



ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL
ET INFRARÉGIONAL

FÉVRIER 2026

HAUTS- DE-FRANCE

STRATÉGIE DÉCENNALE
DE LUTTE CONTRE LES CANCERS
2021-2030

Pour une grande partie, les éléments quantitatifs présentés dans ce document
ont été construits à partir des outils de traitement de l'information développés au sein de l'OR2S.
Ceux-ci sont financés dans les Hauts-de-France par le Conseil régional et l'Agence régionale de santé.

ÉDITORIAL

L'INCa a lancé la démarche de révision du plan décennal Cancer 2021-2030.

Pour amplifier la lutte contre les cancers qui demeure l'un des enjeux majeurs de santé publique dans les Hauts-de-France, l'ARS mobilise l'ensemble des acteurs de la région pour faire un état des lieux et un bilan de la feuille de route cancer 2021-2025 et élaborer la stratégie pour les cinq prochaines années.

Cet état des lieux met en évidence des avancées majeures. D'une part, l'amélioration de la vaccination, des dépistages et la couverture territoriale de l'offre de soins et, d'autre part, la diminution de la mortalité, notamment précoce, plus rapidement dans la région que pour la France. Ceci même si des inégalités territoriales persistent et la mortalité dans la région reste supérieure à la moyenne nationale.

Cela souligne le fait que l'ARS Hauts-de-France s'appuie sur une mobilisation régionale solide, construite avec l'ensemble des partenaires : institutions, professionnels de santé, collectivités, structures de prévention, établissements, chercheurs, associations et citoyens.

Les travaux menés confirment l'importance d'agir simultanément sur tous les leviers : prévention, dépistages, qualité des parcours, réduction des inégalités, accès aux innovations et accompagnement global.

L'objectif est d'amplifier nos efforts, de cibler nos actions, de réduire les inégalités et de donner à chaque habitant la possibilité d'être protégé, dépisté, soigné et accompagné dans les meilleures conditions.

Ce document constitue un socle de connaissance indispensable pour orienter nos priorités et mesurer les progrès à venir. Il rappelle aussi que la lutte contre les cancers est une cause collective, nécessitant l'engagement de tous.

Ensemble, poursuivons la dynamique engagée. Ensemble, faisons reculer l'impact des cancers dans les Hauts-de-France.

HUGO GILARDI

Directeur général
Agence régionale de santé
Hauts-de-France



SOMMAIRE

03 ÉDITORIAL

05 ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

- 06 Structures régionales autour du cancer
- 07 Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030
- 08 Déclinaison régionale de la stratégie décennale
- 09 Facteurs de risque
- 10 Zones d'analyses
- 11 Données démographiques
- 12 Données sociales
- 13 Espérance de vie

14 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Vue d'ensemble des cancers

- 15 Prévalence prise en charge
- 16 Admissions en ALD
- 17 Mortalité
- 18 Localisations

Cancers à mauvais pronostic de survie

- 27 Trachée, bronches et poumon
- 28 Pancréas
- 28 Foie
- 30 Œsophage
- 31 Système nerveux central
- 32 Estomac

Cancers à pronostic de survie intermédiaire

- 33 Côlon-rectum
- 34 VADS
- 35 Utérus
- 36 Ovaire
- 37 Vessie
- 38 Myélome-Plasmocytome
- 39 Lymphome non hodgkinien

Cancers à pronostic de survie favorable

- 40 Sein chez les femmes
- 41 Prostate
- 42 Peau (dont mélanome)
- 43 Rein

44 Cancers de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte

- 45 Cancers chez les moins de 65 ans
- 46 Cancers chez les 75 ans et plus

47 PRÉVENTION

Ensemble des cancers

- 48 MSP avec priorité de santé cancers
- 49 CPTS avec thème cancers

Cancer du sein

- 50 Radiologue agréé pour le dépistage organisé
- 51 Dépistage

Cancer du col de l'utérus

- 52 Vaccination HPV
- 53 Dépistage

Cancer du côlon-rectum

- 54 Dépistage

55 OFFRE, PRODUCTION ET CONSOMMATION DE SOINS ET DE SERVICES

Professionnels de santé

- 56 Médecin généraliste
- 57 Gynécologue
- 58 Sage-femme
- 59 Infirmier
- 60 Masseur-kinésithérapeute
- 61 Pharmacien
- 62 Oncologue
- 63 Radiothérapeute
- 64 Dermatologue et vénéréologue
- 65 Pneumologue
- 66 Spécialiste en chirurgie ORL
- 67 Gastro-entérologue

68 Établissements autorisés à traiter les cancers

70 Espace ressource cancers

Séjours en cancérologie

- 71 Production de soins
- 72 Consommation de soins

Hospitalisation à domicile

- 73 Production de soins
- 74 Consommation de soins

76 EN RÉSUMÉ



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

STRUCTURES RÉGIONALES AUTOUR DU CANCER
STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS 2021-2030
DÉCLINAISON RÉGIONALE DE LA STRATÉGIE DÉCENNALE
FACTEURS DE RISQUE
ZONES D'ANALYSES
DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES
DONNÉES SOCIALES
ESPÉRANCE DE VIE

En juillet 2002, un **plan de mobilisation nationale de lutte contre les cancers** était lancé en France à l'initiative de la Présidence de la République. Cela se traduisait le 24 mars 2003, par le premier Plan cancer sur la période 2003-2007. Deux Plans lui ont succédé sur les périodes 2009-2013 et 2014-2019, structurant progressivement la lutte contre les cancers autour d'une approche transversale intégrant la prévention, les soins, la recherche et l'accompagnement.

Le **Plan cancer 2003-2007** constitue le départ d'une politique nationale structurée de lutte contre le cancer en France ; cela passe notamment à travers la création de l'Institut national du cancer (INCa) qui s'est vu confier la mission de piloter le déploiement opérationnel de cette volonté politique en fédérant l'ensemble des acteurs de la lutte contre les cancers en France. Pour la prévention, ce plan a généralisé le dépistage du cancer du sein, expérimenté celui du cancer colorectal et lancé une politique ambitieuse de lutte antitabac. Dans le domaine des soins, il a établi des critères de qualité stricts pour autoriser les établissements à traiter les cancers. Enfin, une dynamique régionale de recherche et de coordination des soins a été impulsée avec la création des cancéropôles, des réseaux régionaux de cancérologie (RRC), devenus par la suite les dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC), et des centres de coordination en cancérologie (3C).

Le **Plan cancer 2009-2013** a marqué une étape importante vers une cancérologie plus individualisée, innovante et centrée sur le patient. Il était organisé autour de cinq axes majeurs : recherche, observation, prévention-dépistage, soins et vie pendant et après le cancer.

Le **Plan cancer 2014-2019** visait à consolider les acquis des plans précédents tout en intensifiant la lutte contre les inégalités face au cancer. De plus, ce Plan a mis en avant le fait que près d'un cancer sur deux pourrait être évité en changeant certains modes de vie. Il reprenait dans l'ensemble les axes du plan précédent.

Ces plans successifs ont ouvert la voie à la **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030**. Inscrite dans le temps long, cette stratégie se veut évolutive et se décline en deux feuilles de route précisant les actions, les indicateurs et les responsabilités. Son objectif principal est de réduire significativement le nombre de cancers et leur impact. La recherche est au cœur de cette stratégie : la moitié du budget lui est dédié, confirmant l'ambition de faire de la France un leader dans l'innovation en cancérologie.

La Stratégie décennale marque une évolution avec des **feuilles de route régionales spécifiques**. Cette déclinaison régionale renforce l'adaptation locale des priorités nationales. Les ARS pilotent cette mise en œuvre, en s'appuyant sur des diagnostics territoriaux spécifiques à chaque région.

Cancéro pôles

Créés il y a plus de vingt ans, **les cancéropôles contribuent à structurer la recherche au niveau régional ou interrégional**, en complémentarité avec d'autres acteurs. Au nombre de sept, ils sont les seuls en France à être labellisés ; ils forment ainsi un dispositif unique d'aide à la recherche couvrant l'ensemble du territoire national (hexagonal et outre-mer). La région appartient au [Cancéro pôle Nord-Ouest](#), regroupant les Hauts-de-France et la Normandie.

DSRC

Les **dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC)** sont des structures d'appui à la coordination et d'expertise des soins en cancérologie auprès des ARS, des établissements de santé et des professionnels de santé. Les DSRC jouent un rôle majeur pour accompagner les professionnels, les établissements de santé autorisés au traitement du cancer et les ARS dans une démarche de coordination, au service du parcours des patients et de l'amélioration de la qualité des pratiques et des organisations en cancérologie. L'ensemble des régions sont couvertes par un dispositif spécifique régional du cancer (DSRC) : pour les Hauts-de-France, il s'agit du DSRC [Onco Hauts-de-France](#).

3C

Les **centres de coordination en cancérologie (3C)** ont été créés lors du premier Plan cancer (2003-2007). Les 3C sont des cellules qualité en cancérologie pour les établissements autorisés en cancérologie. Ils ont pour mission de veiller à la bonne mise en place des recommandations de bonnes pratiques, **d'améliorer la coordination des professionnels en cancérologie et d'appuyer la démarche qualité dans l'organisation des parcours** des patients atteints de cancer.

CRCDC

Les **centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC)** sont les structures qui **mettent en œuvre et coordonnent les programmes de dépistage organisés des cancers** dans les régions, en accompagnant les populations concernées et mobilisant les professionnels de santé impliqués. Ils ont pour missions de participer à la sensibilisation et à l'information des populations concernées, d'organiser la formation des médecins et professionnels de santé sur les dépistages, d'assurer le suivi des dépistages, de veiller à la qualité du dispositif et de collecter les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes. Toutes les régions sont couvertes par un centre régional de coordination des dépistages des cancers ; pour les Hauts-de-France, il s'agit du [CRCDC Hauts-de-France](#).

UCOG

Les **unités de coordination en oncogériatrie (UCOG)** ont pour objectifs **d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer** et de leur **garantir un traitement adapté à leur état de santé** grâce notamment à des décisions conjointes oncologues-gériatres. Les UCOG veillent ainsi à promouvoir cette prise en charge en région afin de la rendre accessible à tous, organisent des formations et favorisent l'accès à des essais cliniques et des programmes de recherche. Il existe vingt-quatre UCOG déployées sur le territoire français complétées par quatre antennes ; la région Hauts-de-France est dotée de deux UCOG.

OIR

La prise en charge de cancers chez les enfants et les adolescents fait l'objet d'un encadrement spécifique en France avec des centres spécialisés en oncologie pédiatrique regroupés au sein de cinq **organisations interrégionales de recours (OIR)** labellisées par l'INCa. Les OIR **veillent à garantir l'équité d'accès aux soins et à optimiser la prise en charge thérapeutique, le parcours de soins et l'accompagnement global des enfants, adolescents et jeunes adultes** atteints de cancer. Ils organisent ainsi les RCP pédiatriques, proposent des formations et favorisent l'accès aux essais cliniques pédiatriques ; l'[OIR EN-HOPE](#) couvre les régions Hauts-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté.

Registres des cancers

Les **registres des cancers recensent de manière exhaustive et nominative les cas de cancers sur un territoire**. Ils constituent un dispositif indispensable à la surveillance épidémiologique des cancers.

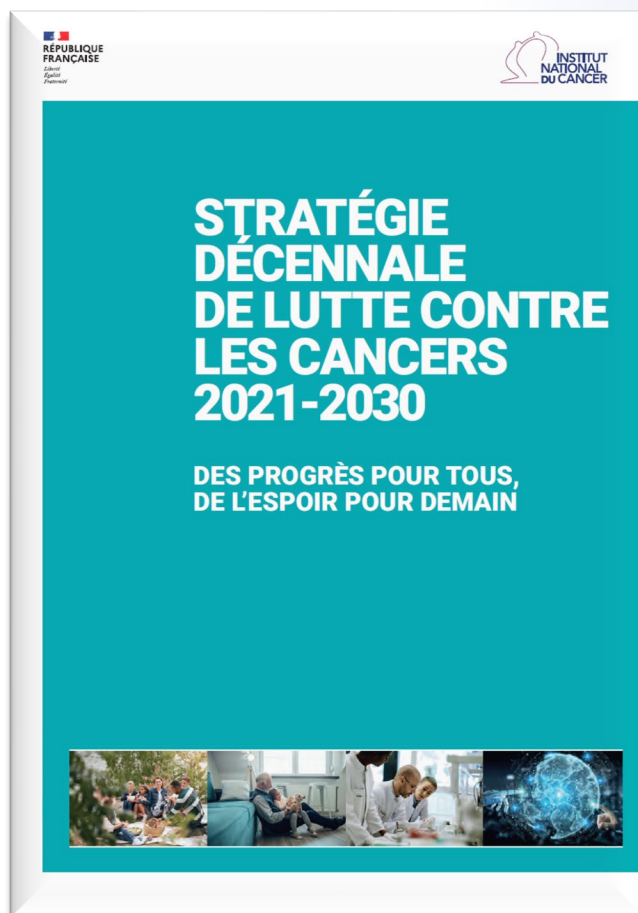
Les registres des cancers peuvent être « généraux » (recueil d'informations sur toutes les localisations de cancers) ou « spécialisés » (recueil d'informations sur des localisations particulières ou sur des populations particulières). Il existe trente-deux registres des cancers en France. Deux registres pédiatriques au niveau national complètent le dispositif.

Les registres couvrent 20 % à 24 % de la population selon les localisations cancéreuses et la totalité des cancers de l'enfant. Les Hauts-de-France comptent deux registres généraux, un sur le département de la Somme et le second au niveau de Lille et sa région.

Le [réseau Francim](#) a pour objectif de coordonner des travaux utilisant les données collectées par les registres de cancers.

Registre national des cancers

L'Institut national du cancer s'est vu conférer, par la loi du 30 juin 2025, la **mise en place d'un registre national des cancers**. Il constituera un outil essentiel pour suivre les indicateurs épidémiologiques et mener des analyses aux échelles nationale, régionale et infrarégionale. Il servira également pour améliorer la connaissance de la maladie, le suivi des trajectoires des patients et l'évaluation des actions de prévention, de dépistage, de prise en charge et de suivi après cancer.



Pour plus d'information,
cf. site internet de l'Institut national du cancer :
<https://www.cancer.fr/l-institut-national-du-cancer/la-strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-france/strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>

Élaboration de la stratégie

Les modalités d'élaboration de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 ont permis de **donner la parole** non seulement à **l'ensemble des partenaires de l'Institut national du cancer** qui se sont mobilisés sous son impulsion, mais aussi **à tous les concitoyens pour la construire collectivement**.

Dès la fin de l'année 2018 et tout au long de 2019, l'Institut a consulté toutes les parties prenantes à travers des réunions bilatérales, le recueil de contributions écrites des partenaires, des séminaires de travail avec les Agences régionales de santé (ARS), des déplacements dans les départements et les régions d'outre-mer afin de mieux prendre en compte les spécificités de ces territoires. Chacun a pu exprimer ses attentes vis-à-vis de cette stratégie décennale : les instances de l'Institut et les membres du groupement d'intérêt public, les partenaires institutionnels nationaux et les structures territoriales représentant les professionnels de santé comme les citoyens.

Pilotage de la stratégie

Le **pilotage** de la stratégie décennale de lutte contre les cancers est confié à l'**Institut national du cancer**. Les ARS ont la charge de décliner la stratégie décennale sur leur territoire.

Objectif de la stratégie

Pour permettre des **transformations en profondeur**, la stratégie décennale de lutte contre les cancers s'inscrit dans un temps volontairement long de dix ans et agit de manière coordonnée sur l'ensemble des leviers : prévention, dépistages, qualité et sécurité des soins, recherche, accompagnement des personnes malades et de leurs proches. L'objectif est de **réduire durablement l'impact du cancer sur la vie des Français**, à travers des actions concrètes et ambitieuses :

- réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables à horizon 2040 ;
- réaliser un million de dépistages en plus à horizon 2025 ;
- réduire de 2/3 à 1/3 la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic ;
- améliorer significativement le taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic à horizon 2030.

Quatre axes prioritaires

1. **Améliorer la prévention et les dépistages** : plus de 40 % des cancers sont évitables ; le tabac et l'alcool sont les deux premiers facteurs de risque.
2. **Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie** : deux personnes sur trois souffrent de séquelles 5 ans après un diagnostic de cancer.
3. **Lutter contre les cancers de mauvais pronostic** : certains cancers, dits de « mauvais pronostic », présentent encore un taux de survie nette à 5 ans inférieur à 33 %.
4. **S'assurer que les progrès bénéficient à tous**.



Pour plus d'information,
cf. site internet de l'ARS Hauts-de-France :
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/feuille-de-route-regionale-cancer-56-actions-pour-reduire-l'impact-des-cancers-dans-nos-vies-0>

Feuilles de routes

Au niveau régional, les ARS assurent le déploiement des actions de la stratégie décennale à travers **deux feuilles de route régionales sur la période 2021-2025 et 2026-2030**.

Ces feuilles de route **priorisent les actions au regard des besoins régionaux et des orientations du projet régional de santé (PRS)**.

Les feuilles de route sont toutefois évolutives afin de s'adapter aux contextes national et régional.

La feuille de route Hauts-de-France a officiellement été publiée en septembre 2022 à l'**issue d'une concertation d'une année de l'ensemble des parties prenantes**.

Le contexte épidémiologique ainsi que les facteurs de risque en région, les avancées et les manquements dans la mise en œuvre des Plans cancers précédents ainsi que les concertations régionales qui ont mobilisé l'ensemble des acteurs impliqués dans le domaine du cancer, ont permis de définir des priorités d'actions pour la déclinaison de la stratégie décennale dans les Hauts-de-France en matière de prévention, de dépistage, de prise en charge et d'accompagnement des malades et de leurs proches.

Une **seconde feuille de route 2026-2030 sera publiée au second semestre 2026**.

Elle déterminera les actions à reconduire, identifiera les axes appelant une réponse renforcée et les actions nouvelles à engager.

Quatre enjeux majeurs

Quatre enjeux majeurs structurent ces priorités et servent de fil rouge à la déclinaison de la stratégie décennale dans les Hauts-de-France :

1. **Le renforcement de la prévention des facteurs de risque de cancers ;**
2. **La lutte contre les cancers de mauvais pronostic ;**
3. **La coordination des parcours sur les territoires ;**
4. **La réduction des inégalités sociales et territoriales liées au cancer.**

La stratégie décennale de lutte contre les cancers se décline en 234 actions dont 85 actions sont susceptibles de déclinaison régionale par les ARS dans le cadre de la première feuille de route 2021-2025 ; ainsi, 58 actions prioritaires ont été identifiées pour cette première feuille de route de la région Hauts-de-France.

| 58 actions prioritaires en Hauts-de-France | | | |
|--|---|---|---|
| Axe 1 Améliorer la prévention | Axe 2 Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie | Axe 3 Lutter contre les cancers de mauvais pronostic | Axe 4 S'assurer que les progrès bénéficient à tous |
| 25 actions susceptibles de déclinaison régionale | 22 actions susceptibles de déclinaison régionale | 13 actions susceptibles de déclinaison régionale | 25 actions susceptibles de déclinaison régionale |
| ➔ 20 actions prioritaires en HDF | ➔ 19 actions prioritaires en HDF | ➔ 8 actions prioritaires en HDF | ➔ 11 actions prioritaires en HDF |

Près de la moitié des cancers pourrait être évitée en limitant l'impact des facteurs de risques externes

De nombreux facteurs de risque de cancers existent : internes (âge, hérédité) ou externes (comportements, environnement).

Ainsi, même si des cancers peuvent apparaître à tout âge, ils sont plus fréquents au fur et à mesure du vieillissement. Toutefois, certaines personnes ont plus de risques de développer un cancer que d'autres parce qu'à leur naissance, elles portent certaines mutations dans un ou plusieurs de leurs gènes. Cependant, **moins d'un cancer sur dix aurait une origine héréditaire.**

Facteur de risque externe

Les facteurs de risques dits « externes », sont liés aux comportements ou à l'environnement. Les liens entre l'environnement et l'apparition de certains cancers font l'objet de nombreuses recherches. Certains d'entre eux sont prouvés : radon, pollution atmosphérique, particules fines dont Diesel, exposition aux UV, certaines substances rencontrées en milieu professionnel... D'autres facteurs environnementaux sont toujours en cours d'investigation.

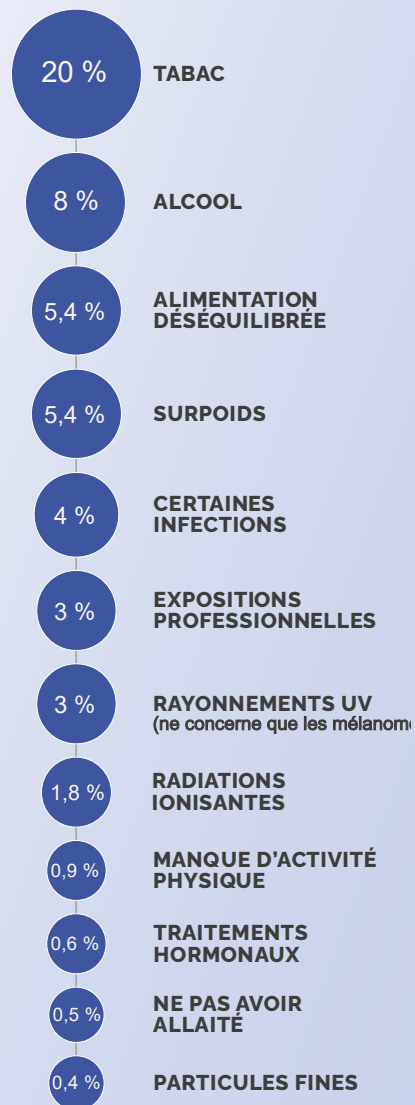
Les facteurs de risque dits externes n'ont pas tous le même impact sur le risque de développer un cancer (cf. illustration ci-contre).

Pour plus d'information,

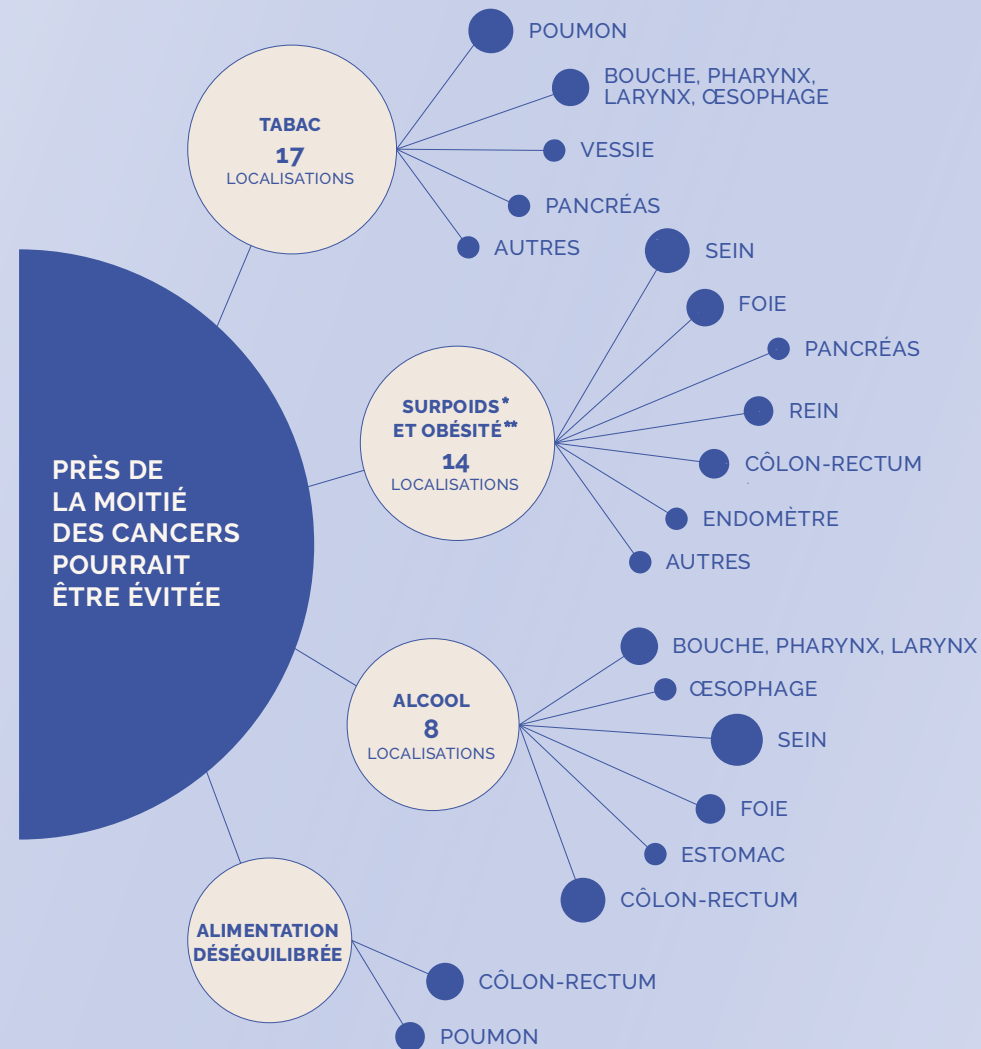
cf. site internet de l'Institut national du cancer :

<https://www.cancer.fr/toute-l-information-sur-les-cancers/prevenir-les-risques-de-cancers/comment-prevenir-au-mieux-les-risques-de-cancers>

PROPORTION DES CANCERS LIÉS AUX PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE



LES 4 PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE



* Surpoids : IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m²

** Obésité : IMC égal ou supérieur à 30 kg/m²

Source : INCa

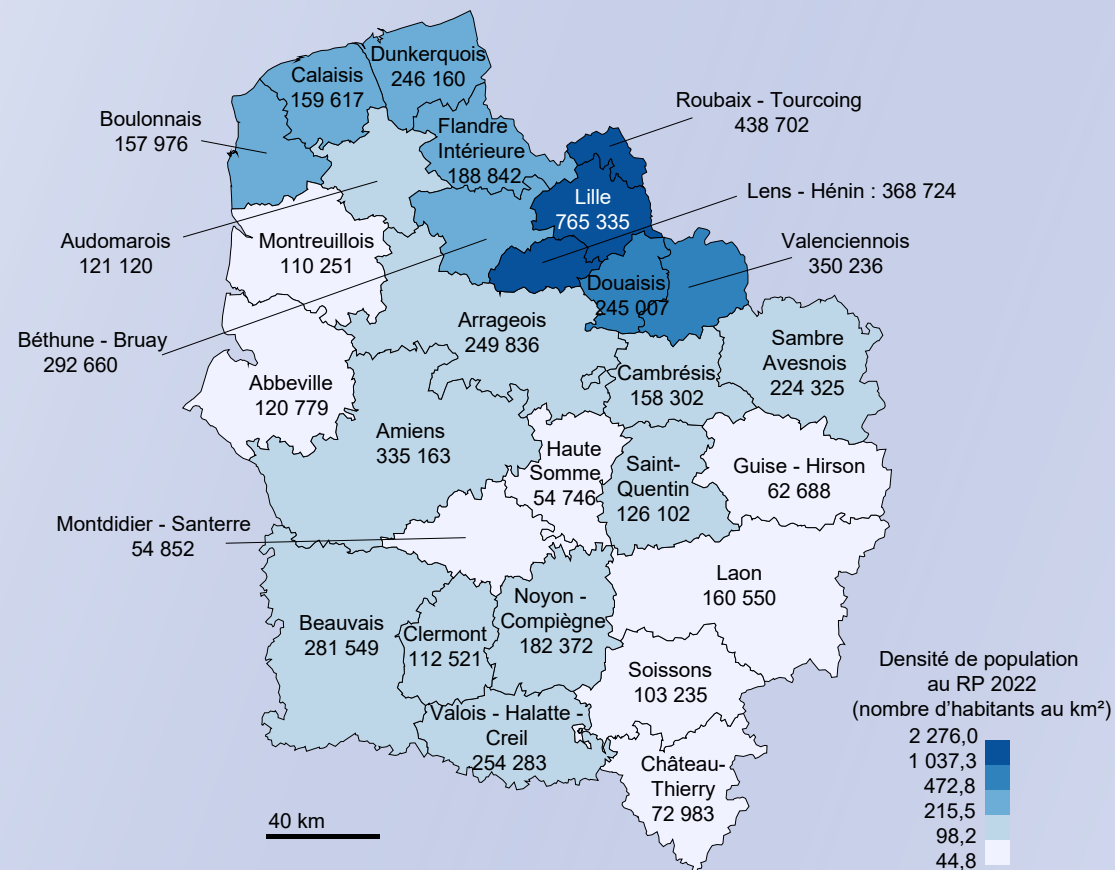
Pour plus d'information,

https://www.cancer.fr/content/download/124551/file/PANOKFR2025_Panorama_20ans_planches.pdf?version=1

Notion de robustesse

Pour offrir un état des lieux valide, **certaines données ont dû être agrégées sur plusieurs années pour garantir une stabilité statistique suffisante** (pour les indicateurs de mortalité, trois ans pour la situation régionale et sept ans pour la situation infrarégionale ; respectivement trois et cinq ans pour les admissions en ALD). De plus, certains indicateurs ne peuvent pas être déclinés sur des niveaux géographiques moins peuplés (malgré le fait d'avoir agrégé plusieurs années).

TERRITOIRES DE PROXIMITÉ*



* les chiffres mentionnés sur la carte correspondent au nombre d'habitants au 1^{er} janvier 2022

SITUATION RÉGIONALE

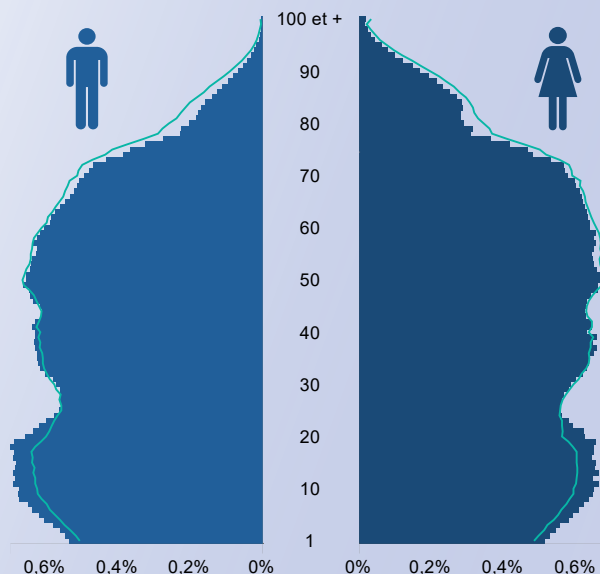
Au 1^{er} janvier 2022, la population recensée dans les Hauts-de-France est de **5 998 916 habitants**. Après avoir atteint un maximum en 2015, avec plus de six millions d'habitants, elle a diminué ensuite. Cette **tendance est confirmée par les projections** de l'Insee, estimant au 1^{er} janvier 2025 l'effectif à **5 973 933 personnes**.

Malgré cette légère baisse, les Hauts-de-France demeurent la **cinquième région la plus peuplée de France** et la **deuxième plus dense** en 2022 avec 188,6 habitants par km² (contre 121,1 pour la France).

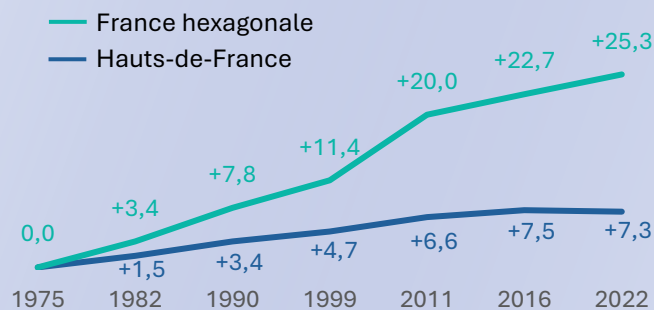
Sur le plan générationnel, comme permet de le visualiser la pyramide des âges ci-contre, la région se caractérise par une proportion élevée de jeunes : **31,3 % de la population ont moins de 25 ans**, la plaçant en **deuxième position des valeurs les plus élevées** des régions de France hexagonale juste derrière l'Île-de-France (31,9 %).

À l'autre extrémité de la pyramide, seuls **8,4 % des habitants ont 75 ans et plus** contre 9,9 % en France. Il s'agit de la **deuxième part la plus faible** après celle de la région francilienne (7,2 %).

PYRAMIDE DES ÂGES AU 1^{ER} JANVIER 2022



ACCROISSEMENT DE LA POPULATION AUX DIFFÉRENTS RECENSEMENTS PAR RAPPORT À LA POPULATION DE 1975 (en %)



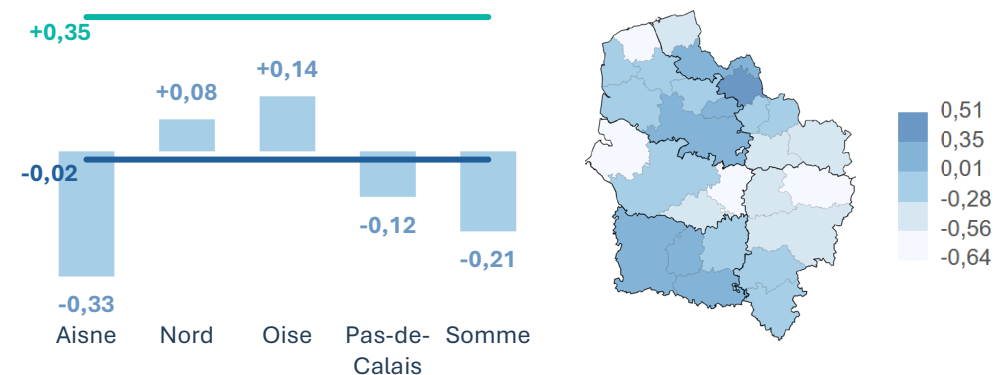
Source : Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

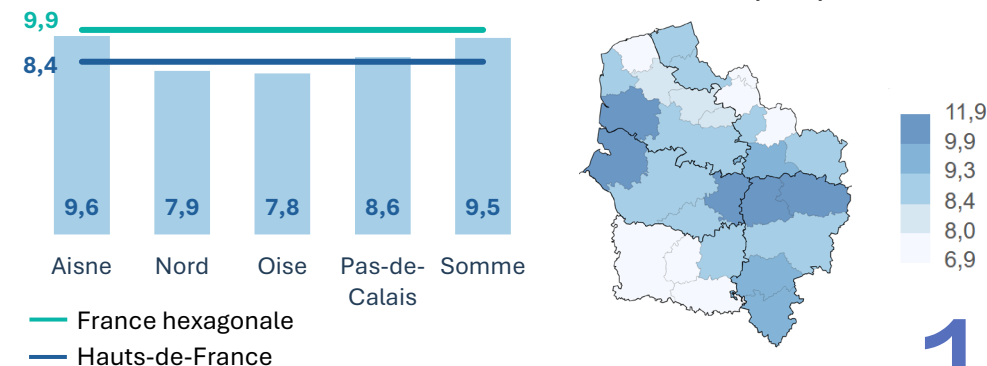
Entre les recensements de 2016 et 2022, **les départements du Nord et de l'Oise ont vu leur population augmenter**, mais à un niveau moindre qu'en France. Pour le Nord, ceci est surtout la résultante d'une **forte augmentation dans le territoire de proximité de Lille**, seul territoire de la région à enregistrer un taux d'accroissement supérieur à celui de la France ; une diminution est enregistrée dans les territoires de proximité du Hainaut et du Dunkerquois.

Les territoires de proximité du nord de l'Aisne et ceux à l'est et l'ouest de la Somme enregistrent à la fois une diminution marquée de la population et une part importante de personnes de 75 ans et plus. Une situation inverse (augmentation de la population et faible part de personnes de 75 ans et plus) est relevée pour trois des quatre territoires de proximité de l'Oise (Noyon - Compiègne faisant exception), au niveau de Lille et de Roubaix - Tourcoing.

TAUX D'ACCROISSEMENT ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION ENTRE 2016 ET 2022 (en %)



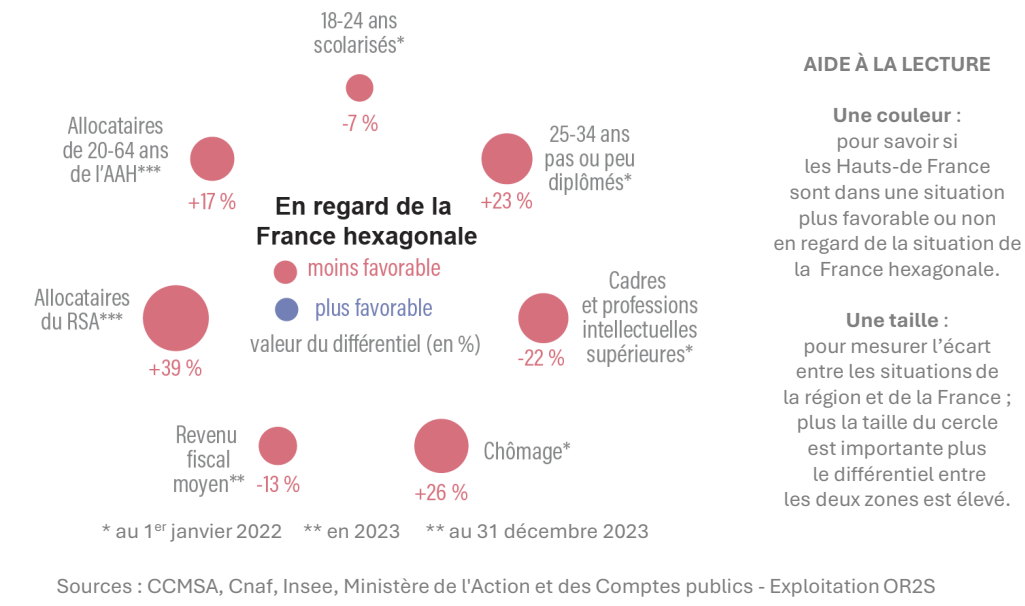
PART DES 75 ANS ET PLUS AU 1^{ER} JANVIER 2022 (en %)



Source : Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

VUE D'ENSEMBLE DE LA SITUATION SOCIALE DES HAUTS-DE-FRANCE



Les **indicateurs sociaux relevés dans les Hauts-de-France** sont le plus souvent **moins favorables** que ceux relevés en France et dans les autres régions hexagonales.

Ainsi, **les Hauts-de-France présentent les valeurs les plus élevées** des treize régions hexagonales pour le taux de **chômage** (14,2 % au recensement de 2022 contre 11,2 % en France et 9,4 % pour la région qui à la plus faible valeur), la part de **foyers fiscaux non imposables** (59,7 % en 2023 contre 54,0 % en France et 47,0 % pour la plus faible valeur régionale) et le taux d'**allocataires du RSA** (7,7 allocataires pour 100 ménages au 31 décembre 2023 contre 5,5 % en Hexagone et 3,8 % pour la valeur régionale la plus faible) ; le revenu annuel moyen y est le plus faible (27 666 €, soit un écart avec la France hexagonale de près de 4 200 €).

La part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés est la deuxième plus élevée des régions (14,3 % contre 11,6 % pour la France au RP 2022) et le taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH le quatrième plus élevé (3,9 allocataires pour 100 personnes de 20-64 ans contre 3,3 % en France au 31 décembre 2023).

La région se classe à un niveau intermédiaire pour les parts de cadres et professions intellectuelles supérieures de 15 ans et plus ayant un emploi et de jeunes de 18-24 ans scolarisés (au huitième rang dans les deux cas), mais avec des valeurs moindres que celle de l'ensemble du pays (respectivement 15,8 % et 48,7 % contre 20,4 % et 52,2 % pour l'Hexagone).

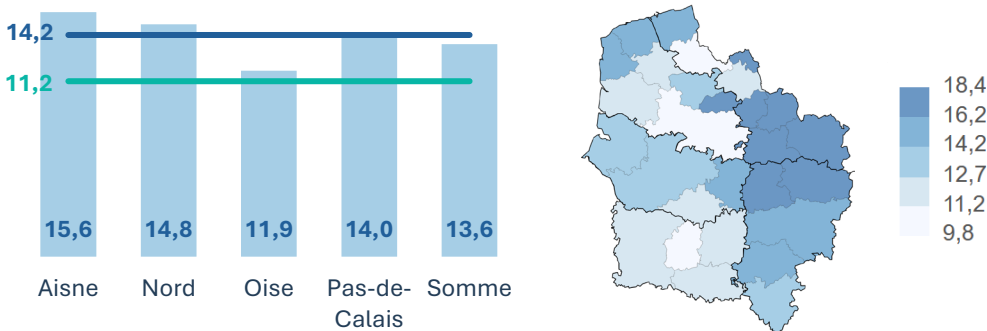
SITUATION INFRARÉGIONALE

De manière générale la **situation sociale du département de l'Oise est plus favorable que celles des autres départements de la région** ; certains indicateurs sont assez proches de ceux de l'Hexagone à l'exemple de la part de foyers fiscaux non imposés, du taux d'allocataires de l'AAH et du RSA ou encore du taux de chômage. Pour ces quatre indicateurs, le **territoire de proximité de Clermont détient des valeurs plus faibles qu'en France**.

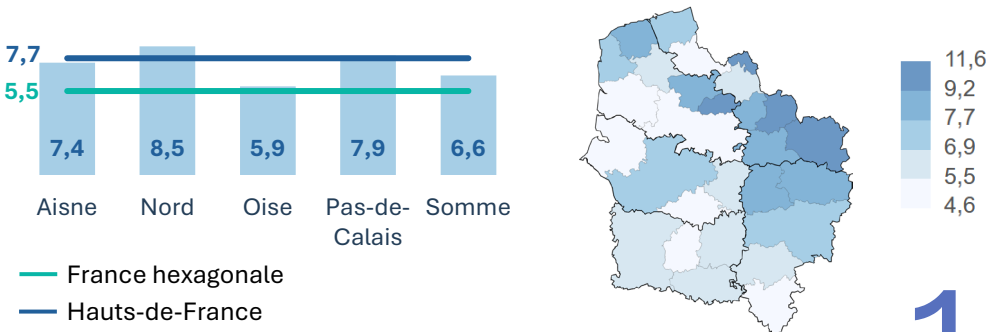
La **situation du Nord est très hétérogène**, avec les territoires de proximité de Lille et Flandre Intérieure qui présentent des situations sociales parmi les plus favorables de la région (avec des indicateurs sociaux parfois meilleurs que ceux de France) et ceux du Hainaut qui sont particulièrement dégradés, à l'instar de ceux du nord de l'Aisne.

Les **indicateurs autour de la scolarité** (jeunes de 18-24 ans scolarisés et jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés) sont **moins favorables dans la partie sud de la région**.

TAUX DE CHÔMAGE AU 1^{ER} JANVIER 2022 (en %)



TAUX D'ALLOCATAIRES DU RSA AU 31 DÉCEMBRE 2023 (pour 100 ménages)



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

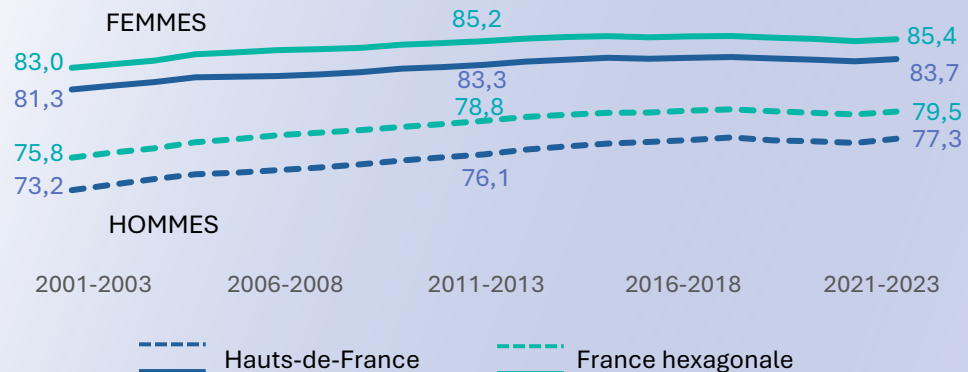
En moyenne annuelle sur la période 2021-2023, **l'espérance de vie dans les Hauts-de-France s'établit à 80,6 ans**, soit près de deux ans de moins que la moyenne observée en France hexagonale (82,5 ans). Cet **écart est plus marqué chez les hommes**, dont l'espérance de vie atteint 77,3 ans contre 79,5 ans au niveau national (-2,2 ans), que chez les femmes (83,7 ans contre 85,4 ans, soit -1,7 an).

À 65 ans, les différences d'espérance de vie entre la région et la France hexagonale se réduisent sensiblement. L'écart est alors de 1,4 an tous sexes confondus, de 1,6 an pour les hommes et de 1,2 an pour les femmes.

Sur les vingt dernières années, **l'espérance de vie dans les Hauts-de-France a progressé de 3,4 ans**, une augmentation légèrement plus importante que celle enregistrée en France hexagonale (+3,0 ans). Cette dynamique favorable s'explique principalement par l'évolution de l'espérance de vie masculine, en hausse de 4,1 ans dans la région contre 3,7 ans au niveau national. L'espérance de vie des femmes a, quant à elle, augmenté de 2,4 ans, tant dans les Hauts-de-France que dans l'ensemble du pays.

Il convient toutefois de souligner que **la progression de l'espérance de vie a été légèrement ralentie à partir de la période 2018-2020**, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Une reprise de la croissance est néanmoins observée entre 2020-2022 et 2021-2023.

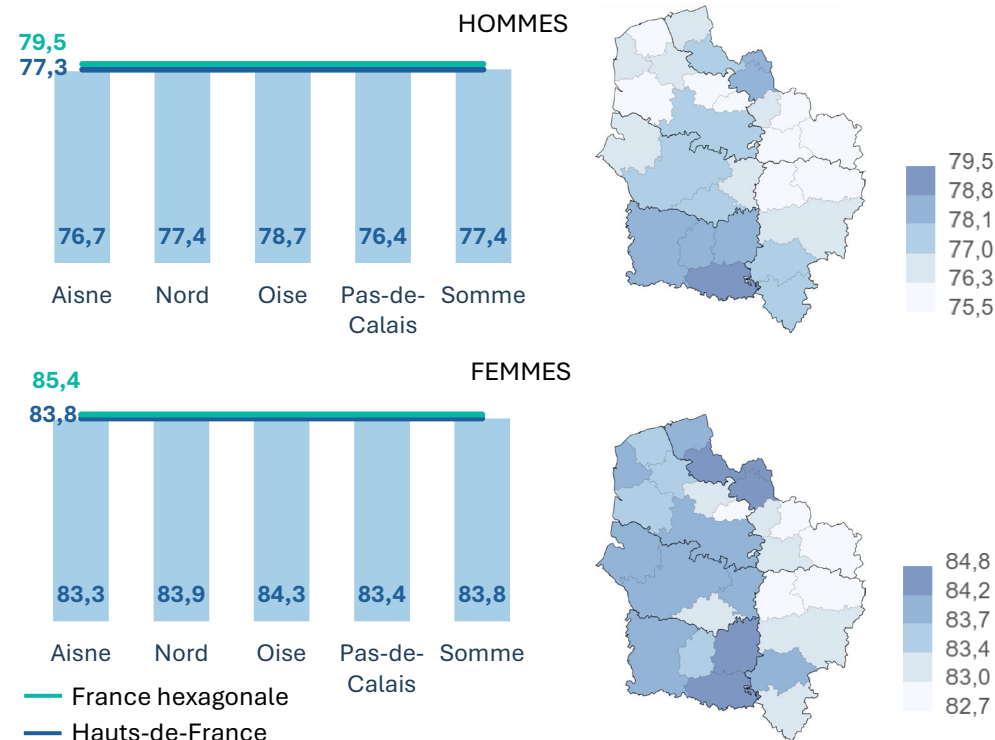
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE (en années)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN 2017-2023 (en années)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Chez les hommes comme chez les femmes, **l'espérance de vie est la plus élevée dans l'Oise**, sans toutefois atteindre la moyenne nationale. À l'inverse, elle est la plus faible dans le Pas-de-Calais chez les hommes et dans l'Aisne chez les femmes.

À l'échelle des territoires de proximité, la région se caractérise par un **gradient Ouest-Est marqué**, particulièrement prononcé chez les femmes.

Les territoires présentant les espérances de vie les plus extrêmes sont identiques pour les deux sexes. Le territoire de proximité de **Lens - Hénin enregistre les niveaux les plus bas**, avec 75,5 ans pour les hommes et 82,7 ans pour les femmes, tandis que **Valois - Halatte - Creil affiche les valeurs les plus élevées**, atteignant 79,5 ans chez les hommes et 84,8 ans chez les femmes.



DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

VUE D'ENSEMBLE DES CANCERS
CANCERS À MAUVAIS PRONOSTIC DE SURVIE
CANCERS À PRONOSTIC DE SURVIE INTERMÉDIAIRE
CANCERS À PRONOSTIC DE SURVIE FAVORABLE
CANCERS DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE ADULTE
CANCERS CHEZ LES MOINS DE 65 ANS
CANCERS CHEZ LES 75 ANS ET PLUS

L'ensemble des taux présentés dans ce chapitre (y compris ceux des moins de 15 ans, des 15-24 ans et des 25-39 ans) ont été standardisés sur l'âge à partir de la population de France hexagonale au RP 2020.

Les premiers éléments descriptifs de l'épidémiologie des cancers reposent, comme pour d'autres pathologies, sur la morbidité et la mortalité. Si cette dernière est dénombrée à travers un document officiel qu'est le certificat de décès (cf. dernier paragraphe), la morbidité, soit le fait d'avoir une maladie, est approchée principalement à travers deux dimensions : la morbidité issue d'une déclaration et la morbidité provenant d'un diagnostic. C'est cette dernière qui est présentée dans ce document, en différenciant l'incidence, qui représente le nombre de nouveaux cas sur une période donnée, et la prévalence, qui correspond au nombre total de personnes vivant avec un cancer à un instant donné. Précisément, la prévalence englobe les personnes en rémission, sous traitement ou nouvellement diagnostiquées. Le système national des données de santé (SNDS) permet d'approcher l'incidence et la prévalence des cancers à travers deux sources que sont la cartographie des pathologies et les affections de longue durée (ALD), produites par l'Assurance maladie.

La **prévalence des cancers pris en charge** dans le système de soins est estimée à partir des diagnostics des ALD (voir ci-contre) en cours de l'année « n » et des séjours en MCO dans les cinq dernières années. De plus, des médicaments spécifiques peuvent parfois suffire à repérer un cancer, à l'exemple de la prostate.

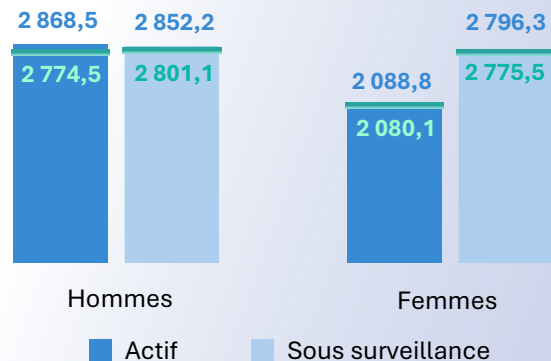
Dans ce document, les **ALD** ont été abordées en matière de flux, c'est-à-dire d'admissions au cours d'une année civile. Seules les personnes diagnostiquées avec un cancer et dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certains territoires peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci n'impliquant pas que la situation au regard de la localisation cancéreuse soit plus favorable.

La **mortalité** dont l'effectivité et la cause reposent sur les certificats de décès, en format électronique ou papier, complète le dispositif de connaissance. Rempli par un médecin ou par un infirmier sous des conditions très strictes, ce certificat de décès transite par la délégation départementale de l'ARS où le décès est survenu qui le valide. Il est alors centralisé dans le service CépiDc de l'Inserm qui rend compte quelques mois plus tard de la situation épidémiologique des décès suivant de nombreuses variables, notamment géographiques et les causes.

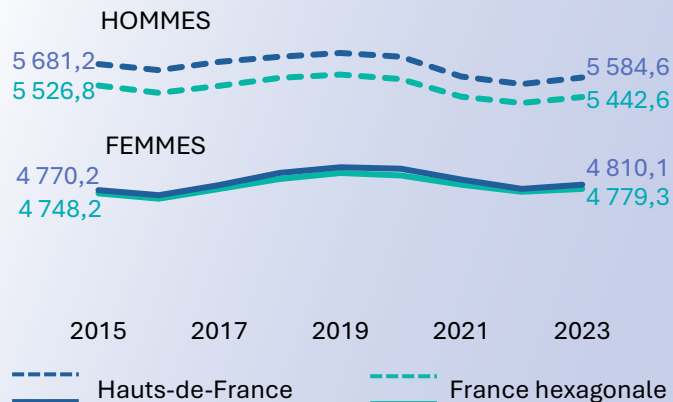
Ce recueil s'avère d'autant plus intéressant qu'il repose sur des données quasi exhaustives, du fait du dispositif de recueil. Toutefois, il ne rend compte que des pathologies les plus graves, ce qui est le cas le plus souvent pour les cancers, mais il ne permet pas, à lui seul, de disposer du temps écoulé depuis l'apparition du cancer.

SITUATION RÉGIONALE

TAUX DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE POUR LES CANCERS ACTIFS ET CEUX SOUS SURVEILLANCE EN 2023 SELON LE SEXE (pour 100 000)



ÉVOLUTION DU TAUX DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE SELON LE SEXE (pour 100 000)



Source : SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

En 2023, **139 502 hommes et 152 875 femmes** sont **pris en charge pour un cancer** dans les Hauts-de-France. La part de cancers concernant des personnes de moins de 65 ans est plus élevée chez les femmes que chez les hommes : 38 % *versus* 28 %.

De plus, chez les hommes, les cancers actifs¹ représentent la moitié des cas (52 %) ; cette part est plus faible pour les femmes : 43 %.

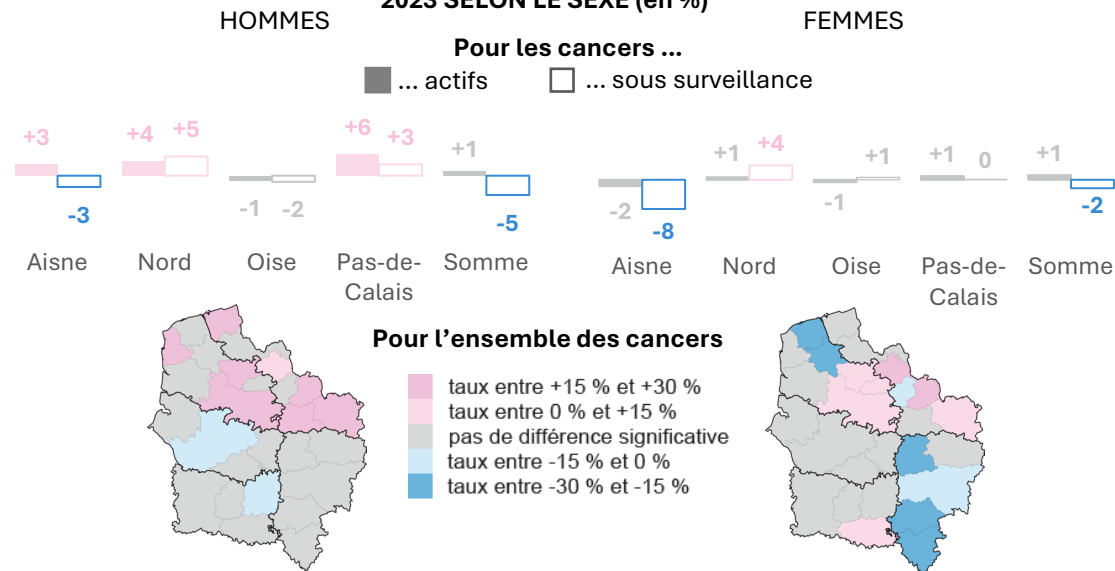
Que ce soit pour l'ensemble des cancers ou ceux actifs et sous surveillance, les **taux standardisés relevés en région** sont **un peu plus élevés que ceux de la France hexagonale pour les hommes** (+3 % en 2023) ; ils **sont plus proches chez les femmes** (taux identiques pour les cancers actifs et de +1 % pour ceux sous surveillance).

Les évolutions relevées depuis 2015, sont analogues en région et en France, et suivent une tendance proche chez les hommes et les femmes. Ainsi, les taux ont atteint leur maximum en 2019, puis ont fléchi. **En 2023, une légère augmentation est constatée.** Cette augmentation est **uniquement le fait des cancers actifs**, la prévalence de ceux sous surveillance ayant continué de diminuer tant en région qu'en France et chez les hommes comme chez les femmes.

¹ cf. page 23.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE AVEC LA FRANCE HEXAGONALE EN 2023 SELON LE SEXE (en %)



Source : SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

L'**Aisne** a un **taux féminin** de prévalence pour les cancers pris en charge **un peu plus faible que celui de la France hexagonale** (-5 %). Ce constat est le fait des cancers sous surveillance (-8 % par rapport au taux national) ; pour les cancers actifs, le taux ne diffère pas de celui de la France.

Le **Nord** présente une situation inverse, avec un **taux féminin légèrement plus élevé** que celui de la France (+3 % pour l'ensemble des cancers et +4 % pour ceux sous surveillance). Au sein de ce département, la situation est contrastée : le Douais (-4 %) a un taux plus faible que celui de la France, alors que les différentiels sont plus élevés pour les territoires de proximité du Valenciennois (+7 %), de Lille (+6 %) et de Sambre Avesnois (+5 %). Le Pas-de-Calais, présente également une situation contrastée avec deux territoires de proximité qui ont des taux féminins plus faibles que celui de la France (Calaisais, -10 % et Audomarois, -7 %) et trois autres qui ont des taux un peu plus élevés (Arrageois et Lens - Hénin, +4 % et Béthune - Bruay, +2 %).

Chez les hommes, le **taux** de prévalence est **plus élevé** que celui de la France **pour les deux départements du nord** de la région (+5 % pour le Nord et +4 % pour le Pas-de-Calais) ; ils sont un peu **plus faibles pour la Somme et l'Oise** (-2 % dans les deux cas). Au niveau des territoires de proximité, les valeurs les plus élevées sont retrouvées pour le Sambre Avesnois, le Cambrésis (+10 % par rapport au taux de France dans les deux cas), le Valenciennois et le Boulonnais (+8 %).

SITUATION RÉGIONALE

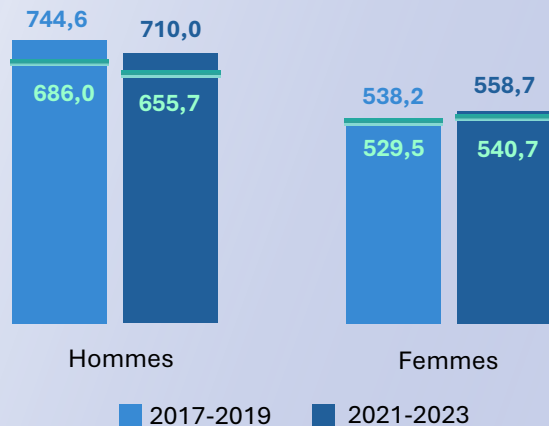
En moyenne annuelle en 2021-2023, ce sont **17 197 hommes et 16 787 femmes** domiciliés dans les Hauts-de-France qui ont été **admis en ALD pour un cancer**. **Un peu plus d'un tiers des admissions survient avant 65 ans pour les hommes** (36 % en région ; 33 % en France) et **près de la moitié pour les femmes** (47 % ; 45 % en France).

Les taux d'admissions en ALD sont de 710,0 pour 100 000 hommes et de 558,7 pour 100 000 femmes, soit les valeurs les plus importantes des régions de France hexagonale. En **regard du niveau national**, le différentiel relevé est de **+8 % chez les hommes** et de **+3 % chez les femmes**.

Comme l'illustre le graphique ci-dessous, **chez les hommes, le taux d'admissions en ALD pour cancers a diminué entre 2017-2019 et 2021-2023**, et ce en région (-4,6 %) comme en France (-4,4 %).

Chez les femmes, une augmentation est constatée. Celle relevée dans les Hauts-de-France a été un peu plus conséquente qu'en France (respectivement +3,8 % et +2,1 %). En 2017-2019, les Hauts-de-France avaient le cinquième taux le plus élevé des régions hexagonales, alors qu'il est maintenant le plus élevé.

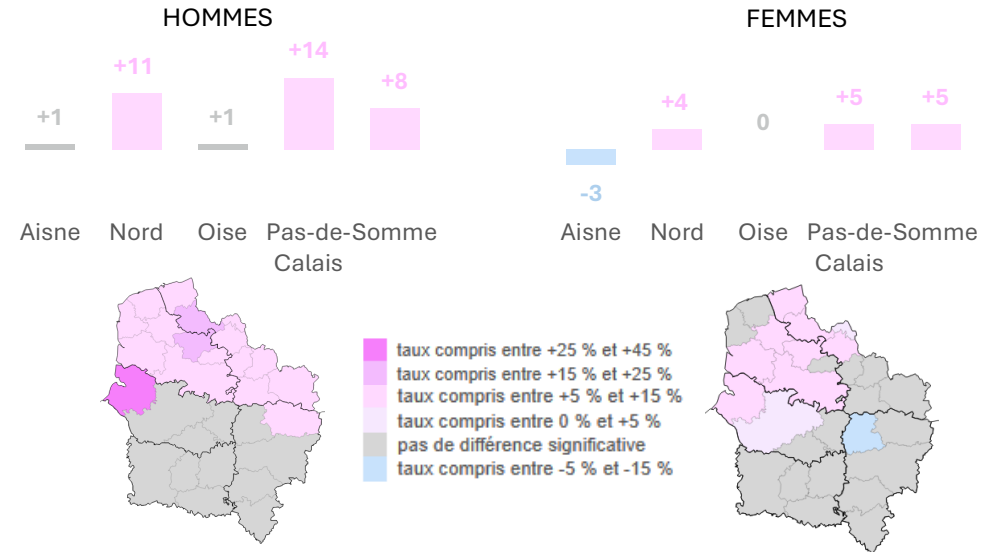
TAUX D'ADMISSIONS EN ALD POUR CANCERS
SELON LE SEXE (pour 100 000)



Sources : CCMSA, Cnam, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL DES ADMISSIONS EN ALD POUR CANCERS
AVEC LA FRANCE HEXAGONALE EN 2019-2023 (en %)



Sources : CCMSA, Cnam, Insee - Exploitation OR2S

Tant pour les hommes que pour les femmes, le Pas-de-Calais, le Nord et la Somme ont, en 2019-2023, des taux d'admissions en ALD plus élevés que ceux de la France hexagonale.

Pour les deux autres départements les taux sont assez proches de ceux observés en France, avec une **valeur significativement plus faible pour les femmes dans l'Aisne**.

Au niveau des territoires de proximité (cf. carte ci-dessus), les valeurs les plus élevées sont relevées pour Abbeville (différentiel avec la France de +25 % pour les hommes et de +13 % pour les femmes), Béthune - Bruay (+22 % pour les hommes et +11 % pour les femmes) et Flandre Intérieure (respectivement +17 % et +9 %).

Saint-Quentin présente un taux féminin d'admissions en ALD pour cancers plus faible que celui de la France (différentiel de -6 %).

De manière générale, tant pour les hommes que pour les femmes, les taux les plus faibles sont le plus souvent retrouvés dans la partie sud de la région.

SITUATION RÉGIONALE

En moyenne annuelle en 2021-2023, ce sont **8 432 hommes et 6 574 femmes** domiciliés dans les Hauts-de-France qui sont **décédés d'un cancer**. Les décès surviennent avant 65 ans pour un quart d'entre eux (25 % pour les hommes et 23 % pour les femmes) ; ces proportions sont d'un cinquième en France hexagonale (21 %).

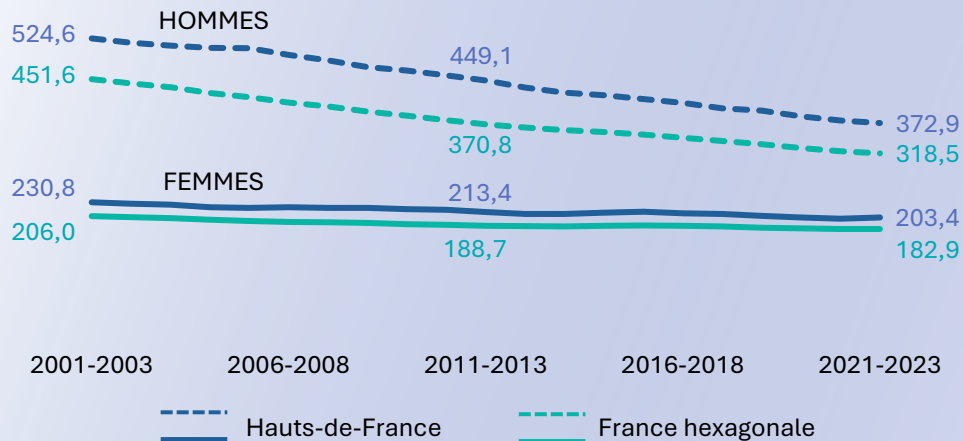
Les taux de mortalité sont de 372,9 pour 100 000 hommes et de 203,4 pour 100 000 femmes, soit les valeurs les plus importantes des régions de France hexagonale. En **regard du niveau national**, le différentiel relevé est de **+17 % chez les hommes** et de **+11 % chez les femmes**.

La **mortalité par cancers tend à diminuer** en région et en France, et ce à **un rythme plus soutenu pour les hommes que pour les femmes**.

De plus, sur les dix dernières années (entre 2011-2013 et 2021-2023), les **diminutions relevées dans les Hauts-de-France sont un peu plus marquées** que celles observées en France hexagonale. Pour les hommes, la baisse est de -17,0 % en région contre -14,1 % en France et pour les femmes ces pourcentages sont respectivement de -4,7 % et -3,1 %.

Chez les femmes une légère augmentation du taux de mortalité par cancers est observée dans les Hauts-de-France sur la dernière période (+1 %). Ceci est à surveiller dans les années à venir afin de déterminer s'il s'agit d'une tendance ou d'un phénomène ponctuel.

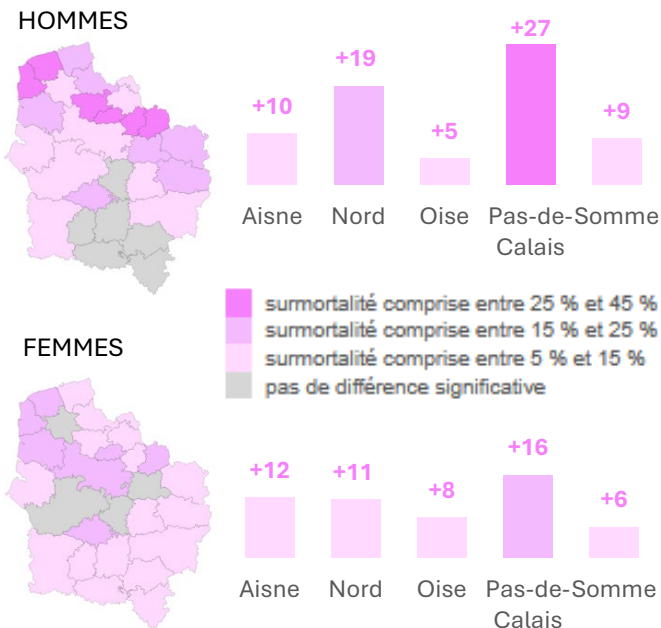
TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCERS
SELON LE SEXE (pour 100 000)



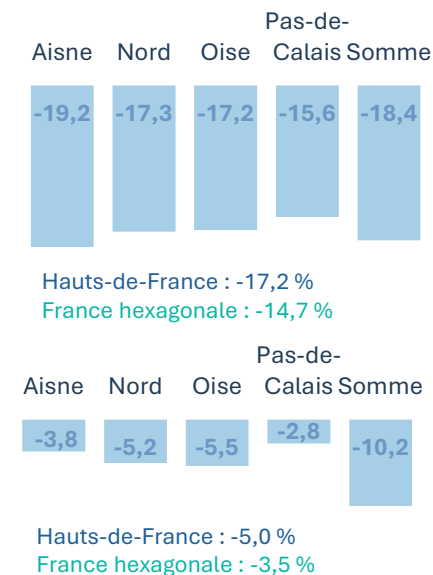
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL DE MORTALITÉ PAR CANCERS AVEC LA FRANCE HEXAGONALE EN 2017-2023 (en %)



ÉVOLUTION (en %) DE LA MORTALITÉ PAR CANCERS ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Une **mortalité masculine par cancers** particulièrement **marquée dans les territoires de proximité situés au niveau du Bassin minier**, notamment à Lens - Hénin (+43 % par rapport à la France en 2017-2023) et dans le Valenciennois (+33 %) ; **c'est le cas aussi dans le Boulonnais et le Calaisais** (surmortalité de +29 % dans les deux cas).

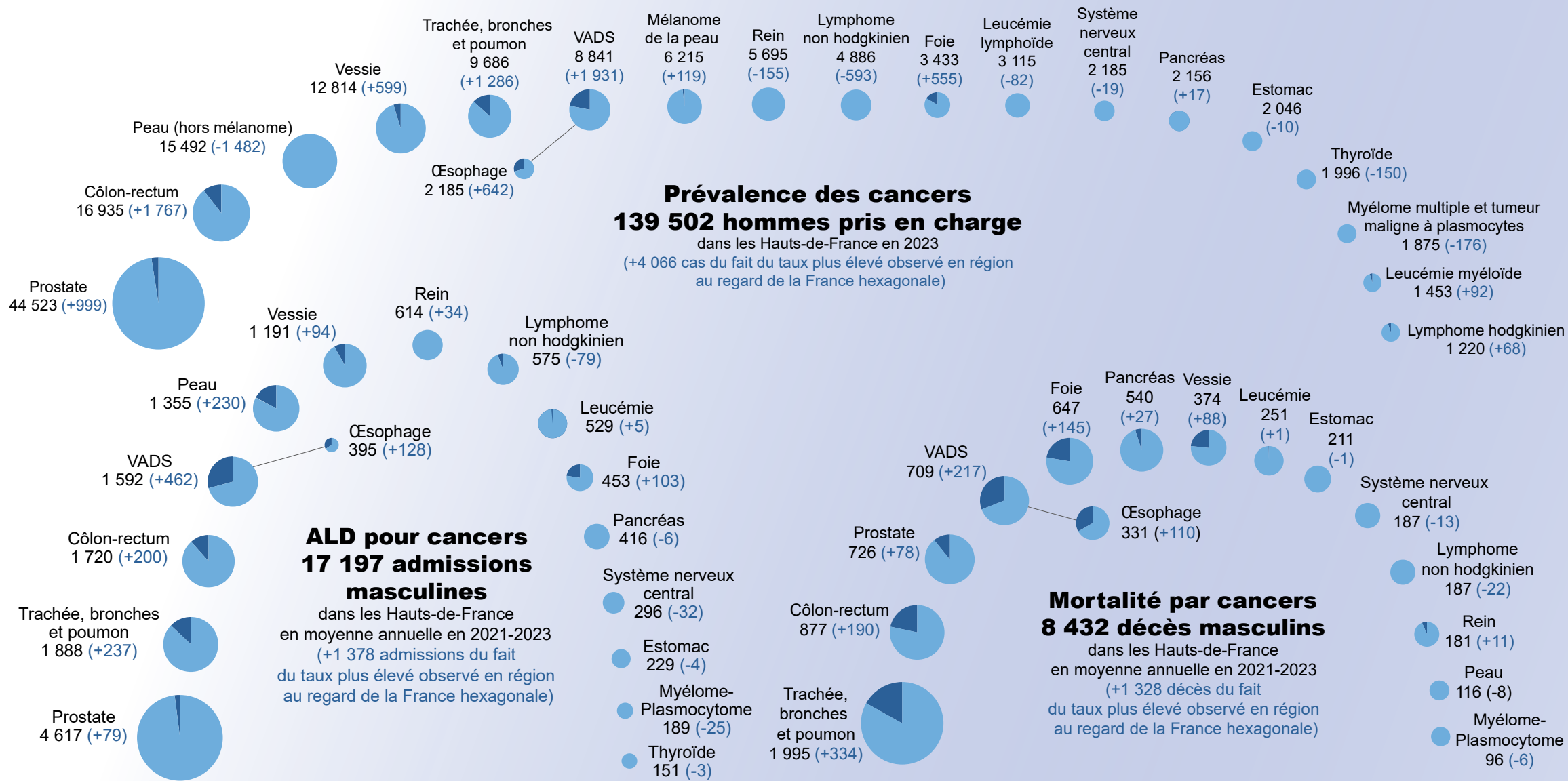
La mortalité a diminué dans tous les territoires de proximité, pour une majorité à un rythme plus soutenu qu'en France. Lens - Hénin, Calaisais, Flandre Intérieure et Montdidier - Santerre se démarquent avec une diminution moins prononcée.

Le **Pas-de-Calais** détient une **mortalité féminine par cancers plus élevée** que dans les autres départements (+16 % par rapport à la France hexagonale en 2017-2023), couplée à une diminution en dix ans moindre.

Deux territoires de proximité présentent des taux féminins de mortalité par cancers **proches du taux national : Amiens (+1 %) et Cambrésis (+2 %)**. Pour ces deux territoires, la mortalité a fortement diminué en dix ans (respectivement de -14,0 % et de -13,1 % contre -3,5 % en France).

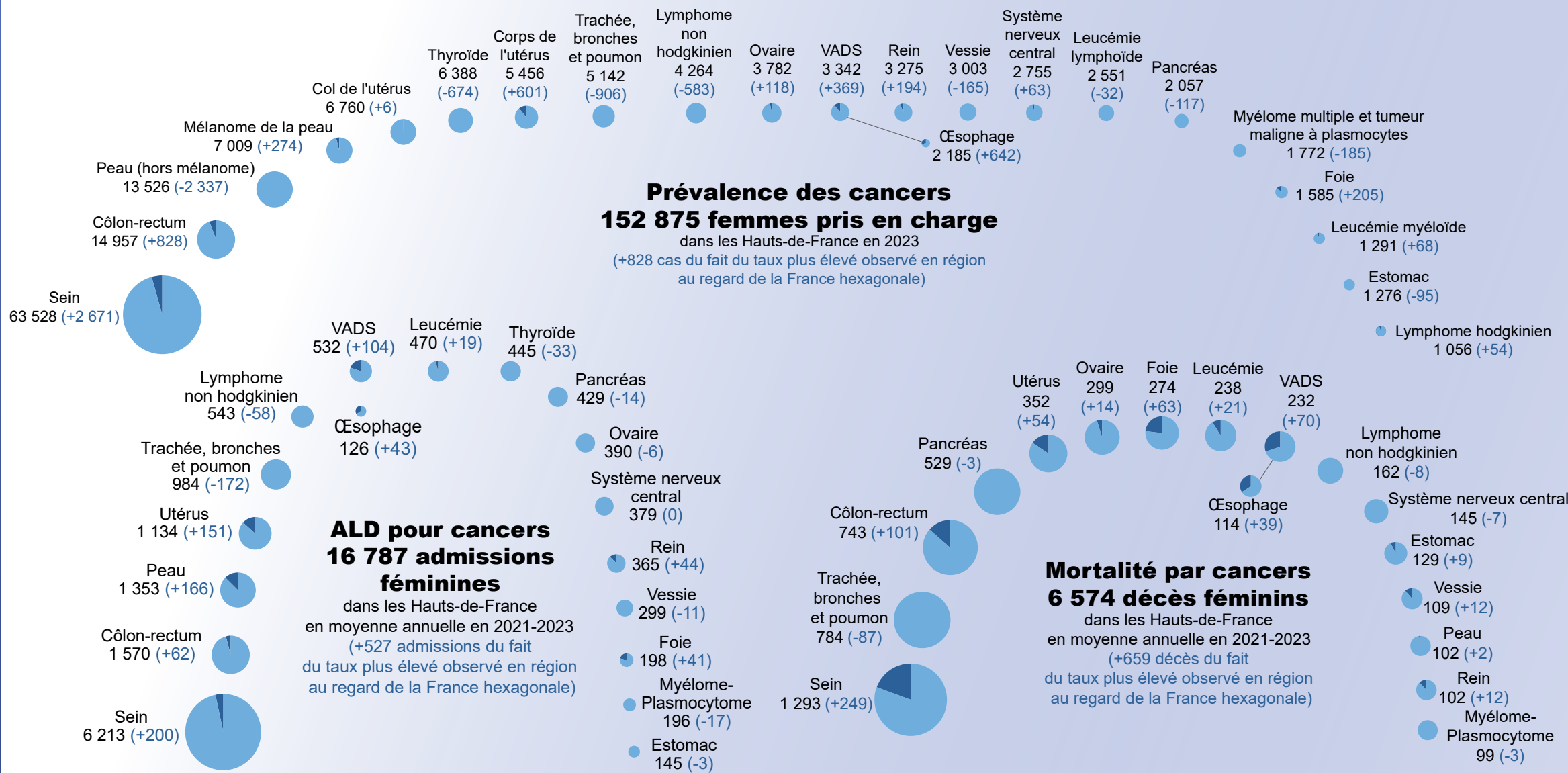
NOMBRE DE CAS OBSERVÉS DANS LES HAUTS-DE-FRANCE CHEZ LES HOMMES

(nombre de cas en plus ou en moins si la région avait le même taux standardisé qu'en France hexagonale)



NOMBRE DE CAS OBSERVÉS DANS LES HAUTS-DE-FRANCE CHEZ LES FEMMES

(nombre de cas en plus ou en moins si la région avait le même taux standardisé qu'en France hexagonale)



Taux standardisé sur l'âge des Hauts-de-France...



...identique ou plus faible que celui de la France hexagonale



...plus élevé que celui de la France hexagonale. Plus l'écart entre le niveau régional et le niveau national est élevé, plus la portion bleu foncé est importante

Les illustrations figurant sur les deux pages précédentes permettent d'ordonner par fréquence les localisations cancéreuses pour la prévalence prise en charge, les admissions en ALD et la mortalité chez les hommes (page 18) et chez les femmes (page 19). Pour la mortalité, la cause initiale de décès est considérée, c'est pourquoi un décès ne peut être comptabilisé que sur un seul type de cancer (hormis pour les localisations qui sont imbriquées les unes dans les autres, comme c'est le cas pour le cancer de l'œsophage qui est un sous-ensemble du cancer des voies aérodigestives supérieures – VADS –). Pour les données de morbidité diagnostiquée, une même personne peut être comptabilisée pour plusieurs types de cancer.

En complément de ces informations, la publication « [Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html) » permet de disposer d'informations de nature épidémiologique* et non pas issues de recueils médico-administratifs, pour mesurer la morbidité des cancers. L'incidence des cancers correspond aux nouveaux cas de cancers survenant sur une période donnée. Les admissions en ALD, qui permettent également de connaître un nombre de cas entrant dans un dispositif, ne peuvent pas se substituer à l'incidence. En effet, il est important de rappeler que certaines personnes atteintes d'un cancer ne font pas de demande d'admission en ALD et, à l'inverse, il peut arriver qu'une admission en ALD corresponde à un cas prévalent.

Hommes

D'après les données disponibles au niveau national sur l'incidence des cancers*, les trois cancers les plus fréquents chez les hommes sont la prostate, puis le poumon et le côlon-rectum. Si, **en matière de morbidité diagnostiquée** (admissions en ALD et prévalence prise en charge), le **cancer de la prostate est le plus fréquent, pour la mortalité, il s'agit de celui de la trachée, des bronches et du poumon**. En 2021-2023, ce dernier représente 23,7 % des décès masculins par cancers dans les Hauts-de-France (22,7 % en France) ; cette part est de 8,6 % pour la prostate (9,9 % en France) et de 10,4 % pour le côlon-rectum qui se classe au deuxième rang des localisations les plus mortelles chez l'homme en région (9,8 % en France). Le **cancer des VADS est prégnant dans les Hauts-de-France**, puisqu'il se classe en quatrième position (8,4 %) pour son nombre élevé de décès contre la sixième position en France (6,7 %). Le cancer de la peau est fréquent en matière de morbidité ; du fait d'un bon pronostic de survie, il engendre moins de décès (1,4 % des décès par cancers masculins en région et 1,8 % en France).

Pour certains cancers, les **taux régionaux sont plus élevés que ceux de France**. Il est possible de calculer le nombre de décès qui auraient pu être évités si les Hauts-de-France avaient le même taux standardisé – à population d'âge comparable – que la France. Si le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** demeure en première position (avec +334 décès sur un total de 1 995 en moyenne annuelle en 2021-2023), celui des **VADS** se classe en deuxième position du fait d'une importante surmortalité (+217). Sont également à mentionner les cancers du **côlon-rectum** (+190 décès), du **foie** (+145), de la **vessie** (+88) et de la **prostate** (+78). Les différentiels importants avec le niveau national sont le plus souvent retrouvés pour les admissions en ALD et la prévalence prise en charge, avec toutefois des différentiels moins importants – voire non significatifs – pour la prostate et la vessie.

À l'inverse, **pour le lymphome malin non hodgkinien, une sous-mortalité en regard de la France** est relevée.

Pour les autres cancers, les taux de mortalité régionaux ne se distinguent pas significativement de ceux de France : pancréas, leucémie, estomac, système nerveux central, rein, peau et myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes.

Femmes

D'après les données disponibles au niveau national sur l'incidence des cancers*, les trois cancers les plus fréquents chez les femmes sont le sein, puis le côlon-rectum et le poumon. Que ce soit en matière de morbidité ou de mortalité, le **cancer le plus fréquent chez les femmes est celui du sein**. En 2021-2023, il est la cause d'un **décès féminin par cancers sur cinq** (19,7 %). Du fait des pronostics de survie variables selon les types de cancer, l'ordre diffère ensuite. Pour les données de morbidité, viennent ensuite le côlon-rectum, la peau et l'utérus ; le cancer de la trachée, des bronches et du poumon arrive en cinquième position pour les admissions en ALD et, pour la prévalence prise en charge, il est également devancé par le cancer de la thyroïde. Pour la mortalité, le deuxième cancer qui engendre le plus de décès chez les femmes est celui de la trachée, des bronches et du poumon (11,9 % ; 14,4 % en France), suivi par celui du côlon-rectum (11,3 % ; 11,0 % en France).

Les Hauts-de-France présentent une **mortalité par cancer du sein nettement plus élevée qu'en France**. Si le taux relevé en région – à population d'âge comparable – était identique à celui de la France, ce sont 249 décès qui auraient pu être évités sur les 1 293 recensés en moyenne annuelle en 2021-2023. Le différentiel avec la France est moins prononcé pour les taux de prévalence prise en charge et d'admissions en ALD.

Le deuxième **cancer qui engendre le plus grand nombre de décès qui auraient pu être évités avec la même mortalité qu'en France** est celui du **côlon-rectum** (avec +101 décès), suivi des **VADS** (+70), du **foie** (+63), de l'**utérus** (+54), de la **leucémie** (+21), du **rein** (+12) et de la **vessie** (+12).

À l'inverse, une **sous-mortalité en regard de la France est relevée pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon** ; les taux d'admissions en ALD et de prévalence prise en charge sont également plus faibles que ceux de France.

Pour les autres cancers, les taux de mortalité régionaux ne se distinguent pas significativement de ceux de France : pancréas, ovaire, lymphome malin non hodgkinien, système nerveux central, estomac, peau et myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes.

* reposant sur les estimations réalisées à partir des données des registres des cancers du réseau Francim, qui couvrent – selon le cancer étudié – actuellement entre 21 % et 24 % de la population française. Pour en savoir plus, cf. publication : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html

Dix-sept localisations cancéreuses ont fait l'objet d'une fiche détaillée dans la suite de ce document

Les localisations cancéreuses qui ont fait l'objet d'une fiche détaillée dans la suite de ce document sont celles qui sont **les plus fréquentes tant en matière de morbidité** diagnostiquée et prise en charge, **que de mortalité**. En effet, l'objet est de disposer de données robustes pour dresser un état des lieux détaillé des situations régionale et infrarégionale.

Chaque fiche est construite de façon similaire : à gauche figure la situation de l'ensemble de la région et à droite un zoom infrarégional. Ce dernier est réalisé au niveau des départements et, quand les effectifs le permettent, les spécificités par territoire de proximité sont mentionnées. Pour le zoom infrarégional, les données de mortalité ont été agrégées sur davantage d'années (sept ans) que dans la partie traitant uniquement des informations sur l'ensemble de la région (trois ans), afin de garantir une stabilité statistique suffisante.

La page 23 fournie pour chacune des localisations étudiées **les codes Cim 10** (classification internationale des maladies dans sa dixième révision) **considérés pour identifier le cancer ainsi que des aspects méthodologiques relatifs à la prévalence prise en charge**. Il est à noter que, pour certaines localisations, le ou les codes Cim 10 considérés pour identifier le cancer peuvent légèrement varier.

En amont des fiches, figurent également pour chacune des dix-sept localisations analysées, l'**information relative à l'âge moyen** pour la prévalence prise en charge, les admissions en ALD et les décès, ainsi que la **part de cas de moins de 65 ans** (cf. pages 24 à 26).

Classement selon la survie

Les **fiches réalisées dans ce document ont été classées selon la survie nette standardisée à 5 ans du cancer** (SNS), à partir des travaux menés par le réseau Francim des registres des cancers, le service de biostatistique-bioinformatique des Hospices civils de Lyon, Santé publique France et l'Institut national du cancer, qui a abouti à une publication en juillet 2021 ; cf. page suivante pour plus de précisions.

La survie permet d'apprécier l'amélioration globale du pronostic des personnes atteintes d'un cancer, résultant à la fois des progrès thérapeutiques et des actions mises en œuvre pour diagnostiquer les cancers à des stades plus précoces et pour améliorer leur prise en charge.

La survie nette est la survie qui serait observée si la seule cause de décès possible était le cancer.

Dans cette étude, **les localisations étudiées ont été classées en trois groupes** définis en fonction de leur survie nette standardisée à 5 ans sur la période 2010-2015 :

- pronostic favorable (SNS >65 %) ;
- pronostic intermédiaire (SNS entre 33 et 65 %) ;
- pronostic défavorable (SNS <33 %).

Les dix-sept localisations cancéreuses qui ont fait l'objet d'une fiche sont les suivantes :

Mauvais pronostic de survie

Trachée, bronches et poumon
Pancréas
Foie
Œsophage
Système nerveux central
Estomac

Pronostic de survie intermédiaire

Côlon-rectum
VADS
Utérus
Ovaire
Vessie
Myélome-Plasmocytome
Lymphome non hodgkinien

Pronostic de survie favorable

Sein chez les femmes
Prostate
Peau (dont mélanome)
Rein

Les données de prévalence des cancers pris en charge (qu'ils soient actifs ou sous surveillance), les admissions en ALD et la mortalité sont analysées.



Le réseau Francim des registres des cancers, le service de biostatistique-bioinformatique des Hospices civils de Lyon, Santé publique France et l'Institut national du cancer ont publié des résultats sur la survie de soixante-treize types et sous-types de cancers en France métropolitaine.

Pour plus d'information,

cf. site internet de l'Institut national du cancer :

<https://www.cancer.fr/toute-l-information-sur-les-cancers/comprendre-les-cancers/epidemiologie-et-donnees-en-cancerologie/les-donnees-sur-les-cancers/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine>

**SURVIE NETTE STANDARDISÉE (SNS) À 5 ANS et intervalle de confiance (IC à 95 %)
des personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015,
selon le sexe, France métropolitaine. TUMEURS SOLIDES**

| Localisation | Tous sexes | | SNS à 5 ans (%) et IC à 95 % | | | |
|---|------------|-----------|------------------------------|-----------|-----------------|-----------|
| | | | Hommes | | Femmes | |
| Pronostic favorable (SNS >65 %) | | | | | | |
| Représentent 40 % des cancers incidents chez l'homme et 55 % chez la femme | | | | | | |
| Thyroïde | 96 | [95 ; 97] | 93 | [91 ; 94] | 97 | [96 ; 97] |
| Prostate | 93 | [93 ; 93] | 93 | [93 ; 93] | - | |
| Mélanome de la peau | 93 | [92 ; 93] | 91 | [90 ; 92] | 94 | [93 ; 95] |
| Testicule | 93 | [91 ; 95] | 93 | [91 ; 95] | - | |
| Sein | 88 | [88 ; 89] | - | | 88 | [88 ; 89] |
| Corps de l'utérus | 74 | [73 ; 75] | - | | 74 | [73 ; 75] |
| Mélanome de l'uvée | 74 | [69 ; 78] | 74 | [67 ; 80] | 74 | [67 ; 80] |
| Rein | 70 | [69 ; 70] | 69 | [68 ; 70] | 71 | [69 ; 72] |
| Pénis | 68 | [63 ; 73] | 68 | [63 ; 73] | - | |
| Pronostic intermédiaire (SNS entre 33 et 65 %) | | | | | | |
| Représentent 28 % des cancers incidents chez l'homme et 26 % ^b chez la femme | | | | | | |
| Côlon et rectum | 63 | [63 ; 64] | 62 | [61 ; 62] | 65 | [64 ; 66] |
| Col de l'utérus | 63 | [61 ; 64] | - | | 63 | [61 ; 64] |
| Vulve | 62 | [58 ; 65] | - | | 62 | [58 ; 65] |
| Sarcome | 61 | [59 ; 62] | 62 | [60 ; 65] | 60 | [58 ; 62] |
| Larynx | 59 | [57 ; 61] | 59 | [57 ; 61] | 61 | [56 ; 66] |
| Intestin grêle | 57 | [55 ; 59] | 55 | [51 ; 58] | 59 | [56 ; 63] |
| Vessie | 54 | [52 ; 55] | 55 | [53 ; 56] | 49 | [47 ; 52] |
| Cavités nasales ^a | 54 | [50 ; 58] | 56 | [51 ; 60] | 51 | [45 ; 58] |
| Lèvre-bouche-pharynx | 45 | [44 ; 46] | 41 | [40 ; 42] | 56 | [54 ; 58] |
| Vagin | 45 | [38 ; 52] | - | | 45 | [38 ; 52] |
| Ovaire | 43 | [42 ; 44] | - | | 43 | [42 ; 44] |
| Pronostic défavorable (SNS <33 %) | | | | | | |
| Représentent 32 % des cancers incidents chez l'homme et 19 % ^b chez la femme | | | | | | |
| Estomac | 30 | [29 ; 31] | 27 | [26 ; 29] | 35 ^b | [33 ; 37] |
| Système nerveux central | 26 | [24 ; 27] | 23 | [22 ; 25] | 28 | [26 ; 30] |
| Vésicule et voies biliaires | 22 | [21 ; 24] | 22 | [20 ; 25] | 22 | [20 ; 25] |
| Poumon | 20 | [19 ; 20] | 18 | [17 ; 18] | 24 | [23 ; 25] |
| Foie | 18 | [17 ; 19] | 18 | [17 ; 19] | 19 | [17 ; 21] |
| Œsophage | 17 | [16 ; 18] | 16 | [15 ; 17] | 20 | [18 ; 22] |
| Pancréas | 11 | [11 ; 12] | 10 | [9 ; 11] | 13 | [12 ; 14] |
| Mésothéliome de la plèvre | 10 | [7 ; 13] | 10 | [7 ; 13] | 10 | [5 ; 18] |

^a Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne.

^b L'estomac est le seul site présentant un pronostic différent chez l'homme (pronostic défavorable) et la femme (pronostic intermédiaire) ; pour le calcul du pourcentage de cas de cancers incidents selon le pronostic, l'estomac est donc comptabilisé en pronostic intermédiaire chez la femme.

Écart de survie >5 points de pourcentage en faveur des femmes

Écart de survie >5 points de pourcentage en faveur des hommes

Outre les tumeurs solides, présentées dans le tableau ci-contre, la **survie nette standardisée (SNS) à 5 ans est également disponible pour les hémopathies malignes** (cf. document accessible *via* le lien figurant sur cette page, en bas à gauche).

Figure, entre autres, le **myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes**, qui fait l'objet d'une analyse statistique dans ce document.

Le pronostic de survie est classé comme intermédiaire, avec une SNS de 60 % en tous sexes (IC à 95 % : [59 % ; 61 %]), de 59 % ([57 % ; 61 %]) pour les hommes et de 62 % ([60 % ; 64 %]) pour les femmes.

Le **lymphome non hodgkinien** qui regroupe des entités nosologiques hétérogènes avec des SNS variables, est également analysé dans ce document.

Selon l'entité nosologique, la SNS est classée en pronostic de survie « intermédiaire » (comme le lymphome diffus à grandes cellules B : SNS de 61 % [60 % ; 62 %]) à « favorable » (comme le lymphome folliculaire : SNS de 86 % [85 % ; 88 %]).

Dans ce document, le lymphome non hodgkinien figure dans le groupe « Pronostic de survie intermédiaire ».

CODES CIM 10 CONSIDÉRÉS POUR IDENTIFIER LES DIFFÉRENTES LOCALISATIONS CANCÉREUSES

| | Prévalence prise en charge (cartographie des pathologies version G12) | Admissions en ALD (sélection de ALD n°30 avec les codes Cim 10 figurant ci-dessous) | Mortalité (sélection de la cause initiale de décès) |
|--|---|--|---|
| Cancers à mauvais pronostic de survie | | | |
| Trachée, bronches et poumon | C33-C34 et D02.1-D02.2 | C33-C34 | C33-C34 |
| Pancréas | C25 | C25 | C25 |
| Foie | C22-C24 | C22 | C22 |
| OŒsophage | C15 et D00.1 | C15 | C15 |
| Système nerveux central | C47 et C70-C72 | C70-C72 | C70-C72 |
| Estomac | C16 et D00.2 | C16 | C16 |
| Cancers à pronostic de survie intermédiaire | | | |
| Côlon-rectum | C18-C20 et D01.0-D01.2 | C18-C21 | C18-C21 |
| VADS | C00-C14, C30-C32, D00.0 et D02.0 | C00-C15 et C32 | C00-C15 et C32 |
| Utérus | - | C53-C55 | C53-C55 |
| col de l'utérus | C53 et D06 | - | - |
| corps de l'utérus | C54 et D07.0 | - | - |
| Ovaire | C56 | C56 | C56 |
| Vessie | C67 et D09.0 | C67 | C67 |
| Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes | C90 | C90 | C90 |
| Lymphome non hodgkinien | B21.1-B21.2 et C82-C86 | C82-C86 et C96 | C82-C86 et C96 |
| Cancers à pronostic de survie favorable | | | |
| Sein | C50 et D05 | C50 | C50 |
| Prostate | C61 et D07.0 | C61 | C61 |
| Peau (dont mélanome) | - | C43-C44 | C43-C44 |
| mélanome de la peau | C43 et D03 | - | - |
| peau (hors mélanome) | C44 et D04 | - | - |
| Rein | C64 | C64 | C64 |

La **cartographie des pathologies** est un outil d'analyse des pathologies et des dépenses associées, produit par l'Assurance maladie. Elle couvre une cinquantaine de pathologies, épisodes de soins et traitements fréquents, graves ou coûteux, repérables dans le système national des données de santé (SNDS). Les pathologies sont repérées à l'aide de motifs médicaux d'hospitalisation, d'affections de longue durée (ALD), de prescriptions spécifiques ou d'actes traceurs identifiés dans le SNDS.

Le dénominateur considéré pour calculer les taux correspond aux consommateurs dans l'année. Un consommant est une personne ayant eu, au cours de l'année, des soins remboursés ou une prise en charge enregistrée dans le SNDS, que ce soit en ville, en établissement de santé (public ou privé) ou ayant bénéficié d'un remboursement pour des médicaments spécifiques à une pathologie, voire pour certains actes traceurs.

La cartographie des pathologies ne vise pas à identifier tous les patients atteints d'une pathologie, mais uniquement ceux ayant eu recours à des soins remboursés pour les pathologies repérables dans le SNDS. Aussi, elle ne reflète pas la morbidité réelle, mais rend compte d'une certaine forme de morbidité diagnostiquée. Certains territoires peuvent présenter des taux de prévalence moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation au regard de la pathologie abordée soit plus favorable sur ces territoires.

La **prévalence des cancers pris en charge** dans le système de soins est issue de la cartographie des pathologies (cf. note ci-dessous). Les cancers sont repérés à partir des diagnostics des ALD en cours de l'année « n » et des séjours en MCO (diagnostics principal, relié ou associé(s) ; diagnostics principal ou relié d'un des résumés d'unité médicale) dans les cinq dernières années. De plus, les médicaments spécifiques du cancer de la prostate délivrés chez un homme de plus de 40 ans peuvent suffire à repérer le cancer de la prostate. En outre, des règles de gestion permettent de reclasser des métastases codées probablement à tort, comme des cancers primitifs dans le PMSI, lorsqu'il n'y a pas d'ALD confirmant l'existence de ce cancer primitif.

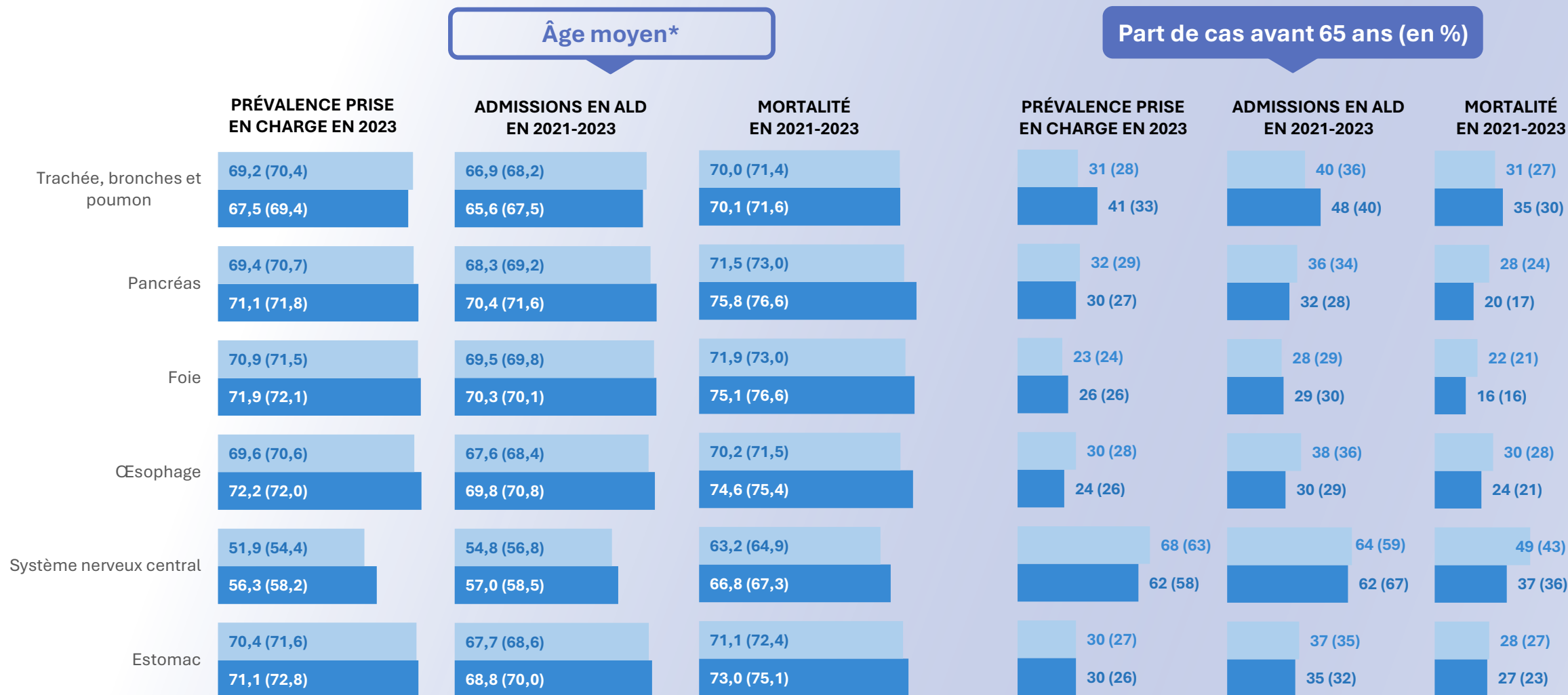
Les **cancers en phase active de traitement** (dits « actifs ») **et les cancers en surveillance peuvent être distingués**. Une même personne ne peut pas avoir un cancer actif et un cancer en surveillance pour la même localisation. Les cancers (actifs ou en surveillance) et les cancers actifs sont repérés dans un premier temps, puis les cancers en surveillance sont déduits des deux premiers. Parmi les personnes ayant un cancer repéré, ce cancer est considéré comme actif s'il répond à l'une des conditions suivantes :

- personnes ayant une ALD pour ce cancer débutant l'année n ou n-1,
- hospitalisation en MCO dans les deux dernières années avec un code Cim 10 de ce cancer en diagnostic principale (DP),
- hospitalisation en MCO dans les deux dernières années avec un code Cim 10 de ce cancer en diagnostic relié (DR) et le DP n'est pas un code en Z08 (examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne),
- hospitalisation en MCO dans les deux dernières années avec un code Cim 10 de ce cancer en diagnostic associé (DA), ou en DP ou DR de RUM, et un code Z51.0 (séance de radiothérapie) ou Z51.1 (séance de chimiothérapie pour tumeur) en DP ou DR (si le DP n'est pas un code en Z08),
- au moins trois délivrances (ou au moins deux en cas d'au moins un grand conditionnement) l'année n ou n-1 à différentes dates d'anticancéreux (liste commune avec l'INCa juillet 2024) ,
- personnes ayant un cancer de localisation non précisée correspondant actif, avant suppression,
- personnes n'ayant aucun cancer actif défini par les précédents critères mais ayant au moins une métastase ou au moins trois délivrances (ou au moins deux en cas d'au moins un grand conditionnement) l'année n ou n-1 à différentes dates d'un anticancéreux quel qu'il soit.

ÂGE MOYEN ET PART DES MOINS DE 65 ANS POUR CERTAINS CANCERS À MAUVAIS PRONOSTIC DE SURVIE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE ET EN FRANCE HEXAGONALE, SELON LE SEXE

DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, (la valeur entre parenthèses est celle de la France hexagonale)

Hommes Femmes



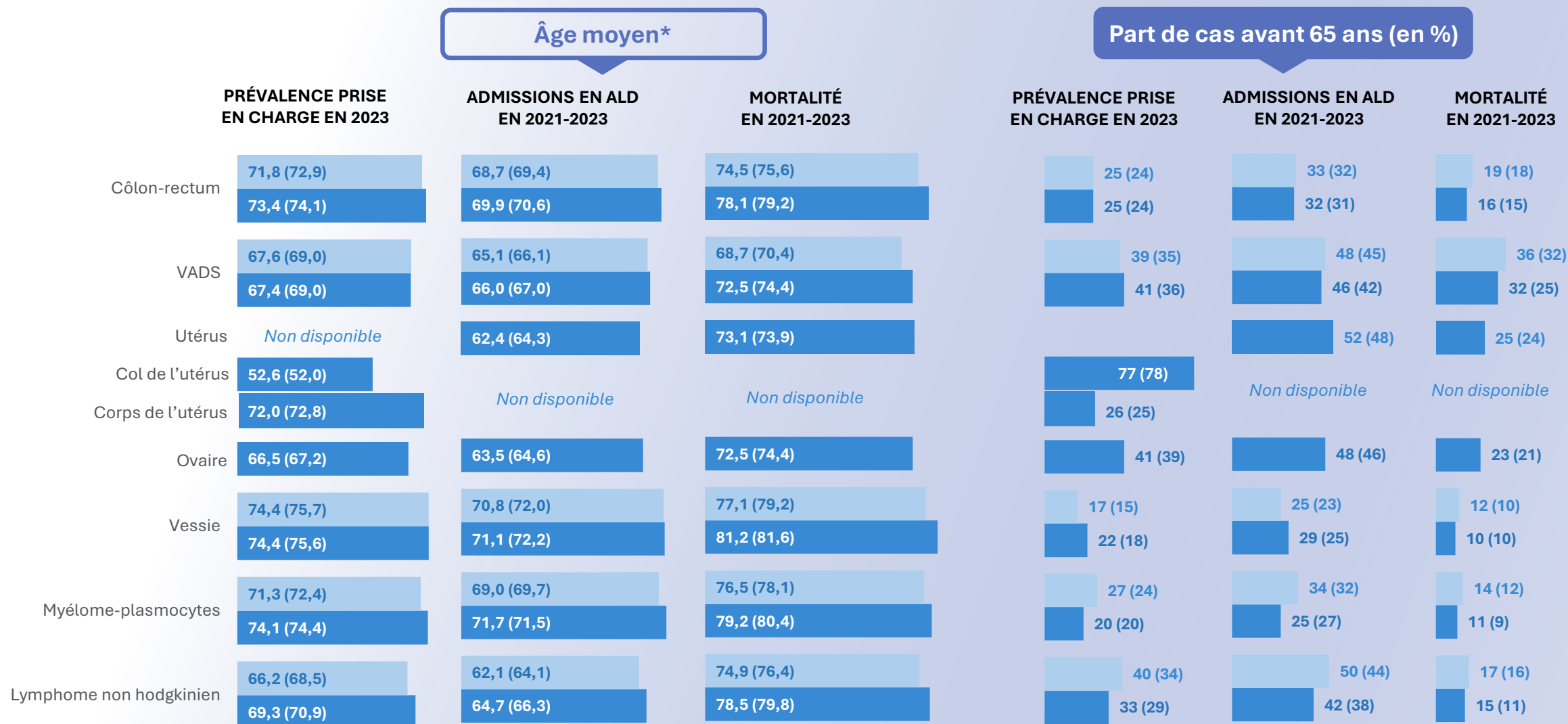
* l'âge moyen a été estimé à partir des données disponibles en tranche d'âge quinquennal.

Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

ÂGE MOYEN ET PART DES MOINS DE 65 ANS POUR CERTAINS CANCERS À PRONOSTIC DE SURVIE INTERMÉDIAIRE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE ET EN FRANCE HEXAGONALE, SELON LE SEXE

DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, (la valeur entre parenthèses est celle de la France hexagonale)

Hommes Femmes



* l'âge moyen a été estimé à partir des données disponibles en tranche d'âge quinquennal.

Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

ÂGE MOYEN ET PART DES MOINS DE 65 ANS POUR CERTAINS CANCERS À PRONOSTIC DE SURVIE FAVORABLE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE ET EN FRANCE HEXAGONALE, SELON LE SEXE

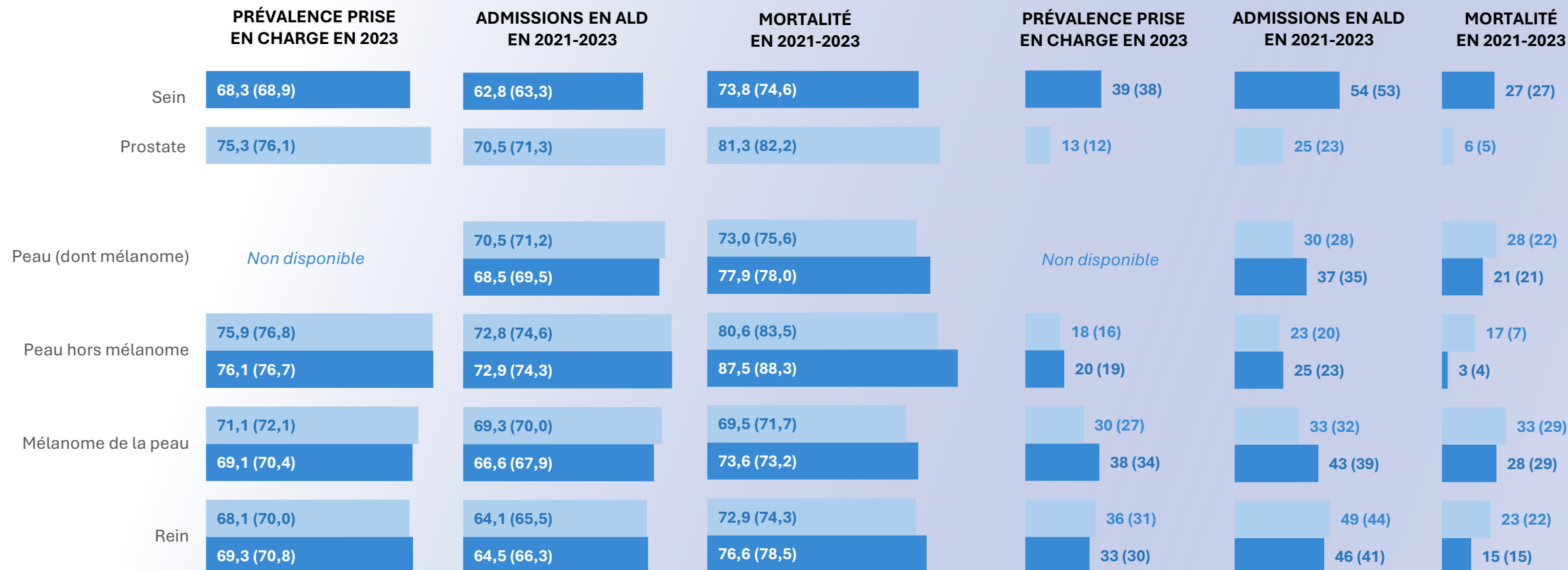
DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, (la valeur entre parenthèses est celle de la France hexagonale)

Hommes

Femmes

Âge moyen*

Part de cas avant 65 ans (en %)



* l'âge moyen a été estimé à partir des données disponibles en tranche d'âge quinquennal.

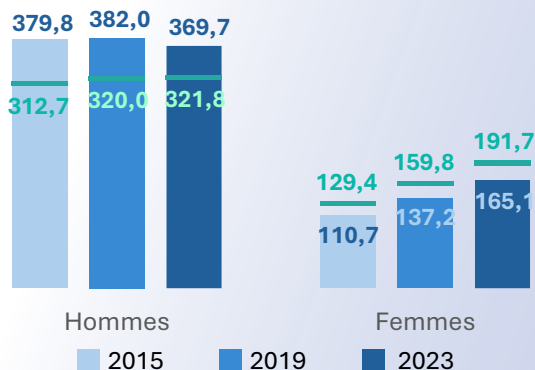
Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

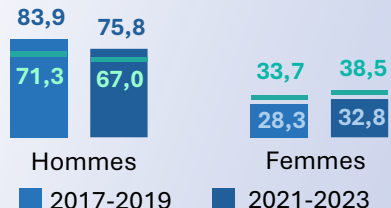
ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

■ Hauts-de-France — France hexagonale

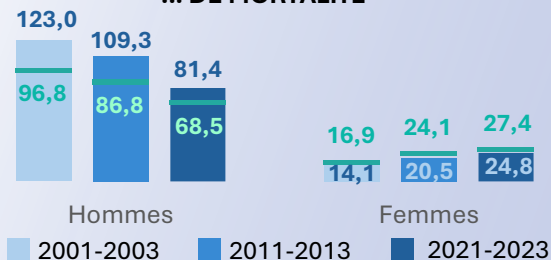
... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cham, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Chez les **hommes**, les taux relatifs à la mortalité, à la prévalence prise en charge et aux admissions en ALD mettent en évidence une **diminution des cancers de la trachée, des bronches et du poumon** et des **indicateurs plus élevés pour les Hauts-de-France** que ceux de France.

Une situation inverse est constatée **chez les femmes** : **augmentation** pour cette localisation cancéreuse, mais des **taux moindres en région** qu'en France.

Pour la prévalence prise en charge, le différentiel avec la France est, en 2023, de +15 % pour les hommes et de -14 % pour les femmes. Chez les hommes, il est plus élevé pour les cancers sous surveillance (+21 %) que pour ceux actifs (+12 %).

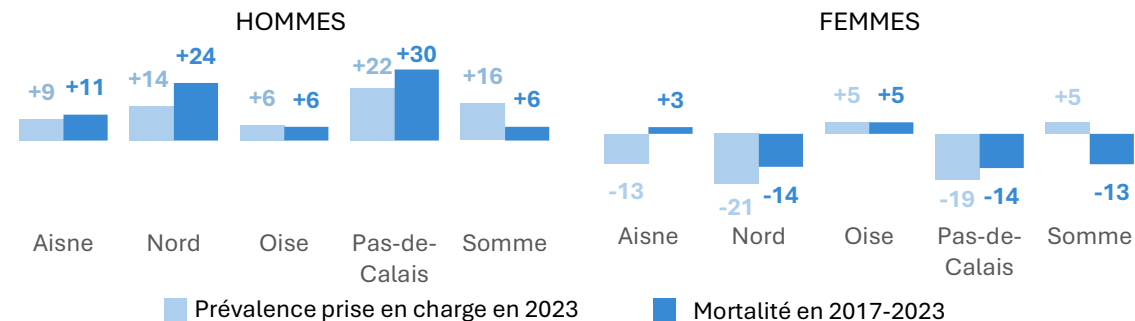
Pour les admissions en ALD, le différentiel avec la France est de +13 % chez les hommes et de -15 % chez les femmes en 2020-2023.

Le taux de mortalité masculin diminue à un rythme un peu plus soutenu en région qu'en France : -25,5 % entre 2011-2013 et 2021-2023 contre -21,1 % en France hexagonale. Ceci a permis de réduire le niveau de surmortalité relevé avec le niveau national : +26 % en 2011-2013 à +19 % en 2021-2023.

Chez les femmes, la mortalité augmente plus rapidement dans les Hauts-de-France : +20,6 % contre +13,8 % en France sur les dix dernières années. De fait, le taux régional se rapproche du taux national : différentiel de -15 % en 2011-2013 et de -10 % en 2021-2023.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)



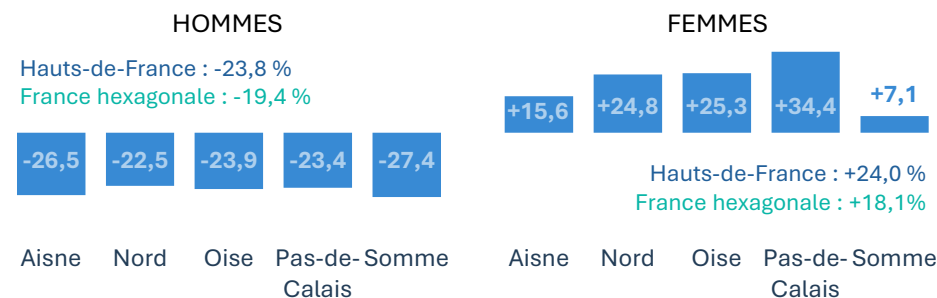
Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Les départements qui présentent les taux de mortalité et de prévalence prise en charge les plus élevés pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes, à savoir le Pas-de-Calais et le Nord, ont les taux les plus faibles pour les femmes ; une situation inverse est constatée pour l'Oise.

Au niveau des territoires de proximité, la **mortalité masculine pour ce cancer est marquée pour Lens - Hénin** (+62 % par rapport à la France), le **Valenciennois** (+41 %), le **Boulonnais** (+33 %) et **Béthune - Bruay** (+32 %). Il est à noter que certains territoires se démarquent avec une mortalité masculine assez proche de celle relevée en France : Haute Somme, Valois - Halatte - Creil, Soissons, Noyon - Compiègne, Amiens et Arrageois.

Pour les **femmes**, si la région est en sous-mortalité par rapport à la France, ce constat n'est pas retrouvé pour l'Oise et l'Aisne. Par ailleurs, il est à souligner l'**augmentation particulièrement élevée pour le Pas-de-Calais** : +34,4 % en dix ans contre +18,1 % en France.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (en %)



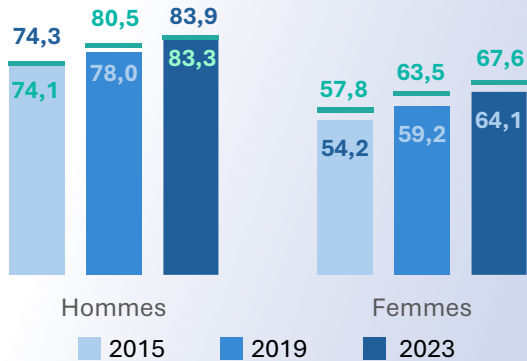
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

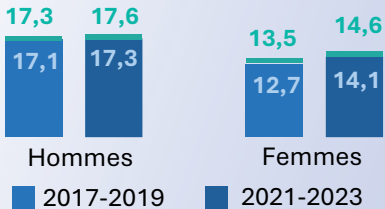
ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

■ Hauts-de-France — France hexagonale

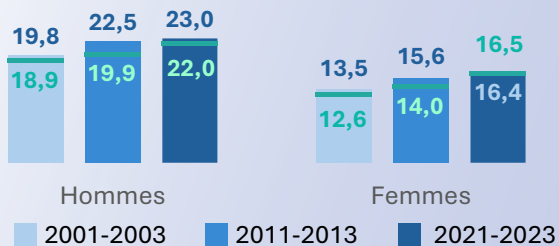
... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cham, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Chez les hommes comme chez les femmes, les taux de **prévalence prise en charge** et de **mortalité** liés aux cancers du pancréas sont **en hausse**. Les admissions en ALD augmentent chez les femmes et sont stables chez les hommes. Pour **la plupart des indicateurs**, les **taux régionaux** et nationaux sont **comparables**, à **l'exception** de la **prévalence** chez les **femmes**, inférieure en région à celle observée en France hexagonale.

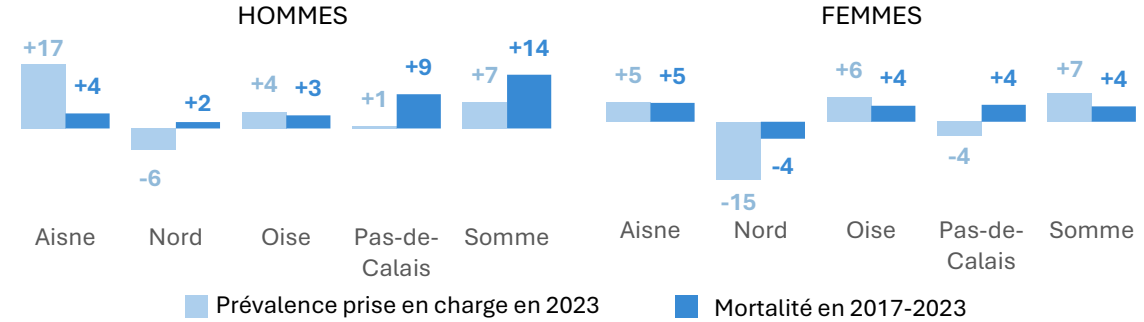
Concernant la prévalence prise en charge, les taux augmentent plus rapidement chez les femmes que chez les hommes (respectivement +18,3 % et +12,9 % entre 2015 et 2023 dans les Hauts-de-France) et à un rythme proche en région et en France. Il est à noter, que **chez les femmes pour le cancer actif** du pancréas, le **taux régional est proche du taux national** (alors qu'il est plus faible pour celui sous surveillance).

Les admissions en ALD chez les femmes ont davantage progressé dans les Hauts-de-France que dans le reste du pays, conduisant à un rapprochement avec les niveaux nationaux.

Le taux de mortalité masculin régional a tendance à fluctuer ; ces dernières années, il reste assez proche de celui de la France. Chez les femmes, à l'instar de la prévalence, la progression de la mortalité est plus marquée que chez les hommes. De plus, toujours chez les femmes, la région a réduit sa surmortalité auparavant significative, ramenant le taux de mortalité à un niveau proche de celui de la France.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

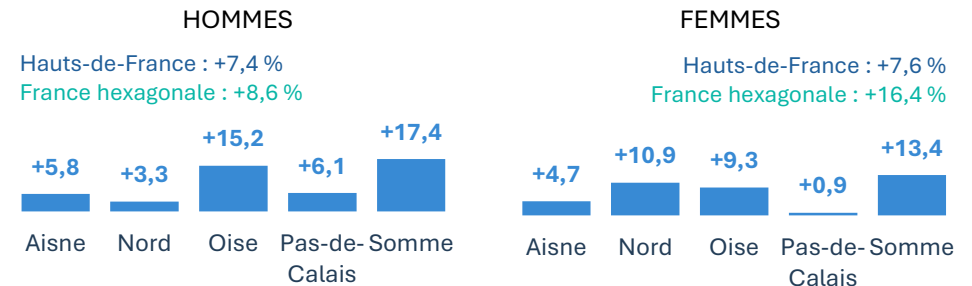


Source : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Concernant la prévalence prise en charge, **l'Aisne se distingue par un taux masculin plus élevé** que celui relevé dans l'Hexagone. Chez les femmes, le niveau plus faible s'explique par la faible prévalence du Nord, inférieure de 15 % à la moyenne nationale ; les autres départements ne se distinguent pas du niveau national. En matière de mortalité, une surmortalité est observée dans le Pas-de-Calais et la Somme chez les hommes.

À l'échelle des territoires de proximité, chez les hommes, **Béthune-Bruay présente un taux de prévalence prise en charge inférieur à celui de la France** (de l'ordre de -20 %), tandis que **Soissons et le Boulonnais présentent une prévalence supérieure** au niveau national. Concernant la mortalité, Abbeville, le Boulonnais et Laon enregistrent chez les hommes des excédents en regard de la France d'environ 25 %, de même que le Montreuillois chez les femmes. À l'inverse, seuls le Douaisis et Guise - Hirson affichent, chez les femmes, une mortalité inférieure à la moyenne nationale.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (en %)



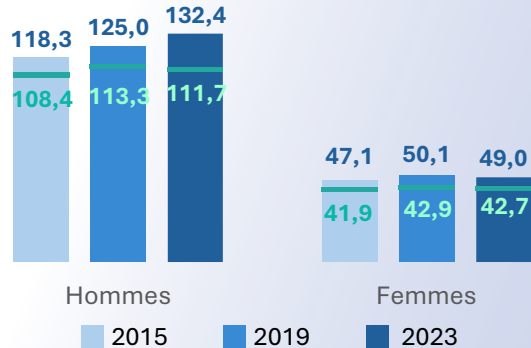
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

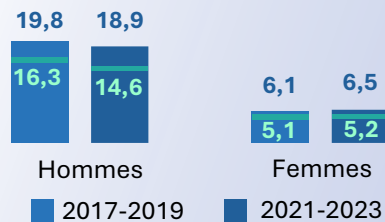
ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

■ Hauts-de-France — France hexagonale

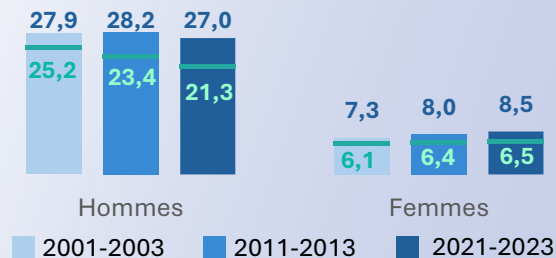
... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cham, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Pour le cancer du foie, quelle que soit la source de données, **les taux relevés dans les Hauts-de-France sont plus élevés que ceux de France**. Les écarts avec le niveau national sont un peu plus marqués chez les hommes pour la prévalence prise en charge et les admissions en ALD, et chez les femmes pour la mortalité.

Chez les hommes, la **prévalence prise en charge progresse**, avec une forte hausse entre 2022 et 2023 (+6,0 %), tandis que **la mortalité et les admissions en ALD demeurent relativement stables**.

Chez les femmes, les taux fluctuent d'une année sur l'autre, avec toutefois une tendance à la stabilité.

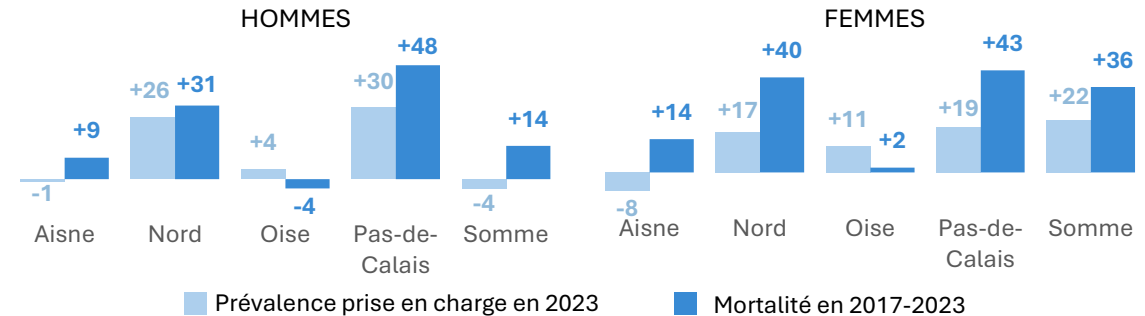
Concernant la prévalence prise en charge, pour les deux sexes, les taux de cancer du foie actifs sont au moins deux fois plus importants que ceux sous surveillance.

Pour les admissions en ALD, les récentes hausses régionales portent l'écart avec le niveau national à +29 % chez les hommes ; il était de l'ordre de +20 % par le passé.

Les écarts de mortalité avec la France hexagonale se sont nettement accentués sur vingt ans : +11 % en 2001-2003, +20 % en 2011-2013 et +27 % en 2021-2023 chez les hommes et respectivement +18 %, +25 % et +30 % chez les femmes. Cette évolution s'explique, chez ces dernières, par une hausse du taux régional en début de période et, chez les hommes, par une baisse relativement continue du taux national, alors que le taux régional a connu plusieurs hausses successives, mais tend à se stabiliser ces dernières années.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

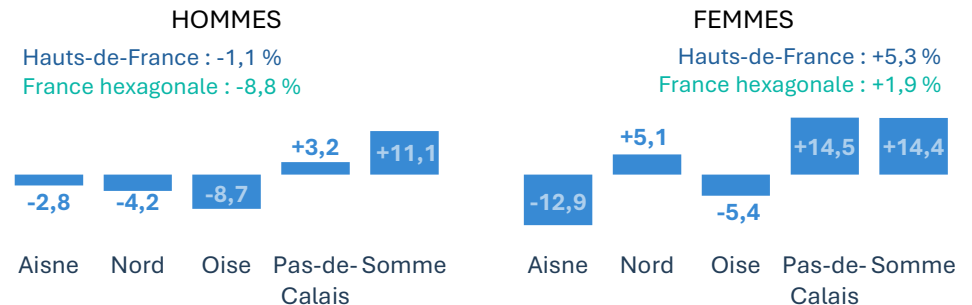


Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Concernant la prévalence prise en charge, les **départements du Nord et du Pas-de-Calais** se distinguent par des **taux élevés chez les hommes comme chez les femmes** ; chez ces dernières, la **Somme présente également un taux élevé**. En matière de mortalité, ces trois départements affichent aussi des taux supérieurs à la moyenne nationale pour les deux sexes.

Chez les hommes, plus d'un tiers des territoires de proximité a une prévalence supérieure à la moyenne nationale. Ils sont presque exclusivement situés dans le Nord et le Pas-de-Calais, à l'exception de Saint-Quentin. Un constat analogue est porté pour la mortalité, avec en plus Montdidier - Santerre qui est dans une situation de surmortalité par rapport à la France. Chez les femmes, il est à noter que le territoire de proximité de Beauvais présente un taux significativement plus faible que celui de la France.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (en %)



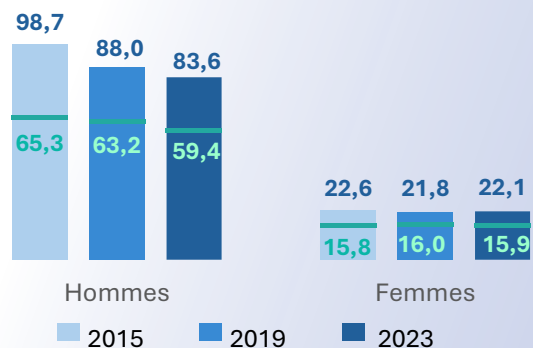
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

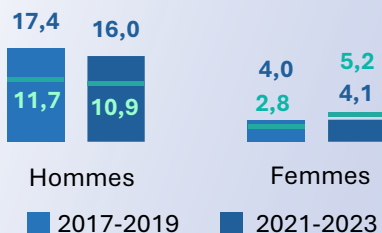
ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

■ Hauts-de-France — France hexagonale

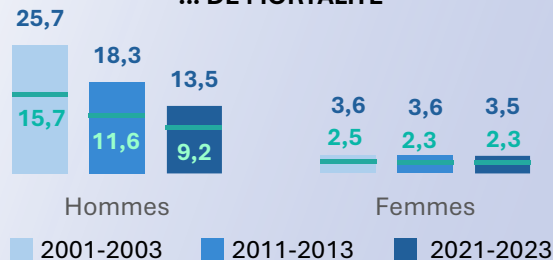
... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cham, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Chez les hommes, les taux de prévalence prise en charge, d'admissions en ALD et de mortalité liés aux cancers de l'œsophage **sont en baisse**. Chez les femmes, ils sont relativement stables. Pour les deux sexes, les taux régionaux demeurent nettement supérieurs à ceux de la France hexagonale : plus de +45 % pour la mortalité et les admissions en ALD, et de l'ordre de +40 % pour la prévalence prise en charge.

Chez les hommes, la diminution plus marquée de la prévalence prise en charge en région qu'au niveau national a permis une réduction de l'écart entre les deux zones, passant de +51 % en 2015 à +41 % en 2023. Chez les femmes, une légère réduction du différentiel est observée : passant de +43 % à +39 % sur la même période.

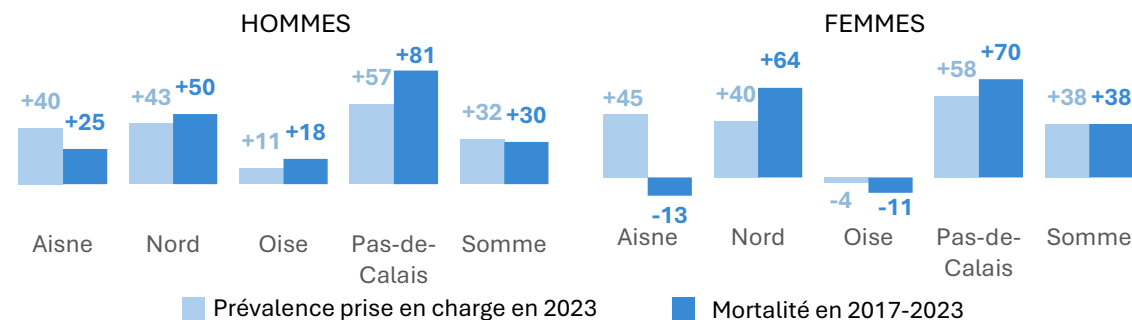
Les cancers actifs sont plus fréquents que les cancers sous surveillance : respectivement 53,5 contre 30,1 cas pour 100 000 hommes, et 14,0 cas contre 8,1 pour 100 000 femmes.

Du fait d'une diminution plus soutenue de la mortalité masculine par cancer de l'œsophage dans les Hauts-de-France qu'en France, la surmortalité relevée en région s'est réduite de 20 points en vingt ans : +64 % en 2001-2003, +57 % en 2011-2013 et +46 % en 2021-2023.

Chez les femmes, il n'y a pas de tendance nette qui ressort. En 2021-2023, la surmortalité relevée avec la France est importante, avoisinant les +50 %.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

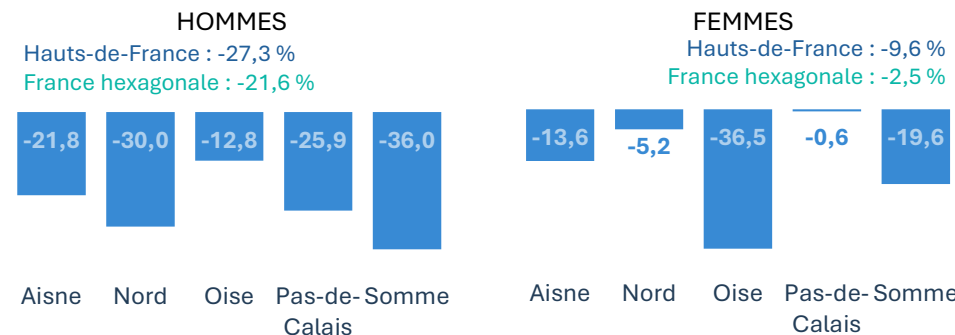


Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Tous les départements, hormis l'Oise, ont une prévalence du cancer de l'œsophage supérieure à la France, particulièrement élevée dans le Pas-de-Calais et le Nord. Ceci se retrouve au niveau des territoires de proximité. Les taux sont plus faibles dans la partie sud de la région, avec toutefois une prévalence féminine élevée pour Amiens et Montdidier - Santerre et masculine pour Saint-Quentin, Haute Somme et Abbeville. Dans la partie nord, les prévalences les plus élevées sont retrouvées dans le Hainaut, au niveau du Bassin minier, du Boulonnais et du Calais ; sont à mentionner, pour les femmes, Lille et l'Arrageois.

Les cinq départements sont en surmortalité par rapport à la France pour les hommes. Chez les femmes, trois départements le sont, les taux de l'Oise et de l'Aisne ne se distinguent pas de celui de la France. En dix ans, la mortalité masculine a diminué dans tous les départements, particulièrement dans la Somme. Chez les femmes, les taux ont peu évolué, à l'exception de l'Oise et la Somme (pour ce dernier, les taux se sont stabilisés à compter de 2010-2016).

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (en %)

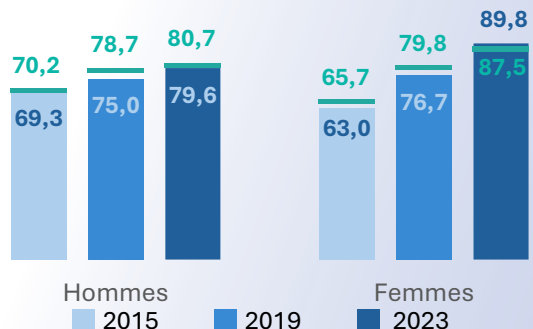


Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

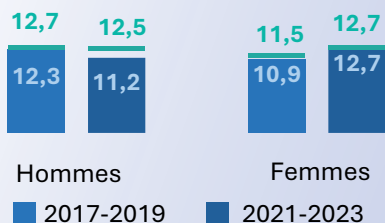
SITUATION RÉGIONALE

ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

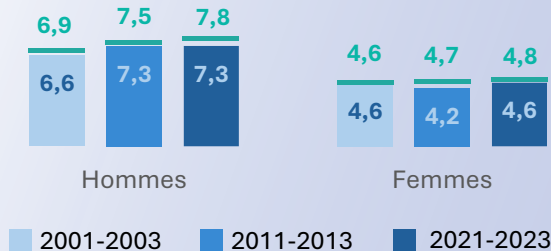
■ Hauts-de-France — France hexagonale
... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Les **taux régionaux de morbidité diagnostiquée et de mortalité sont proches de ceux de la France**, hormis pour les admissions en ALD chez les hommes (valeur un peu plus faible). Les évolutions varient selon l'indicateur. La prévalence prise en charge augmente chez les hommes et les femmes, tandis que la mortalité reste plutôt stable. Le taux d'admissions en ALD baisse chez les hommes et augmente chez les femmes.

Pour la **prévalence prise en charge**, les **taux augmentent au même rythme en région et en France**.

L'écart entre les cancers actifs et sous surveillance est plus marqué chez les femmes (39,0 contre 50,8 pour 100 000) que chez les hommes (39,4 contre 40,2).

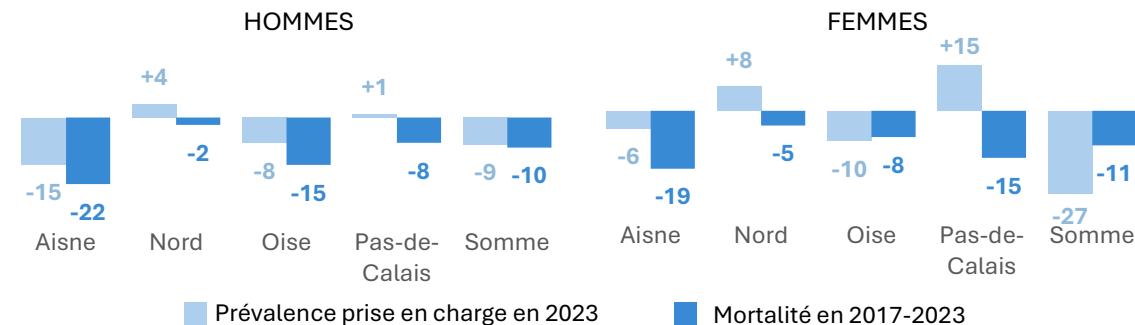
S'agissant des admissions en ALD, le taux régional diminue chez les hommes alors que le taux national reste stable, faisant passer le différentiel de -3 % en 2017-2019 à -11 % en 2021-2023.

Chez les femmes, les évolutions régionales et nationales sont similaires, maintenant un taux proche de la moyenne nationale.

Enfin, en vingt ans, la mortalité a augmenté chez les hommes (+10,3 % entre 2001-2003 et 2021-2023 en région et +12,7 % en France). Au cours de cette période, des phases de légère augmentation et d'autres de diminution ont été relevées. Chez les femmes, le taux est resté stable en région : +0,7 % entre 2001-2003 et 2021-2023 ; +4,5 % pour la France.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

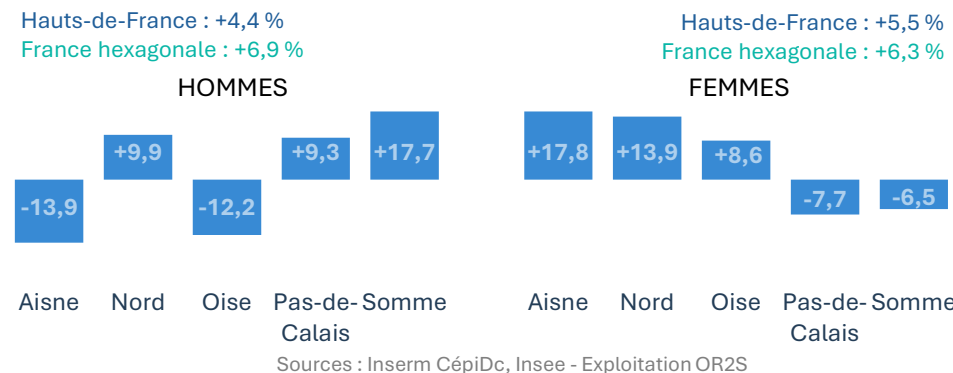


Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

En matière de prévalence prise en charge, **chez les hommes, l'Aisne se distingue du niveau national avec un taux plus faible** (notamment du fait du territoire de proximité de Château-Thierry). **Chez les femmes, le Nord et le Pas-de-Calais ont des taux supérieurs** à la moyenne nationale et, à l'inverse, la **Somme présente une valeur plus faible**. Pour le Pas-de-Calais, les territoires de proximité de l'Arrageois, Béthune - Bruay et Lens - Hénin sont plus spécifiquement à mentionner ; celui du Calais se démarque avec une prévalence plus faible que la France.

Concernant les décès, l'Aisne est en sous-mortalité en regard de la France pour les deux sexes ; le Pas-de-Calais l'est chez les femmes, tout comme l'Oise chez les hommes. Concernant les évolutions entre 2007-2013 et 2017-2023, si une augmentation est globalement relevée chez les hommes pour le Nord et le Pas-de-Calais, les dernières tendances sont à la stagnation pour le Nord et à la baisse pour le Pas-de-Calais.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)

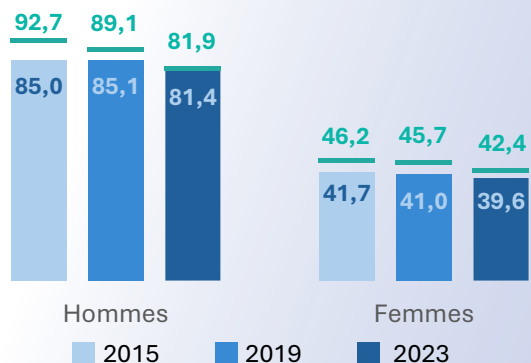


SITUATION RÉGIONALE

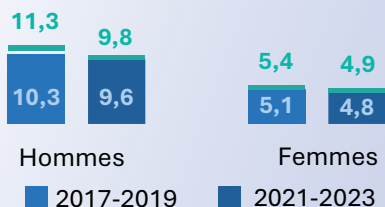
ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

■ Hauts-de-France — France hexagonale

... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cham, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Chez les hommes comme chez les femmes, les **taux de mortalité, de prévalence prise en charge et d'admissions en ALD** montrent une **tendance à la diminution des cancers de l'estomac**, qui demeurent un peu moins importante dans les Hauts-de-France qu'en France.

Les taux régionaux sont similaires à ceux de la France hexagonale, à l'exception de la prévalence prise en charge chez les femmes, légèrement inférieure à la moyenne nationale (-7 %).

Concernant la prévalence prise en charge, les baisses des taux entre 2015 et 2023 sont de -4,2 % chez les hommes (-11,3 % en France) et de -5,0 % chez les femmes (-8,3% en France). L'écart avec le niveau national s'est ainsi estompé pour les hommes (différentiel de -8 % en 2015) et s'est un peu réduit chez les femmes.

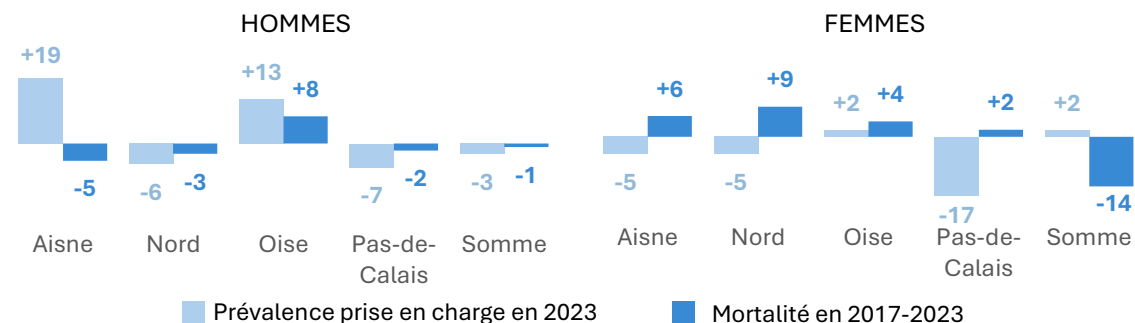
Pour un peu plus de la moitié, les cancers sont actifs, à savoir 55 % pour les hommes et 51 % pour les femmes (respectivement 54 % et 46 % en France).

Chez les femmes, la mortalité a diminué moins rapidement sur la dernière décennie que sur la précédente, et ce, de manière encore plus notable dans les Hauts-de-France : de l'ordre de -29 % en région comme en France entre 2001-2003 et 2011-2013, puis de -11,6 % en région et -22,8 % en France entre 2011-2013 et 2021-2023.

Chez les hommes, la diminution a été plus constante, de l'ordre de -25 % sur chacune des deux décennies en région comme en France.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)



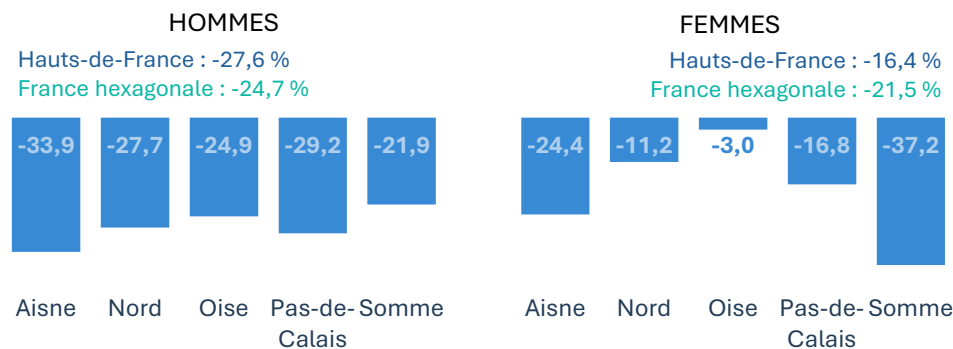
Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Concernant la **prévalence prise en charge**, **chez les hommes, l'Aisne et l'Oise présentent des taux supérieurs à celui de la France** ; **chez les femmes, le Pas-de-Calais est le seul département à avoir un taux plus faible**.

En ce qui concerne la **mortalité**, **aucun département**, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, **ne se distinguent du niveau national**.

La diminution des taux de mortalité apparaît plus homogène chez les hommes que chez les femmes : tous les départements ont enregistré une baisse d'au moins 20 % en dix ans, tandis que chez les femmes, la réduction observée dans l'Oise est plus limitée. De plus, pour le Nord et le Pas-de-Calais, les taux féminins semblent se stabiliser ces dernières années.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (en %)



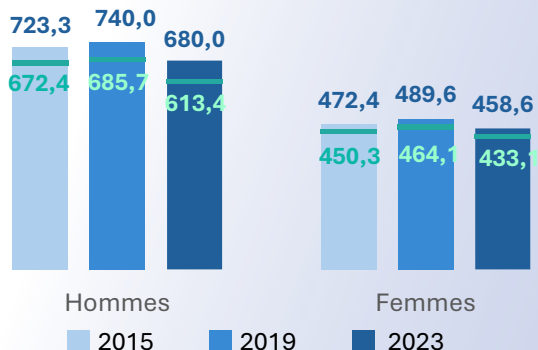
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

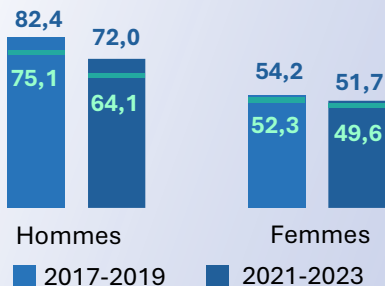
ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

■ Hauts-de-France — France hexagonale

... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Chnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Les taux de mortalité, de prise en charge et d'hospitalisation pour cancer colorectal sont en baisse pour les deux sexes, avec des valeurs plus élevées dans les Hauts-de-France que dans l'ensemble du pays.

Les **écarts avec la France sont plus importants chez les hommes** : d'un peu plus de +10 % pour la morbidité et de +27 % pour la mortalité contre environ +5 % et +16 % pour les femmes.

La **prévalence prise en charge a diminué à partir de 2018-2019**. La baisse a été un peu plus soutenue pour les hommes en France que pour ceux de la région, portant le différentiel à +11 % en 2023, contre +8 % en 2018. Chez les femmes, les diminutions régionale et nationale sont comparables. Enfin, les différentiels avec la France sont plus élevés pour les cancers actifs (+16 % pour les hommes et +9 % pour les femmes) que pour ceux sous surveillance (respectivement +7 % et +4 %).

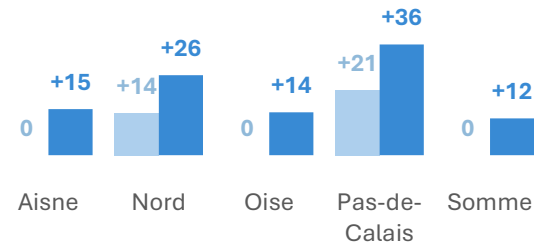
Pour **les admissions en ALD, les baisses ont été un peu plus marquées en France qu'en région** : -14,7 % contre -12,6 % pour les hommes et -5,2 % contre -4,6 % pour les femmes.

Le **taux de mortalité masculin diminue moins rapidement dans les Hauts-de-France** qu'au niveau national, ce qui augmente la surmortalité régionale par rapport à la France : +27 % en 2021-2023 contre +20 % en 2011-2013. À l'inverse, la **mortalité féminine a diminué plus vite** dans la région, rapprochant le taux régional du taux national : le différentiel passe de +21 % en 2011-2013 à +16 % en 2021-2023.

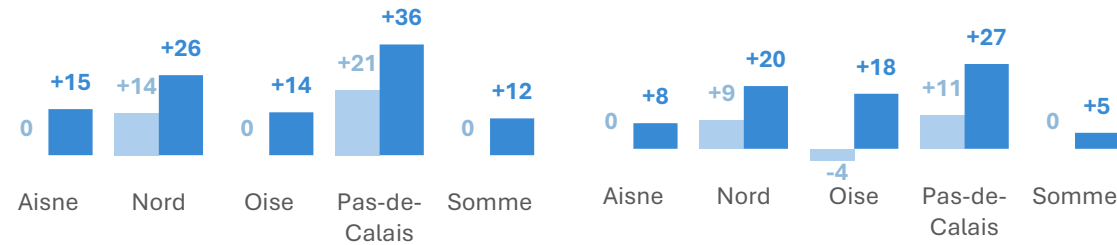
SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

HOMMES



FEMMES



■ Prévalence prise en charge en 2023 ■ Mortalité en 2017-2023

Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Tant chez les hommes que chez les femmes, la **prévalence du cancer du côlon-rectum** prise en charge est identique à celles de la France dans les trois départements de l'ex-Picardie. En revanche, les **taux sont particulièrement élevés dans le Nord et le Pas-de-Calais**, plus particulièrement chez les hommes. Pour la mortalité, tous les départements présentent des taux masculins supérieurs à ceux de l'Hexagone ; chez les femmes, seuls l'Aisne et la Somme ne se distinguent pas significativement du niveau national. À noter que, là encore, **les deux départements du nord de la région se démarquent avec un important niveau de surmortalité**.

Au niveau des territoires de proximité, comme mentionné précédemment, les taux sont plus élevés dans ceux de la partie nord de la région, tant pour la prévalence que pour la mortalité. Sont plus spécifiquement à mentionner ceux situés sur un axe reliant Sambre Avesnois aux Calaisais et Boulonnais en passant par le Bassin minier. **Chez les femmes** il est à souligner le **fort niveau de mortalité pour deux territoires plus au Sud : Soissons et Valois - Halatte - Creil** ; les **taux de prévalence prise en charge sont, en revanche, plus faibles qu'en France**.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)

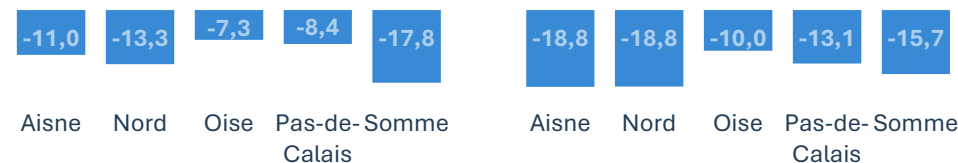
HOMMES

Hauts-de-France : -11,7 %
France hexagonale : -17,4 %



FEMMES

Hauts-de-France : -16,1 %
France hexagonale : -14,8 %



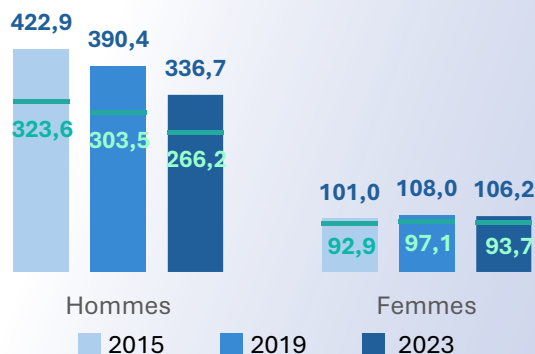
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

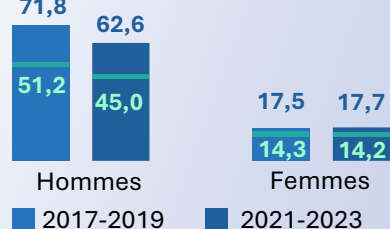
ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

■ Hauts-de-France — France hexagonale

... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cham, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Quel que soit le sexe, **les taux régionaux de mortalité, de prévalence prise en charge et d'admissions en ALD pour le cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) dépassent de manière sensible les taux nationaux.**

Chez les hommes, les taux indiquent une diminution de ce cancer. Chez les femmes, les taux évoluent peu.

Les **taux de prévalence masculin** baissent à la fois en région (-20,4 % entre 2015 et 2023) et en France (-17,7 %). La **diminution plus marquée pour la région** a impliqué une atténuation du différentiel avec la France : passant de +31 % en 2015 à +27 % en 2023. **Chez les femmes**, les taux ont augmenté entre 2016 et 2020, puis ont diminué, davantage en France, entraînant **une hausse du différentiel régional atteignant +13 % en 2023.**

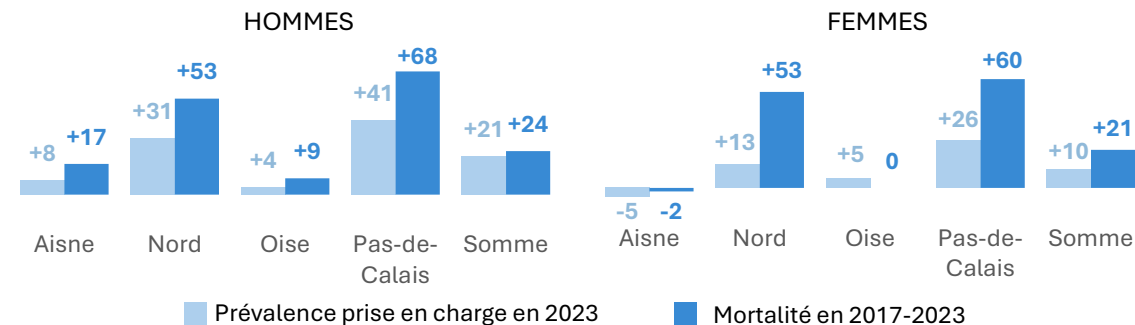
Concernant les **admissions en ALD**, si le **taux masculin** a diminué entre 2017-2019 et 2021-2023, il **tend plutôt à se stabiliser ces dernières années.** Chez les femmes, les taux sont restés stables, avec un surplus régional de +25 % en 2021-2023 (+39 % pour les hommes).

Une **diminution plus marquée du taux de mortalité masculin en région** a permis de réduire le surplus avec la France, passant de +59 % à +41 % en vingt ans.

En revanche, chez les femmes, les fluctuations plus importantes observées en région, liées aux faibles effectifs, se traduisent par une évolution irrégulière du différentiel, alternant hausse et réduction, pour atteindre +44 % en 2021-2023.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

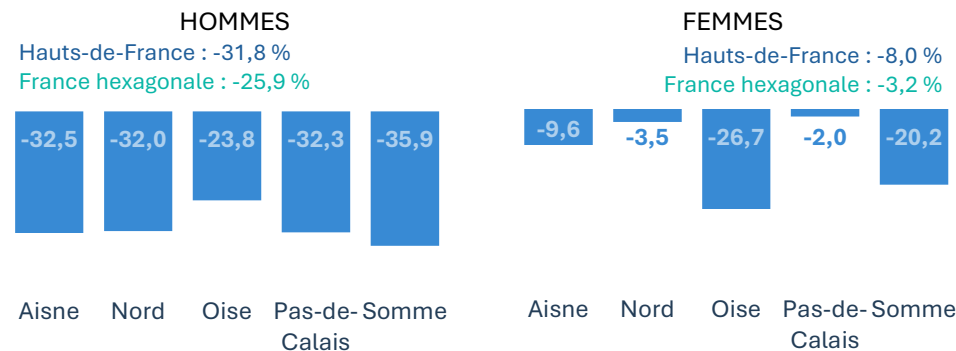


Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Que ce soit **pour la prévalence prise en charge ou pour la mortalité**, chez les hommes comme chez les femmes, **le Nord et le Pas-de-Calais sont particulièrement concernés par le cancer des VADS** (avec toutefois un écart avec la France un peu moins élevé pour la prévalence féminine). Dans la partie sud de la région, **l'Oise a une situation similaire à celle de la France, de même que l'Aisne chez les femmes.** Pour ce dernier département chez les hommes et pour la Somme pour chacun des deux sexes, les taux sont un peu plus élevés que ceux de France.

Au niveau des territoires de proximité, hormis l'Arrageois chez les femmes, tous ceux des deux départements du nord de la région présentent des taux particulièrement élevés. Les territoires de proximité de la Somme et de l'Aisne, limitrophes aux deux départements précédemment mentionnés, présentent également des taux un peu plus importants que ceux plus au Sud (hormis Saint-Quentin chez les femmes pour la mortalité).

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)



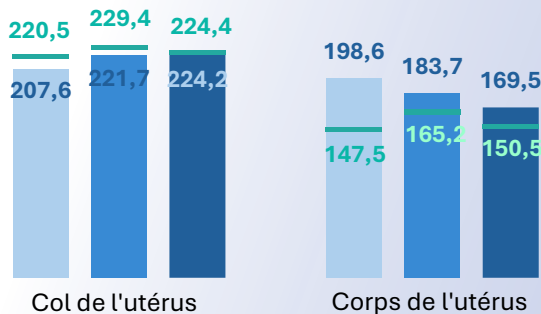
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

ÉVOLUTION DU TAUX... (POUR 100 000)

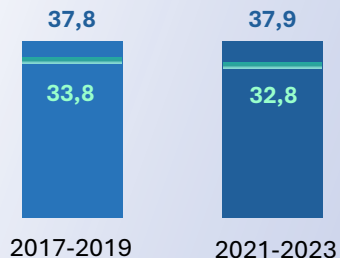
■ Hauts-de-France — France hexagonale

... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE

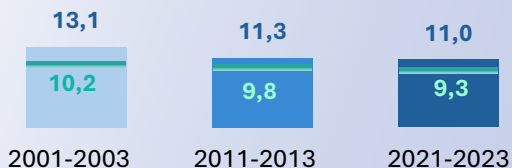


■ 2015 ■ 2019 ■ 2023

... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cham, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Le cancer de l'utérus regroupe ceux du col et du corps. Selon la source de données, il n'est pas possible de les dissocier*.

Les **données de prévalence issues de la cartographie des pathologies** permettent la distinction. En 2023, dans les Hauts-de-France, il y a un peu plus de femmes prises en charge pour un cancer du col (un peu plus de 6 700) que pour le corps (près de 5 500). **Pour le corps, le taux régional est plus élevé que celui de la France et, pour le col, les deux taux sont proches.**

Concernant les évolutions, la prévalence des cancers du corps de l'utérus diminue et celle du col est stable depuis 2021 (après une phase d'augmentation).

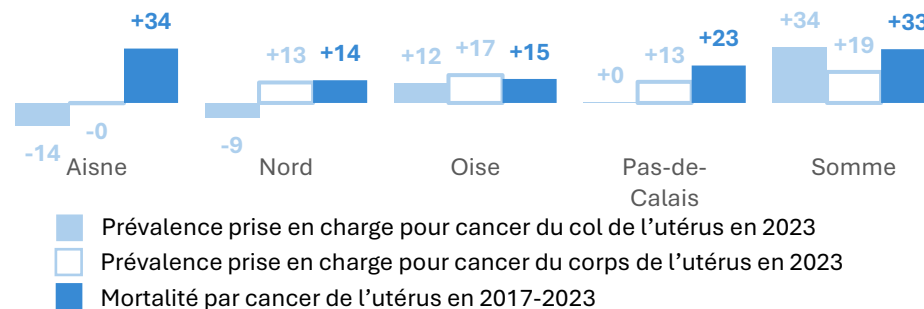
Concernant les **admissions en ALD et la mortalité**, le cancer de l'utérus est abordé dans sa globalité. Les **taux régionaux sont plus élevés que ceux du niveau national** : écart de +16 % pour les admissions et de +18 % pour la mortalité en 2021-2023.

En vingt ans, la mortalité régionale a davantage diminué que celle de l'ensemble du pays. Cependant, ce constat est porté sur la première décennie ; **sur la deuxième, il y'a eu un fléchissement de la diminution**, à l'inverse de la France. Ainsi, entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux régional a diminué de -13,8 % puis, entre 2011-2013 et 2021-2023, la baisse est seulement de -2,7 % ; ces évolutions sont de -3,8 % et -5,2 % pour la France.

* La part de décès codés en C55 « Tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée » représente dans les Hauts-de-France en 2021-2023 47 % des cancers de l'utérus ; pour les admissions en ALD la part est de 25 %.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

La Somme présente à la fois une forte surmortalité pour le cancer de l'utérus et des taux élevés de prévalence prise en charge, tant pour le col que pour le corps de l'utérus. Si la mortalité a diminué en dix ans dans ce département, ces dernières années, elle est plutôt stable.

Au niveau des territoires de proximité, Montdidier - Santerre et Amiens ont des taux élevés pour les trois indicateurs ; Abbeville et Haute Somme ont une prévalence du col de l'utérus plus faible que celle de France.

L'Aisne présente une surmortalité élevée, mais les taux de prévalence sont moindres. Ils sont au niveau de celui de la France pour le cancer du corps de l'utérus et plus faible pour celui du col. Concernant l'évolution de la mortalité, la tendance est plutôt à l'augmentation.

La surmortalité est le fait des trois territoires de proximité le plus au nord du département, Soissons et Château-Thierry ont des taux quasiment identiques à celui de la France (et plus faibles pour la prévalence). Saint-Quentin, en situation de surmortalité, présente des prévalences plus faibles.

Les trois autres départements se retrouvent également en situation de surmortalité, mais avec un différentiel moindre et une prévalence plus élevée que celle de France pour le corps de l'utérus ; pour le col, ils sont tous les trois dans une situation différente : l'Oise a un taux plus élevé que celui de France, le Pas-de-Calais a un taux identique et le Nord plus faible.

Au niveau des territoires de proximité, quel que soit l'indicateur, de forts contrastes sont relevés.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)



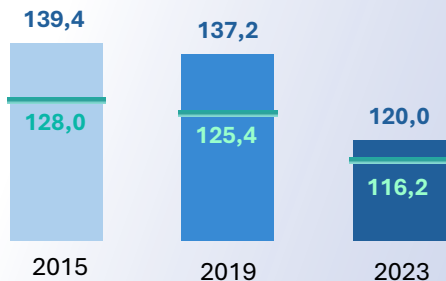
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

ÉVOLUTION DU TAUX... (POUR 100 000)

■ Hauts-de-France — France hexagonale

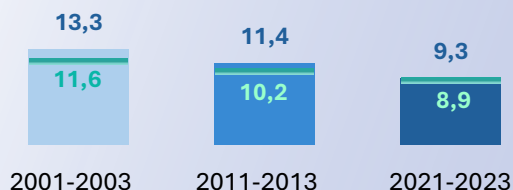
... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Les indicateurs de morbidité et de mortalité relevés dans les Hauts-de-France pour le cancer de l'ovaire sont assez proches de ceux relevés sur l'ensemble du pays ; seul le taux de prévalence prise en charge se distingue significativement, avec un écart de +3 % en 2023.

Les taux de prévalence prise en charge et de mortalité ont diminué plus fortement que ceux d'admissions en ALD, tant au niveau régional que national.

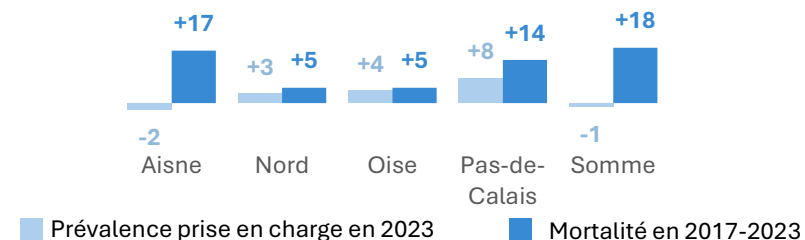
La baisse de la prévalence prise en charge est plus prononcée en région qu'au niveau national (respectivement -13,9 % et -9,2 % entre 2015 et 2023), réduisant le différentiel de +9 % en 2015 à +3 % en 2023.

Les cancers actifs de l'ovaire sont plus nombreux que les cancers sous surveillance : 66,6 cas pour 100 000 femmes contre 53,5. Le taux de cancers sous surveillance reste supérieur en région par rapport à la moyenne nationale (+7 %), alors que les cancers actifs présentent des niveaux comparables.

Les taux de mortalité régionaux et nationaux ont diminué de manière relativement continue en vingt ans, avec une baisse plus prononcée pour les Hauts-de-France. Ainsi, entre 2001-2003 et 2011-2013. De plus, en région, la baisse a été un peu plus intensive : de -14,4 % entre 2001-2003 et 2011-2013, puis -18,3 % entre 2011-2013 et 2021-2023 contre respectivement -11,6 % et -13,4 % pour la France. De fait, le taux régional a progressivement diminué pour atteindre, sur la période 2021-2023, un niveau proche à la moyenne nationale, alors qu'il était de 15 % plus élevé en 2001-2003.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Tant pour la mortalité que pour la prévalence prise en charge, le Pas-de-Calais se démarque avec des indicateurs relatifs au cancer de l'ovaire plus élevés que ceux relevés en France.

L'Aisne et la Somme sont en situation de surmortalité, mais ne diffèrent pas de la France pour la prise en charge. Pour le Nord et l'Oise, aucune différence significative avec le niveau national n'est relevée.

En dix ans, entre 2007-2013 et 2017-2023, la mortalité par cancer de l'ovaire a particulièrement diminué dans l'Oise. Pour le Nord, la diminution a été plus marquée que celle constatée en France.

Dans l'Aisne, elle est particulièrement faible. En outre, l'Aisne et la Somme avaient un niveau de mortalité par cancer de l'ovaire qui ne différait pas de celui de la France en 2007-2013, mais, du fait de la faible diminution, ils sont désormais en situation de surmortalité. Les dernières tendances sont, *a minima*, à la stagnation du différentiel, voire à la diminution.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)



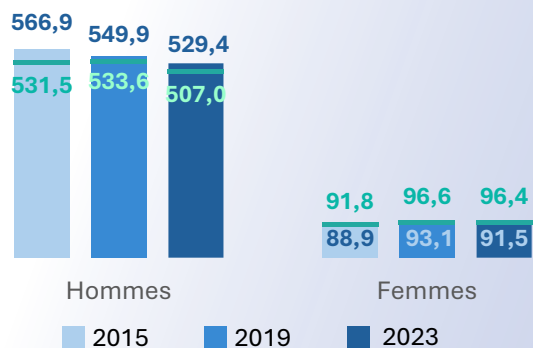
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

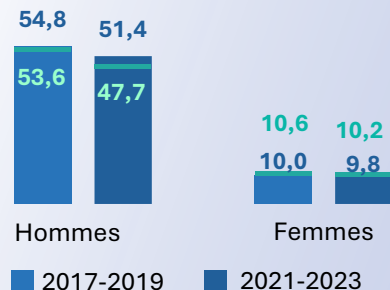
ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (POUR 100 000)

■ Hauts-de-France ■ France hexagonale

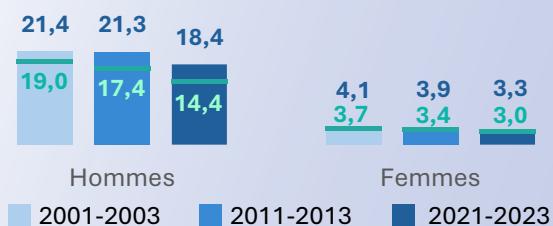
... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Chez les hommes, la mortalité, la prévalence prise en charge et les admissions en ALD diminuent, mais restent supérieures dans les Hauts-de-France.

Chez les femmes, la prévalence et les ALD sont globalement stables, tandis que la mortalité diminue, tout en demeurant plus élevée en région. La prévalence y est toutefois plus faible et le taux d'ALD proche en regard du niveau national.

Chez les hommes, en région comme en France, la prévalence prise en charge a baissé entre 2015 et 2023, mais avec une période de stagnation entre 2017 et 2019.

Le taux régional est resté plus élevé que celui de France (écart de +4 % en 2023). Entre 2019 et 2023, la baisse est de 3,7 % pour la région et de 5,0 % pour la France.

Chez les femmes, la situation est inversée : **augmentation des taux** (+2,8 % en région et +5,0 % en France entre 2015 et 2023), avec un **taux régional qui est resté plus faible que celui de France** (écart de -5 % en 2023).

En région, les taux de cancers actifs et sous surveillance sont proches, mais les écarts avec la France sont plus marqués pour les cancers actifs (+7 % chez les hommes, +2 % chez les femmes) que pour ceux sous surveillance (-1 % et -9 %).

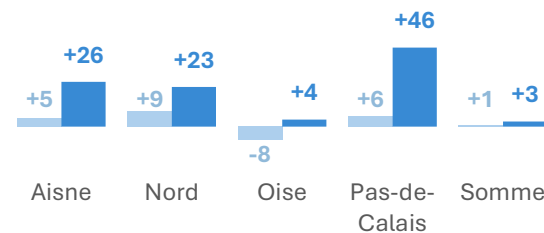
Pour les ALD, en 2021-2023, le différentiel avec la France est de +8 % chez les hommes et de -3 % chez les femmes.

Chez les hommes, **la mortalité diminue moins rapidement en région qu'en France**, ce qui renforce la surmortalité régionale, passée de +13 % en 2001-2003 à +28 % en 2021-2023. Chez les femmes, la surmortalité est de +12 % en 2021-2023.

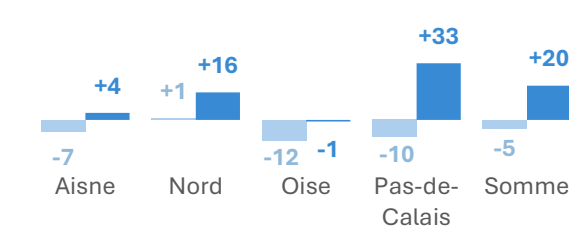
SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

HOMMES



FEMMES



■ Prévalence prise en charge en 2023 ■ Mortalité en 2017-2023

Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

En matière de prévalence prise en charge, **les départements du Nord et du Pas-de-Calais présentent des niveaux supérieurs à la moyenne nationale**, et ce, uniquement **chez les hommes** ; plus spécifiquement sont concernés les territoires de proximité situés au niveau du Bassin minier, ainsi que Lille et l'Arrageois.

À l'inverse, toujours chez les hommes, l'Oise se situe en deçà du niveau national. Chez les femmes, **l'Oise se distingue également par une prévalence plus faible** que celle observée en France hexagonale, tout comme le Pas-de-Calais.

S'agissant de la mortalité, **les départements du Nord et du Pas-de-Calais enregistrent des taux plus élevés que celui de France**, pour chacun des deux sexes. **Chez les hommes, l'Aisne vient s'ajouter à ces départements en surmortalité.**

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)

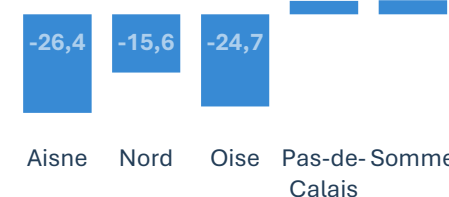
HOMMES

Hauts-de-France : -15,4 %
France hexagonale : -14,2 %



FEMMES

Hauts-de-France : -11,3 %
France hexagonale : -11,2 %

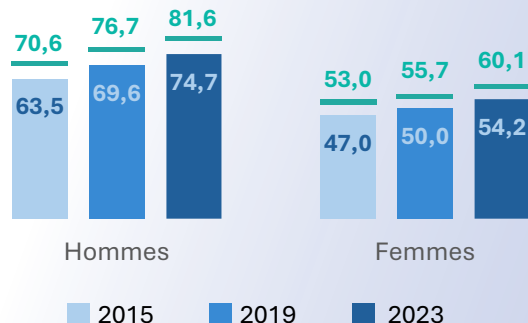


Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

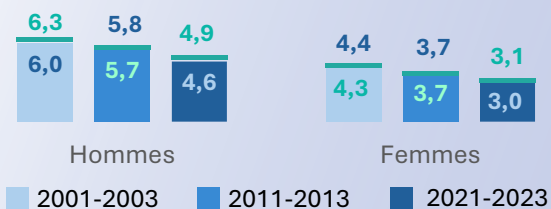
■ Hauts-de-France — France hexagonale
... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cham, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Chez les hommes comme chez les femmes, la **prévalence prise en charge** et les **admissions en ALD** sont en **augmentation**, tandis que la **mortalité diminue**. Pour les deux sexes, les **taux régionaux de prévalence prise en charge et d'admissions en ALD restent inférieurs aux niveaux nationaux**, alors que la **mortalité est comparable à celle de la France** hexagonale.

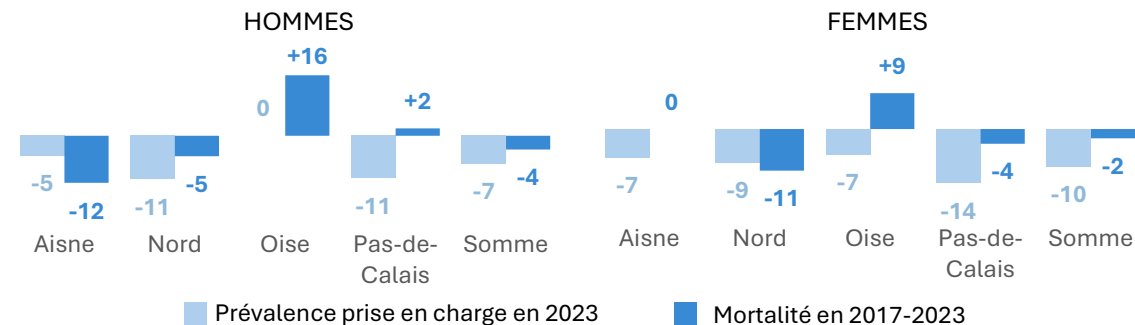
Les différentiels entre les taux régionaux et nationaux pour le cancer du myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes sont de -9 % pour les hommes et -10 % pour les femmes en 2023 ; ces écarts sont restés relativement stables depuis 2015. Pour la très grande majorité, ces cancers sont actifs : 74 % pour les hommes et 73 % pour les femmes. Les écarts avec la France sont plus marqués pour les taux des cancers sous surveillance (-12 % chez les hommes et -17 % chez les femmes) que pour ceux actifs (-7 % pour les deux sexes).

Pour les admissions en ALD, les écarts entre les taux relevés dans les Hauts-de-France en 2021-2023 sont de -8 % chez les femmes et de -11 % chez les hommes.

Enfin, tant pour les hommes que pour les femmes, la mortalité aux niveaux régional et national pour le cancer du myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes diminue de manière relativement similaire, malgré les fluctuations liées aux plus faibles effectifs observés dans les Hauts-de-France.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

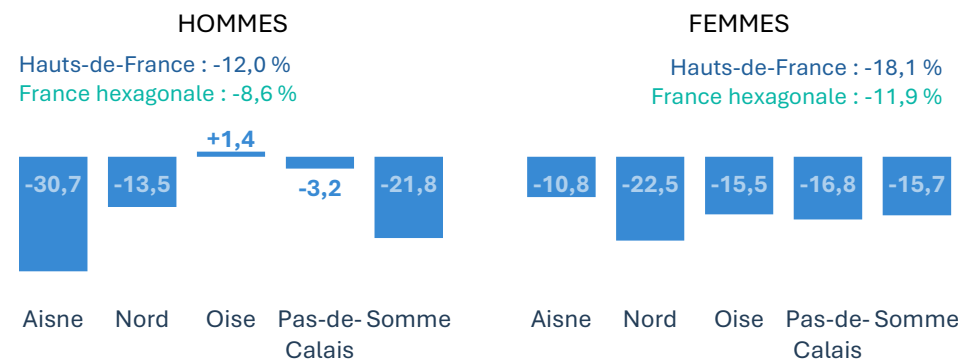


Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Les départements du Nord et du Pas-de-Calais se distinguent par des prévalences prises en charge qui sont significativement inférieures à celles de la France, aussi bien chez les hommes que chez les femmes ; pour les autres départements, aucune différence significative n'est relevée (pouvant s'expliquer par un manque de puissance statistique liée aux faibles effectifs).

S'agissant de la mortalité, seul le département du Nord se caractérise par une situation de sous-mortalité en regard de la France, observée uniquement chez les femmes. Dans les autres départements, les taux de mortalité ne diffèrent pas significativement de ceux de la France.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)



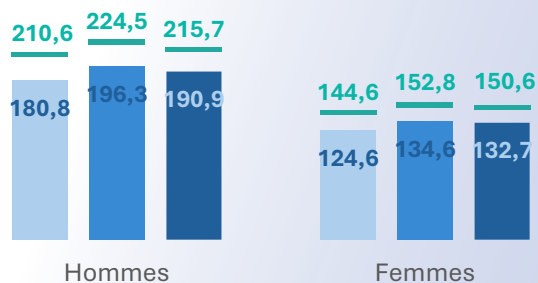
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

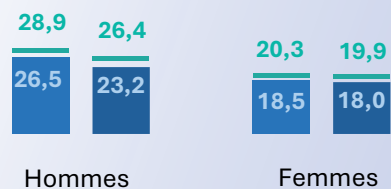
■ Hauts-de-France — France hexagonale

... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



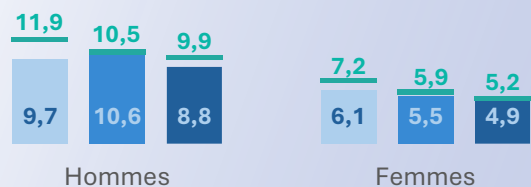
■ 2015 ■ 2019 ■ 2023

... D'ADMISSIONS EN ALD



■ 2017-2019 ■ 2021-2023

... DE MORTALITÉ



■ 2001-2003 ■ 2011-2013 ■ 2021-2023

Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Les indicateurs de morbidité diagnostiquée et de mortalité relevés pour le lymphome non hodgkinien sont les plus faibles des régions de France hexagonale, chez les hommes comme chez les femmes ; hormis pour la mortalité féminine où il est le second plus faible. Pour les dernières périodes disponibles (2023 pour la prévalence, et 2021-2023 pour les admissions en ALD et la mortalité), les écarts entre les taux régionaux et nationaux sont de l'ordre de -10 %/-12 %, hormis, là encore, pour la mortalité féminine où l'écart est de -5 % (non significativement différent).

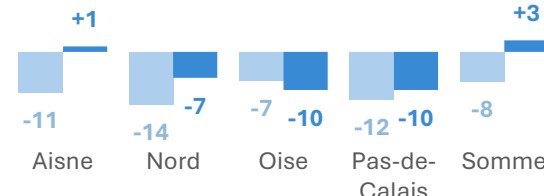
L'évolution des taux de prévalence prise en charge des lymphomes non hodgkiniens est plutôt stable depuis 2018 chez les femmes et depuis 2021 chez les hommes. Chez les hommes, les nombres de cancers actifs et sous surveillance sont très proches (respectivement 2 407 et 2 479 en 2023). Chez les femmes, il y a davantage de cancers sous surveillance : 2 370 contre 1 874 pour ceux actifs. Dans tous les cas, les taux régionaux sont plus faibles que les taux nationaux.

Concernant les évolutions de la mortalité, l'analyse est plus complexe du fait des fluctuations des taux, notamment pour la région (du fait des plus faibles effectifs). Au niveau national, les taux ont diminué en vingt ans, tant pour les hommes que pour les femmes, à un rythme un peu plus soutenu pour ces dernières (-27,9 % entre 2001-2003 et 2021-2013 contre -17,1 % pour les hommes). Sur la dernière décennie, une baisse est toujours constatée, mais elle est moins soutenue que précédemment.

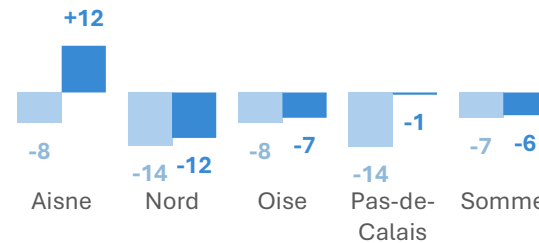
SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

HOMMES



FEMMES



■ Prévalence prise en charge en 2023 ■ Mortalité en 2017-2023

Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

En matière de prévalence prise en charge, chez les hommes comme chez les femmes, les taux sont globalement inférieurs à ceux de la France dans les cinq départements des Hauts-de-France. Font exception, la Somme pour chacun des deux sexes et l'Aisne chez les femmes, avec des taux qui ne se distinguent pas significativement de ceux de la France.

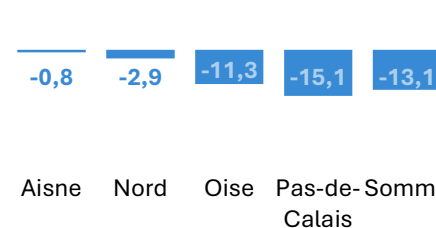
Pour un peu plus de la moitié, les territoires de proximité présentent des taux au moins inférieurs de 10 % à ceux des niveaux nationaux. Parmi ceux communs aux deux sexes figurent Soissons, le Dunkerquois, Lille, le Valenciennois et Lens - Hénin. S'y ajoutent, chez les hommes, le Cambrésis, le Douaisis et Roubaix - Tourcoing, et chez les femmes, Flandre Intérieure, Sambre-Avesnois, Noyon-Compiègne, l'Arrageois et Béthune-Bruay.

Les taux de mortalité par lymphome non hodgkinien sont inférieurs aux moyennes nationales dans le Nord, tandis que, pour les autres départements aucune différence significative n'est relevée.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (en %)

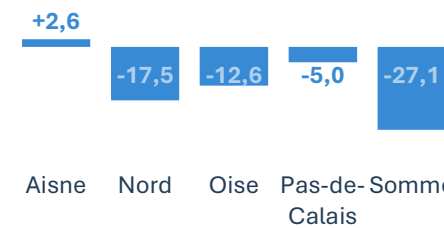
HOMMES

Hauts-de-France : -8,2 %
France hexagonale : -4,9 %



FEMMES

Hauts-de-France : -13,0 %
France hexagonale : -12,1 %



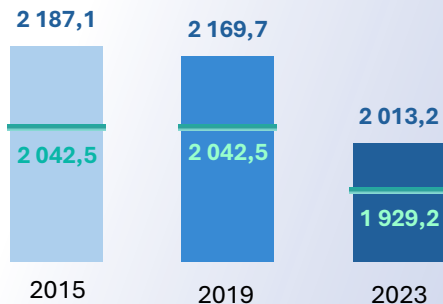
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

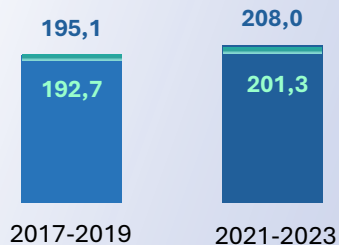
ÉVOLUTION DU TAUX... (POUR 100 000)

■ Hauts-de-France — France hexagonale

... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Les taux de mortalité et de prévalence prise en charge pour le cancer du sein sont en baisse, tant en région qu'en France, alors que les admissions en ALD augmentent.

L'ensemble de ces indicateurs demeure néanmoins plus élevé dans les Hauts-de-France qu'en France hexagonale.

Concernant la **prévalence prise en charge**, la **baisse a été plus marquée dans la région** que dans l'ensemble du pays (-7,9 % entre 2015 et 2023, contre -5,5 % au niveau national). Cette évolution a conduit à une réduction de l'écart avec la France, passant de +7 % à +4 %.

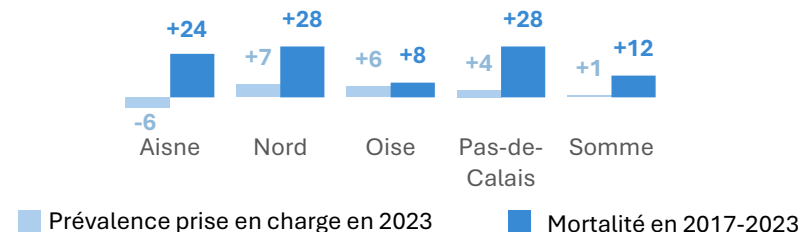
Les cas de cancers du sein sous surveillance sont nettement plus nombreux (40 860 en région en 2023) que ceux actifs (22 668), les écarts entre les taux régionaux et nationaux restent similaires (+4 %).

À l'inverse, **l'augmentation des taux d'admissions en ALD pour le cancer du sein a été un peu plus importante en région** : +6,6 % entre 2017-2019 et 2021-2023 contre +4,4 % en France hexagonale.

En vingt ans, **la mortalité par cancer du sein, tant pour la région que pour l'ensemble du pays, a diminué**. Pour la France, un fléchissement de la baisse est observé entre la première et la seconde décennie, alors qu'en région, elle demeure relativement constante : -9,8 % entre 2001-2003 et 2011-2013 et -9,3 % entre 2011-2013 et 2021-2023 en région et pour la France respectivement -11,6 % et -6,5 %. Aussi, le différentiel avec le niveau national a fluctué au cours de la période : de +19 % en 2004-2006 à +29 % en 2010-2012 ; en 2021-2023 il est de +24 %.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Seul le département de l'Aisne présente une prévalence de prise en charge inférieure à la moyenne nationale pour le cancer du sein ; la Somme se situe dans la moyenne, tandis que les autres départements affichent des taux supérieurs.

En revanche, **tous les départements connaissent une surmortalité par rapport à la France, particulièrement marquée dans le Nord, le Pas-de-Calais et l'Aisne**.

À l'échelle des territoires de proximité, ceux de l'Aisne (hormis Saint-Quentin, avec un taux proche de celui de la France) et certains du Pas-de-Calais (Audomarois et Calais) présentent une prévalence prise en charge inférieure à la moyenne nationale. À l'inverse, les taux les plus élevés concernent Valois - Halatte - Creil, Clermont, Lille, l'Arrageois et le Valenciennois.

La **majorité des territoires de proximité sont en situation de surmortalité par rapport à la France**, avec des surplus compris entre près de +15 % et +42 % (Guise - Hirson). Seuls **quelques territoires ne se distinguent pas significativement de la moyenne nationale**. Parmi ceux-ci, il y a deux groupes : ceux avec un différentiel compris entre +7 % et +14 % (Haute Somme, Abbeville, Noyon-Compiègne et Clermont) et ceux qui ont **un taux très proche** de celui de la France (**Montdidier - Santerre et Valois - Halatte - Creil**).

Enfin, **certains territoires cumulent une faible prévalence prise en charge et une mortalité élevée** (Guise - Hirson et Calais pour ceux qui présentent des plus forts niveaux de mortalité), tandis que d'autres présentent la situation inverse, comme Valois - Halatte - Creil.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)



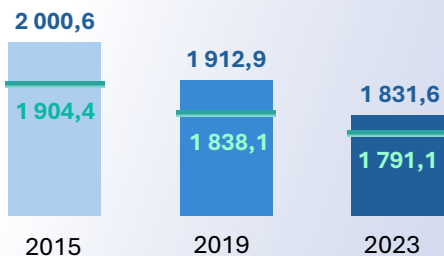
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

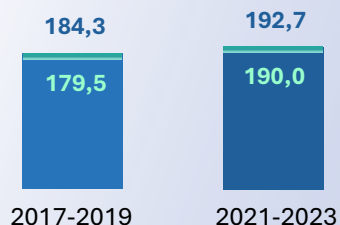
ÉVOLUTION DU TAUX... (POUR 100 000)

■ Hauts-de-France ■ France hexagonale

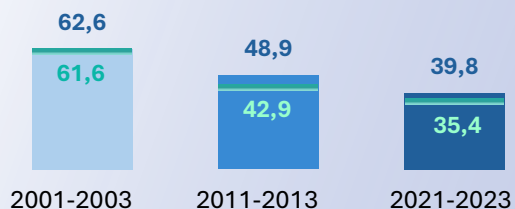
... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Les indicateurs de mortalité et de prévalence prise en charge montrent une diminution des cancers de la prostate, avec des **taux régionaux supérieurs aux taux nationaux**. En revanche, les admissions en ALD sont en hausse et atteignent désormais des niveaux proches de ceux observés en France.

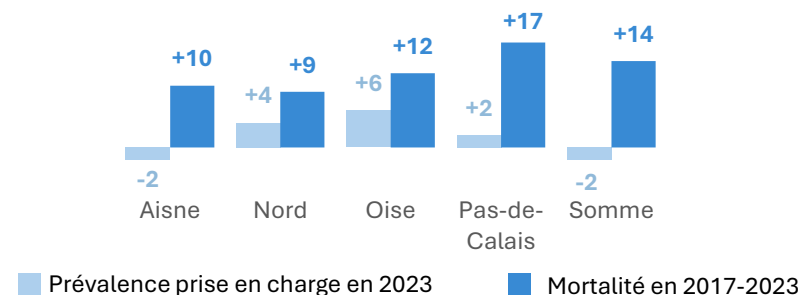
La **baisse de la prévalence prise en charge est plus marquée en région** (diminution des taux de -8,4 % entre 2015 et 2023) qu'en France (-6,0 %). Par ailleurs, que ce soit en région ou en France, les cancers actifs représentent 45 % de l'ensemble des cancers de la prostate.

Après une diminution des taux d'admissions en ALD entre 2017-2019 et 2019-2021, une hausse est observée aux niveaux régional et national, dépassant les valeurs antérieures. Par le passé, le taux relevé dans les Hauts-de-France était légèrement plus élevé que ce lui de France. Dernièrement l'écart n'est plus significatif.

Enfin, le **taux de mortalité par cancer de la prostate a fortement diminué depuis vingt ans**. La diminution a été plus tardive dans les Hauts-de-France qu'en France. Ces deux zones avaient un taux de mortalité proche en 2001-2003. Comme le taux régional est resté relativement stable jusqu'en 2006-2008, pendant que celui de la France diminuait, les écarts se sont creusés pour atteindre un pic à +20 %. Puis la mortalité a diminué de manière importante en région, permettant de résorber l'écart. Depuis 2010-2012, le taux régional diminue globalement au même rythme que celui de la France, maintenant une surmortalité de l'ordre de +12/+14 %.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Concernant la prévalence prise en charge, les départements de l'Oise et du Nord présentent des taux supérieurs à la moyenne nationale, les autres ne se distinguent pas du niveau national. En matière de décès, **l'ensemble des départements se caractérisent par une situation de surmortalité, plus prononcée dans le Pas-de-Calais**.

Au niveau des territoires de proximité, **généralement ceux qui ont les taux de prévalence les plus élevés sont ceux qui présentent les plus fortes surmortalités**. Sont ainsi concernés les territoires situés sur un axe ouest-est reliant le Boulonnais à Sambre Avesnois et, pour le sud de la région, Soissons et Valois - Halatte - Creil. **D'autres territoires ont aussi de forts niveaux de surmortalité, mais les taux de prévalence sont proches de celui de la France** : Montreuillois (plus forte surmortalité de la région, avec différentiel de +35 %), le Calais, Flandre Intérieure, Abbeville, Beauvais, Montdidier - Santerre. Enfin, **Guisé - Hirson détient un fort niveau de surmortalité (+25 %) et une faible prévalence (-10 %)** ; avec des différentiels avec la France moindres, le Douais et Lens - Hénin sont dans ce cas de figure.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

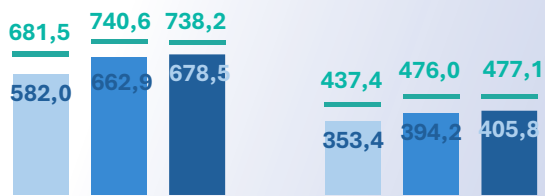
SITUATION RÉGIONALE

ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (POUR 100 000)

■ Hauts-de-France ■ France hexagonale

... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE

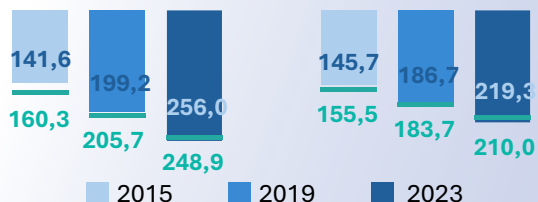
Cancer de la peau, hors mélanome



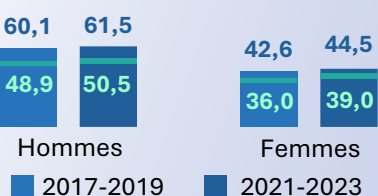
Hommes

Femmes

Mélanome de la peau



... D'ADMISSIONS EN ALD



... DE MORTALITÉ



Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

La **prévalence des mélanomes prise en charge augmente sensiblement, et ce, de manière encore plus soutenue chez les hommes** que chez les femmes. De plus, pour chacun des deux sexes, les **augmentations régionales sont plus conséquentes** que celles du niveau national. Ainsi, entre 2015 et 2023, les hausses régionales ont été de 80,8 % pour les hommes et de 50,6 % pour les femmes ; dans le même temps, ces augmentations sont respectivement de 55,3 % et de 35,0 % pour la France hexagonale.

Du fait de ces évolutions, les Hauts-de-France présentent depuis 2023 un taux masculin pour le mélanome de la peau plus élevé que celui de la France (+3 %), alors que, par le passé, il était plus faible (-12 % en 2015). La tendance est la même chez les femmes : différentiel avec le taux français de -6 % en 2015 et de +4 % en 2023.

La **prévalence du cancer de la peau** (hors mélanome) **a également progressé, à un rythme moins soutenu** que le mélanome. Là encore, la hausse est plus importante en région : de l'ordre de +12 % dans les Hauts-de-France et de +6 % en France, pour les hommes comme pour les femmes. Les taux régionaux demeurent plus faibles que ceux de l'ensemble du pays, mais avec des écarts moindres : -14 % en 2015 et -8 % en 2023 pour les hommes et respectivement -19 % et -15 % chez les femmes.

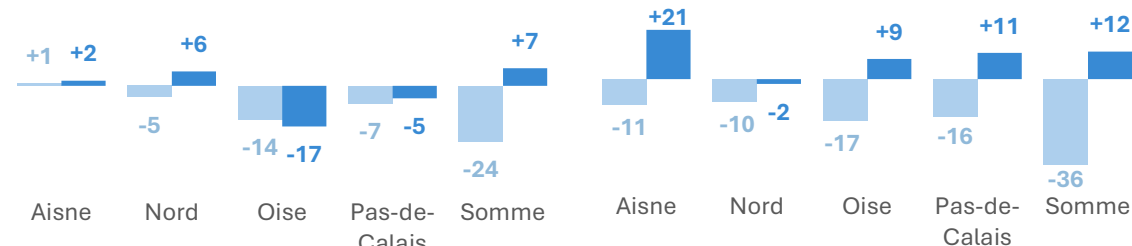
Pour l'ensemble des cancers de la peau (mélanome inclus), les **taux d'admissions en ALD sont plus élevés en région** qu'en France, et **les taux de mortalité sont assez proches**.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

HOMMES

FEMMES



■ Prévalence prise en charge en 2023 pour le cancer de la peau, hors mélanome
■ Mortalité en 2017-2023

Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

En matière de **prévalence prise en charge des cancers de la peau (hors mélanome)**, **seul l'Aisne chez les hommes a un taux similaire à celui de la France** ; **pour les quatre autres départements, chez les hommes et les femmes, ils sont inférieurs**. À noter que **quelques territoires de proximité ont des taux plus élevés que ceux de la France**. Sont à mentionner pour les hommes et les femmes, l'Audomarois, Laon et Sambre Avesnois, et, pour les hommes, Cambrésis et Guise - Hirson. Pour les mélanomes, le Pas-de-Calais et le Nord se distinguent par des taux supérieurs au niveau national pour les deux sexes. Le département de l'Oise se situe à des niveaux comparables, rejointe par la Somme chez les hommes et par l'Aisne chez les femmes. À l'inverse, la Somme chez les femmes et l'Aisne chez les hommes présentent des prévalences inférieures.

Les taux de mortalité masculins et féminins ne se distinguent pas de ceux de France.

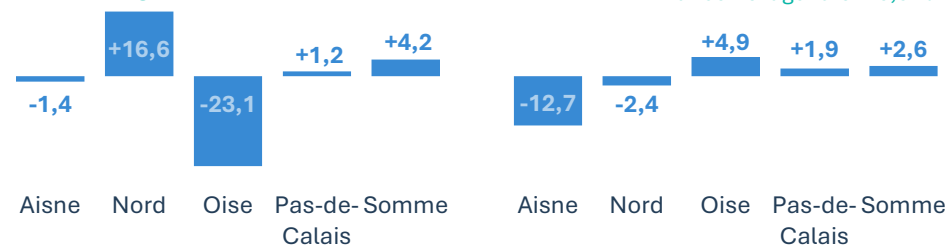
ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)

HOMMES

FEMMES

Hauts-de-France : +3,2 %
France hexagonale : 0,0 %

Hauts-de-France : -1,0 %
France hexagonale : -5,5 %



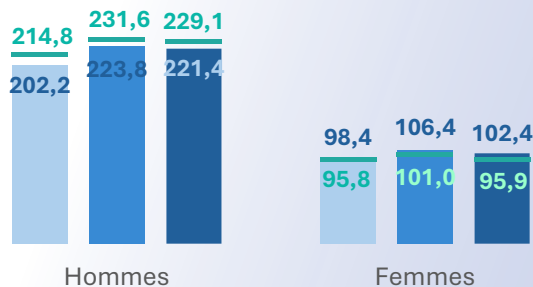
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

ÉVOLUTION, SELON LE SEXE, DU TAUX... (pour 100 000)

■ Hauts-de-France — France hexagonale

... DE PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



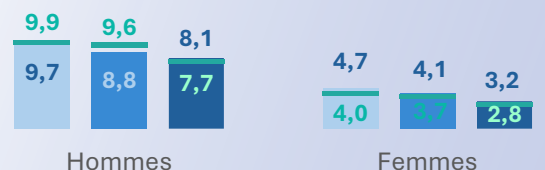
■ 2015 ■ 2019 ■ 2023

... D'ADMISSIONS EN ALD



■ 2017-2019 ■ 2021-2023

... DE MORTALITÉ



■ 2001-2003 ■ 2011-2013 ■ 2021-2023

Sources : CCMSA, Cnam, Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

Chez les femmes, que ce soit les indicateurs de morbidité et de mortalité, les **taux régionaux pour le cancer du rein sont plus élevés que ceux de France**.

Chez les hommes, le taux d'admissions en ALD est un peu plus important que le taux national, celui de mortalité ne se distingue pas, et la prévalence est un peu plus faible.

Tant dans les Hauts-de-France qu'en France, les **taux de prévalence masculins sont en hausse entre 2015 et 2023, malgré un fléchissement en 2021 et 2022**. L'écart avec la France s'est réduit : taux régional inférieur de -6 % en 2015, puis, l'écart oscille entre -3 % et -4 % depuis 2018.

Chez les femmes, après une hausse entre 2015 (pour la France 2016) et 2019, les taux baissent jusqu'en 2021 en région (2022 pour la France). Le différentiel avec la France est de +7 % en 2023 contre +3 % en 2015.

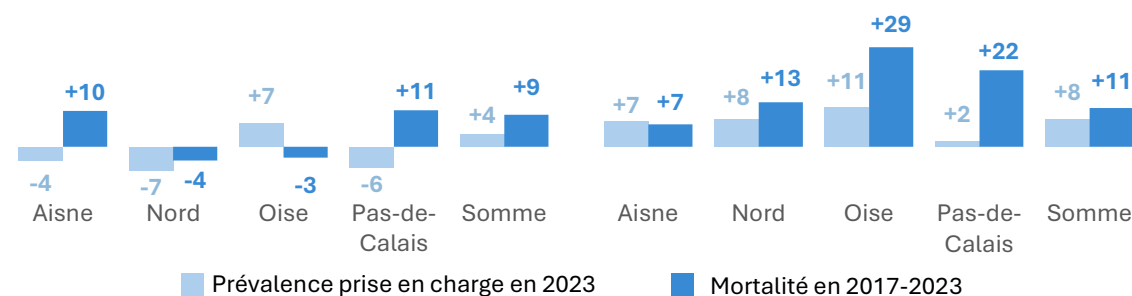
Les **taux d'admissions en ALD augmentent** en région depuis 2019-2021 (depuis 2020-2023 pour la France). Les écarts entre niveaux régional et national se sont creusés : +14 % chez les femmes et +5 % chez les hommes en 2021-2023 ; par le passé les taux de la région ne différaient pas de la France.

La **mortalité diminue depuis vingt ans**. La baisse régionale est un peu plus marquée chez les hommes entre 2001-2003 et 2011-2013 (-9,5 %) qu'entre 2011-2013 et 2021-2023 (-7,7 %), tandis qu'elle s'accroît chez les femmes sur la seconde décennie (-13,0 % puis -22,8 %). Les différentiels de mortalité avec la France sont, en 2021-2023, de +6 % chez les hommes (non significatif) et de +14 % chez les femmes.

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE (en %)

HOMMES



FEMMES

Sources : Inserm CépiDc, Insee, SNDS - Cartographie des pathologies G12 - Exploitation OR2S

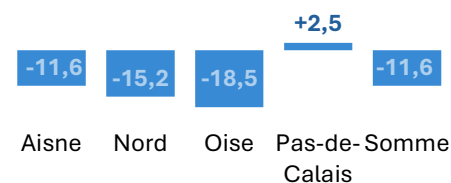
Peu de disparités entre départements sont relevées chez les hommes pour le cancer du rein ; les taux de mortalité ne se distinguent pas du niveau national. Concernant la prévalence prise en charge, le Nord et le Pas-de-Calais présentent un taux masculin un peu plus faible que celui de la France ; pour les trois autres départements, aucune différence significative n'est relevée.

Chez les femmes, l'Oise, le Pas-de-Calais et le Nord présentent une surmortalité en regard de la France. Si l'Oise et le Nord présentent également un taux de prévalence prise en charge plus important que celle du niveau national, ce n'est pas le cas du Pas-de-Calais, qui détient une valeur assez proche de celle de la France. La Somme et l'Aisne ont des taux féminins de prévalence et de mortalité qui ne se différencient pas de ceux de la France.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ENTRE 2007-2013 ET 2017-2023 (EN %)

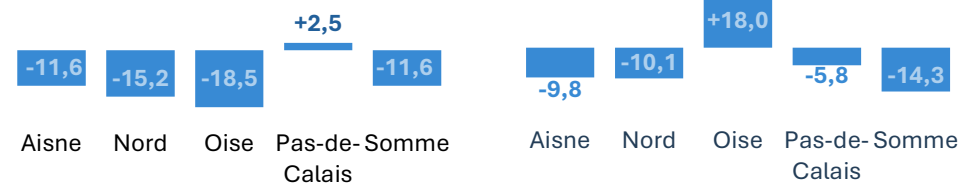
HOMMES

Hauts-de-France : -10,9 %
France hexagonale : -15,3 %



FEMMES

Hauts-de-France : -6,5 %
France hexagonale : -13,8 %



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Les cancers de l'enfant et du jeune adulte restent rares, mais constituent une cause majeure de morbidité et de mortalité, avec des profils de cancers et des enjeux très différents de ceux de l'adulte.

Au niveau national

Chez les enfants de 0-14 ans, les principaux cancers sont les leucémies (28,2 % des cas), les tumeurs du système nerveux central (26,3 %) et les lymphomes (10,5 %). Pour un quart, les tumeurs sont embryonnaires (quasi absentes chez l'adulte).

Chez les jeunes de 15-17 ans, la répartition change progressivement. Les principales localisations pour cette tranche d'âge sont les lymphomes (28,7 % des cas), les tumeurs du système nerveux central (16,8 %) et les leucémies (14,6 %).

Chez les 15-39 ans, des cancers plus proches de ceux de l'adulte apparaissent (sein, côlon-rectum, rein...), tout en conservant des cancers « pédiatriques ».

De plus, certains cancers voient leur incidence augmenter de manière continue sur la période 2000-2020 : lymphome de Hodgkin, glioblastomes, liposarcomes, côlon-rectum (appendice exclu), sein et rein.

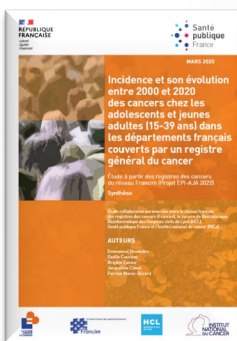


En septembre 2025, l'Institut national du cancer a publié l'édition 2025 du rapport « *La lutte contre les cancers pédiatriques. Enjeux, actions et perspectives* ». Ce rapport détaille l'ensemble des actions mises en œuvre par l'Institut et ses partenaires en matière d'organisation des soins et de recherche, pour faire reculer les cancers des enfants, des adolescents et jeunes adultes dans notre pays.

Pour plus d'information,

cf. site internet de l'Institut national du cancer :

<https://pediatrie.cancer.fr/actualites/cancers-pediatriques-publication-du-rapport-2025-de-l-institut-national-du-cancer>



En mars 2025, le réseau des registres des cancers Francim, les Hospices Civils de Lyon, l'Institut national du cancer, et Santé publique France ont publié les résultats d'une nouvelle étude sur l'incidence des cancers chez les adolescents et jeunes adultes (15-39 ans).

Pour plus d'information,

cf. site internet de Santé publique France :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/enquetes-etudes/incidence-et-son-evolution-entre-2000-et-2020-des-cancers-chez-les-adolescents-et-jeunes-adultes-15-39-ans-dans-les-departements-francais-couvert>

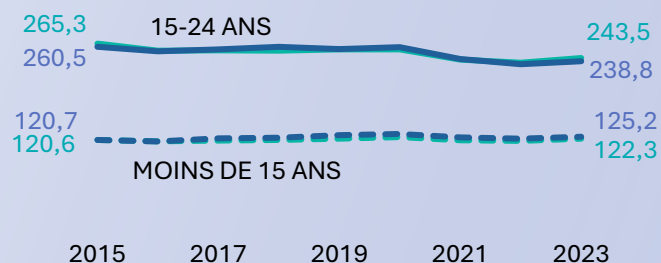
Au niveau régional

NOMBRE DE CAS DE CANCERS, SELON L'ÂGE, DES JEUNES DOMICILIÉS DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

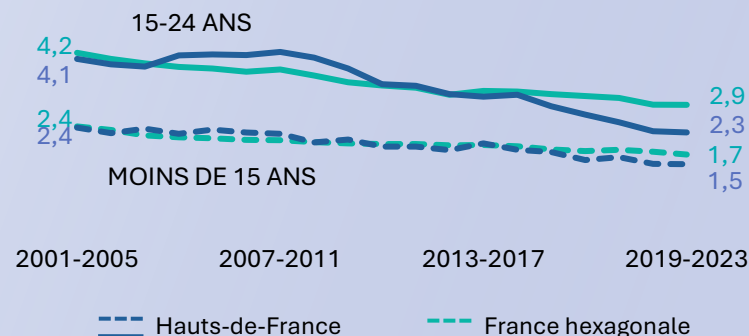
| 0-4 ans | 5-9 ans | 10-14 ans | 15-19 ans | 20-24 ans | 25-29 ans | 30-34 ans | 35-39 ans |
|--|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Prévalence prise en charge en 2023 | | | | | | | |
| 257 | 487 | 565 | 710 | 1 076 | 1 766 | 2 954 | 4 890 |
| Admissions en ALD en 2019-2023 | | | | | | | |
| 56 | 54 | 59 | 83 | 159 | 240 | 392 | 654 |
| Mortalité en moyenne annuelle en 2019-2023 | | | | | | | |
| 5 | 5 | 6 | 8 | 10 | 20 | 43 | 81 |

ÉVOLUTION DU TAUX DE CANCERS POUR LA... (POUR 100 000)

... PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE



... MORTALITÉ



Chez les plus jeunes, les taux régionaux pour les indicateurs relatifs à l'ensemble des cancers pour la morbidité diagnostiquée et prise en charge et pour la mortalité sont comparables, voire plus faibles, que ceux relevés en France hexagonale.

Ainsi, comme l'illustrent les courbes ci-dessous, **chez les moins de 15 ans et chez les 15-24 ans, les taux régionaux demeurent très proches de ceux de la France pour la prévalence** prise en charge. Un constat analogue est porté pour la mortalité des moins de 15 ans.

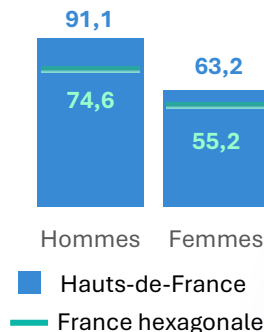
Pour les jeunes de 15-24 ans, toujours en comparaison de la France, **une sous-mortalité par cancers est relevée** ces dernières années. Pour les deux groupes d'âge, les taux d'admissions en ALD pour cancers sont un peu plus faibles en région (15,3 pour 100 000 contre 16,4 en France chez les moins de 15 ans et respectivement 33,1 *versus* 35,3 chez les 15-24 ans en 2019-2023).

Chez les 25-39 ans, les taux d'admissions en ALD et de mortalité sont plus élevés dans les Hauts-de-France ; en 2019-2023, les différentiels avec la France sont respectivement de +5 % et +12 %.

Pour la prévalence prise en charge, en 2023 le taux régional ne se démarque pas du taux national ; jusqu'en 2018, le taux régional était même plus faible.

Ensemble des cancers

TAUX DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PAR CANCERS EN 2021-2023 SELON LE SEXE (pour 100 000 personnes de moins de 65 ans)



Chez les hommes de moins de 65 ans, la mortalité par cancers diminue de manière très importante et suivant un rythme qui s'est intensifié ces dernières années. Ceci est encore plus soutenu dans les Hauts-de-France. Ainsi, en analysant l'évolution de la mortalité sur les deux dernières décennies, pour la première – entre 2001-2003 et 2011-2013 – une diminution de -22,4 % est relevée en région (soit 2,8 points de plus qu'en France). Puis, sur la dernière – entre 2011-2013 et 2021-2023 –, tant pour la région que pour la France, le pourcentage de baisse est plus marqué que sur la période précédente : -35,7 % dans les Hauts-de-France (soit 6,6 points de plus qu'en France).

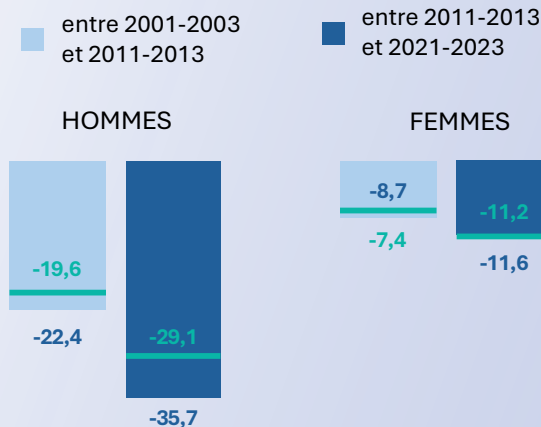
Chez les femmes, les taux diminuent également sur les deux décennies et de manière un peu plus soutenues sur la seconde. Ceci est un peu moins prononcé que chez les hommes, et à un rythme assez proche pour la région et la France.

En moyenne annuelle en 2021-2023, ce sont respectivement 2 085 et 1 522 décès par cancers qui sont dénombrés dans les Hauts-de-France chez les hommes et chez les femmes de moins de 65 ans.

Les parts des décès par cancers survenant avant 65 ans sont plus importantes dans les Hauts-de-France qu'en France hexagonale : **24,7 % chez les hommes** (21,2 % en France) et **23,2 % chez les femmes** (20,9 % en France).

Toujours en 2021-2023, la **surmortalité en regard de la France** chez les moins de 65 ans est un peu plus élevée que celle en tous âges : **+22 % pour les hommes** (+17 % en tous âges) et **+14 % chez les femmes** (+11 % en tous âges).

DIMINUTION* DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE PAR CANCERS EN DIX (en %)

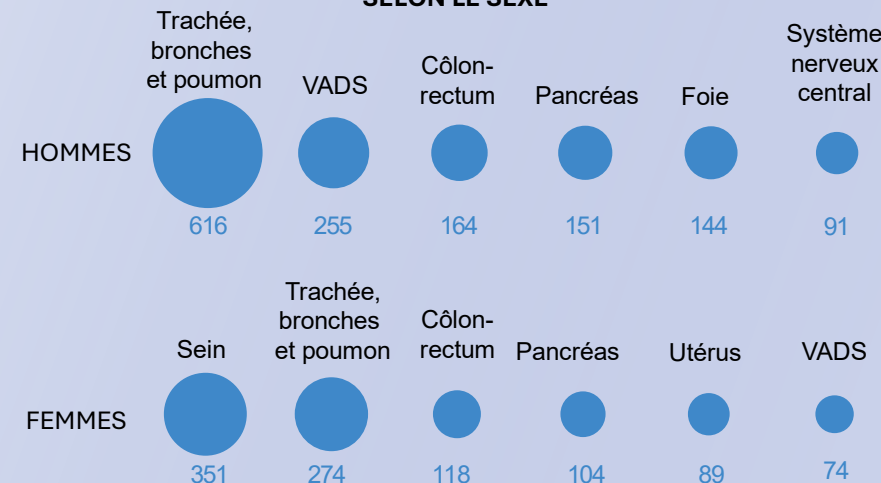


* Calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Localisations cancéreuses

LES SIX LOCALISATIONS CANCÉREUSES QUI ENTRAÎNENT LE PLUS DE DÉCÈS CHEZ LES MOINS DE 65 ANS EN 2021-2023 DANS LES HAUTS-DE-FRANCE SELON LE SEXE



Pour les femmes de moins de 65 ans, la répartition des cancers qui engendrent le plus de décès dans les Hauts-de-France en 2021-2023 est, pour les cinq premiers, la même qu'en tous âges ; les VADS arrivent en sixième position (contre la neuvième en tous âges). Pour les hommes, il y a davantage de changement : le cancer des VADS arrive en seconde position (contre la quatrième en tous âges), et celui du système nerveux central en sixième (contre la dixième en tous âges ; l'âge moyen de ce cancer est le plus faible de ceux étudiés dans ce document ; cf. pages 24 à 26. Le cancer de la prostate qui survient plus tardivement arrive en dixième position.

Les écarts entre les taux régionaux et nationaux pour le cancer des VADS sont encore plus marqués chez les moins de 65 ans : +48 % chez les hommes (+41 % en tous âges) et +73 % chez les femmes (+44 % en tous âges). Si les évolutions sont à la baisse pour chacun des deux sexes, celle des hommes est plus marquée, tant en regard de l'évolution des femmes (-51,7 % contre -18,2 % entre 2011-2013 et 2021-2023) que celle de la France (-43,0 % ; pour les femmes de la région, l'évolution est moins soutenue que celles de France – de -27,1 % –).

Si la région est en sous-mortalité en regard de la France pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes en tous âges, ce n'est pas le cas chez celles de moins de 65 ans. En effet, après avoir été plus faible qu'en France, le taux féminin est depuis 2012-2018 au niveau de celui de la France. Chez les hommes, l'écart avec la France est plus élevé chez les moins de 65 ans qu'en tous âges (+27 % contre +19 %).

Ensemble des cancers

TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCERS DES 75 ANS ET PLUS EN 2021-2023 SELON LE SEXE (pour 100 000 personnes de 75 ans et plus)



En moyenne annuelle en 2021-2023, 3 526 et 3 385 décès par cancers sont recensés dans les Hauts-de-France chez les hommes et les femmes de 75 ans et plus.

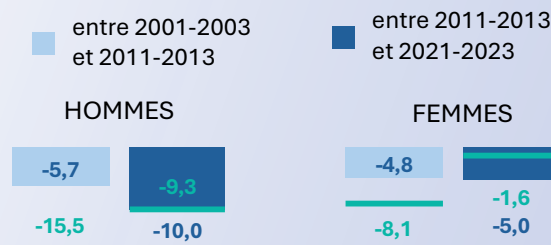
Les parts des décès par cancers survenant à partir de 75 ans sont moins élevées dans les Hauts-de-France qu'en France, et chez les hommes que chez les femmes : **41,8 % chez les hommes** (49,6 % en France) et **51,5 % chez les femmes** (55,9 % en France)

La **surmortalité en regard de la France** chez les 75 ans et plus est de **11 % pour les hommes** et de **8 % chez les femmes**.

Chez les 75 ans et plus, les baisses de la mortalité relevées sur les deux dernières décennies sont moins importantes que celles constatées chez les moins de 65 ans (cf. page précédente).

Pour la première décennie – entre 2001-2003 et 2011-2013 – une diminution de -5,7 % chez les hommes et de -4,8 % chez les femmes est relevée dans les Hauts-de-France. Dans les deux cas, ces diminutions sont moindres à celles du niveau national (respectivement -15,5 % et -8,1 %). Puis, sur la dernière – entre 2011-2013 et 2021-2023 –, la baisse s'est un peu accélérée chez les hommes en région, tandis qu'elle a ralenti en France, pour finalement être à un niveau assez proche sur les deux zones : -10,0 % pour les Hauts-de-France et -9,3 % pour la France. Chez les femmes, la diminution est du même ordre de grandeur sur les deux décennies en région, et un fort fléchissement est observé en France.

DIMINUTION* DE LA MORTALITÉ CHEZ LES 75 ANS ET PLUS PAR CANCERS EN DIX (en %)



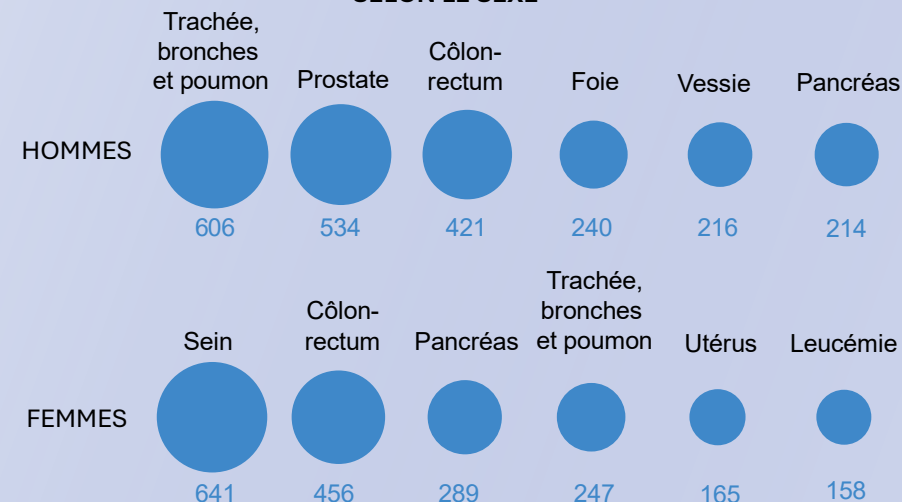
* Calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

Chez les femmes de 75 ans et plus, une légère tendance à la hausse du taux est observée dans les Hauts-de-France et en France sur la dernière période (+1 % entre 2020-2022 et 2021-2022) ; ceci est à surveiller dans les années à venir pour savoir s'il s'agit d'un phénomène ponctuel ou d'une tendance qui perdure.

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Localisations cancéreuses

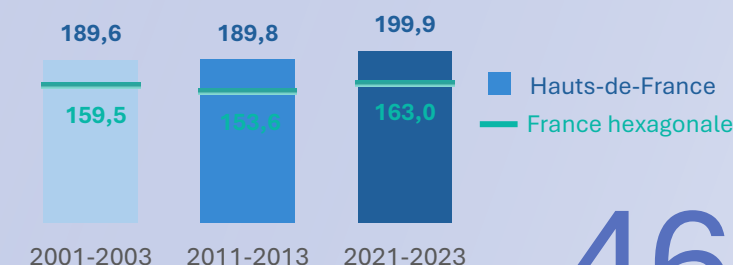
LES SIX LOCALISATIONS CANCÉREUSES QUI ENTRAÎNENT LE PLUS DE DÉCÈS CHEZ LES 75 ANS ET PLUS EN 2021-2023 DANS LES HAUTS-DE-FRANCES SELON LE SEXE



Les cancers qui occasionnent le plus de décès à partir de 75 ans sont globalement les mêmes qu'en tous âges, à quelques exceptions. Chez les hommes, celui de la prostate, qui survient plus tardivement (cf. pages 24-26), se place à la deuxième position (en tous âges, il est en troisième position) et celui des VADS se retrouve en septième position (quatrième en tous âges). Chez les femmes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon passe de la deuxième position en tous âges à la quatrième chez les 75 ans et plus.

Si les tendances observées en tous âges sont le plus souvent retrouvées chez les 75 ans et plus, le cancer du sein se distingue. En effet, si la **mortalité féminine par cancer du sein** tend à diminuer en tous âges, ceci n'est pas retrouvé **chez les seules femmes de 75 ans et plus**, où les **tendances montrent une légère hausse**, tant en région qu'en France.

ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ DU CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES DE 75 ANS ET PLUS (pour 100 000)





PRÉVENTION

ENSEMBLE DES CANCERS
CANCER DU SEIN
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
CANCER DU CÔLON-RECTUM

La **prévention primaire** des cancers repose sur l'identification et les interventions efficaces de leurs facteurs de risque. Certains sont identifiés et bien connus, d'autres restent à préciser ou découvrir grâce à la recherche. Il existe de nombreux facteurs de risques d'apparition des cancers (cf. page 9). Il est estimé que près de la moitié des nouveaux cas de cancers détectés chaque année pourrait être évitée en changeant les comportements quotidiens et les environnements de vie (ne pas fumer, limiter la consommation d'alcool, avoir une alimentation équilibrée, avoir une activité physique régulière, ne pas subir d'exposition professionnelle...).

Par ailleurs, le vaccin contre le HPV réduit le risque de cancers du col de l'utérus, de l'anus, de la gorge, du vagin, de la vulve et du pénis ; le vaccin contre l'hépatite B diminue le risque de cancer du foie.

La **prévention secondaire** regroupe les mesures destinées à repérer les personnes atteintes d'un cancer à un stade précoce. Le dépistage fait partie de ces mesures.

Le dépistage organisé repose sur l'invitation d'une partie de la population, à intervalle régulier et selon un critère d'âge, à faire un test de dépistage. Cependant un dépistage personnalisé peut être proposé aux personnes qui présentent des facteurs de risque particulier ou des antécédents personnels et/ou familiaux. Trois cancers sont concernés par le dépistage organisé :

le sein pour les femmes de 50-74 ans sans autre facteur de risque que leur âge, le col de l'utérus pour les femmes de 25-65 ans et le côlon-rectum pour les personnes de 50-74 ans ne présentant ni symptômes, ni antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer ou de maladie touchant le côlon ou le rectum, ni facteurs de risque particuliers. Il est à noter qu'un programme pilote est en cours pour le cancer du poumon (nommé « IMPULSION »).

Les **professionnels de santé** jouent un rôle clé dans la prévention, que ce soit les médecins traitants (en informant sur les facteurs de risque évitables, en interrogeant les habitudes de vie et en proposant une aide, en vérifiant les vaccinations, en proposant les dépistages et relançant les patients éligibles qui ne participent pas ou plus...), les gynécologues, sages-femmes et, plus généralement, de nombreux professionnels qui relaient les messages de prévention, expliquent les invitations aux dépistages, accompagnent les changements de mode de vie, réalisent et prescrivent les dépistages ciblés, donnent des conseils de réduction de risques pour les organes dont ils sont spécialistes, proposent des mesures pour éviter les seconds cancers et assurent une prévention dite « tertiaire » (cf. chapitre débutant à la page 55). Certaines MSP et CPTS mettent en place des programmes de lutte, soit sur les cancers en général, soit sur certains cancers.

MSP ET ESP AVEC POUR L'ACI UNE PRIORITÉ CANCER OU AVEC UN PROJET DÉPISTAGE DES CANCERS EN DÉCEMBRE 2025

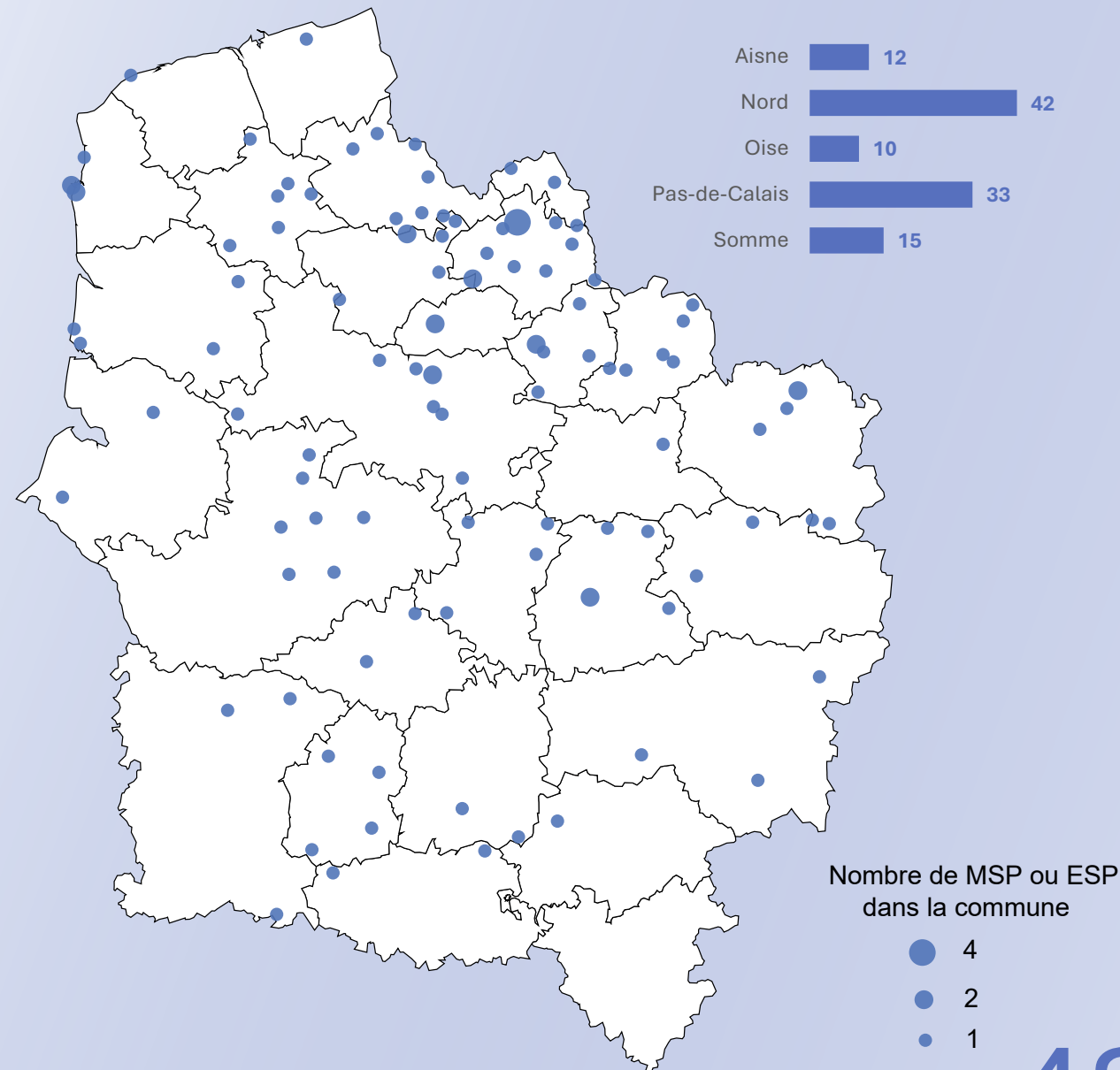
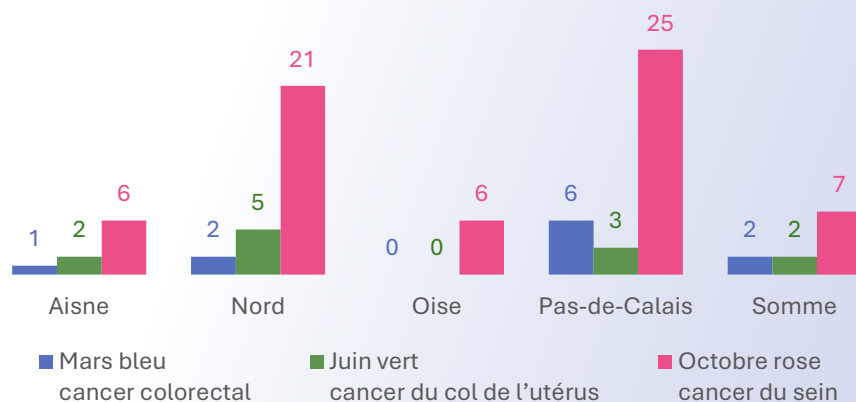
En décembre 2025, les Hauts-de-France comptent **112 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)** ou **équipes de soins primaires (ESP)** qui ont dans leur accord conventionnel interprofessionnel (ACI) une **priorité cancer** ou qui ont un **projet sur le dépistage des cancers**. Comme l'illustre la carte ci-contre, elles sont réparties sur l'ensemble de la région.

Concernant la participation des MSP aux projets de dépistage organisé des cancers en 2025, onze sont identifiées pour Mars bleu, la campagne nationale de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal organisée chaque mois de mars.

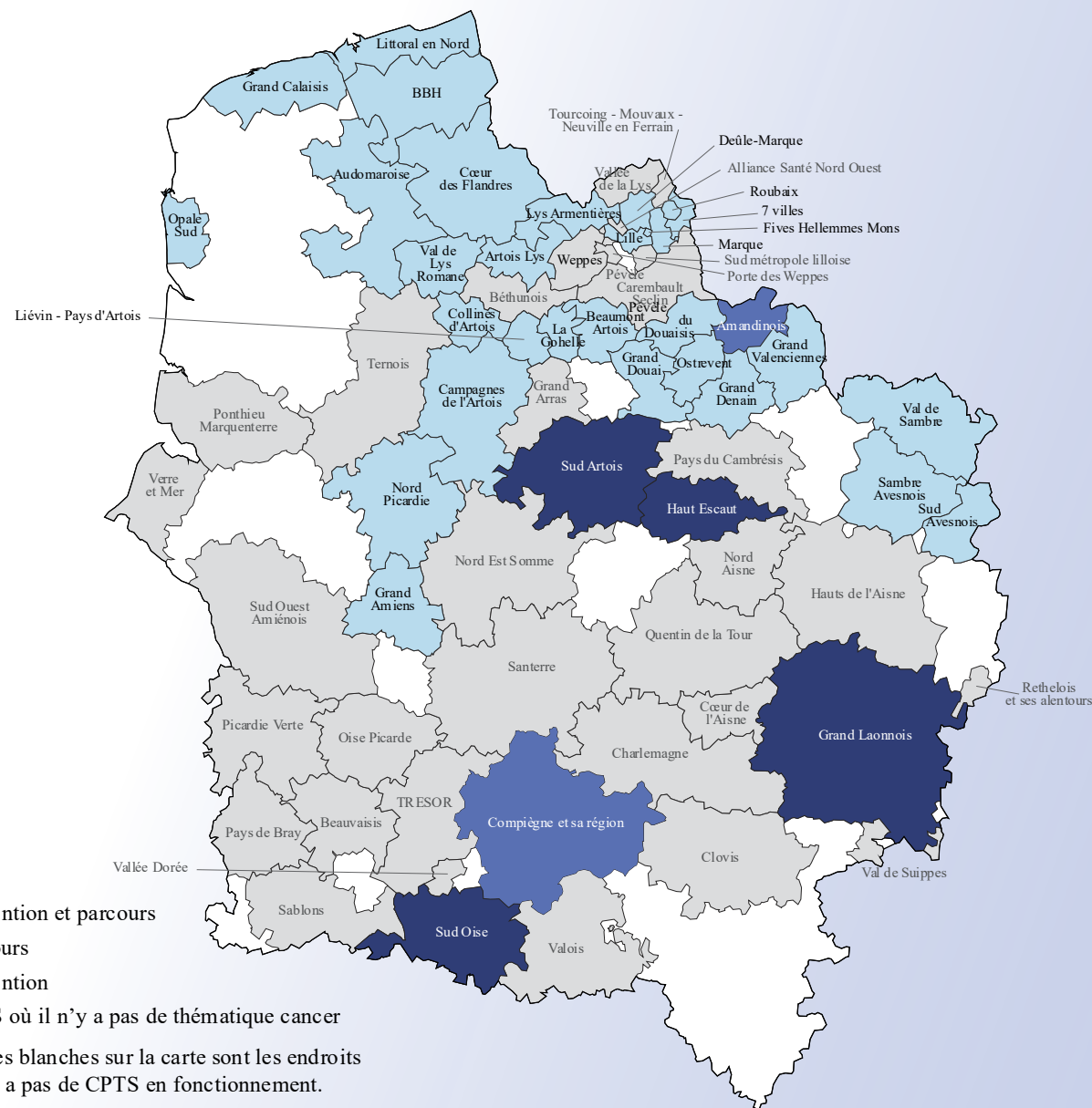
Douze ont participé à Juin vert, la campagne nationale de sensibilisation au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Enfin, Octobre rose, campagne la plus ancienne (sensibilisation au dépistage du cancer du sein) recense le plus de MSP participantes : soixante-cinq.

NOMBRE DE MSP AYANT PARTICIPÉ EN 2025 AUX PROJETS DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS



CPTS AYANT RETENU LE CANCER DANS LEUR PROJET EN JANVIER 2026



Les zones blanches sur la carte sont les endroits où il n'y a pas de CPTS en fonctionnement.

Source : ARS Hauts-de-France - Exploitation OR2S

Qu'est-ce qu'une CPTS ?

Une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est un regroupement d'acteurs de santé qui souhaitent se coordonner pour répondre aux besoins de santé, d'accès aux soins et de fluidité des parcours de santé sur un territoire identifié. Elles associent des professionnels de santé de toute spécialité, du premier et du second recours, exerçant en structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé), en cabinets de groupe ou individuel, mais aussi l'ensemble des acteurs de santé (établissements sanitaires et médico-sociaux notamment).

Parmi les différentes missions des CPTS, sont à mentionner l'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient et le développement d'actions territoriales de prévention.

L'organisation d'une CPTS est conçue autour d'un projet de santé. Le cancer peut faire partie des thématiques retenues dans le projet de santé, que ça soit pour les aspects autour de la prévention, autour du parcours ou les deux.

Pour plus d'information,
cf. site internet de l'ARS Hauts-de-France :

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/131006/download?inline>

Les Hauts-de-France comptent soixante-huit CPTS en fonctionnement. Parmi celles-ci, **un peu plus de la moitié (trente-six) ont retenu le cancer dans leur projet de santé**. Pour la très grande majorité de ces CPTS la prévention des cancers est retenue (trente-quatre) ; l'axe « parcours cancers » est moins fréquent (six CPTS). En outre, quatre CPTS ont à la fois la prévention et le parcours pour la thématique cancer, il s'agit des CPTS Sud Artois, Haut Escaut, Grand Laonnois et Sud Oise.

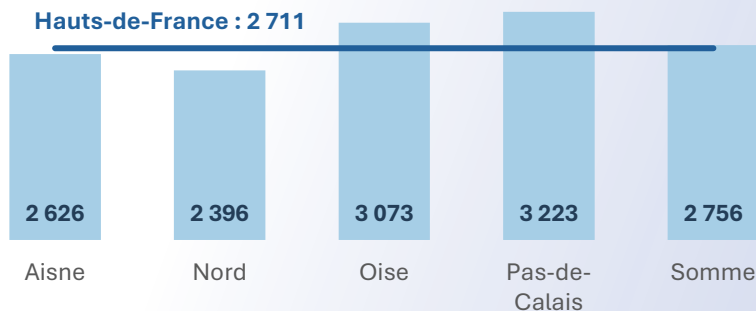
À noter qu'une grande majorité des CPTS en fonctionnement des départements du Nord et du Pas-de-Calais a retenu la thématique cancer, majoritairement sur l'axe prévention.

Dans la partie sud de la région, cette thématique est moins retrouvée. Les trois CPTS de l'Aisne et de l'Oise qui l'ont retenu ont, *a minima*, l'axe parcours.

Les radiologues agréés

Le dépistage des cancers du sein comprend un examen clinique des seins (observation et palpation) et une mammographie (radiographie de chaque sein face et profil) avec une double lecture des clichés. Ces examens sont réalisés par un radiologue agréé, exerçant en ville ou dans un établissement de santé, qui a reçu une formation complémentaire et dont les installations de mammographie sont conformes à la réglementation en vigueur en matière de contrôle de qualité.

NOMBRE MOYEN DE FEMMES DE 50-74 ANS PAR RADIOLOGUE AGRÉÉ POUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS DU SEIN EN DÉCEMBRE 2025



Sources : ARS Hauts-de-France, Insee - Exploitation OR2S

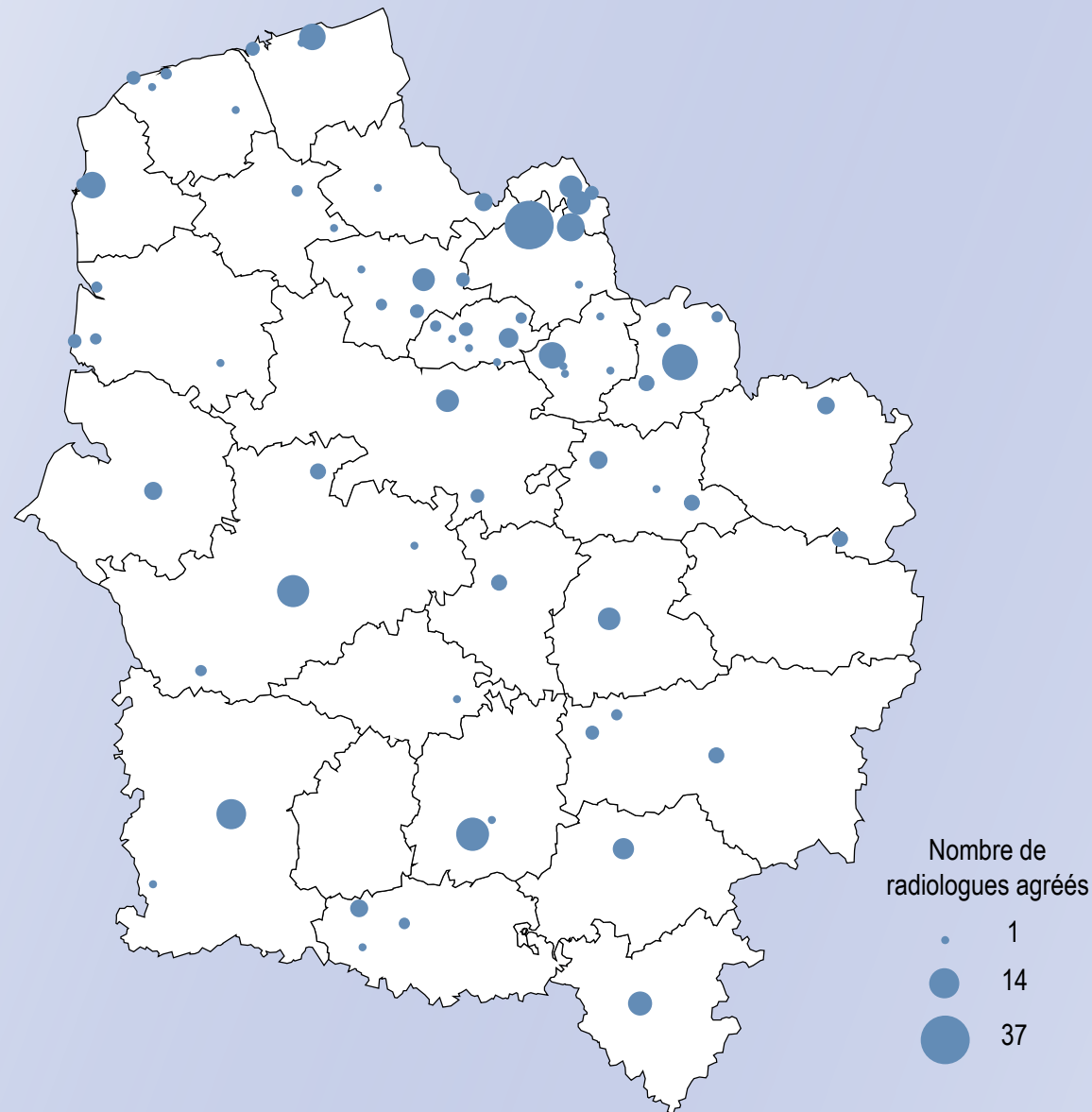
En décembre 2025, **les Hauts-de-France comptent 342 radiologues agréés** pour le dépistage organisé des cancers du sein, ils sont 33 dans l'Aisne, 162 dans le Nord, 41 dans l'Oise, 73 dans le Pas-de-Calais et 33 dans la Somme.

Rapporté au nombre de femmes de 50-74 ans, **l'offre est moindre dans les départements du Pas-de-Calais et de l'Oise** et plus importante dans celui du Nord (cf. graphique ci-dessus).

Au niveau des territoires de proximité, deux ne comptent aucun radiologue agréé, Clermont et Guise - Hirson, et un troisième en compte un seul, Montdidier - Santerre.

À l'inverse, rapporté au nombre de femmes de 50-74 ans, l'offre est la plus importante dans les territoires de proximité de Château-Thierry (nombre moyen par radiologue de 1 303 femmes de 50-74 ans), Noyon - Compiègne (1 607 ; ce territoire étant limitrophe à celui de Clermont précédemment mentionné), Lille (1 754), Valenciennois (1 845) et Boulonnais (1 909).

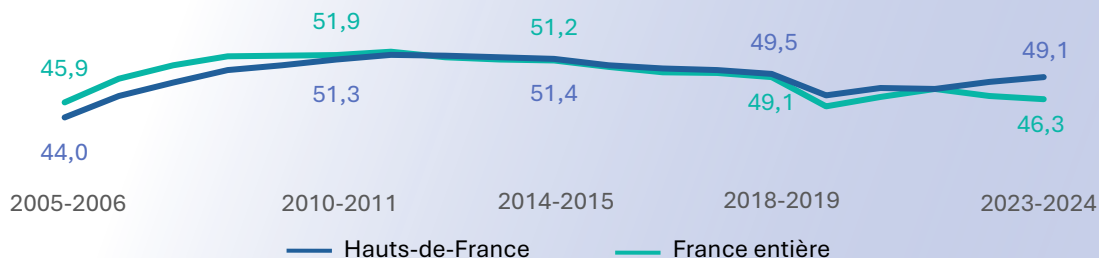
RADIOLOGUES AGRÉÉS POUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS DU SEIN EN DÉCEMBRE 2025



Source : ARS Hauts-de-France - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

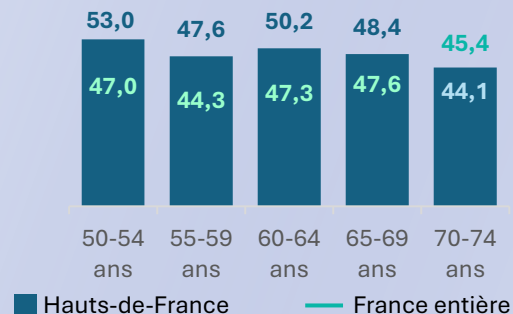
TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN (pour 100 femmes de 50-74 ans)



En 2023-2024, selon les informations publiées par Santé publique France, **près de 453 000 femmes âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein dans les Hauts-de-France**, soit un taux de dépistage régional de 49,1 %. Il est un peu plus élevé que la moyenne nationale (incluant les départements d'outre-mer), plaçant les Hauts-de-France au neuvième rang des treize régions hexagonales.

En 2023-2024, le taux de participation observé dans les Hauts-de-France est plus élevé que celui de France de 2,8 points ; au moment de la mise en place du dépistage organisé, il était un peu plus faible (de l'ordre de -2 points) puis, à partir de 2010-2011, il était très proche. Tant en région qu'en France, **en 2019-2020, au moment de la Covid-19, les taux de participation ont sensiblement diminué** ; ils ont ensuite progressé, sans toutefois retrouver la participation d'avant la pandémie.

TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN SELON L'ÂGE (pour 100 femmes de 50-74 ans) en 2022-2023



Le fait que le taux soit un peu plus élevé dans les Hauts-de-France qu'en France en 2023-2024 est lié à la participation des femmes les plus jeunes (de 50-54 ans et, dans une moindre mesure, de celles ayant entre 55 et 64 ans).

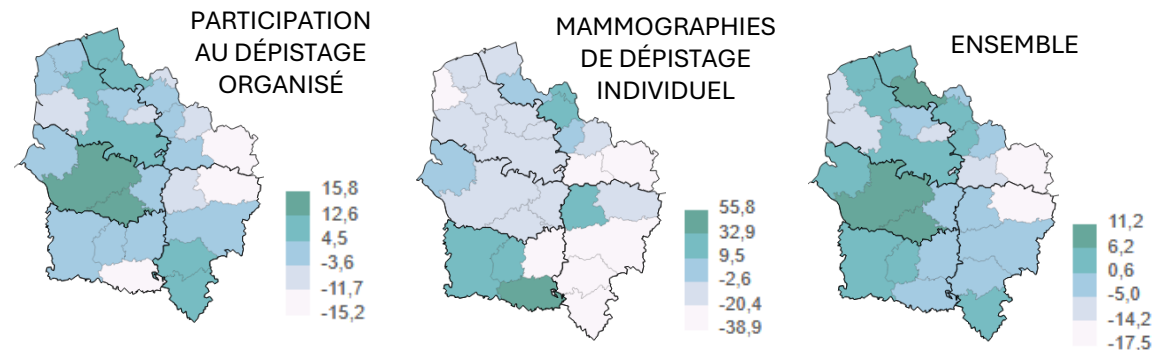
En effet, **pour les femmes plus âgées, de 70-74 ans, le taux de participation demeure un peu plus faible en région que celui de France** et, plus généralement, que celui des femmes plus jeunes.

Pour plus d'information, cf. site internet de Santé publique France : [Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein](#)

Sources : Santé publique France - Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LES HAUTS-DE-FRANCE DU TAUX DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN 2023-2024 (en %)



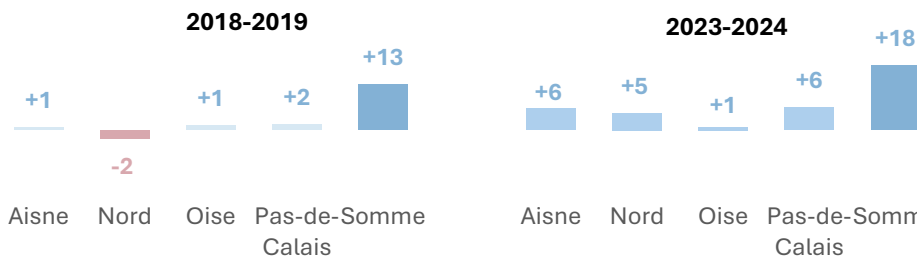
Sources : ARS, CRCDC, Insee, SNDS - DCIR - Exploitation ARS Hauts-de-France et OR2S

Au niveau infrarégional, la **participation au dépistage organisé du cancer du sein est plus importante dans le département de la Somme** (+8,3 points par rapport au taux national en 2023-2024) et notamment au niveau des territoires de proximité d'Amiens et de Montdidier - Santerre.

Les départements du Pas-de-Calais, de l'Aisne et du Nord présentent également des taux de dépistages un peu plus élevés que celui de la France : respectivement +2,9, +2,8 et +2,2 points en 2023-2024. Au sein de ces départements, les **taux sont moins importants dans le Hainaut, à Guise - Hirson et au niveau du Montreuillois et du Boulonnais** et, à l'inverse, ils sont plus élevés au niveau de la Flandre maritime, de l'Audomarois, l'Arrageois et dans le sud de l'Aisne.

Si l'Oise présente un taux de dépistage organisé plus proche du taux national, **ce département se distingue avec des taux de mammographies réalisées dans le cadre individuel plus élevés** (Noyon - Compiègne faisant exception).

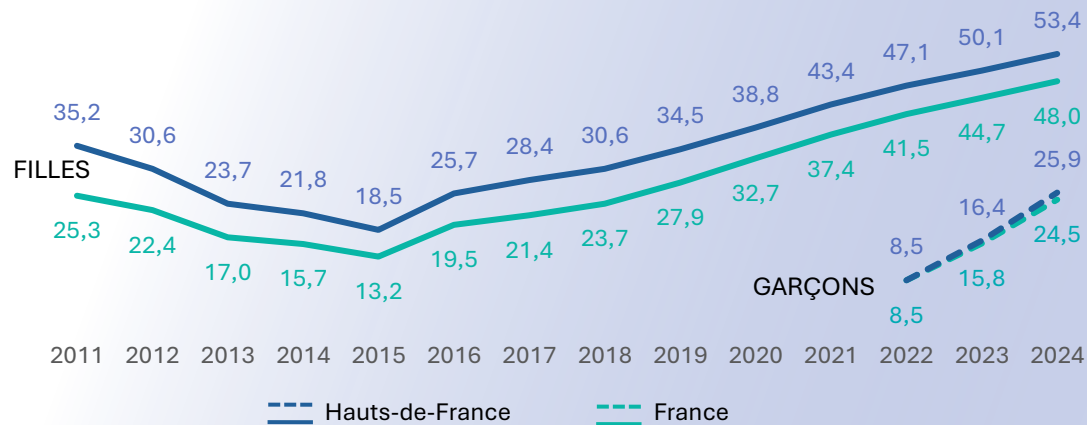
DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE DU TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN (en %)



Sources : Santé publique France - Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

TAUX DE COUVERTURE VACCINALE CONTRE LE HPV (DEUX DOSES À 16 ANS) SELON LE SEXE (en %)



La couverture vaccinale contre le HPV (papillomavirus humain) est recommandée pour les jeunes filles depuis 2007 et pour les jeunes garçons depuis 2021. Le schéma vaccinal est en deux doses pour les jeunes de 11 à 14 ans (pour ceux de 15 et 19 ans, en rattrapage, il est en trois doses).

D'après les estimations réalisées par Santé publique France, en 2024 dans les Hauts-de-France, **près des deux tiers des filles ont reçu une dose à 15 ans** (64,6 %) et **un peu plus de la moitié deux doses à 16 ans** (53,4 %) ; ces **proportions sont plus importantes que celles relevées en France** (respectivement 58,4 % et 48,0 %), et ce depuis la mise en place de la vaccination (cf. courbes ci-dessus).

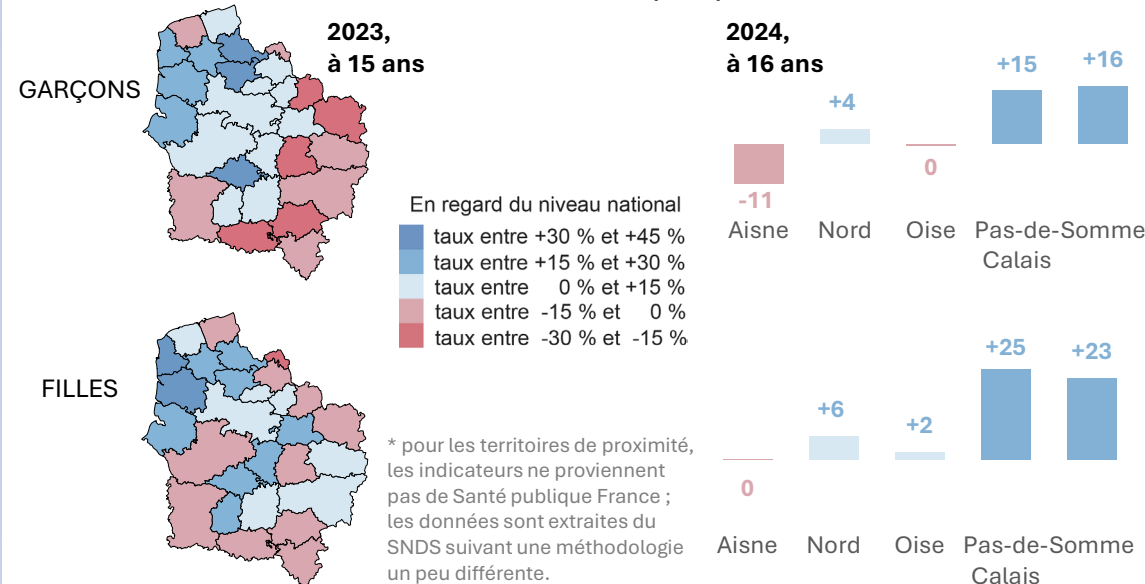
Depuis 2015, tant en région qu'en France, le taux de couverture contre le HPV des jeunes filles ne cesse de croître. Sur les cinq dernières années, entre 2019 et 2024, l'augmentation relevée en région a été moins marquée que celle de la France (respectivement +54,8 % et +72,0 %).

La **couverture vaccinale contre le HPV est plus faible chez les garçons**. Ainsi, en 2024 dans les Hauts-de-France, ce sont deux garçons sur cinq qui ont reçu une dose à 15 ans (39,9 %) et un quart deux doses à 16 ans (25,9 %) ; respectivement 36,9 % et 24,5 % en France). Il est à noter que depuis que la vaccination est recommandée pour les jeunes garçons **une montée en charge est relevée avec un taux qui a triplé en trois ans**.

Source : SNDS - DCIR, Santé publique France - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE DU TAUX DE COUVERTURE VACCINALE CONTRE LE HPV* SELON LE SEXE (en %)



Sources : SNDS - DCIR, Santé publique France - Exploitation OR2S

Le taux de couverture vaccinale contre le HPV varie sensiblement au sein de la région, tant pour les jeunes filles que pour les jeunes hommes. Les **taux sont maximaux pour les départements du Pas-de-Calais et de la Somme**. Ainsi, en 2024, à 16 ans, trois filles sur cinq ont un schéma vaccinal à jour dans ces deux départements (60,0 % pour le Pas-de-Calais et 58,8 % pour la Somme contre 48,0 % en France) et près de 30 % des garçons (28,1 % pour le Pas-de-Calais et 28,4 % pour la Somme contre 24,5 % en France).

Le département de **l'Aisne se démarque avec un taux de couverture vaccinale plus faible qu'en France pour les jeunes garçons** et identique pour les filles (respectivement 21,8 % et 47,9 %).

Comme l'illustrent les cartes ci-dessus, au niveau des territoires de proximité, tant pour les filles que pour les garçons, **les taux sont plus faibles qu'en France à Roubaix - Tourcoing**, au niveau du **Hainaut** ainsi que dans le **sud de la région**.

SITUATION RÉGIONALE

TAUX DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (pour 100 femmes de 25-65 ans)



En 2024, 934 942 femmes âgées de 25 à 65 ans domiciliées dans les Hauts-de-France ont été remboursées pour au moins un examen cytologique ou un test HPV, ce qui correspond à un taux standardisé de 61,3 %. Cette valeur est très proche de celle relevée en France entière (60,9 %) et place les **Hauts-de-France en milieu de classement des régions de l'Hexagone** (huitième valeur la plus élevée sur treize).

Concernant les évolutions depuis 2017, **la situation régionale s'améliore**, avec un **taux qui augmente** (+8 points), et qui devient **depuis 2023 plus élevé que celui de la France entière**.

À partir de 40-44 ans, la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus diminue avec l'avancée en âge, atteignant un niveau de moins d'une femme sur deux pour les 60-65 ans des Hauts-de-France.

Chez les femmes plus âgées, les Hauts-de-France figurent parmi les trois plus faibles régions hexagonales, occupant **la dernière place pour les seules 60-65 ans** et **l'avant-dernière pour les 55-59 ans**.

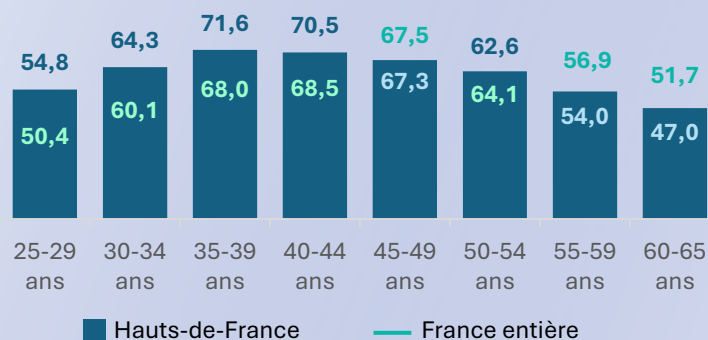
À l'inverse, les **femmes plus jeunes ont des taux plus élevés, plaçant les Hauts-de-France en cinquième et quatrième position** des régions pour les femmes de respectivement 25-29 ans et 30-34 ans.

Pour plus d'information, cf. site internet de Santé publique France :

[Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus](#)

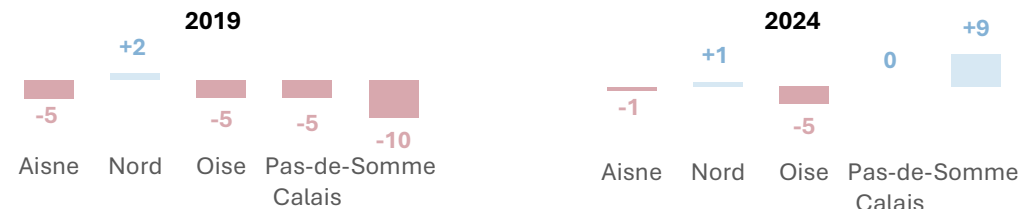
Sources : Santé publique France - Données issues du SNDS et ELP de l'Insee- Exploitation OR2S

TAUX DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS SELON L'ÂGE en 2024 (pour 100 femmes de 25-65 ans)



SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE DU TAUX DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (en %)



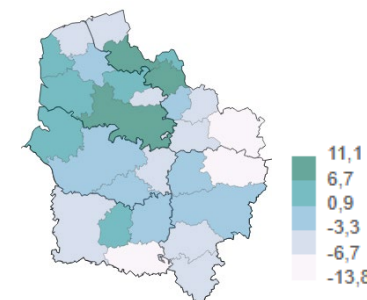
Sources : Santé publique France - Données issues du SNDS et ELP de l'Insee- Exploitation OR2S

Au niveau des départements, **en 2024, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est le plus élevé dans la Somme (66,3 %) alors qu'il était le plus faible en 2019 (45,4 % ; soit une augmentation de 20 points en 5 ans)**. Ceci est la résultante d'une forte augmentation amorcée à partir de 2019 (+46,0 % entre 2019 et 2024 contre +20,1 % en France et +24,1 en région). Si les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus relevés dans le Nord, le Pas-de-Calais et l'Aisne sont assez proches à celui de la France en 2024, ceci est la conséquence d'évolutions de nature différente. Dans le Pas-de-Calais et l'Aisne, les augmentations du taux relevées entre 2019 et 2024 ont été plus marquées qu'en France (respectivement +26,3 % et +25,4 %). Pour le **Nord, l'augmentation est un peu moins marquée qu'en France** (+19,6 %).

Entre 2019 et 2024, le département de l'Oise a vu son taux de dépistage du cancer du col de l'utérus augmenter de 10 points. Cette augmentation, qui est identique à celle de la France (+20,1 %), est dans les plus faibles des départements de la région avec Nord. En outre, **l'Oise présente le plus faible taux de dépistage du cancer du col de l'utérus des cinq départements** : 58,0 % en 2024.

DIFFÉRENTIEL AVEC LES HAUTS-DE-FRANCE DU TAUX DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN 2021-2023 (en %)

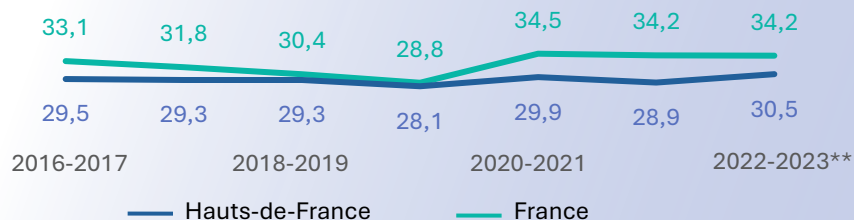
Au niveau des **territoires de proximité**, les taux varient sensiblement, avec les valeurs les plus élevées des Hauts-de-France pour la Flandre Intérieure, l'Arrageois et Lille. À l'inverse, les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus sont les plus faibles des territoires de proximité de la région pour Sambre Avesnois, Guise - Hirson et Valois - Halatte - Creil.



Sources : ARS, Insee, SNDS - DCIR - Exploitation ARS Hauts-de-France et OR2S

SITUATION RÉGIONALE

TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL (pour 100 personnes de 50-74 ans population éligible*)



* retrait des exclus dans la population cible

** données non consolidées pour les périodes 2021-2022 à 2022-2023

La **participation au dépistage organisé du cancer colorectal** en population éligible standardisé (retrait des exclus dans la population cible) **est de 30,5 % en 2022-2023 dans les Hauts-de-France**, soit un **taux de près de 4 points plus faible que celui relevé en France**.

Tant en région qu'en France, ce taux est un peu plus élevé chez les femmes que chez les hommes : respectivement 31,6 % et 29,3 % pour les Hauts-de-France et 35,4 % et 32,8 % pour la France entière (Dom hors Mayotte).

Les indicateurs en population cible (maintien des exclus dans la population cible) sont disponibles pour la période 2023-2024. Le taux est là encore plus faible en région : 25,5 % contre 29,6 % pour la France. Cet indicateur laisse apparaître une stabilisation de la participation au niveau national par rapport à 2022-2023 (29,7 %) et une légère augmentation pour les Hauts-de-France (26,5 %).

Par ailleurs, il est à noter que certains tests effectués s'avèrent non analysables. En 2023-2024, sur les 454 198 personnes de 50-74 ans ayant effectué un test de dépistage, 10 634 tests étaient non analysables et non refaits, soit une part de 2,3 % (2,7 % en France ; inférieur au référentiel européen de 3 %).

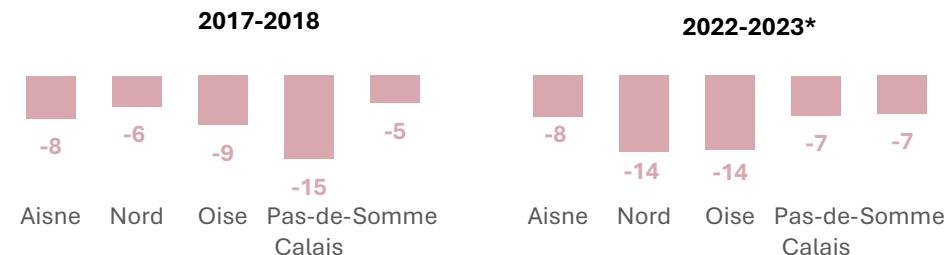
Par ailleurs, parmi les tests réalisés, 3,7 % se sont avérés positifs pour les Hauts-de-France contre 3,3 % pour la France. Tant au niveau régional qu'au niveau national, la part de test positif est plus importante chez les hommes que chez les femmes, avec pour chacun des deux sexes des valeurs régionales (respectivement 4,4 % et 3,1 %) plus élevées que celles de France (3,9 % et 2,7 %).

Pour plus d'information, cf. site internet de Santé publique France :
[Participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal](#)

Sources : Santé publique France - Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE DU TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL (en %)



* retrait des exclus dans la population cible

Sources : Santé publique France - Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee - Exploitation OR2S

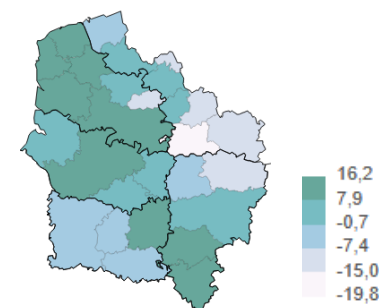
Les cinq départements de la région présentent une faible participation au dépistage organisé du cancer colorectal, systématiquement plus faible qu'en France. Elle est **particulièrement faible dans le Nord** (taux de 29,4 % en 2022-2023) **et l'Oise** (29,5 %), soit une participation qui est de l'ordre de 5 points plus faible qu'en France.

Dans les trois autres départements, les taux de dépistage approchent les 32 %.

Au niveau des **territoires de proximité**, les taux de participation les plus élevés des Hauts-de-France sont relevés dans le Boulonnais et à Soissons ; plus généralement, ils sont un peu plus élevés sur une diagonale traversant la région du nord-ouest au sud-est.

À l'inverse, les taux sont plus faibles pour les territoires de proximité du Cambrésis, Sambre Avesnois et, dans une moindre mesure pour le Valenciennais, Guise - Hirson et Lens - Hénin.

DIFFÉRENTIEL AVEC LES HAUTS-DE-FRANCE DU TAUX DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL EN 2023-2024 (en %)



Sources : ARS, CRCDC, Insee, SNDS - DCIR - Exploitation ARS Hauts-de-France et OR2S



OFFRE, PRODUCTION ET CONSOMMATION DE SOINS ET DE SERVICES

PROFESSIONNELS DE SANTÉ
ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS À TRAITER LES CANCERS
ESPACE RESSOURCE CANCERS
SÉJOURS EN CANCÉROLOGIE
HOSPITALISATION À DOMICILE

La **qualité et la pertinence du parcours de santé** associé aux cancers qui comprennent la prévention primaire, le repérage précoce, le dépistage, le diagnostic, le traitement curatif et encore le soin de support reposent en partie sur la bonne structuration de l'offre de soins et le maillage territorial adéquat des professionnels de santé dans leur diversité et leur spécialité (hospitaliers, libéraux, médicaux, paramédicaux, médecins généralistes, médecins spécialistes).

Chaque étape du parcours s'appuie autant que possible sur des **référentiels de bonnes pratiques**, sur des **normes de qualité et de sécurité des actes** et sur la disponibilité des **dernières innovations** thérapeutiques, technologiques ou organisationnelles.

Les chances de survie, l'intensité des traitements et de leurs effets secondaires dépendent en grande partie de la précocité dans la détection des cas, des délais entre les différentes phases de traitement, des progrès associés aux dernières innovations et de l'accès géographique comme financier des patients à cette offre de soins.

En **matière de pilotage et de régulation du parcours**, ses différentes étapes font l'objet de définition et de suivi d'indicateurs de performance. Par exemple, l'INCa définit en 2022 dix indicateurs de

qualité et de sécurité des soins pour le cancer du sein. La qualité et la sécurité des actes en cancérologie sont corrélées à la structuration de l'offre de soins ainsi qu'au volume d'activités des services concernés. Il existe aussi des **recommandations nationales**, fruits d'un compromis entre niveau de qualité et sécurité des actes, volumes des actes à prendre en charge et accessibilité des services pour les patients. Pour pratiquer des activités de traitement du cancer, les établissements de santé publics et privés, y compris les centres de radiothérapie libéraux, doivent ainsi détenir une autorisation de traitement du cancer.

De nombreuses innovations ont vu le jour et sont en cours de développement en cancérologie, notamment en matière de traitements curatifs. L'apport de l'intelligence artificielle dans les différentes étapes du parcours des cancers est également une innovation très attendue et déjà effective dans certains éléments du parcours, comme l'imagerie. Enfin, de façon transversale aux étapes du parcours, la création en fin d'année 2025 du registre national des cancers, qui collectera des données de santé provenant des diverses sources sur les dispositifs de prévention, de dépistage, de soins, ainsi que sur le suivi médical, médico-social et social, permettra d'autres progrès dans la prise en charge des cancers.

SITUATION RÉGIONALE

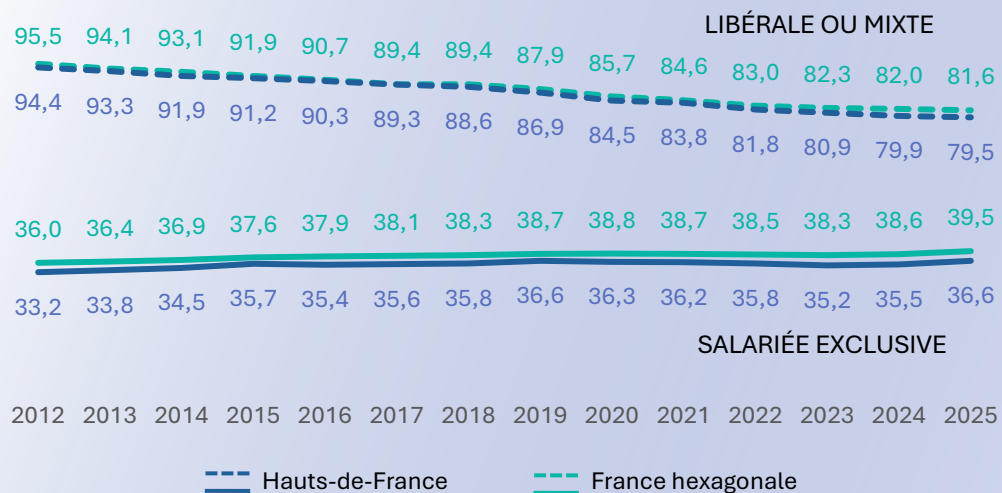
Au 1^{er} janvier 2025, les Hauts-de-France comptent 6 961 médecins généralistes : 4 768 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 2 193, elle est exclusivement salariée.

Les densités relevées dans les Hauts-de-France sont un peu plus faibles que celles de France, avec un écart plus marqué pour les seuls salariés : -3 % pour les libéraux et mixtes (soit une densité régionale de 79,5 pour 100 000 habitants contre 81,6 en France) et -7 % pour les salariés (densité de 36,6 pour 100 000 en région et 39,5 en France).

Comme l'illustrent les courbes ci-dessous, les densités de médecins généralistes libéraux et mixtes régionale et nationale ne cessent de diminuer tandis que celles des salariés exclusifs tendent à augmenter.

Concernant l'âge de ces professionnels de santé, 44 % des médecins généralistes libéraux et mixtes exerçant des les Hauts-de-France ont au moins 55 ans (43 % pour la France) et 39 % des salariés exclusifs (42 % pour la France) ; ces proportions sont respectivement de 32 % et 28 % pour les médecins de 60 ans et plus (33 % et 31 % pour la France).

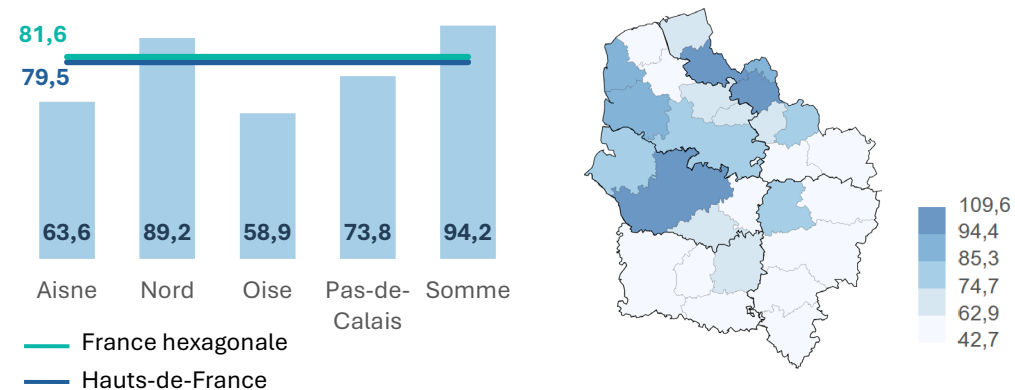
DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU 1^{ER} JANVIER SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ (pour 100 000 habitants)



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX OU MIXTES AU 1^{ER} JANVIER 2025 (pour 100 000 habitants)



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

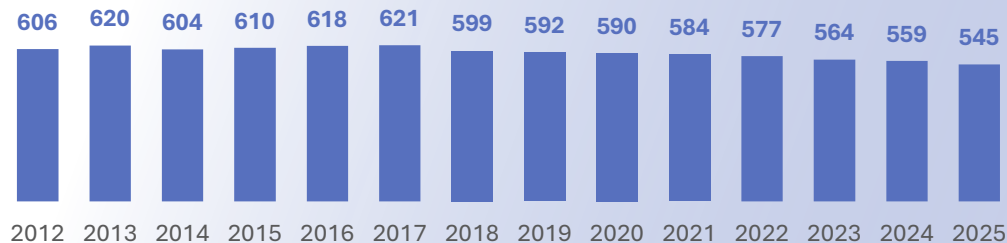
De **fortes disparités territoriales sont relevées pour la densité de médecins généralistes libéraux et mixtes**. Au 1^{er} janvier 2025, le rapport entre les valeurs départementales extrêmes est de 1,6 et, pour les territoires de proximité, il est de 2,6.

Les **densités de médecins généralistes sont plus faibles pour l'Oise et l'Aisne**, ainsi que dans quelques territoires de proximité plus au nord de la région : Calaisais (densité de 59,5), Haute Somme (60,3), Cambrésis (60,6), Audomarais (61,1), Sambre Avesnois (62,9). Il est à noter que Clermont, territoire de proximité avec la densité de médecins généralistes libéraux la plus faible (42,7 pour 100 000 habitants) enregistre une densité de médecins généralistes ayant une activité salariée exclusive un peu plus importante que celle de la France (40,9 contre 39,5).

Les départements de la Somme et du Nord détiennent au 1^{er} janvier 2025 une densité de médecins généralistes libéraux plus élevée que celle de la France. Ceci est la résultante de **densités particulièrement importantes sur quelques territoires de proximité**, avec une valeur dépassant les 100 médecins pour 100 000 habitants, à savoir **Lille** (109,6), **Amiens** (106,8) et **Flandre Intérieure** (103,8).

Concernant l'âge de ces professionnels de santé, la **part de médecins généralistes libéraux ayant au moins 60 ans est particulièrement élevée** pour les territoires de proximité de **Soissons** (52,5 %) et **Sambre Avesnois** (47,5 %). Elle avoisine des deux cinquièmes pour Laon (42,4 %), Beauvais (42,1 %) et Valois - Halatte - Creil (40,3 %).

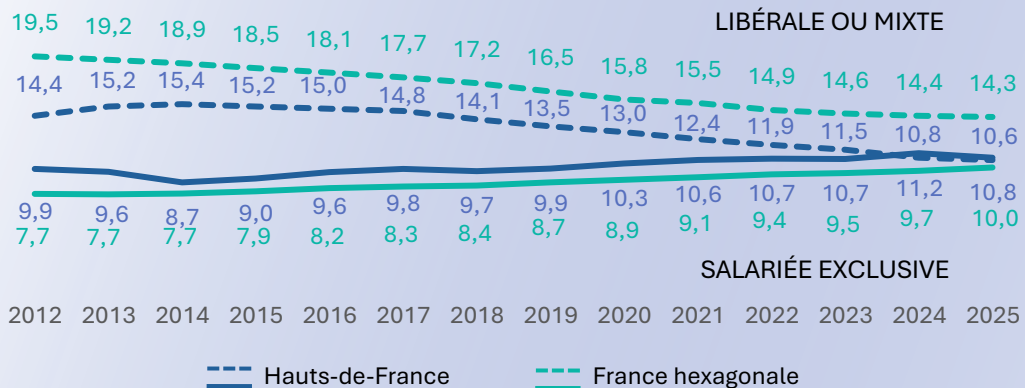
SITUATION RÉGIONALE

NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN GYNÉCOLOGIE AU 1^{ER} JANVIER
DANS LES HAUTS-DE-FRANCE


Au 1^{er} janvier 2025, les Hauts-de-France comptent **545 gynécologues** : 270 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 275, elle est exclusivement salariée.

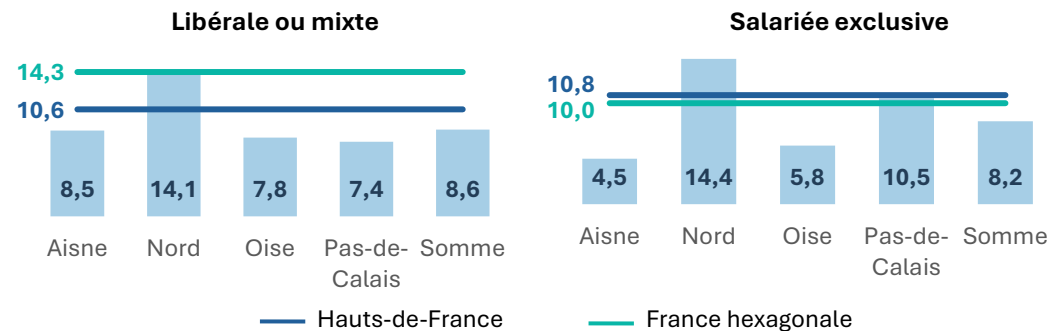
La densité relevée dans les Hauts-de-France est plus faible que celle de France hexagonale : au 1^{er} janvier 2025, 21,4 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus contre 24,3. Pour un peu plus d'un tiers, ces spécialistes ont 55 ans ou plus (34,3 % contre 36,4 % en France) ; pour les 60 ans et plus, les parts sont de 28,1 % et 28,9 % en région et en France.

Tant pour la région que pour l'ensemble du pays, la tendance est à la diminution du nombre et de la densité de médecins spécialistes en gynécologie libéraux ou mixtes.

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN GYNÉCOLOGIE AU 1^{ER} JANVIER
SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ (pour 100 000 femmes de 15 ans et plus)


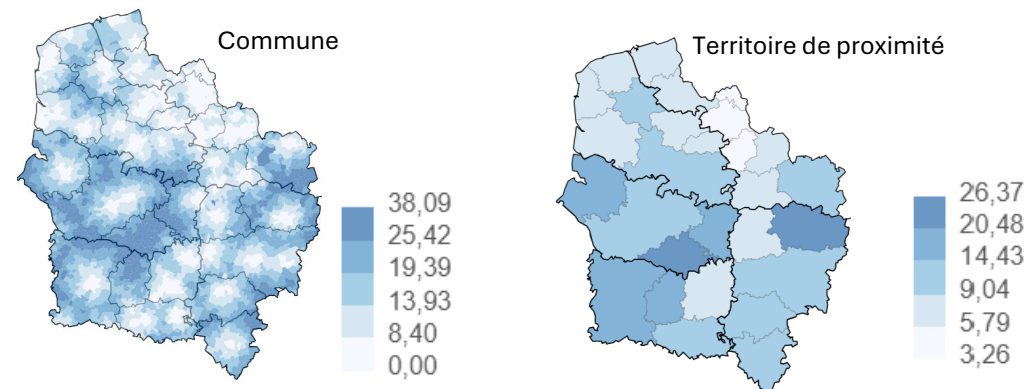
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN GYNÉCOLOGIE
SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ AU 1^{ER} JANVIER 2025 (pour 100 000 femmes de 15 ans et plus)


Avec 317 médecins spécialistes en gynécologie exerçant dans le **Nord**, la densité relevée dans ce département est la **seule à être plus importante que celle de la France hexagonale**.

La plus forte différence entre type d'activité est constatée pour le Pas-de-Calais. En prenant en compte les spécialistes exerçant dans les Hauts-de-France ou dans les autres régions de France, les temps d'accès théoriques aux gynécologues libéraux ou mixtes les plus importants sont retrouvés pour l'ex-Picardie. Au niveau des territoires de proximité est plus particulièrement à mentionner pour un **temps d'accès particulièrement élevé** celui de **Montdidier - Santerre** ; puis, viennent ceux de Guise - Hirson, Haute Somme et Clermont.

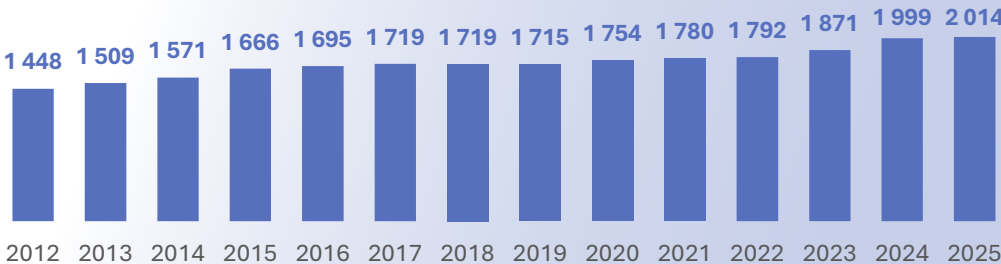
TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE* AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES
EN GYNÉCOLOGIE LIBÉRAUX OU MIXTES AU 1^{ER} JANVIER 2025


* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un médecin spécialiste en gynécologie.

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

NOMBRE DE SAGES-FEMMES AU 1^{ER} JANVIER DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

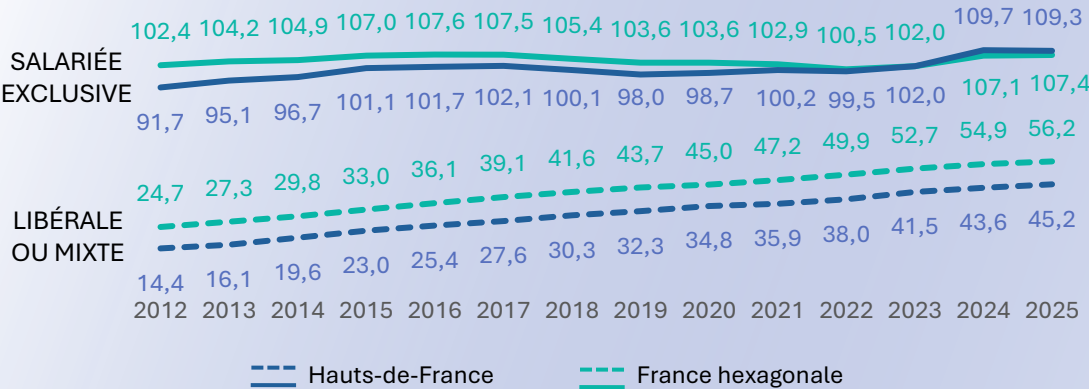


Au 1^{er} janvier 2025, les Hauts-de-France comptent **2 014 sages-femmes** : 589 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 1 425, elle est exclusivement salariée.

La densité relevée dans les Hauts-de-France est plus faible que celle de France hexagonale : respectivement au 1^{er} janvier 2025, 154,5 pour 100 000 femmes de 15-49 ans contre 163,6. Pour un neuvième, ces professionnels ont 55 ans ou plus (11,7 % contre 15,2 % en France) ; pour les 60 ans et plus, les parts sont de 4,9 % et 6,1 % en région et en France.

Dans la région comme en France, la densité de sages-femmes libérales augmente ; celle des salariées évolue peu, bien que la région dépasse désormais le niveau national.

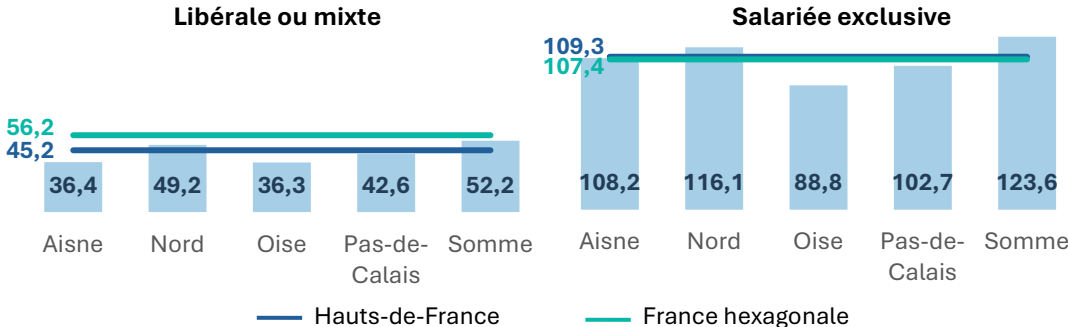
DENSITÉ DE SAGES-FEMMES AU 1^{ER} JANVIER SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

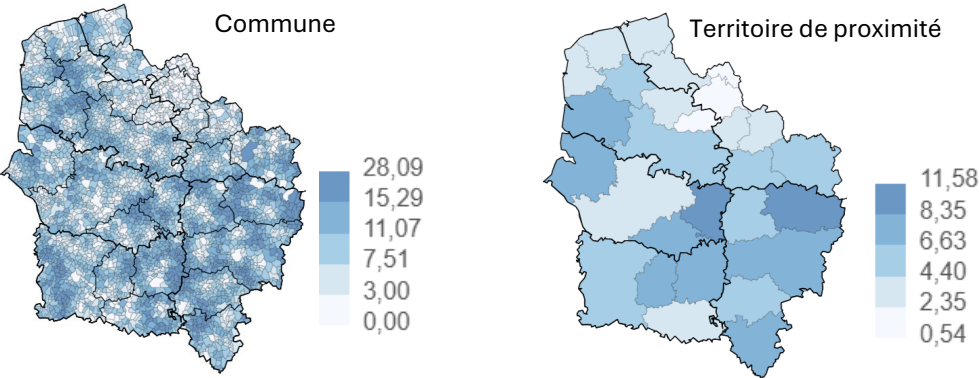
DENSITÉ DE SAGES-FEMMES SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ AU 1^{ER} JANVIER 2025 (pour 100 000 femmes de 15 ans à 49 ans)



Les densités départementales de sages-femmes **dépasse** les densités nationales seulement chez les **salariées exclusives**, dans le **Nord** et la **Somme**.

Pour les libérales et les salariées, l'Oise est le département le moins pourvu de sages-femmes. En prenant en compte les sages-femmes exerçant dans les Hauts-de-France ou dans les autres régions de France, les temps d'accès théoriques les plus importants sont retrouvés pour l'Aisne. Au niveau des territoires de proximité est plus particulièrement à mentionner pour un **temps d'accès particulièrement élevé** celui de **Guisse - Hirson**, ainsi que celui de la Haute Somme et de Noyon-Compiègne.

TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE* AUX SAGES-FEMMES LIBÉRALES ET MIXTES AU 1^{ER} JANVIER 2025



* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins une sage-femme.

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

Au 1^{er} janvier 2021, les Hauts-de-France comptent 609 874 infirmiers de moins de 62 ans : 117 383 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 492 491, elle est exclusivement salariée.

Les densités d'infirmiers de moins de 62 ans sont plus élevées dans les Hauts-de-France qu'en France hexagonale (964,5 pour 100 000 habitants contre 931,0). Cela est dû à la forte différence des salariés (788,1 contre 751,8), les libéraux et mixtes étant plus proches du niveau national (179,2 en région contre 176,4 en France).

Comme l'illustrent les courbes ci-dessous, les densités d'infirmiers ne cessent d'augmenter, tant pour les libéraux ou mixtes que pour les salariés.

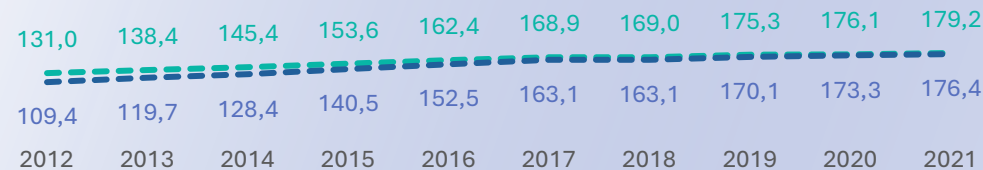
Concernant l'âge, la part d'infirmiers libéraux de 55-61 ans est de 10,8 % dans les Hauts-de-France (15,6 % pour France hexagonale) ; pour les salariés exclusifs cette part est de 12,3 % (15,0 % pour la France).

DENSITÉ D'INFIRMIERS DE MOINS DE 62 ANS AU 1^{ER} JANVIER
SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ (pour 100 000 habitants)

SALARIÉE EXCLUSIVE



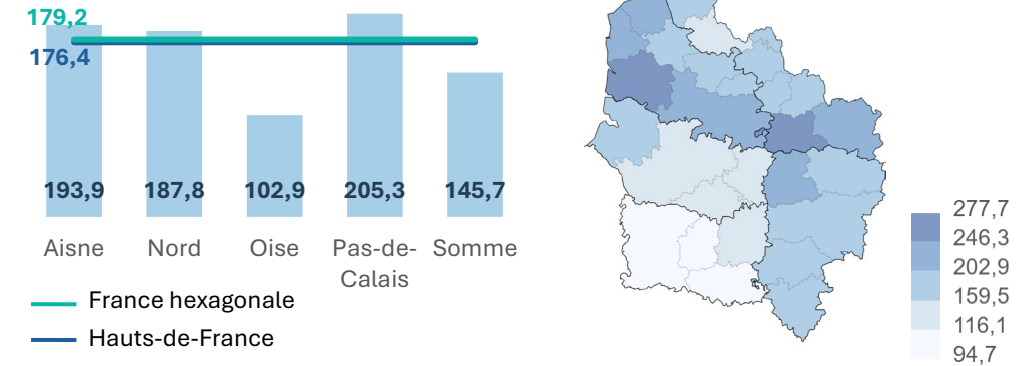
LIBÉRALE ET MIXTE



--- Hauts-de-France --- France hexagonale

Sources : Adeli, Drees, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DENSITÉ D'INFIRMIERS LIBÉRAUX ET MIXTES DE MOINS DE 62 ANS
AU 1^{ER} JANVIER 2021 (pour 100 000 habitants)


Sources : Adeli, Drees, Insee - Exploitation OR2S

De **fortes disparités territoriales** sont relevées pour la densité d'infirmiers libéraux et mixtes. Au 1^{er} janvier 2021, le rapport entre les valeurs départementales extrêmes est de 2,0 et, pour les territoires de proximité, il est de 2,9.

Ainsi, les densités d'infirmiers libéraux et mixtes de moins de 62 ans sont plus faibles pour l'Oise et la Somme : Valois - Halatte - Creil (94,7), Clermont (103,2), Beauvais (107,8), Noyon-Compiègne (121,9) et Amiens (139,9). Pour les salariés, seul l'Oise présente des densités d'infirmiers faibles, notamment dans les territoires de Montdidier - Santerre (311,0) et de Beauvais (417,2).

Les départements de l'Aisne, du Nord et du Pas-de-Calais détiennent au 1^{er} janvier 2021 des densités d'infirmiers libéraux plus élevées que celle de la France. Ceci est la résultante de densités particulièrement importantes sur quelques territoires de proximité, avec une valeur au-dessus des 240 infirmiers pour 100 000 habitants, à savoir Montreuillois (277,7), Cambresis (250,1) ou Saint-Quentin (241,4).

Concernant l'âge de ces professionnels de santé, la part d'infirmiers libéraux de 55-61 ans est particulièrement élevée pour les territoires de proximité de Beauvais (16,8 %), Valois - Halatte - Creil (15,1 %) et Guise - Hirson (15,0 %).

SITUATION RÉGIONALE

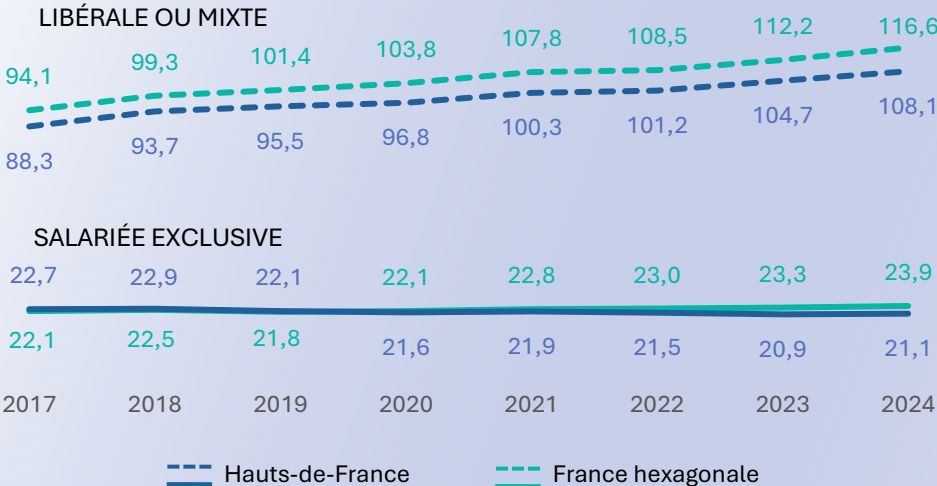
Au 1^{er} janvier 2024, les Hauts-de-France comptent 7 749 masseurs-kinésithérapeutes : 6 486 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 1 263, elle est exclusivement salariée.

Les densités relevées dans les Hauts-de-France sont un peu plus faibles que celles de France, avec un écart un peu plus marqué pour les seuls salariés : -7,3 % pour les libéraux et mixtes (soit une densité régionale de 108,1 pour 100 000 habitants contre 116,6 en France) et -11,7 % pour les salariés (densité de 21,1 pour 100 000 en région et 23,9 en France).

Comme l'illustrent les courbes ci-dessous, les densités de masseurs-kinésithérapeutes libéraux et mixtes régionale et nationale ne cessent d'augmenter, tandis que celles des salariés exclusifs restent stables.

Concernant l'âge, 15,8 % des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et mixtes exerçant dans les Hauts-de-France ont au moins 55 ans (16,7 % pour la France hexagonale) et 16,4 % des salariés exclusifs (17,2 % pour la France) ; ces proportions sont respectivement de 8,8 % et 10,1 % pour les masseurs-kinésithérapeutes de 60 ans et plus (de 9,5 % et 10,7 % pour la France).

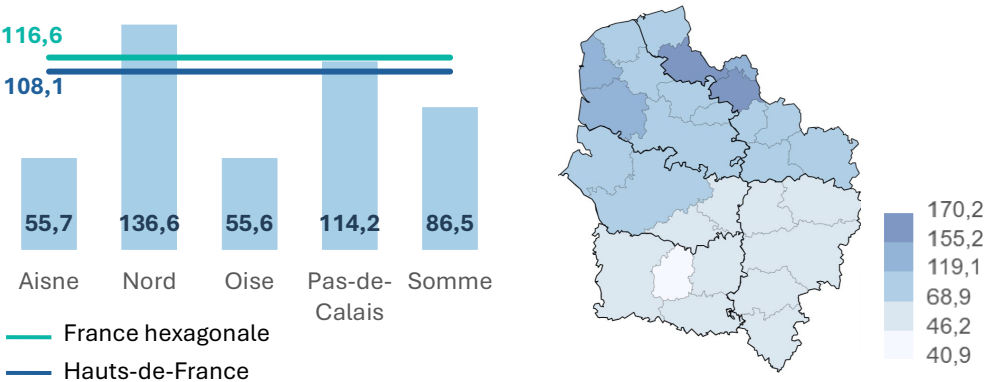
DENSITÉ DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES AU 1^{ER} JANVIER
SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ (pour 100 000 habitants)



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DENSITÉ DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX OU MIXTES
AU 1^{ER} JANVIER 2024 (pour 100 000 habitants)



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

De fortes disparités territoriales sont relevées pour la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux et mixtes. Au 1^{er} janvier 2024, le rapport entre les valeurs départementales extrêmes est de 2,5 et pour les territoires de proximité il est de 4,2.

Ainsi, les densités de masseurs-kinésithérapeutes sont plus faibles pour l'ex-Picardie : Clermont (densité de 40,9), Laon (46,2), Beauvais (54,0), Haute Somme (54,8). Il est à noter que le Montreuillois, territoire de proximité avec une forte densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes (148,9 pour 100 000 habitants) enregistre également la plus grande densité de professionnel ayant une activité salariée exclusive (98,3, suivi de Lille avec 44,0 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants).

Le département du Nord détient au 1^{er} janvier 2024 une densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux plus élevée que celle de la France. Ceci est la résultante de densités particulièrement importantes sur quelques territoires de proximité, avec une valeur dépassant les 150 professionnels pour 100 000 habitants, à savoir Lille (170,2), Flandre Intérieure (155,2) et Roubaix - Tourcoing (153,6).

Concernant l'âge de ces professionnels de santé, la part de masseurs-kinésithérapeutes libéraux ayant au moins 60 ans est particulièrement élevée pour les territoires de proximité de Haute Somme (30,0 %), Guise - Hirson et Clermont (15,2 % pour ces deux territoires).

SITUATION RÉGIONALE

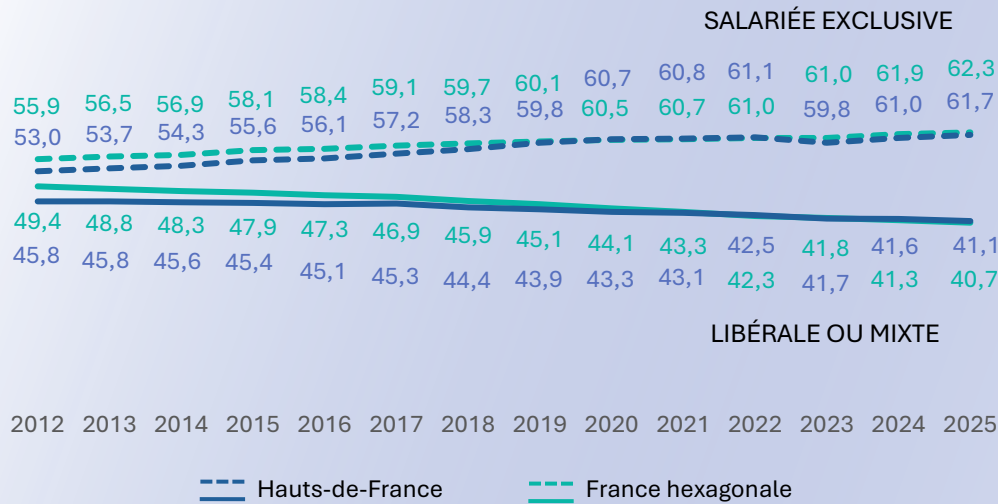
Au 1^{er} janvier 2025, les Hauts-de-France comptent 6 168 pharmaciens : 2 464 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 3 704, elle est exclusivement salariée.

Tout type d’activité confondu, les densités relevées dans les Hauts-de-France sont proches de celles de France (102,8 pour 100 000 habitants au niveau régional contre 103,0 au niveau national). Ceci est retrouvé pour le type d’activité : la densité de professionnel salarié est de 61,7 pour 100 000 dans les Hauts-de-France (62,3 pour la France) et celle des libéraux ou mixtes de 41,1 (40,7 en France).

Comme l’illustrent les courbes ci-dessous, les densités de pharmaciens libéraux et mixtes régionale et nationale ne cessent de diminuer, tandis que celles des salariés exclusifs augmentent.

Concernant l’âge, 30,6 % des pharmaciens libéraux et mixtes exerçant des les Hauts-de-France ont au moins 55 ans (34,8 % pour la France hexagonale) et 22,2 % des salariés exclusifs (24,6 % pour la France) ; ces proportions sont respectivement de 17,4 % et 12,0 % pour les pharmaciens de 60 ans et plus (21,4 % et 14,7 % pour la France).

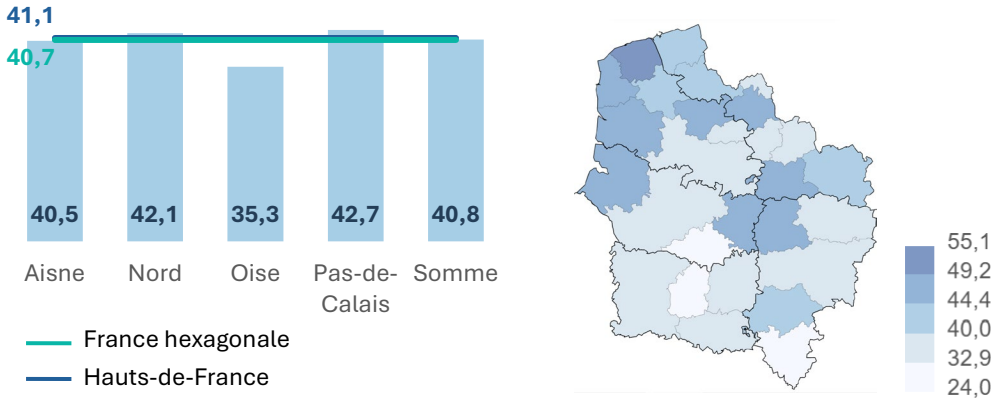
DENSITÉ DE PHARMACIENS AU 1^{ER} JANVIER
SELON LE TYPE D’ACTIVITÉ (pour 100 000 habitants)



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DENSITÉ DE PHARMACIENS LIBÉRAUX OU MIXTES
AU 1^{ER} JANVIER 2025 (pour 100 000 habitants)



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

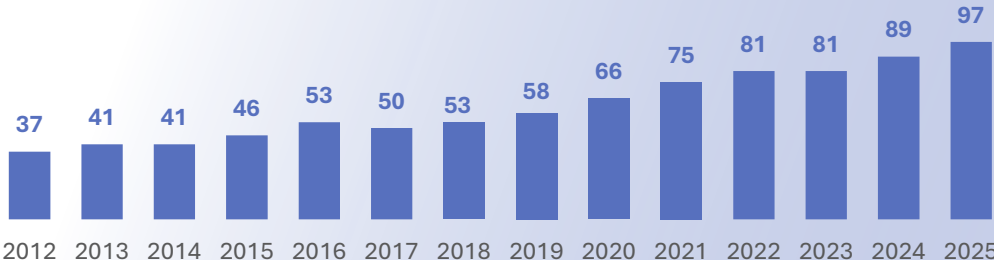
De fortes disparités territoriales sont relevées pour la densité de pharmaciens libéraux et mixtes. Au 1^{er} janvier 2025, le rapport entre les valeurs départementales extrêmes est de 1,2 et, pour les territoires de proximité, il est de 2,3.

Ainsi, les densités de pharmaciens sont plus faibles pour l’Oise : Clermont (densité de 24,0 pour 100 000), Montdidier - Santerre (31,0) ou Valois - Halatte - Creil (35,8). Les densités sont également faibles sur certains territoires de l’Aisne ou du Pas-de-Calais comme Château-Thierry (32,9) ou Lens - Hénin (35,8).

Les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme détiennent au 1^{er} janvier 2025 des densités de pharmaciens libéraux plus élevées que celle de la France. Ceci est la résultante de densités particulièrement importantes sur quelques territoires de proximité, avec une valeur dépassant les 45 professionnels pour 100 000 habitants, à savoir Calaisais (55,1), Lille (45,3) ou Abbeville (46,4).

Concernant l’âge, la part de pharmaciens libéraux ayant au moins 60 ans est particulièrement élevée pour les territoires de proximité de Haute Somme (38,5 %), Valois - Halatte - Creil et Soissons (28,6 % pour ces deux territoires).

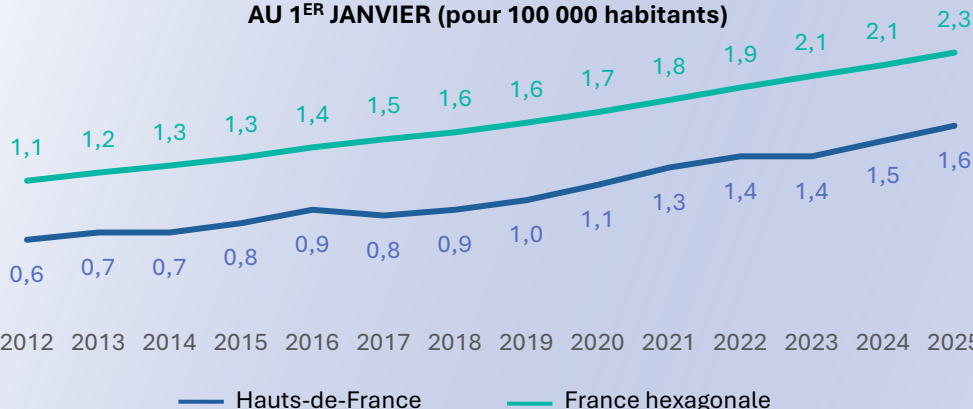
SITUATION RÉGIONALE

NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ONCOLOGIE OPTION MÉDICALE
AU 1^{ER} JANVIER DANS LES HAUTS-DE-FRANCE


Au 1^{er} janvier 2025, les Hauts-de-France comptent **97 médecins spécialistes en oncologie option médicale** : 22 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 75, elle est exclusivement salariée.

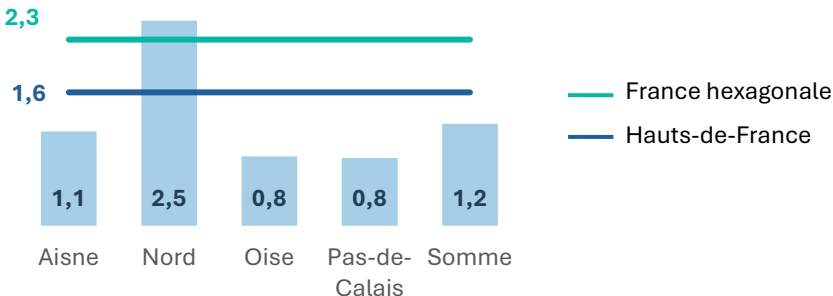
La densité relevée dans les Hauts-de-France est plus faible que celle de France hexagonale : au 1^{er} janvier 2025, 1,6 pour 100 000 habitants contre 2,3. Pour un cinquième, ces spécialistes ont 55 ans ou plus (19,6 % contre 25,4 % en France) ; pour les 60 ans et plus, les parts sont de 11,3 % et 15,5 % en région et en France.

Tant pour la région que pour l'ensemble du pays, la tendance est à l'augmentation du nombre et de la densité de médecins spécialistes en oncologie, option médicale.

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ONCOLOGIE OPTION MÉDICALE
AU 1^{ER} JANVIER (pour 100 000 habitants)


Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

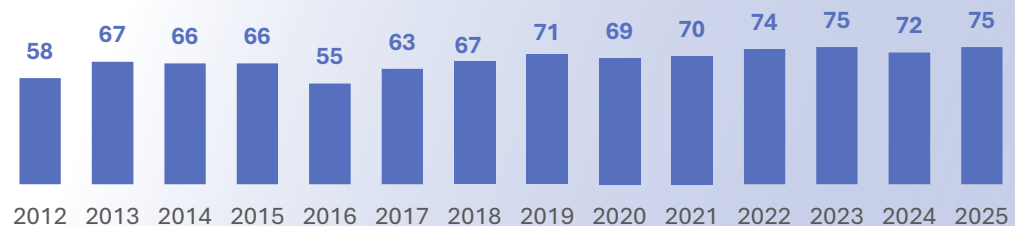
SITUATION INFRARÉGIONALE

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ONCOLOGIE OPTION MÉDICALE
AU 1^{ER} JANVIER 2025 (pour 100 000 habitants)


Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

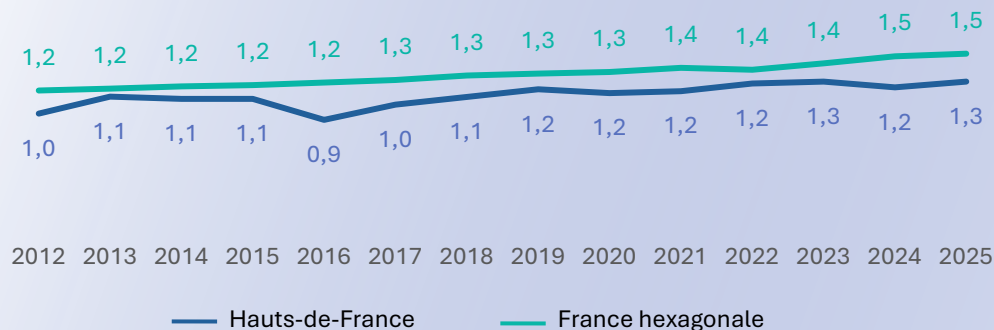
Avec 51 médecins spécialistes en oncologie, option médicale, exerçant dans le **Nord**, la **densité** relevée dans ce département est la **seule à être plus importante que celle de la France hexagonale**. L'Aisne compte 6 professionnels, l'Oise 8, le Pas-de-Calais 9 et la Somme 7.

SITUATION RÉGIONALE

NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN RADIOTHÉRAPIE AU 1^{ER} JANVIER
DANS LES HAUTS-DE-FRANCE


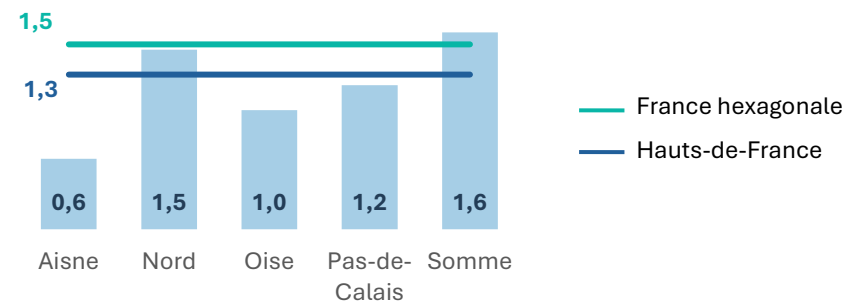
Au 1^{er} janvier 2025, les Hauts-de-France comptent **75 médecins spécialistes en radiothérapie** : 48 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 27, elle est exclusivement salariée.

La **densité relevée dans les Hauts-de-France est plus faible que celle de France hexagonale** : au 1^{er} janvier 2025, 1,3 pour 100 000 habitants contre 1,5. Pour un cinquième, ces spécialistes ont 55 ans ou plus (20,0 % contre 25,8 % en France) ; pour les 60 ans et plus, les parts sont de 16,0 % et 16,9 % en région et en France.

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN RADIOTHÉRAPIE AU 1^{ER} JANVIER
(pour 100 000 habitants)


Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN RADIOTHÉRAPIE
AU 1^{ER} JANVIER 2025 (pour 100 000 habitants)


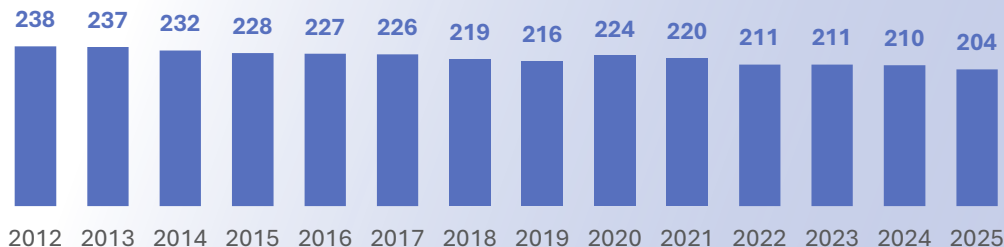
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

Deux départements, la **Somme et le Nord**, ont une **densité de médecins spécialistes en radiothérapie proche de celle de la France** (cf. graphique ci-dessus ; 38 spécialistes exercent dans le Nord et 9 dans la Somme).

La **densité est très faible pour l'Aisne** (3 médecins spécialistes en radiothérapie ; les effectifs sont de 8 pour l'Oise et 17 pour le Pas-de-Calais).

SITUATION RÉGIONALE

NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE AU 1^{ER} JANVIER DANS LES HAUTS-DE-FRANCE



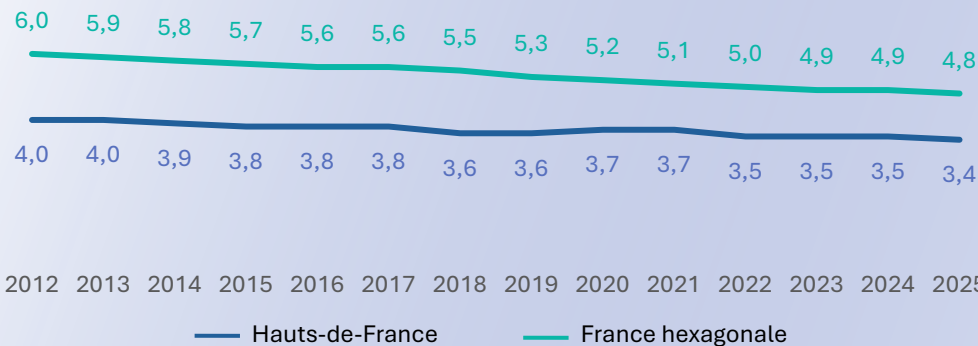
Au 1^{er} janvier 2025, les Hauts-de-France comptent **204 médecins spécialistes en dermatologie et vénéréologie** : 127 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 77, elle est exclusivement salariée.

La densité relevée dans les Hauts-de-France est plus faible que celle de France hexagonale : au 1^{er} janvier 2025, 3,4 pour 100 000 habitants contre 4,8.

Deux cinquièmes de ces spécialistes ont 55 ans ou plus (40,2 % contre 50,8 % en France) ; pour les 60 ans et plus, les parts sont de 30,4 % en région et 18,6 % en France.

Tant pour la région que pour l'ensemble du pays, la tendance est à la diminution du nombre et de la densité de médecins spécialistes en dermatologie et vénéréologie.

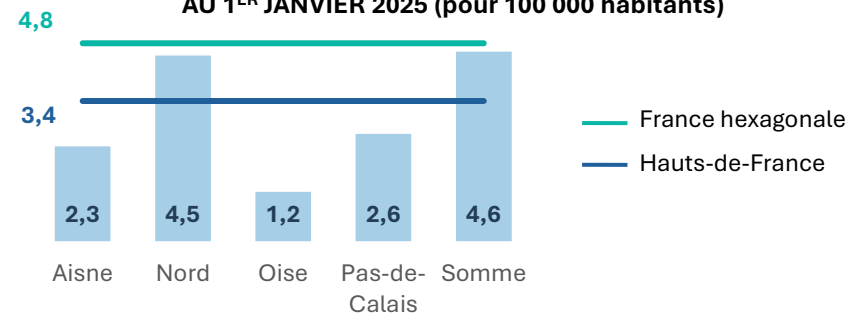
DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE AU 1^{ER} JANVIER (pour 100 000 habitants)



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

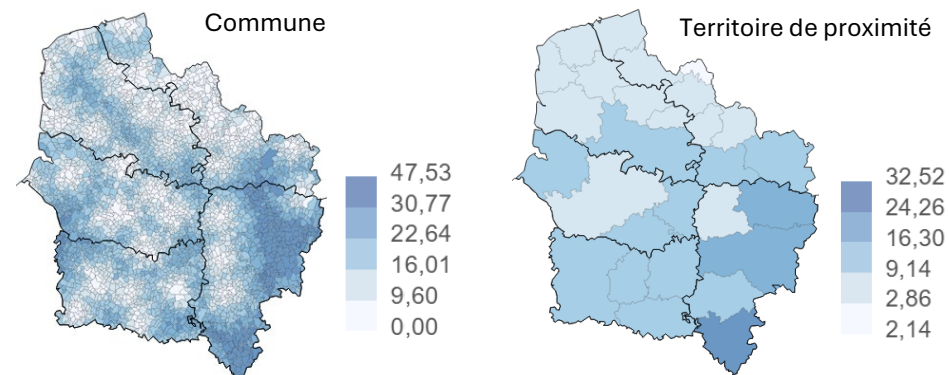
DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE AU 1^{ER} JANVIER 2025 (pour 100 000 habitants)



Dans chacun des départements de la région, la densité de médecins spécialistes en dermatologie et vénéréologie **est inférieure à celle de la France hexagonale, même si elle s'en rapproche pour la Somme et le Nord**. Près de 60 % de ces professionnels exercent dans le Nord (118) ; les autres départements en compte 12 pour l'Aisne, 10 pour l'Oise, 38 pour le Pas-de-Calais et 26 pour la Somme.

En prenant en compte les spécialistes exerçant dans les Hauts-de-France ou dans les autres régions de France, les temps d'accès théoriques les plus élevés sont retrouvés pour l'Aisne puis l'Oise. Au niveau des territoires de proximité est plus particulièrement à mentionner pour un **temps d'accès élevé** celui de **Château-Thierry** ; ceux de Guise - Hirson et Laon viennent ensuite.

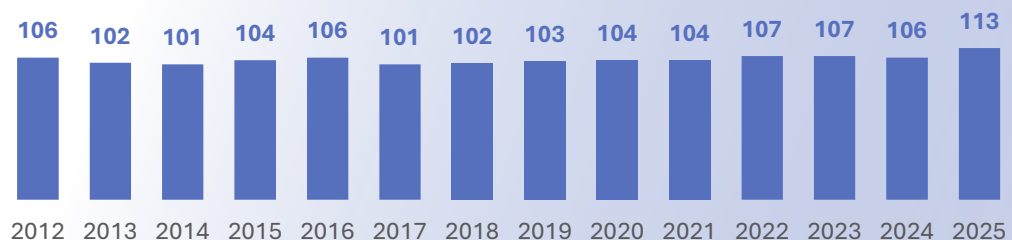
TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE* AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES EN DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE AU 1^{ER} JANVIER 2025



* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un médecin spécialiste en dermatologie et vénéréologie.

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

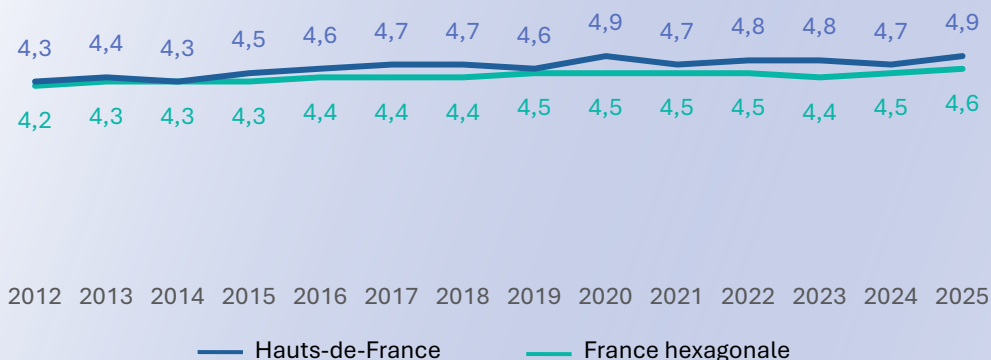
NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PNEUMOLOGIE AU 1^{ER} JANVIER
DANS LES HAUTS-DE-FRANCE


Au 1^{er} janvier 2025, les Hauts-de-France comptent **291 pneumologues** : 113 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 178, elle est exclusivement salariée.

La densité relevée dans les Hauts-de-France est légèrement plus faible que celle de la France hexagonale : au 1^{er} janvier 2025, 4,9 pour 100 000 habitants contre 4,6.

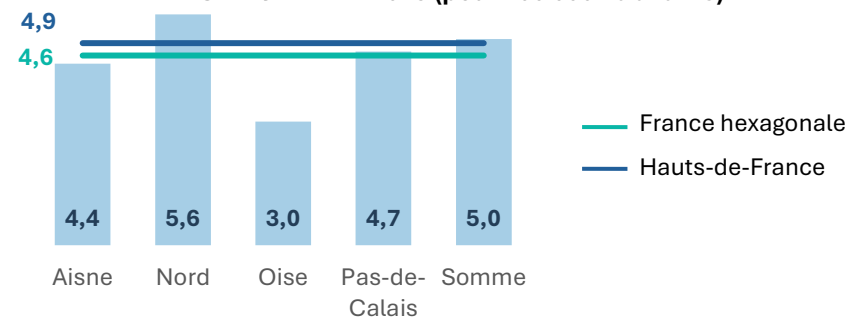
Dans les Hauts-de-France, un peu plus d'un tiers des pneumologues a 55 ans ou plus (36,1 % contre 40,6 % en France) ; pour les 60 ans et plus, les parts sont de 25,8 % en région et 29,1 % en France.

Tant pour la région que pour l'ensemble du pays, la densité de médecins spécialistes en pneumologie est relativement stable.

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PNEUMOLOGIE AU 1^{ER} JANVIER
(pour 100 000 habitants)


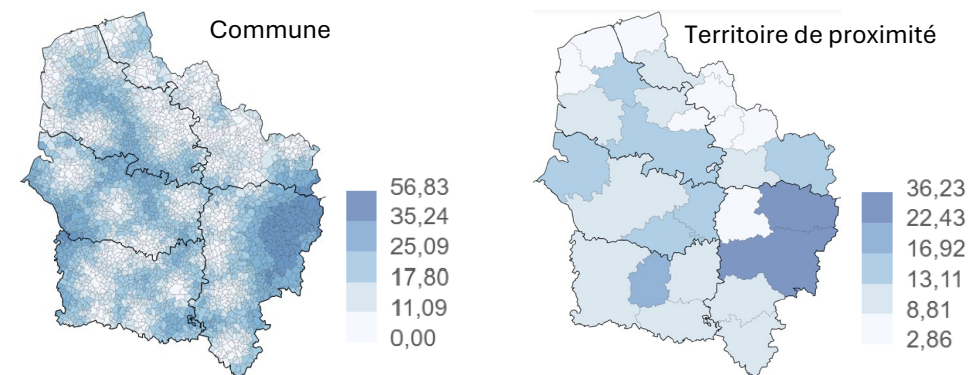
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PNEUMOLOGIE
AU 1^{ER} JANVIER 2025 (pour 100 000 habitants)


Trois départements, **le Pas-de-Calais, la Somme et le Nord**, ont une **densité de médecins spécialistes en pneumologie similaire ou supérieure à celle de la France** (cf. graphique ci-dessus ; 146 spécialistes exercent dans le Nord, 69 dans le Pas-de-Calais et 28 dans la Somme). La **densité est très faible pour l'Oise** (densité de 3,0 pour 100 000, soit 25 pneumologues) ; l'effectif le plus faible de ces professionnels est de 23 pour l'Aisne.

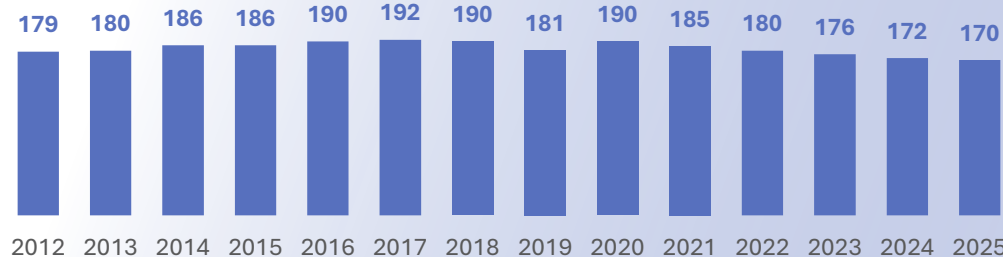
En prenant en compte les pneumologues exerçant dans les Hauts-de-France ou dans les autres régions de France, les temps d'accès théoriques les plus élevés sont retrouvés pour l'Aisne, plus spécifiquement au niveau de Guise - Hirson et Laon ; est également à mentionner, dans l'Oise, le territoire de Clermont.

TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE* AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES
EN PNEUMOLOGIE AU 1^{ER} JANVIER 2025


* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un médecin spécialiste en pneumologie.

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

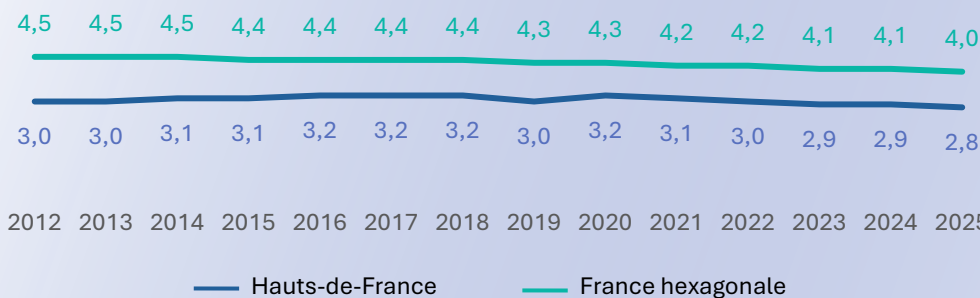
SITUATION RÉGIONALE

NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE
AU 1^{ER} JANVIER DANS LES HAUTS-DE-FRANCE


Au 1^{er} janvier 2025, les Hauts-de-France comptent **170 médecins spécialistes en chirurgie ORL et cervico-faciale** : 101 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 69, elle est exclusivement salariée.

La densité relevée dans les Hauts-de-France est plus faible que celle de France hexagonale : au 1^{er} janvier 2025, 2,8 pour 100 000 habitants contre 4,0. Plus de deux cinquièmes de ces spécialistes ont 55 ans ou plus (44,1 % contre 47,9 % en France) ; pour les 60 ans et plus, les parts sont de 35,9 % et 37,4 % en région et en France.

Tant pour la région que pour l'ensemble du pays, les densités de médecins spécialistes en chirurgie ORL et cervico-faciale sont relativement stables.

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE
AU 1^{ER} JANVIER (pour 100 000 habitants)


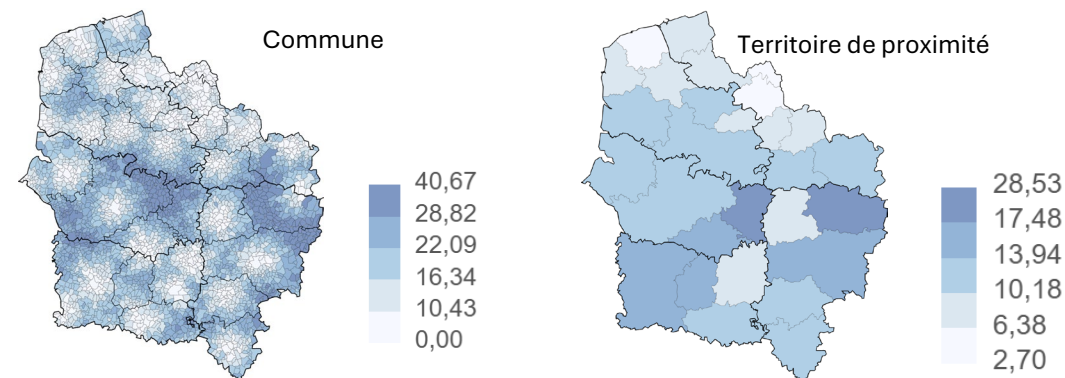
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE
AU 1^{ER} JANVIER 2025 (pour 100 000 habitants)


Aucun département ne présente une densité de médecins spécialistes en chirurgie ORL et cervico-faciale supérieure à celle de la France. Avec 96 spécialistes exerçant dans le **Nord**, la densité relevée dans ce département est celle qui se rapproche le plus du niveau national. L'Aisne compte 10 professionnels, l'Oise 12, le Pas-de-Calais 35 et la Somme 17.

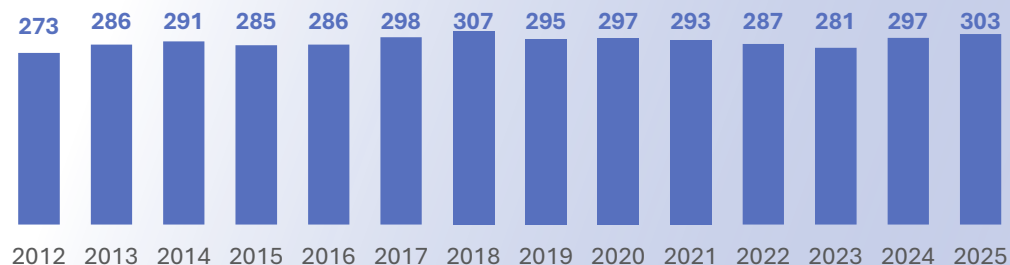
En prenant en compte les spécialistes exerçant dans les Hauts-de-France ou dans les autres régions de France, les temps d'accès théoriques les plus importants sont retrouvés pour l'Aisne, puis la Somme. Au niveau des territoires de proximité est à mentionner pour un **temps d'accès particulièrement élevé** celui de **Guisse - Hirson**, puis, ceux de Haute Somme, Clermont et Laon.

TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE* AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE
ORL ET CERVICO-FACIALE AU 1^{ER} JANVIER 2025


* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un médecin spécialiste en chirurgie ORL et cervico-faciale.

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION RÉGIONALE

NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN GASTRO-ENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE
AU 1^{ER} JANVIER DANS LES HAUTS-DE-FRANCE


Au 1^{er} janvier 2025, les Hauts-de-France comptent **303 médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie** : 164 exercent une activité libérale ou mixte et, pour 139, elle est exclusivement salariée.

La densité relevée dans les Hauts-de-France est légèrement plus faible que celle relevée en France hexagonale : au 1^{er} janvier 2025, 5,1 pour 100 000 habitants contre 5,5.

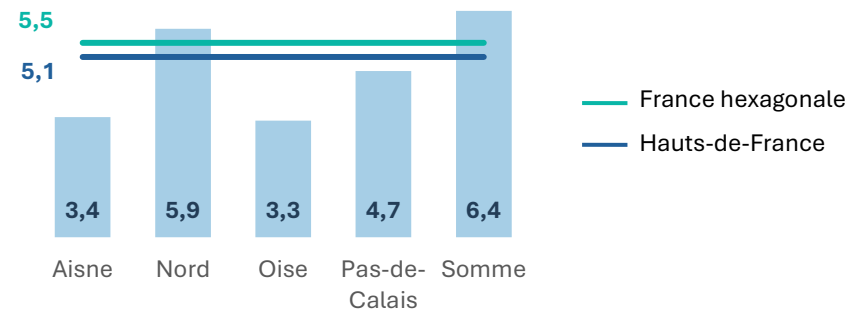
Pour près de deux cinquièmes, ces spécialistes ont 55 ans ou plus (38,6 % contre 41,8 % en France) ; pour les 60 ans et plus, les parts sont de 25,7 % et 28,7 % en région et en France.

Tant pour la région que pour l'ensemble du pays, le nombre et la densité de spécialistes demeurent relativement stable.

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN GASTRO-ENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE
AU 1^{ER} JANVIER (pour 100 000 habitants)

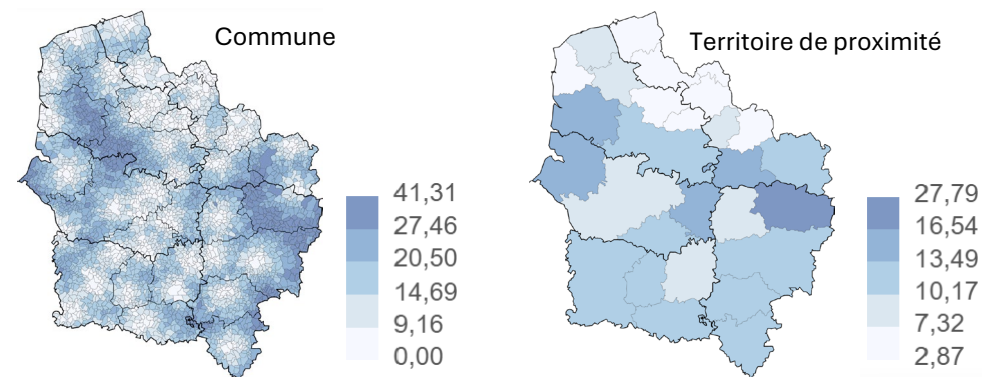

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

SITUATION INFRARÉGIONALE

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN GASTRO-ENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE
AU 1^{ER} JANVIER 2025 (pour 100 000 habitants)


Avec, respectivement, 154 et 36 médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie exerçant dans le **Nord** et la **Somme**, les **densités** relevées dans ces départements sont les **seules à être plus importantes que celle de la France hexagonale**. L'Aisne compte 18 professionnels, l'Oise 27 et le Pas-de-Calais 68.

En prenant en compte les spécialistes exerçant dans les Hauts-de-France ou dans les autres régions de France, les temps d'accès théoriques les plus élevés sont retrouvés pour l'Aisne, puis la Somme. Au niveau des territoires de proximité est plus particulièrement à mentionner pour un **temps d'accès particulièrement élevé** celui de **Guisse – Hirson** ; ceux de Haute Somme et Abbeville viennent ensuite.

TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE* AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES
EN GASTRO-ENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE 1^{ER} JANVIER 2025


* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un médecin à spécialité en gastro-entérologie et hépatologie.

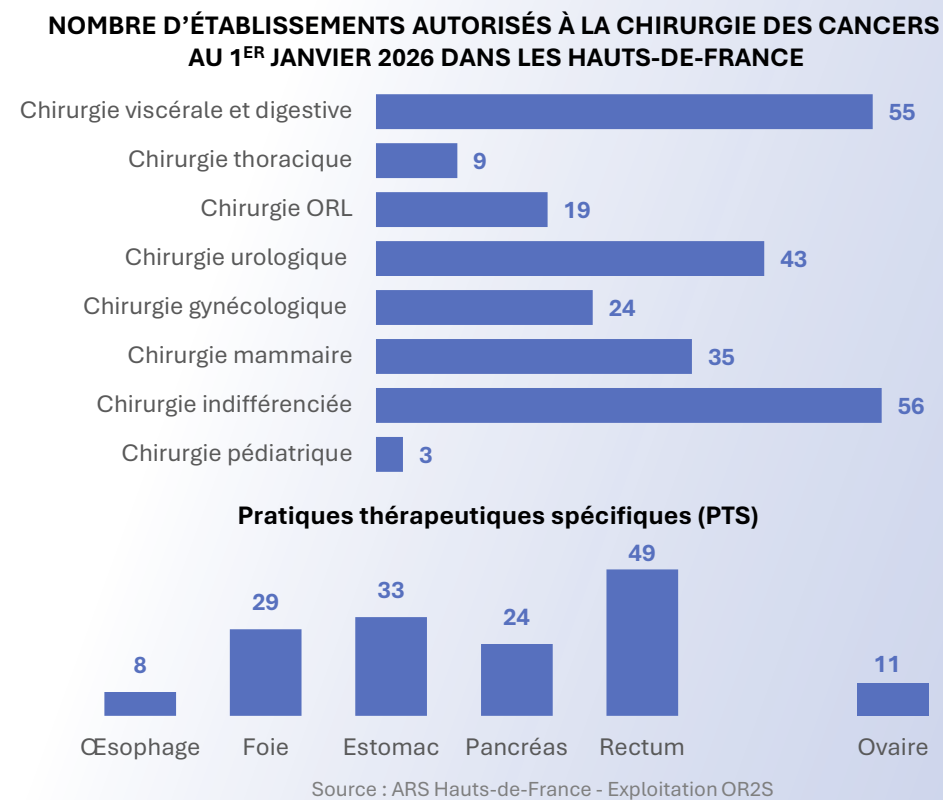
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation OR2S

Traitement du cancer

Pour pratiquer des activités de traitement du cancer, les établissements de santé publics et privés, y compris les centres de radiothérapie libéraux, doivent détenir une autorisation de traitement du cancer délivrée par les ARS, définie selon des critères quantitatifs et qualitatifs. Le traitement du cancer comprend trois modalités de prise en charge soumises à autorisation et, pour certaines, au respect de seuils : la chirurgie par spécialité, les traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), la radiothérapie externe et la curiethérapie. Les TMSC regroupent la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie et les médicaments de thérapie innovante, quelles que soient les voies d'administration.

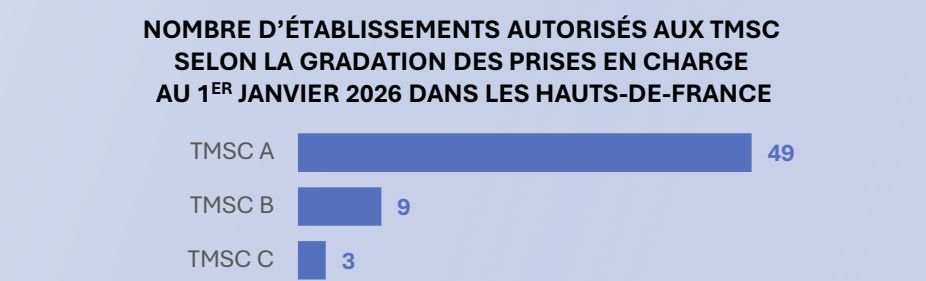
Au 1^{er} janvier 2026, les **Hauts-de-France comptent 86 établissements autorisés à traiter les cancers** permettant de mailler le territoire régional (cf. carte à la page suivante).

Ceux qui sont autorisés à pratiquer **la chirurgie des cancers sont au nombre de 66**.



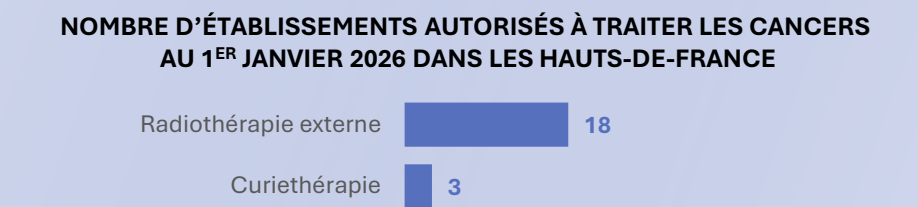
Au 1^{er} janvier 2026, les **Hauts-de-France comptent 49 établissements autorisés aux traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)**.

- Concernant les TMSC, trois niveaux de prise en charge sont autorisés :
- **Niveau A** : établissements autorisés à la modalité de traitement médicamenteux systémique du cancer pour les adultes ;
 - **Niveau B** : établissements autorisés à la modalité de traitement médicamenteux systémique du cancer pour les adultes impliquant des chimiothérapies intensives entraînant des aplasies prévisibles de plus de 8 jours ;
 - **Niveau C** : établissements autorisés à la modalité de traitement médicamenteux systémique du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans.



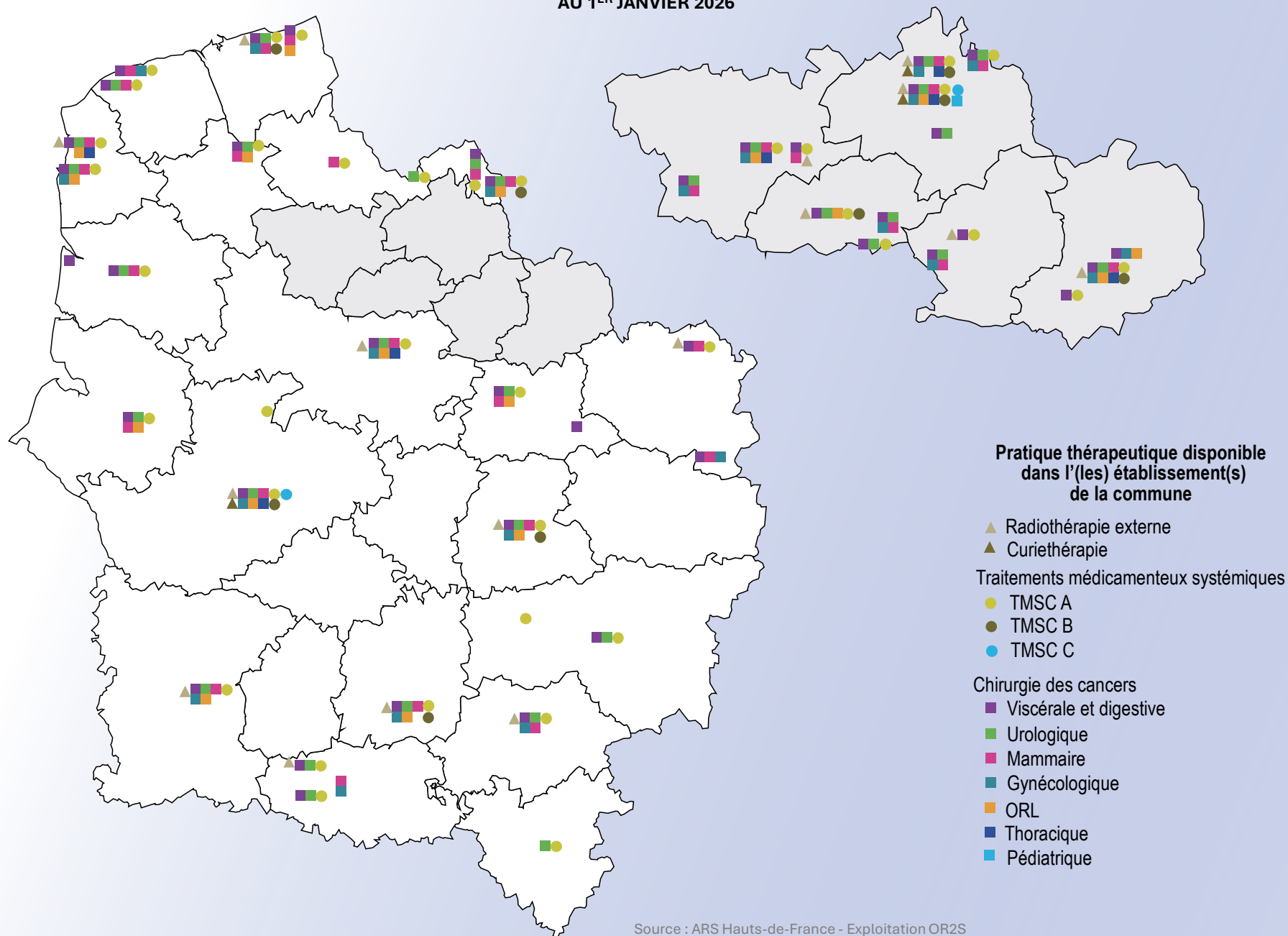
Les Hauts-de-France comptent **18 établissements pratiquant la radiothérapie externe et 3 établissements pratiquant la curiethérapie**, pour les adultes.

Un seul établissement est autorisé à la radiothérapie et la curiethérapie pour les enfants, adolescents et jeunes de moins de 18 ans.



Source : ARS Hauts-de-France - Exploitation OR2S

ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS À TRAITER LES CANCERS AU 1^{ER} JANVIER 2026



Source : ARS Hauts-de-France - Exploitation OR2S

Spécifiques aux Hauts-de-France, les espaces ressources cancer (ERC) ont été créés en 2008 pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer.

Qu'est-ce qu'un ERC ?

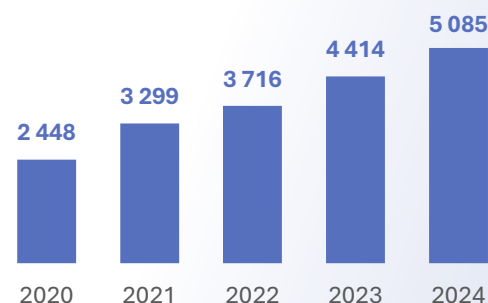
Il s'agit d'un lieu d'accueil, d'écoute et d'accompagnement ouvert aux personnes atteintes de cancer et à leur entourage. Les ERC permettent aux personnes atteintes d'un cancer de bénéficier de soins oncologiques de support, de pratiquer librement des activités individuelles ou collectives adaptées à leur état de santé et qui améliorent leur qualité de vie : diététique, groupes de parole, activités physiques, sophrologie, accompagnement psychologique, ateliers créatifs, soins socio-esthétiques... On y trouve aussi des réponses personnalisées, des supports d'information et une orientation vers des professionnels de santé ou des établissements spécialisés. Répartis sur toute la région Hauts-de-France, ils sont financés par l'ARS et le conseil régional. Ce dispositif est unique en France.

Pour plus d'information, cf. site internet ERC Hauts-de-France :

<https://erc-hauts-de-france.ars.sante.fr/>

En janvier 2026, les Hauts-de-France comptent seize espaces ressources cancers (ERC) et quarante-quatre antennes. L'Aisne compte deux ERC et deux antennes, le Nord sept ERC et seize antennes, l'Oise trois ERC et huit antennes, le Pas-de-Calais trois ERC et quinze antennes et la Somme un ERC et trois antennes.

ÉVOLUTION DE LA FILE ACTIVE* DES ERC



* usager (patients + aidants) ayant eu au moins un contact dans l'année avec l'ERC

Source : ARS Hauts-de-France

En matière d'activité, une forte montée en charge est relevée, puisque la file active des ERC a doublé en quatre ans, passant de 2 448 usagers (patients et aidants) en 2020 à 5 085 en 2024.

Par rapport à l'année 2023, la file active a augmenté de 15 % en 2024.

En moyenne, la file active est de 318 usagers par ERC en 2024 (310 en 2023). La médiane de la file active est de 304 usagers.

En outre, la file active des ERC est composée majoritairement de patients (87 %).

Pour plus d'information sur l'activité des ERC,

cf. rapport d'activité des ERC sur le site internet d'Onco Hauts-de-France :

<https://www.onco-hdf.fr/app/uploads/2025/09/RAPPORT-ACTIVITE-ERC-2024-VF.pdf>

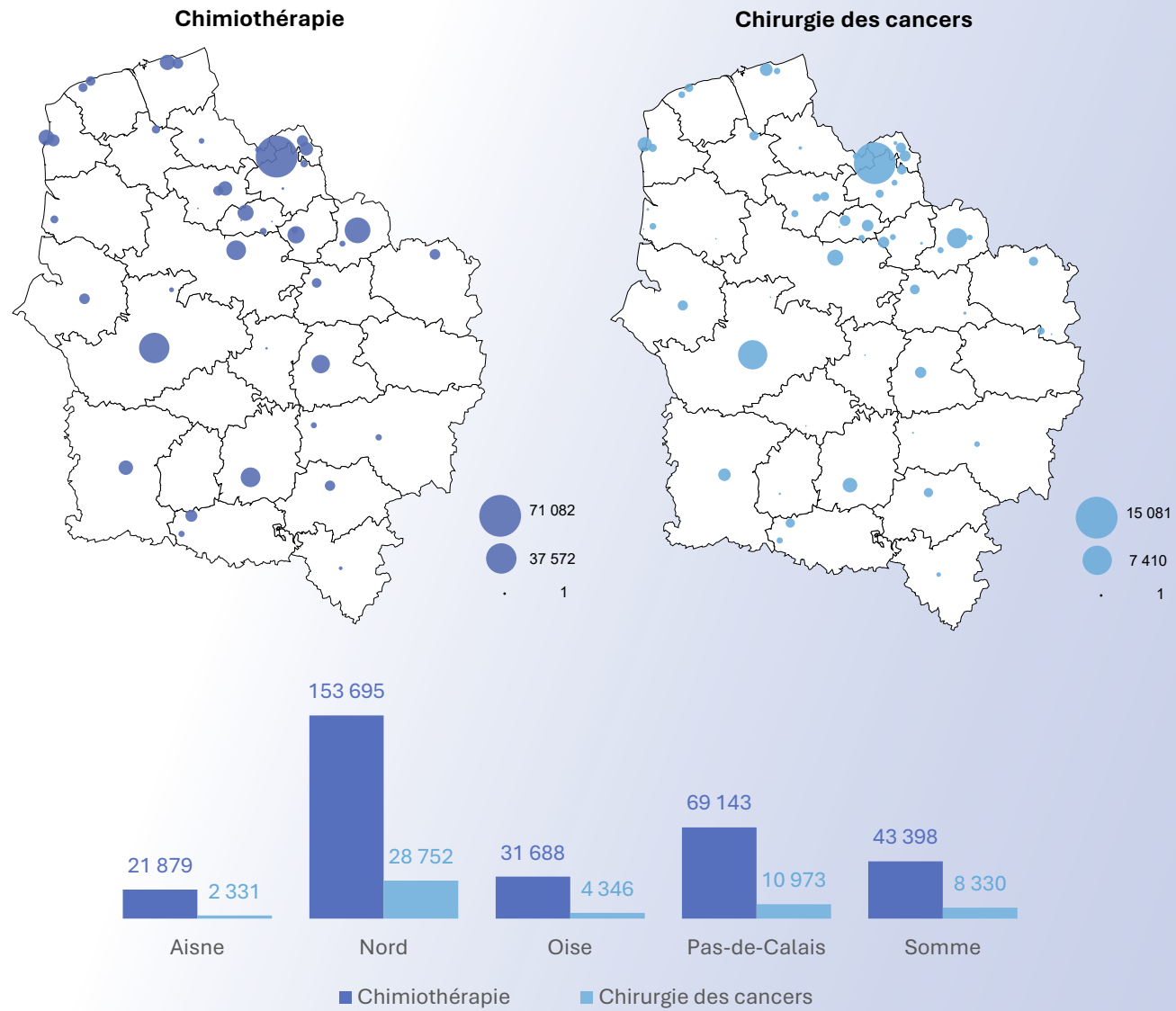
SITES ET ANTENNES DES ESPACES RESSOURCES CANCERS EN JANVIER 2026



■ Site principal
● Antenne

Source : ARS Hauts-de-France - Exploitation OR2S

NOMBRE DE SÉANCES/SÉJOURS EN MCO RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE EN CANCÉROLOGIE
PRODUITS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DES HAUTS-DE-FRANCE EN 2024



En 2024, les établissements de cancérologie dans les Hauts-de-France ont produit près de **320 000 séances de chimiothérapie** et près de **55 000 séjours pour la chirurgie des cancers**. Ces effectifs sont dans l'ensemble en augmentation.

Pour la chimiothérapie, l'augmentation est plus soutenue et a été relativement régulière ces dernières années : +39 % entre 2016 et 2024, soit une augmentation de près de 90 000 séances en huit ans.

Pour la chirurgie des cancers, si une augmentation de 8 % du nombre de séances est relevée entre 2016 et 2024 (soit un peu plus de 4 200 séjours en huit ans), une diminution est survenue en 2020, au moment de la pandémie de la Covid-19.

Au niveau des établissements, toujours en 2024, trois établissements enregistrent une plus forte activité, deux sont situés à Lille avoisinant les 27 000 séances de chimiothérapie (le CHU et le centre régional de lutte contre le cancer Oscar Lambret) et le troisième à Amiens avec près de 24 000 séances (le CHU Amiens Picardie). Ce sont ces trois mêmes établissements qui enregistrent également le plus grand nombre de séjours pour la chirurgie des cancers (de l'ordre de 7 700 pour le CHU de Lille, près de 5 200 pour le CHU Amiens Picardie et près de 3 500 pour le centre régional de lutte contre le cancer Oscar Lambret).

Au niveau des départements, **le Nord concentre environ la moitié de la production régionale pour les séances de chimiothérapie (48 %) et pour les séjours en chirurgie des cancers (53 %)**. Pour l'autre département situé dans la partie nord de la région, le Pas-de-Calais, ces proportions sont d'environ un cinquième. La Somme arrive au troisième rang du classement, avec des parts de production de 14 % pour la chimiothérapie et de 15 % pour la chirurgie des cancers.

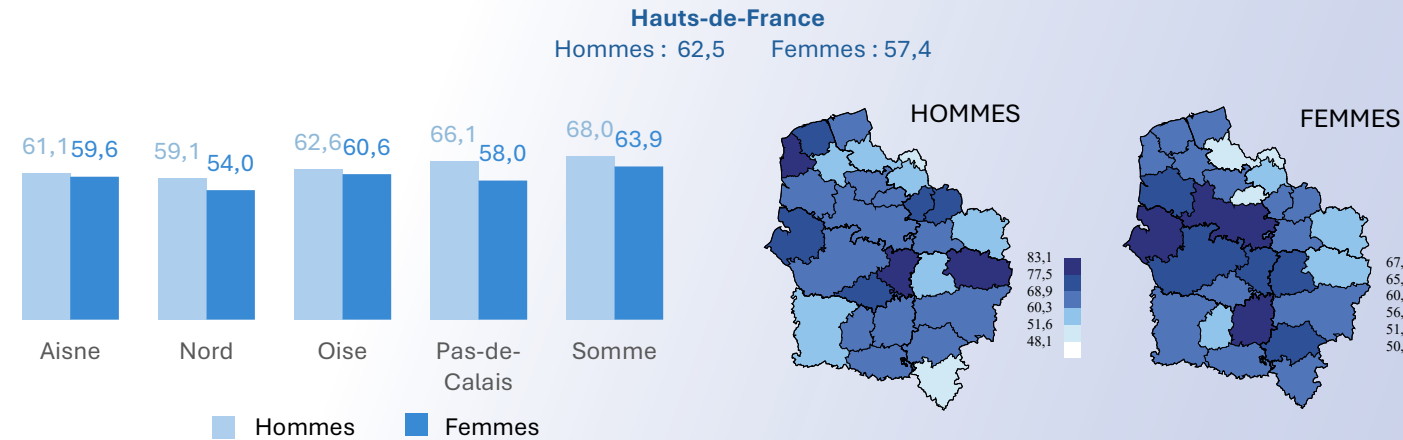
En 2023, **la file active des patients soignés pour un cancer est de 130 356 pour les établissements des Hauts-de-France**.

Le Nord en concentre la moitié (64 628 patients, soit 49,6 %), le Pas-de-Calais un peu plus d'un cinquième (29 351, soit 22,5 %). Les effectifs sont plus faibles dans les trois autres départements : 16 840 pour la Somme (12,9 %), 11 196 pour l'Oise (8,6 %) et 8 341 pour l'Aisne (6,4 %).

Sources : PMSI MCO, Atih, INCa, ScanSante - Exploitation ARS Hauts-de-France et OR2S

TAUX* DE SÉANCES/SÉJOURS EN MCO RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE EN CANCÉROLOGIE
(pour 1 000) EN 2024

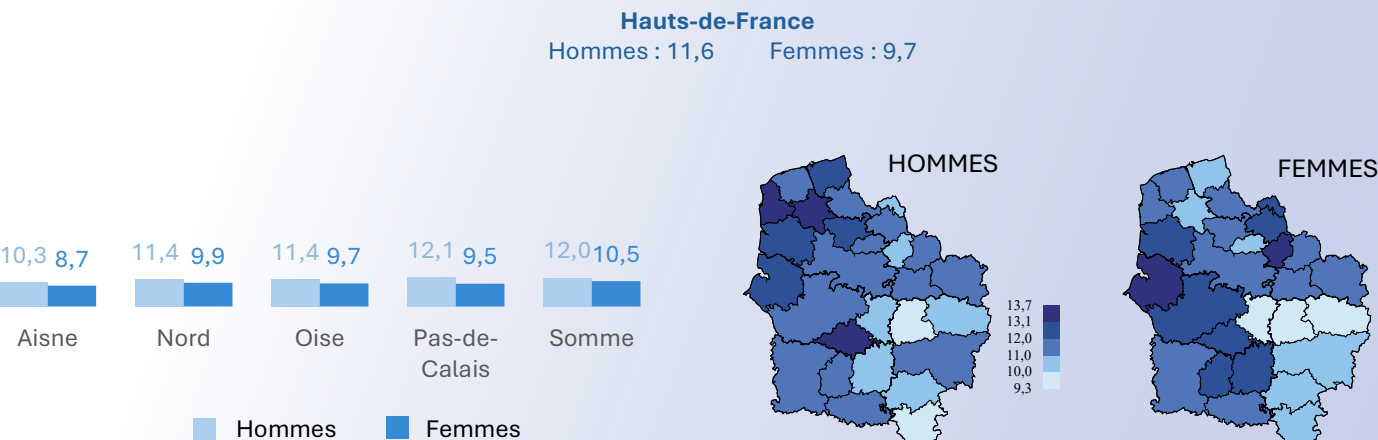
Chimiothérapie



En 2024, dans les Hauts-de-France, le **taux de recours à l'hospitalisation en séance pour chimiothérapie anticancéreuse est de 58,8 pour 1 000 personnes**, quel que soit le sexe. Au sein de la région, il existe des disparités entre les départements, avec près de 10 points d'écart entre le département du Nord qui présente le taux le plus faible (55,5 ‰), et celui de la Somme qui présente le taux le plus élevé (64,9 ‰). **Depuis 2016, les taux de recours ont beaucoup augmenté à l'échelle régionale, de l'ordre de +30 %.**

Le recours des hommes est supérieur à celui de femmes à l'échelle de la région et de ses départements. Toutefois, depuis 2016, ces taux augmentent un peu plus rapidement chez les femmes que les hommes.

Chirurgie des cancers

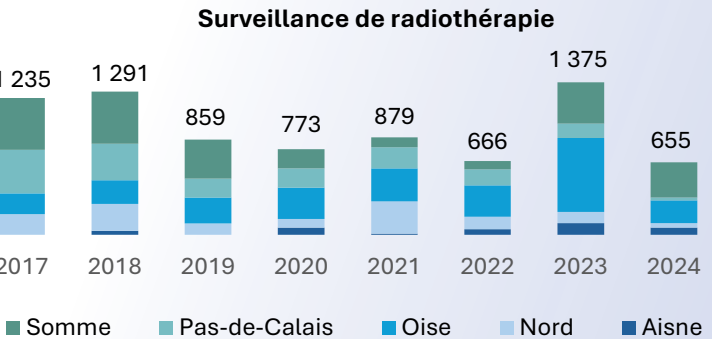
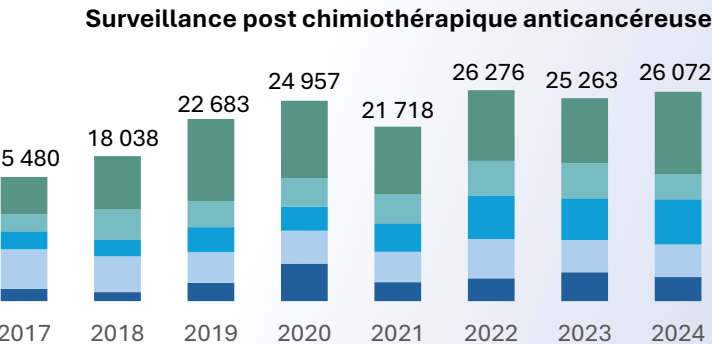
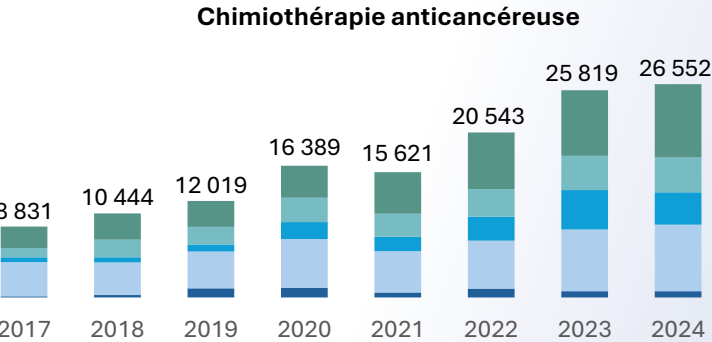


En 2024, le **taux de recours à l'hospitalisation pour chirurgie des cancers est de 10,2 pour 1 000 personnes dans la région**. La Somme est le département qui présente le taux de recours le plus élevé, avec 10,9 ‰. Avec 9,4 ‰, l'Aisne présente le taux de recours le plus faible. Depuis 2016, le taux de recours a peu augmenté à l'échelle régionale (+1,3 %), résultante d'une évolution variable avec des années d'évolution croissante, d'autres de diminution.

L'étude des taux de recours selon le sexe montre des taux plus élevés chez les hommes que chez les femmes, à l'échelle régionale comme dans les départements. Cet écart est proche de +19 % en 2024 au niveau régional. Globalement, depuis 2016, les taux de recours à la chirurgie des cancers augmentent un peu plus rapidement chez les femmes que chez les hommes. Malgré le fait **qu'en 2020, le recours a diminué plus fortement chez les femmes (-10,1 %) que chez les hommes (-6,1 %).**

* standardisé sur l'âge à partir de la population de France hexagonale au RP 2020.
Les indicateurs sont calculés au lieu de domicile des personnes et non au lieu de production du soin (de l'établissement).

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNÉES EN HAD
PRODUITS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DES HAUTS-DE-FRANCE
SELON LE MODE DE PRISE EN CHARGE* ET LE DÉPARTEMENT



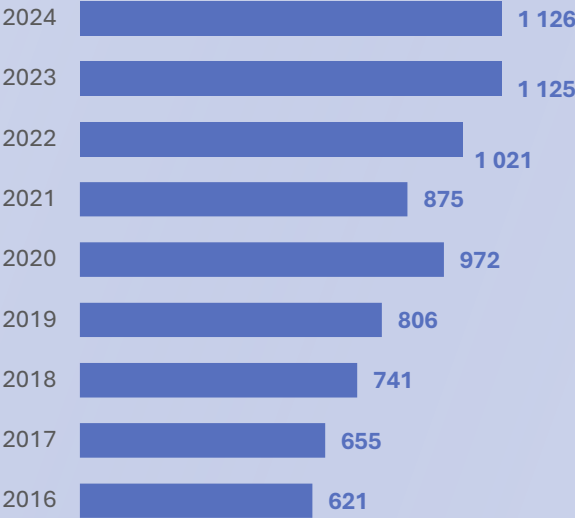
* principal ou associé

En 2024, un **peu plus de 26 500 journées en HAD réalisées dans les Hauts-de-France sont classées en chimiothérapie anticancéreuse**, que ce soit en mode de prise en charge principal ou associé. Comme l'illustre le graphique ci-contre, **ce nombre a fortement augmenté ces dernières années** : par rapport à 2024, il était 3,0 fois plus faible en 2017 et 1,8 fois en 2021. Le Nord, qui avait un nombre de journées plus élevé que les autres départements en 2017, enregistre en 2024 la plus faible augmentation (1,9), l'Oise connaissant la plus forte hausse (6,7). En regardant les nombres de patients pris en charge, les écarts entre départements sont plus faibles, du fait d'un nombre moyen de journées par patient nettement plus élevé dans certains départements que pour d'autres. La Somme a le plus élevé, suivi de l'Oise ; le Nord a la valeur la plus faible, suivi du Pas-de-Calais.

Concernant la **surveillance post chimiothérapie anticancéreuse**, **ce sont 20 072 journées en HAD** qui ont été réalisées dans les Hauts-de-France en 2024. Deux cinquièmes l'ont été par un établissement de la Somme. Comme pour la chimiothérapie anticancéreuse, l'Oise a connu une forte hausse de la production depuis 2017 (nombre 2,5 fois plus élevé en 2024 ; 2,2 pour la Somme). Pour le Nord, ce nombre est en légère diminution. Si l'Aisne réalise peu de journées en HAD pour la chimiothérapie anticancéreuse, ce n'est pas le cas pour la surveillance post chimiothérapie anticancéreuse (3 000 journées en 2024, soit un nombre proche de celui relevé dans le Pas-de-Calais – 3 120 –). Concernant le nombre moyen de journées par patient, de fortes variations sont également relevées entre départements, suivant le même classement que précédemment mentionné.

Le nombre de journées en HAD dédiées à la surveillance de radiothérapie est plus faible : un peu plus de 650 journées en 2024. Celles-ci sont majoritairement le fait d'établissements des départements de la Somme et de l'Oise ; ils concentrent 80 % de la production à eux deux.

ÉVOLUTION DE LA FILE ACTIVE DES PATIENTS SOIGNÉS POUR UN CANCER EN HAD



En 2024, pour les établissements des Hauts-de-France, **la file active des patients soignés pour un cancer en hospitalisation à domicile est de 1 126**. Cette valeur est presque deux fois plus élevée que celle observée en 2016 (621 patients).

Par département, en 2024, la file active est de 426 patients pour le Nord (37,8 %), 233 pour la Somme et pour le Pas-de-Calais (20,7 % chacun), 148 pour l'Oise (13,1 %) et 86 pour l'Aisne (7,6 %).

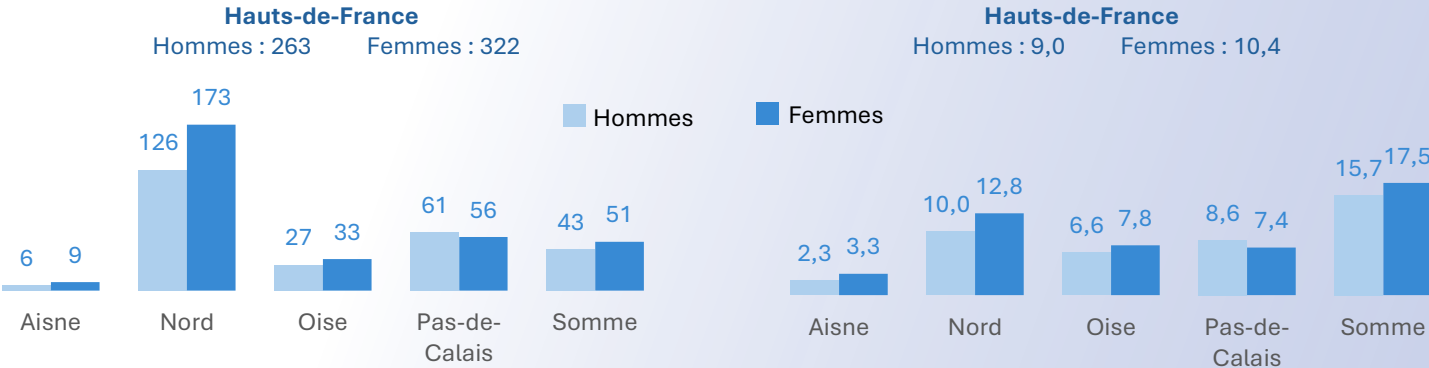
L'augmentation importante relevée en région entre 2016 et 2024 est plus marquée dans la Somme et dans l'Aisne, même si, pour ce dernier département, les volumes sont moindres ; en 2016, la file active était de 29 de l'Aisne et de 89 pour la Somme (288 pour le Nord, 93 pour l'Oise et 122 pour le Pas-de-Calais).

PATIENTS PRIS EN CHARGE EN HAD EN 2024 POUR...

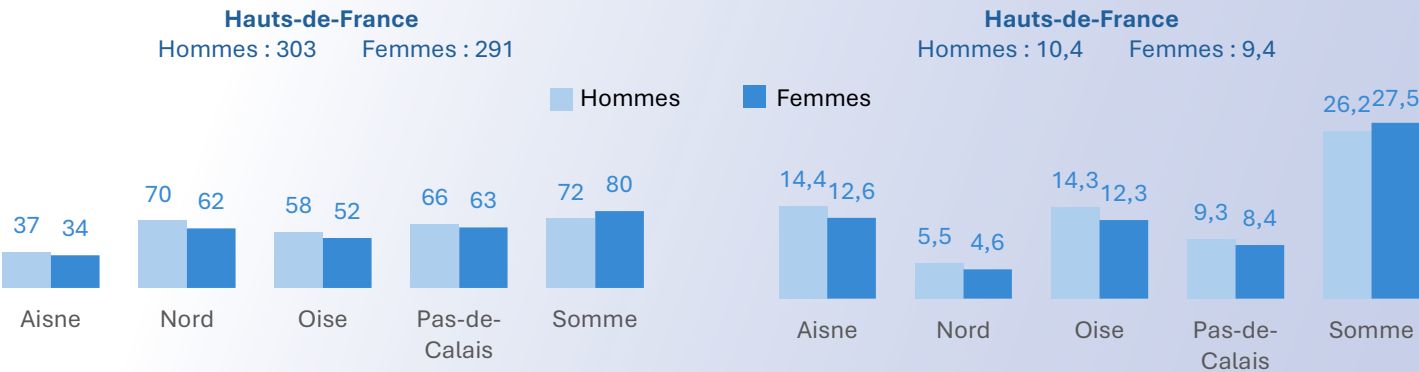
NOMBRE

TAUX* (pour 100 000)

Chimiothérapie anticancéreuse



Surveillance post chimiothérapique anticancéreuse



du fait des faibles effectifs pour certains départements les taux n'ont pas été standardisé (il s'agit de taux bruts)

En 2024, ce sont **585 personnes domiciliées dans les Hauts-de-France** qui ont été hospitalisées à domicile (HAD) pour une chimiothérapie anticancéreuse et **594 pour une surveillance post chimiothérapique anticancéreuse** (une même personne pouvant être comptabilisée dans les deux modes de prises en charge). Depuis 2017, ces nombres augmentent de manière relativement continue, exception faite d'une diminution en 2021. **L'augmentation est plus importante pour la chimiothérapie anticancéreuse** (233 personnes hospitalisées en 2017, soit un nombre qui a été multiplié par 2,5) que pour la surveillance post chimiothérapique anticancéreuse (424 personnes en 2017, soit un nombre multiplié par 1,4).

Au niveau des départements, les habitants des Hauts-de-France en HAD pour une chimiothérapie anticancéreuse sont, pour moitié, originaires du Nord (51 % ; pour 44 % de la population régionale) ; pour la surveillance post chimiothérapique anticancéreuse, cette proportion est plus faible (22 %).

Aussi, rapporté à la population, **le taux relatif à la chimiothérapie anticancéreuse est plus élevé dans la Somme**, tant pour les hommes que pour les femmes, et est faible dans l'Aisne.

Pour ce dernier département, le taux est, en revanche, plus élevé **pour la surveillance post chimiothérapique anticancéreuse**. **La Somme présente, là encore, les taux les plus élevés des cinq départements**. Le Nord se distingue avec les taux les plus faibles.

Les taux en HAD pour une chimiothérapie anticancéreuse sont le plus souvent un peu plus élevés pour les femmes que pour les hommes, le département du Pas-de-Calais faisant exception.

L'inverse est observé pour la surveillance post chimiothérapique anticancéreuse ; la Somme présente des taux assez proches entre les deux sexes.



Publié en février 2026,
ce document a été réalisé par
Nadège Thomas, Romain Dussaucoy,
Alain Trugeon, Cindy Alix,
Thibaut Balcean et Manon Couvreur (OR2S),
en lien étroit avec Alexandra Thierry,
Gwen Marqué et David Verloop
(ARS Hauts-de-France).

Remerciements à l'équipe
de Santé publique France des Hauts-de-France,
notamment à Hélène Prouvost,
Caroline Vanbockstael et Marie Barrau
pour leur contribution.

Directeurs de publication :
Hugo Gilardi, Pr Maxime Gignon

**OBSERVATOIRE RÉGIONAL
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL**

145 rue de Paris
80000 AMIENS

**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ
DES HAUTS-DE-FRANCE**

556 avenue Willy Brandt
59777 EURALILLE



HAUTS- DE-FRANCE

STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS 2021-2030

De manière générale, les Hauts-de-France affichent les plus faibles espérances de vie des régions de France hexagonale, pour chacun des deux sexes, et ce, depuis de nombreuses d'années.

Le constat est identique lorsque le regard se porte sur la mortalité relative aux cancers. L'écart entre taux régionaux et nationaux est un peu plus marqué chez les hommes que chez les femmes, et chez les personnes de moins de 65 ans que chez celles de 75 ans et plus. Pour les admissions en ALD pour cancers, les taux régionaux sont, là encore, les plus élevés des régions hexagonales. En revanche, concernant la prévalence des cancers pris en charge, les Hauts-de-France se placent dans une situation moyenne, avec de plus faibles écarts avec la France hexagonale ; ceci peut interpeller du fait des indicateurs de mortalité et d'admissions en ALD.

Ce constat défavorable est à nuancer avec l'analyse des évolutions. D'une part, la mortalité par cancers diminue tant en région qu'en France et, d'autre part, ces dernières années, la baisse est plus soutenue dans les Hauts-de-France qu'au niveau national. Pour les deux unités géographiques, la mortalité par cancers

des hommes de moins de 65 ans a fortement diminué, tandis que celle des femmes de 75 ans et plus l'a moins fait, et semble, sur les dernières années, même en légère augmentation.

L'analyse des localisations cancéreuses permet d'affiner les constats. Certains cancers sont particulièrement présents en région, à l'instar de ceux des VADS, du côlon-rectum ou encore du foie. En revanche, d'autres cancers présentent une situation proche de celle de la France, voire plus favorable, comme c'est le cas pour le lymphome non hodgkinien ou le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes. Toutefois, pour ce dernier exemple, les évolutions ne sont pas favorables. En effet, la mortalité féminine se dégrade, et ce, de manière plus soutenue pour les Hauts-de-France, laissant percevoir une situation qui tend à se rapprocher de celle de la France dans les années à venir.

Le cancer du sein, qui est le plus fréquent chez les femmes, que ce soit en matière de morbidités ou de mortalité, situe aussi les Hauts-de-France au premier rang des régions hexagonales. Les écarts avec la France sont un peu moins importants pour

la mortalité que pour les indicateurs de morbidité diagnostiquée prise en charge. De plus, si la mortalité pour ce cancer a fortement diminué chez les femmes de moins de 65 ans, ce constat n'est pas retrouvé chez leurs aînées, avec des tendances à la stagnation des taux, voire à la hausse ces dernières années. Enfin, la surmortalité en regard de la France relevée chez les femmes de 75 ans et plus est encore un peu plus importante que celles des femmes de moins de 65 ans.

Par ailleurs, de nombreuses spécificités territoriales existent ; certaines sont mises en lumière à travers les analyses menées aux niveaux des départements et des territoires de proximité.

Des informations sur la prévention et l'offre de soins sont présentées, accompagnées d'un état des lieux de l'offre de certains professionnels de santé impliqués dans la prévention et la prise en charge des cancers.

Cette synthèse est, de fait, très réductrice. C'est pourquoi le lecteur est renvoyé au contenu de ce document, notamment aux fiches détaillées par localisation.