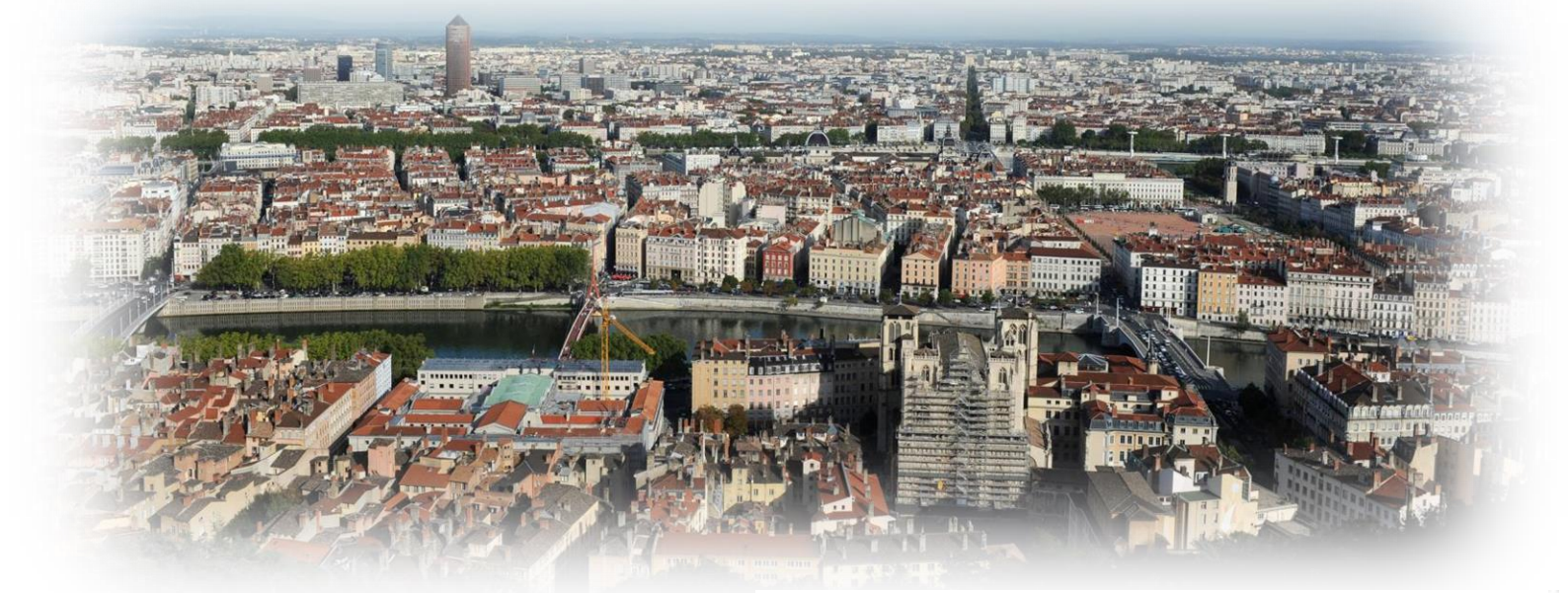


OBSERVATOIRE DE LA SANTE DES LYONNAIS

SYNTHESE DES TRAVAUX PARTICIPATIFS
2016-2017



INTRODUCTION

Les travaux 2017 des groupes de travail de l'Observatoire de la santé des Lyonnais ont porté sur une analyse fine du dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), sur les difficultés à anticiper en matière de densité médicale (nombre de médecins, multiplication des regroupements professionnels, hors structure spécifique relevant également de l'action publique, comme les Maisons de Santé Pluri-Professionnelles, etc.), et enfin sur quelques évolutions significatives de nos indicateurs de base.

L'ensemble des documents, liens, cartes interactives, ainsi que le présent rapport (après validation) sont disponibles en ligne sur :

http://www.vlko.org/indexSante.html#art_Observatoire2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
SANTE ENVIRONNEMENTALE.....	4
Introduction	8
Les Evaluations d'Impact sur la Santé (EIS).....	11
Définition	11
EIS de Villeurbanne	14
EIS LYON Parc Zenith – friche industrielle du 3 ^{ème} – friche RVI	16
Echanges.....	22
ORHANE : Observatoire Régional Harmonisé des Nuisances Environnementales, Auvergne-Rhône-Alpes.....	23
Echanges complémentaires lors des groupes de travail.....	28
FEMMES ET PREVENTION EN SANTE, PROBLEMATIQUES ET LEVIERS D'ACTION	29
Analyse des données du dépistage organisé du cancer du sein/DOCS.....	31
Eléments de cadrage : données de l'ADEMAS 69	31
Données détaillées de l'ADEMAS 69 : 2004-2014.....	34
Impact de la médiation sur la participation au DOCS.....	41
Approche cartographique du dépistage organisé du cancer du sein	43
En premier lieu, regardons la localisation des radiologues à Lyon (cercles verts)	43
Qu'en est-il du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein à Lyon	44
Evolution des indicateurs de prévention en santé de l'Observatoire	48
La densité médicale.....	49
Les principales variations des indicateurs	52
CMU-Complémentaire	53
Affections Longues Durée (ALD)	57
Prescription de médicaments contre le diabète	60
Prescription de médicaments anti asthmatiques	63
Perspectives de travail pour l'Observatoire de la santé	67
Annexes	70
Présentation de la plateforme ressources cartes et données commentées www.vlko.org.....	71
vlko.org/indexSante.html	71
Les outils : GaïaMundi, PageCarto et la Rose des Vents, qui ensemble forment la SuiteCairo	74

Schéma de synthèse outils et dispositif d'observation	76
Graphiques et fiches asv	77
Liste des participants	77
Liste des illustrations	80
Glossaire détaillé des indicateurs de santé	81
ALD (Affection Longue Durée)	81
Asthme	81
Capital culturel (niveau de diplôme)	82
Consommation de soins	82
CMU-C	82
Diabète	83
Diabète (Insuline)	84
Indemnité Journalière pour Accident de Travail (IJ AT)	84
Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)	85
Médecin généraliste	85
Médecin spécialiste	86
Médecin traitant	86
Monoparentalité	87
Les hospitalisations de courtes durées (PMSI MCO – RSS)	87
Services d'Accueil des Urgences (SAU)	88
Les hospitalisations de moyennes durées (PMSI – SSR)	88
Sources mobilisées	89
Liste des acronymes	90

SANTE ENVIRONNEMENTALE

Première approche de la santé environnementale

INTRODUCTION

A la demande des participants à l'Observatoire de la santé des Lyonnais, nous avons amorcé une approche des questions de santé environnementale, de ses enjeux à Lyon et de ses impacts notamment sur les inégalités territoriales en santé.



8

Nous nous référons à la définition de l'OMS (– Conférence d'Helsinki – 1994) : «La **santé environnementale** comprend les aspects de la **santé** humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre **environnement**.

La santé environnementale est déterminée par la qualité de nos milieux de vie qu'ils soient naturels (écosystèmes – milieux ouverts) ou construits (habitats, transports, lieux de travail). De façon plus large, elle prend en compte les conditions de mobilité et l'aménagement d'un territoire). Elle étudie l'ensemble des facteurs qui peuvent contribuer à la dégradation de notre environnement avec un impact sur notre santé : agents physiques, chimiques, biologiques.

Ce sont notamment :

- Qualité de l'air (extérieur et intérieur), de l'eau, des sols
- Logement
- Hygiène
- Climat, Catastrophes naturelles
- Qualité de l'alimentation
- Risque sanitaire (épidémies, maladies nosocomiales... et des produits dangereux
- Aménagement du territoire, développement durable, HQE
- Pollution sonore
- Pollution lumineuse
- Santé au travail
- Santé radiologique
- Exposition à des vecteurs de microbes ou parasites (moustiques, tiques, rongeurs, etc.)
- Et peut-être certains champs électromagnétiques...



La santé environnementale est une thématique globale de santé publique ; elle est de plus en plus explorée depuis quelques années¹, avec une médiatisation accrue et intéresse de nombreux acteurs, aussi bien sur les **types d'émetteurs** que sur les **impacts**.

Les **données** sur ce sujet sont dispersées, souvent peu accessibles, nécessitant le recours à des modélisations statistiques complexes, et mal aisées à expliquer et objectiver.

Lyon et sa métropole comportent des particularités : caractéristiques climatiques et géographiques, activités pétro-chimiques et industrielles, axes routiers et autoroutiers, risques spécifiques tel l'ambroisie; en décembre 2016, Lyon a connu des pics de pollution aux particules fines et au dioxyde d'azote.

Les enjeux sur la santé sont importants.

C'est ainsi que vous avez été un certain nombre à nous demander d'explorer ce domaine, et à assister à cette réunion plénière. **Nous remercions la cinquantaine de participants à cette réunion.**

¹ La question de la santé environnementale fait l'objet de recherche depuis bien plus longtemps. Mais ce n'est que plus récemment, en particulier en France comparativement aux pays anglo-saxons, que cette problématique a été reconnue dans toute sa complexité et au regard de l'action publique correspondante.

Pour répondre à cette demande, les outils de cartographie que nous utilisons depuis le début de l'Observatoire de la santé des Lyonnais sont inadaptés. De surcroît, comme indiqué préalablement, la collecte de données ainsi que leur traitement, sur ce sujet, est extrêmement complexe et demande un grand niveau d'expertise.

Aussi, nous avons choisi de mettre en avant deux types d'approches de ce sujet :

- les Evaluations d'Impact en Santé de Villeurbanne et Lyon, présentées par :
 - o Lucie ANZIVINO, Chargée de santé environnementale, ORS Rhône-Alpes
 - o Sophie PAMIES, Médecin, Directrice de l'Ecologie Urbaine, Ville de Lyon
- La plateforme ORHANE, présentée par Xavier OLNAY, Responsable Unité Environnement Santé, CEREMA Centre Est (Auvergne Rhône-Alpes Bourgogne Franche Comté)

Nous remercions nos intervenants ainsi qu' Anne-Laure BADIN, Chargée d'étude, CEREMA, Gérard FRANCON, Président Conseil de Quartier Croix-Rousse Ouest, commission inter quartiers Qualité Air, et les équipes, Ville de Lyon, de la Direction de l'Ecologie Urbaine et de la Direction du Développement Territorial.

L'objectif de l'Observatoire de la Santé des Lyonnais est d'identifier des pistes prospectives en vue de changer les comportements de la population, par des actions de prévention en santé, sur des territoires ou des publics spécifiques.

Pour appuyer cet objectif, nous avons complété les propos de nos intervenants avec le résumé de travaux scientifiques ou d'actions publiques engagées ou en cours d'étude.

LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ (EIS)

Document joint : support de la présentation en séance

DEFINITION

Les EIS sont la **combinaison de procédures, d'outils et de méthodes** (voir le schéma ci-dessous) qui permettent **d'identifier les éléments** d'une **politique** ou d'un **projet qui pourraient avoir des effets favorables ou défavorables sur la santé des populations**. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré par lequel une politique ou un projet sont analysés afin de déterminer leurs effets potentiels sur la santé. L'EIS informe également les décideurs sur la teneur de ces impacts potentiels et des **pistes possibles pour y remédier**, idéalement avant qu'une décision définitive soit adoptée. Cette démarche permet souvent de s'intéresser à la thématique santé de projets qui n'ont pas cette dimension comme préoccupation première. L'EIS a pour but d'apporter des éléments à la décision publique afin de maximiser les effets positifs sur la santé et minimiser les effets négatifs.

Dans le cadre français, l'EIS est une procédure qui analyse les effets potentiels d'un projet sur la santé des populations, basée sur une vision holistique de la santé, soit dans sa définition OMS (« **La santé est un état de complet bien-être à la fois physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité** » (OMS, 1946). Ainsi, le processus va examiner l'ensemble des déterminants de santé : sur la population, et sur la distribution des effets sur les différents sous-groupes de population.

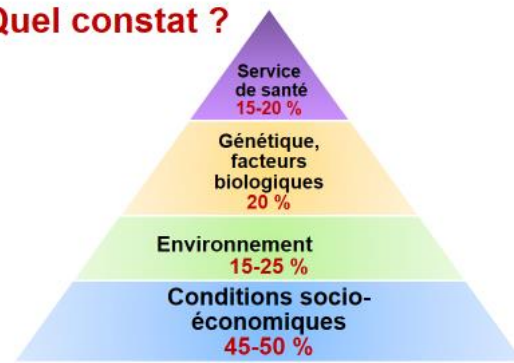
Cette approche a été initiée en 1999 par le Consensus de Göteborg et intègre les principes et les valeurs portés à la fois par la santé environnementale, la promotion de la santé et la lutte contre les inégalités de santé, ... En effet, l'état de santé d'une population dépend des conditions dans lesquelles les personnes vivent et travaillent. Selon les travaux du chercheur Nicola Cantoreggi (Université de Lausanne), le système de santé ne joue que pour 12 à 15 % sur l'état de santé d'une population, les 85 % restant se situant hors de ce champ. Les décisions prises par différentes politiques publiques ont donc des répercussions directes ou indirectes, positives ou négatives sur la santé des populations.

Le terme « évaluation d'impact sur la santé » est dérivé d'une traduction vocable anglaise : *Health Impact Assessment (HIA)*, pays d'origine de cette pratique. Elle s'est fortement développée au cours des 20 dernières années. En France, l'intérêt pour cette approche est plus récent et celle-ci est parfois confondue avec, par exemple, une évaluation de risques sanitaires. Enfin, elle a la particularité d'être « *ex-ante* » et non *a posteriori*. Le processus est d'une certaine façon intégrée au projet lui-même, le plus tôt possible.

On pensait initialement que **la maladie** était **la conséquence** d'une exposition à un facteur, or on a constaté que d'autres facteurs jouent, comme le **patrimoine génétique**. Les **conditions socio-économiques** sont l'ensemble de facteurs qui pèse le plus. Ainsi l'action publique a des impacts sur la santé à évaluer.

C'est une démarche spécifique qui donne une idée des effets favorables ou non d'un projet sur la santé et permet d'identifier des marges de progression, correctives, ...
On évalue aussi les impacts positifs.

Quel constat ?



ORS

Source : Center for Disease Control (1982)

L'EIS : une lunette « santé »



➤ Un **outil d'aide à la décision** au service des collectivités territoriales

- **Agir à la source** du projet
- Identifier et anticiper les **impacts potentiels négatifs et/ou positifs** d'une mesure ou un projet sur la santé publique
- Proposer des **recommandations pour minimiser les risques et maximiser les bénéfices** en terme de santé publique

C'est un outil d'aide à la décision qui :

- apporte des informations additionnelles basées sur la connaissance factuelle des risques et bénéfices pour la santé d'un projet
- Fait le lien avec d'autres préoccupations ou impacts potentiels tels que le développement durable, les impacts sociaux ou de développement territorial

12

ORS

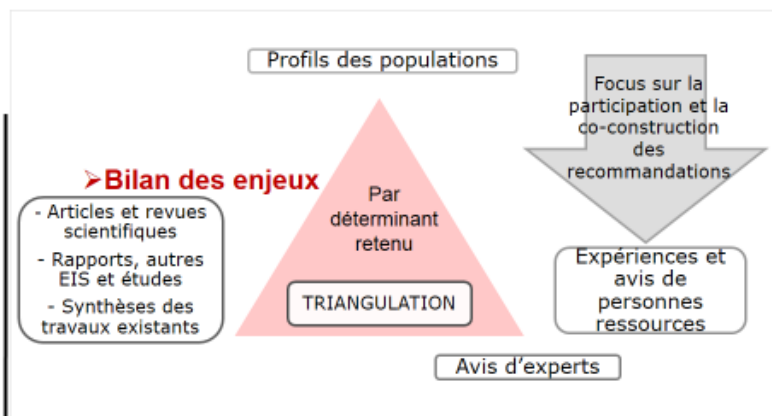
Les enjeux :

- Partager une culture commune et développer des compétences autour des concepts santé : d'où la pertinence d'agir sur les déterminants sociaux et non pas uniquement sur les thématiques de santé
- Aborder les projets avec une approche systémique des enjeux du territoire
- Encourager les partenariats et anticiper les questions de santé le plus en amont possible dans le processus de décision
- Développer des outils - Questionner & évaluer - large panel de déterminants - Adaptés aux objectifs et missions de chacun.

L' EIS : une démarche structurée



L'EIS : une démarche transversale



Une démarche transversale :

- 1) Mettre tous les participants autour de la table
- 2) Mobiliser une recherche bibliographique pour repérer les déterminants de santé à évaluer
- 3) Avoir une approche multidisciplinaire, multisectorielle, participative dans le lien avec les populations concernées, à la fois quantitative et qualitative
- 4) Permettre un transfert de compétences pour les personnes autour de la table
- 5) Valeur phare de la démarche = lutter contre les inégalités territoriales de santé, et au sein des populations

Les principes et valeurs de l'EIS

Approche multidisciplinaire, multisectorielle et participative, basée sur des éléments quantitatifs et qualitatifs

Transfert des connaissances et transparence vis-à-vis des parties prenantes et des populations (levier ++)

Lutter contre les **inégalités sociales de santé**
Augmenter l'efficacité de la **promotion de la santé**

L'intérêt croissant pour l'EIS s'explique par les bénéfices potentiels pour toutes les parties prenantes engagées dans la démarche :

- Inclusion des parties prenantes et des citoyens dans le processus de décision et donc aide à la mise en œuvre des choix finaux en augmentant la légitimité du projet
- Aide au développement et à l'animation de la démocratie locale par l'association de l'ensemble des parties prenantes au processus
- Occasion de favoriser les échanges, la compréhension et la confiance mutuelle entre une population, des décideurs et les secteurs impliqués
- Argumentaire-santé qui accompagne un projet et son acceptabilité sociale
- Émergence et partage d'autres enjeux tels que ceux du développement durable ou des questions sociales, économiques et environnementales

- Prévention des conséquences négatives sur le plan de la santé et du bien-être des citoyens de politiques, projets ou programmes qui peuvent être difficilement réversibles
- Augmentation des connaissances et des compétences pour une vision partagée de la santé
- Contribution à un bénéfice économique à long terme par l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.

L'EIS est un outil d'aide à la décision. Sa mise en œuvre sur des projets d'aménagement du territoire a montré la réelle plus-value de cette démarche, qui a favorisé par exemple l'aménagement de zones d'habitation sans voiture.

A noter qu'en France, les EIS portent principalement sur les projets urbains, du fait d'une volonté politique forte d'y inscrire la question santé.



14

Soutien important de l'Agence Régionale de la Santé Auvergne Rhône Alpes pour leur réalisation

EIS DE VILLEURBANNE

Lucie ANZIVINO, Chargée de santé environnementale, ORS Rhône-Alpes, est en charge d'études en lien avec l'environnement et plus particulièrement les EIS. Elle a tout particulièrement contribué à l'EIS de Villeurbanne.

Télécharger l'étude complète : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/EIS_Villeurbanne.pdf

Présentation du secteur, du projet et des constats au regard de l'EIS

L'attention s'est portée sur le quartier des Buers (6 000 habitants sur plus de 50 hectares) qui fait l'objet d'un plan de rénovation urbaine. Le bouleversement provoqué par cette opération de rénovation doit permettre d'évaluer les impacts sur la santé des habitants. C'est un quartier montrant une certaine précarité, le taux d'adultes sous traitement antidiabétique est 1,5 fois supérieur à celui de Villeurbanne. La médecine scolaire a, de plus noté, une forte proportion d'enfants en surpoids dans les écoles du quartier, dont la moitié avec un taux de surcharge pondérale supérieur à 23%, plus important que dans l'ensemble des écoles de la ville (15%). Or il existe un lien bien documenté entre le diabète et les habitudes de vie dès l'enfance, notamment l'alimentation et l'activité physique, ainsi que des facteurs sociaux et environnementaux.

Si on le compare à d'autres territoires, le quartier semble pourtant permettre une bonne fréquentation des espaces dédiés aux enfants (aires de jeux pour les petits, terrains de sport, pelouse en pied d'immeuble, ...). Pourtant, lors d'une enquête menée par la ville, 63 % des parents interviewés déclarent que leurs enfants ne fréquentent pas les équipements sportifs en accès libre du quartier, particulièrement les enfants de 9 à 12 ans, précisément ceux qui présentent des signes de surpoids, et qui ne sont pas encore autorisés à prendre leur vélo pour aller jouer plus loin.

En outre, la proportion d'asthmatiques est élevée, les habitants du quartier ayant 1,5 fois plus recours à des traitements antiasthmatiques (10,8 % vs. 7,5 % pour Villeurbanne), et 1,3 fois plus recours aux traitements antiallergiques (7,7 % vs. 5,9 % pour Villeurbanne), particulièrement chez les moins de 15 ans. Or les asthmatiques ont tendance à éviter le sport et à moins bouger, ce qui, en encourageant l'immobilité, représente aussi une cause de surpoids. Il est donc essentiel, dans le cadre de ce projet, de pouvoir favoriser l'accès sécurisé des enfants aux terrains de jeux. C'est pourquoi l'EIS s'est focalisée sur la mobilité des enfants d'une des résidences du quartier, ensemble de 392 logements sociaux (Le Planard) et de ses espaces extérieurs dont le projet de rénovation, suffisamment avancé, laisse néanmoins encore la possibilité d'agir.

Sources :

- <http://www.balises-rhone-alpes.org/>
- INSERM Dossier réalisé en collaboration avec le Pr Christian Boitard, directeur de recherche à l'Inserm et diabétologue à l'hôpital Cochin, Paris – Avril 2014.

Résultats de la démarche

15

Les recommandations ont été co-construites avec l'ensemble des parties prenantes. Les principaux constats finaux :

- Un *environnement pollué* mais la rénovation des logements prévue
- Des *espaces verts et d'animations* très appréciés mais *insuffisants*
- Un *milieu urbain peu favorable à la mobilité* => réflexion sur les cheminements

Le projet prévoit l'*ouverture d'une nouvelle voie*, au sein du quartier, pensée comme un facteur de désenclavement. Or, cette voie est perçue négativement car pose des risques pour la sécurité des enfants dans l'espace public du quartier, question qui ne se pose pas aujourd'hui (espaces internes au quartier) et permet aux enfants d'utiliser les espaces qui leur sont dédiés et qui sont facteur d'activités physiques.

Autres exemples de recommandations :

- Remplacer le *mur anti-bruit* existant par une structure *plus moderne* donc plus performante
- Abaisser la *limitation de la vitesse* sur le périphérique au moins au niveau de la résidence.
- Installer un *mur végétal le long du périphérique* en choisissant des espèces végétales spécifiques pertinentes : protection à la fois acoustique et « dépolluante » + impact positif sur la qualité de vie des résidents (*ceci en attendant que des mesures de réduction de la vitesse ne soient prises et qu'un mur anti-bruit ne soit installé*)

Sur environ 40 recommandations identifiées, après priorisation, 18 ont été conservées. Leur mise en œuvre est déjà réalisée ou en cours pour certaines, mais d'autres recommandation se confrontent au budget à mobiliser pour les réaliser.

Retour d'expérience :

- Des points de réussite
- Certaines recommandations déjà mises en place ou engagées
- A créer une dynamique inter-services puis une réflexion partenariale
- Point de vigilance : besoin d'acculturation sur l'EIS

EIS LYON PARC ZENITH – FRICHE INDUSTRIELLE DU 3^{EME} – FRICHE RVI

Sophie Pamies, médecin Directeur de la Direction de l'Ecologie Urbaine à la Ville de Lyon introduit le propos en rappelant que les travaux de la Mission Santé/Direction du Développement Territorial et ceux de sa Direction s'interconnectent et s'enrichissent dans le cadre du Contrat Local de Santé de Lyon (<http://www.polville.lyon.fr/des-quartiers-lechelle-de-la-ville/les-thematiques/sante/le-contrat-local-de-sante>), et que Lyon porte également ces problématiques au sein du Réseau Français des villes-santé de l'OMS (<http://www.villes-sante.com/>).

16

Le projet : Parc Zénith Lyon 3

L'EIS sur ce projet a émergé du cadre de travail du Contrat Local de Santé (CLS).

Ce projet va contribuer au maillage en espaces verts sur le 3^{ème} arrondissement, sur un secteur préalablement assez minéral. Une phase importante de concertation a eu lieu avant d'arriver à l'actuelle géographie du projet.

Le contexte : Le Campus Pro– Lyon 3



Création d'un parc paysager de 8 ha sur l'ancien site des friches RVI, dans le 3ème arrondissement de Lyon, au sein d'un nouveau campus de formation professionnelle dans un quartier résidentiel longeant trois voies publiques :

- la rue Feuillat (chemin des Maisons Neuves à Monplaisir jusqu'au 1890),
- l'Avenue Lacassagne (chemin des Pins jusqu'en 1925) à la hauteur du n°84,
- la rue Professeur Rochaix (chemin des Sablonniers jusqu'en 1953).

Une entrée est prévue sur chaque rue. Le quartier est desservi par trois lignes de bus et une station location de vélos se trouve à proximité immédiate du campus.

Le projet global de reconversion de la friche comprend :

- 5 écoles de formation professionnelles : Société d'Enseignement Professionnel du Rhône (SEPR), la Fédération Compagnonnique des Métiers du Bâtiment (FCMB), l'Association pour la Formation Professionnelle dans les Industries de l'Ameublement (AFPIA), l'école de dessin Emile COHL et EcoHICité soit un campus pro de 6 écoles avec l'Institut Régional de formation Sanitaire et sociale Rhône-Alpes de l'autre côté de l'avenue Lacassagne pour un total d'environ 6 400 apprenants
- une bibliothèque municipale de 1200 m² située en rez-de-chaussée d'un programme immobilier de 27 logements sociaux avec le stationnement correspondant. L'entrée de la bibliothèque se fera par l'avenue Lacassagne,

- Un immeuble d'hébergement de 200 places servant aux étudiants des deux écoles installées à proximité et des travailleurs,
- Un grand gymnase ainsi qu'un auditorium appartenant à la SEPR mais pouvant servir aux associations et habitants du quartier,
- Et enfin, un jardin public de 8000 m² dont l'accès se fera depuis l'angle de l'avenue Lacassagne et de la rue Rochaix

La question du bien-être et du bien vivre ensemble lié à ce nouvel équipement est posée dans le cadre de cette étude de façon très transversale et combine plusieurs approches :

- L'approche de santé : accès à une zone apaisée dans le quartier, diminution du stress, possibilité d'une activité physique pour les enfants (jeux) et les seniors (promenade)
- L'approche de la prévention situationnelle : le projet est analysé par ce biais de façon à ce que le sentiment de bien-être espéré ne soit pas amoindri par un sentiment d'insécurité.
- L'approche participative : un enjeu fort de dialogue entre riverains et habitants du quartier avec les étudiants a été pointé. L'EIS en permettant de regarder ce projet avec « des lunettes de santé » offre un terrain d'échange concret, engageant pour chacun, permettant de définir et de mettre en place des conditions optimales d'usages.
- L'approche paysagère : le projet traduit par ses options les éléments de programme donné par les habitants et les élus de la Ville de Lyon. Ce projet de parc urbain au sein d'un campus devra également tenir compte des fonctionnalités de ce campus. Le dialogue avec le concepteur permet de mieux comprendre les contraintes et les préconisations pour résoudre les conflits possibles d'usage.
- L'approche urbanistique : le parc paysager est un élément nouveau du quartier qui modifie sa dynamique, son image, ses usages. Il doit donc s'intégrer dans une nouvelle façon de vivre le quartier, très marqué par son histoire industrielle et engagé dans des mutations profondes, sociales.

Remarques sur les populations concernées par ce projet :

- Un accroissement net de la population étudiante présente en journée (campus), avec un large panel de jeunes, de l'âge du collège à des étudiants suivants des cursus de 5 ans, et comprenant également des jeunes en alternance ou apprentissage
- Différents types de futurs usagés : célibataires, familles, ...
- Dans une moindre mesure, l'arrivée sur le secteur de salariés travaillant sur place

Futurs usagers du parc : typologie, usages imaginés, attentes, craintes

Sous-groupes	Usages imaginés	Attentes	Craintes
Les adultes actifs (célibataires, avec « grands enfants », ...)	- En semaine, après le travail, le week-end, (une heure...) - Se détendre, se reposer, lire, dessiner, parler - Faire activités physique sur place (tai-chi, ...) - Passage de promenade (pause dans itinéraire : <i>ballade urbaine</i>), marche ou course	- Aspect sauvage/ naturel ... Lame d'eau attractive : le « plus » par rapport aux jardins privatifs - Présence d'animaux (oiseaux, poissons, grenouilles) - Jardin partagé (sociabilité, projets de groupe entre adultes, avec étudiants)	- Bruit : musique des jeunes, cris des petits enfants - fumée, mégots - Si le site n'est pas fermé la nuit : petite délinquance, bruit, dégradations diverses
Les adultes avec jeunes enfants	En semaine, le week-end : pour espace jeux dédié aux enfants, pelouses pour jouer, pour installer les petits	- Sécurité - Hygiène	- Bruit : musique des jeunes - Mégots - Petite délinquance si pas fermé
Les assistantes maternelles	- En semaine, avec les enfants - Après l'école, pour défoulement des scolaires - Pour pique-nique si beau temps avec tout petits (couverture sur l'herbe, tupperwares chauds, ..) * Le matin : promenade « tranquille » pour petits	- Espace jeux pour enfants et tout-petits (0-2 ans) - Espace bien clos pour faciliter surveillance - Propreté et praticité (copeaux de bois vivement souhaités... poubelles ?) - Fontaine eau potable : un plus	- Mégots - Circulation de vélos, de scooters - Dégradations du parc, de l'espace jeux (syndrome du « recoin ») - A noter : pas de craintes exprimées vis-à-vis des étudiants
Les personnes retraitées	- En semaine, le week-end pour - Se promener - Lire, profiter plus d'espace que dans jardins privatifs - Voir des gens, parler, regarder paysage, regarder enfants	- Bancs - Fleurs	Ne pas pouvoir s'y déplacer du fait de l'état des trottoirs, absence de bancs, de toilettes

Les étudiants du Campus Pro • • •	• En semaine (peu le week-end) • Se détendre après les cours ou entre les cours (« chiller ») • Déjeuner quand il fait beau • Préparer la soirée • (à noter : les jeunes vont fumer... mais où vont-ils jeter leurs mégots ?)	• Aspect sauvage/ naturel / fleurs • Présence d'animaux (oiseaux, poissons, grenouilles)	• Bruit : cris petits enfants • Si pas fermé la nuit : espace possible pour deal (probablement discret, mais...)
--	---	---	---

A noter, une forte attente pour que le parc face office de centre dans ce quartier qui n'en a pas. Le questionnement sur la fermeture ou non de l'espace demeure.

Effets identifiés :

➤ Les effets négatifs possibles

• Si pas de sécurité la nuit (fermeture)

Bruit la nuit (peu de craintes exprimées par habitants alentours), dégradations (notamment dans « recoins », petite délinquance, délaissement du parc par habitants... Un espace qui risque de « trouser » le quartier si est délaissé

• Si problèmes d'hygiène

Gestion des mégots, des déchets : effet repoussoir

• Si devient lieu de circulation « intense » : sécurité et qualité de l'air

- Si passage vélos et scooters : problème pour jeunes enfants, personnes âgées
- Si « voie apaisée » Félix Rollot devient voie de délestage privilégiée vers Villeurbanne (heures de pointe : bouchons) / si vitesse limitée pas respectée

➤ Les effets positifs possibles

• Si bonne sécurité la nuit, et pas de dégradations du parc : **un « concentré » de ressources partagées (bibliothèque + parc), un vrai lieu de détente**

• Si **bonne marchabilité autour du parc** : attractivité, mixité des publics (si marchabilité médiocre : risque de parc « confidentiel »)

• Si **mise en place d'évènements activités culturels** (mémoire industrielle, présence de jeunes « artistes »), en lien avec bibliothèque. Un pôle de centralité culturelle : un potentiel fort

• Si **mise en place d'activités « végétales » partagées**
- Jardin partagé / granothèque / échanges de boutures

• Si **mise en place de projets inter-école, intergénérationnels, interpublics (habitants, étudiants, assistantes maternelles, publics MGEN, ...)** : **des articulations ponctuelles et festives**
- Portes ouvertes du Campus dans parc
- Evènements festifs, solidaires (IFSI), sportifs (courses, tournois d'échecs, de pétanque, ...)

ECHANGES

Un habitant souligne que les éléments pointés dans ces EIS font écho à des réactions pour d'autres projets, par exemple un projet de ferme urbano-pédagogique, et pose la question quant aux éventuelles réflexions en cours sur une future obligation d'EIS pour les projets de grande ampleur.

- En France, à ce stade, cela reste au cas par cas et non systématique
- De nombreuses expérimentations de cet outil, et d'observation des enseignements qui en sont tirés, permettent de l'adapter à une situation française plus typique des pays méditerranéens (vs l'origine très anglo-saxonne des EIS), et d'en faire un outil reconnu et conseillé pour les projets.

Plus largement, une question sur le positionnement des EIS

- Quelle taille minimale de projet pour lesquels adopter une EIS ?
- Et à quel moment dans le projet ?

C'est la question du « poids » accordé aux EIS dans les projets urbains et donc de la place que prend la santé environnementale pour les décideurs. A minima, l'EIS sera un levier en ce sens, y compris si elle est mise en place de façon allégée.

ORHANE : OBSERVATOIRE REGIONAL HARMONISE DES NUISANCES ENVIRONNEMENTALES, AUVERGNE-RHONE- ALPES

Pièce jointe : support de présentation

Xavier Olny, Responsable Unité Environnement
Santé, CEREMA Centre Est (Auvergne Rhône-Alpes
Bourgogne Franche Comté)



Ressources Internet :

- L'observatoire : <http://orhane.fr/>
- <http://www.cerema.fr/>
- <http://www.atmoauvergne.asso.fr/>
- <http://www.acoucite.org/>

Le projet d'observatoire des nuisances environnementales a été initialement développé sur Rhône-Alpes puis étendu à l'Auvergne. Les 3 structures clés de l'Observatoire :

- **Atmo Auvergne-Rhône-Alpes** est une association de type « loi 1901 » agréée par le Ministère de l'environnement de l'énergie et de la mer. L'association gère un observatoire environnemental relatif à l'air et à la pollution atmosphérique au sens de l'article L.220-2 du Code de l'Environnement.
- **Acoucité** (pôle de compétences du Grand Lyon en matière de bruit) : Association loi 1901, créée en 1996 à l'initiative du Grand Lyon et de membres fondateurs (IFSTTAR, ENTPE, CEREMA, CSTB...), **Acoucité** a pour but d'œuvrer au développement des connaissances et du savoir professionnel en environnement sonore urbain.
C'est un pôle de compétence qui a pour vocation de favoriser les échanges entre les centres de recherches et les besoins opérationnels des villes, notamment en matière de gestion des bruits urbains liés aux transports terrestres.
- **CEREMA** : Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement. Répondant au besoin de disposer d'un appui scientifique et technique renforcé, pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les politiques publiques de l'aménagement et du développement durables, le CEREMA, créé le 1er janvier 2014 et dont le siège est à Bron, a permis de réunir les compétences de onze services :
 - les huit Centres d'études techniques de l'équipement (Cete)
 - le Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (Certu)
 - le Centre d'études techniques, maritimes et fluviales (Cetmef)
 - le Service d'études sur les transports, les routes et leurs aménagements (Setra)

Le cadre initial de ce travail est le Programme Régional Santé Environnement (PRSE). Au sein de ses groupes de travail, sont ressortis des enjeux liés à la pollution de l'air et du bruit et la nécessité de considérer les politiques publiques avec un regard croisé sur ces deux thématiques.

Il s'agit d'un champ complexe, avec de nombreux déterminants, et de nombreux acteurs.

L'idée a donc été de créer une plateforme rassemblant des bases de données géographiques qui permettent de construire de la donnée spatiale sur l'air et le bruit, et en agréant air et bruit, sur l'ensemble Auvergne Rhône Alpes avant la fin 2016.

4 ans environ d'élaboration ont été nécessaires, dont 2 ans de test de l'outil avec les collectivités territoriales partenaires.

Il est impératif de prendre du recul sur ce sujet et notamment dans la communication que l'on en fait, malgré la pression des attentes (des institutions, collectivités aux habitants).

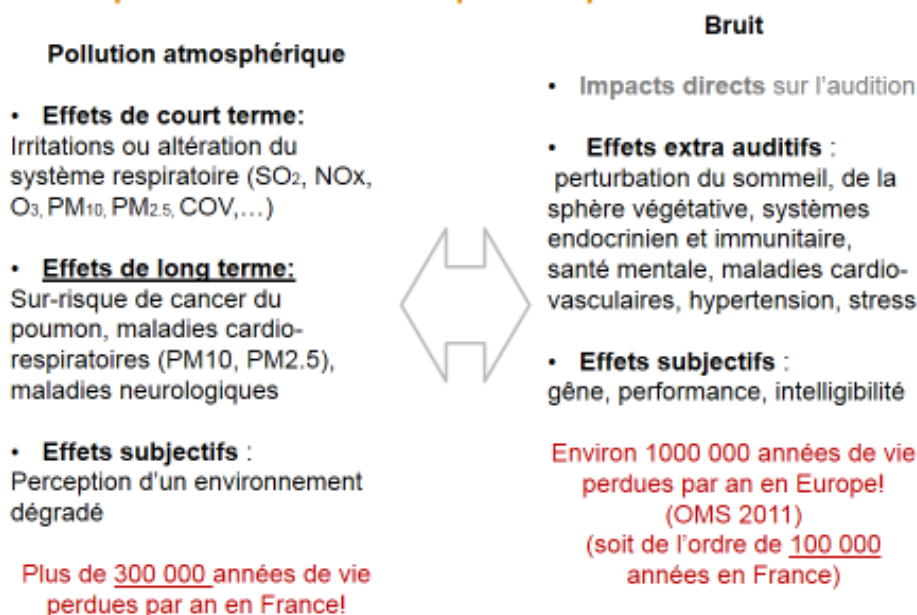
L'observatoire des nuisances environnementales

Il vise à **qualifier la multi exposition air/bruit** : infrastructures routière, fer, aérien, et pollution, pour évaluer des sources fixes sur la co-exposition air-bruit ce qui pose la question des indicateurs et des effets combinés.

La mission d'ORHANE est donc en premier lieu **de repérer les zones les plus à risque.**

Les effets sanitaires de la co-exposition :

Les effets sanitaires du bruit et de la pollution atmosphérique



Une enquête IPSOS permet de mieux identifier les enjeux pour la population. Différents travaux scientifiques démontrent le lien entre l'exposition air/bruit et des pathologies, par exemple cardio-vasculaires, et d'apporter le décompte des années de vie ainsi perdues (études OMS 2011).

ORHANE est donc un outil cartographique et d'aide à l'identification des territoires comportant des enjeux environnementaux liés à la pollution atmosphérique et au bruit.

Ce qu'est ORHANE

*« Un outil cartographique d'information et d'aide à l'identification des territoires comportant des **enjeux environnementaux** liés à la **pollution atmosphérique et au bruit** »*

- Une **mutualisation** de l'information géographique
- Des **données homogènes et cohérentes** pour les deux nuisances
- Une **couverture géographique** régionale à haute résolution
- La **pérennisation de l'information** (mises à jour périodiques (5 ans)
- La **mise à disposition** pour les acteurs des territoires aux différentes échelles pertinentes (région, départements, EPCI, communes...)

25

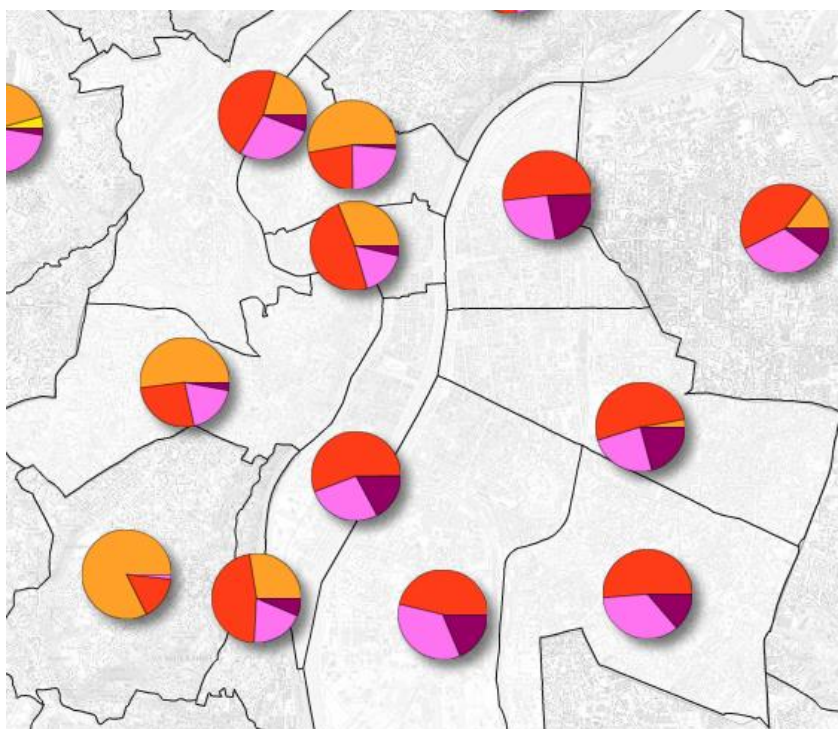
Un travail visant à reconstituer les historiques d'exposition des populations est également envisagé.

Un indicateur est ainsi construit avec une projection des niveaux d'exposition, permettant une échelle du très dégradé, au peu altéré, pour l'air, le bruit et la multi-exposition.

Présentation du site en direct et zoom sur Lyon :

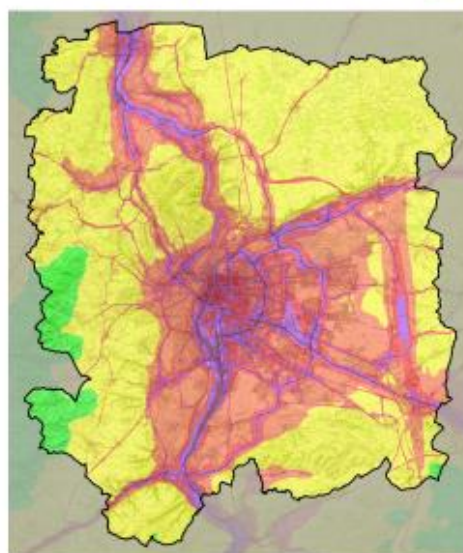
Un indicateur tiré par la partie pollution atmosphérique, résultant d'un cumul indice par indice sur l'Aire urbaine de Lyon : en ajoutant particules, par particules pour créer un indicateur air puis bruit puis le cumul des deux moyennes en adaptant selon la zone (par exemple si l'indice air est élevé, on en tient compte).

Ci-contre le zoom sur Lyon du site Orhane (<http://orhane.fr/>).



26

Les cartes « stratégiques » Air+Bruit



Bruit :

- Routes
- Fer
- Aérien
- Multi-expo (Miedema)



Air :

- NO₂ (Oxyde d'azote)
- PM₁₀ (Particules fines)
- NO₂+PM₁₀ (Max)

Co-exposition Air+Bruit :

- Air+Bruit (Max)
- Air+Bruit (Moy.)

Une perspective de travail est évoquée pour identifier la population effectivement touchée, sur les ondes par exemple, mais, sur ce point, peu de personnes seraient concernées. Point à suivre.

Echanges

Une première remarque est faite sur la question complexe du lieu où on travaille : on peut habiter un endroit peu exposé aux polluants mais être exposé tout au long de la journée à de multiples polluants, sur son lieu de travail.

- Une étude a été publiée en septembre 2016 sur l'exposition journée/résidence. On constate effectivement que sur des quartiers comme la Part-Dieu il y a surexposition pour les salariés
- Par ailleurs, l'Union Européenne impose des remontées d'information sur différents indices et autres indicateurs

Un échange a lieu sur le lien de « causalité » entre l'exposition au bruit et cardiopathie. Cela passe probablement par un effet sur le sommeil, qui lui-même a un impact sur les pathologies. L'ARS souligne que la démonstration de ce type de lien de causalité implique une expertise statistique précise. L'étude complète de l'OMS doit présenter cette approche statistique très fine.

Une question est posée quant aux modalités de collecte des données : ces données ne proviennent pas d'un réseau complet de capteurs mais d'une modélisation à partir d'un descriptif scientifique du territoire concerné. Il est précisé que la carte est présentée en 2D sur le site, mais que les analyses et chiffres tiennent bien compte de la hauteur des étages par exemple, l'impact air-bruit variant souvent en fonction de l'étage.

M. Françon mentionne une étude réalisée sur Grenoble par le CEREMA qui intègre la différence d'exposition à la pollution externe, selon l'étage dans lequel on habite.

Suite à un échange, il est rappelé que, sur le long terme, on constate une amélioration constante de la qualité de l'air depuis 50 ans, sauf pour l'ozone.

Sont évoqués le *plan climat de la Métropole de Lyon* (<http://blogs.grandlyon.com/plan-climat/>) et son *plan Marche à pied* (<http://blogs.grandlyon.com/plan-climat/tag/marche-a-pied-lyon/>). En ce qui concerne Lyon, il faut tenir compte des **évolutions démographiques importantes** avec une forte densification, et de même un fort **développement des emplois** sur la ville centre, ce qui mécaniquement, accroît les émissions liées notamment aux trajets en voiture, assorti néanmoins d'un développement tout aussi important des modes doux de déplacement.

ÉCHANGES COMPLÉMENTAIRES LORS DES GROUPES DE TRAVAIL

A la suite des travaux montrés en plénière sur la santé environnementale,

le groupe de travail Professionnels Ville de Lyon échange sur les **impacts de la métropolisation** (l'exemple parisien invite à être dans l'anticipation de ce type de problématique).

Deux enjeux sont discutés, **l'absentéisme** d'une part et **les accidents du travail** d'autre part, la métropolisation ayant pour effet d'accroître les temps de trajet (le prix du foncier incite une partie de la population à s'installer dans des communes éloignées en temps de trajet de Lyon), des phénomènes d'usure peuvent apparaître et se développer largement.

Pour information, la carte des flux domicile/travail montre l'intensité des croisements de déplacements pour l'ensemble du SCOT (Schéma de Cohérence Territoriale : <https://www.scot-agglolyon.fr/>) de Lyon : [domicile/travail](#), et [travail/domicile](#).

Relativement à la santé environnementale, un travail a été lancé par la Métropole pour l'établissement d'un plan santé/environnement, en articulation avec les démarches déjà engagées.

**FEMMES ET
PREVENTION EN
SANTÉ,
PROBLEMATIQUES ET
LEVIER D'ACTION**

En préambule rappelons que le rapport des femmes au recours aux soins est complexe :

- Les femmes ont davantage recours aux médecins généralistes et spécialistes par rapport aux hommes, en particulier du fait de l'habitude et de la confiance qui s'installent pour les consultations qui concernent leurs enfants
- Pour autant, les lyonnaises participent moins au Dépistage Organisé du Cancer du Sein (DOCS) qu'au national, et ce particulièrement dans les quartiers en difficultés
- Elles ont également faiblement recours aux gynécologues
- Mais ont un suivi gynécologique (frottis) régulier via leur médecin traitant, sur l'ensemble du territoire et notamment sur les quartiers en difficultés

Nous sommes donc confrontés à une situation où le dépistage demeure difficile à réaliser pour de nombreuses femmes, mais plus facilement si celui-ci est conseillé et expliqué par leur médecin traitant. **La relation de confiance avec ce dernier est donc un levier majeur.**

La question de la douleur de l'examen a néanmoins été évoquée lors d'un groupe de travail, femmes et hommes ayant des positions très divergentes. Le rapport au corps, à la nudité (bien que le personnel des cabinets de radiologie soit majoritairement féminin), et au fait que l'examen soit désagréable voire douloureux selon les femmes, sont au cœur de la promotion du dépistage.

Le travail de l'ADEMAS (cf. ci-après) montre également l'intensité de la « médiation » à réaliser pour que les actions de proximité de promotion du DOCS se traduisent par une hausse de la participation, et surtout que cette hausse soit pérenne.

Sur l'ensemble des actions menées pour favoriser la participation au dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), le constat demeure d'une difficulté à toucher les femmes les plus éloignées de ce type de dispositif de prévention, de même pour les hommes pour le cancer colorectal.

Ainsi à Mermoz, les hommes âgés (Chibanis) ne sont pas aisément mobilisables via une structure relais (ne fréquentant pas les espaces ou lieux de lien social type la Chaufferie). De surcroît, ils sont plus réceptifs à un médiateur, par exemple, masculin, que féminin, or la discrimination sexuée dans les recrutements est interdite.

ANALYSE DES DONNEES DU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN/DOCS

ELEMENTS DE CADRAGE : DONNEES DE L'ADEMAS 69

Un travail de cartographie a été mené avec [l'ADEMAS 69](#) sur le dépistage organisé du cancer du sein : de 2004 à 2014, nous avons ainsi pu disposer des nombres de femmes invitées et dépistées, et du taux de participation² annuel.

Présentation de l'ADEMAS 69

L'équipe de l'Adémas-69 met en œuvre dans le Rhône le programme national de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.

Le dépistage est une démarche qui vise à détecter au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. Une détection précoce **permet en effet d'augmenter les chances de guérison** et de limiter la lourdeur des traitements et des séquelles éventuelles. Le dépistage organisé est la garantie des techniques les plus récentes, les mieux évaluées et les plus efficaces.

Les missions de l'ADEMAS 69

- participer à la sensibilisation et à l'information des hommes et femmes de 50 à 74 ans ;
- organiser l'information des professionnels de santé sur le dépistage organisé ;
- garantir les aspects réglementaires et notamment la confidentialité ;
- gérer les fichiers des personnes concernées par le dépistage, conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- se charger de l'envoi des lettres d'invitation au dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, et des courriers de relance ;
- veiller au suivi des patients par le recueil des comptes-rendus d'examen, d'anatomopathologie et éventuellement de chirurgie ;
- approvisionner les médecins généralistes en tests de recherche de sang occulte ;
- veiller à l'assurance qualité du dispositif, en lien avec les différents professionnels impliqués ;
- se charger de la collecte de données pour le pilotage et l'évaluation du programme de dépistage.

Plus d'information :

- [Le dépistage organisé du cancer du sein en pratique](#)
- [Le dépistage organisé du cancer colorectal en pratique](#)

Voir le [rapport d'activité 2015 de l'Adémas-69](#).

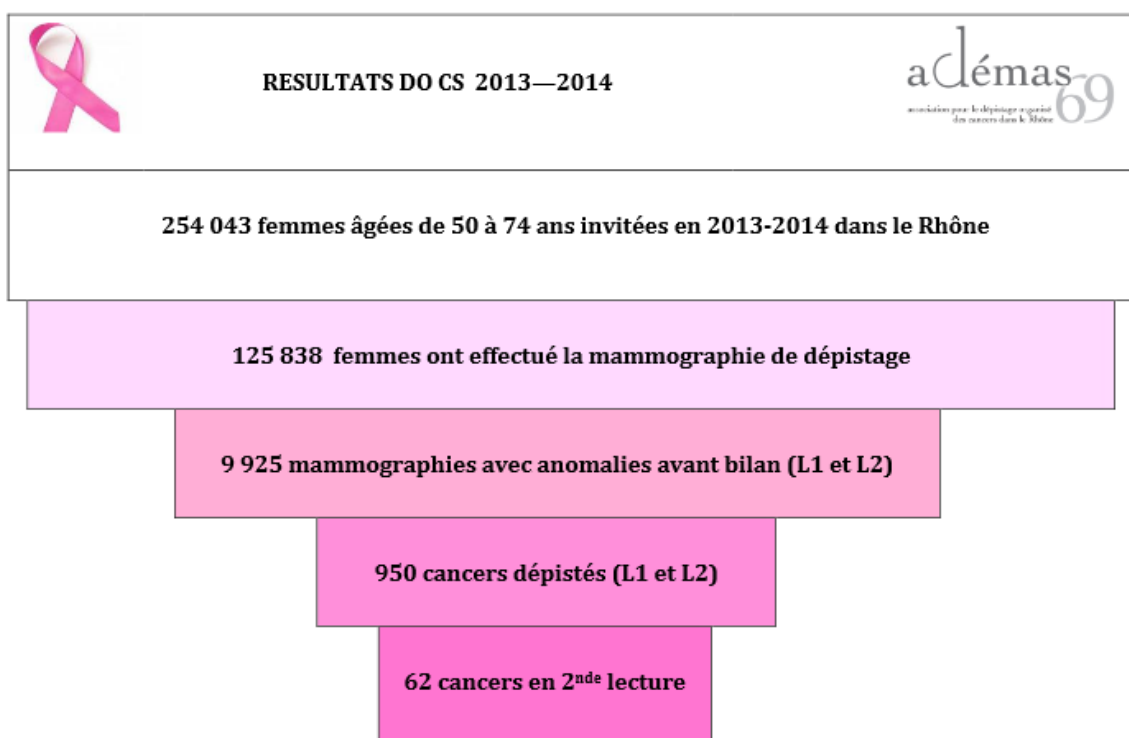
² On parle de participation au dépistage organisé et non de recours

Caractéristiques du dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) :

- Il est réalisé tous les 2 ans,
- Une invitation (courrier) à effectuer le dépistage est envoyée à toutes les femmes concernées (55-74 ans), quel que soit leur régime de sécurité sociale (soit la population totale de la tranche d'âge)
- Le dépistage se fait par mammographie (gratuite) avec le principe de la double lecture : deux médecins examinent les résultats.

Les chiffres clés de l'ADEMAS du Rhône sur 2013-2014 (*page 6 du rapport d'activité 2015*).

1.1.2 Synthèse, résultats du DO CS dans le Rhône, retour sur 2013-2014 :



La mobilisation du dispositif est moindre à Lyon que dans de nombreuses autres communes de la Métropole, ainsi qu'on le voit dans la carte ci-après (*p19 du rapport d'activité de l'ADEMAS*).

9 octobre 2015



DONNEES DETAILLEES DE L'ADEMAS 69 : 2004-2014

Fiabilité des données

Le groupe de travail expertise a souligné que :

Les données de l'ADEMAS sont les plus complètes et fiables donc sont priorisées comme indicateur sur le DOCS dans la cartographie interactive santé. Une analyse de variation d'une année sur l'autre n'a pas de sens : il faut travailler sur un nombre pair d'années : une moyenne sur 2 ans peut faire sens.

La moyenne la plus intéressante sur les données est celle de 2008 à 2014 : celle-ci évite le biais du pic de 2006, et une période de 6 ans permet d'avoir une référence robuste de la participation selon les territoires. La même période est alors à utiliser en graphique dans le module cartographique.

Il faut ensuite regarder les évolutions entre les quartiers : quelle évolution de l'écart entre les quartiers les moins participants et les quartiers les plus utilisateurs du DOCS ?

Les données CPAM sur les mammographies doivent cependant être conservées et utilisées pour visualiser la participation globale (DOCS et dépistage individuel (DI)). Un croisement avec les travaux réalisés par l'Université de Nanterre et l'inversion des constats par rapport à Lyon doit être fait.

➔ NB : les graphiques ci-après seront disponibles en ligne : http://vlko.org/indexSante.html#art_Observatoire2017

34

Taux de participation

Sur Lyon, le taux de participation au dépistage organisé suit une tendance à la baisse :

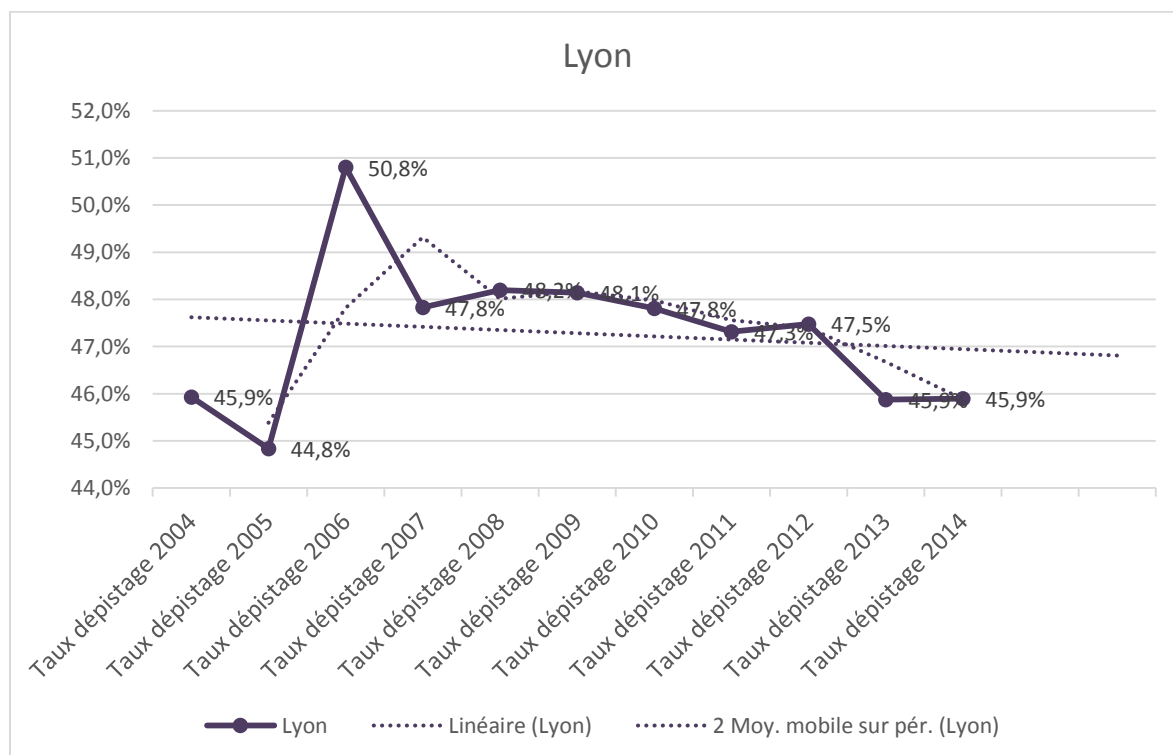


Figure 1 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein entre 2004 et 2014

Ce graphique est **borné de 44% à 52%** afin de bien visualiser les évolutions, et en particulier l'incidence des actions de médiation, **c'est-à-dire qu'il montre une focale** entre un taux à 44%, et non à 0%, et un maximum à 52% et non plus. (cf. ci-après le même graphique avec une base à 0%).

Après un pic en 2006, en lien avec l'organisation par l'ADEMAS d'ateliers participatifs ayant suscité une forte adhésion de la part des femmes, le taux de participation baisse quasiment annuellement (courbe pleine). La tendance qui se dégage sur la période (droite en pointillé) projette une poursuite du recul du taux, dans des ampleurs faibles toutefois.

Enfin, la dernière courbe en pointillé est celle des moyennes mobiles (en 2005, nous prenons la moyenne 2004, 2005, 2006, puis en 2006, la moyenne 2005, 2006, 2007, etc.). Cela permet de gommer des effets ponctuels à la baisse et à la hausse. Cette courbe fournit une hypothèse plus marquée de la baisse de la participation après 2014.

Avec une échelle à 0, les évolutions sont visuellement beaucoup moins importantes :

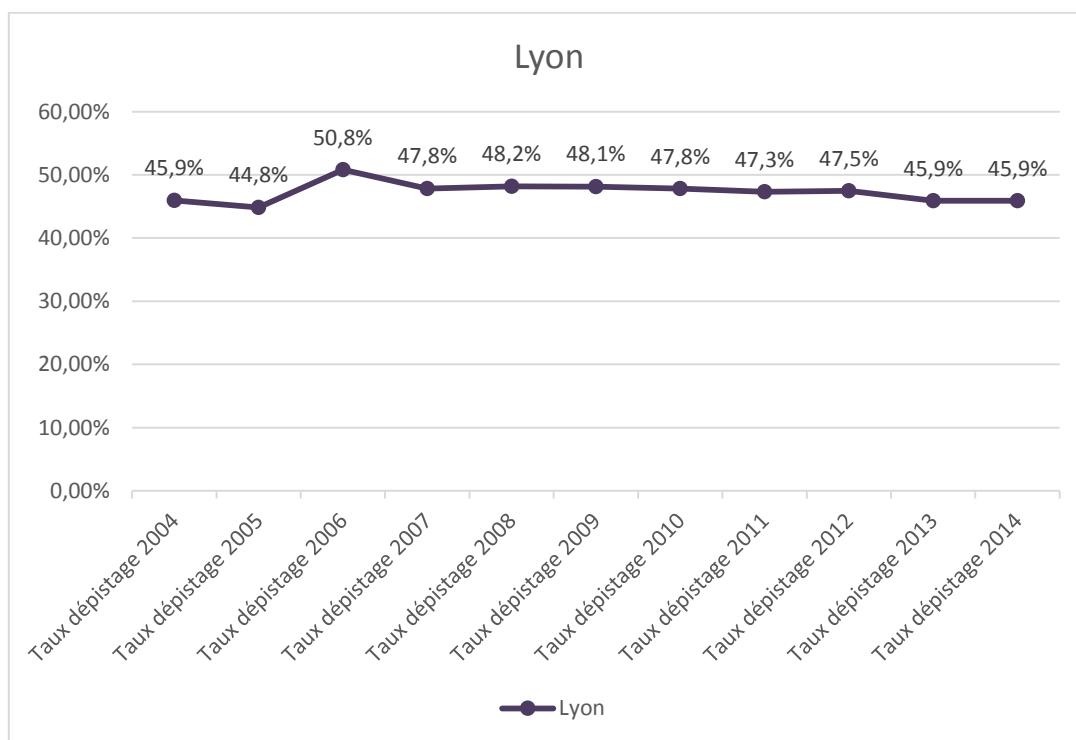


Figure 2 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein entre 2004 et 2014 (Echelle 0)

Les actions de médiation ont donc un effet important à court terme (+ 6 points en 2006), qui se poursuit ensuite, mais sans enrayer la baisse : après le pic de 2006, c'est en 2014 que l'on retrouve le plus bas niveau (2004)

Pour revenir sur le pic constaté en 2006 sur le taux de participation au dépistage du cancer du sein, l'ADEMAS précise l'ampleur des actions engagées sur cette année : un travail très participatif et très fin territorialement, une très bonne adhésion des médecins généralistes, des ateliers de sensibilisation et d'argumentation auprès des relais identifiés : médecins, pharmaciens, y compris des boulangeries ou superettes, afin d'aller au plus près des femmes. Des groupes de femmes se sont également constitués sur ce sujet. Ces points sont à modérer sur deux aspects :

- La difficulté logistique pour organiser un stand au sein d'une pharmacie
- La difficulté à questionner ou entendre un discours sur le dépistage lors des consultations, qui sont tout de même courtes : le généraliste n'a pas forcément le temps pour des explications claires et complètes sur le dépistage

A noter : les graphes par arrondissement montrent de grandes disparités entre et à l'intérieur des arrondissements. Par exemple, les habitantes du 1er participent plus les années paires.

Le taux de participation est l'un des indicateurs d'évaluation des actions menées en proximité : on voit ainsi remonter ce taux sur des secteurs comme la Duchère, avant même la mise en œuvre d'une action ADEMAS sur ce secteur, dont nous verrons les effets avec les prochaines données. En effet, « l'avant » action a provoqué, en soi, une plus grande adhésion au dispositif.

A l'avenir, on pourrait envisager de proposer ce sujet aux Conseils Citoyens labellisés en décembre 2016, voire d'inciter ainsi des groupes de femmes à transmettre les explications du dépistage.

36

Enfin, les médecins ont une incitation financière liés à des objectifs, dont celui de l'accroissement du DOCS, il s'agit d'un levier important, sauf pour les médecins qui sont déjà au maximum sur cet indicateur (pas de marge de progression).

En ce qui concerne la controverse scientifique sur le dépistage organisé du cancer du sein, on constate ses effets négatifs depuis 2008 et les perturbations que cela occasionne dans le travail de l'ADEMAS. Cette controverse, très présente dans ce groupe de travail, l'est moins en particulier dans le groupe de travail *Territoires*. A ce jour, la controverse a été réglée par une nouvelle évaluation du CIRC, justifiant le dispositif de dépistage (en PJ).



Dépistage du cancer du sein et mammographie : L'évaluation du CIRC en 2015*

*Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a publié en juin 2015 dans le *New England Journal of Medicine* une mise à jour de l'évaluation de 2002 sur le dépistage du cancer du sein. Les résultats de l'évaluation des différentes modalités de dépistage du cancer du sein émanent de la revue critique de l'ensemble des données scientifiques disponibles, par 29 experts indépendants de 16 pays. Outre les essais randomisés précédemment étudiés, les données sur le dépistage par mammographie se sont enrichies de 20 études de cohorte et de 20 études cas témoins réalisées principalement dans le cadre de dépistages organisés (en Australie, Europe et Amérique du Nord). Les conclusions constituent une mise à jour importante du précédent Handbook du CIRC de 2002.

40% de réduction de mortalité par cancer du sein pour une femme participante

Ce rapport vient réaffirmer l'efficacité du dépistage organisé par mammographie pour réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Le groupe de travail estime une réduction de la mortalité par cancer du sein de 23 % en moyenne chez les femmes invitées dans les programmes organisés, et d'environ 40% chez les femmes participantes. Plusieurs études montrent qu'une réduction de la mortalité est aussi observée chez les femmes dépistées entre 70 et 74 ans. Le groupe de travail a conclu que les indications de l'efficacité chez

les femmes de 40 à 49 ans étaient limitées, avec des effets plus marqués pour la tranche d'âge 45-49 ans. Le délai optimum entre 2 examens fait encore l'objet de débat.

Les effets négatifs les plus importants de la mammographie de dépistage sont :

- Les résultats faux positifs, dont 5 % engendrent des procédures invasives.
- Le surdiagnostic, estimé entre 1 à 10 % dans une revue récente d'études européennes, des chiffres plus élevés étant rapportés dans d'autres études
- Les cancers radio-induits, qui représentent 1 à 10 décès par cancer du sein pour 100 000 femmes dépistées.

**Surdiagnostic
estimé entre
1 et 10 %**

Les experts concluent que la réduction significative de la mortalité par cancer du sein l'emporte sur les effets de surdiagnostic et autres effets indésirables.

Concernant l'examen physique des seins en milieu clinique, l'évaluation des données actuelles, issues d'études menées en Inde et aux Philippines, montre qu'il est associé à la détection de tumeurs plus petites et à un stade plus précoce. Mais son efficacité sur la mortalité par cancer du sein n'a pas été démontrée. Les études sur l'auto-palpation des seins n'ont pas démontré de réduction de la mortalité par cancer du sein.

De nombreuses études se sont penchées sur les effets des modalités de dépistage par imagerie autres que la mammographie. A ce jour, aucune des technologies émergentes n'apporte suffisamment d'indications d'une réduction de la mortalité par cancer du sein.

Ces évaluations seront publiées dans le volume 13 des *IARC Handbooks of Cancer Prevention* : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online>

La traduction française de l'article sera disponible début 2016 :

<http://www.cancer-environnement.fr/490-Manuels-Prevention-des-Cancers.ca.aspx>
<http://handbooks.iarc.fr/meetings/index1.php>

ademas69
association pour le dépistage organisé
des cancers du sein à Lyon

www.ademas69.asso.fr
5 bis, rue Cléberg - 69005 LYON
☎ 04 72 84 65 30
contact@ademas69.asso.fr

Ademas-69 en collaboration avec Dr Béatrice Lauby-Secretan, chercheuse au CIRC et responsable de la série *IARC Handbooks of Cancer Prevention*.

Nombre de participantes

Il faut toutefois mettre en écho ces graphiques avec celui des nombres de femmes **invitées** ou **dépistées** ci-après :

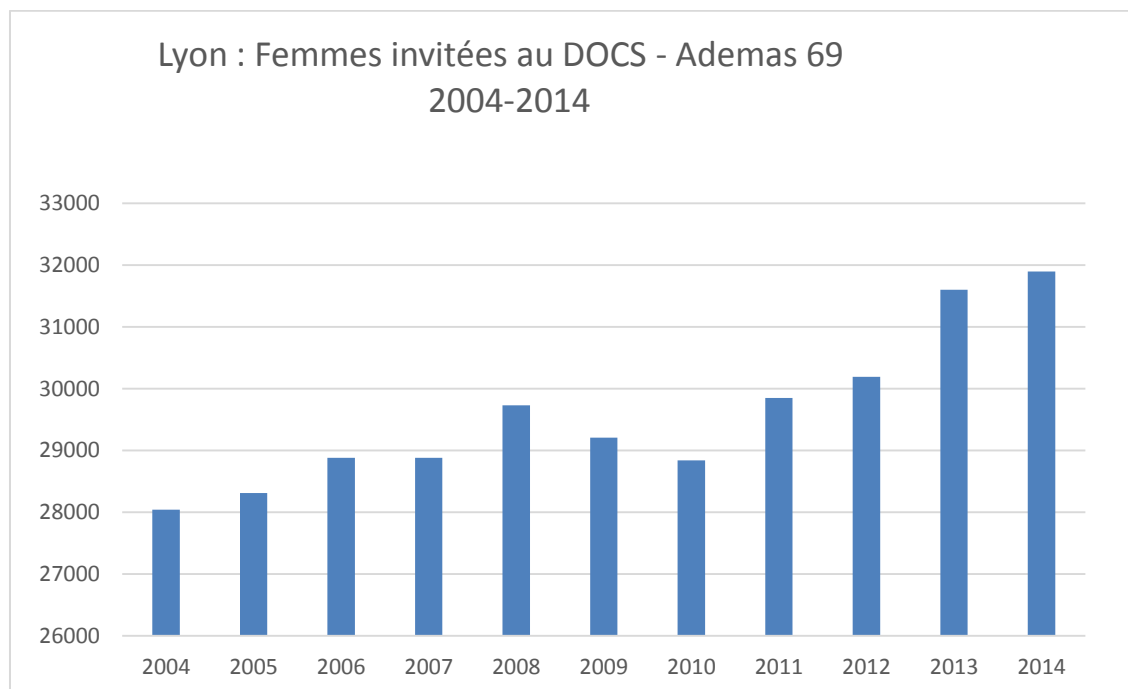


Figure 3 : Femmes invitées au dépistage organisé du cancer du sein entre 2004 et 2014

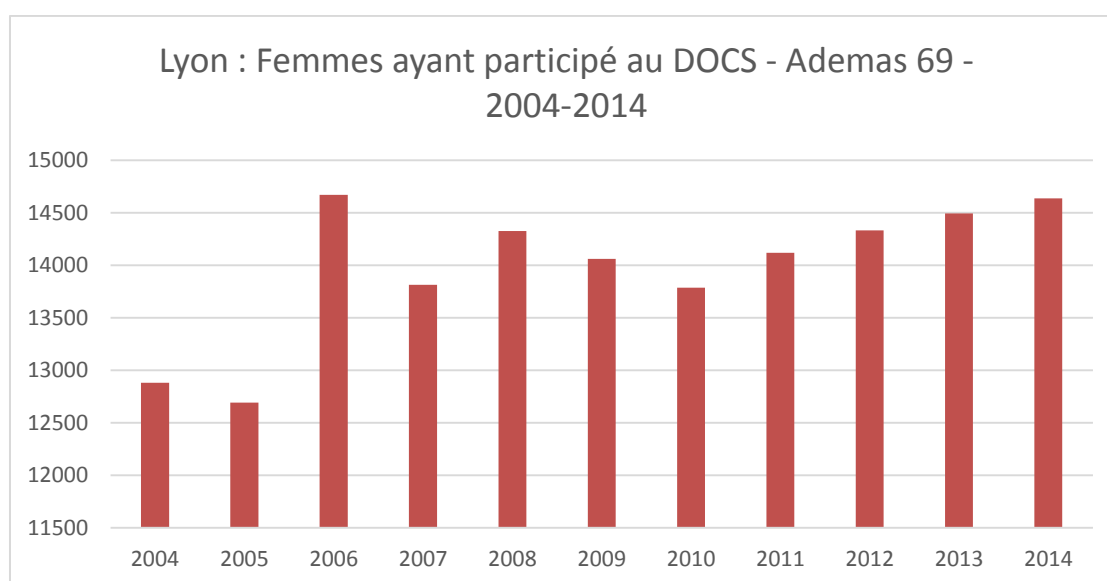


Figure 4 : Femmes ayant participé au dépistage organisé du cancer du sein entre 2004 et 2014

- Les deux populations progressent fortement : le léger recul du taux de participation est donc à modérer, car une population plus importante est touchée
- Cela tend à montrer que le processus de « ciblage » des femmes invitées s'avère très efficient.
- En revanche la question de l'adhésion au dépistage ne s'est pas nettement améliorée.

Regardons l'évolution comparée de ces deux graphiques, avec une échelle à 0 :

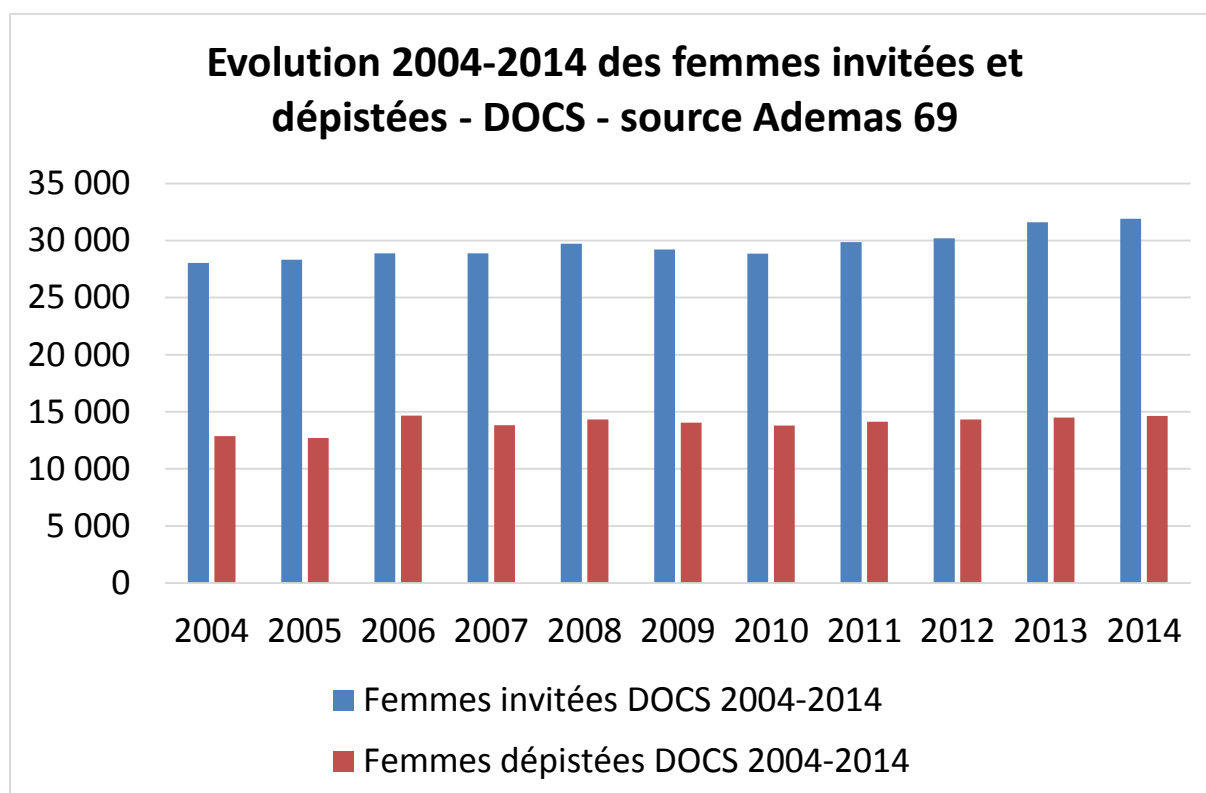


Figure 5 : Comparaison du nombre de femmes invitées et du nombre de femmes dépistées de 2004 à 2014

39

Par rapport à l'évolution de la population lyonnaise sur cette période, nous pouvons donner l'indication suivante :

	2008	2013
Femmes âgées de 55 à 74 ans révolus en 2013	40 646	43 214
soit		2 567
soit		6,3%

Source : Insee fichiers détail 2008 et 2013. Le fichier 2013 couvre les années 2011 à 2015.

Piste : Il serait utile de mettre en lumière les dépistages individuels, en sus du dépistage organisé du cancer du sein comme c'est le cas dans le travail mené par l'Université de Nanterre : <https://villesetsante.wordpress.com/> et plus particulièrement : <https://villesetsante.wordpress.com/diagnostics/>

DIAGNOSTICS

Les étudiants du Master Géosanté réalisent depuis 2010 des diagnostics locaux sur le dépistage du cancer du sein. Une cinquantaine d'études ont été réalisées. Cette page vous permet de les consulter:

- [ESSONNE](#)
- [HAUT-DE-SEINE](#)
- [PARIS](#)
- [VAL-DE-MARNE](#)
- [SEINE-SAINT-DENIS](#)
- [SEINE-ET-MARNE](#)
- [VAL D'OISE](#)
- [YVELINES](#)

L'expérimentation dans la région parisienne en lien avec l'Université de Nanterre a démontré que le taux de DOCS pouvait être augmenté dans les Quartiers politique de la ville grâce à la conjugaison d'interventions de centres sociaux, de médiation santé, de la démarche des Ateliers Santé Ville, de centres de santé, avec une approche communautaire. Aujourd'hui, ces nombreuses interventions étant réduites, on observe sur certaines de ces communes une baisse du taux de dépistage dans les classes moyennes ; les classes aisées allant toujours se faire dépister, traditionnellement en dépistage individuel principalement.

IMPACT DE LA MEDIATION SUR LA PARTICIPATION AU DOCS

L'exemple d'une médiation co-construite

Le groupe de travail Territoires a évoqué l'action co-construite avec les habitantes de la Duchère « **Mammographie, laissez-vous guider** » par l'ADEMAS afin :

- d'échanger sur le DOCS lors de permanences dans des lieux fréquentés
- d'expliquer le courrier d'invitation,
- d'imprimer et délivrer la prise en charge sur place
- de prendre des RDV si besoin.

Cette action, co-construite avec les habitantes, a également fortement été soutenue par la dynamique de l'Atelier Santé Ville de la Duchère.

Une évaluation de cette opération est en cours avec [HYGEE](#), le centre régional de prévention des cancers. L'ADEMAS attend également les résultats d'évaluation du travail mené sur le quartier de St Jean à Villeurbanne dans lequel un médiateur (ville de Villeurbanne) remet les courriers du DOCS en main propre et en expliquant la démarche. Le travail a été fait sur ce quartier avec un autre quartier « témoin » pour en évaluer l'impact.

Tous les groupes de travail s'accordent sur l'importance de la médiation mais constatent, même avec de la médiation de proximité, une difficulté pour les lyonnaises à participer au dépistage. De multiples facteurs rentrent en ligne de compte, sont cités notamment :

- Pour ne pas savoir ?
- Par méfiance ?

Un échange se fait autour de l'image institutionnelle du logo de l'ADEMAS qui serait négative pour l'association. L'idée de mettre davantage en avant l'argument financier est évoquée.

Il est également possible que certaines femmes fassent leur première mammographie de contrôle via l'ADEMAS, puis se la fasse prescrire à nouveau, hors dépistage organisé, donc sans la double lecture.

Débats sur les acteurs, les freins, les leviers dans la médiation vers le dépistage

Toujours est-il que le rapport des femmes au dépistage pose question notamment sur les leviers à mobiliser. Lorsque l'on voit que dans les quartiers populaires, les femmes ont peu recours au gynécologue, mais sont dans la moyenne lyonnaise pour ce qui est des frottis, on constate le lien de confiance avec le médecin traitant, (qui réalise ces frottis).

De nombreux échanges ont eu lieu sur le lien de confiance que les femmes ont avec leur médecin traitant, et beaucoup moins avec d'autres médecins. Ce point est un pivot pour renforcer l'adhésion des femmes au dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.

Le groupe *Expertise* de l'Observatoire de Lyon a néanmoins souligné la surcharge de travail des médecins généralistes à Lyon. De surcroît, une étude de l'ADEMAS a montré que pour les médecins généralistes, le fait d'être installé à Lyon est une variable significative de moindre adhésion aux tests de dépistage.

Piste : Cet effet à première vue « répulsif » de Lyon est à creuser

➔ *Dans les modules cartographiques, réinjecter la quantité de consultations MG et le nombre moyen par habitant de consultation MG, avec les croisements âge sexes si possible (A faire pour le rapport de l'Observatoire – DDT/VDL)*

Le questionnement sur l'orientation vers le DOCS a une incidence forte sur l'adhésion au dispositif. Les médecins généralistes posent la question du suivi gynécologique à leurs patientes. Lorsqu'il n'y a pas de suivi gynécologique, une prescription automatique tous les 2 ans peut être le « réflexe » du médecin, en lieu et place du dépistage organisé du cancer du sein.

La question des délais d'obtention de rendez-vous chez les gynécologues est-elle un frein ? S'agit-il des gynécologues libéraux ou hospitaliers ?

Néanmoins, l'un des médecins présents souligne le fait que l'ADEMAS sécurise les médecins généralistes : ceux-ci ne touchent pas toutes les femmes, alors que l'ADEMAS couvre l'intégralité des femmes de la tranche d'âge, quel que soit leur régime de sécurité sociale, (général, RSI, MSA, ...). L'ADEMAS est ainsi un « filet de secours ou plutôt de sécurisation, pour les médecins généralistes et les patientes ». Enfin ce dispositif apporte également aux médecins les réponses aux questions les plus fréquentes des patients sur le dépistage.

Le nœud de ces travaux tourne bien autour de la question des moyens pour toucher les femmes. Ainsi, le travail engagé sur la Duchère demande un effort de coordination et d'implication des professionnels concernés de très grande ampleur. Malgré cela, un nombre non négligeable de femmes entendent et adhèrent au dépistage, mais l'ADEMAS constate malgré tout que beaucoup d'entre elles ne vont pas au bout de la démarche, c'est-à-dire la mammographie.

Sur l'ensemble de la démarche, les questions de manque de compréhension du français écrit et certains impacts religieux constituent des freins au passage de la mammographie. Même avec un personnel majoritairement féminin dans les cabinets de radiologie, l'examen demeure difficile, ressenti comme douloureux³, et impose une nudité hors de tout cadre habituel, qui n'est pas nécessairement aisé à accepter. On retrouve ici la question du rapport au corps des femmes.

Piste : Sur ce point, le travail communautaire (au sens propre du terme), le relais par les centres sociaux, la création de groupes de paires pour en discuter, ...) sont autant de leviers efficaces basés sur la confiance mais à accompagner fortement.

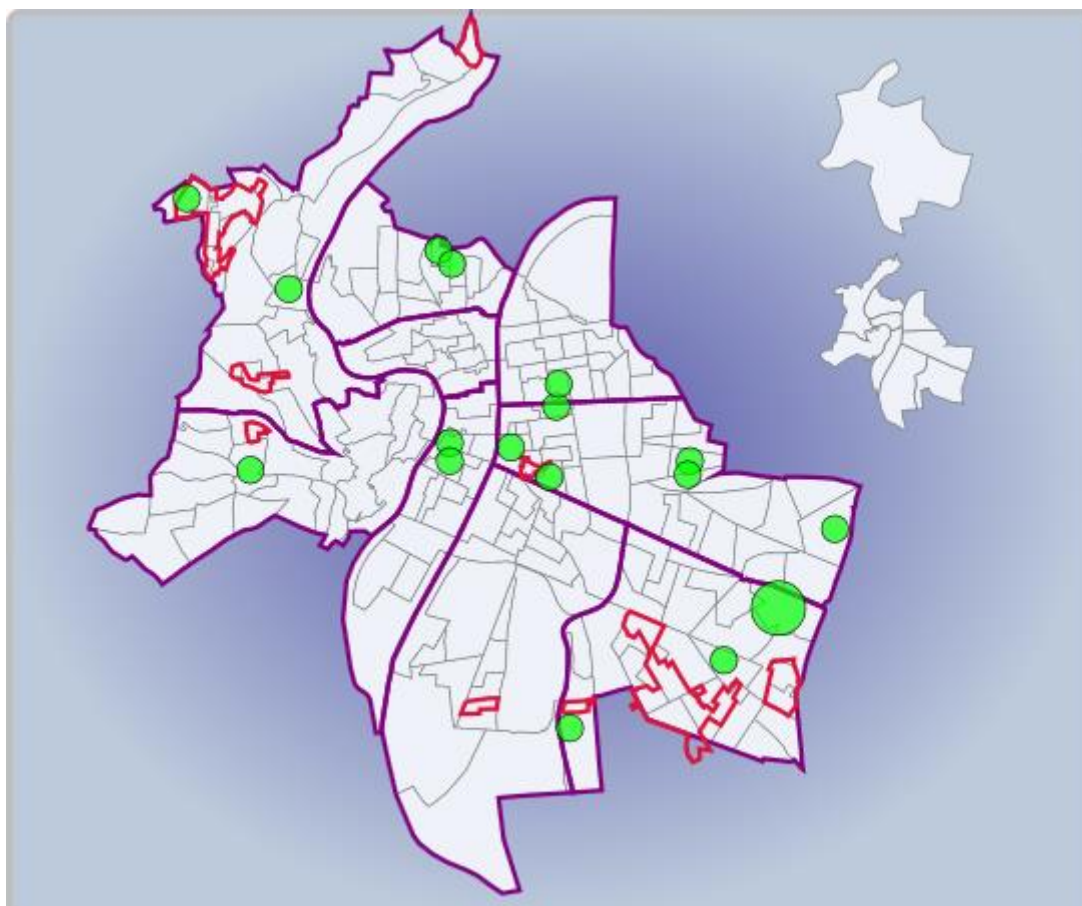
Une hypothèse est soulevée sur le fait que les femmes ayant aujourd'hui 65 ans n'ont pas nécessairement l'habitude du dépistage. Le système a en effet fortement évolué, avec des argumentations claires sur la double lecture et donc un changement et de l'approche du dépistage, et de l'explication qui en est donnée aux femmes, notamment par leur généraliste.

➔ *Approcher globalement leur ancienneté à Lyon (l'ancienneté dans le logement est plus favorable pour le recours au gynécologue et pour la connaissance du dépistage).*

³ La salle était partagée sur ce point entre femmes et hommes

APPROCHE CARTOGRAPHIQUE DU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN

EN PREMIER LIEU, REGARDONS LA LOCALISATION DES RADIOLOGUES A LYON (CERCLES VERTS)



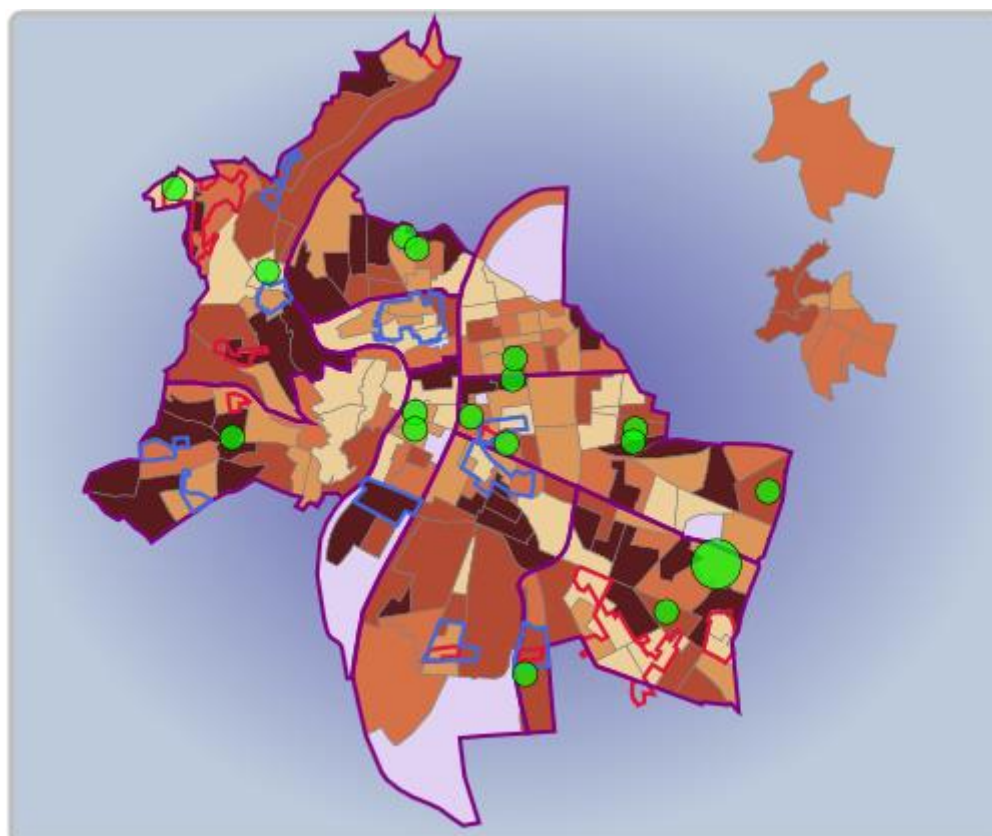
Carte 2 : Localisation des radiologues dans la commune de Lyon

En violet les limites d'arrondissement, en rouge les limites des quartiers prioritaires politiques de la ville (QPV)

Un point de vigilance est noté sur la question des temps de parcours compte-tenu du réseau de transports en commun. Une localisation peut être proche en transport, mais éloignée sur la carte et inversement : Les radiologues agréés ADEMAS sont largement absents de la partie Confluence, ainsi que du 7^{ème} arrondissement. Toutefois, les transports en commun, par exemple de la Place Jean Jaurès à un radiologue du 6^{ème}, ou dans une commune voisine (Villeurbanne à côté de Charpenne par exemple) sont à prendre en compte pour l'accès en temps à un radiologue.

QU'EN EST-IL DU TAUX DE PARTICIPATION AU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN A LYON

Situation en 2014



Légende des graphiques ponctuels

n°158 - 2015 - radiologue dépistage organisé - ADEMAs - Source : ADEMAs 2015

] 10 ; 20]

Légende du fond de carte

n°148 - 2014-Tx recours DOCS-ADEMAs - Source : Ademas - docs 2014

[29.6 ; 40.6]

] 40.6 ; 44.3]

] 44.3 ; 48.9]

] 48.9 ; 50.4]

] 50.4 ; 59.3]

Carte 3 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2014

En violet les arrondissements de Lyon, en rouge les quartiers prioritaires politique de la ville et en bleu les quartiers de veille active

On constate une faible participation dans les quartiers Etats Unis Langlet Santy, Mermoz, Duchère/Sauvegarde et Pentès de la Croix Rousse.

Situation sur la moyenne 2012-2014



Ronds verts : localisation
des radiologues agréés
ADEMAS

Légende du fond de carte	
n°157 - Moy-12-14-Tx recours DOCS-ADEMAS -	
Source : Ademas - docs 2014	
[31.8 ; 42.3]	
] 42.3 ; 45.1]	
] 45.1 ; 47]	
] 47 ; 50.2]	
] 50.2 ; 57.3]	

Carte 4 : Taux moyen de participation au dépistage organisé du cancer du sein entre 2012 et 2014

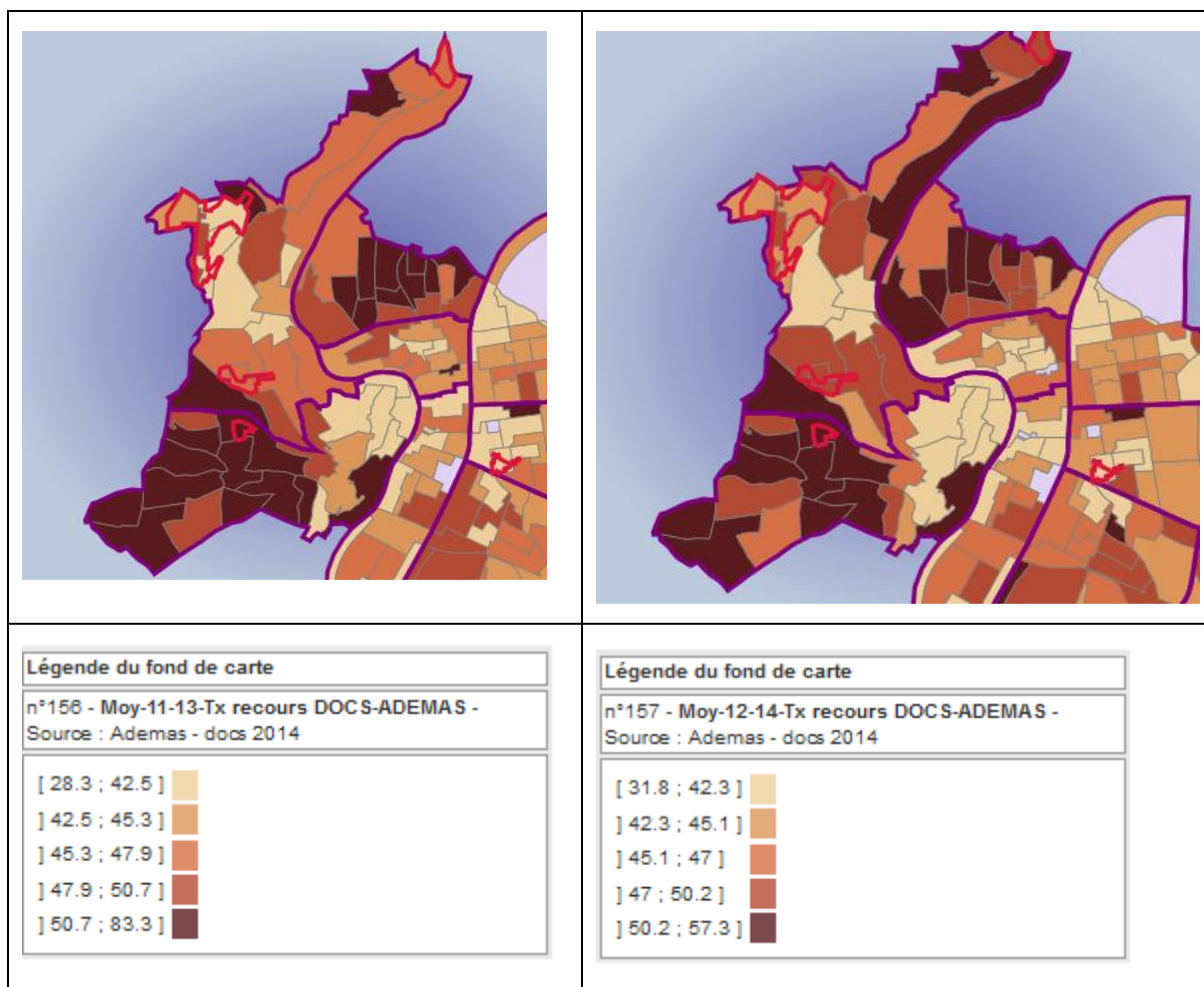
La faible participation sur le secteur Etats-Unis est notable, malgré une certaine proximité des radiologues (proximité relative car majoritairement dépendante des lignes de bus : la distance peut paraître faible, mais le trajet être complexe).

Piste de travail 2018 : Compléter par un travail sur l'évolution de l'offre en gynécologie sur le territoire et le recours aux gynécologues (qui semblent être bien mobilisés pour le DOCS et la réalisation de frottis)

L'évolution de la participation au dépistage

Cette évolution peut être un indicateur d'évaluation des actions engagées sur un territoire.

Ainsi, sur la Duchère, on constate une progression entre les moyennes du taux de participation de 2011-2013 et 2012-2014. Les actions actuellement engagées devraient être visibles sur les cartographies des prochaines années.



Cartes 5 : Evolution de la participation au dépistage organisé du cancer du sein à la Duchère

Se pose en effet, en particulier sur les quartiers en difficulté, la question de la confiance dans la relation au médecin, le rapport au corps des femmes, et une disponibilité des gynécologues peut-être insuffisante.

Les actions de promotion du dépistage fonctionnent très bien avec les relais que sont les pharmacies notamment, mais parfois également des boulangeries, lorsqu'il est particulièrement difficile de toucher les personnes. Des interventions de promotions dans les marchés ont également des effets très positifs. Néanmoins, on n'atteindra pas avec ces relais la population qui sort très peu de son logement.

L'un des problèmes dans la prévention concerne le relais que peut être un médecin mais on constate que peu d'entre eux se mobilisent sur cette question.

De plus, l'adhésion ou la mobilisation des médecins généralistes quant au dépistage organisé s'avère très variable. Cela renvoie à l'importance, dans ces secteurs, de l'information que peuvent relayer les médecins généralistes, qui sont des interlocuteurs de confiance pour les femmes. Les femmes n'ont pas forcément entendu ou compris l'orientation du médecin ou le courrier reçu, une explication complémentaire dans les pharmacies est un levier clair.

Piste : les Conseils de quartier Confluence et Croix Rousse estiment que c'est un sujet important à aborder lors d'une de leurs réunions afin de dédramatiser cet examen.

Piste : Dans les relais possibles, sont maintenant mobilisables les Conseils Citoyens (nouvelle instance de participation des habitants en quartier politique de la ville).

Le travail d'accompagnement à leur création (labellisation pour être précis) a été assorti d'un gros travail de mobilisation, pour éviter que seules les personnes déjà engagées sur le quartier ne soient l'essentiel des conseils citoyens, mais qu'il ait bien des personnes non connues préalablement. Le sujet du DOCS pourrait les intéresser et intéresser la Ville de Lyon pour construire avec ces conseils une position non descendante, bien au contraire.

Piste : Les missions *Evaluation* et *Santé* de la Ville de Lyon peuvent leurs fournir des cartographies sur le sujet.

La question des relais, de la difficulté pour les femmes de passer de la compréhension du dispositif à sa réalisation suscite un échange sur le positionnement du dispositif. En rentrant dans le système préventif, il faut se positionner en « auto-entrepreneur » de sa santé.

Un parallèle est fait avec l'hygiène publique en France au 18^{ème}/19^{ème} siècle, qui a posé et imposé des normes. **Le dépistage peut devenir une injonction au même titre que de nombreuses autres en matière de santé.**

Piste : Le discours préventif prend d'autant plus d'importance pour démontrer que ce n'est ni une injonction, ni une obligation, mais bien un geste personnel de protection de sa santé. Les actions de prévention doivent être plus nombreuses.

Le parcours dans le dépistage est bien individuel et renvoie à un enjeu d'éducation à la santé. Une remarque est ainsi faite sur l'accroissement fort constaté sur la pilule du lendemain, qui paraît remplacer pour certaines, la contraception, ce qui de surcroît évite d'aller voir un médecin.

Cet échange se poursuit sur le problème de l'immédiateté souhaitée par les personnes, qui vient percuter les délais de prise de rendez-vous.

L'ADEMAS mentionne une expérimentation en cours avec un bus dénommé le « Mammamobile », qui est testé, **dans une approche plus large sur la santé, la nutrition, ... permettant un échange global, avant de présenter le dépistage.** Cette expérimentation pourrait être réalisée sur Lyon (projet envisagé et non acté). **Ce type de démarche décentre le dépistage de son registre d'injonction tout en responsabilisant les personnes quant à leur santé globale.** De surcroît, la logique du bus pourrait pallier au manque de mobilité, particulièrement fort sur le 8^{ème} arrondissement de Lyon. Il faut considérer cela comme un outil, un droit et non une obligation, avec un langage positif. Le dépistage est un possible, pas une obligation. Enfin, on rappelle le fait que le cancer fait peur et le nommer dans une proposition d'intervention peut avoir un effet répulsif (crainte de la maladie, en particulier de celle-ci).

La proximité est un enjeu majeur, car les femmes auront un lieu, le bus, où poser, une par une, leurs questionnements. Il est donc important d'avoir une approche transversale, qui porte aussi sur l'alimentation, l'activité physique, etc.

Il est rappelé que les problématiques d'alimentation et d'activité physique ont un impact direct sur le cancer du sein. Le sport, de surcroît, contribue à prévenir la récurrence, la fatigue psychique, physique et la dépression lors des séances de traitement.

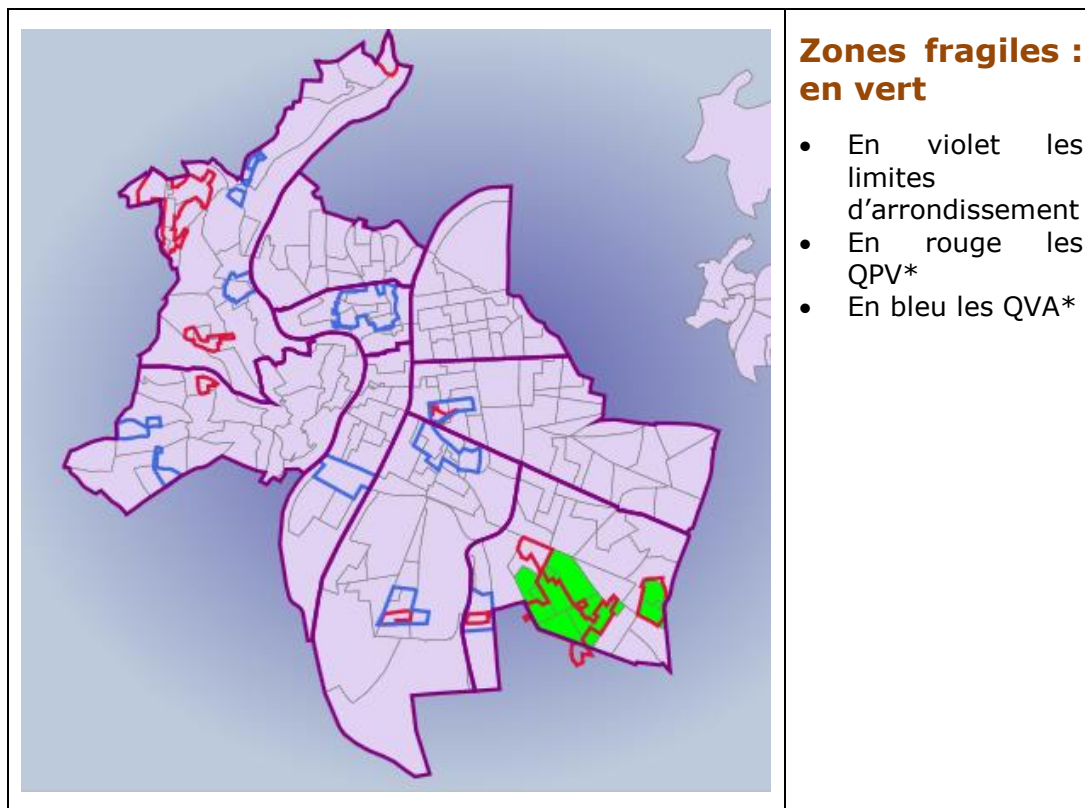
Piste : Il est mentionné le fait que toucher une femme, c'est toucher sa famille, ce qui permet d'aborder de très nombreux sujets d'éducation à la santé pour toute la famille.

Evolution des indicateurs de prévention en santé de l'Observatoire

LA DENSITE MEDICALE

A partir des éléments communiqués par l'ARS et l'URPS_SROS⁴ 2016, deux types de risque au regard de la densité médicale des médecins généralistes ont été identifiés, à l'Iris⁵,

- Des zones fragiles : risque de désertification médicale compte tenu du nombre de praticiens, de leur temps d'exercice (temps partiel par exemple) et de leur âge (proximité de la retraite). L'installation y est incitée et accompagnée.
- Des zones de vigilance sur lesquelles le risque est moindre



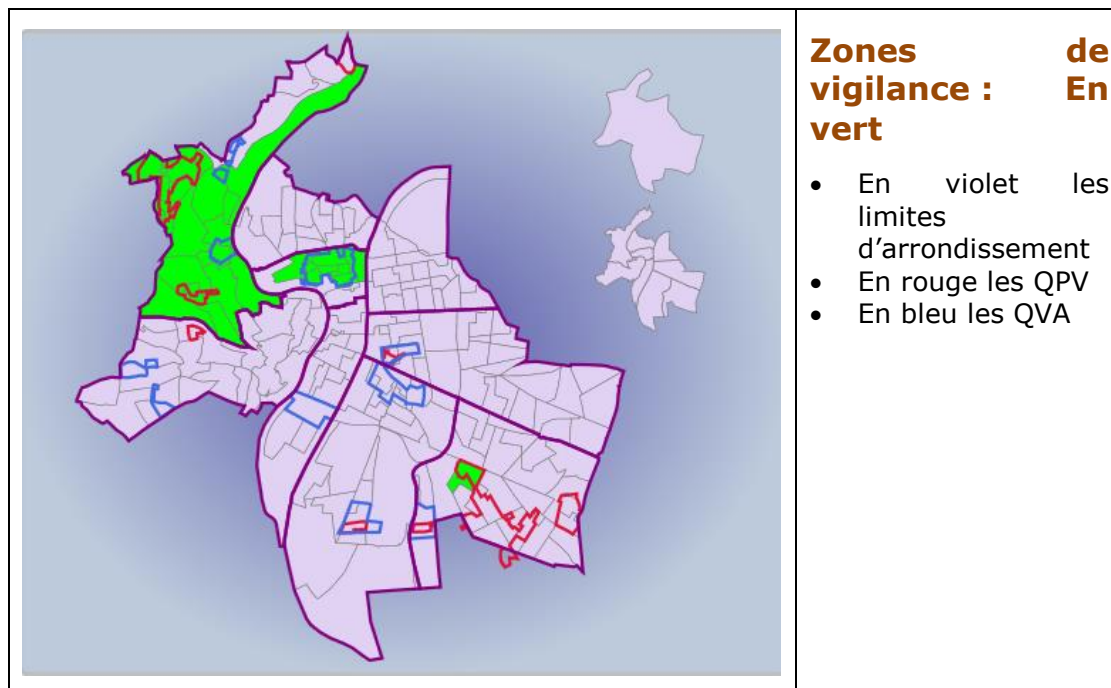
Carte 6 : Densité médicale : localisation des zones fragiles à Lyon

Sur les Pentes, cela renforce l'analyse d'un besoin fort d'accès aux droits et aux soins, ici sur le risque au regard du nombre de médecins sur le territoire.

⁴ ARS : Agence Régionale de Santé ; URPS : Union Régionale des Professionnels de santé, SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins

⁵ Ilots Regroupés pour l'Information Statistique : découpage géographique de l'Insee (<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1523>). Chaque IRIS comporte de 2 à 3000 personnes (exception sur l'iris Bir Hakeim que l'on ne peut découper en 2 sous Iris du fait de la continuité bâimentaire et qui compte plus de 8 000 habitants)

Nous avons évoqué la question de la création d'un centre de médecine préventive universitaire à Lyon.



Carte 7 : Densité médicale : localisation des zones de vigilance à Lyon

50

Le débat porte sur la question des usagers « réels » en particulier des médecins généralistes/traitants : les habitants consultent mais également les usagers salariés travaillant sur un quartier, les étudiants, ... La question revient régulièrement dans les débats de l'Observatoire.

Cette question de la localisation de la patientèle des médecins généralistes est souvent évoquée pour des secteurs centraux, notamment les quartiers anciens (Pentes Croix Rousse, 3^e/7^e), ainsi que sur des secteurs comme Gerland où la population résidente ne représente qu'un tiers des usagers du territoire (salariés 1/3, étudiants 1/3).

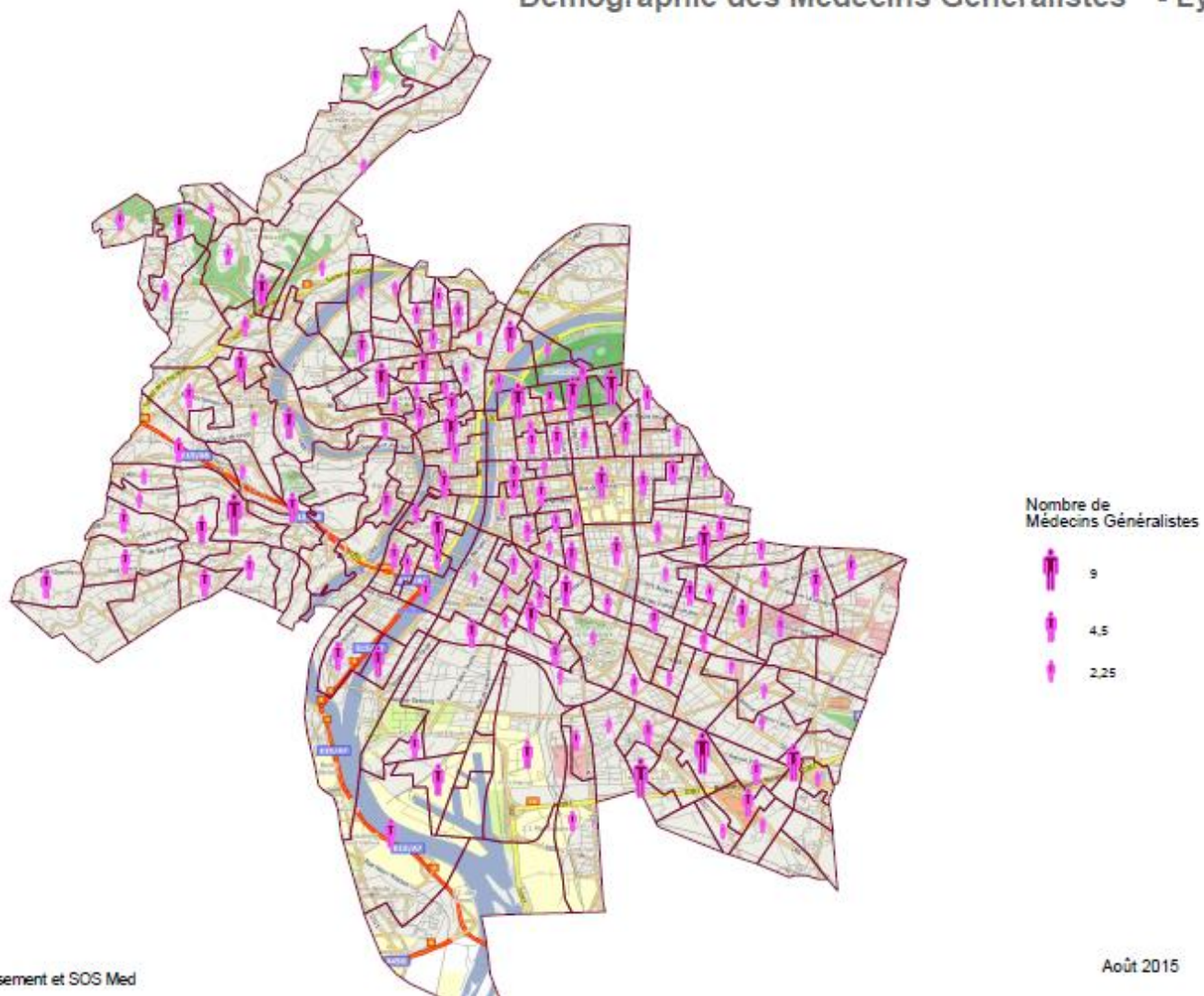
Une autre question est posée sur des secteurs où l'on constate un état de santé dégradé (via la carte des ALD ou de la prescription d'antidiabétiques et d'insuline, cf. ci-après), il s'agit de la quantité de consultations. Sur l'ensemble de la ville, cela peut accentuer la « pression » sur les généralistes, et diminuer leur disponibilité en temps pour d'autres patients.

➔ *Faire la carte du nombre de consultation des médecins généralistes*

Enfin, un problème constant d'évaluation des médecins généralistes existe : difficulté à connaître leur temps de travail (plein ou partiel), la part éventuelle de consultation spécialisée (type homéopathie, etc., ...), voir la carte URPS Médecins⁶, ci-après pour Lyon, représentant **les médecins généralistes hors exercice spécifique (spécialité / hospitalier) en équivalent temps plein.**

⁶ A l'échelle de la région : <http://www.urps-med-aura.fr/geomedecine/index.php>

Démographie des Médecins Généralistes * - Lyon



Carte 8 : Démographie des Médecins Généralistes à Lyon

La DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) serait en train d'analyser ce sujet pour mieux appréhender la densité médicale et anticiper les effets de désertification.

De surcroît, l'activité médicale change de forme avec notamment les regroupements de médecins, avec éventuellement des spécialités paramédicales, une forme croissante (maison de santé), mais non encore quantifiable. Cette forme se traduit par une offre de services différente, et parfois l'intervention par exemple d'infirmiers en éducation thérapeutique (exemple du programme Ulis ouvrant sur un nouveau métier d'infirmier). Cela permet aussi de disposer de relais forts pour les maladies chroniques à suivre.

LES PRINCIPALES VARIATIONS DES INDICATEURS

Le groupe de travail *Expertise* a souligné la prudence nécessaire dans la manipulation de la variation des données CPAM :

- Les données relatives aux ALD, de consultation, de prescription de médicaments sont comparables d'une année sur l'autre, sans contraintes
- Les données de type CMU-C, mutuelle, ... doivent être vérifiées ou croisées avec d'autres sources pour valider une variation : ces données peuvent être variables du fait de la date de l'extraction. Comme pour les données du chômage, ces données varient au cours de l'année, et la date d'extraction peut, en soi, apporter un biais empêchant toute analyse de variation

➔ *Sur la CMU-C : Laurence vérifie que le fichier national CNAM indique des variations similaires sur les volumes de bénéficiaires aux données fournies par l'ARS. Si oui, les variations sont faisables, sinon, il faut les faire sur le fichier national, ce qui risque de semer des confusions entre les indicateurs utilisés pour les lecteurs des travaux et modules cartographiques de l'Observatoire*

Il a également mis en exergue :

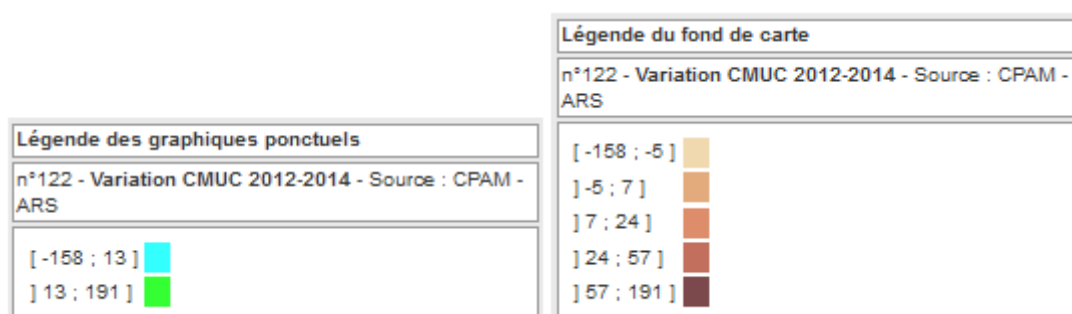
L'accroissement mécanique du nombre de bénéficiaires CMU-C chaque année, du fait de l'augmentation annuelle du seuil d'accès (de 0,5 à 1%), alors que les revenus et notamment les salaires minimaux n'augmentent pas ou moins. Cela n'explique qu'une partie de l'accroissement des volumes de bénéficiaires de la CMU-C mais renvoie aussi au phénomène des travailleurs pauvres.

➔ *A regarder : coprésence CMU-C et DOCS, ou bas revenu CAF et DOCS, pour voir s'il y a coprésence ou non.*

Sur les accidents du travail (AT), ceux-ci étaient en baisse constante, et repartent à la hausse en 2015 et 2016. Cela peut venir des statuts de travail (intérim, CDD donc sans formation à la prévention et une moindre intégration dans les collectifs de travail, qui sont des vecteurs importants pour éviter les AT).

CMU-COMPLEMENTAIRE

Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C a augmenté sur Lyon depuis 2012 de 4 205 personnes pour atteindre environ 40 000 personnes en 2014. Le taux de couverture passe ainsi de 9,3% à 9,76% pour tout Lyon de 2012 à 2014.



Carte 9 : Variation du nombre de bénéficiaires de la CMU-C entre 2012 et 2014

La carte montre la variation en volume des bénéficiaires de la CMU-C :

- En fond de carte, en 5 quantiles,
- Et en rond pour bien repérer les zones de forte hausse ou baisse

A noter :

- Le recul ou stabilisation sur le secteur de la Duchère, effet potentiel de la rénovation urbaine
- L'accroissement important sur le 7^{ème} et le 8^{ème} arrondissement

L'accroissement du taux de recours à la CMU-C sur le 7^{ème} et le 8^{ème} peut être interprété comme un accroissement de précarité, mais également par une baisse du non-recours. Avec une autre source, le dispositif Filosofi de l'Insee, nous disposons dorénavant de deux données différentes : le revenu déclaré (salaires, traitements, ...) et les allocations, la

somme des deux donnant le revenu disponible (cartes en cours de finalisation). La carte du revenu disponible est un bon indicateur du non recours, concentré sur les quartiers anciens de Lyon (Pentes Croix Rousse, 3^e/7^e).

D'après la CPAM, cette augmentation se poursuit en 2015 et 2016

Au regard de la carte du taux de couverture de la CMU-C, les quartiers prioritaires restent les plus marquants. Néanmoins, on constate dans l'évolution qu'un accroissement plus diffus de la CMU-C se présente sur des secteurs hors politique de la ville, dont des secteurs à très fort niveau de construction de logements, en pleine croissance démographique : Gerland et ouest du 8^{ème}, par exemple.

Parallèlement, la question du non-recours continue à se poser, en particulier dans les quartiers anciens.

Pistes :

Un lien serait utile entre l'Observatoire et le dispositif PLANIR de la CPAM pour mieux caractériser le non-recours et les effets des démarches engagées pour le réduire.

En 2018 :

Etablir une carte de coprésence entre CMU-C et type de revenus (issus du travail, des allocations, des retraites et des rentes)

Voire entre CMU-C et habitat insalubre diffus en rencontrant le CCAS pour mieux connaître la population en diffus qui n'a pas recours à la CMU-C, en identifiant le parc HLM vieillissant, la restructuration des grands appartements notamment pour en faire du logement étudiant, l'utilisation de combles et sous-sol, ou encore l'insalubrité de type squat,... Sur le secteur de Moncey, un premier ciblage partagé CCAS/DEU pourrait être réalisé.

Dans le cadre du Contrat Local de Santé la Ville a souhaité intégrer une nouvelle compétence en santé environnementale : le conseiller médical en environnement intérieur. Cet agent peut, sur prescription médicale et en lien avec le médecin prescripteur, réaliser des enquêtes environnementales au domicile.

C'est un enjeu fort dans un contexte d'accroissement des pathologies pulmonaires (asthme sévère BPCO) et de traitements immunodépresseurs en ambulatoire. Par ailleurs la DEU enregistre une hausse croissante des plaintes pour présence de moisissures. La présence d'un CMEI permet de faire un lien éventuel avec des problématiques de santé et orienter le plaignant vers son médecin.

Cartes complémentaires demandées par les groupes de travail :

CMU-C

Situation en 2012



Légende des graphiques ponctuels

n°145 - 2012 - CMUC - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2012

[0 ; 138]
[138 ; 751]

Légende du fond de carte

n°141 - 2012 - % Bénéficiaires CMUC - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2012

[0.72 ; 4]
[4 ; 6.56]
[6.56 ; 8.81]
[8.81 ; 12.42]
[12.42 ; 35.01]

Situation en 2014



Légende des graphiques ponctuels

n°6 - 2014 - CMUC - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2014

[0 ; 156]
[156 ; 849]

Légende du fond de carte

n°7 - 2014 - % CMUC - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2014

[0.87 ; 4.81]
[4.81 ; 6.94]
[6.94 ; 9.43]
[9.43 ; 13.38]
[13.38 ; 34.14]

Cartes 10 : Taux et volumes de bénéficiaires de la CMU-C en 2012 et 2014

➔ NB : seront ajoutés en ligne en 2019 les graphiques d'évolution des taux et des volumes sur chacun des 4 indicateurs présentés dans cette partie

Points de repères :

Les permanences de médiation santé indiquent une demande accrue d'accompagnement dans des parcours d'accès aux droits de santé et aux soins.

Pour mémoire, en ordre de grandeur national, le non recours à l'ACS⁷ est estimé à 70%, sur la CMU-C à 30% et sur le RSA à 50%.

De surcroît ces droits doivent être renouvelés chaque année. Un suivi de l'impact de la dématérialisation sera important dans les prochaines années.

La CMU-C est considérée, dans le lien avec l'accès aux soins, comme facilitante, et non limitative (par exemple du fait de délais importants pour que ces patients aient des rendez-vous notamment chez les spécialistes). De surcroît, on constate à l'obtention de la CMU-C un phénomène de rattrapage sur des examens non réalisés précédemment du fait de leur coût. Ainsi, les personnes couvertes par la CMU-C auraient une consommation de soins de 2,5 fois supérieure aux autres personnes.

A l'inverse, on note la complexité des démarches administratives lors des changements de statut :

La CMU-C est maintenue pour des personnes qui ont retrouvé un travail, pendant plusieurs mois. La couverture CMU-C étant dans la puce de la carte vitale, ce n'est pas forcément aisé de la supprimer. Toutefois, notons que les personnes ayant retrouvé un travail peuvent être des travailleurs pauvres et que la CMU-C dépend de la composition et de la situation de la famille.

La question de l'ACS⁸ est mentionnée par plusieurs partenaires avec un constat de forte augmentation depuis 2 ans.

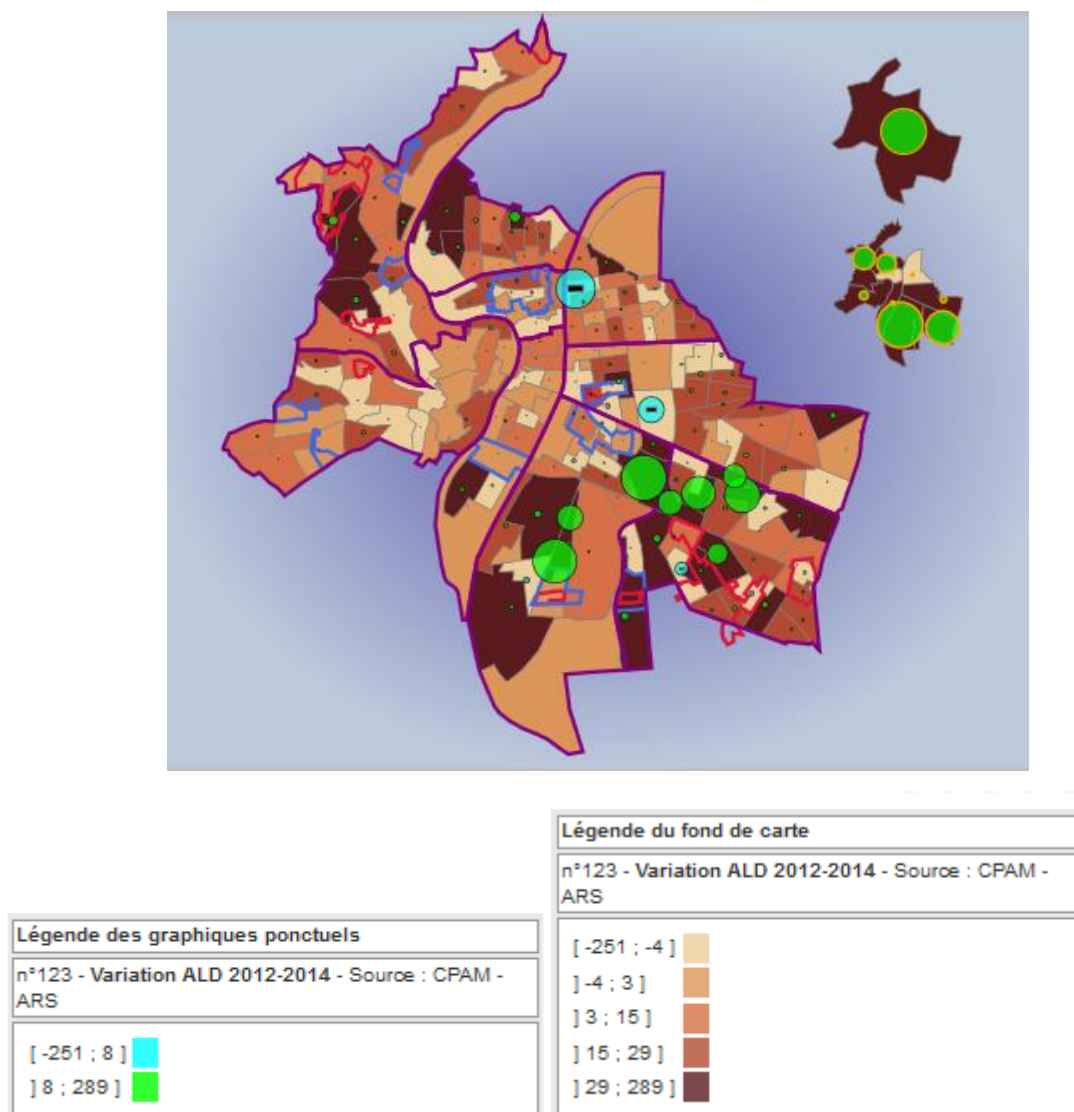
Question auprès de la CPAM :

- Le passage de la CMU au dispositif PUMA⁹ est à regarder de près pour en mesurer l'incidence
- La durée des droits CMU-C après la reprise d'un emploi.

⁸ Aide à la complémentaire santé destinée aux personnes hors CMUC mais à faibles ressources, prise en charge financière d'une partie du coût de la mutuelle de ces personnes

⁹ Depuis le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie (*PUMA*) est entrée en application

AFFECTIONS LONGUES DUREE (ALD)



Carte 11 : Variation en volume des bénéficiaires d'une ALD entre 2012 et 2014

La carte montre la variation en volume des bénéficiaires d'une ALD :

- En fond de carte, en 5 quantiles,
- Et en rond pour bien repérer les zones de forte hausse ou baisse

Les ALD regroupent 30 maladies chroniques dont les affections psychiatriques. La Direction Sécurité Prévention (Ville de Lyon) évoque le lien avec les Intervenants Sociaux en Commissariat (ISC) ; ceux-ci indiquent un accroissement des problématiques relevant de la psychiatrie dans leurs permanences, notamment sur les 1^{er} et 4^{ème} arrondissements, ainsi qu'un accroissement des violences intra familiales sur le 8^{ème}.

La hausse en volume (+ 4 700 lyonnais) et en taux des bénéficiaires de la CMU-C peut contribuer à un accroissement des ALD via un plus large accès aux soins.

Le taux d'ALD important dans les QPV indique un état de santé dégradé dû aux modes de vie et à une faible prévention.



Légende des graphiques ponctuels

n°123 - Variation ALD 2012-2014 - Source : CPAM - ARS

[-251 ; 8]

] 8 ; 289]

Légende du fond de carte

n°122 - Variation CMUC 2012-2014 - Source : CPAM - ARS

[-158 ; -5]

] -5 ; 7]

] 7 ; 24]

] 24 ; 57]

] 57 ; 191]

Carte 12 : Coprésence de la variation en nombre des bénéficiaires de la CMU-C et des ALD entre 2012 et 2014

En volume, les accroissements, sur les deux indicateurs, sont surtout situés aux marges des quartiers et en particulier sur le 8^{ème} arrondissement et le 7^{ème} arrondissement, partie Gerland.

Cartes complémentaires demandées par les groupes de travail :

Affections Longue Durée

Situation en 2012



Légende des graphiques ponctuels

n°146 - 2012 - ALD - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2012

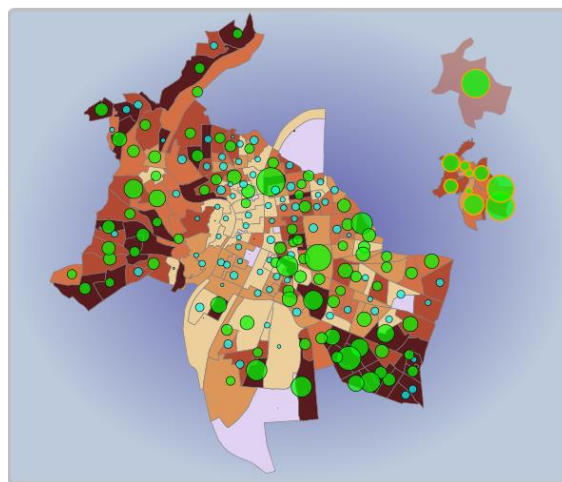
[0 ; 258]
] 258 ; 1096]

Légende du fond de carte

n°142 - 2012 - % bénéficiaires ALD - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2012

[1.36 ; 10.75]
] 10.75 ; 11.93]
] 11.93 ; 13.61]
] 13.61 ; 15.91]
] 15.91 ; 37.16]

Situation en 2014



Légende des graphiques ponctuels

n°14 - 2014 - ALD - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2014

[0 ; 262]
] 262 ; 845]

Légende du fond de carte

n°15 - 2014 - % ALD - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2014

[7.37 ; 10.8]
] 10.8 ; 11.92]
] 11.92 ; 13.59]
] 13.59 ; 15.49]
] 15.49 ; 32.66]

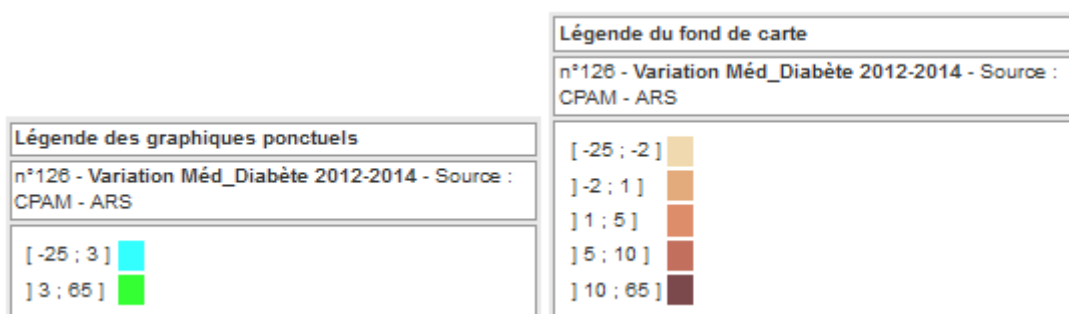
Cartes 13 : Taux et volumes de bénéficiaires d'une ALD en 2012 et 2014

➔ NB : seront ajoutés en ligne en 2018 les graphiques d'évolution des taux et des volumes sur chacun des 4 indicateurs présentés dans cette partie

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS CONTRE LE DIABETE



60



Carte 14 : Variation en volume de la prescription de médicaments contre le diabète entre 2012 et 2014

La carte montre la variation en volume des prescriptions de médicaments contre le diabète :

- En fond de carte, en 5 quantiles,
- Et en rond pour bien repérer les zones de forte hausse ou baisse

On constate :

- Une stabilisation de consommation de médicaments contre le diabète sur la Duchère, secteur particulièrement dynamique en prévention de l'obésité : les partenariats multiples en faveur de l'activité physique, de l'alimentation saine, etc. sont particulièrement dynamiques : plus de partenariat, plus d'action, moins de prescriptions dans ce secteur.
- Une très forte progression sur le 8^e et le sud du 7^e arrondissement qui dépassent certains QPV et indiquent une dégradation de santé sur laquelle être vigilant dans les années à venir.

A noter : la loi santé permet dorénavant aux médecins de prescrire des activités sportives (qui ne sont pas financées).

- Une question est posée quant au nombre de personnes dans le dispositif Sophia : interroger la CPAM
- Faire une carte de co-présence ALD et Médicaments contre le diabète

PRÉSENTATION DU SERVICE SOPHIA

Mis à jour le 10 novembre 2016

A⁻ A⁺     

SOPHIA, LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE



Sa mission ? Aider les personnes concernées à mieux **connaître leur maladie** et à **adapter leurs habitudes** afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications.

En relais des recommandations du médecin traitant, sophia propose **un soutien, des informations et des conseils personnalisés**, adaptés à la situation et aux besoins de chacun. Vous partagez aussi le vécu d'autres patients et de professionnels de santé.

Le service sophia accompagne déjà plus de **730 000 adhérents**. Il est proposé dans toute la France aux personnes **ayant un diabète**, et pour l'instant dans 18 départements aux personnes **ayant de l'asthme**.

i

UN SERVICE GRATUIT

L'inscription au service sophia est **gratuite** et **sans engagement**. Chaque adhérent est libre de quitter le service à tout moment.

<https://www.ameli-sophia.fr/le-service-sophia.html>

Ce dispositif est monté en charge depuis sa création en 2009, il vise également à soutenir la continuité des soins. Il implique une déclaration en ALD pour les bénéficiaires. En ce qui concerne l'asthme, le dispositif est en cours de déploiement.

Cartes complémentaires demandées par les groupes de travail :

Prescription de médicaments contre le diabète

(au moins 3 ordonnances dans l'année)

Situation en 2012

Situation en 2014



Légende des graphiques ponctuels

n°147 - 2012 - Diabète - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2012

[0 ; 56]
[56 ; 200]

Légende des graphiques ponctuels

n°32 - 2014 - Diabète - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2014

[0 ; 57]
[57 ; 210]

Légende du fond de carte

n°143 - 2012 - % prescriptions diabète - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2012

[0.21 ; 1.81]
[1.81 ; 2.24]
[2.24 ; 2.9]
[2.9 ; 3.85]
[3.85 ; 6.71]

Légende du fond de carte

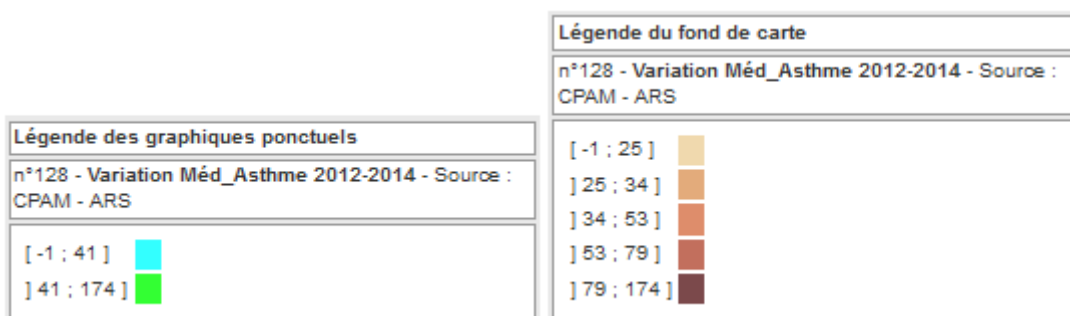
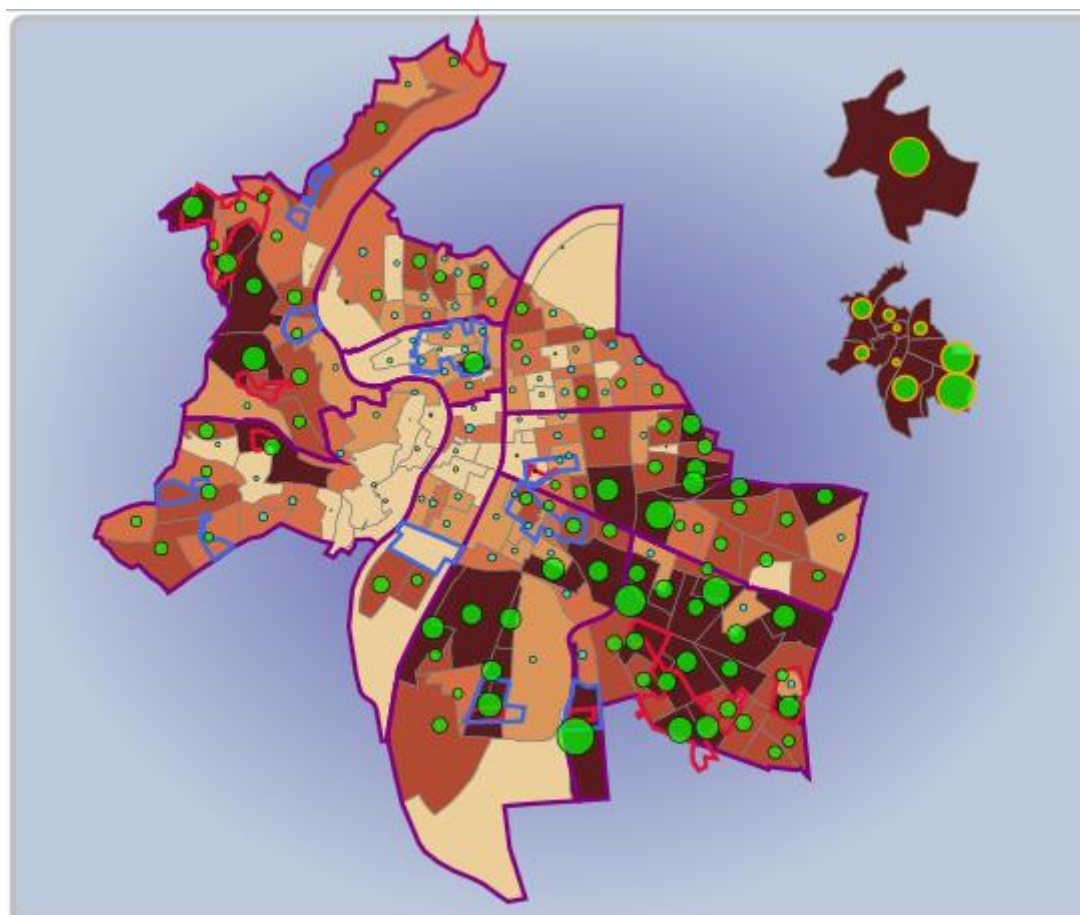
n°33 - 2014 - % Diabète - CPAM Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2014

[1.2 ; 1.96]
[1.96 ; 2.39]
[2.39 ; 2.93]
[2.93 ; 3.83]
[3.83 ; 7.11]

Cartes 15 : Taux et volumes de la prescription de médicaments contre le diabète en 2012 et 2014

➔ NB : seront ajoutés en ligne en 2018 les graphiques d'évolution des taux et des volumes sur chacun des 4 indicateurs présentés dans cette partie

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS ANTI ASTHMATIQUES

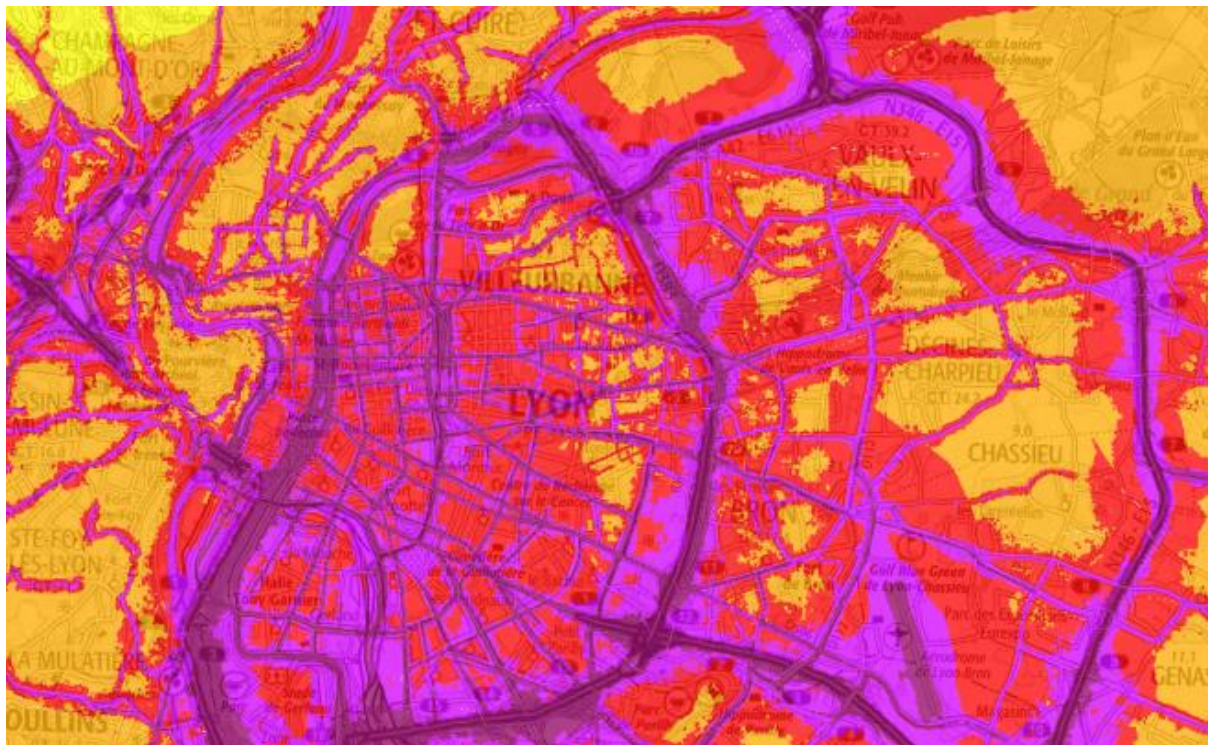


Carte 16 : Variation en volume de la prescription de médicaments antiasthmatiques entre 2012 et 2014

La carte montre la variation en volume de la prescription de médicaments antiasthmatiques :

- En fond de carte, en 5 quantiles,
- Et en rond pour bien repérer les zones de forte hausse ou baisse

La pollution et son augmentation récente sur Lyon est invoquée. Le lien avec la Plateforme ORHANE - Observatoire Régional Harmonisé Auvergne-Rhône-Alpes des Nuisances Environnementales <http://www.orhane.fr/> est évoqué (voir le compte-rendu : http://vlko.org/DOC/CR_ObsSante2017_PLENIERE_2fev2017VF.pdf de la plénière du 2 février dernier de l'Observatoire de la santé des Lyonnais).



**Cartographie annuelle de
l'indicateur moyen air-bruit**



Carte 17 : Cartographie annuelle de l'indicateur moyen air-bruit



Légende du fond de carte	
n°93 - 2014 - % Ben Med asthme X 0-14ans - CPAM	
Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2014	
[2.36 ; 5.64]	
] 5.64 ; 7]	
] 7 ; 7.81]	
] 7.81 ; 9.05]	
] 9.05 ; 13.43]	

Carte 18 : Taux de prescription de médicaments antiasthmatiques chez les 0-14 ans en 2014

Source : CPAM-Traitement ARS 2014 – au moins 3 ordonnances dans l'année

La question des pratiques des médecins généralistes et pneumologues dans la prescription de ces médicaments est posée : sont-ils prescrits uniquement suite à un diagnostic d'asthme, ou d'autres affections sont-elles concernées ?

Piste :

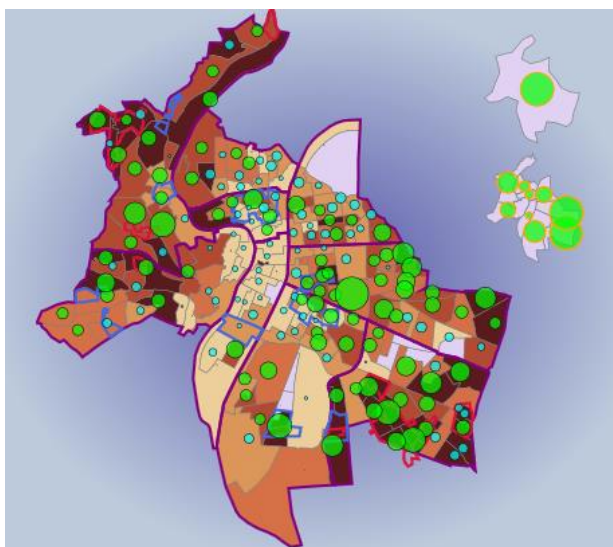
Un échange avec des médecins serait à réaliser ainsi qu'un croisement avec les données Ville de Lyon des PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en crèches et écoles.

Cartes complémentaires demandées par les groupes de travail :

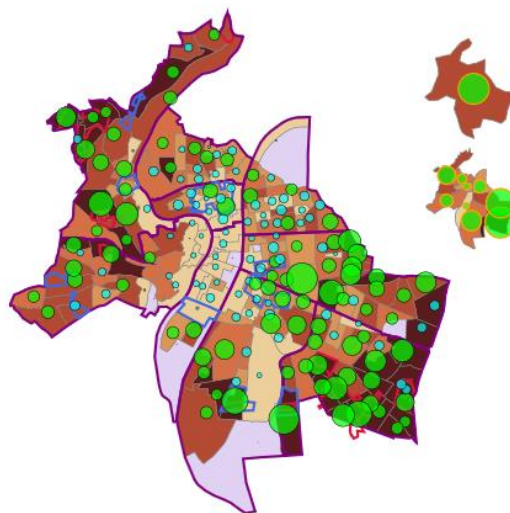
Prescription de médicaments contre le diabète

(au moins 3 ordonnances dans l'année)

Situation en 2012



Situation en 2014



Légende des graphiques ponctuels

n°148 - 2012 - Ben Med asthme - CPAM Trait ARS -
Source : CPAM - ARS 2012

[0 ; 69]
[69 ; 222]

Légende du fond de carte

n°144 - 2012 - % Ben med anti asthmiques - CPAM
Trait ARS - Source : CPAM - ARS 2012

[0.34 ; 2.67]
[2.67 ; 3.19]
[3.19 ; 3.73]
[3.73 ; 4.21]
[4.21 ; 5.48]

Légende des graphiques ponctuels

n°86 - 2014 - Ben Med asthme - CPAM Trait ARS -
Source : CPAM - ARS 2014

[0 ; 114]
[114 ; 329]

Légende du fond de carte

n°87 - 2014 - % Ben Med asthme - CPAM Trait ARS -
Source : CPAM - ARS 2014

[3.05 ; 4.47]
[4.47 ; 5.1]
[5.1 ; 5.74]
[5.74 ; 6.71]
[6.71 ; 11]

Cartes 19 : Taux et volumes de la prescription de médicaments anti asthmatiques en 2012 et 2014

➔ NB : seront ajoutés en ligne en 2018 les graphiques d'évolution des taux et des volumes sur chacun des 4 indicateurs présentés dans cette partie

Les nombreux échanges sur les causes de pollution intérieure et extérieure indiquent qu'elles sont multiples : d'une part le confinement intérieur (pas d'aération), ventilation bouchées, tabac, poils de chat, chauffage défectueux, cuisson non ventilée, etc., et d'autre part : ambroisie, pollen, trafic routier, etc.

Perspectives de travail pour l'Observatoire de la santé

Perspectives de travail pour l'Observatoire de la santé des Lyonnais en 2018/2019

En préambule et comme indiqué lors des différentes réunions de l'Observatoire en 2017, nous passons à un rythme plus léger pour les groupes de travail, soit :

- Des groupes de travail organisés tous les 18 mois
- Des travaux « à distance » sur des focales précises, en intersession des groupes de travail

Les champs de travail souhaités par les différents groupes sont :

- La psychiatrie :
 - dont les soins sans consentement, qui augmentent d'après les participants,
 - dont la pédopsychiatrie (moins de 18 ans révolus), avec une comparaison par rapport aux données antérieures
 - En santé environnementale :
 - Points noirs Air-Bruit (ORHANE) et consultation en psychiatrie
 - Point noir Air-Bruit (ORHANE) et prescription de psychotropes
- La densité médicale
- Les Affections Longue Durée/spécialités
- L'actualisation de l'analyse de Lyon comparée à d'autres villes de même taille (Observatoire 2012), en particulier sur la question de la mortalité et de ses composantes (dont la sous-estimation des suicides).
- Les inégalités d'accès aux soins ambulatoires
- L'isolement et son impact (dont sur la médecine ambulatoire)
- La télémedecine, et plusieurs exemples d'innovations : le Centre d'Examen de Santé (CES) pour la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA), les questions de sommeil avec l'Hôpital Femmes Mères Enfants, le CES informe sur le dispositif Prado (cf. page suivante) pour l'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation, etc.
- La poursuite du suivi des indicateurs récurrents de l'Observatoire, et de la prévention du cancer du sein : DOCS, dépistages individuels et indicateur relatif aux frottis

Nous rappelons que les travaux de l'Observatoire ont vocation à cibler les territoires, populations, actions en faveur de la réduction des inégalités territoriales de santé à Lyon. Tous les sujets cités ne seront donc pas nécessairement traités, et le seront dans cette optique de prévention et de réduction des inégalités.

Ainsi, nous pourrions être amenés à vous proposer d'autres sujets sur lesquels nous aurons pu récolter des données d'objectivation (exemple la question de l'obésité des enfants), mais également à donner place à vos contributions.

Pour mémoire, le dispositif PRADO :

http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-tarn/nos-services/prado-le-retour-a-domicile-apres-hospitalisation/prado-maternite_tarn.php

PRADO : le programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation



Dossier mis à jour le 19 décembre 2016

C'est parce qu'il n'est pas toujours facile de se retrouver chez soi après une hospitalisation que l'Assurance Maladie a mis en place des programmes d'accompagnement de retour à domicile pour les patients hospitalisés.

Au sommaire du dossier

- PRADO maternité
- PRADO orthopédie
- PRADO Fragilité osseuse

Annexes

PRESENTATION DE LA PLATEFORME RESSOURCES CARTES ET DONNEES COMMENTEES www.vlko.org

VLKO.ORG/INDEXSANTE.HTML

71

Accéder aux productions de
l'Observatoire de la santé des
Lyonnais :
vlko.org/indexSante.html

Mise à disposition des publications
annuelles de l'Observatoire :

- Rapport annuel
- Fiches ASV
- Tout autre outil produit lors des travaux de l'Observatoire

Les modules cartographiques interactifs :

- Les scénarios : cliquez sur les liens indiqués dans le rapport, ou sur le site puis affichez les différentes cartes (NB : si les cartes ne s'affichent pas, utilisez les navigateurs Firefox ou Chrome)
- Les modules cartographiques interactifs, à consulter ou télécharger pour un usage autonome

Cartes, Données et Scénarios partagés

Santé

Observatoire de la santé des Lyonnais

Le VLKO est un observatoire de la santé des Lyonnais. Il a pour mission de produire et de diffuser des données et des analyses sur la santé des Lyonnais. Il est financé par la Région Rhône-Alpes, la Métropole de Lyon et les Départements de la Loire, du Rhône et de l'Isère.

Premiers travaux 2015

Le VLKO a publié son premier rapport annuel en 2015. Ce rapport présente les résultats de l'observatoire pour l'année 2014. Il est disponible en téléchargement sur le site du VLKO.

Publication 2013

L'Observatoire de la santé des Lyonnais a publié son premier rapport annuel en 2013. Ce rapport présente les résultats de l'observatoire pour l'année 2012. Il est disponible en téléchargement sur le site du VLKO.

Carte Santé

Actualisé le 10 octobre 2013

Le VLKO a développé une carte interactive de la santé des Lyonnais. Cette carte permet de visualiser les données de l'observatoire par quartier de Lyon. Elle est accessible en ligne sur le site du VLKO.

**Sur vlko.org, la page « A
propos des données »
vous permet de consulter
ou télécharger tous les
modules cartographiques
interactifs, pour votre
propre usage**

www.vlko.org/indexlexiqueetcomment.html#art_4

Liste des modules PageCarto disponibles dans l'espace de partage

Pour repérer le module qui peut vous intéresser, rendez vous sur l'espace de partage.

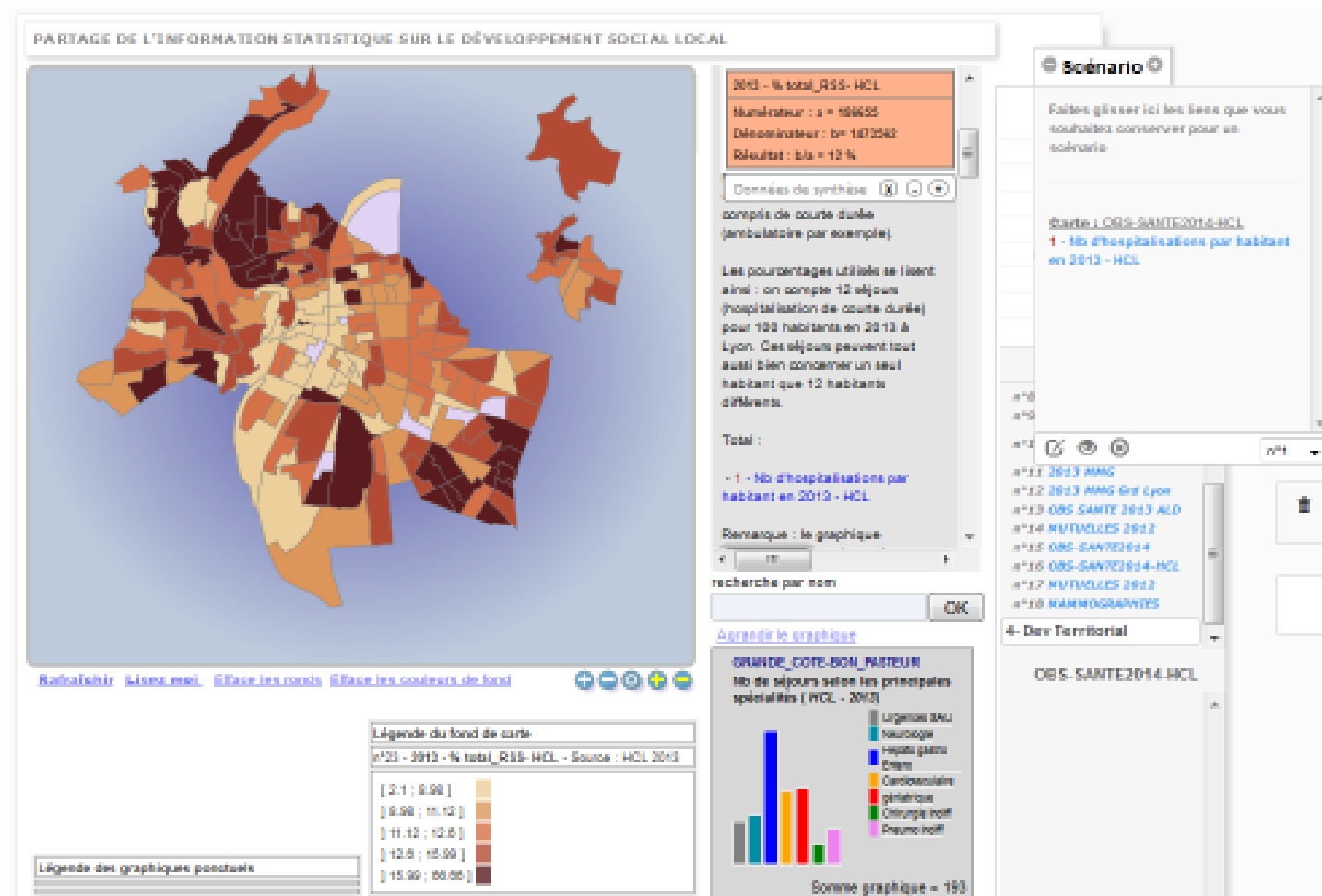
Attention : lorsque vous téléchargerez les modules thématiques, prenez garde au fait qu'ils ont tous le même nom (PageCartoDossier.zip). Par conséquent, il vous faut créer un répertoire portant le nom du module téléchargé et placer le fichier zip dedans, puis dézipper dans ce répertoire.

Pour démarrer un module PageCarto sur votre ordinateur : après l'avoir dézippé comme indiqué ci-dessus, ouvrez le répertoire "PageCartoDossier". Choisissez le fichier "version-pour-fouiller.html" ou le fichier "Normal.html" et ouvrez le avec **Firefox**. Si vous n'avez pas Firefox sur votre ordinateur, installez le en prenant bien la version officielle ou bien téléchargez [Firefox Portable 28.0 French pdf.exe](#) (ici la version 28 en Français- vous n'êtes pas obligé d'exécuter les mises à jour)

9	OBS SANTE 2013	Voir	télécharger
10	OBS SANTE 2013 SANTE MENTALE	Voir	télécharger
11	2013 MMQ	Voir	télécharger
12	2013 MMQ Grd Lyon	Voir	télécharger
13	OBS SANTE 2013 ALD	Voir	télécharger
14	MUTUELLES_2012	Voir	télécharger
15	OBS-SANTE2014	Voir	télécharger
16	OBS-SANTE2014-HCL	Voir	télécharger
17	MUTUELLES_2012	Voir	télécharger
18	MAMMOGRAPHIES	Voir	télécharger
19	ActiResid 2010	Voir	télécharger
20	Familles et Ménages RP2010	Voir	télécharger
21	Population 2010	Voir	télécharger
22	Logement RP2010	Voir	télécharger
23	Étudiants 2010	Voir	télécharger
24	CNAM 2012	Voir	télécharger

L'espace de partage vous permet de de créer vos propres scénarios, pour échanger avec votre réseau, alimenter une réflexion, un groupe de travail, le montage d'un projet, ...

www.vlko.org/index/exiqueetcomment.html#art_4



LES OUTILS : GAÏAMUNDI, PAGECARTO ET LA ROSE DES VENTS, QUI ENSEMBLE FORMENT LA SUITECAIRO

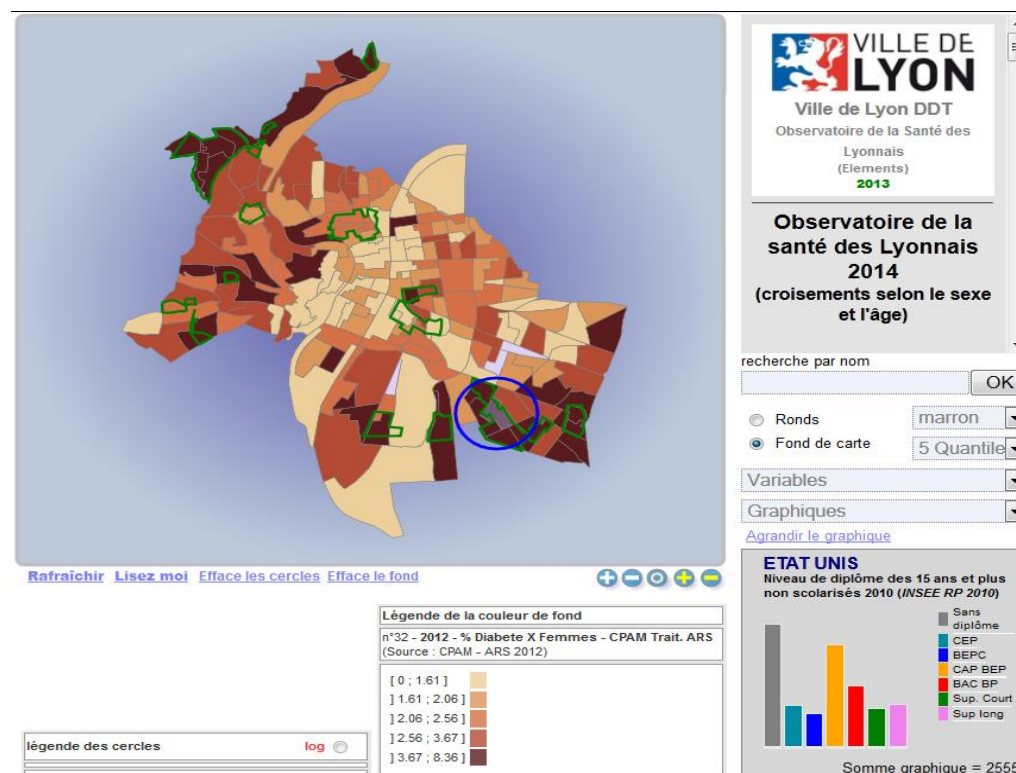
Pourquoi avoir recours aux outils de la SuiteCairo ?

Cet outil permet de faciliter les échanges entre l'expertise du vécu, l'expertise de la donnée et l'expertise de la décision :

- en utilisant une démarche de coproduction depuis le recensement des indicateurs et des acteurs pertinents jusqu'à la définition d'une géographie prioritaire.
- En s'appuyant sur un outil de cartographie interactive de données (Gaïamundi GNU/GPL) pour :
 - o l'exploration de données territorialisées.
 - o l'animation de rencontres.
 - o un travail en réseau.

En pratique, cet outil permet de :

- substituer des raisonnements graphiques aux démarches statistiques basiques.
- faciliter les échanges par l'absence de seuils préfixés.
- relier vécu et supports d'objectivation.
- modifier les représentations de façon instantanées et simples.



A partir du cœur de l'Application, Gaïamundi, présentée ci-après, l'outil permet la production de modules cartographiques légers, que l'on peut copier/coller aisément, ou encore envoyer par mail, **les PageCarto**.

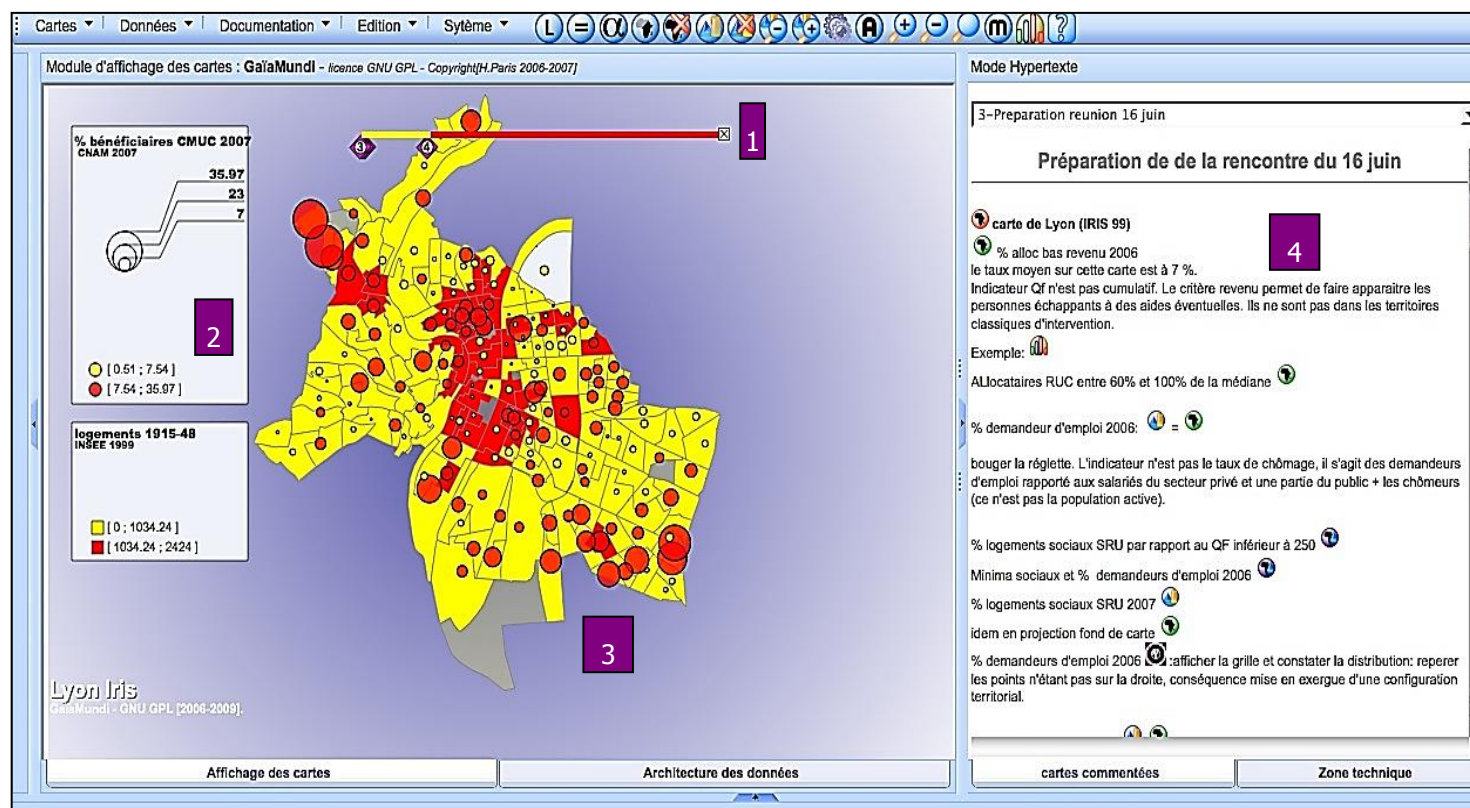
L'essentiel de la production actuelle de l'Observatoire est faite sous ce format, qui permet également la réalisation et le partage de scénario.

L'interface Gaïamundi :

Cette interface constitue le cœur de nos outils. **Nous pouvons y recourir pour nos groupes de travail.**

Interface Gaïamundi (GNU/GPL) : principales fonctions (non exhaustives)

1. Barre de modification des seuils : effets instantanés sur les colorisations et les légendes (études de déploiement territorial d'un phénomène, exploration des choix de seuils, objectivation des perceptions vécues du territoire)
2. Actualisation des légendes instantanées
3. Affichage des données interactif sous forme de valeurs, icones et colorisation de fonds de carte. Affichage jusqu'à trois données, possibilités de flux.
4. Zone de prise de note : mémorisation des cartes, écritures et mise en page. Fonction de préparation de support d'animation, de compte-rendu de réunions ou de travaux en réseau à distance.



SCHEMA DE SYNTHESE OUTILS ET DISPOSITIF D'OBSERVATION



GRAPHIQUES ET FICHES ASV

Cette partie est disponible en ligne sur <http://vlko.org/indexSante.html>

LISTE DES PARTICIPANTS

LISTE DES PRESENTS AUX TRAVAUX DE L'OBSERVATOIRE 2017		
NOM - PRENOM	FONCTION	STRUCTURE
ANDRE Marie-Pierre	Chargée de Mission Observatoire de la Sécurité	Direction Sécurité et Prévention
ARTHAUD Maryse	Coordinatrice santé Mission Santé	DDT/Ville de Lyon
BARAZA Lucien	Président	URPS Infirmiers
BARNOUX Madiana	Chargée de projet	ADES DU RHONE
BARTHET-DERRIEN Marie-Sophie Dr	Chef de service	Délégation Développement solidaire et Habitat/Direction Santé et Développement socialMétropole de Lyon
BORIE Nicole	Directrice adjointe	CPCT
BOUCHARDON Chantal	Chargée de mission	Direction de l'Education, Ville de Lyon
BUCHER Elodie	Médecin	Département d'Information Médicale (DIM) Hôpital St Jean de Dieu
BUFFET Myriam	Cheffe Mission Santé	DDT/Ville de Lyon
CHAUDRON Catherine	Référente Santé	Mission Locale de Lyon
COLAS Laurent	Chargé de mission	CPAM
COULANDAYE Nancy	Infirmière	Réseau SPIRO
DARDET Cécile	Responsable du service	Médiathèque du Bachut
DECOURSELLE Laurent	Délégué du Préfet	Préfecture du Rhône

LISTE DES PRESENTS AUX TRAVAUX DE L'OBSERVATOIRE 2017		
DESJEUX Laurence		
DIEBOLD Fabienne	Coordinatrice sociale et chef de service	ADOMA et INTERMED
FRANCON Gérard	Président	CQ Croix Rousse Ouest
FUSARI Jean-Pierre Dr	Conseiller ordinal	Conseil de l'Ordre départemental des Médecins
GARDENAT-LEBOIDRE Sophie Dr	Conseillère technique médicale	Direction de l'Education/Ville de Lyon
GELAS Anny	Chargée de mission	Service études, statistiques, observation Direction stratégie et projets ARS
HARTMAN Véronique	Conseillère technique sociale	Direction Education/Ville de Lyon
HECHINGER Morgane	Statisticienne	CH DIM du CH de vinatier
HERAUDET Luc	Responsable informatique	ADEMAS 69
HUMBERT Françoise	Représentante	CQ Perrache Confluence
KAUFFMANN Jean-Paul	Représentant de Mr ROZAIRE	URPS pharmaciens
LABORDE GARCIA Sarah	Responsable prévention santé étudiante	SMERRA
LABRY Carène	Coordinatrice santé	Mission Santé DDT / Ville de Lyon
LACERRE Florian Dr	Directeur adjoint	DIM St Cyr au Mont d'Or
LACROIX Isabelle	Représentante	CQ 4 ^{ème} Ouest
LANGER Laurence	chef de service	Mission Observation /Evaluation Ville de Lyon
LAPICA Florence Dr	Conseillère	URPS Médecins
LEGER Dr		Réseau SPIRO
MARCHAND Dominique	Représentant	CQ Saône
MICHALET Georges Dr	A la place de Mr ROCHE F.	Association des professionnels des Maisons Médicales de garde Libérales Lyonnaises
MICHEL Camille	chargée de mission	Mission Observation /Evaluation Ville de Lyon

LISTE DES PRESENTS AUX TRAVAUX DE L'OBSERVATOIRE 2017		
NANDAGOBALOU Thérèse	Représentante	Médecins du Monde
ODIN Marie-Claude	Cadre infirmière	CQ 5 ^{ème} funiculaire
OLNY Xavier	Chef de l'Unité environnement et santé	DTER Centre Est
PABINGUI Albertine	Membre du CA	Association Datiséni
PAMIES Sophie Dr	Directrice	Direction Ecologie Urbaine, Ville de Lyon
PARISSE Jordan	Doctorant	Laboratoire Triangle
PHILIPPOT Marine	Chargée d'Etude environnement Santé	DTER Centre Est
POTTIEZ Mélanie	Infirmière	ALYNEA I9
PRADIER Florence	Ingénieur Santé Environnement	Direction Ecologie Urbaine, Ville de Lyon
REGNIER Françoise Dr	Directeur Médical	Direction Enfance, Ville de Lyon
RIVAL Fabien		CQ Sans Souci Dauphiné
ROCHE François Dr	Trésorier	Association des Professionnels des Maisons Médicales de Garde Libérales Lyonnaises
ROLLING Marie-Dominique	Représentante	CQ Saint-Rambert
RONDEL Christine	Référente Santé/Adulte-relais	DRDJSCS
SABOURET Michel	Vice-Président	Association Réseau Santé, et CISSRA qui devient Union régionale des Associations agréées en santé
SCHLATTER Virginie	Chargée de mission	Métropole de Lyon
SCHMITT Marielle	Responsable du Pôle santé publique	ARS Auvergne Rhône Alpes
SIMAND Jean-Claude	Représentante	CQ Bellecour Cordeliers
SOLER MICHEL Patricia Dr	Directrice	ADEMAS
VERGNAUD Thierry		Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux Rhône-Alpes

LISTE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein entre 2004 et 2014.....</i>	<i>34</i>
<i>Figure 2 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein entre 2004 et 2014 (Echelle 0).....</i>	<i>35</i>
<i>Figure 3 : Femmes invitées au dépistage organisé du cancer du sein entre 2004 et 2014</i>	<i>38</i>
<i>Figure 4 : Femmes ayant participé au dépistage organisé du cancer du sein entre 2004 et 2014.....</i>	<i>38</i>
<i>Figure 5 : Comparaison du nombre de femmes invitées et du nombre de femmes dépistées de 2004 à 2014.....</i>	<i>39</i>
<i>Carte 1 : Dépistage organisé du cancer du sein sur la Métropole de Lyon (2013-2014)..</i>	<i>33</i>
<i>Carte 2 : Localisation des radiologues dans la commune de Lyon.....</i>	<i>43</i>
<i>Carte 3 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2014</i>	<i>44</i>
<i>Carte 4 : Taux moyen de participation au dépistage organisé du cancer du sein entre 2012 et 2014</i>	<i>45</i>
<i>Cartes 5 : Evolution de la participation au dépistage organisé du cancer du sein à la Duchère</i>	<i>46</i>
<i>Carte 6 : Densité médicale : localisation des zones fragiles à Lyon.....</i>	<i>49</i>
<i>Carte 7 : Densité médicale : localisation des zones de vigilance à Lyon</i>	<i>50</i>
<i>Carte 8 : Démographie des Médecins Généralistes à Lyon.....</i>	<i>51</i>
<i>Carte 9 : Variation du nombre de bénéficiaires de la CMU-C entre 2012 et 2014.....</i>	<i>53</i>
<i>Cartes 10 : Taux et volumes de bénéficiaires de la CMU-C en 2012 et 2014.....</i>	<i>55</i>
<i>Carte 11 : Variation en volume des bénéficiaires d'une ALD entre 2012 et 2014</i>	<i>57</i>
<i>Carte 12 : Coprésence de la variation en nombre des bénéficiaires de la CMU-C et des ALD entre 2012 et 2014.....</i>	<i>58</i>
<i>Cartes 13 : Taux et volumes de bénéficiaires d'une ALD en 2012 et 2014</i>	<i>59</i>
<i>Carte 14 : Variation en volume de la prescription de médicaments contre le diabète entre 2012 et 2014</i>	<i>60</i>
<i>Cartes 15 : Taux et volumes de la prescription de médicaments contre le diabète en 2012 et 2014</i>	<i>62</i>
<i>Carte 16 : Variation en volume de la prescription de médicaments antiasthmatiques entre 2012 et 2014</i>	<i>63</i>
<i>Carte 17 : Cartographie annuelle de l'indicateur moyen air-bruit</i>	<i>64</i>
<i>Carte 18 : Taux de prescription de médicaments antiasthmatiques chez les 0-14 ans en 2014.....</i>	<i>65</i>
<i>Cartes 19 : Taux et volumes de la prescription de médicaments anti asthmatiques en 2012 et 2014</i>	<i>66</i>

GLOSSAIRE DETAILLE DES INDICATEURS DE SANTE

ALD (AFFECTION LONGUE DUREE)

- Maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé, ouvrant droit à une prise en charge à 100% des frais par l'Assurance Maladie.

- Le **taux de bénéficiaires ALD** permet d'estimer la morbidité (nombre d'individus atteints par une maladie dans une population donnée et pendant une période déterminée). Il s'agit d'un indicateur de pathologies au sein d'une population. Il participe également de l'appréciation de la précarité (coprésence avec d'autres indicateurs de précarité).

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de personnes détentrices d'une ALD}}{\text{Nombre de personnes bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale}}$$

ASTHME

- L'**asthme** est une maladie chronique se caractérisant par une inflammation des bronches. Il peut se manifester par une gêne respiratoire, des sifflements, une toux sèche...

- Ici, la donnée Asthme est traitée sous l'angle des patients sous traitement antiasthmatiques (au moins 3 ordonnances annuelles)

- Le **taux de prescription de médicaments contre l'asthme** permet d'avoir un renseignement concernant les territoires qui concentrent le plus de personnes asthmatiques, mais reste encore difficilement déchiffrable.

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de patients sous traitement antiasthmatique}}{\text{Nombre de personnes bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale}}$$

CAPITAL CULTUREL (NIVEAU DE DIPLOME)

- La mesure du capital culturel est une approche sociologique qui désigne l'ensemble de ressources culturelles dont dispose un individu.

- L'analyse du niveau de diplôme à un niveau fin (du Diplôme National du Brevet jusqu'aux diplômes universitaires de bac+5) permet d'estimer la capacité à mobiliser des connaissances, à activer des réseaux, à s'insérer sur le marché de l'emploi ou encore la capacité de résilience d'un individu après un accident (perte d'emploi, problème de santé...).

- Le taux de personnes non scolarisées, sans aucun diplôme **est un double indicateur : de précarité socio-économique, mais également de tension sociale et de la capacité à s'appropriier les ressources et outils disponibles sur le territoire.**

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de personnes de plus de 15 ans, non scolarisées, sans diplôme (autre que brevet des collèges)}}{\text{Nombre de personnes de plus de 15 ans, non scolarisées}}$$

82

CONSOMMATION DE SOINS

- Le terme de consommation de soins renvoie à la mesure du recours d'une population aux professionnels ou aux établissements de santé. Il se mesure par le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins une consultation chez un médecin.

- Le taux de consommation de soins des étudiants permet donc d'évaluer le recours aux médecins, informe sur la couverture médicale, et sur la perception de l'état de santé et du système de santé par la population étudiante.

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre d'étudiants affiliés au Régime Etudiant bénéficiaires d'au moins un soin chez un médecin}}{\text{Nombre d'étudiants affiliés au Régime Etudiant}}$$

CMU-C

- La **CMU-C** est une complémentaire santé gratuite permettant le remboursement à 100% des dépenses de santé, accessible sous conditions de ressources (pour 2014, le seuil est fixé à 8 644,52€ par an soit 720,38€ par mois pour une personne seule).

- Le **taux de bénéficiaires CMU-C** est un indicateur de précarité économique. Une personne seule est éligible à la CMU-C si elle touche moins de 720 euros par mois (2015). Le seuil de pauvreté (à 50% du revenu médian national, cf. Rapport 2013) est de 803 euros mensuels (personne seule, 2015). La CMU-C caractérise donc une situation de précarité monétaire forte. Compte tenu de ce plafond de ressources d'une part et du phénomène de non-recours d'autre part, le taux de bénéficiaires de la CMU-C fournit une photographie « a minima » de la situation : la population éligible à la CMU-C est supérieure à la population des bénéficiaires de la CMU-C.

- Non-recours « En 2014, le Fonds [CMU] estime globalement que le phénomène [de non recours] se situe, en fonction des départements, entre 21 et 34% s'agissant de la CMU C et entre 57% et 70% pour l'ACS (Références CMU, 2014).

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de personnes bénéficiaires de la CMU-C}}{\text{Nombre de personnes bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale}}$$

Remarque : la source mobilisée par l'Observatoire (CPAM du Rhône – traitement ARS) décompte l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C. Les données publiées par l'Insee au national diffèrent : en effet, l'Insee applique des méthodes statistiques de redressement et des principes garantissant la comparabilité des chiffres d'un territoire à un autre. En particulier, les personnes dites « hors ménages » (par exemple du fait d'une domiciliation RSA pour des personnes sans domicile), ne sont pas décomptées dans les bases Insee, à la maille Iris. Dans le cadre de l'Observatoire, la logique de prévention santé implique de tenir compte de toute la population d'un territoire donné, y compris les personnes domiciliées, dans l'exemple ci-avant. Ces deux approches relèvent de cadres de travail et d'objectifs différents mais complémentaires.

DIABETE

- Le **diabète** est une maladie dans laquelle le sucre (glucose) apporté par les aliments reste dans le sang au lieu de pénétrer dans les cellules pour y être transformé en énergie ou stocké. Ceci entraîne un excès de sucre dans le sang (hyperglycémie) qui peut, à long terme, entraîner des complications au niveau du cœur et des vaisseaux, des yeux, des reins, des nerfs.

- Ici, la donnée diabète est principalement traitée sous l'angle des patients sous traitement ADO (au moins 3 médicaments).

- Le **taux de de prescription (au moins 3 ordonnances de médicaments antidiabétiques)** permet d'apprécier la prévalence du diabète au sein d'une population. Il s'agit d'une maladie fortement corrélée à la situation socio-économique.

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de patients sous traitement antidiabétique (au moins 3)}}{\text{Nombre de personnes bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale}}$$

DIABETE (INSULINE)

- L'**insuline** est une hormone fabriquée par le pancréas. Elle est présente en permanence dans le sang. Son rôle est de maintenir le taux de glucose autour de 1g/l.

- Ici, la donnée insuline est traitée sous l'angle des patients sous traitement insuline (au moins 3 ordonnances).

- Le **taux de bénéficiaires ayant consommé de l'insuline** permet d'apprécier la prévalence de certains types de diabète ainsi que sa gravité au sein d'une population.

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de patients sous traitement insulinique (au moins 3)}}{\text{Nombre de personnes bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale}}$$

INDEMNITE JOURNALIERE POUR ACCIDENT DE TRAVAIL (IJ AT)

- L'**indemnité journalière pour accident de travail** permet, en cas d'arrêt de travail pour accident de travail, de bénéficier d'indemnités journalières de la part de la caisse primaire d'assurance maladie, destinées à compenser partiellement la perte de salaire.

- Le **taux d'assurés sociaux ayant eu une indemnité journalière pour accident du travail** : cet indicateur renseigne sur l'accidentologie au travail (territoire avec une majorité de corps de métiers à risque) mais également sur le recours ou le non-recours aux droits sociaux. On observe généralement une coprésence de taux élevés avec des indicateurs de précarité économique (quartiers CUCS et d'emplois ouvriers) mais également avec de forts taux de populations âgées ou de personnes se rendant au travail en véhicule (deux-roues, voitures, camions).

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre d'assurés sociaux ayant bénéficié d'une indemnité journalière pour accident du travail}}{\text{Nombre d'assurés sociaux du Régime Général de la Sécurité Sociale}}$$

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

- L'**Interruption Volontaire de Grossesse** désigne un avortement provoqué par voie médicamenteuse ou chirurgicale, pratiqué pour raison non-médicale, et toujours dans un cadre légal. Le droit à l'avortement étant reconnu en France (Loi Veil de 1975), toute femme est libre de la décision de mener à terme ou non sa grossesse dans le respect du délai légal fixé par la loi.

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse (aux Hospices Civils de Lyon)}}{\text{Nombre de femmes âgées de 15 à 44 ans}}$$

MEDECIN GENERALISTE

- **Nombre de consultations chez un médecin généraliste** : cet indicateur permet d'évaluer le recours à la médecine généraliste, informe sur la couverture médicale d'un territoire, et sur la perception de l'état de santé et du système de santé par la population.

- **Le taux de consultations de médecins généralistes** permet d'estimer le recours à la médecine généraliste et informe sur la territorialisation de cet indicateur à l'échelle de Lyon.

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de bénéficiaires du Régime Général ayant consulté au moins une fois un médecin généraliste}}{\text{Nombre de personnes bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale}}$$

MEDECIN SPECIALISTE

- La donnée « **médecins spécialistes** » correspond aux spécialités dont les recours sont les plus fréquents. Il s'agit du gynécologue (obstétricien ou médical), ophtalmologue et cardiologue.

- **Nombre de consultations chez un médecin spécialiste** : cet indicateur permet d'évaluer le recours aux spécialistes, informe sur la couverture médicale d'un territoire et sur la perception de l'état de santé et du système de santé par la population

- **Le taux de consultations de médecins spécialistes** permet d'estimer le recours aux médecins spécialistes et informe sur la territorialisation de cet indicateur à l'échelle de Lyon.

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de bénéficiaires du Régime Général ayant consulté au moins une fois un médecin spécialiste}}{\text{Nombre de personnes bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale}}$$

86

MEDECIN TRAITANT

- **Médecin traitant** : Toutes les personnes de 16 ans et plus, assurées ou ayants droit, doivent choisir et déclarer un médecin traitant afin de bénéficier du suivi et de la coordination de leurs soins au meilleur taux de remboursement. Le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins.

- **Le taux de déclaration d'un médecin traitant** permet d'estimer le recours potentiel de la population à la médecine et informe sur la territorialisation de cet indicateur à l'échelle de Lyon

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de bénéficiaires du Régime Général ayant déclaré un médecin traitant}}{\text{Nombre de personnes de plus de 16 ans bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale}}$$

MONOPARENTALITE

- **Monoparentalité** : Toute personne déclarant vivre seule, au moment du recensement, avec un ou plusieurs enfants mineurs (et/ou sans enfants à charge) constitue une famille monoparentale au sens de l'Insee (définition statistique).

- Le critère de monoparentalité de la CAF est basé sur le statut de l'allocataire : s'il déclare vivre seul avec des enfants à charge (pas de pension alimentaire). Le taux de monoparentalité de la CAF utilise le nombre d'allocataires comme dénominateur (plutôt que le nombre de familles). De plus la déclaration de situation à la CAF sont soumises à des contrôles réguliers (définition administrative).

- **Le taux de familles monoparentales** est un indicateur de fragilité du tissu socio-économique. En plus de renseigner sur les ressources financières d'un ménage), il permet surtout d'appréhender l'isolement des femmes (dans plus de quatre cas sur cinq c'est une femme avec ses enfants à charge).

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre de familles comprenant un parent isolé et un ou plusieurs enfants à charge (INSEE RP)}}{\text{Nombre de familles parmi la population des ménages (INSEE RP)}}$$

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre d'allocataires, vivant seuls, avec un ou plusieurs enfants à charge (CAF)}}{\text{Nombre d'allocataires avec enfants (CAF)}}$$

LES HOSPITALISATIONS DE COURTES DUREES (PMSI MCO – RSS)

- Les soins de courte durée (**ou court séjour**) prodigués à l'hôpital concernent des **affections graves, pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie (en moyenne 5 à 8 jours¹⁰)**.

- Le taux d'hospitalisation en Courts Séjours **permet d'estimer le recours d'une population à une structure hospitalière. La comparaison avec d'autres établissements ou avec l'offre de soins sur un territoire renseigne sur l'état de**

¹⁰ **Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), 2015**

santé des habitants et les logiques de recours mais aussi d'accès aux soins (l'hôpital accueille des populations spécifiques du fait des conditions d'entrée ainsi que du tiers-payant qui y est pratiqué).

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre d'hospitalisations en Courts Séjours aux Hospices Civils de Lyon}}{\text{Population totale (INSEE RP)}}$$

SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES (SAU)

- Le SAU ou Service d'Accueil des Urgences **accueille 24h/24 et 7j/7 les patients se présentant d'eux-mêmes ou transportés par les moyens du SIUM (SMUR ou pompiers). Il s'occupe de trier et de prendre en charge immédiatement les patients avant de passer le relais si nécessaire aux structures médico-chirurgicales adaptées.**

- Le taux de recours aux urgences **permet d'apprécier la fréquentation du service d'urgences d'un hôpital. Il renseigne donc sur les parcours et logiques de soins propres à un territoire ou à une population.**

88

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre d'hospitalisations au Services d'Accueil des Urgences}}{\text{Population totale (INSEE RP)}}$$

LES HOSPITALISATIONS DE MOYENNES DUREES (PMSI – SSR)

- **Les patients admis en unité de soins de suite et de réadaptation (ou moyen séjour) requièrent, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, des soins continus, dans un but de réinsertion, réadaptation ou rééducation.**

- Le taux d'hospitalisations en moyen séjour **est un indicateur particulièrement utile pour apprécier l'état de santé d'une population âgée ou vieillissante. La majorité des hospitalisations en SSR concerne des patients de plus de 60 ans en convalescence ou en rééducation.**

Mode de calcul :
$$\frac{\text{Nombre d'hospitalisations en Moyens Séjours aux Hospices Civils de Lyon}}{\text{Population totale (INSEE RP)}}$$

SOURCES MOBILISEES

Ressources Internet pour la présentation ORHANE :

- L'observatoire : <http://orhane.fr/>
- <http://www.cerema.fr/>
- <http://www.atmoauvergne.asso.fr/>
- <http://www.acoucite.org/>

Liste des radiologues agréés par l'**ADEMAS (69)** www.ademas69.asso.fr

- ↳ Année de référence 2015

Base de données **ADEMAS (69)** www.ademas69.asso.fr

- ↳ Années de référence 2004-2014 : femmes invitées au dépistage organisé du cancer du sein, femmes ayant participé au dépistage organisé du cancer du sein, échelle Ville de Lyon

Base de données **CPAM** exploitation **ARS**

- ↳ Année de référence 2014 : Iris 2008
- ↳ Années de référence 2010 ; 2011 ; 2012 ; 2013
- ↳ Périmètre IRIS 2008 pour la visualisation, source à l'IRIS 2000
- ↳ Les IRIS Jean Jaurès Sud, Monplaisir Sud, et Marius Berliet Sud sont ainsi systématiquement vides pour les données CPAM (chiffres imputés sur la partie Nord de ces IRIS découpés en Nord et Sud en 2008). Ce choix déjà assumé en 2013 est de nouveau appliqué pour l'actualisation de certaines données CPAM – trait. ARS 2012.

URPS Médecins : carte des généralistes hors spécialités et en équivalent temps plein à Lyon 2015

Recensement de la population (**RP**) **INSEE**

- ↳ années de référence 2009 ; 2010 ; 2011, 2013
- ↳ périmètre IRIS 2008

Base Permanente des Equipement (**BPE**) **INSEE**

- ↳ année de référence 2014
- ↳ périmètre IRIS 2008

LISTE DES ACRONYMES

ALD :	Affection de Longue Durée
ADEMAS 69 :	Association pour le Dépistage organisé des cancers dans le Rhône
ADO :	Anti Diabétiques Oraux (médicaments)
ARS :	Agence Régionale de Santé
AT :	Accident du Travail
CMU-C :	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CUCS :	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DARES :	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DDCS :	Direction Départementale de la Cohésion Sociale (du Rhône)
DMLA :	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
DOCS :	Dépistage Organisé du Cancer du Sein
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
GNU GPL :	Licence publique générale de GNU (système d'exploitation de type Unix)
HCL :	Hospices Civils de Lyon (Centre Hospitalier Universitaire)
IJ AT :	Indemnité Journalière Accident du Travail
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRDES :	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
IRIS :	Ilots Regroupés pour l'Information Statistique
ORL :	Oto-Rhino-Laryngologie
PLS :	Plan Local de la Santé
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RG :	Régime Général
RSI :	Régime Social des Indépendants
RSS :	Résumé de sortie Standardisé (PMSI Médecine – Chirurgie – Obstétrique)
SIUM :	Service Intégré des Urgences Médicales
SMUR :	Structure Mobile d'Urgence et Réanimation
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
URPS :	Union Régionale des Professionnels de Santé
URIOPSS :	Union Régionale Interfédérale des Œuvres Privées Sanitaires et Sociales

Ville de Lyon
Direction du Développement
Territorial

Mission Santé

Mission Observation Evaluation

***Ce document est publié sous licence libre GNU
GPL.***