il est fondamental de regarder la létalité du cancer, le fait d'en mourir. L'accroissement des cas de cancers est un phénomène largement constaté et connu, l'évolution de la mortalité, autrement dit la létalité des cancers déclarés, l'est moins. Son analyse permet de soulever les bonnes questions. Comment se fait-il qu'il y ait une telle mortalité dans la région ?

Quels liens de causes à effets avec les inégalités sociales ? Pourquoi les gens en meurent-ils davantage dans certains territoires ? Comment d'autres se sont-ils améliorés ? Il ressort de ces études un bilan largement positif en termes de prise en charge des patients, ainsi que de nettes améliorations dans certaines parties de la région. Néanmoins, la géographie des cancers laisse apparaître des évolutions très contrastées au niveau régional qui posent questions. Or, la situation régionale évoluera, quand l'ensemble de ses parties progressera.

3. La démocratie sanitaire, mythe ou réalité ?

La santé est depuis 15 ans la préoccupation n° 1 des Français. En témoigne le dernier sondage Domplus-BVA publié fin 2014, dans lequel le sujet reste devant la situation financière et l'emploi. Selon le quatrième baromètre Domplus-BVA, plus de 8 actifs sur 10 estiment que les questions de santé les inquiètent dans leur vie quotidienne, qu'il s'agisse des conséquences d'une maladie, des dépenses nécessaires pour rester en bonne forme ou du niveau de remboursement des soins. Corollaire, la question des droits des usagers et des politiques de santé émerge de plus en plus dans la société. Quels sont les droits des usagers du système de santé, comment faire part de remarques sur une prise en charge à l'hôpital ? Comment les citoyens, professionnels de santé et usagers sont-ils associés à l'élaboration des politiques de santé ? Comment se passe la concertation dans la région ? Quels sont les acteurs principaux de ce dialogue ? Toutes ces questions relèvent de la dynamique, assez méconnue, de « démocratie sanitaire ». Entretiens d'experts à l'appui, cette édition du 50/51° Nord réalise un point d'étape sur le sujet.

4. Une parmi douze, les nouvelles régions

La réforme territoriale et la création de douze « super-régions » ont bousculé les enjeux d'organisation de tous ces territoires, toutes politiques publiques confondues. Elle fait émerger une région Nord-Pas-de-Calais / Picardie très peuplée, dense et jeune, caractérisée par une situation socio-économique difficile. Autre trait important de cette région, son état de santé généralement dégradé et une inégale répartition de ses professionnels de premiers recours (ses généralistes). Ce constat pose directement la question de l'égalité de l'accès aux soins et de la nécessaire réorganisation territoriale de l'offre de soins. Le bouleversement territorial rebat en effet les cartes de la répartition des pôles d'offres de soins par grande région. Certaines se voient devant de plus grands défis de structuration que d'autres. Toutes les régions sont pour autant devant le même challenge : investir le champ de l'aménagement du territoire, clef d'une organisation optimisée de l'accès aux soins en France.

5. 33 ans d'observation de la santé. Et maintenant ?

Trente-trois ans après sa création, l'Observatoire régional de la santé (ORS) du Nord – Pas-de-Calais a choisi de prendre du recul, de dresser le bilan de son activité et de réaffirmer son positionnement. Dans un contexte économique et réglementaire mouvant, nous maintenons nos exigences dans nos travaux : poursuivre des approches dynamiques, maintenir la notion d'études comparatives, dans le temps et l'espace, continuer à adapter nos méthodes aux objets d'analyses et aux milieux et adapter nos méthodes aux nouvelles réalités territoriales. L'objectif étant, in fine, de rester un acteur essentiel de l'aide à la décision et à l'action en matière de santé dans la future grande région Nord – Pas-de-Calais / Picardie. Soucieux d'apporter des regards extérieurs sur notre activité, nous avons demandé à une dizaine de personnalités de la santé publique, exerçant dans différents domaines et régions de France, de s'exprimer sur nos travaux, nos forces et nos faiblesses.

6. La santé : l'opinion du grand public

Cancer, démographie médicale, Alzheimer, diabète, les sujets de santé publique ne manquent pas dans le Nord – Pas-de-Calais. Depuis des décennies, les parties prenantes de la santé s'attellent à comprendre et œuvrer pour en réduire les effets. Au-delà des élus, des décideurs, et des scientifiques impliqués, la population elle-même est un acteur essentiel du changement. Prendre le pouls de la population régionale, mesurer sa perception, son niveau d'information et de satisfaction est utile, et pour certains indispensables à la conception et la mise en œuvre de politiques ancrées dans la réalité. En 2015, l'ORS Nord – Pas-de-Calais a conduit deux enquêtes en population générale, la première auprès d'un échantillon national sur le sujet de cancer ; la seconde, au niveau régional, sur l'offre de soins. Les enseignements présentés dans ce document font état de schémas divers : une forte conscience des enjeux côtoie encore de véritables manques en matière de prévention et de dépistage du cancer. Les spécificités régionales mises en lumière méritent d'être étudiées de près, révélant un pessimisme néfaste, encore un peu plus prégnant que dans le reste de la France.

Études & travaux

Bilan d'une décennie de cancers. Volet 3. Enquête en population générale du Nord - Pas de Calais et France métropolitaine sur les changements de perception du cancer depuis 10 ans.

Contexte

Bilan d'une décennie de cancers. Volet 3. Enquête en population générale du Nord - Pas de Calais et France métropolitaine sur les changements de perception du cancer depuis 10 ans.

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 (+30 % chez les hommes et +14 % chez les femmes de tous âges, par rapport à l'Hexagone). De plus, la baisse de la mortalité par cancer est sensiblement plus lente que celle observée au plan national (baisse de mortalité par cancer, 45% inférieure à la baisse nationale chez les hommes de tous âges entre 1982 et 2007). Pourtant, le Conseil régional du Nord – Pas-de-Calais, en faisant depuis 2003 du cancer une priorité de sa politique de santé, s'est fortement impliqué dans la lutte contre le cancer en passant par une sensibilisation régulière des habitants du Nord Pas-de-Calais aux problèmes que soulève cette maladie grâce à des actions de prévention et d'information (semaine cancer en 2011, 2012, 2013...).

Plusieurs études montrent que les causes de cette situation sont multiples et trouvent leurs origines dans certaines spécificités socio-économiques et culturelles des habitants de notre région. Davantage de personnes défavorisées, moins de femmes actives, moins de personnes diplômées, des expositions environnementales et professionnelles aux facteurs cancérigènes plus fréquentes, sont autant d'éléments favorisant un moindre recours aux soins, à la prévention et au dépistage des cancers.

Afin d'aider le Conseil régional à encore mieux cibler les besoins et les attentes de la population face à cette maladie, et lui apporter des éléments de réflexion aidant à juger de la nécessité ou pas de revoir les intentions, les approches, et les objectifs des politiques de santé en matière de cancer, l'ORS Nord-Pas-de-Calais a souhaité lancer sur internet une enquête portant sur les évolutions de la perception du cancer chez les habitants du Nord – Pas-de- Calais durant ces 10 dernières années.

L'étude vient compléter les deux premiers volets du Bilan d'une décennie de cancers, réalisés préalablement en 2014, composés d'une analyse de la mortalité par cancers et d'une étude qualitative réalisée auprès de patients et anciens patients atteints de cancer.

Objectifs

L'objectif de ce troisième volet était d'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 par le biais d'une enquête en ligne « représentative » de la population régionale.

Ainsi, les résultats de l'étude permettent d'aider les parties prenantes de la santé publique à encore mieux comprendre les besoins et les attentes de la population face à cette maladie et leur apporter ainsi des éléments de réflexion aidant à juger de la nécessité ou pas de revoir les intentions, les approches et les objectifs des politiques de santé en matière de cancer.

Méthode utilisée

L'ORS Nord-Pas-de-Calais a choisi de réaliser une enquête en ligne sur la perception du cancer.

Il existe au moins trois avantages de l'enquête en ligne par rapport aux autres types d'enquêtes : le coût de recueil réduit, les délais plus rapides et l'abolition des limites géographiques qui, dans le cas de cette étude, ont permis de comparer nos résultats à un échantillon représentatif de la population nationale.

La première phase de l'étude a été réalisée en 2014. Le questionnaire a été finalisé et sa mise en ligne sur le site Internet a été budgétée.

L'étape suivante, effectuée en 2015, constituait la mise en ligne du questionnaire de l'enquête, son lancement et son exploitation statistique. La société Inouit, contactée dès 2014, a assuré la conception, le développement et la mise en ligne du questionnaire selon les conditions définies par l'ORS Nord-Pas-de-Calais telles que l'ergonomie, la gestion des questionnaires (abandon et reprise possible de la saisie par l'internaute), les formats des sorties des questionnaires renseignés, autant de points qui ont fait l'objet de tests préalables au lancement de l'enquête proprement dit. Au printemps 2015, l'enquête a été lancée.

Les personnes participant à l'enquête ont été sollicitées via le fichier d'adresse électronique de la société Cartégie.

L'échantillon qui a reçu le questionnaire était composé pour deux tiers d'habitants du Nord – Pas-de-Calais et un tiers d'habitants du reste de l'Hexagone. Le questionnaire comprenait une cinquantaine de questions. Il a été divisé en trois parties, chacune étant adaptée à un public cible différent :

- Les personnes ayant été concernées par la maladie dans le passé (diagnostic il y a plus de deux ans) [Questionnaire A]
- Les personnes concernées aujourd'hui (diagnostic il y a maximum deux ans) [Questionnaire B]
- Tous les enquêtés [Questionnaire commun]

Le fait que les réponses aux questions soient directement recueillies sur le site de l'ORS a permis de restituer les premiers résultats (tris à plat) rapidement.

Territoires concernés

L'enquête concernait l'ensemble du territoire français métropolitain, avec un focus sur la région Nord-Pas-de-Calais.

Principaux résultats

Deux vagues d'invitations à participer à l'enquête ont été envoyées par mail, l'une le 29 avril 2015, l'autre les 16, 17 et 18 juin 2015. Au total, sur les 214 744 invitations envoyées, 196 230 sont arrivées à destination, 10 088 ont été ouvertes et 1 486 personnes ont cliqué sur le lien du questionnaire ; in fine 807 questionnaires ont été renseignés dont 520 résidaient dans le Nord – Pas-de-Calais et 287 dans une autre région de France métropolitaine.

L'analyse des réponses nous a permis de dresser une liste d'enseignements généraux et de pointer les différences ou les similitudes entre les perceptions des habitants du Nord – Pas-de-Calais et celles des habitants du reste de la France.

Les résultats de l'étude nous enseignent, pour toutes régions confondues, que la maladie, et plus particulièrement le cancer sont les sujets qui inquiètent le plus les interrogés. Forme de paradoxe, les enquêtés qualifient leur propre état de santé de « bon », mais de « moyen » celui de la région qu'ils habitent. Leurs visions personnelles et collectives sont un peu déconnectées. En matière de sources d'information, Internet reste de loin le premier support de recherches. De manière générale, les Français s'estiment plus informés sur le cancer qu'il y a dix ans.

Les interrogés perçoivent bien une hausse de l'incidence, autrement dit du nombre de cas de cancers. En parallèle, ils pensent que l'on en guérit davantage que par le passé. Les interrogés estiment que l'on guérit en premier lieu du cancer du sein, puis celui de la prostate, et enfin ceux du colon et de l'utérus. Seule une moitié des répondants pense que les personnes touchées reprennent une vie normale à la fin des traitements.

Les campagnes de prévention marquent bon nombre d'interrogés, et leurs souvenirs de ces campagnes portent essentiellement sur des campagnes des cancers du sein, du côlon et en dernier du poumon. Elles sont jugées plutôt pertinentes même si elles n'informent pas assez sur les moyens d'auto détection des symptômes.

Le dépistage organisé semble encore peu connu, puisque seuls 50% des interrogés savent que des campagnes de dépistages organisés (DO) ont lieu dans leur région. Pourtant, 80% des enquêtés se disent concernés par le sujet, les femmes davantage que les hommes. 60% des interrogés faisant partie de la cible concernée ont participé à un dépistage organisé. Les personnes déjà touchées par la maladie ont davantage recours au DO que les autres. La réception du courrier d'invitation au dépistage est la raison première de la prise de rendez-vous du dépistage.

Les progrès réalisés dans le domaine des soins au cours des dernières années sont perçus par une large majorité d'interrogés (80%). Ils sont 70% à penser que les traitements sont plus adaptés à chaque patient, et la moitié à considérer que les traitements sont plus faciles à supporter. La moitié des enquêtés estime que les équipes médicales font preuve de plus d'humanité et d'écoute que par le passé.

Toutefois, l'accompagnement des patients est encore relativement méconnu.

De rares nuances de perception entre les répondants du Nord – Pas-de-Calais et ceux du reste de la France sont observées.

Les maladies infectieuses inquiètent davantage dans la région Nord Pas-de-Calais que dans les autres régions françaises. Les nordistes sont conscients des difficultés sanitaires de la région. Ils sont 27% à considérer que l'état de santé de leur région est « détérioré » contre 10% pour les autres régions de France. À l'inverse, seulement 13,5% le qualifient de « bon » contre 26% dans le reste de l'Hexagone.

Les habitants du Nord – Pas de Calais considèrent que l'on guérit davantage du cancer que par le passé, mais dans une proportion moins importante que le reste des Français (73,5% versus 84,5%). De la même manière, ils sont moins nombreux à penser que l'on meurt moins de la maladie (47,5% versus 64,5%). Par ailleurs, deux fois plus de répondants nordistes n'ont pas trouvé les campagnes de prévention pertinentes. Les répondants du Nord – Pas-de-Calais ont également un peu moins conscience des progrès réalisés en matière de traitement (78,7% versus 84%).

Enfin, les répondants du Nord – Pas-de-Calais sont beaucoup moins optimistes sur la vie après le cancer. En effet, 56% d'entre eux pensent qu'il n'est pas possible de reprendre une vie normale, contre seulement 40% dans le reste de la France. Enfin, deux fois plus de nordistes pensent que les équipes médicales ne font pas preuve de plus d'humanité que par le passé.

« Territoires Divergents : Analyse de l'inégale évolution locale des cancers ».

Contexte

L'étude « *Territoires divergents* » a été initiée dans la suite logique de l'étude « *Bilan d'une décennie de cancers* » conduite en 2014 et de ses trois volets. Cette triple étude se composait entre autres d'une analyse qualitative constituée portant sur une cinquantaine d'entretiens de patients et anciens patients atteints de cancer, réalisés dans la région¹. Ce volet a été complété d'une analyse fine de l'évolution de la mortalité par cancer entre 1999 et 2010. Car, au-delà des nouveaux cas de cancers, il est fondamental de regarder la létalité du cancer, le fait d'en mourir. En effet, l'accroissement des cas de cancers est un phénomène largement constaté et connu, l'évolution de la mortalité, autrement dit la létalité des cancers déclarés, l'est moins. Son analyse permet de soulever les bonnes questions. Comment se fait-il qu'il y ait une telle mortalité dans la région ? Quels liens de causes à effets avec les inégalités sociales ? Pourquoi les gens en meurent-ils davantage dans certains territoires ? Comment d'autres se sont-ils améliorés ?

L'étude quantitative quant à elle ne visait pas seulement à comparer le niveau de mortalité par tumeurs des différents territoires du Nord – Pas-de-Calais, elle a permis également d'examiner si l'évolution de la mortalité par cancer de ces territoires a été plus rapide, plus lente ou équivalente à l'évolution nationale. L'analyse de l'évolution des cancers a été centrée sur l'ensemble des tumeurs, ainsi que sur les cancers broncho-pulmonaires, le cancer du sein chez la femme, le cancer de l'intestin et le cancer des voies aérodigestives et de l'œsophage. L'analyse a porté sur les régions de la France métropolitaine ainsi que sur les zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais et les zones d'emploi du reste de la France métropolitaine. Parallèlement, cette recherche a porté sur l'évolution de l'incidence des cancers au niveau national en reposant sur une recherche bibliographique.

Il ressort de ces études un bilan largement positif en termes de prise en charge des patients, ainsi que de nettes améliorations dans certaines parties de la région. Néanmoins, la géographie des cancers laisse apparaître des évolutions très contrastées au niveau régional qui posent question. Certains territoires voient leur mortalité par cancer se réduire plus rapidement que la moyenne nationale, quand d'autres voient la mortalité se réduire moins vite que la moyenne, à l'inverse. Or, la situation régionale évoluera quand l'ensemble de ses parties progressera.

Objectifs

L'objectif général de l'étude est de mettre en évidence les facteurs territoriaux de croissance ou de décroissance de la mortalité par cancer et par différents cancers.

Devant l'hétérogénéité des évolutions de mortalité par cancer à l'intérieur de la région, l'ORS a souhaité pousser plus loin l'analyse en s'attachant à étudier de plus près quatre territoires. L'ORS a choisi deux territoires régionaux : l'un voyant sa mortalité se réduire plus vite que la moyenne Française : Dunkerque, l'autre à l'inverse connaissant une baisse moins rapide que la moyenne : Boulogne-sur-Mer. Et afin de pouvoir replacer l'analyse dans un contexte global plus large, l'ORS a choisi Le Havre en Haute-Normandie et Forbach en Lorraine, pour mener une analyse comparative nationale. Les localisations cancéreuses qui ont été retenues pour l'étude sont : poumon chez les hommes, sein chez les femmes, intestin, VADS et œsophage ainsi que l'ensemble des tumeurs.

L'objectif final était d'identifier des facteurs contribuant à un recul de la mortalité par cancers, de façon à les valoriser et à pousser leur mise en œuvre dans d'autres territoires.

¹ Bilan d'une décennie de cancer. ORS Nord – Pas-de-Calais, 2014 :

Volet 1 : Analyse de la mortalité.

Volet 2 : Entretiens auprès de patients et d'anciens patients.

Volet 3 : Enquête en population générale du Nord - Pas de Calais et France métropolitaine sur les changements de perception du cancer depuis 10 ans.

Méthode utilisée

Afin de répondre à ces objectifs, l'ORS a conduit une série d'entretiens dans les territoires retenus. 51 entretiens ont été réalisés et retranscrits pour l'enquête, parmi lesquels 41 conduits par l'ORS Nord-Pas-de-Calais et 10 par l'ORSAS Lorraine. Au total, dans la mesure où de nombreux entretiens ont été réalisés en présence de plusieurs personnes, 79 interlocuteurs ont été rencontrés.

Après avoir sensibilisé les acteurs locaux, partie prenante de la prise en charge des cancers de la région sur l'étude, une enquête approfondie a été conduite auprès de ces acteurs. 13 entretiens ont été réalisés sur le territoire du Boulonnais, 12 sur celui du Dunkerquois, ainsi que 3 entretiens d'acteurs régionaux et 1 entretien avec une doctorante en sociologie travaillant sur la thématique du cancer dans le Nord – Pas-de-Calais. Nous avons également rencontré un médecin DIM du CHRU de Lille. Soit un total de 30 entretiens pour la région Nord Pas-de-Calais.

Un partenariat très efficace avec la Communauté de l'agglomération havraise (Codah) a permis l'identification et la rencontre des acteurs partis prenants de la prise en charge des cancers sur le territoire du Havre. L'équipe "étude" de l'ORS Nord-Pas-de-Calais a réalisé 11 entretiens dans l'agglomération du Havre.

La collaboration avec l'équipe de l'ORSAS Lorraine, à laquelle l'ORS Nord – Pas-de-Calais a confié la conduite des entretiens à Forbach, a permis de collecter 10 entretiens.

Une analyse des données exploitables du PMSI a été menée, pour compléter l'enquête de terrain. Elle se complète d'une analyse sociodémographique des territoires ainsi que de l'évolution locale de la mortalité par cancer.

Cette étude ne vise pas à livrer une description de la prise en charge des cancers dans les 4 territoires, dans la mesure où elle ne constitue en rien une évaluation. En effet, il ne s'agit pas de décrire et encore moins de « juger » la manière dont chaque territoire appréhende et organise la lutte contre le cancer.

Son but était d'identifier les facteurs qui peuvent conduire, faciliter, créer les conditions d'une baisse plus rapide de la mortalité. L'étude se distancie ainsi volontairement du terrain pour identifier des cercles vertueux et des dynamiques positives, potentiellement reproductibles.

Une liste de facteurs dits « positifs » et « reproductibles » figure dans la dernière partie de l'étude « Bilan et préconisation ».

Territoires concernés

Les territoires de Dunkerque, de Boulogne-sur-Mer, du Havre et de Forbach.

Principaux résultats

L'étude a identifié des processus et des comportements collectivement adoptés qui nous semblent à éviter. Parmi lesquels : reporter (trop) la responsabilité sur le contexte économique national ou local et la « crise », ou encore reporter la responsabilité sur les patients.

L'étude a surtout identifié les démarches jugées positives par les acteurs rencontrés. Les 4 principaux facteurs d'améliorations sont les suivants :

- Favoriser la prise de conscience, grâce au partage de l'information sur les tendances de mortalité par cancer(s) d'un territoire. Lutter contre le déni ou la minimisation de la réalité.
- Favoriser une appropriation de la thématique du cancer par un univers autre que les professionnels de santé uniquement (élus locaux, grand public, milieux scolaires, entreprises, collectivités...) afin de favoriser des diagnostics précoces.
- Générer des dynamiques locales via la mise en réseau et le soutien des acteurs de la chaîne de lutte contre la maladie, qui ne sont naturellement pas en contact dans leur quotidien respectif (médecins généralistes, acteurs de la prévention, élus locaux, praticiens hospitaliers ...).
- Sensibiliser et associer les élus locaux, et engager des programmes locaux indépendants toujours ou presque correspondant aux préconisations de l'INCA.

Le rapport liste une vingtaine de préconisations concrètes, synthétisées des expériences positives relevées sur le terrain.

Suivi annuel synthétique de la santé et de ses enjeux en Nord Pas-de-Calais : Mise en œuvre d'un Indicateur Synthétique de développement et d'Évolution de la santé - ISDES

Contexte

L'état de santé du Nord – Pas-de-Calais demeure mauvais. Même si certains territoires comme la métropole lilloise ont bénéficié au cours de ces 10 dernières années de baisses notables de leur mortalité dépassant la baisse moyenne nationale, il n'en demeure pas moins vrai que la région Nord Pas-de-Calais affiche toujours une surmortalité marquée la plaçant en tête du classement régional pour de nombreuses causes de décès. Depuis plusieurs années, l'ORS Nord – Pas-de-Calais s'efforce d'aborder la question de la mortalité en intégrant dans son analyse l'aspect dynamique au moyen de l'Indice Comparatif d'Évolution de la mortalité (ICEM) développé par l'ORS.

Il convient en effet de produire et de faire connaître au plus vite l'ampleur et la nature des tendances en cours au sein de la région afin d'enrichir les débats, surmonter les incompréhensions nées en partie des analyses développées par l'ORS au cours de ses vingt-cinq premières années d'existence.

Objectifs

Dans cette optique, l'ORS a souhaité apporter aux parties prenantes de la santé publique des éléments se rapportant aux évolutions de la santé des habitants du Nord-Pas-de-Calais. Du point de vue de l'ORS, il est devenu en effet essentiel d'exposer les dynamiques qui relèvent de la santé et qui sont en cours au sein du Nord –Pas-de-Calais. Pour ce faire, il a conçu et produit un *Indicateur Synthétique de Développement et d'Évolution de la Santé- ISDES-*, indicateur visant à mesurer l'évolution de la santé des habitants dans le Nord – Pas-de-Calais.

Méthode utilisée

L'ISDES s'articule autour cinq dimensions : l'état de santé, l'offre de santé, la composante sociodémographique et la composante environnementale et enfin la perception des usagers. Chacune de ces composantes a fait l'objet de choix raisonnés tenant compte de la pertinence des variables intégrées, de leur propension à décrire l'évolution.

L'ensemble de ces dimensions devait permettre de mesurer une évolution annuelle. Il était donc impératif que les sources statistiques puissent être utilisées chaque année de manière pérenne.

COMPOSANTES DES DIFFÉRENTES DIMENSIONS

Dimension socio-économique

Cette première dimension prend en compte trois indicateurs calculés à partir du recensement rénové de la population de l'année 2006 et 2011.

1. Le taux de chômage
2. Le taux d'activité féminin (transformé en taux d'inactivité pour le besoin du calcul des scores)
3. Le pourcentage de la population non diplômée ayant terminé ses études

Dimension offre de soins

Les données permettant d'estimer l'offre de soins proviennent du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) et du répertoire Adeli des années 2012 et 2014.

Trois indicateurs ont été retenus :

1. La desserte de la totalité des professionnels de santé,
2. La desserte des professionnels de pôle,
3. La desserte des professionnels de proximité.

La totalité des professionnels de santé englobe l'ensemble de professionnels de santé répertoriés par le RPPS (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) et le répertoire ADELI (autres professions de santé).

Les professionnels de proximité regroupent les médecins généralistes, les opticiens-lunetiers, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les infirmiers (hors secteur psychiatrique), les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues.

Les professionnels de pôle regroupent l'ensemble des professionnels de santé hors professionnels de proximité.

Dimension état de santé

L'état de santé est mesuré par la mortalité. Cette statistique produite annuellement permet d'analyser des tendances évolutives de la mortalité sur de longues périodes chronologiques. Par ailleurs, les données annuelles de mortalité sont facilement accessibles (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – CépiDC).

Deux grands groupes de causes de décès évitables ont été retenus pour constituer l'indicateur d'état de santé :

1. La mortalité évitable liée au système de soins,
2. La mortalité évitable par la prévention.

Suivant les recommandations du rapport du Haut Conseil de la Santé Publique sur les indicateurs de mortalité « prématurée et évitable » nous avons appliqué la sélection des causes de décès évitable proposé par l'Office for National Statistics en 2011 (ONS 2011) en Angleterre.

Par rapport aux premières listes proposées par les Pays-Bas dans les années 1980, la liste des causes de décès constituant les indicateurs de mortalité évitable par le « système de soins » ou par les « comportements à risques » s'est considérablement élargie et des groupes d'âge spécifiques à certaines causes de décès ont été également redéfinis (0-74 ans, 0-44 ans, 0-49 ans et tout âge).

Dimension environnement

Pour disposer de données comparables au niveau national et observable d'année en année, nous avons analysé une variable : la part de la population résidant à proximité d'une voie routière de grande ampleur qui constitue un indicateur d'un certain niveau de pollution atmosphérique et d'exposition au bruit.

Perception des usagers par une enquête Internet recueillant l'opinion du grand public sur le système de soins

La mesure de la perception du système de soins par les habitants du Nord – Pas-de-Calais s'est fait au moyen d'une enquête internet conduite auprès de 116 000 habitants. Le questionnaire d'une quarantaine de questions, traite de la prévention, du dépistage, de l'accès à l'offre de soins.

MISE AU POINT DES SCORES

Seules les dimensions « socio-économiques », « offres de soins » et « états de santé » ont pu faire l'objet d'une approche dynamique. Pour chacune d'elle deux scores ont été calculés, un score d'état, c'est à dire évaluant la situation que connaît une zone en fin de période d'observation et un score d'évolution s'appuyant sur les taux d'évolution des différents indicateurs au cours de cette période. Ces deux scores peuvent ensuite être sommés et constituer un score global.

Les indicateurs de chaque dimension ont été normalisés afin qu'ils puissent au final constituer un score global. Pour cela, les résultats de chaque indicateur ont été ramenés à une échelle comprise entre 0 à 1 en appliquant la formule suivante : $\frac{x_i - \min(x)}{\max(x) - \min(x)}$ (x_i = valeur de l'indicateur Min(x) = valeur la moins élevée de l'indicateur, Max(x) = valeur la plus élevée de l'indicateur).

La zone obtenant une note de 1 a connu la situation plus mauvaise (taux de chômage le plus élevé par exemple) et celle obtenant la note de 0 est au contraire celle dont la situation est la meilleure (taux de chômage le plus bas par exemple).

Ce procédé a été répété pour chaque variable de chaque dimension (taux de chômage, pourcentage de non diplômé, pourcentage de femmes inactives pour la dimension socio-économique). Les notes obtenues pour les trois indicateurs socio-économiques sont sommées permettant ainsi d'établir un score socio-économique dont les notes peuvent théoriquement varier entre 0 et 3, la note de 3 caractérisant la zone géographique qui obtiendrait simultanément les valeurs les plus élevées vis-à-vis du chômage, du niveau de diplôme et de l'inactivité féminine.

Ainsi, plus le score est élevé, plus la situation en terme socio-économique, d'offre de soins et d'état de santé sera mauvaise, les notes les plus basses caractérisant au contraire une situation meilleure.

Pour faciliter la lecture des tableaux nous avons établi une légende de couleur permettant de situer dans quel quartile se situe chacune des 304 Zones d'Emploi (ZE) de France métropolitaine. Le rang de classement est également présenté le rang le plus élevé (304e rang) correspondant à la ZE ayant obtenu le score le plus faible (situation la meilleure).

Pour chaque dimension nous avons calculé un score donnant la situation à une date la plus récente ainsi qu'un score portant sur l'évolution de chaque composant (évolution du taux de chômage entre 2006 et 2011 par exemple) permettant de prendre ainsi en compte l'aspect dynamique des facteurs et un score « final » intégrant à la fois le score 2011 et le score d'évolution 2006-2011.

Territoire concerné

Les niveaux géographiques retenus sont les 22 régions de France métropolitaine et les 304 zones d'emploi définies par l'INSEE en 2010 pour l'approche locale.

Principaux résultats

Les résultats de l'ISDES ont fait l'objet de la publication d'un 16 pages largement diffusé (Conseil régional, ARS, communauté d'agglomération, agences d'urbanisme, abonnés au site de l'ORS ...). Un rapport final a été également produit pour le conseil régional du Nord - Pas-de-Calais .

Le document de 16 pages porte sur les thématiques suivantes :

- Quelles évolutions de la santé des habitants du Nord – Pas-de-Calais ?
- L'environnement
- L'état de santé
- L'offre de santé
- Les déterminants sociodémographiques
- La perception du système de soins

L'analyse de l'état de santé des zones d'emploi de la région Nord – Pas-de-Calais au moyen de l'ISDES montre que l'analyse des scores globaux qui intègrent à la fois le niveau du phénomène étudié, mais aussi son évolution dans le temps, modifie le classement des zones d'emploi. C'est là tout l'intérêt de la démarche ; tenir compte des tendances évolutives de l'état de santé, de l'offre de soins ou de la situation sociodémographique. Cet outil permet ainsi d'intégrer les perspectives d'amélioration ou de dégradation et ne plus s'en tenir qu'au seul classement des territoires sur la base de situation figée dans l'instant.

Objectivation et analyse du recours tardif à l'offre de santé au sein de la population régionale. Phase 1

Contexte

L'ORS Nord – Pas-de-Calais avait conduit en 1997-1998 l'enquête Rhcp2s : Représentations, habitudes et comportement de la population vis-à-vis du système de soins. Son objectif principal était de rendre apparentes les perceptions, les attentes et les attitudes des habitants du Nord – Pas-de-Calais en matière d'offre de soins.

La publication des trois rapports d'étude (entre 1999 et 2002) qui en ont été extraits a connu un succès certain au point d'influer fortement sur les conceptions d'une large part des différentes parties prenantes de la santé publique régionale, et ce bien plus qu'en aucune autre région.

Le Plan stratégique régional de santé -PSRS- conçu par l'ARS y fait explicitement référence. Il en fait l'un des quatre facteurs essentiels de ses attendus : « une analyse stratégique a conduit à imputer cette situation particulière à la conjonction de quatre facteurs, qui se renforcent et qui, pour les trois premiers au moins, pèsent beaucoup plus dans la région qu'ailleurs :

- la faible connaissance en santé des habitants de la région ;
- le poids des déterminants environnementaux et comportementaux, particulièrement lourd dans la région ;
- le recours très souvent beaucoup trop tardif aux soins ;
- l'insuffisance de coordination des soins, qui joue comme dans toutes les régions, mais ne permet pas de proposer aux patients un réel parcours de soins, de santé ou de vie.
- [...] Le recours trop tardif aux soins participe à la fois des mauvais indicateurs de santé de la région et du surcoût de la consommation de soins ».

Vingt ans après la publication de Rhcp2s, l'ORS a estimé nécessaire d'attirer l'attention sur cette notion de recours tardif régional qu'il fallait documenter et qui repose en partie sur l'interprétation des hypothèses qui ont été présentées au début des années 2 000.

Objectifs

Beaucoup de questions essentielles à la juste prise en charge du handicap de santé dont souffre la population régionale depuis plus de soixante ans persistent et deviennent plus aiguës.

Le sous-recours ou le recours tardif est-il une réalité ? A-t-il évolué et évolue-t-il ? S'il existe comment se manifeste-t-il ? Quels sont les publics et les populations qui retardent leurs recours ? Existe-t-il une variabilité territoriale de ces recours différés ? Ne peut-on suspecter qu'il existe des contextes sociaux ou territoriaux qui favorisent ou limitent la tardiveté du recours ? Quels seraient les segments, les types de recours à l'offre de santé qui pourraient être les plus impactés par la non-précocité ?

Enfin il est crucial de comprendre ce qui précède afin de proposer des techniques et des approches de résorption et ce, faisant de se proposer d'adapter l'offre aux comportements des populations régionales.

Méthode utilisée

L'étude se fonde essentiellement sur une recherche et une analyse de la bibliographie disponible, l'inventaire des documents accessibles et en fait l'analyse après reprise de l'étude Rhcp2s.

Reprise étude : Reprise des travaux de l'ORS pouvant apporter des éléments sur le recours de la population régionale de l'offre et examen de l'estimation de la précocité ou de la tardiveté des recours.

Recherche bibliographie : Recherche examen d'études en population générale abordant le recours aux soins sa précocité ou sa tardiveté.

Examen des champs et segments éligibles : Inventaires et arbitrages entre motifs de recours, pathologies traceuses et globalité des parcours de santé.

Recherche de territoires-comparateurs : Examen de la couverture territoriale souhaitable et des critères d'appariements.

Principaux résultats

Le rapport "*Recours tardif à l'offre de santé au sein de la population du Nord – Pas-de-Calais : une « représentation » ? Rapport de faisabilité*" a été achevé en décembre 2015. Il est prévu de le diffuser et de le porter à la connaissance des parties prenantes régionales dans le cours du premier semestre 2016, après présentation devant la CRSA.

La mise en place de cette phase initiale a bénéficié de l'intérêt et du soutien bienveillant de la Société française de santé publique et en particulier de Mr le Professeur Pierre Lombrail.

A - Les constats :

1- Un retour à la norme ?

L'expression de « recours tardif à l'offre de santé » traduit une certaine entreprise normative de l'institution médicale, cherchant à établir des normes et qui tendent parfois à médicaliser des « situations » qui demeurent en santé publique souvent complexes, et nécessitent d'étendre les méthodes d'abord pour une analyse appropriée.

2- Une notion aux multiples significations

Qualifier un recours de « tardif » impose en effet de comparer, on peut alors s'interroger : « à quel moment ? » et « par rapport à qui ? ».

La majorité des études s'appuient sur le développement des maladies, en stades d'avancement, soit à partir des signes cliniques, ou soit à partir de données biologiques, pour fixer un délai de recours à l'offre de santé. La limite fixée est alors souvent reconnue comme arbitraire, mais apparaît être le fruit d'un consensus médical.

3- De multiples déterminants mis en évidence par la littérature scientifique, mais peu objectivés

Une littérature relativement abondante met en avant un certain nombre de déterminants explicatifs de ce recours jugé tardif. Les principaux déterminants recensés sont en effet le déterminant économique, culturel, social, et dans de plus rares cas institutionnels qui joueraient un rôle prépondérant dans la genèse d'un tel « recours tardif », tel qu'observé dans la pratique médicale. Pour autant, on retrouve une difficulté dans l'objectivation d'un tel recours, c'est-à-dire lors de la tentative de qualification et de quantification.

En effet, les études montrent qu'il concerne et semble se concentrer plus particulièrement, sur :

- un certain « type » de soins : les soins mal remboursés sensibles au déterminant économique (notamment bucco-dentaires et ophtalmiques) ;
- sur des « segments » du périmètre de santé : où les inégalités de recours s'expriment le plus à savoir la prévention et le dépistage ;
- autour de pathologies chroniques : que sont les cancers et l'infection au HIV notamment ;
- avec pour liant ou pour « support » favorisant son émergence : le déterminant culturel, tel qu'il serait retrouvé dans la région du Nord – Pas-de-Calais, et induirait un rapport spécifique à sa santé et au corps.

Un certain nombre de limites peuvent être mises en avant lors de l'analyse de la littérature scientifique et grise :

- la méthodologie dominante utilisée dans ces études privilégie une approche dite biomédicale, avec un raisonnement par pathologies, qui s'avère nécessaire, mais non suffisante pour circonscrire le périmètre de notre objet d'étude ;
- le déterminant culturel, qui est l'un des plus exprimés notamment dans les discours publics, reste rarement objectivé. Il prend une dimension particulière dans la région du Nord – Pas-de-Calais, au passé connu, mais où l'extension d'un tel recours sur toute la population, qui expliquerait en partie les résultats sanitaires, demeure une grille de lecture controversée et justifie notre intention d'objectivation.

B - Pour une nouvelle proposition

- 1- Pour une redéfinition du « recours tardif à l'offre de santé » permettant de caractériser les différenciations et les hétérogénéités de « recours »

Les résultats de l'analyse bibliographique mettent en avant la nécessité de réaliser des études visant à qualifier et quantifier le recours : de façon comparée et dans une approche de santé publique.

Il s'agit ainsi de redéfinir le « recours tardif à l'offre de santé » au sens populationnel i.e. en cherchant à évaluer l'hétérogénéité potentielle des recours à l'offre de santé, à partir idéalement d'un échantillon représentatif de la population, et en le comparant à un territoire donné. Une comparaison interrégionale est donc logiquement à envisager. Le choix du territoire comparant devra être fait après concertation avec les principales parties prenantes.

2- Pour un protocole d'enquête mixte et adoptant une approche populationnelle & comparative
La réalisation d'enquête mixte :

- s'appuyant sur des données qualitatives : sous forme de préenquête, permettrait d'énoncer des pistes explicatives et de construire un questionnaire adapté à notre population ;
- et sur des données quantitatives : à visée confirmatoire, produisant des données standardisées, à partir d'un questionnaire ;

semblerait ainsi le plus justifié et le plus à même de saisir la complexité du phénomène étudié.

L'objectif serait ainsi la mise en évidence de régularités statistiques au regard, notamment du genre, de la classe d'âge, du niveau d'éducation, de la zone de résidence (rural, semi-rural, urbain) et de la distance au pôle médical dit de références, du niveau de revenu, de l'estimation de délai entre symptômes et recours, et de l'analyse de la trajectoire globale de santé, de façon comparée.

3- « Mesurer », « comparer », « qualifier », « choisir » pour apporter une aide à la décision
Cette enquête aurait pour finalité à l'image de la santé publique contemporaine de proposer des « outils » permettant d'adapter les dispositifs politiques afin notamment de faire converger les attentes institutionnelles et celles des publics, pour une traduction qui serait retrouvée en termes de comportements et de pratiques, favorables à sa santé et à son bien-être.

Les points essentiels qui devront être examinés dans les terrains d'enquête pour les individus inclus, se devront de tenir compte des possibles variabilités de la tardiveté des recours en fonction :

- du genre et de l'âge ;
- du lieu de résidence et/ou de présence ;
- du statut vis-à-vis de l'emploi ;
- u niveau de diplôme atteint ;
- de l'état de santé (déclaré ou objectifé) ;
- des segments de l'offre de santé et de soins potentiellement accessibles ou fréquentés ;
- du contexte local et social approché à l'échelon local du milieu de vie des personnes ;
- et d'autres variables encore qui devront être retenues à l'issue d'une concertation avec les parties prenantes impliquées.

Recherche Interventionnelle en Santé des Populations humaines (RISPh)

Dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal

Contexte

La question du recours au dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal est un enjeu important de santé publique dans la région ; Le Nord – Pas-de-Calais paie en effet un tribut plus important que toute autre région de France métropolitaine sur ces deux causes, avec une surmortalité qui oscille entre 20 et 30% selon les périodes étudiées et selon la précocité des décès. En parallèle, la participation au dépistage organisé des cancers du sein et des cancers colorectaux est inégale selon les territoires. Certaines communes, ou sous-parties de communes, de la région affichent des taux particulièrement bas au regard des objectifs nationaux et ce malgré la mise en place d'actions incitatives (nationales et locales) auprès des populations concernées. Ces territoires présentent des indicateurs de fragilité sociale plus marqués que les territoires où la participation est meilleure ; le poids des facteurs socio-économiques individuels et des facteurs humains est en effet important dans le recours au dépistage ce qui souligne l'importance de s'attacher à la prise en compte des populations fragilisées. Une précédente étude de l'ORS² avait mis en avant le fait que, pour le cancer du sein, *les inégalités de participation au dépistage pouvaient contribuer à la surmortalité observée dans la région*, et que *les campagnes de dépistage organisé doivent s'efforcer de les prendre en compte, par exemple par des actions d'information ciblées vers les femmes au statut socio-économique bas, afin d'en limiter l'impact*. L'Institut national du cancer (INCa) souligne également l'intérêt de réaliser des outils spécifiques pour toucher des publics à l'écart du dépistage³.

L'analyse des facteurs qui contribuent à un non-recours au dépistage fait appel pour une large part aux champs des sciences humaines et sociales. Le poids des facteurs socio-économiques individuels et des facteurs humains est important dans le recours au dépistage ; les populations se trouvant dans une situation d'isolement, culturel, géographique, sociale ou économique sont a priori identifiées comme étant moins réceptives aux messages orientés vers le grand public et sont moins largement bénéficiaires des actions de prévention proposées. Sans que l'on dispose de chiffres en routine permettant d'évaluer l'influence de ces facteurs, ce constat est pour autant bien connu des professionnels de santé, des acteurs de terrain et des équipes de recherche.

Dans les actions engagées pour amener ces populations à réaliser un dépistage, les acteurs se trouvent souvent confrontés à des fonctionnements complexes et à la recherche perpétuelle de solutions efficaces devant des contextes particuliers et évolutifs. Pour mieux comprendre et tenter de répondre de manière efficiente à ces problématiques, les actions pourraient bénéficier des avancées de la recherche, de la progression des connaissances sur :

- L'identification, le fonctionnement des facteurs et de ses mécanismes qui interviennent dans le processus de création des inégalités ;
- Les méthodes et les outils à mettre en œuvre, en termes opérationnels et d'évaluation.

L'émergence depuis quelques années en France de la démarche de recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) appliquée notamment au dépistage des cancers représente une opportunité de progresser sur la connaissance des moyens à mettre en œuvre pour améliorer la participation des populations, et notamment des plus fragiles, au sein des territoires.

² Prouvost H, Poirier G. Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord - Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002. *BEH* 2007 ; 2-3 : 17-20.

³ Il précise en outre que l'outil seul ne suffit pas, le succès d'une action est tributaire d'une démarche participative, de la prise en compte première des besoins de la population afin de mettre en place des actions ciblées.

La RISP peut être définie⁴ comme l'utilisation des méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les interventions, les programmes et les politiques (provenant du secteur de la santé ou d'un autre secteur) dont l'objectif est :

- d'avoir un impact favorable sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population ;
- de réduire les facteurs de risque des maladies dans cette population.

Selon l'Inca, la RISP présente deux enjeux-clés qui concernent :

- *la transférabilité des interventions (validité externe et production de données probantes [Lambooy 2010]) ;*
- *la nécessaire coopération entre chercheurs, acteurs de terrain et décideurs en santé publique pour construire les questions et projets de recherche [INPES 2013].*

L'ORS propose d'explorer et d'activer le potentiel régional existant pour le développement de projets basés sur la logique de la RISP, sur la question de l'efficacité du recours au dépistage organisé des cancers par les populations fragiles. Notre démarche vise donc à implémenter, au sein de territoires pertinents et en collaboration avec les différentes parties prenantes du dépistage des cancers du sein et colorectaux (collectivités, CPAM, structures de gestion, associations, etc.) une ou plusieurs démarches de ce type.

Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'étudier la faisabilité d'une démarche de type recherche interventionnelle en santé des populations sur un ou plusieurs territoires de la région et d'engager cette démarche dès lors que les conditions favorables sont réunies. La mise en place de cette démarche, en collaboration avec les parties prenantes sur la question du dépistage, doit permettre de progresser sur la connaissance des mécanismes d'action liés à une amélioration de l'efficacité des dépistages organisés des cancers colorectaux et du sein, particulièrement au profit des populations précaires.

Méthode utilisée

La mise en œuvre de cette étude passe essentiellement par un travail de bibliographie et par un travail de terrain avec les différentes parties prenantes sur le sujet du dépistage. Différentes étapes peuvent être mises en avant :

- La clarification des enjeux sur la question du recours au dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein chez les populations précaires au sein des territoires de la région : entretiens d'acteurs et reprise des éléments antérieurement produits par l'ORS ;
- L'examen de la question de l'efficacité des dépistages organisés (quelles modalités, quelle organisation ? Quels effets produits en fonction des ressources mobilisées) : entretiens d'acteurs, bibliographie ;
- L'identification des démarches préexistantes (typées RISP) sur la question du dépistage organisé des cancers en France (de telles démarches existent-elles ? Dans quelle mesure peut-on s'en inspirer ?) : entretiens d'acteurs, bibliographie ;
- L'identification des actions entreprises dans le Nord – Pas-de-Calais destinées à améliorer le recours au dépistage des cancers (notamment chez les populations précaires) qui seraient à valoriser et qui pourraient servir d'appui à la mise en place d'une RISP (quelles expériences peuvent servir de référentiel ?) : entretiens d'acteurs ;
- L'identification des terrains d'étude et d'intervention, des intentions et des moyens alloués, des collaborations et des partenaires (quels territoires de la région y sont favorables ?)

⁴ Potvin L, Di Ruggiero E, Shoveller J.A. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. INPES, *La santé en action*, n°425, septembre 2013.

Comment s'intègrent-ils dans le fonctionnement local des systèmes locaux de santé ?) : entretiens d'acteurs, réunions de travail ;

- L'élaboration, en concertation avec les collectivités locales et les partenaires identifiés, des modalités de la recherche interventionnelle sur les territoires choisis : entretiens d'acteurs, réunions de travail ;
- La mise en place effective d'un projet de recherche interventionnelle portant sur le dépistage organisé du cancer du sein : entretiens d'acteurs, réunions de travail.

En parallèle, une investigation des équipes de recherche qui pourraient s'associer aux projets de RISP est entreprise : Cancéropôle Nord-Ouest (CNO), Centre de Référence Régional en Cancérologie, future Maison Régionale de Recherche clinique du CHRU de Lille, organismes publics de recherche (Universités, INSERM, Institut Pasteur ...).

Principaux résultats

Deux territoires du bassin minier ont été initialement approchés : le Lensois et le Valenciennois. Cette présélection de territoires a été déterminée par l'intérêt exprimé par un certain nombre d'élus pour la démarche RISP. La ville de Béthune puis le SIVOM du Bruaysis ayant par la suite également exprimé leur intérêt pour la démarche, ces deux collectivités ont été intégrées en cours de processus.

Le contexte particulier dans le changement des modalités du dépistage du cancer colorectal nous a amenés à privilégier la mise en place d'une démarche RISP uniquement sur le dépistage du cancer du sein dans un premier temps. Cette orientation a été partagée par l'ensemble des acteurs que nous avons rencontré.

En début d'année 2016, l'avancée de la démarche est inégale entre les territoires, mais la mise effective d'une RISP sur le dépistage du cancer du sein est en cours de finalisation sur plusieurs d'entre eux :

- Dans le Béthunois, le processus d'implémentation est bien avancé. La volonté politique exprimée y est forte, les soutiens actifs et la CPAM a manifesté un réel intérêt pour la démarche. Une réunion de lancement avec les principaux acteurs du dépistage et les représentants de la Ville de Béthune et du SIVOM s'est tenue en mars. Elle a permis d'acter des choix quant aux premières modalités de la RISP : territoires d'étude et d'intervention, durée de la démarche, partenaires engagés, axe de recherche investigué, intervention envisagée. Une mise en place effective de la RISP est envisagée pour le milieu de l'année 2016. Par ailleurs, le SIVOM du Bruaysis, par l'intermédiaire de son représentant présent à la réunion, a également manifesté son intérêt de développer une démarche similaire sur son territoire.
- Le processus est en cours de lancement sur le territoire du Bruaysis, le SIVOM ayant manifesté son intérêt pour la démarche de RISP. Une réunion similaire à celle qui s'est tenue dans le Béthunois, rassemblant les partenaires et les soutiens à la démarche, devrait se tenir.
- Dans le Lensois, les acteurs politiques, institutionnels et les associations ont exprimé un intérêt certain qui doit se concrétiser en début d'année 2016. Plusieurs entretiens préparatoires avec la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin (CALL) ont eu lieu et une réunion de lancement avec les principaux acteurs du dépistage et les représentants de la CALL destinée à sceller la collaboration entre les acteurs et décider des modalités de la RISP est programmée en avril.
- Dans le Valenciennois, la situation est différente. Après un intérêt manifeste des acteurs du territoire que nous avons rencontré et de la CPAM du Hainaut exprimé au début de notre démarche, le projet est aujourd'hui au point mort. Les acteurs politiques et institutionnels de ce territoire ne répondent plus à nos sollicitations.

Réalisation du bilan gérontologique régional des territoires de santé 2014

Contexte

Dans le cadre du Projet régional de Santé, L'ARS Nord – Pas-de-Calais a demandé à l'ORS Nord - Pas-de-Calais de réaliser le bilan gérontologique dans les établissements sanitaires et EHPAD de la région. Depuis 2006, l'ARS Nord – Pas-de-Calais réalise chaque année, auprès des établissements de santé de la région Nord – Pas-de-Calais une enquête portant sur leurs différentes activités de gériatries (court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie (EMG), hôpital de jour, soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique, longs séjours, consultation mémoire.

Objectifs

L'enquête annuelle gériatrique hospitalière permet de comparer d'une année à l'autre, l'évolution de l'activité gériatrique régionale à l'échelle des zones de proximité et des territoires de santé du Nord - Pas-de-Calais.

Cette enquête couvre différents champs de l'activité des filières gériatriques de la région, en particulier :

- Les courts séjours gériatriques déclarés ;
- Les Equipes Mobiles Gériatriques ;
- Les hôpitaux de jour gériatriques ;
- Les Soins de Suite et de Réadaptation gériatriques ;
- Les Unités de Soins Longue Durée ;
- Les consultations multidisciplinaires ;
- Les réseaux gérontologiques.

Elle donne chaque année des éléments sur leurs implantations, leurs activités (nombre de séjours, durée moyenne de séjours), leur personnel...

Méthode utilisée

Cette enquête s'appuie sur des données à la fois déclaratives (données de personnel, nombre de lits) et des données directement issues du PMSI (données d'activité). Courant janvier, l'ARS demande aux différents établissements de santé de la région de remplir différents questionnaires (bordereaux à saisir dans des feuilles Excel et dans des fichiers *Lim Survey* à remplir directement sur le site internet de l'ARS dédié à cette étude) qui une fois complétés, servent à actualiser la partie « gérontologie » du rapport présentant les résultats de l'enquête annuelle de gériatrie hospitalière.

Cette année l'ORS Nord-Pas-de-Calais a assuré le suivi de ces questionnaires. Son rôle a été d'assurer la collecte des questionnaires remplis par les différents établissements, de relancer ces derniers lorsque les dossiers étaient incomplets ou présentaient des incohérences. L'ORS a également assuré la saisie des informations au sein des dossiers Excel spécifiquement adaptés pour la mise à jour des tableaux et graphiques s'intégrant dans le rapport. Une fois la mise à jour de la partie gérontologie finalisée, l'ORS, comme prévu, a retourné mi-juillet, à chacun des établissements participant à l'enquête, le rapport actualisé afin qu'ils puissent le valider.

En plus du suivi de l'enquête, l'ORS a été chargé d'élaborer une étude à partir des rapports d'activité de sept réseaux gériatriques de santé de la région. L'étude comparative de ces réseaux a été axée sur les caractéristiques de leurs patients (âges, sexe), l'évolution de la file active de nouveaux patients en 2012, 2013 et 2014 et leurs caractéristiques (âge, sexe), les personnels des réseaux de santé gériatriques.

L'ORS a également réalisé une étude sur les consultations mémoires déclarées à la BNA. Les données provenant d'une extraction de la Banque Nationale Alzheimer ont été exploitées par l'ORS sous le logiciel SAS (version 9.4). Les données ont été analysées à l'échelle des territoires de santé, de proximité, ainsi que de la région. Plusieurs points ont été développés :

- File active de la BNA ;
- Type d'activité déclarée à la BNA ;
- L'adressage des patients ;
- Compétences en personnel ;
- Caractéristiques des patients (sexe, âge, provenance, pathologies) ;
- Chacune de ces études a été illustrée par des tableaux et des graphiques.

En seconde partie l'analyse a porté plus précisément sur la comparaison du Centre mémoire référent de territoire (CMRT) et des centres de proximité.

Territoires concernés

Région – Nord – Pas-de-Calais, territoires de santé et zones de proximité.

Principaux résultats

Le bilan gérontologique régional des territoires de santé 2014 a été mis à jour .

Au sein de ce document, l'ORS a réalisé :

- Une étude sur les consultations mémoires à partir des données de la Banque Nationale Alzheimer.
- Une étude sur les réseaux de santé gériatriques en s'appuyant sur leurs rapports d'activité.

Diagnostics 2015 des zones de proximité de l'ARS

Contexte

Mise en place du projet régional de santé de l'ARS Nord – Pas-de-Calais.

Objectifs

Accompagner les politiques de santé et leur territorialisation grâce notamment à la réalisation des diagnostics des 15 zones de proximité de la région Nord – Pas-de-Calais. Le but est d'apporter aux acteurs de terrains 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.

Par rapport à 2014, les diagnostics des zones de proximité ont été profondément remaniés et enrichis par l'ajout de nouveaux indicateurs et surtout de cartes régionales. 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 et les principales thématiques ont été accompagnées d'un commentaire.

Cinq thématiques majeures ont été ainsi redéfinies

- 1 Caractéristiques démographiques
- 2 Conditions de vie
- 3 État de santé
- 4 Prévention
- 5 Offre de soins

Afin de mieux situer chaque zone de proximité, un rang de classement de la zone de proximité accompagne dorénavant la plupart des indicateurs.

Indicateurs des tableaux statistiques

Caractéristiques démographiques

1. Population 2012 (effectif et densité de la population)
2. Variation annuelle moyenne de la population de 2007 à 2012 (en %)
3. Les moins de 25 ans (Effectifs et %)
4. 75 ans et plus (Effectifs et %)
5. Indice de vieillissement (en %)
6. Naissances vivantes domiciliées en 2014
7. Taux de fécondité annuel entre 2007 et 2012
8. Naissances 2014 de mères âgées de 12-17 ans (Effectifs et %)
9. Naissances 2014 de mères âgées de 40-54 ans (Effectifs et %)

Conditions de vie

1. Population des ménages dont la personne de référence est (effectifs %) :
 - agriculteur exploitant
 - artisan, commerçant, chef d'entreprise
 - cadre ou de profession intellectuelle sup
 - cadre ou de professions intermédiaires
 - employé
 - ouvrier
 - sans activité professionnelle
2. Revenu net imposable moyen par foyer fiscal en 2013
3. Foyers fiscaux non imposables en 2013 (%)
4. Taux de chômage (%)
5. Part des inactifs chez les 15-24 ans (%)

6. Part des non-diplômés chez les 15-24 ans ayant terminé leurs études (%)
7. Personnes âgées vivant seules (Effectifs et %)
8. Familles monoparentales (Effectifs et %)
9. Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelles complémentaire (CMUc) (Effectifs et %)
10. Recours hospitalier (MCO) des bénéficiaires de la CMUc et comparaison avec le taux de recours hospitaliers de la population générale (hospitalisation complète, ambulatoire)
11. Bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) (Effectifs et %)
12. Bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) (Effectifs et %)
13. Bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) (Effectifs et %)
14. Bénéficiaires de l'allocation logement (Effectifs et %)
15. Défavor social en 2012 (Indice de Townsend)

État de santé

Concernant la mortalité, les indicateurs retenus sont : les taux standardisés et le nombre moyen de décès des périodes 2004-2007 (centré sur 2006), et 2009-2012 (centré sur 2011) ainsi que le taux de variation entre les deux périodes des taux standardisés et du nombre de décès.

1. Mortalité tous âges
2. Mortalité prématurée
3. Mortalité prématurée évitable en réduisant les comportements à risque
4. Mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins
5. Affection Longue Durée (ALD)
6. Nouveaux cas incidents en 2014 (Taux brut pour 100 000 hab.)
7. Dépenses moyennes de soins par habitant en 2014 (Généraliste, Spécialistes, Actes dentaires, Médicaments, total)
8. Recours hospitalier en 2014 (Ambulatoire et hospitalisation complète en M, C, O) (tous âges, prématurée)
9. Recours hospitalier en 2014 (Ambulatoire uniquement en M, C, O) (taux bruts tous âges et prématurés)
10. Recours hospitalier des bénéficiaires de la CMUc en 2014 (Ambulatoire et hospitalisation complète en M, C, O) (taux bruts)
11. Recours hospitalier des bénéficiaires de la CMUc en 2014 (Ambulatoire uniquement en M, C, O) (taux bruts)
12. Recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2014 et Nombre moyen de journées par habitant en ambulatoire)
13. Recours aux soins de ville en 2014 (Nombre moyen d'actes par habitant) (Généraliste, spécialiste, infirmier, masseur kiné, chirurgien-dentiste)
14. Recours des bénéficiaires de la CMUc aux soins de ville en 2014 (Nombre moyen d'actes par bénéficiaire de la CMUc) (Généraliste, spécialiste, infirmier, masseur kiné, chirurgien-dentiste)
15. Mortalité tous âges par cancer
16. Mortalité prématurée par cancer
17. Affection Longue Durée (ALD) par cancer (Taux pour 100 000 hab. tous âges, prématurée)
18. Mortalité tous âges par maladies de l'appareil circulatoire
19. Mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire
20. Affection Longue Durée (ALD) par maladies de l'appareil circulatoire (Taux pour 100 000 hab., tous âges, prématurée)
21. Mortalité tous âges par diabète
22. Mortalité prématurée par diabète
23. Affection Longue Durée (ALD) par diabète (Taux pour 100 000 hab., tous âges, prématurée)
24. Mortalité tous âges par suicide

25. Mortalité prématurée par suicide
26. Affection Longue Durée (ALD) : santé mentale (Taux pour 100 000 hab., tous âges, prématurée)
27. Mortalité tous âges par suicide
28. Mortalité prématurée par suicide
29. Affection Longue Durée (ALD) : santé mentale (Taux pour 100 000 hab., tous âges, prématurée)
30. Mortalité tous âges liée au tabagisme
31. Mortalité prématurée liée au tabagisme
32. Affection Longue Durée (ALD) : maladies liées au tabac (Taux pour 100 000 hab., tous âges, prématurée)
33. Mortalité tous âges liée au tabagisme
34. Mortalité prématurée liée au tabagisme
35. Affection Longue Durée (ALD) : maladies liées au tabac (Taux pour 100 000 hab., tous âges, prématurée)
36. Mortalité tous âges liée à l'alcoolisme
37. Mortalité prématurée liée à l'alcoolisme
38. Affection Longue Durée (ALD) : maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (Taux pour 100 000 hab., tous âges, prématurée)

Prévention

1. Foyers d'intoxication CO saison de chauffe 2013-2014 (hors SCHS) (nombre et taux)
2. Cas de légionelloses en 2014 (nombre et taux)
3. Avis sanitaire sites et sols pollués et installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) en 2014 (nombre)
4. Non-conformité de l'eau destinée à la consommation humaine en 2014 (nombre)
5. Non-conformité des eaux de loisir en 2014 (piscines, spas, baignades)

Offre de soins

Pour chaque professionnel de santé sélectionné, nous avons calculé systématiquement l'effectif, l'effectif pour 100 000 habitants, le pourcentage de communes dotées d'au moins un professionnel et le nombre moyen d'actes par médecin généraliste.

1. Médecins généralistes
2. Médecins spécialistes
3. Infirmiers (hors psychiatrie)
4. Masseurs-kinésithérapeutes
5. Chirurgiens-dentistes
6. Autres professionnels de santé

À ces tableaux statistiques ont été également ajoutés des tableaux présentant :

1. Les praticiens territoriaux de médecine générale en 2015
2. Les réseaux de santé en 2015
3. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient en 2015

Cartes régionales

Chaque diagnostic est enrichi de 17 cartes. Chaque carte porte sur la région. Pour la plupart d'entre elles, un zoom est également fait sur la zone de proximité diagnostiquée.

1. Carte de présentation des zones d'emploi avec les axes routiers
2. Indice de défaveur sociale de Townsend
3. Médecins généralistes au 1/01/2015
4. Médecins spécialistes au 1/01/2015
5. Infirmiers (hors psychiatrie) au 1/01/2015
6. Masseur-Kinésithérapeutes au 1/01/2015
7. Maisons de santé pluridisciplinaires et zones de premier recours
8. Zones de premier recours et accessibilité des communes du Nord – Pas-de-Calais aux services d'urgence
9. Établissement de médecin-chirurgie-obstétrique (MCO) et zones de premier recours
10. Établissements de prise en charge du cancer et zones de premier recours
11. Équipement matériel lourds et zones de premier recours
12. Établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et zones de premier recours
13. Établissements de psychiatrie et zones de premier recours
14. Hospitalisation à domicile (HAD) et zones de premier recours
15. Établissements pour enfants handicapés en 2014
16. Établissement pour adultes handicapés en 2014
17. Établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en 2014

Méthode utilisée

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a développé sous SAS et Excel des programmes permettant d'actualiser facilement la majorité des tableaux statistiques au niveau territorial souhaité. Ce travail repose entre autres sur la mise en commun de bases de données multi sources :

1. Recensement de la population 2012 (INSEE)
2. État civil (INSEE)
3. PMSI 2014 (ARS Nord – Pas-de-Calais)
4. Décès annuels domiciliés 2009-2012 de l'INSERM (Centre d'épidémiologie sur les causes de décès-CépiDC)
5. SNIIRAM 2014 (ARS Nord – Pas-de-Calais)
6. CAF 2014 (ARS Nord – Pas-de-Calais)
7. Registre des professionnels de santé de 2015 (RPPS) et répertoire ADELI 2015
8. Données fiscales communales (IRCOM 2014)

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

Territoire concerné

France métropolitaine, Région Nord – Pas-de-Calais zone de proximité.

Principaux résultats

Quinze diagnostics des zones de proximité ont été réalisés

Exemples de tableaux statistiques (ZP du Douaisis)

| POPULATION, DENSITÉ, STRUCTURE PAR ÂGE 2012 | | ZP du Douaisis | Nord - Pas-de-Calais | France métropolitaine |
|--|------------------------|----------------|----------------------|-----------------------|
| Population | Effectif | 248 077 | 4 050 756 | 63 375 971 |
| | (hab/km ²) | 520,5 | 326,3 | 116,5 |
| | Rang | 11 sur 15 | 21 sur 22 | - |
| Variation annuelle moyenne de la population de 2007 à 2012 (en %) | Taux | 0,04 | 0,1 | 0,5 |
| | Rang | 6 sur 15 | 5 sur 22 | - |
| Moins de 25 ans | Effectif | 81 319 | 1 355 797 | 19 284 032 |
| | % | 32,8 | 33,5 | 30,4 |
| | Rang | 8 sur 15 | 22 sur 22 | - |
| 75 ans et plus | Effectif | 20 998 | 314 877 | 5 806 165 |
| | % | 8,5 | 7,8 | 9,2 |
| | Rang | 12 sur 15 | 2 sur 22 | - |
| Indice de vieillissement (en %) | % | 58,6 | 55,8 | 71,9 |
| | Rang | 8 sur 15 | 2 sur 22 | - |

Source : INSEE, RP 2012 exploitation principale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

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

| ÉTAT DE SANTÉ | | ZP du Douaisis | Nord - Pas-de-Calais | France métropolitaine | |
|--|-----------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------|---|
| ADDICTION - TABAC | | | | | |
| Mortalité tous âges liée au tabagisme⁽¹⁾ | Taux standardisés 2006 | 291,8 | 284,4 | 221,2 | |
| | Rang | 9 sur 15 | 22 sur 22 | - | |
| | Taux standardisés 2011 | 255,7 | 243,2 | 192,8 | |
| | Rang | 10 sur 15 | 22 sur 22 | - | |
| | TV ⁽³⁾ 2006-2011 (en%) | -12,4 | -14,5 | -12,8 | |
| | Décès (moyenne 2006) | 569 | 8 596 | 119 629 | |
| | Décès (moyenne 2011) | 540 | 8 107 | 117 014 | |
| | TV 2006-2011 (en%) | -5,1 | -5,7 | -2,2 | |
| Mortalité prématurée liée au tabagisme⁽¹⁾ | Taux standardisés 2006 | 77,7 | 77,8 | 53,5 | |
| | Rang | 9 sur 15 | 22 sur 22 | - | |
| | Taux standardisés 2011 | 72,6 | 69,7 | 48,8 | |
| | Rang | 11 sur 15 | 22 sur 22 | - | |
| | TV 2006-2011 (en%) | -6,6 | -10,4 | -8,8 | |
| | Décès (moyenne 2006) | 136 | 2 186 | 24 529 | |
| | Décès (moyenne 2011) | 143 | 2 197 | 24 705 | |
| | TV 2006-2011 (en%) | 5,4 | 0,5 | 0,7 | |
| Affection Longue Durée (ALD) Maladies liées au tabac (Taux pour 100 000 hab) | Tous âges | Taux brut | 89,9 | 105,2 | - |
| | | rang | 1 sur 15 | - | - |
| | Inf 65 ans | Taux brut | Blanc | Blanc | - |
| | | rang | Blanc | - | - |
| ADDICTION - ALCOOL | | | | | |
| Mortalité tous âges liée à l'alcoolisme⁽²⁾ | Taux standardisés 2006 | 60,5 | 55,1 | 28,6 | |
| | Rang | 12 sur 15 | 22 sur 22 | - | |
| | Taux standardisés 2011 | 52,7 | 47,7 | 25,3 | |
| | Rang | 12 sur 15 | 22 sur 22 | - | |
| | TV 2006-2011 (en%) | -13,0 | -13,3 | -11,3 | |
| | Décès (moyenne 2006) | 129 | 1 845 | 15 790 | |
| | Décès (moyenne 2011) | 118 | 1 678 | 15 010 | |
| | TV 2006-2011 (en%) | -8,5 | -9,1 | -4,9 | |
| Mortalité prématurée liée à l'alcoolisme⁽²⁾ | Taux standardisés 2006 | 46,5 | 41,7 | 19,1 | |
| | Rang | 12 sur 15 | 22 sur 22 | - | |
| | Taux standardisés 2011 | 40,5 | 34,5 | 16,5 | |
| | Rang | 13 sur 15 | 22 sur 22 | - | |
| | TV 2006-2011 (en%) | -12,8 | -17,4 | -13,9 | |
| | Décès (moyenne 2006) | 83 | 1 205 | 8 916 | |
| | Décès (moyenne 2011) | 80 | 1 084 | 8 321 | |
| | TV 2006-2011 (en%) | -3,9 | -10,0 | -6,7 | |
| Affection Longue Durée (ALD) Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (Taux pour 100 000 hab) | Tous âges | Taux brut | 66,5 | 51,8 | - |
| | | rang | 12 sur 15 | - | - |
| | Inf 65 ans | Taux brut | Blanc | Blanc | - |
| | | Rang | Blanc | - | - |

Source mortalité : INSERM-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.
Source ALD : ARS Nord - Pas-de-Calais. SNIIR-AM 2014. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

(1) : Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, tumeur maligne de l'oesophage, tumeur maligne du larynx, tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives.

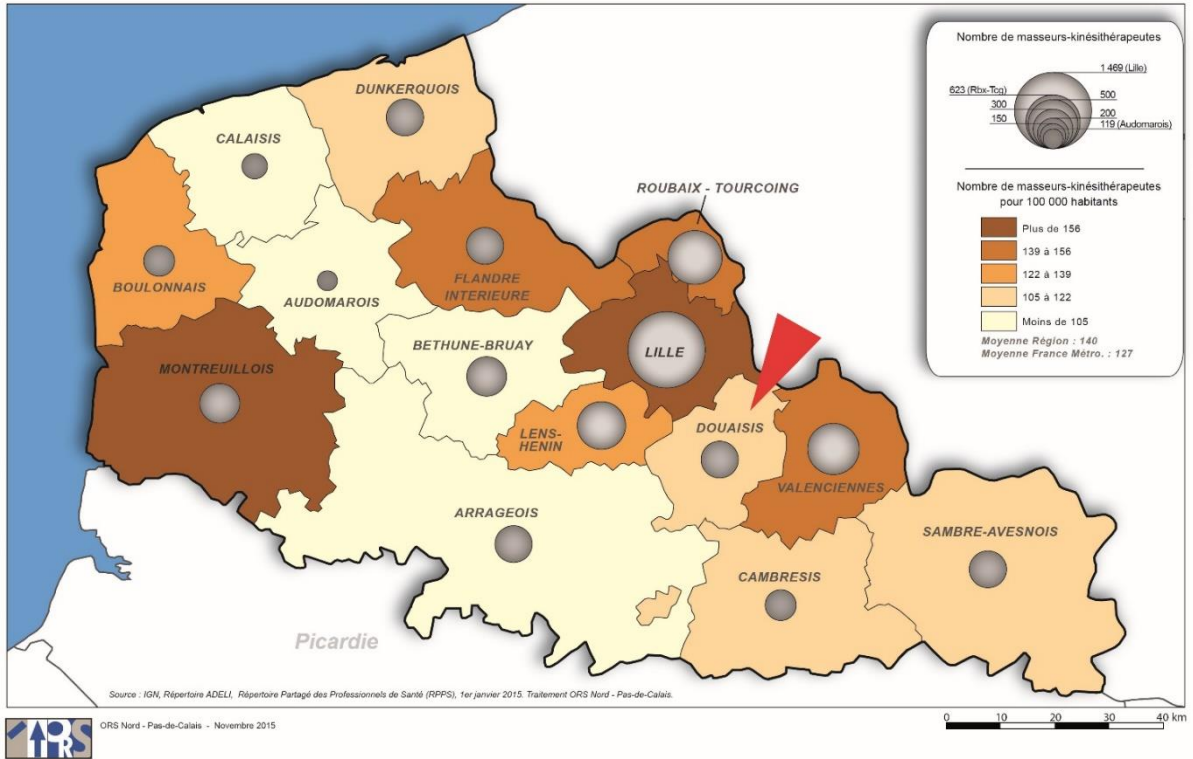
(2) : Tumeur maligne de l'oesophage, tumeur maligne du larynx, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique ou s.p. du foie.

(3) : TV= Taux de variation exprimé en %. (valeur d'arrivée - valeur de départ)/valeur de départ.

Exemple de Cartes ZP du Douaisis

Masseurs-Kinésithérapeutes au 1er janvier 2015

Effectifs et densité par zones de proximité



Développement et mise à jour d'indicateurs sur la situation sociodémographique et l'état de santé, la démographie des professionnels de santé et l'activité des établissements 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 2015 :

- Les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) de la période 2009-2012 ;
- Les indicateurs sociodémographiques du recensement 2012 ;
- Les indicateurs de l'offre de soins à partir du Répertoire partagé des Professionnels de santé (RPPS) 2015 et du répertoire ADELI 2015
- Les indicateurs d'activité hospitalière à partir des Statistiques annuelles des établissements de santé, SAE 2014

Objectifs

Il s'agit d'offrir chaque année les indicateurs le plus récents à partir des données des recensements, des répertoires RPPS et ADLI pour la démographie médicale, de l'état civil pour la mortalité et des statistiques annuelles des établissements de santé SAE pour l'activité des établissements hospitaliers déclinée selon les territoires privilégiés par nos partenaires (France métropolitaine, régions, départements, zones de proximité, territoires de santé, communautés urbaines, communauté d'agglomération, Pays, zones de premier recours...).

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 le plus possible la production des tableaux statistiques au format Excel déclinant les indicateurs au niveau territorial souhaité.

Territoires concernés

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 selon un maximum de découpage géographique y compris des zonages spécifiques.

Principaux résultats

Actualisation des ICM sur la période 2009-2012

Les ICM ont été actualisés avec les décès cumulés de 2009, 2010, 2011 et 2012 et ont été validés fin 2015.

Les ICM 2009-2012 ont été produits en priorité pour l'ARS Nord – Pas-de-Calais dans le cadre du Projet régional de Santé.

Ainsi les ICM 2009-2012 pour les causes de décès suivantes ont été livrés à l'ARS par région (anciennes et fusionnées en 2016) par départements, arrondissement, communautés d'agglomération et de communes 2014, zones d'emploi 2010, Territoires de santé et zones de proximité 2011, zones de premiers recours.

Ces tableaux sont déclinés par sexe (hommes, femmes, ensemble) et par âge (tous âges, prématurés (inf. 65 ans))

1. Toutes causes
2. Tumeurs malignes
3. Mortalité évitable par des actions sur le système de soins
4. Mortalité évitable en réduisant les comportements à risque
5. Mortalité liée à la consommation de tabac
6. Mortalité liée à la consommation d'alcool
7. Diabète sucré
8. Maladies de l'appareil circulatoire
9. Suicides
10. Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
11. Tumeur maligne de l'œsophage
12. Tumeur maligne de l'estomac
13. Tumeur maligne du côlon
14. Tumeur maligne du rectum et de l'anus
15. Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques
16. Tumeur maligne du pancréas"
17. Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
18. Mélanome malin de la peau
19. Tumeur maligne du sein
20. Tumeur maligne du col de l'utérus
21. Tumeur maligne d'autres parties de l'utérus
22. Tumeur maligne de l'ovaire
23. Tumeur maligne de la prostate
24. Tumeur maligne colorectale
25. Cardiopathies ischémiques
26. Autres cardiopathies
27. Maladies cérébrovasculaires
28. Maladies de l'appareil respiratoire
29. Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives

Ces ICM 2009-2012 ont été également calculés pour répondre à des études et des demandes spécifiques émanant de différents organismes régionaux (CF. demandes spécifiques).

Autres activités

L'activité de l'ORS ne se limite pas aux actions 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. L'ORS a parfois un rôle qui se traduit par un accompagnement et/ou de collaboration.

Autres sollicitations et interventions

- Réalisation d'un dossier documentaire pour la Fédération hospitalière de France (et rapprochement collaboratif portant sur une expertise territoriale destinée à la FHF Nord – Pas-de-Calais) ;
- Participation à la Commission d'évaluation économique et de santé publique de la Haute Autorité de Santé (plus particulièrement aux recommandations de santé publique : dépistage et lutte contre les cancers, adaptation des dispositifs aux populations précaires) ;
 - Participation à la sous-commission sciences humaines et sociales, de la Commission d'évaluation économique et de santé publique de la Haute Autorité de Santé
- Intervention auprès de la mairie de Lille dans le cadre de l'Évaluation d'Impact sur la Santé –EIS- du projet de déménagement de la friche Saint-Sauveur ;
- Participation en tant que référent santé à la commission santé du Projet de reconstruction de la ligne 400 000 volts Avelin-Gavrelle. Réseau de transport d'électricité –RTE- (et Commission nationale du Débat Public) ;
- Accompagnement méthodologique à la mise en place de l'évaluation des grands acteurs régionaux en partenariat avec la DRESTIC (22 réunions) ;
- Intervention lors du séminaire *Décentralisation sanitaire et territorialisation en France : Approche comparée*, organisé par le Collège international des sciences du territoire –CIST- regroupant l'institut d'aménagement d'urbanisme d'Ile-de-France, l'institut de recherche et documentation en économie de la santé, l'UMR Identités et différenciations de l'environnement des espaces et des sociétés (Le Havre, Rouen, Caen) et l'UMR Espaces et Sociétés (Nantes, Rennes, Angers, Caen, Le Mans) ;
- Collaboration avec l'Association des Communes minières et la Communauté d'agglomération de Lens – Liévin
 - ✓ Publication et présentation du rapport ***Éléments sanitaire dans les communes minières du Nord – Pas-de-Calais. État de santé, offre de soins et potentiels de développement.***
- Poursuite de la collaboration avec l'Association des communes minières portant sur l'état de santé, les potentiels de développement locaux et les dépistages des cancers ;
- Participation au Forum hybride permanent D2DPE – Conseil régional ;
- Collaboration à l'élaboration des IDH 4 par région avec la D2DPE-Conseil régional ;
- Production pour la DRESTIC-Conseil régional d'indicateurs portant sur la mortalité par diabète ;
- Participation à la semaine régionale de lutte contre les cancers ;
- Participation aux travaux de la FNORS dont la mise en débat du nouveau Projet stratégique ;
- Mise en place d'une coopération pérenne avec l'Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France ;
- Partenariat avec la Mission du Bassin minier et l'ARS dans le cadre de la commission santé de la MBM ;
- Collaboration avec les services de l'INSEE Lille ;

- Participation et intervention lors l'Assemblée générale de la Fédération de l'hospitalisation privée, tenue à Valenciennes ;
- Participation aux formations « Représenter les usagers en CRSA » organisée par le CISS ;
- Intervention devant l'Association des régions de France ;
- Collaboration avec l'APPA ;
- Collaboration avec ECLAT-GRA ;
- Participation au comité de pilotage de l'étude OTUS conduite par le CISS Nord PdC ;
- Collaboration avec les services de direction du CHRU de Lille ;
- Collaboration avec l'association la Sauvegarde ;
- Participation au programme de recherche PERFHU (CHRU/DGOS) portant sur l'activité de recours hospitalier ;
- Intervention devant le G4 (IPL, CHRU, COL & Faculté catholique de Lille) sur l'analyse de l'évolution de l'état de santé régional ;
- Intervention devant la conférence de territoire du Littoral à Grande-Synthe ;
- Interventions (3) lors des journées de formation des représentants des usagers de l'UDAF-URAF ;
- Intervention devant l'ensemble des équipes et unités de recherche présentes sur le campus de l'Institut Pasteur de Lille ;
- Collaboration avec l'Agence d'urbanisme et de développement de la Métropole lilloise ;
- Collaboration avec l'agence d'urbanisme de Béthune (AULA) ;
- Collaboration avec les services de la Communauté d'Agglomération de la Porte du Hainaut pour la production de données descriptives de l'état de santé ;
- Collaboration avec la Fédération de recherche en santé mentale, dont la santé mentale dans les milieux précaires ;
- Sensibilisation de la Communauté d'agglomération de Boulogne-sur-Mer à l'évolution constatée de l'état de santé local ;
- Collaboration avec l'ISTNF dans le cadre de ses journées régionales, intervention portant sur "L'amiante et la santé dans le Nord – Pas-de-Calais" ;
- Intervention à l'Université de Valenciennes dans le cadre du programme Boréal (CA de la Porte du Hainaut et CA de Valenciennes métropole) ;
- Collaboration avec l'association Neurodev ;
- **Productions de statistiques et expertise réalisées pour :**
 - ✓ L'ARS Nord – Pas-de-Calais
 - ✓ L'INSEE Nord – Pas-de-Calais ;
 - ✓ Les services du Conseil régional ;
 - ✓ La Communauté d'agglomération Valenciennes métropole ;
 - ✓ La Communauté d'agglomération des Portes du Hainaut
 - ✓ La DREAL Nord – Pas-de-Calais.

Annexes

Publications réalisées ou finalisées en 2015

Études

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

Poirier G, Raimbault M, Debout K, Lacoste O. *Bilan d'une décennie de cancers. Volet 3 : Enquête en population générale du Nord – Pas-Calais et France métropolitaine sur les changements de perception du cancer depuis 10 ans*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2015 ; 69 p.

Poirier G, Trédez G, Delacroix L. *Indicateur Synthétique de Développement et d'Évolution de la Santé*. ISDES 2015. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2015 ; 14 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*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 92 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 ; 74 p.

Goudet JM, Lacoste O. *Le recours tardif à l'offre de santé, au sein de la population du Nord – Pas-de-Calais : une « représentation » ? Rapport de faisabilité*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2016 ; 45 p.

50/51° Nord

Raimbault M. Demain, tous opérés en ambulatoire ? *50/51° Nord* 2015 ; 41 : 6 p.

Raimbault M. Une décennie de cancers. Un grand mieux et de nouvelles questions à traiter. *50/51° Nord* 2015 ; 42 : 6 p.

Raimbault M. Démocratie sanitaire, mythe ou réalité? *50/51° Nord* 2015 ; 43 : 6 p.

Raimbault M. Une parmi douze, les nouvelles régions. *50/51° Nord* 2015 ; 44 : 8 p.

Raimbault M. 33 ans d'observation de la santé. Et maintenant ? *50/51° Nord* 2015 ; 45 : 8 p.

Raimbault M. La santé, l'opinion du grand public. *50/51° Nord* 2016 ; 46 : 6 p.

Revue de presse 2015

25-12-2015 : La Gazette Nord-Pas-de-Calais

L'état de santé des habitants du Nord-Pas-de-Calais progresse

23-12-2015 : Hospimedia

L'ORS Nord-Pas-de-Calais a créé un indicateur pour mesurer l'évolution de la santé des habitants

19-12-2015 : La Voix du Nord

Santé de la région : le pouls est encore faible, mais il y a du mieux

18-12-2015 : La Voix du Nord

Santé de la Région : le pouls est encore faible, mais il y a du mieux

11-12-2015 : Santé Autrement Magazine

État de santé en Nord – Pas-de-Calais : les efforts commencent à porter leurs fruits

10-12-2015 : Santé Autrement Magazine

État de santé en Nord-Pas-de-Calais : les efforts commencent à porter leurs fruits

12-05-2015 : News Pôle Ressources Cancer

Une décennie de cancers en Nord-Pas-de-Calais

30-04-2015 : Santé Autrement Magazine

Une décennie de cancers en Nord-Pas-de-Calais

29-04-2015 : La Voix du Nord

Cancer : la vérité des chiffres

21-04-2015 : Dépêche AEF

Cancer : les inégalités sociales sont encore aggravées par la maladie

17/23-04-2015 : La Croix du Nord

Cancer : les disparités régionales d'une maladie encore taboue

15-04-2015 : Metropolys

Une décennie de cancers en Nord-Pas-de-Calais : Interview de Marie Rimbault

Avril 2016



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

Campus Pasteur de Lille – 1, rue du Professeur Calmette

59000 Lille

Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20

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

www.orsnpdc.org