



COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION DU SAINT-QUENTINOIS

ÉTAT DES LIEUX
SOCIO-SANITAIRE



Région
Hauts-de-France



La Loi NOTRe impose aux régions la production d'un schéma de planification, dénommé Sraddet (schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires) qui remplace le schéma régional d'aménagement et de développement du territoire (Sraddt). Ce nouveau schéma fixe les « objectifs de moyen et long termes en matière d'équilibre et d'égalité des territoires, d'implantation des différentes infrastructures d'intérêt régional. Il traite aussi du désenclavement des territoires ruraux, d'habitat, de gestion économe de l'espace, d'intermodalité et de développement des transports, de maîtrise et de valorisation de l'énergie. Il aborde également la lutte contre le changement climatique, la pollution de l'air, la protection et la restauration de la biodiversité, la prévention et la gestion des déchets ».

Bien que non mentionnée explicitement, la santé est devenue incontournable en termes de connaissance pour ce qui concerne

l'accompagnement des politiques publiques. Pour ce qui a trait à l'installation, voire au maintien de professionnels de santé libéraux et, de façon plus large, ce qui se rapporte aux désenclavements ruraux, cela l'est d'autant plus. La présence ou non d'établissements sanitaires et médico-sociaux représentent également une extrême importance quant aux dynamiques populationnelles présentes ou à venir. Au delà, la situation sanitaire et les comportements de la population en regard de leur santé se doivent également d'être pris en compte dans la production d'un tel diagnostic global se voulant un outil d'aide à l'accompagnement du Sraddet. C'est pourquoi l'OR2S a proposé au conseil régional de réaliser un état des lieux à partir des indicateurs les plus marquants dans les domaines social, sanitaire et médico-social au sein des Hauts-de-France. Pour autant, les

neuf espaces de dialogue définis pour le Sraddet constituent des territoires pas forcément homogènes. C'est la raison pour laquelle ils ont été scindés en trente-et-une unités géographiques plus petites, dites « zones d'observation » qui reposent sur un travail préalable de classification de la diversité des territoires des Hauts-de-France à partir de l'ensemble des indicateurs structurants retenus parmi les bases disponibles dans le domaine socio-sanitaire. Ce document présente l'une d'entre elles.

ÉDITORIAL

UN ÉTAT DES LIEUX LOCALISÉ PERMETTANT DE MIEUX CERNER LES SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES

Dr Élisabeth Lewandowski

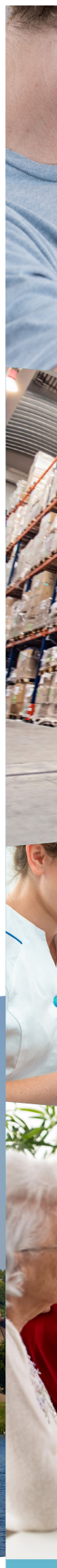
Présidente de l'observatoire régional de la santé et du social

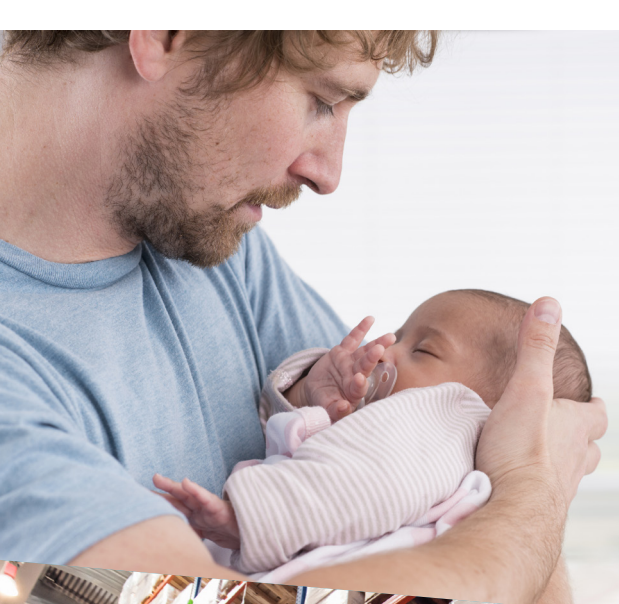
Monique Ryo

Vice-présidente en charge des formations sanitaires et sociales et de la santé du conseil régional Hauts-de-France

S O M M A I R E

p. 1	Éditorial
p. 3	Introduction
p. 4	Contexte régional
p. 6	La zone d'observation
p. 7	Situation sociodémographique
p. 7	Population
p. 9	Naissances et fécondité
p. 10	Éducation, emploi et revenus
p. 12	Prestations sociales
p. 13	Offre de soins et de services
p. 13	Médecins généralistes
p. 14	Pharmaciens
p. 14	Médecins spécialistes en accès direct
p. 15	Établissements de soins
p. 16	Autres professionnels de santé
p. 18	Personnes âgées
p. 19	Enfants en situation de handicap
p. 20	Adultes en situation de handicap
p. 21	État de santé
p. 21	Espérance de vie
p. 22	Mortalité toutes causes
p. 23	Répartition des causes de décès
p. 24	Cancers
p. 26	Maladies cardiovasculaires
p. 28	Suicide
p. 28	Accidents
p. 29	Mortalité évitable
p. 30	Spécificités
p. 32	Glossaire





Ce document a pour objet de dresser un état des lieux socio-sanitaire de la zone d'observation dont la délimitation correspond à la communauté d'agglomération (CA) du Saint-Quentinois. Celle-ci constitue en effet l'une des trente-et-une zones d'observation. En respectant le mieux possible le découpage des neuf espaces de dialogue élaborés dans le cadre du Sraddet, ce zonage offre la finesse nécessaire à une plus grande homogénéité des indicateurs déclinés dans le document.

La délimitation des zones d'observation s'est faite en effet en prenant en compte la diversité territoriale, sous des contraintes populationnelles, de contiguïté géographique et en se basant sur les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Pour ce faire, une base d'indicateurs calculés au niveau des EPCI des Hauts-de-France (et des EPCI limitrophes au pourtour régional) a été constituée, autour de quatre grandes thématiques : démographie, social, état de santé et offre en professionnels de santé.

LES INDICATEURS PRÉSENTÉS SONT CALCULÉS À PARTIR DES DERNIÈRES INFORMATIONS DISPONIBLES. LA DIMENSION TEMPORELLE EST ÉGALEMENT PRISE EN COMPTE AFIN D'APPRÉCIER PARALLÈLEMENT LA DYNAMIQUE TERRITORIALE

Cet état des lieux repose sur le traitement d'indicateurs issus de nombreuses bases de données. La majorité des informations traitées est disponible sur l'ensemble de la France au niveau communal, rendant possible des comparaisons entre de nombreux territoires (et particulièrement au niveau des EPCI) et avec le niveau national. Ceci est le fruit des conventions signées entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) et les principaux producteurs de données du niveau national. Ces partenariats qui s'inscrivent de plus dans la continuité offrent un suivi des évolutions, tellement important en termes de mesure de la dynamique territoriale. Par ailleurs, des conventionnements avec des acteurs régionaux signataires de la charte de la Plateforme sanitaire et sociale (PF2S) des Hauts-de-France¹ complètent le système d'information en offrant un accès à d'autres données qui enrichissent les analyses et représentations produites.

De façon générale, la situation de la zone d'observation, en l'occurrence présentement la CA du Saint-Quentinois, est comparée à celles de la France hexagonale, des Hauts-de-France et de l'espace de dialogue dans lequel elle se situe (le huitième en l'occurrence). En outre, le périmètre de vie des populations ne coïncidant pas avec les frontières administratives, les intercommunalités limitrophes à la zone d'observation ont fait l'objet d'une attention particulière, qu'elles soient ou non situées dans l'espace de dialogue, voire même pour d'autres zones d'observation qu'elles appartiennent ou non aux Hauts-de-France.

¹ <http://pf2s.fr>



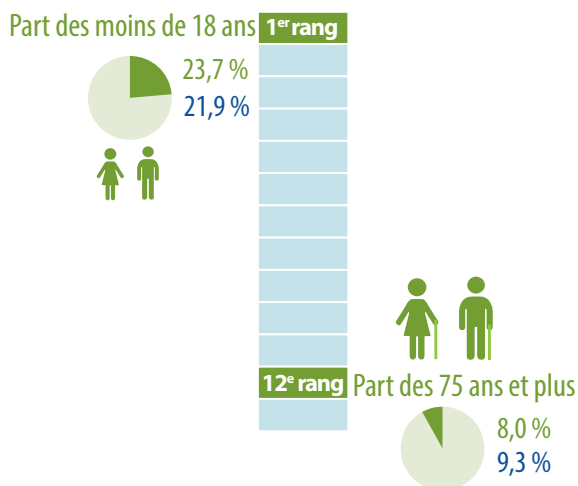
CONTEXTE RÉGIONAL

Avec plus de six millions d'habitants, les Hauts-de-France, arrivent en troisième position des régions les plus peuplées de France (deuxième place même en termes de densité, après l'Île-de-France). Si, en nombre, la population ne cesse d'augmenter, les Hauts-de-France enregistrent cependant depuis de nombreuses années un des plus faibles taux d'accroissement des régions françaises (voire parfois le plus faible). Et pourtant sur les quarante dernières années, l'indice conjoncturel de fécondité se situe parmi les plus élevés. Ainsi, si les Hauts-de-France occupaient jusqu'à la période 2013-2015 la première ou la seconde place du classement des régions de France hexagonale, pour la dernière période triennale (2014-2016), ils se retrouvent désormais en troisième position repassant sous la barre des deux enfants par femme. Les naissances nombreuses ont pour conséquence une population régionale pouvant être considérée comme jeune. Ainsi, les Hauts-de-France enregistrent la part la plus élevée de jeunes de moins de 18 ans parmi les régions de France hexagonale, se situant au deuxième rang pour celle des 18-34 ans. À l'inverse, les parts des personnes plus âgées (60-74 ans et 75 ans et plus) sont moindres qu'en France, situant les Hauts-de-France en avant-dernière position des régions françaises.

Population

6,01 millions d'habitants au RP 2015

Classement des Hauts-de-France en regard des régions de France hexagonale

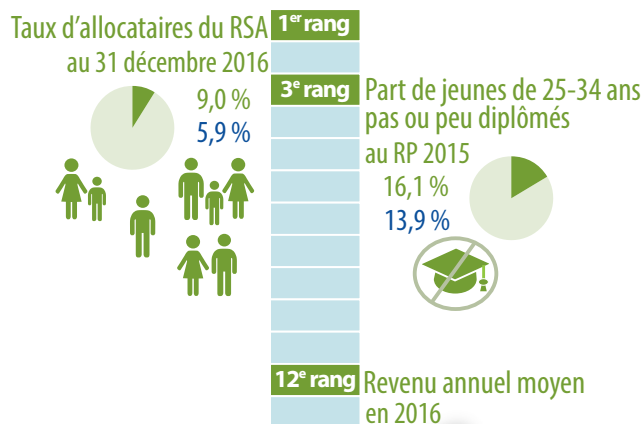


Source : Insee RP - Exploitation OR2S

Situation sociale

490 000 personnes couvertes par le RSA au 31 décembre 2016

Classement des Hauts-de-France en regard des régions de France hexagonale



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee RP, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP - Exploitation OR2S

Le contexte social y est peu satisfaisant en regard de ce qui est observé sur le reste du pays. Les taux d'allocataires, pour une majorité de prestations sociales, sont les plus importants des régions de l'Hexagone. Cette fragilité sociale se mesure également à travers un chômage élevé, notamment des jeunes, des revenus moyens bien en-deçà de ceux des foyers fiscaux du reste du pays et une part plus importante de jeunes sortis du système scolaire sans ou avec peu de diplôme. En outre, en regard des valeurs nationales, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures ayant un emploi est moindre alors que celles des ouvriers et, à un degré moindre, des employés sont plus conséquentes.

Hauts-de-France France hexagonale

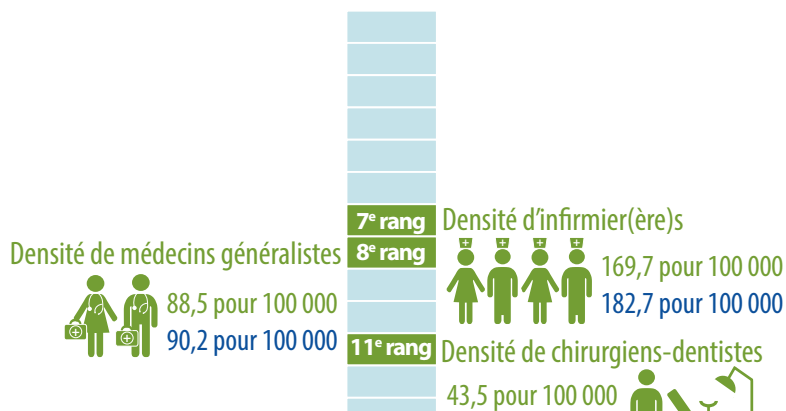


Professionnels de santé libéraux

9 150 médecins généralistes et spécialistes libéraux

au 1^{er} janvier 2018

Classement des Hauts-de-France
en regard des régions de France hexagonale



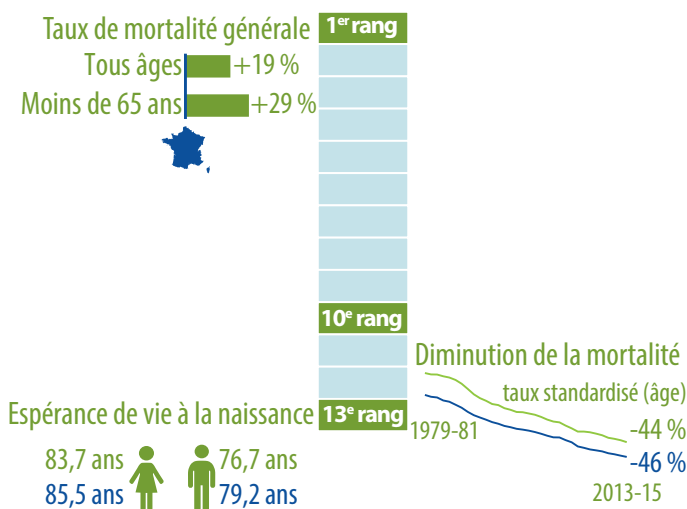
Sources : Adeli 2017, Drees / Asip-Santé - RPPS 2017, Insee RP - Exploitation OR2S

Concernant l'offre de soins, la région présente des densités de professionnels de santé qui sont le plus souvent inférieures à celles relevées dans l'ensemble du pays. Si la densité régionale des médecins généralistes est quasiment identique à celle de la France, les Hauts-de-France se classent à l'avant dernière position des régions hexagonales pour les médecins spécialistes ayant une activité libérale. Ceci se retrouve pour bon nombre de spécialités, la psychiatrie étant plus spécifiquement à mentionner avec la plus faible densité des régions de l'Hexagone. Toujours concernant les divers médecins spécialistes, l'offre salariée ne comble pas la sous-dotation que connaît la région, même si le déficit relevé en regard du niveau national est alors un peu moins marqué. Le constat peu favorable pour les médecins spécialistes est retrouvé pour de nombreux autres professionnels de santé. Ainsi, les sages-femmes, avec la plus faible densité des régions pour l'activité libérale (seconde plus faible toutes activités), et les chirurgiens-dentistes, troisième plus faible densité, ressortent particulièrement. Ceci est plus nuancé pour les infirmiers(ère)s qui présentent une densité plus proche de celle de la France, toutes activités confondues (libérale et salariée).

État de santé

54 100 décès en moyenne annuelle en 2013-2015

Classement des Hauts-de-France
en regard des régions de France hexagonale



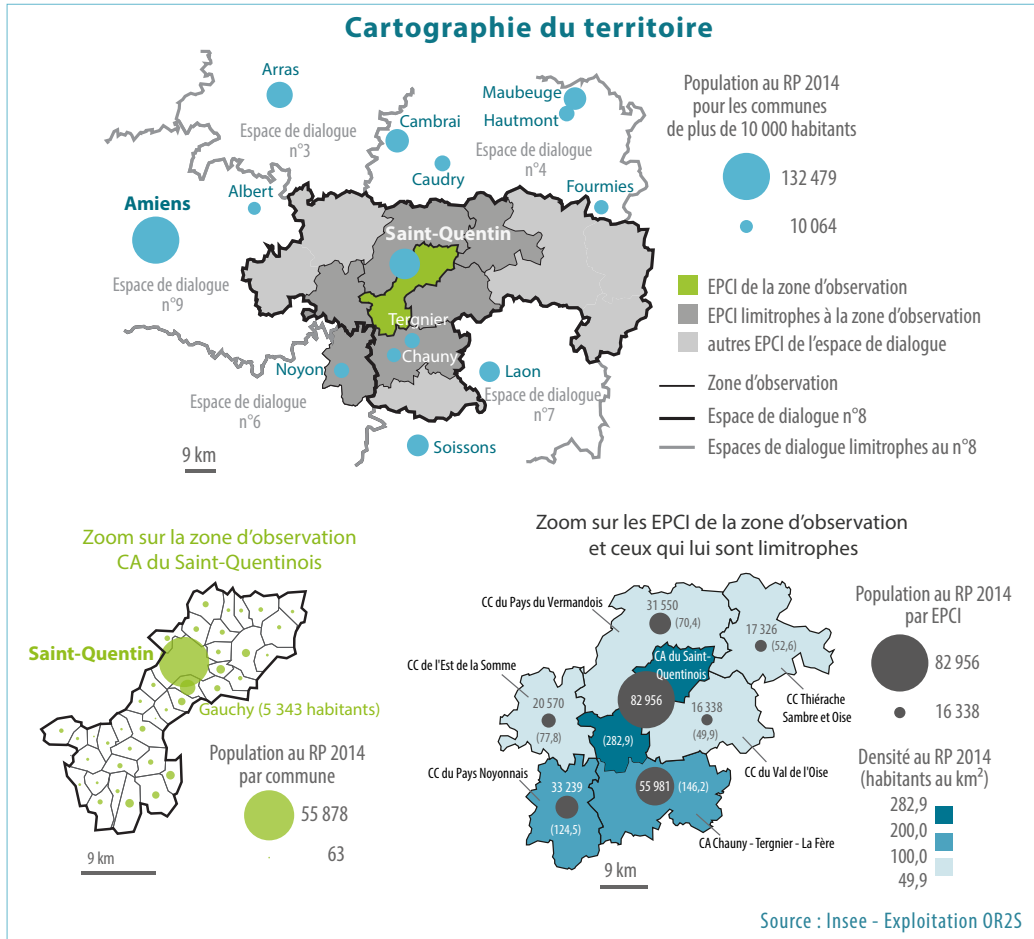
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



À l'instar de ce qui est observé pour la dimension sociale, les indicateurs d'état de santé sont moins bons que ceux observés dans les autres régions de France hexagonale. Les plus faibles espérances de vie, tant des hommes que des femmes, en constituent l'illustration la plus tangible. Tant pour les cancers que pour les maladies cardiovasculaires, les décès sont très nombreux avec un constat toujours identique : le retard avec le niveau national est toujours le même, voire parfois a tendance à s'aggraver. Les données de morbidité confirment ce constat, même si les écarts avec les autres régions sont moins marqués, ce qui amène d'ailleurs à s'interroger sur cette spécificité et, *in fine* sur le comportement de la population en regard de sa santé.



LA ZONE



Située dans le nord-ouest du département de l'Aisne, la zone d'observation analysée dans ce document correspond donc à un seul EPCI, la communauté d'agglomération (CA) du Saint-Quentinois. Elle compte près de 83 000 habitants au recensement de 2014, soit une densité de population de 283 habitants au km² contre 189 pour les Hauts-de-France et 118 en France hexagonale.

La CA du Saint-Quentinois est composée de trente-neuf communes. Avec près de 56 000 habitants, Saint-Quentin (huitième commune la plus peuplée des Hauts-de-France) concentre les deux tiers de la population de la zone d'observation. La deuxième commune la plus peuplée, Gauchy, compte dix fois moins d'habitants. Les autres communes de la zone d'observation sont faiblement peuplées, trente-et-une comptant moins de 1 000 habitants. Ainsi, la densité de population relativement importante relevée pour la zone d'observation n'est due qu'à la seule commune de Saint-Quentin.

De plus, les EPCI limitrophes à la CA du Saint-Quentinois, sont composées de villes de taille intermédiaire ou de petits villages. La densité

de population y est plus faible, inférieure à celle de la région, dans un rapport de un à trois, allant de 50 habitants au km², pour la CC du Val de l'Oise, à 146 habitants au km², pour la CA Chauny - Tergnier - La Fère.

La CA du Saint-Quentinois est l'une des quatre zones d'observation de l'espace de dialogue n°8. Au sein de cet espace de dialogue, il s'agit de la zone d'observation la plus densément peuplée ; la densité varie de 54 à 80 habitants au km² pour les trois autres zones d'observation¹. En outre, l'espace de dialogue n°8 compte près de 345 000 habitants au RP 2014, soit le troisième le moins peuplé des neuf espaces de dialogue que comptent les Hauts-de-France. Il est le deuxième le moins densément peuplé (78 habitants au km²), se situant juste après un autre espace de dialogue de l'Aisne² (le n°7) où sont dénombrés 66 habitants au km².

OUTRE LA VILLE DE SAINT-QUENTIN QUI VOIT SA POPULATION DÉCROÎTRE AU FIL DU TEMPS, LA ZONE D'OBSERVATION EST COMPOSÉE DE TERRITOIRES RURAUX, LES EPCI QUI LUI SONT LIMITROPHES PRÉSENTANT UNE FAIBLE DENSITÉ DE POPULATION

¹ Deux zones d'observation empiètent sur plusieurs espaces de dialogue.

² L'espace de dialogue n°8 s'étend sur le nord de l'Aisne et l'est de la Somme.

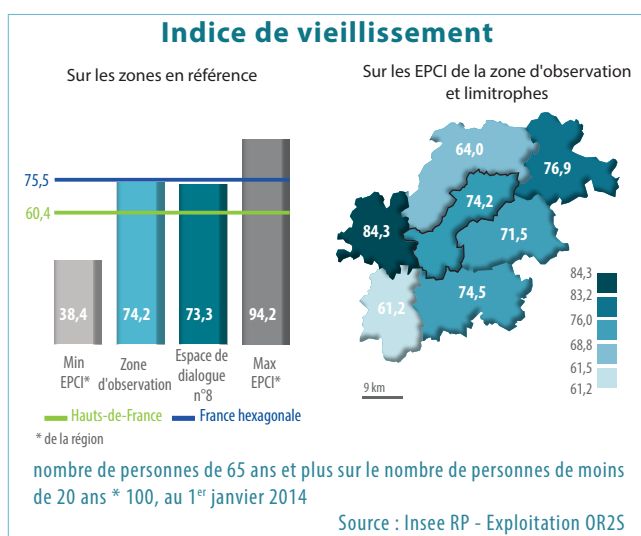
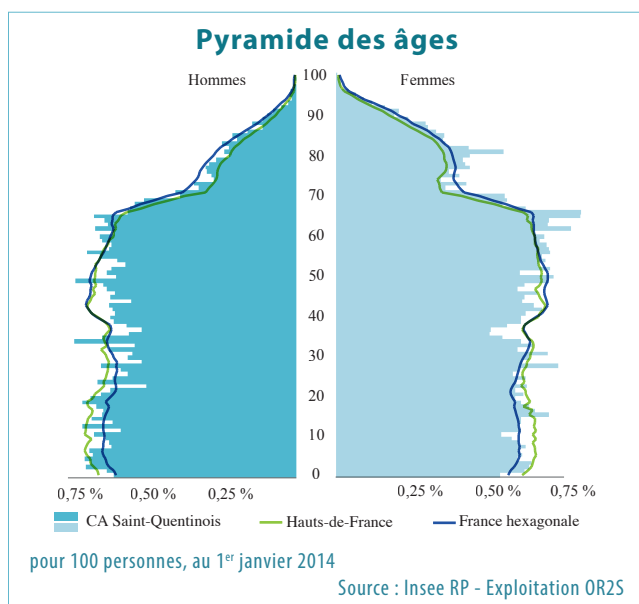
SITUATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Ce chapitre est alimenté des données de l'Institut national des statistiques et des études économiques (Insee), tout particulièrement celles issues du recensement de la population (RP). L'Insee fournit aussi des informations à travers l'état civil, à savoir sur les naissances et la fécondité qui en découle. Le ministère de l'Économie et des Finances met à disposition des informations sur les revenus des ménages et la part de foyers fiscaux non imposés. Pour tout ce qui a trait aux allocations et prestations sociales, la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) fournissent les données pour leurs affiliés respectifs. Elles sont cumulées dans ce chapitre.

POPULATION

Un déficit en population active

Au recensement de la population de 2014, la pyramide des âges de la CA du Saint-Quentinoise fait ressortir, en lien avec l'analyse d'indicateurs autour des naissances et des décès, les principales caractéristiques démographiques de la population du territoire, à savoir une fécondité et une mortalité élevées. La première est matérialisée par une sur-représentation vis-à-vis du niveau national des populations masculine et féminine de moins de 30-35 ans ; la seconde par une sous-représentation aux âges les plus élevés (plus de 70 ans chez les hommes et plus de 90 ans chez les femmes). Toutefois, la pyramide des âges met aussi en relief le déficit d'une partie de la population active (les 35-55 ans plus particulièrement) en regard du niveau national, tant chez les hommes que chez les femmes. Les hommes sont à nouveau un peu plus nombreux en pourcentage par rapport à la France hexagonale chez les 55-70 ans, les femmes connaissant une même sur-représentation à partir de 50 ans mais sur une amplitude d'âge plus importante que leurs homologues masculins (allant jusqu'à près de 90 ans).



Un rapport de dépendance¹ très élevé

Bien que diminuant sur la CA du Saint-Quentinoise, la part des moins de 25 ans représente encore plus de trois personnes sur dix (31,2 %) ; elle est ainsi comprise entre les valeurs nationale et régionale (respectivement 30,2 % et 32,7 %). Par contre, les parts des 60-74 ans (15,9 %) et des 75 ans et plus (9,5 %) sont importantes sur la zone d'observation, supérieures aux moyennes régionales (respectivement 14,1 % et 8,0 %) mais aussi nationales (15,3 % et 9,3 %). De fait, l'indice de vieillissement (cf. définition dans l'illustration ci-contre) de la CA est bien supérieur à celui de la région et finalement proche de la moyenne nationale, et s'inscrit dans une tendance lourde de vieillissement de la population. Ce poids de la population des 60 ans et plus couplé à une part élevée des moins de 25 ans mais aussi à une plus faible présence des 25-59 ans induit un rapport de dépendance très élevé (78,2), soit cinq points de plus par rapport à celui de l'ensemble des Hauts-de-France (73,5) mais aussi au-dessus de quatre points de celui de la France hexagonale (74,4).

¹ nombre de personnes de moins de 20 ans et de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de 20-64 ans * 100, au 1^{er} janvier 2014

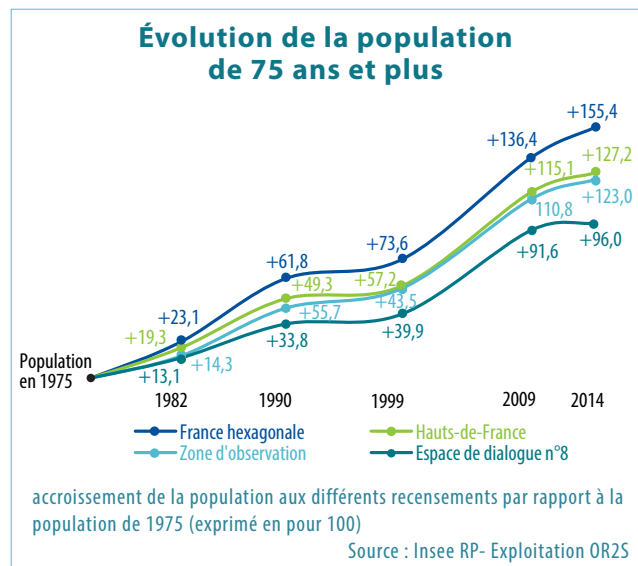
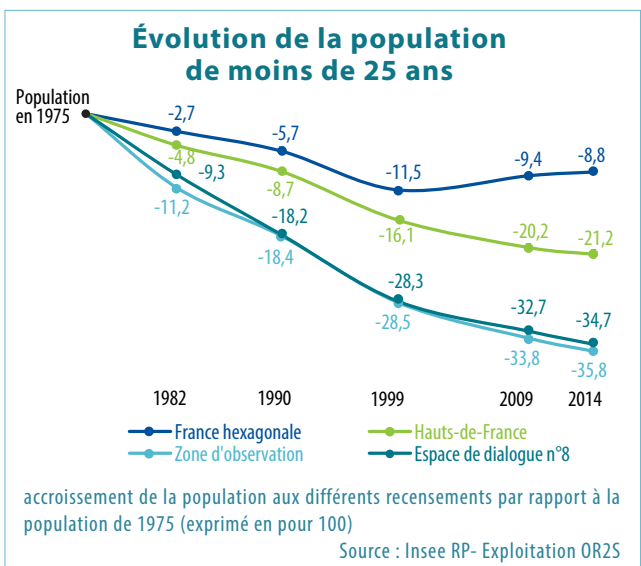
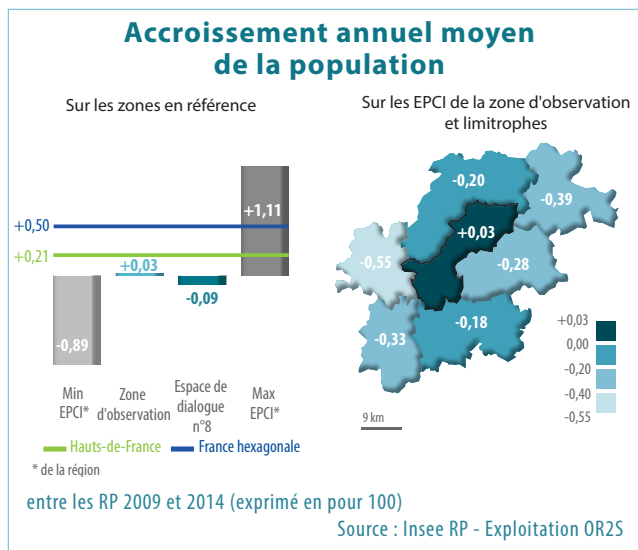
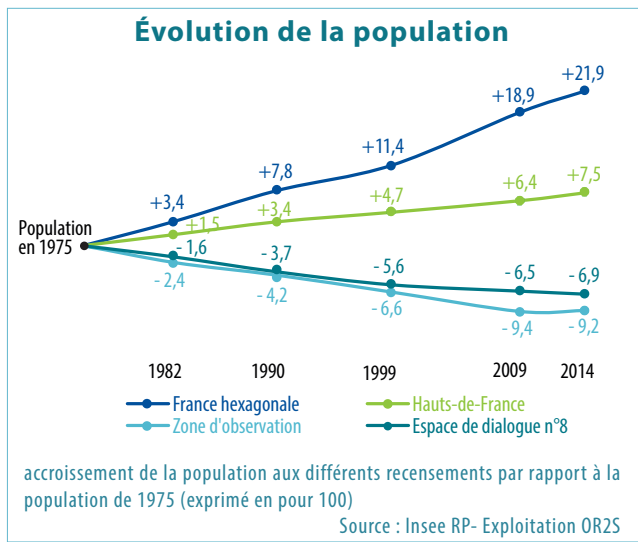


Une diminution de la population qui s'est toutefois stabilisée depuis 2009 et qui touche les générations de façon différente

La population de la zone d'observation a diminué entre 1975 et 2009, alors que durant la même période les populations de la France hexagonale et des Hauts-de-France ont connu une augmentation, plus modérée cependant en région qu'au niveau national.

Comme le souligne le graphique ci-contre, la taille de la population dans la CA s'est stabilisée sur la dernière période inter-censitaire (2009-2014) : +0,03 % de taux d'accroissement annuel moyen. L'évolution de la population varie assez sensiblement avec l'âge. Ainsi, entre 2009 et 2014, la population des moins de 25 ans baisse en moyenne chaque année de 0,60 % (-0,26 % dans les Hauts-de-France), conséquence de la mobilité des jeunes adultes pour effectuer leurs études ou entrer dans la vie active en dehors de la CA du Saint-Quentinois. À l'inverse, cet accroissement demeure positif sur l'ensemble du pays (+0,13 %). À l'autre extrémité de la pyramide, l'accroissement des 75 ans et plus sur la même période est en hausse sur quasiment tous les territoires (hormis la communauté d'agglomération Chauny - Tergnier - La Fère parmi les EPCI limitrophes). Ainsi, le taux moyen annuel sur la dernière période inter-censitaire (2009-2014) croît dans la zone d'observation de 1,13 % ; il augmente de façon similaire dans les Hauts-de-France (1,10 %) ce qui est toutefois moindre que dans l'ensemble de la France hexagonale (+1,56 %).

Quelques caractéristiques socio-démographiques sont à souligner dans la CA du Saint-Quentinois. Ainsi, les habitants de 25-59 ans sont plus nombreux à vivre seuls : 16,1 %, soit un point de plus par rapport à la moyenne française et surtout quatre points de plus par rapport à l'échelle de la région. Cette tendance est encore plus marquée pour les populations plus âgées. En effet, les personnes de 75 ans et plus vivant seules représentent 44,5 % de la population de ces aînés, contre 41,5 % dans les Hauts-de-France et 38,5 % pour la France hexagonale. La part des familles avec enfant(s) de moins de 25 ans est semblable à la moyenne nationale (respectivement 51,1 % et 51,4 %) mais inférieure de 2,7 points à la moyenne régionale. Par contre, bien que toujours inférieure à la moyenne régionale (11,4 %), la part des familles de trois enfants ou plus de moins de 25 ans (10,5 %) est supérieure de 1,2 point à la moyenne nationale.



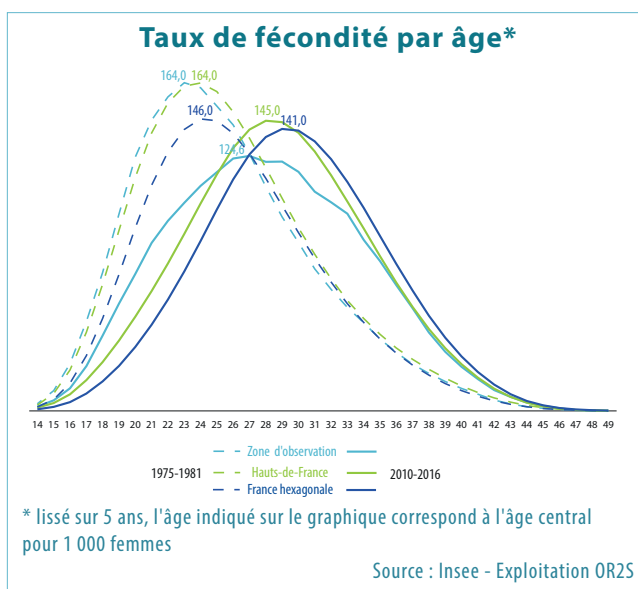
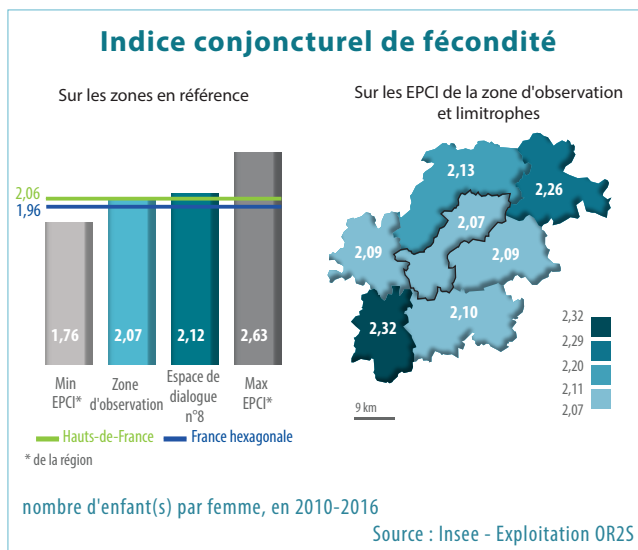
NAISSANCES ET FÉCONDITÉ

Un ICF toujours supérieur à la moyenne nationale bien que repassant sous le seuil de remplacement des générations

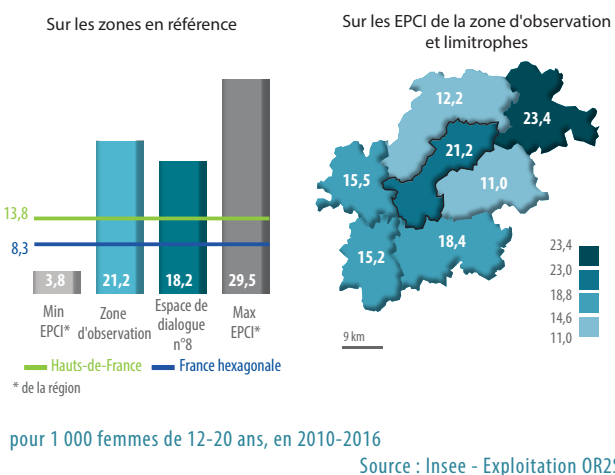
Sur la période 2010-2016, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) de la CA du Saint-Quentinois est semblable à celui de l'ensemble des Hauts-de-France (respectivement 2,07 enfants par femme et 2,06) ; il est par contre supérieur à celui de l'Hexagone (1,96). À noter que c'est la première fois depuis une quinzaine d'années sur la zone d'observation qu'il repasse sous la valeur du seuil de remplacement des générations (2,10 enfants par femme). À titre de comparaison, l'ICF en France hexagonale n'a jamais atteint 2 enfants par femme sur la même période.

Une modification du calendrier des naissances avec une fécondité relativement importante des femmes de moins de 25 ans

Les courbes sur le graphique ci-contre permettent de visualiser la modification du calendrier des naissances des femmes en 35 ans. En effet, le pic du taux de fécondité se faisait à la fin des années soixante-dix à 23/24 ans que ce soit en France hexagonale, dans ce qui est désormais la région des Hauts-de-France ou dans la CA du Saint-Quentinois. Ce pic était cependant supérieur dans les deux dernières unités géographiques par rapport au niveau national. Cela avait deux conséquences : un âge moyen à la naissance des mères plus jeune dans la CA (26,1 ans) et les Hauts-de-France (26,4 ans) qu'en France hexagonale (26,7 ans) et un indice conjoncturel de fécondité respectivement à 2,10 enfants par femme, 2,14 et 1,89. En 2010-2016, l'évolution est conséquente avec un âge moyen à la naissance qui demeure plus jeune dans la partie nord de la France en regard du niveau national : 28,7 ans dans la CA, 29,4 ans dans les Hauts-de-France et 30,2 ans en France hexagonale. L'évolution est notable aussi en ce qui concerne l'ICF comme le souligne la première illustration. Il est à noter que les courbes bien que légèrement décalées entre les niveaux national et régional sont assez similaires ; le comportement des femmes domiciliées dans la CA du Saint-Quentinois en regard de leur fécondité est un peu différent avec des naissances qui demeurent nombreuses avant 25 ans vis-à-vis des niveaux national et même régional.



Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans



Des naissances chez des mères jeunes qui ne cessent de décroître mais avec un taux qui reste supérieur à celui du niveau national

Sur la CA du Saint-Quentinois en moyenne annuelle sur la période 2010-2016, 99 des 1 050 naissances de femmes domiciliées dans la zone d'observation ont concerné des mères âgées de moins de 21 ans. Ce nombre n'a cessé de décroître au cours des trente dernières années en parallèle au calendrier des naissances (cf. paragraphe précédent) passant sous la barre des 100 naissances annuelles moyennes pour la première fois sur la dernière période d'analyse, notamment du fait que les jeunes femmes en âge de procréer sont de moins en moins nombreuses. Avec ce nombre, le taux de fécondité de ces jeunes femmes de 12-20 ans est nettement supérieur au taux national (21,2 % versus 8,3 %) et même sensiblement supérieur au taux régional (13,8 %). De façon plus générale, comme le montrent les courbes ci-dessus, les naissances chez des mères âgées de moins de 25 ans demeurent importantes dans la CA du Saint-Quentinois.



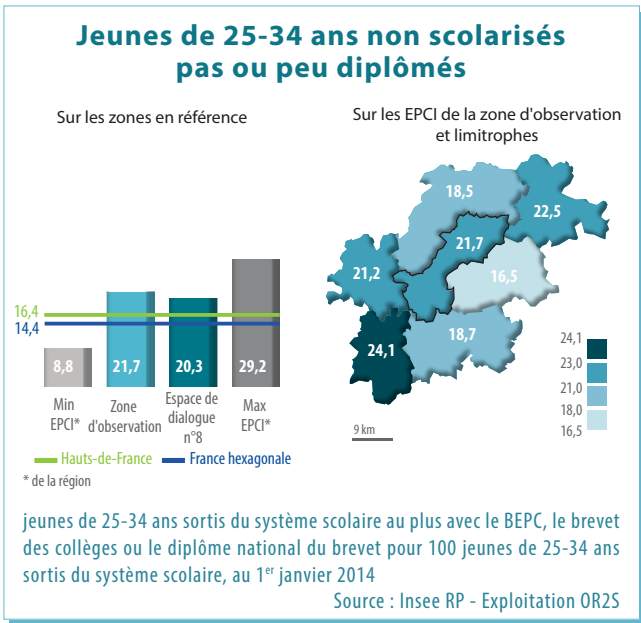
ÉDUCATION, EMPLOI ET REVENUS

Des jeunes moins diplômés qu'en France et que dans les Hauts-de-France

Au recensement de 2014 pour ce qui a trait à l'éducation chez les jeunes comme le souligne l'illustration ci-contre, 21,7 % des 25-34 ans non scolarisés sont pas ou peu diplômés, soit un pourcentage bien supérieur à celui du niveau régional (16,4 %) et de la France hexagonale (14,4 %). Il est également, mais à un degré moindre, plus important que le pourcentage retrouvé sur l'ensemble du territoire de dialogue (20,3 %). Ce pourcentage élevé de jeunes pas ou peu diplômés sur la zone d'observation a une conséquence logique sur le pourcentage de diplômés du supérieur. Ainsi, seuls 31,8 % des jeunes de 25-34 ans non scolarisés de la zone d'observation ont un Bac+2 ou plus (*versus* 37,5 % au niveau régional et 43,7 % au niveau national). Ce pourcentage est pourtant au-dessus de celui retrouvé sur l'ensemble du territoire de dialogue (28,3 %). Dans la CC Thiérache Sambre et Oise, seul un jeune sur cinq dispose d'un diplôme de niveau Bac+2 ou plus.

Un taux d'activité en-deçà des moyennes régionale et nationale

Au recensement de 2014, la CA du Saint-Quentinois compte 36 000 actifs âgés de 15 à 64 ans. Cela situe la zone d'observation avec le taux d'activité des 15-64 ans le plus bas localement, seulement 69,2 % ; il approche ou dépasse les 70 % dans tous les EPCI limitrophes ainsi que dans l'ensemble du territoire de dialogue. Il est de même inférieur à celui de la région (70,4 %) et plus nettement à celui de la France hexagonale (73,6 %). Concernant le taux



d'activité des 55-64 ans, la CA du Saint-Quentinois, avec un taux de 42,1 %, valeur au niveau de celle de l'espace de dialogue, est encore plus éloignée de la moyenne régionale (44,7 %) et surtout de la valeur nationale (50,6 %).

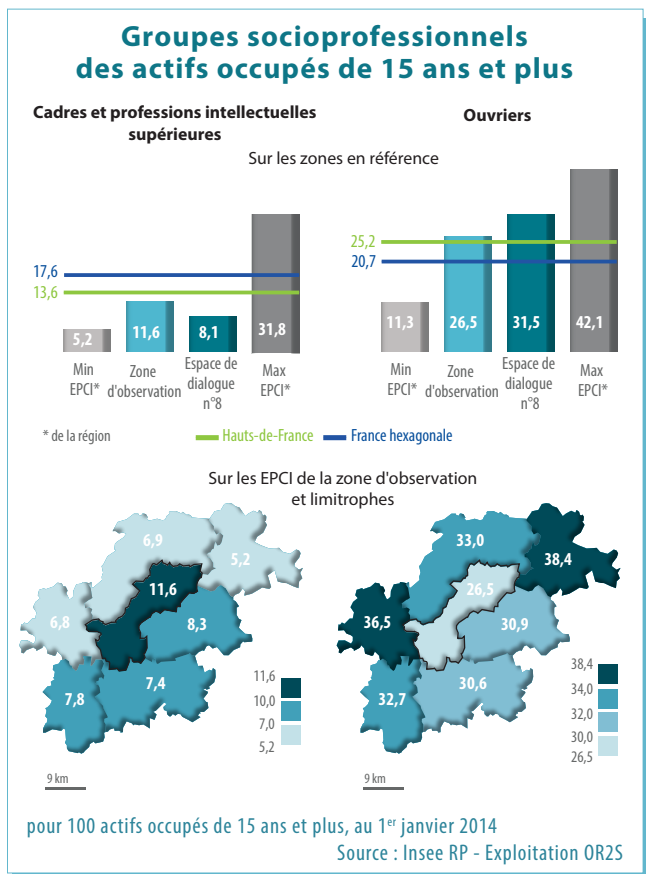
Une part importante d'ouvriers et d'employés

Dans une communauté d'agglomération à caractère industriel, le tissu d'actifs est composé en grande partie d'ouvriers et de professions intermédiaires mais aussi d'employés et, dans une moindre mesure, de cadres et professions intellectuelles supérieures. Ainsi, au recensement de 2014, l'activité de la CA du Saint-Quentinois est marquée par une part importante d'ouvriers (26,5 %) au regard de la moyenne nationale (20,7 %). Cette part d'ouvriers est également supérieure à la moyenne régionale (25,2 %) mais reste la moins élevée dans un contexte local très marqué par les professions ouvrières comme en témoigne la moyenne de l'espace de dialogue où cette part est de 31,5 %. Elle atteint même 38,4 % au sein de la CC Thiérache Sambre et Oise.

La part des employés de 15 ans et plus ayant un emploi est elle aussi importante (31,2 %), la plus élevée de l'espace de dialogue à comparer aux moyennes régionale et nationale (respectivement de 29,2 % et de 27,8 %). Ainsi, ces deux parts cumulées représentent 57,7 % dans la CA et 61,3 % dans l'ensemble de l'espace de dialogue, valeurs très nettement supérieures au pourcentage national (48,5 % ; la part régionale est de 54,4 %).

Une part de cadres et professions intellectuelles supérieures faible, bien que la plus élevée localement

La part des cadres et professions intellectuelles supérieures au recensement de 2014 (11,6 %) est faible au regard de la moyenne régionale (13,6 %) et surtout de la valeur nationale (17,6 %). Pour autant, elle est la plus importante localement,



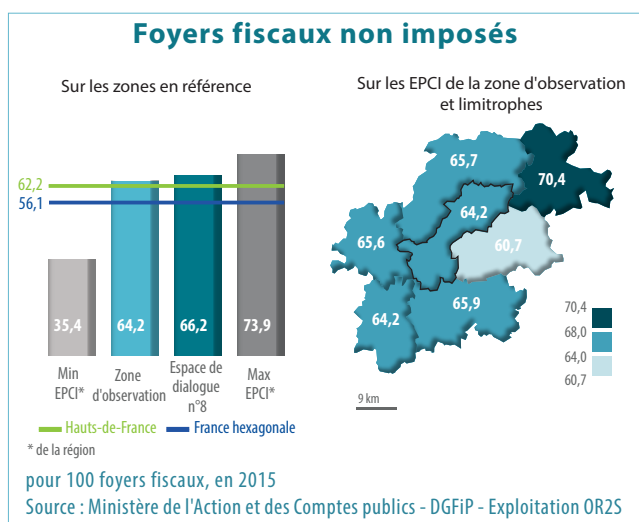
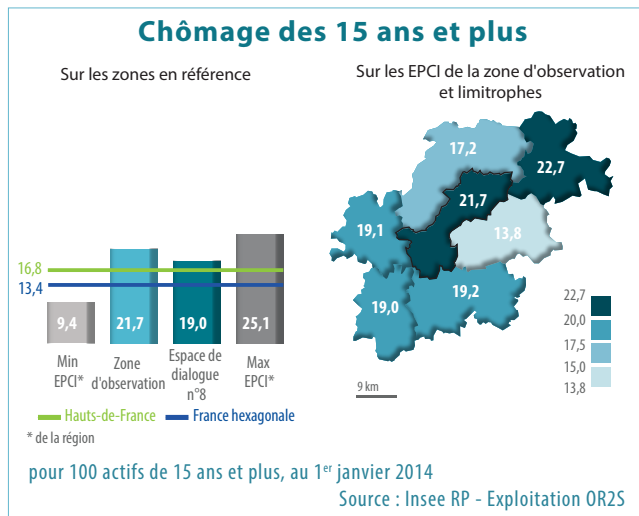
et ce nettement au sein des EPCI limitrophes et de l'espace de dialogue (de l'ordre de 8 % pour ce dernier). La part de cadres et professions intellectuelles supérieures la plus faible de toutes les EPCI des Hauts-de-France est le fait de la CC Thiérache Sambre et Oise qui n'en compte que 5,2 %. Concernant la part de professions intermédiaires, elle se situe au niveau des moyennes régionale et nationale (de l'ordre d'un quart) ; elle est supérieure à celle de l'espace de dialogue (22,4 %).

Un taux de chômage ancré et plus particulièrement chez les jeunes...

Au recensement de la population de 2014, le taux de chômage des 15 ans et plus atteint 21,7 % au sein de la zone d'observation, soit 8,3 points de plus que le niveau national (13,4 %). Ce taux de chômage est également supérieur à celui des Hauts-de-France (16,8 %) et même à celui de l'espace de dialogue (19,0 %). Localement, seules la CC Thiérache Sambre et Oise (22,7 %) et la CA du Saint-Quentinois comptent plus d'un cinquième des actifs de 15 ans et plus au chômage. Toutefois, les difficultés pour accéder à l'emploi sont encore plus marquées pour les jeunes, notamment ceux de 15-24 ans. Ainsi, le taux de chômage pour cette tranche d'âge atteint 46,2 % dans la zone d'observation, soit 9 points de plus que la valeur régionale et 17 points de plus qu'en France hexagonale. Localement, c'est le taux de chômage des jeunes le plus élevé, excepté celui retrouvé dans la CC de Thiérache Sambre et Oise où il approche près d'un jeune sur deux au chômage. En dehors du chômage, un indicateur permettant de mesurer la fragilité professionnelle (et donc sociale) est le calcul du taux standardisé des inactifs de 25 à 54 ans. Cet indicateur va dans le même sens que ceux précédemment présentés dans ces deux pages, à savoir une CA du Saint-Quentinois qui connaît un pourcentage élevé (12,5 %), valeur au niveau de celle de l'espace de dialogue ; ce pourcentage est supérieur à celui de la région (11,9 %) et surtout à celui de la France hexagonale (9,3 %).

...cumulé à des revenus plus faibles de 20 % qu'au niveau national

Pour l'année 2015 avec 21 167 € de revenus moyens annuels par foyer fiscal, la CA du Saint-Quentinois enregistre une valeur de 9 % inférieure à celle de la région (23 153 €) et de 20 % à celle de la France hexagonale (26 485 €). Elle se situe par contre un peu au-dessus de la valeur de l'espace de dialogue (20 786 €). Dans l'EPCI limitrophe de la CC Thiérache Sambre et Oise, le revenu moyen annuel est inférieur à 19 000 €. Le différentiel entre les revenus moyens se retrouve, mais dans un sens inverse, à travers la part de foyers fiscaux non imposés. Ainsi, 64,2 % des foyers fiscaux de la zone d'observation ne sont pas imposés et même 66,2 %, sur le territoire de dialogue (plus de 70 % de foyers fiscaux non imposés dans la CC Thiérache Sambre et Oise). Ces pourcentages sont supérieurs à ceux observés régionalement (62,2 %) et en France hexagonale (56,1 %).



Un **actif**, au sens du RP, correspond à un actif occupé (cf. définition ci-dessous) ou à une personne qui déclare être chômeuse à la recherche d'un emploi ou être militaire du contingent (tant que cette situation existait).

Un **actif occupé** (ou personne ayant un emploi), au sens du RP, correspond à une personne qui déclare :

- exercer une profession (salarisée ou non), même à temps partiel ;
- aider une personne dans son travail (même sans rémunération) ;
- être apprentie, stagiaire rémunérée ;
- être chômeuse tout en exerçant une activité réduite ;
- être étudiante ou retraitée mais occupant un emploi.

Les **chômeurs au sens du RP** sont les personnes qui se sont déclarées chômeuses (inscrits ou non à Pôle Emploi) sauf si elles ont déclaré explicitement ne pas rechercher de travail et celles qui ne se sont déclarées spontanément ni en emploi, ni en chômage, mais qui ont néanmoins affirmé rechercher un emploi.

Remarque : la définition des chômeurs est extrêmement sensible aux critères retenus, elle diffère donc sensiblement selon la source de données utilisée.

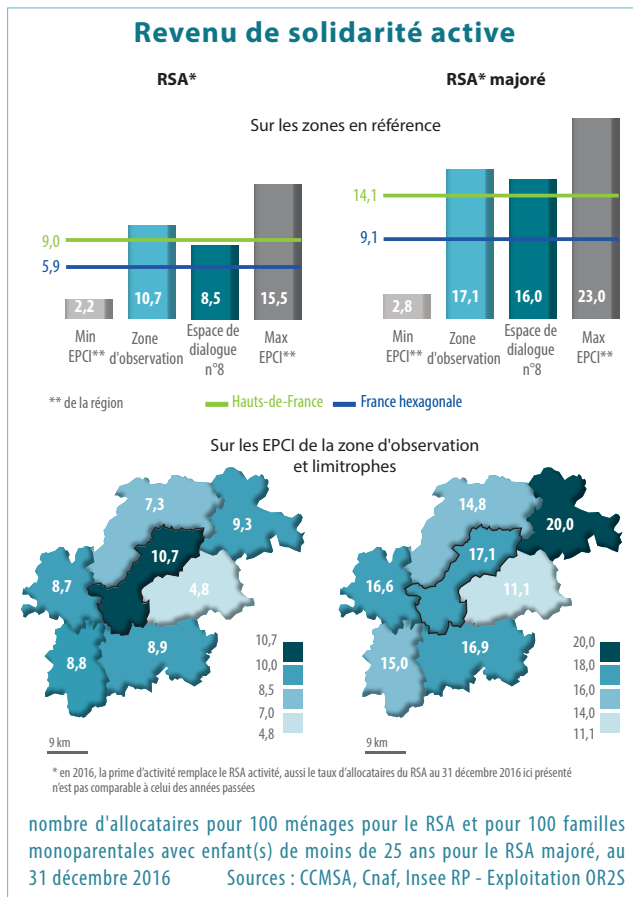


PRESTATIONS SOCIALES

Le taux d'allocataires (*cf.* encart ci-dessous) de la CA du Saint-Quentinois est globalement au niveau de la moyenne régionale avec un peu plus de 50 % de foyers comprenant au moins une personne qui perçoit une allocation. Ce taux est, par contre, de six points supérieurs à celui observé nationalement et de quatre points au-dessus de celui de l'espace de dialogue. Cette proximité dans les valeurs de ces deux derniers territoires masque en réalité des différences non perceptibles à travers cette valeur globale. C'est la raison pour laquelle il est plus pertinent de porter un regard sur certaines allocations à l'exemple comme illustré sur cette page du revenu de solidarité active (RSA) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Par ailleurs, si la première allocation renvoie à la seule composante sociale, la seconde prend en compte également la dimension sanitaire à travers la graduation du handicap de l'adulte.

Un taux d'allocataires du RSA socle seul élevé tant localement qu'en regard du niveau national...

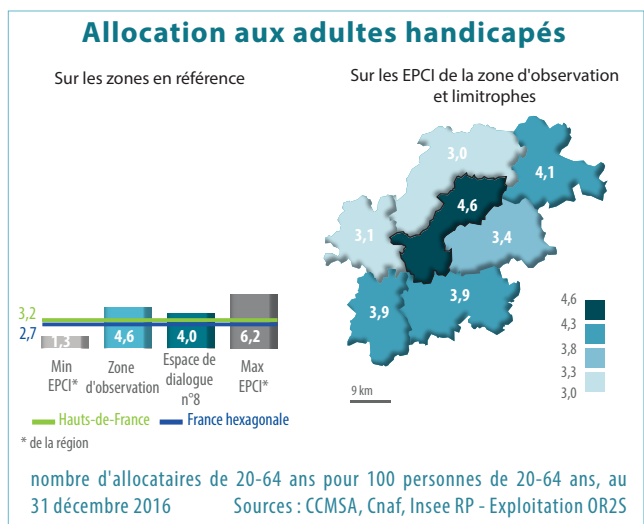
Avec 4 000 allocataires percevant le RSA socle seul pour un nombre de 9 000 personnes couvertes en 2016, le taux d'allocataires dans la CA du Saint-Quentinois est de 10,7 % (10,8 % en regard des personnes couvertes). Il est le plus élevé localement et se situe aussi au-dessus de la valeur de l'espace de dialogue. Il est également supérieur à la valeur régionale et près du double de la France hexagonale nationale (5,9 %). Cet écart est retrouvé avec le taux d'allocataires du RSA socle seul majoré. Ce dernier est en effet de 17,1 % dans la CA du Saint-Quentinois, à comparer aux 16,0 % du territoire de dialogue, aux 14,1 % des Hauts-de-France et aux 9,1 % au niveau national. Là encore, le rapport entre la zone d'observation et la France hexagonale se fait dans un facteur quasi de 2. Toutefois, pour cette allocation, la CC Thiérache Sambre et Oise présente une valeur atteignant les 20 %. Ce taux d'allocataires du RSA socle seul majoré est en adéquation avec une part importante de familles monoparentales dans la CA du Saint-Quentinois (28,1 % pour 3 282 familles monoparentales au recensement de 2014). À titre de comparaison, la valeur régionale est identique à la valeur nationale (d'un peu plus de 23 %) et celle de l'espace de dialogue se situe un peu en dessous de ce seuil.



...et le même constat pour le taux d'allocataires de l'AAH

En 2016 au sein de la CA du Saint-Quentinois, ce sont un peu plus de 2 100 personnes âgées de 20 à 64 ans qui ont perçu l'AAH, soit un taux d'allocataires de 20-64 ans de 4,6 %. Ce taux est très important tant localement que sur les unités géographiques plus étendues. Ainsi, il est supérieur à ceux de l'espace de dialogue (4,0 %), de la région (3,2 %) et de la France hexagonale (2,7 %). Il est également le plus élevé localement, les valeurs extrêmes des EPCI limitrophes variant entre 3,0 % et 4,1 % comme l'illustre la carte ci-contre.

La notion d'allocataire renvoie à une notion de foyer et non d'individu. Un allocataire est la personne du foyer qui perçoit au moins une allocation au regard de la situation familiale et/ou monétaire de ce même foyer. Ainsi, dénombrer des allocataires signifie compter des foyers constitués de personnes seules ou de plusieurs personnes (familles). Il s'agit des personnes physiques à qui est reconnu le droit aux prestations versées. Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle (au moins deux ans d'activité dans les trois dernières années). Une majoration d'isolement est versée, sous certaines conditions, aux bénéficiaires du RSA assumant seuls la charge d'un enfant né ou à naître. L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est destinée à soutenir les adultes en situation de handicap en leur apportant un revenu d'existence pour faire face aux dépenses quotidiennes. Elle est versée, sous conditions de ressources, aux personnes de plus de 20 ans (dès 16 ans si l'allocataire n'est plus à charge des parents) et atteintes d'incapacité d'au moins 80 %, ou de 50 % à 79 % en cas d'impossibilité de travail depuis au moins 1 an.



OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

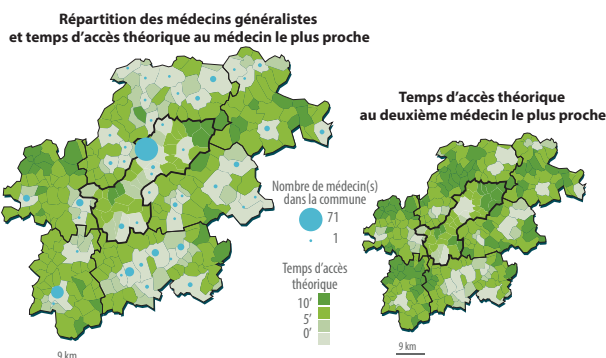
Les sources utilisées pour décrire l'offre en professionnels de santé sont le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), d'une part, et le système d'information Adeli (automatisation des listes), d'autre part. L'exploitation des données RPPS permet d'avoir des informations sur les médecins, pharmaciens, sages-femmes et chirurgiens-dentistes. Le système Adeli permet quant à lui de disposer d'informations sur les autres professionnels de santé. Les données d'hospitalisation, obtenues via la base de données médico-administratives de l'Atih, et celles des naissances, produites par l'Insee en provenance de l'état civil, renseignent sur l'attractivité des établissements de soins. En outre, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) et la statistique annuelle des établissements (SAE) fournissent des informations concernant le secteur médico-social.

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Un nombre de médecins généralistes sur Saint-Quentin qui ne compense pas leur rareté au sein des EPCI limitrophes

Au 1^{er} janvier 2017, 81 médecins généralistes libéraux (ou mixtes et ayant une activité standard de soins) sont dénombrés dans la CA du Saint-Quentinois, soit une densité de 97,6 praticiens pour 100 000 habitants, supérieure à celles des niveaux national (90,3) et régional (89,2). Cependant, l'attractivité des médecins exerçant sur la zone d'observation dépasse les frontières de celle-ci et, comme l'illustre la carte ci-dessous, les densités de médecins généralistes libéraux dénombrées dans les EPCI qui lui sont limitrophes sont particulièrement faibles. Ainsi, la densité relevée sur l'ensemble de cette zone (75,6 sur la CA du Saint-Quentinois et les six EPCI limitrophes) est inférieure à celle de la France, au même niveau que le territoire de dialogue. De plus, 71 sur les 81 sont concentrés dans la ville de Saint-Quentin, soit près de 90 % pour deux tiers de la population. Aussi, le temps d'accès théorique au médecin généraliste libéral le plus proche calculé dans la zone d'observation est voisin de celui de la région, malgré une densité pourtant plus élevée.

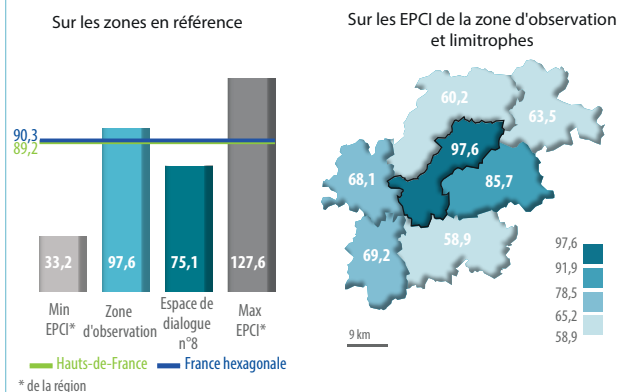
Répartition des médecins généralistes libéraux et temps d'accès théorique*



* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un médecin généraliste, au 1^{er} janvier 2017

Source : Drees / Asip-Santé - RPPS 2017 - Exploitation OR2S

Densité de médecins généralistes libéraux



pour 100 000 personnes, au 1^{er} janvier 2017

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2017, Insee RP - Exploitation OR2S

Près de deux médecins généralistes sur trois sont âgés de 55 ans et plus, soit dix points de plus qu'en région et en France

Pour essayer d'anticiper les besoins futurs, il est nécessaire d'analyser la démographie des professionnels de santé. Dans ce domaine, la CA du Saint-Quentinois apparaît dans une situation fragilisée, avec 51 médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus, soit un pourcentage de 63,0 %. Ce pourcentage se situe bien au delà des niveaux national (53,7 %) et régional (52,5 %). Il n'est d'ailleurs pas compensé par les médecins généralistes libéraux exerçant leur activité dans les EPCI limitrophes puisqu'ils sont au total 76 sur les 114 à être âgés de 55 ans ou plus, soit deux médecins sur trois. À noter que ce pourcentage est du même ordre de grandeur sur l'espace de dialogue avec 164 médecins libéraux âgés de 55 ans et plus sur les 259 en activité, soit 63,3 %. De plus, ce constat s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population générale vu par ailleurs, et donc d'un besoin en soins encore plus soutenu à l'avenir.



PHARMACIENS

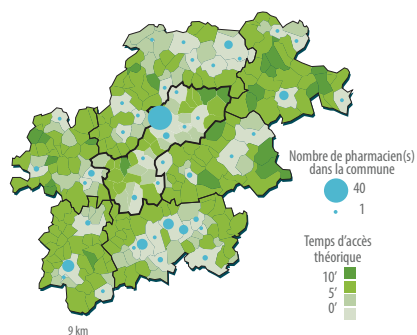
Une densité plutôt élevée de pharmaciens...

Avec 50 pharmaciens libéraux au 1^{er} janvier 2017, la CA du Saint-Quentinois enregistre une densité de 60,3 pour 100 000 habitants, bien au-dessus des valeurs de référence : 47,3 en France hexagonale et 45,3 en région. La densité relevée sur l'ensemble de l'espace de dialogue (49,0) est plus proche de la valeur nationale. En outre, malgré le fait que quatre des six EPCI limitrophes à la CA aient une densité de pharmaciens plus faible qu'en région et qu'en France, la densité sur l'ensemble de la zone (CA et six EPCI limitrophes) demeure au-dessus des valeurs régionale et nationale (50,4 pour 100 000 habitants) avec les 130 pharmaciens.

...mais un sur deux a au moins 55 ans

Près d'un pharmacien sur deux (23 exactement soit 46,0 %) est âgé de 55 ans et plus dans la CA du Saint-Quentinois, une des parts les plus élevées localement. En effet, sur l'ensemble de la zone comprenant la CA et les six EPCI limitrophes, ils sont 57 à avoir au moins 55 ans, soit une part de 43,8 %. Ce pourcentage est donc supérieur aux moyennes régionale (35,1 %) et même nationale (41,6 %).

Répartition des pharmaciens libéraux et temps d'accès théorique*



* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un pharmacien, au 1^{er} janvier 2017

Source : Drees / Asip-Santé - RPPS 2017 - Exploitation OR2S

MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ACCÈS DIRECT

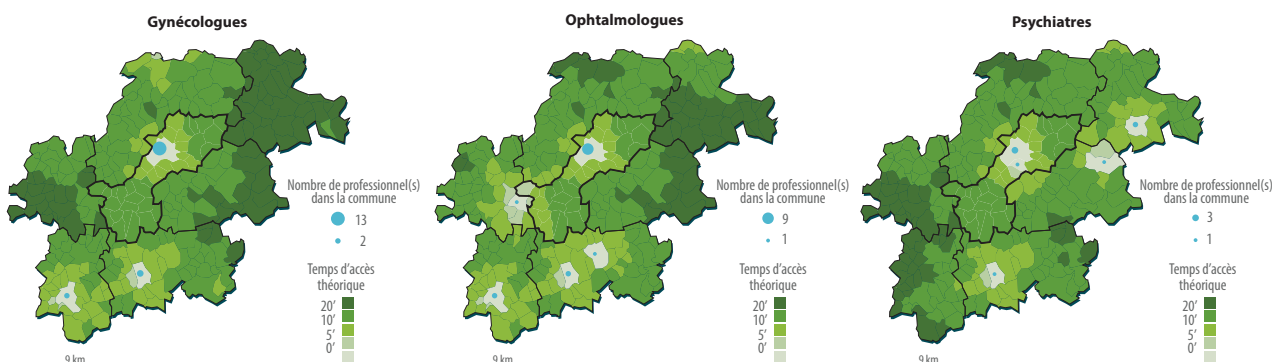
Des temps d'accès plutôt longs lorsque sont pris en compte les EPCI limitrophes

La communauté d'agglomération du Saint-Quentinois présente des temps d'accès théoriques aux médecins spécialistes relativement courts car c'est localement un important pôle urbain qui concentre une part de l'offre de soins. Toutefois, ces résultats satisfaisants sont à tempérer au regard des temps d'accès pour la population domiciliée dans les EPCI limitrophes. Ainsi, en 2017, la CA du Saint-Quentinois présente un temps d'accès théorique à un psychiatre exerçant en libéral relativement peu élevé au regard des Hauts-de-France : près de 3 minutes contre un peu plus de 9 minutes pour la région. Cependant les EPCI limitrophes présentent des temps d'accès théoriques plus élevés, allant de 9 à 20 minutes. Ainsi au sein de l'espace de dialogue infrarégional n°8, le temps d'accès à un psychiatre est de près d'un quart d'heure.

En 2017, l'espace de dialogue n°8 comptait 19 spécialistes libéraux en gynécologie (dont 13 dans la CA) et 14 spécialistes libéraux en ophtalmologie (dont 9 dans la CA). Cela représente une densité de 13,1 gynécologues pour 100 000 femmes de 15 ans et plus (36,0 dans la CA) et 4,1 ophtalmologues pour 100 000 habitants (10,8 dans la CA). Aux niveaux régional et national, les densités sont respectivement de 14,9 et 17,9 pour les premiers spécialistes et de 5,5 et 7,2 pour les seconds.

Au sein de la zone d'observation, le temps d'accès théorique à ces différents spécialistes est d'un peu plus de 3 minutes, un temps satisfaisant au regard du temps d'accès régional. Cependant au sein de l'espace de dialogue n°8, le temps d'accès théorique à ces spécialistes est supérieur au temps régional de 4 à 6 minutes selon les spécialistes. Le temps d'accès dans les EPCI limitrophes est assez variable, plutôt bon pour la CC du Pays Noyonnais et la CA de Chauny - Tergnier - La Fère, mais nettement plus élevé pour les autres, et notamment la CC Thiérache Sambre et Oise qui présente le temps d'accès à un gynécologue le plus élevé de la région.

Répartition de médecins spécialistes libéraux de 1^{er} recours et temps d'accès théorique*



* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un professionnels de santé, au 1^{er} janvier 2017

Source : Drees / Asip-Santé - RPPS 2017 - Exploitation OR2S

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Des taux d'hospitalisation en chirurgie et en médecine semblables aux taux nationaux

En 2016, près de 23 000 séjours de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie - MCO) de personnes domiciliées dans la CA du Saint-Quentinois ont été enregistrés. Environ 40 % de ces séjours (9 400) relèvent de la médecine hors séjours de techniques peu invasives ; ces derniers représentent environ 20 % des hospitalisations (4 900 séjours). Quant aux 7 100 séjours classés en chirurgie, ils représentent 30 % des hospitalisations en MCO.

La consommation de séjours en chirurgie et en médecine au sein de la zone d'observation est assez semblable à celle enregistrée au niveau national : 85,6 séjours pour 1 000 personnes *versus* 86,4 en France hexagonale pour la chirurgie et 113,7 séjours pour 1 000 personnes en médecine dans la zone d'observation comme au niveau national. Cependant, la consommation de séjours de techniques peu invasives est plus élevée qu'au niveau national : 58,9 séjours pour 1 000 personnes *versus* 50,5.

Une forte attractivité locale des établissements de santé

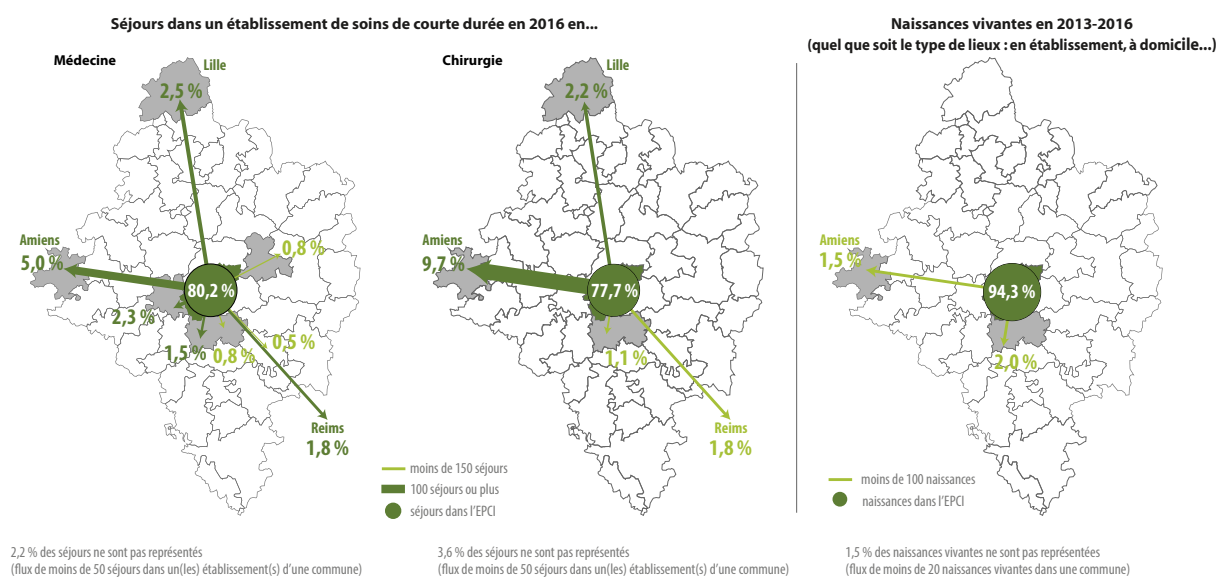
La CA du Saint-Quentinois compte deux établissements de court-séjour, tous deux situés à Saint-Quentin : le centre hospitalier, qui offre 391 lits en MCO et 55 places en hospitalisation partielle, et la polyclinique Saint-Claude, qui compte 123 lits en MCO et 44 places en hospitalisation partielle. En 2016, le premier a enregistré environ 32 200 séjours en MCO et le second près de 11 000 séjours. Le CH de Saint-Quentin totalise les deux tiers (67,7 %) des séjours réalisés en MCO dans la zone d'observation et réalise la majeure partie des séjours en chirurgie (62,5 %), en médecine (81,6 %) et en obstétrique (72,4 %). Pour les techniques

peu invasives, les deux établissements se répartissent les séjours. Plus de trois cinquièmes (61,3 %) des séjours en MCO réalisés dans des établissements de la CA du Saint-Quentinois le sont par des personnes domiciliées hors de la zone d'observation. La majorité de ces séjours concerne des personnes résidant dans les EPCI limitrophes des première et deuxième couronnes (excepté la CC du Pays Noyonnais dont la population se rend plus au CH intercommunal Compiègne-Noyon), ainsi que par des personnes du nord-est du département (CC des Trois rivières, CC des Portes de la Thiérache...). Ceci s'explique notamment par l'existence d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) regroupant les établissements publics de santé de ces EPCI et dont le CH de Saint-Quentin est l'établissement support.

La quasi-totalité des naissances de la CA dans les maternités de Saint-Quentin

Pour la période 2013-2016, la CA du Saint-Quentinois a enregistré près de 4 000 naissances dont la mère est domiciliée en son sein. Près de 95 % de ces naissances se sont effectuées à Saint-Quentin, qui dispose de deux maternités, celle du centre hospitalier de type 2, et celle de la polyclinique de type 1. Par ailleurs, 2 % de ces naissances ont eu lieu à la maternité de type 1 du CH de Chauny, seule autre maternité dans les EPCI limitrophes (EPCI de Chauny Tergnier La Fère). Une soixantaine de ces naissances a aussi eu lieu dans la CA d'Amiens Métropole, et notamment au CHU qui dispose d'une maternité de type 3 pour les grossesses complexes. D'autre part, la CA du Saint-Quentinois, avec ses deux maternités, exerce une forte attractivité parmi les EPCI limitrophes, et notamment pour les EPCI du nord-est de l'Aisne et de la Somme, qui ne dispose pas d'autre maternité, et qui doivent sinon se diriger vers les maternités de Laon ou vers celles de Maubeuge ou de Reims.

Flux des personnes domiciliées dans la zone d'observation

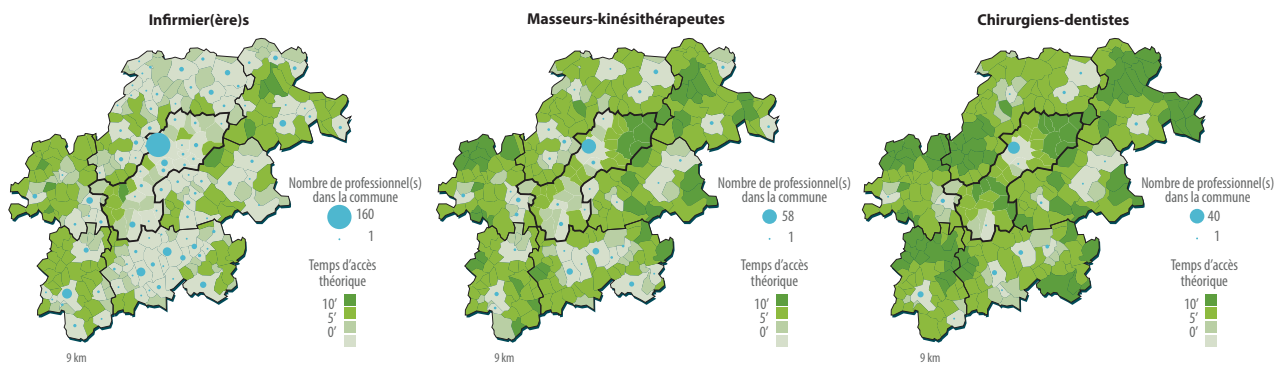


Les **maternités de type 1** assurent la prise en charge des grossesses à bas risque et des nouveau-nés sans problème. Les **maternités de type 2** assurent la prise en charge des nouveau-nés nécessitant un service de pédiatrie néonatale, avec soins intensifs pour certaines. Les **maternités de type 3** disposent d'une réanimation néonatale, pour les grands prématurés et les enfants nécessitant les soins les plus lourds. Elles sont adaptées aux grossesses à haut risque. Le GHT Aisne Nord - Haute Somme est composé des CH de Saint-Quentin, Laon, Chauny, Guise, Hirson, Le Nouvion, Vervins, Péronne, Ham, La Fère et du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Saint-Gobain.



AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Répartition de professionnels de santé libéraux et temps d'accès théorique*



* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un professionnels de santé, au 1^{er} janvier 2017 sauf pour les masseurs-kinésithérapeutes qui sont au 1^{er} janvier 2016 (données 2017 non disponibles)

Source : Adeli 2017, Drees / Asip-Santé - RPPS 2017 - Exploitation OR2S

Un territoire relativement bien couvert en infirmier(ère)s libéraux...

Au 1^{er} janvier 2017, 204 infirmier(ère)s ayant une activité libérale (ou mixte) exercent sur la CA du Saint-Quentinois. Comme l'illustre la carte ci-dessus, ces praticien(ne)s sont relativement bien réparti(e)s au sein de la zone d'observation. Les communes situées à l'ouest de la CA du Saint-Quentinois présentent cependant des temps d'accès théoriques un peu plus élevés que les temps relevés par ailleurs pour ce professionnel de santé.

La densité d'infirmier(ère)s ayant une activité libérale (ou mixte) est plus importante que celles des niveaux national et régional : 245,9 de ces professionnels pour 100 000 habitants contre respectivement 181,5 et 169,1 pour les deux niveaux de références mentionnés ci-dessus. Pour leur majorité, les EPCI limitrophes à la zone d'observation présentent une densité qui est au moins égale à celle des Hauts-de-France, voire proche de celle de la France. La CC de l'Est de la Somme et la CC du Pays Noyonnais, les deux EPCI les plus à l'Ouest, présentent cependant une densité moindre. Toutefois au total sur l'ensemble de la zone représentée par la carte, avec près de 500 infirmier(ère)s ayant une activité libérale (ou mixte), la densité se situe au-dessus des moyennes régionale et nationale (191,1 pour 100 000 habitants).

En termes d'évolution, le nombre d'infirmier(ère)s ayant une activité libérale (ou mixte) a augmenté, il y en avait 138 au 1^{er} janvier 2012 (soit une densité de 165,7 pour 100 000 habitants). À l'instar de ce qui est observé sur l'ensemble des Hauts-de-France, cette augmentation a été plus soutenue dans la zone d'observation que sur l'ensemble du pays. Que ce soit pour le nombre de professionnels de santé ou la densité, l'augmentation a été de l'ordre de 50 % entre les 1^{ers} janvier 2012 et 2017 pour la CA du Saint-Quentinois et pour la région contre +33 % en France ; l'espace de dialogue dans lequel se situe la communauté d'agglomération présentement analysée a vu cet effectif croître, à peu près au même rythme que la France (+35 %).

Densités moindres qu'au niveau national pour les masseurs-kinésithérapeutes...

Le constat favorable observé, en regard de la France hexagonale, pour les infirmier(ère)s, ne se retrouve pas pour les masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, avec 62 masseurs-kinésithérapeutes libéraux au 1^{er} janvier 2016¹, la CA du Saint-Quentinois a une densité (74,7 professionnels pour 100 000 habitants) bien plus faible que celles relevées en région (97,3) et en France (103,6). De plus, la part de personnes âgées, ayant davantage recours à ce professionnels de santé, est plus importante dans cette zone d'observation que celle relevée en région (et proche de celle observée dans l'Hexagone). En termes de répartition au sein de la zone d'observation, ces professionnels de santé sont davantage situés à Saint-Quentin, impliquant des temps d'accès théoriques plus importants dans nombre de communes environnantes, et plus particulièrement celles situées au nord-est et à l'ouest de la zone d'observation.

En regard de l'ensemble de la population, avec 141 masseurs-kinésithérapeutes sur la zone composée de la CA et des six EPCI limitrophes, la densité est de 54,7 pour 100 000 habitants, soit un déficit, pour ce professionnel en regard de la densité observée au niveau national, de l'ordre de 120.

16

...avec des professionnels plutôt jeunes

La pyramide des âges des infirmier(ère)s libéraux(ales) exerçant dans la CA du Saint-Quentinois laisse apparaître des professionnels de santé relativement jeunes. Trois dixièmes de ces praticiens (61 infirmier(ère)s) ont moins de 35 ans, soit une proportion plus élevée qu'en France hexagonale (22 %) et proche de celle observée dans les Hauts-de-France (32 %). Les 64 infirmier(ère)s âgés de 35 à 44 ans représentent également trois dixièmes de ces professionnels de la zone d'observation, soit une part proche de celle relevée en France. Enfin, les 30 infirmier(ère)s ayant une activité libérale (ou mixte) âgés de 55 ans et plus sont, en proportion, moins nombreux que ce qui est observé en France hexagonale (15 % contre 21 %) mais au niveau de la valeur régionale.

¹ Les données au 1^{er} janvier 2017 ne sont pas disponibles pour les masseurs-kinésithérapeutes au moment de la réalisation de ce document.

...et les chirurgiens-dentistes

Au 1^{er} janvier 2017, les chirurgiens-dentistes libéraux sont 42 à exercer dans la CA du Saint-Quentinois, soit une densité de 50,6 pour 100 000 habitants. Cette densité, plus faible qu'en France (56,4 pour 100 000), demeure supérieure à celle observée dans les Hauts-de-France (43,3 pour 100 000).

En termes de répartition au sein de la zone d'observation, ces professionnels de santé comme les masseurs-kinésithérapeutes sont davantage concentrés au niveau de la ville de Saint-Quentin, impliquant des temps d'accès théoriques plus importants dans nombre de communes environnantes, et plus particulièrement celles du nord-est et de l'ouest.

Avec 90 chirurgiens-dentistes libéraux sur l'ensemble de la zone cartographiée, la densité est de 34,9 pour 100 000 habitants ce qui fait qu'en regard de la France, il manquerait une bonne cinquantaine de ces professionnels.

Trois masseurs-kinésithérapeutes sur dix ont au moins 55 ans

Si les départs en retraites de ces praticiens ne sont pas compensés par de nouvelles installations, la répartition par âge des masseurs-kinésithérapeutes peut laisser présager pour le futur une situation encore moins favorable pour la CA du Saint-Quentinois et les communautés de communes qui lui sont limitrophes que pour la région Hauts-de-France et l'Hexagone. En effet, avec 18 masseurs-kinésithérapeutes âgés de 55 ans et plus sur la CA soit 29 % de l'ensemble,

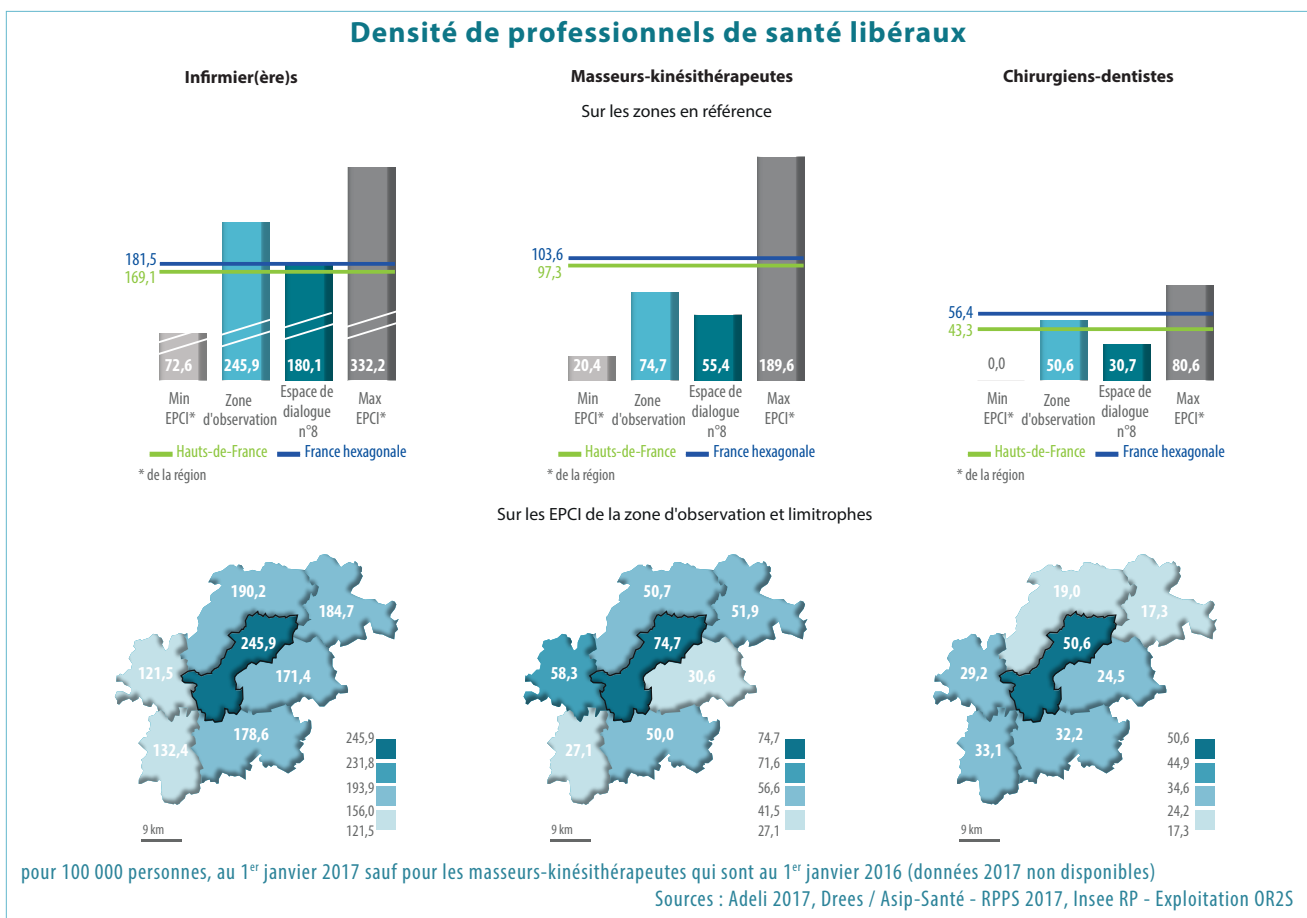
la part est plus importante de 12 points par rapport à ce qui est relevé dans les Hauts-de-France et de 9 points en regard de la France hexagonale. Un constat analogue est porté pour les EPCI limitrophes de la zone d'observation : sur les soixante-dix-neuf masseurs-kinésithérapeutes libéraux y exerçant, vingt-quatre sont âgés d'au moins 55 ans, soit 30 % d'entre eux.

Une part de chirurgiens-dentistes de 55 ans plus faible dans la CA du Saint-Quentinois en regard du niveau national...

Un chirurgien-dentiste libéral exerçant sur la CA du Saint-Quentinois sur quatre est âgé de 55 ans ou plus. Cette proportion est nettement plus faible que celles relevées pour la France hexagonale (37,5 %) et que dans les Hauts-de-France (32,5 %).

...mais qui s'amenuise en prenant en compte les EPCI limitrophes

Par contre, les chirurgiens-dentistes libéraux situés dans les EPCI limitrophes à la zone d'observation sont plus âgés : près de la moitié a 55 ans ou plus. Aussi, lorsque le territoire pris en compte intègre ces EPCI avec la CA, la part des 33 chirurgiens-dentistes âgés de 55 ans ou plus sur l'ensemble de ces praticiens en exercice est de 36,7 %, se situant alors au niveau de celle de la France hexagonale.





PERSONNES ÂGÉES

Un taux d'hébergement en Ehpad au niveau de celui de la région

La CA du Saint-Quentinois compte neuf établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : sept à Saint-Quentin et deux à Flavy-le-Martel. Ces établissements totalisent 762 places d'hébergement. Ainsi, la CA du Saint-Quentinois présente un indice de lits en Ehpad au niveau de celui de la région : 96,3 *versus* 97,3 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; il est cependant en-deçà des 101,6 places en France et des 114,8 sur l'ensemble des EPCI limitrophes (22 Ehpad pour 1 867 places). À noter que l'indice pour ce qui a trait aux nombres de places pour personnes présentant une maladie d'Alzheimer au sein des Ehpad est plus élevé sur le territoire comprenant la CA et les six EPCI limitrophes qu'en France : 12,7 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus contre 10,7. Concernant les unités de soins de longue durée (USLD) les 60 lits au CH de Saint-Quentin représentent un indice de 7,6 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans. Cet indice est de 6,4 en région, 5,3 en France et 11,1 pour l'ensemble des EPCI limitrophes (5 services pour 181 places). Il existe également deux résidences autonomie à Saint-Quentin qui peuvent accueillir au total 159 personnes, soit 20,1 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus dans la CA, un taux comparable à celui de la France (19,9 places), mais inférieur de cinq points à celui de la région (24,8 places). Avec six résidences autonomie accueillant 190 personnes sur l'ensemble des EPCI limitrophes, cet indice est bien moindre sur ce territoire : 11,7 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.

Des Ssiad bien présents sur le territoire

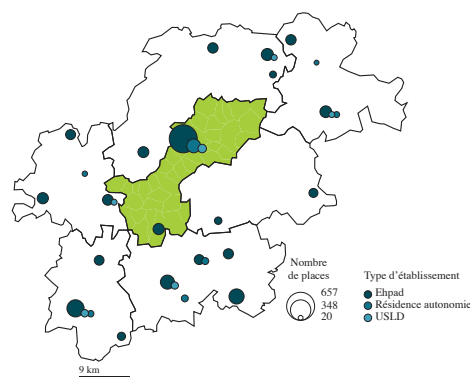
Il existe quatre services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) dans la CA du Saint-Quentinois : trois à Saint-Quentin et un à Gauchy. La capacité totale en Ssiad dépasse ainsi sur la zone d'observation les 200 places, soit 25,7 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, un indice de l'ordre de la valeur régionale (26,4 places), au-dessus de celle relevée au niveau national (19,7 places). Sur les EPCI limitrophes, les dix services de soins infirmiers à domicile pour 412 places correspondent à un indice de 25,3 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.

Des structures d'accueil de jour à destination des personnes Alzheimer en adéquation avec la situation épidémiologique

Deux centres locaux d'information et de coordination (Clic) sont présents sur la CA du Saint-Quentinois : l'un à Gauchy, l'autre à Saint-Quentin. Parmi les EPCI limitrophes, il existe un autre Clic à La Fère et un relais autonomie des personnes (cf. note ci-dessous) à Noyon.

Par ailleurs, la CA du Saint-Quentinois dispose de 18 places d'accueil de jour à destination des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui donne un indice de 2,3 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; il est ainsi supérieur d'un point à ceux relevés en région et en France hexagonale (1,3 place pour 1 000). Toutefois, cet indice complété de l'accueil en Ehpad est finalement en adéquation avec la situation épidémiologique locale telle que mesurée à travers les décès liés à cette cause. En effet, le taux de mortalité chez les 75 ans et plus de la CA est le double de celui observé au niveau national, dans un contexte sur le territoire composé de la CA et des six EPCI limitrophes marqué par une forte surmortalité liée à cette pathologie : +86 % par rapport au niveau national chez les 75 ans et plus.

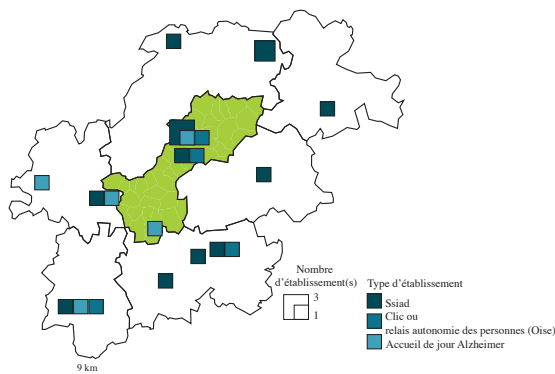
Hébergement et soins de longue durée pour personnes âgées



mars 2018, sauf pour les USLD au 31 décembre 2016

Sources : Finess, SAE - Exploitation OR2S

Services à domicile, accueil et orientation des personnes âgées



mars 2018

Sources : Finess, SAE - Exploitation OR2S

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes, partiellement ou totalement dépendantes pour des raisons physiques ou mentales, et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin. Les résidences autonomie sont conçues pour accueillir des personnes âgées majoritairement autonomes qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles. Elles comportent à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective. Elles sont souvent construites au cœur des villes à proximité des commerces, des transports et des services. Les unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures hospitalières d'hébergement et de soins dédiées aux personnes âgées de plus de 60 ans très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) destinés aux personnes âgées malades ou en perte d'autonomie s'appuient sur les infirmiers libéraux pour les soins techniques et sur les aides-soignants salariés pour le *nursing*. Ils interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et contribuent à leur maintien à domicile. Le centre local d'information et de coordination (Clic) est une structure de proximité assurant l'accueil, l'information, le conseil et l'orientation pour tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées de 60 ans et plus, leur famille ou les professionnels (soins, accompagnement de la personne et adaptation de l'habitat, mais aussi vie socioculturelle). Dans l'Oise, les Clic ont été remplacés par des relais autonomie des personnes, qui assurent les mêmes missions. Les accueils de jour Alzheimer proposent un accompagnement individualisé aux personnes accueillies et un soutien aux aidants. Ils permettent de bénéficier d'un suivi régulier et d'un accompagnement adapté, d'entretenir les capacités des personnes accueillies grâce à des activités adaptées.

ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

L'accompagnement médico-social des enfants et adolescents en situation de handicap se décline à travers l'action menée dans le cadre de différents dispositifs d'éducation, d'orientation, d'hébergement et de prise en charge à domicile.

Un taux d'hébergement des jeunes en situation de handicap dans la moyenne régionale

Pour l'hébergement des enfants en situation de handicap, deux instituts médico-éducatifs (IME) sont installés à Saint-Quentin. Ces établissements offrent 115 places d'hébergement, dont 90 en hébergement complet, le reste étant du semi-internat. La CA du Saint-Quentinois affiche ainsi un indice de 5,5 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, semblable à celui de la région ; il est supérieur à celui de la France hexagonale (4,3 places) et à celui des EPCI limitrophes (quatre établissements pour 210 places), soit 4,7 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans. À noter que toutes ces dernières places sont de semi-internat. Il existe par ailleurs dans les EPCI limitrophes deux autres types d'établissements hébergeant d'autres jeunes présentant un handicap. Le premier est situé à Ham ; il s'agit d'un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (Itep) de 22 places, soit un indice sur l'ensemble du territoire (CA et les six EPCI limitrophes) de 0,3 place pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans ; il est à comparer aux valeurs régionale et nationale (respectivement de 0,7 et de 1,0). Le second est situé à Proisy ; il s'agit d'un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés de 102 places, soit un indice sur l'ensemble du territoire de moins de 20 ans à comparer aux 0,2 pour les Hauts-de-France et 0,3 pour la France.

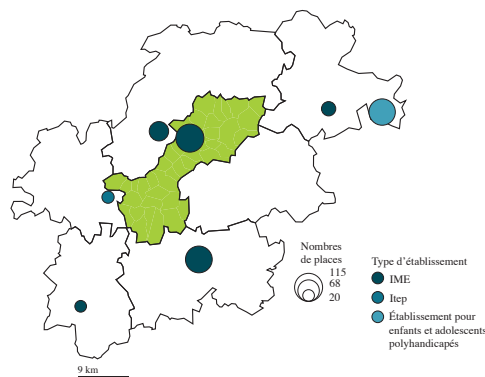
Une offre dans le Saint-Quentinois qui se complète avec les EPCI limitrophes

La zone d'observation propose une offre assez abondante de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), puisque ils sont six basés à Saint-Quentin, pour un total de 125 places. Cela représente 6,0 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, un indice doublé par rapport à ceux de la région (3,1 %) et de la France (3,3 %). Cet indice est également de 3,0 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans dans les six EPCI limitrophes (six services pour 137 places). En plus des équipements mentionnés, Saint-Quentin dispose aussi d'un centre d'action médico-sociale précoce (Camps) et d'un centre médico-psycho-pédagogiques

(CMPP). Parmi les EPCI limitrophes, il existe aussi deux centres d'accueil familial spécialisés (CAFS), l'un à Holnon et l'autre à Ham. Tous ces établissements ont naturellement vocation à débordé l'aire géographique de l'EPCI dans lequel ils se situent, raison pour laquelle l'indice est présenté tantôt sur les six EPCI limitrophes tantôt sur la CA et les six EPCI limitrophes.

Les **instituts médico-éducatifs (IME)** accueillent des enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle et leur offrent un enseignement général (6-14 ans) et, à partir de 15-16 ans, une première formation professionnelle pour ceux qui le souhaitent ou qui sont aptes. Les **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep)** accueillent des jeunes présentant des troubles du comportement importants, perturbant gravement leur socialisation et leur accès aux apprentissages, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle. Les **établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés** accueillent et accompagnent des enfants qui souffrent d'un polyhandicap (association d'une déficience mentale grave à une déficience motrice importante) entraînant une réduction notable de leur autonomie. Les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad)** assurent trois missions principales auprès des enfants et des adolescents jusqu'à 20 ans, en liaison avec les familles : soutien à l'intégration scolaire et à l'acquisition de l'autonomie, conseil et accompagnement de la famille et de l'entourage en général, aide au développement psychomoteur et aux orientations ultérieures. L'équipe pluridisciplinaire intervient au domicile du jeune, à la crèche, à l'école et dans ses milieux de vie ou encore dans les locaux du Sessad. Les **centres d'action médico-sociale précoce (Camps)** ont pour mission de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Ils accueillent des enfants de 0 à 6 ans et sont souvent installés dans les locaux des centres hospitaliers ou dans d'autres centres accueillant de jeunes enfants. Les **centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)** sont des services médico-sociaux assurant, pour les enfants et adolescents de 3 à 18 ans, le dépistage et la rééducation des difficultés psychomotrices, orthophoniques, troubles de l'apprentissage ou troubles du comportement, sous autorité médicale. Les **centres d'accueil familial spécialisés (CAFS)** hébergent des jeunes dans une perspective thérapeutique qui, outre leur handicap, sont en grande difficulté dans leur milieu familial et pour lesquels une indication d'orientation en famille d'accueil est posée compte tenu de leurs troubles et en raison de la nécessité d'une mise à distance d'avec leurs parents.

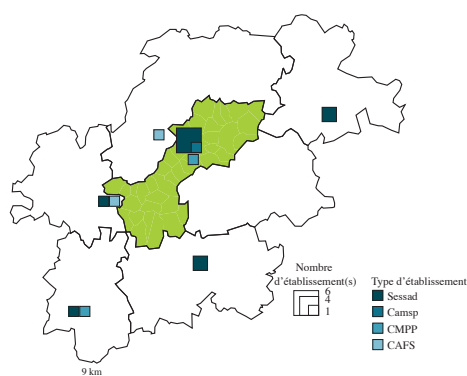
Hébergement et enseignement pour enfants et adolescents en situation de handicap



mars 2018

Source : Finess - Exploitation OR2S

Accueil, orientation et services d'aide pour enfants et adolescents en situation de handicap



mars 2018

Source : Finess - Exploitation OR2S

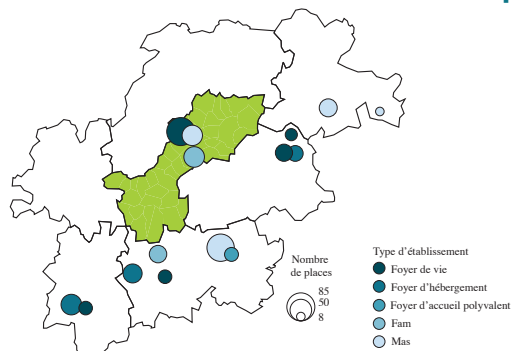


ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP

Une offre en hébergement du niveau national

Deux foyers de vie pour adultes handicapés sont situés à Saint-Quentin ; ils disposent de 85 places dont 52 en hébergement complet, le reste étant en accueil de jour. Cela représente un indice de 1,4 place pour 1 000 personnes de 20 ans et plus (1,1 en France et 1,2 en région). Sur les six EPCI limitrophes, les quatre établissements recensés, pour un total de 88 places, donnent un indice de 0,7 place pour 1 000 personnes de 20 ans et plus. Concernant les foyers d'hébergement pour adultes handicapés et d'accueil polyvalent, il n'y en a pas dans la CA. Mais les premiers sont au nombre de trois sur les EPCI limitrophes (Bethancourt-en-Vaux, Origny-Sainte-Benoîte et Noyon) pour 112 places, soit un indice de 0,6 place pour 1 000 personnes de 20 ans et plus à comparer aux 0,9 et 0,8 de la région et de la France. Il n'y a qu'un foyer d'accueil polyvalent situé à La Fère soit 0,5 place pour 1 000 habitants de 20 ans et plus sur tout le territoire, à comparer à la moyenne national (0,1). La CA du Saint-Quentinois dispose aussi d'une maison d'accueil spécialisée (Mas) qui offre 45 places en hébergement complet, et d'un foyer d'accueil médicalisé pour adultes en situation de handicap (46 places) situé à Gauchy. Les indices respectifs sont dans les deux cas de 0,7 pour 1 000 personnes de 20 ans et plus dans la CA. Ces valeurs sont du même ordre, voire légèrement supérieures à ce qui est retrouvé aux niveaux national et régional variant entre 0,5 et 0,7. Sur les EPCI limitrophes, quatre Mas sont répertoriées (deux à La Fère, une à Guise et une à Proisy), ce qui donne un indice 1,0 sur cette zone globale et un Fam à Villequier-Aumont de 33 places, soit un indice de 0,3 pour 1 000 personnes de 20 ans et plus.

Services d'hébergement et d'accueil de jour pour adultes en situation de handicap



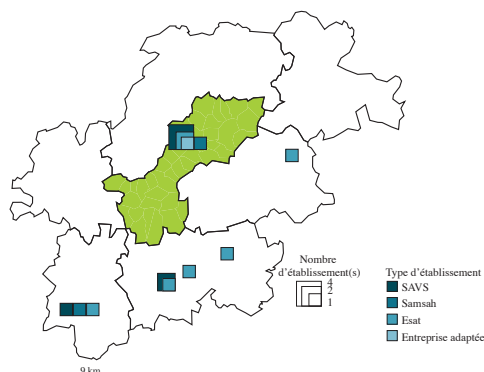
mars 2018

Source : Finess - Exploitation OR2S

Un maintien à domicile développé

Un service d'accompagnement médico-social adultes en situation de handicap (Samsah) de 26 places se trouve à Saint-Quentin. Cela correspond à un indice de 0,4 place pour 1 000 personnes de 20 ans et plus, un taux deux fois plus important dans la CA qu'en région et qu'en France (0,2 %). Un seul autre Samsah est recensé sur les six EPCI limitrophes. Situé à Noyon, il comprend 20 places ce qui donne un indice de 0,2 % sur cette partie du territoire. Par ailleurs, il existe quatre services d'accompagnement à la vie sociale des adultes en situation de handicap (SAVS) à Saint-Quentin qui, avec 164 places, fournit un indice de 2,6 places pour 1 000 personnes de 20 ans et plus (trois fois plus qu'en France -0,8 %- et quatre fois plus qu'en Hauts-de-France -0,6 %-). Toutefois, les trois SAVS sur les EPCI limitrophes (deux à Chauny et un à Noyon) avec leurs 96 places engendrent un indice plus faible de 0,7 pour 1 000 habitants de 20 ans et plus sur cette zone des six EPCI. La CA présente un taux d'équipement destiné au travail des adultes en situation de handicap important puisque Saint-Quentin compte une entreprise adaptée de 36 places (la seule du territoire), soit 0,6 place pour 1 000 personnes de 20 ans et plus, et deux établissements et services d'aide par le travail (Esat). Ces deux derniers établissements totalisent 230 places, soit 3,7 places pour 1 000 personnes de 20 ans et plus, contre 2,4 en France et 3,0 en Hauts-de-France. Sur les six EPCI limitrophes, il existe cinq Esat qui cumulent quelque 400 places, soit un indice de 3,1.

Services de travail protégé et de maintien à domicile pour adultes en situation de handicap



mars 2018

Source : Finess - Exploitation OR2S

Les **foyers de vie** (ou foyers occupationnels) accueillent des adultes en situation de handicap ayant une certaine autonomie pour leur proposer des animations et des activités en fonction de leur handicap. Certaines structures peuvent également proposer un hébergement. Les **foyers d'hébergement pour adultes handicapés** assurent l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées, physiques ou mentales selon les foyers, qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un Esat ou une entreprise adaptée. Les **foyers d'accueil polyvalent** sont un type de foyer d'hébergement ; ils proposent à la fois de l'hébergement, des activités occupationnelles et de la prise en charge médicalisée. Les **foyers d'accueil médicalisé** (Fam) accueillent et hébergent des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou d'un suivi médical régulier. Les **maisons d'accueil spécialisée** (Mas) proposent un hébergement permanent à tout adulte handicapé gravement dépendant dont les capacités de décision et d'action dans les actes de la vie quotidienne sont altérées. Les **services d'accompagnement à la vie sociale** (SAVS) ont pour mission de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes en situation de handicap par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Les **services d'accompagnement médico-social adultes handicapés** (Samsah) permettent à des personnes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire en proposant une aide pour les tâches et les actes essentiels de la vie quotidienne (ménage, entretien du linge, préparation des repas, courses, et éventuellement l'aide à la toilette qui sont assurés par des professionnels qualifiés tels que les auxiliaires de vie) et des activités sociales diverses pour sortir de leur isolement. Les **établissements et services d'aide par le travail** (Esat) permettent aux personnes en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle tout en bénéficiant d'un soutien médico-social et éducatif dans un milieu protégé. Cette structure accueille des personnes qui n'ont pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire ou dans une entreprise adaptée à leurs besoins. Les **entreprises adaptées** sont des entreprises du marché du travail à part entière dont la seule spécificité est d'employer majoritairement des travailleurs handicapés.

ÉTAT DE SANTÉ

Ce chapitre est principalement abordé à partir de deux sources de données, celle établie par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, à partir des certificats et bulletins de décès établis par les médecins lorsque ceux-ci sont amenés à constater un décès, et celle relative aux affections de longue durée (ALD) issues des trois principaux régimes de l'Assurance maladie (Cnam, CCMSA et CNRSI). Ces dernières données permettent d'approcher une certaine "morbidité" diagnostiquée puisque seuls les patients dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisés dans cette source. En outre, la notion de robustesse des indicateurs est capitale pour offrir un état des lieux valide. C'est la raison pour laquelle les données alimentant ce chapitre ont dû être agrégées sur plusieurs années (sept ans) pour garantir une stabilité statistique suffisante sur les plus petites unités géographiques, en l'occurrence les EPCI.

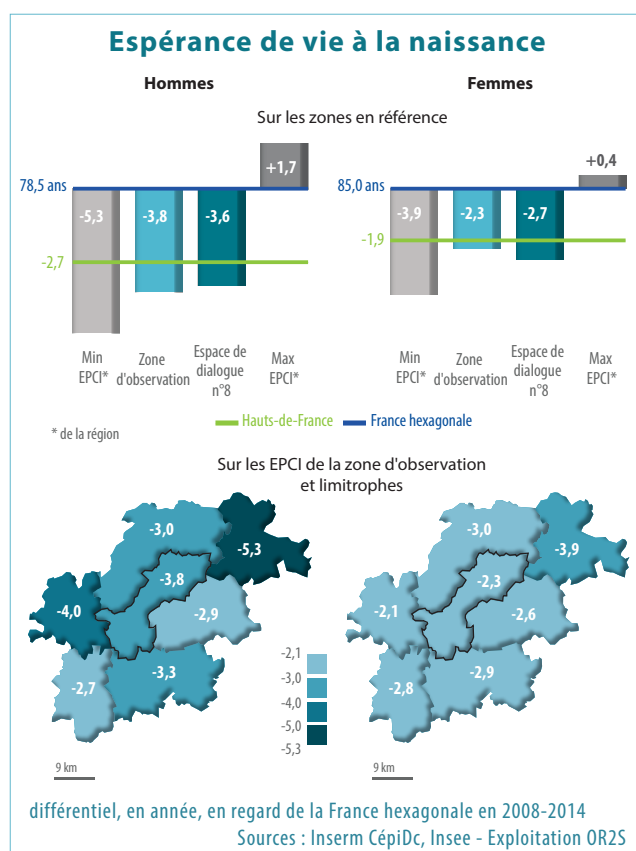
ESPÉRANCE DE VIE

Une espérance de vie inférieure à celles de la France et de la région...

Sur la période 2008-2014, l'espérance de vie à la naissance de la population de la CA du Saint-Quentinoise est de 82,8 ans pour les femmes et de 74,7 ans pour les hommes. Cette espérance de vie est inférieure aux valeurs régionales (respectivement 83,1 ans pour les femmes et 75,8 pour les hommes) et nationales (85,0 ans et 78,5 ans). Le différentiel d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est donc plus élevé dans la CA (8,1 ans) que celui relevé au niveau national (6,5 ans). Tandis que l'espérance de vie à la naissance des femmes de la zone d'observation est une des plus élevées localement, celle des hommes est relativement basse par rapport aux EPCI limitrophes. Ce constat se retrouve également pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes ; pour les hommes, si l'espérance de vie à la naissance était dans les plus basses, celle à 65 ans est, par contre, parmi les plus élevées. En outre, les espérances de vie observées aux âges plus élevés de la zone d'observation sont également situées en-dessous de celles équivalentes du niveau national (17,3 ans dans la CA versus 18,9 ans en France pour l'espérance de vie à 65 ans des hommes et respectivement 21,9 ans versus 23,1 ans pour les femmes).

...et qui progresse plus lentement que dans ces deux unités géographiques

Les espérances de vie à la naissance des femmes et des hommes dans la CA du Saint-Quentinoise sont, depuis de nombreuses années, inférieures à celles enregistrées au niveau national. Toutefois, l'écart n'a cessé de s'accroître, tant chez les femmes que chez les hommes. L'écart a plus que doublé chez les premières passant de moins d'un an (0,7 an) au début des années quatre-vingt à plus de deux ans désormais. Chez les hommes, le même constat peut être établi : d'un an et demi au début des années quatre-vingt, le différentiel est désormais proche des quatre ans. Ce constat d'une moindre amélioration de la zone d'observation en regard du niveau national peut également être porté au niveau régional. Ainsi, au début des années quatre-vingt, les espérances de vie à la naissance des femmes et des





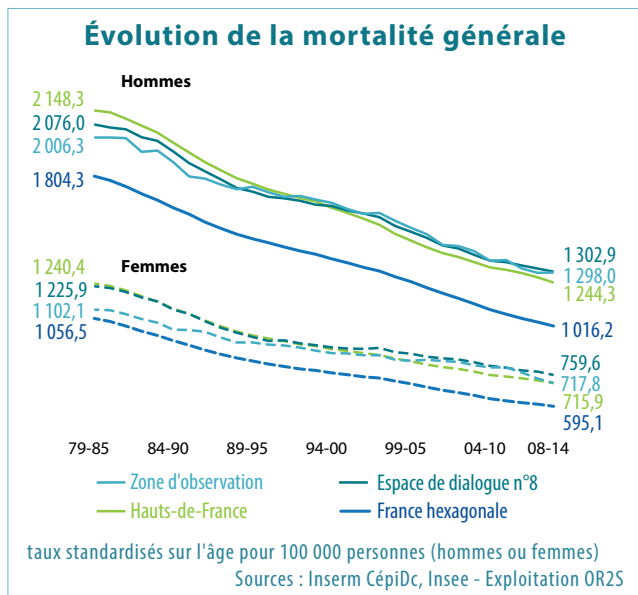
MORTALITÉ TOUTES CAUSES

Une importante surmortalité tous âges et genres confondus au regard de la France...

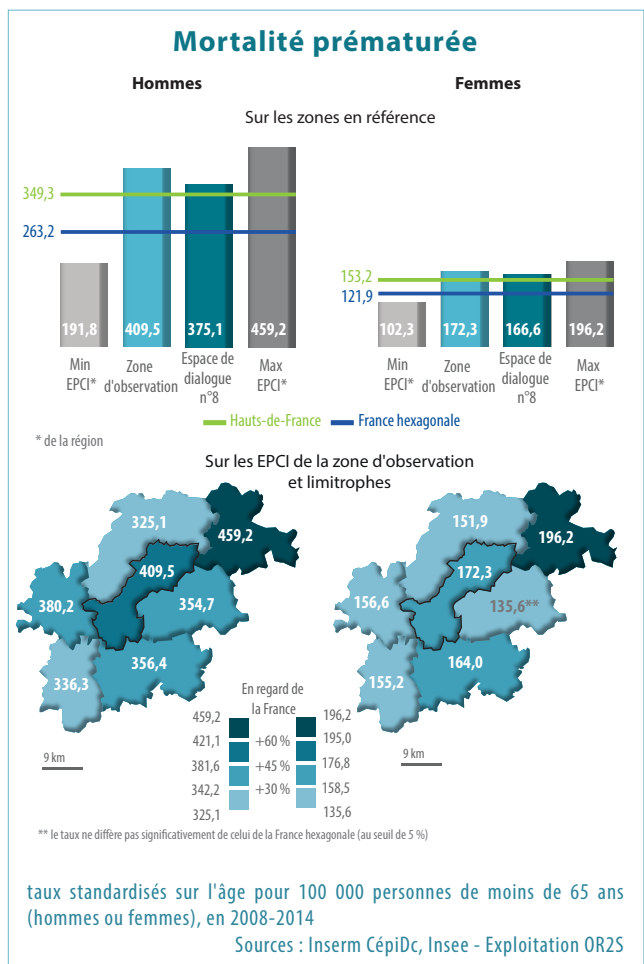
Sur la période 2008-2014, avec en moyenne annuelle 855 décès (418 féminins et 437 masculins), la CA du Saint-Quentinois connaît une surmortalité mesurée par son taux standardisé de 23,0 % par rapport au niveau national. En effet, celui-ci est sur la zone d'observation de 949,3 décès pour 100 000 habitants contre 771,3 en France hexagonale ; il est de 932,7 dans les Hauts-de-France. Bien que le taux soit élevé dans la CA, les taux des EPCI limitrophes et du territoire de dialogue sont encore supérieurs. Concernant les femmes, tous âges confondus, la CA du Saint-Quentinois présente une surmortalité d'un peu plus de 20 % par rapport à la France hexagonale. Pour les hommes, le constat est encore plus défavorable avec un écart de près de 28 %. Sur les EPCI limitrophes, tant chez les femmes que chez les hommes, le différentiel avec le niveau national est toujours élevé, variant selon le territoire et le genre entre +22 % et +43 %.

...avec des écarts qui se sont amplifiés au cours du temps

Comme permet de le visualiser la courbe ci-contre et en relation directe avec l'évolution de l'espérance de vie mentionnée sur la page précédente, le différentiel de mortalité avec la France s'est creusé avec le temps. En effet, alors



qu'au début des années quatre-vingt, la zone d'observation présentait une surmortalité par rapport à la France de moins de 7 %, ce différentiel de mortalité générale a été multiplié par 3, passant à +23 % sur la période 2008-2014 (de + 4 % à + 21 % chez les femmes et de + 11 % à + 28 % chez les hommes sur la même temporalité).



Une importante surmortalité prématurée

Sur la période 2008-2014, avec en moyenne annuelle 208 décès de personnes ayant moins de 65 ans (65 féminins et 143 masculins), la CA du Saint-Quentinois présente une surmortalité prématurée de près de 50 % en regard de la France hexagonale, un des taux les plus élevés localement, excepté la CC Thiérache Sambre et Oise avec un écart de plus de 70 %. Ce différentiel avec le niveau national est encore plus marqué chez les hommes : il est de l'ordre de +40 % pour les femmes de moins de 65 ans et de +55 % pour leurs homologues masculins.

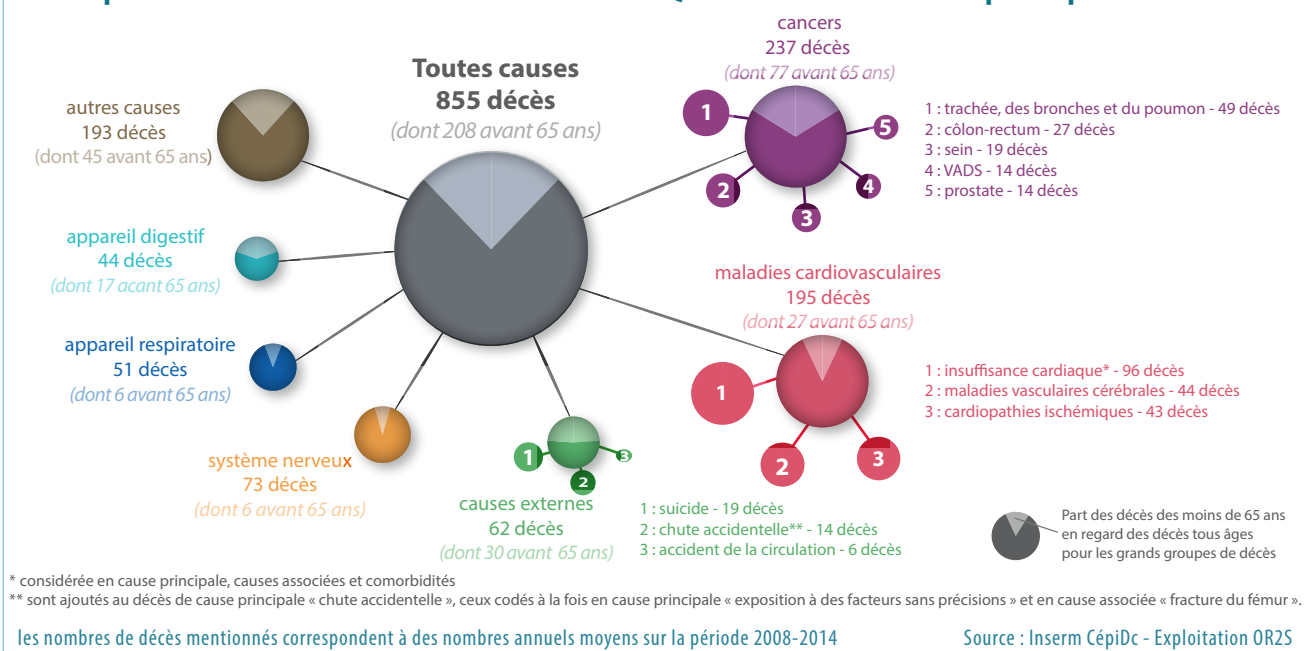
La surmortalité prématurée relevée entre la zone d'observation et la France, qui est de 17 % sur la période 1979-1985, est en constante augmentation et s'est creusée notamment depuis la période 2001-2007 (40 %), pour atteindre 50 % sur la dernière période.

Une **standardisation** suivant l'âge (méthode directe) a été effectuée pour construire les indicateurs présentés dans ce chapitre. La standardisation permet de prendre en compte le fait que la structure démographique des territoires analysés est différente et qu'elle a évolué au cours du temps (vieillesse de la population). En outre, cela rend possible les comparaisons entre territoires et entre périodes en neutralisant l'effet lié à l'« âge ». La population de référence utilisée est celle de la France hexagonale au RP 2006.

Des **tests de significativité** ont été calculés afin d'affirmer l'existence ou non d'une différence entre deux taux (sous-mortalité, surmortalité, diminution de la mortalité entre deux périodes...), le seuil de significativité retenu étant de 5 %. La significativité tient compte de la taille des populations, ce qui explique que certains territoires enregistrent un test non significatif vis-à-vis de la région ou de la France alors que leurs taux sont plus élevés que ceux d'autres territoires qui ont pourtant un test significatif (*idem* pour les évolutions).

RÉPARTITION DES CAUSES DE DÉCÈS

Répartition des décès dans la CA du Saint-Quentinois suivant les principales causes



Un cancer ou une maladie cardiovasculaire pour plus d'un décès sur deux

Tous âges et tous genres confondus, les maladies cardiovasculaires et les cancers restent les deux principales causes de décès depuis plus de trente ans. Toutefois, du fait d'une diminution plus soutenue du nombre de décès par maladies cardiovasculaires que par cancers (cf. pages 24 et 26), le poids de chacune de ces deux causes parmi l'ensemble des décès a évolué différemment au cours de la période d'étude. Ainsi, si au début des années quatre-vingt, les maladies cardiovasculaires constituaient la première cause de décès (représentant 37 % du total en 1979-1985, et ce aussi bien pour la zone d'observation -317 décès en moyenne par an-, qu'en région et qu'en France) suivis des cancers (avec près d'un quart des décès, soit 207 décès par an pour la CA du Saint-Quentinois), la tendance s'est depuis inversée sur les trois zones mentionnées.

En 2008-2014, les cancers représentent 28 % de l'ensemble des décès, et ce tant pour la zone d'observation (237 décès par an) que pour les niveaux régional et national. La part des décès par maladies cardiovasculaires est un peu plus faible dans la zone d'observation (23 %, soit 195 décès en moyenne annuelle) que celles relevées en Hauts-de-France (25 %) et en France hexagonale (26 %). Toutefois, ce classement prévaut chez les hommes puisque, chez les femmes, les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de décès en nombre, même si la différence entre ces deux causes tend à se réduire (101 décès féminins en moyenne annuelle par maladies cardiovasculaires *versus* 98 par cancers sur la dernière période).

En 2008-2014, le troisième grand groupe qui cause le plus de décès diffère suivant le niveau géographique, mais avec des écarts assez proches entre ces groupes. Ainsi, pour l'ensemble de la France, ce sont les causes externes qui arrivent en troisième position, la part des décès étant cependant identique pour les trois niveaux géographiques (7 %). Pour la région, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui sont en troisième position (avec également 7 % des décès, contre 6 % pour la France et la CA) et, pour la zone d'observation, ce sont les maladies du système nerveux (représentant 9 % de l'ensemble des décès contre 6 % pour les niveaux régional et national).

Selon les causes de décès, l'augmentation de la mortalité par âge est plus ou moins précoce. Les cancers engendrent davantage de décès chez les personnes plus jeunes alors que pour les maladies cardiovasculaires les décès sont un peu plus tardifs. Ainsi, ce sont environ trois décès sur dix par cancers qui surviennent avant 65 ans (28 % en France, 34 % en Hauts-de-France et 32 % dans la CA du Saint-Quentinois) contre, pour les maladies de l'appareil circulatoire, un peu moins d'un sur dix en France (9 %) et un sur sept dans la CA (14 % ; 12 % pour la région). Les cancers constituent la première cause de décès prématurés (provoquant environ deux décès sur cinq de personnes de moins de 65 ans) et les maladies cardiovasculaires se situent en troisième position (13 % des décès survenant avant 65 ans), devancées par les causes externes (avec une part de près de 15 %).

¹ Si le nombre de décès augmente au cours du temps du fait du vieillissement de la population, une diminution de la mortalité est constatée. En effet, les taux présentés dans ce document sont standardisés sur l'âge permettant de prendre en compte la structure démographique des populations pour effectuer les comparaisons temporelles, géographiques et par causes.

La codification des causes médicales a été modifiée à partir de 2000, la dixième révision de la Classification internationale des maladies (Cim 10) élaborée par l'Organisation mondiale de la santé remplaçant la neuvième révision (Cim 9) utilisée depuis 1979*. Ces modifications se caractérisent par une réorganisation des chapitres de la classification et par le changement du mode de codage. L'analyse des évolutions par cause de décès a nécessité un travail de correspondance entre la version actuelle et la précédente. Pour présenter l'état des lieux actuels, la codification en Cim 10 a été considérée et les analyses d'évolution reposent sur la Cim 9 et à partir de l'équivalence de la Cim 10 à partir de 2000. Ceci explique que pour la période 2008-2014, les chiffres peuvent varier légèrement selon qu'il s'agisse de l'état des lieux actuels ou des évolutions.

* la onzième révision pourrait être proposée sur les recueils de 2020.



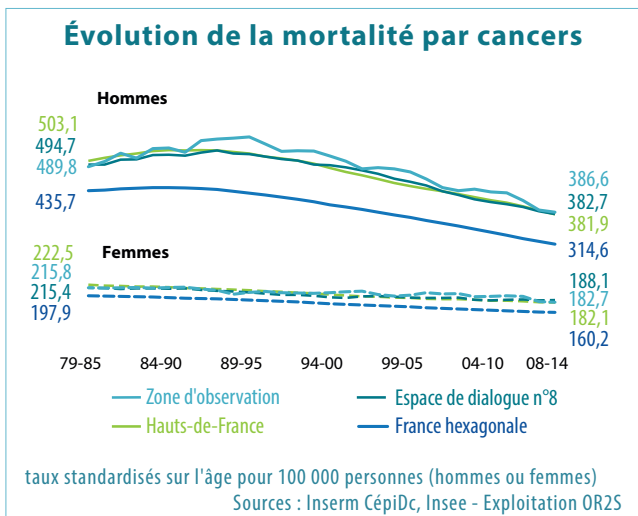
CANCERS

Une importante surmortalité due aux cancers par rapport à la France qui se creuse

Pour la période 2008-2014, en moyenne annuelle, 237 décès dus à des cancers (139 masculins et 98 féminins) ont été dénombrés dans la CA du Saint-Quentinois. Ceci place la zone d'observation dans une situation de surmortalité en regard de la France, à l'instar de ce qui est relevé sur l'ensemble de la région et sur l'espace de dialogue (différentiel de mortalité de l'ordre de +15 % / +20 %). Aussi, avec la même mortalité qu'en France, ce sont en moyenne annuelle 27 décès masculins et 11 décès féminins qui auraient été évités sur la CA du Saint-Quentinois.

Localement, la surmortalité par cancers est assez homogène. En effet, pour la zone d'observation et ses EPCI limitrophes, elle varie entre +14 % et +26 %. Pour ce qui a trait aux différences genrées, à l'image de ce qui est retrouvé dans les Hauts-de-France, la surmortalité par cancers est plus prononcée chez les hommes (près de +25 %) que chez les femmes (près de +15 %) dans la CA.

Comme le souligne le graphique ci-contre, depuis le début des années quatre-vingt, la zone d'observation enregistre des diminutions de la mortalité par cancers, chez les hommes et chez les femmes. Toutefois, ces baisses sont en-deçà de celles équivalentes aux niveaux régional et national. Ainsi, en une trentaine d'années, la diminution du taux standardisé sur la CA du Saint-Quentinois est de 15 % chez les femmes et de 21 % chez les hommes. Dans le même temps, cette diminution est respectivement de 19 % et de 28 % dans l'Hexagone et de 18 % et de 24 % dans l'ensemble des Hauts-de-France.



Une mortalité prématurée par cancers particulièrement marquée...

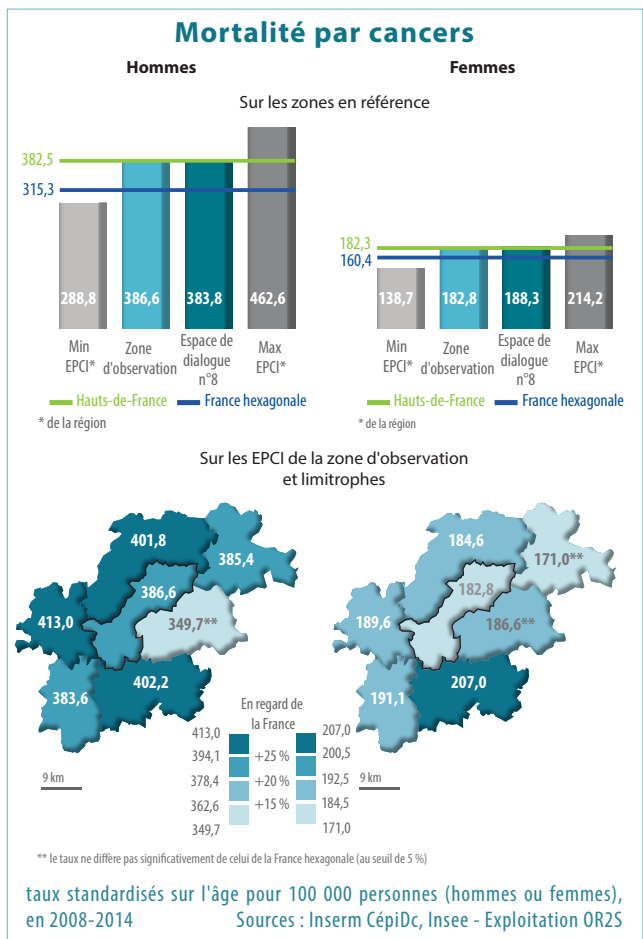
Dans la CA du Saint-Quentinois sur la période 2008-2014, près d'un tiers des décès par cancers concerne des personnes de moins de 65 ans (en moyenne annuelle, 48 hommes et 29 femmes) ; cette part est moindre en France (un peu moins de 30 %). Aussi, cela représente une surmortalité prématurée par rapport au niveau national supérieure à celle retrouvée tous âges. Elle est de +35 %, soit au-delà de la valeur régionale (près de 8 points d'écart) et se retrouve également comme l'une des plus élevées localement. Des disparités suivant le genre sont à mentionner. En effet, si le différentiel de mortalité relevé avec la France est plus conséquent chez les hommes que chez les femmes dans la CA et en région, la surmortalité prématurée par cancers des femmes est plus marquée dans la zone d'observation que dans les Hauts-de-France (+32 % versus +16 %) ; pour les hommes, le différentiel est de près de +40 % dans les deux cas.

Concernant les évolutions, comme pour la mortalité par cancers tous âges, la baisse relevée sur la CA est moins marquée qu'en France et qu'en région. Ainsi, en une trentaine d'années, la baisse du taux standardisé sur la CA du Saint-Quentinois est de 10 % chez les femmes et de 26 % chez les hommes. Dans le même temps, cette diminution est respectivement de 20 % et de 37 % dans l'Hexagone et de 17 % et de 32 % dans les Hauts-de-France.

...avec toutefois des écarts en regard du niveau national moins conséquents pour les ALD

À l'instar de ce qui est observé pour la mortalité, tant chez les hommes que chez les femmes, la CA du Saint-Quentinois présente des taux d'admission en ALD pour cancers en 2008-2014 plus élevés que ceux du niveau national. Par contre, les différentiels avec les taux de la France sont moins marqués : +10 % pour les hommes et un peu plus de +5 % pour les femmes tous âges ; pour les hommes de moins de 65 ans, le différentiel entre le taux de la CA et celui de la France est un peu plus important (+17 %), même s'il demeure moins conséquent que ce qui est observé pour la mortalité. Les ALD sont uniquement le reflet d'une certaine forme de morbidité diagnostiquée¹.

¹ certaines personnes peuvent avoir un cancer mais ne pas être diagnostiquées ou être diagnostiquées mais ne pas avoir eu une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD.



Comme l'illustrent les deux graphiques de cette page, les cancers les plus courants diffèrent suivant le genre. De plus, l'ordonnement des taux de mortalité et ceux d'admission en ALD par localisation cancéreuse varie, notamment chez les hommes, du fait de la variabilité du pronostic de survie de chaque type de cancer.

Une forte mortalité masculine par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, qui est encore plus marquée dans la CA

Chez les hommes, le cancer de la prostate est celui qui provoque le plus d'admission en ALD (63 en moyenne annuelle en 2008-2014 pour la CA, sur les 226 admissions en ALD pour cancers relevés chez les hommes). Pour la mortalité masculine, du fait d'un mauvais pronostic vital, la localisation qui arrive en première position est le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (38 décès en moyenne annuelle en 2008-2014 et 30 admissions). Ce cancer provoque près de trois fois plus de décès que les trois autres localisations les plus mortelles chez les hommes, à savoir le cancer de la prostate, celui du côlon-rectum et celui des VADS (avec chacun un peu moins de 15 décès en moyenne annuelle pour la CA du Saint-Quentinois ; ce sont un peu plus de 25 admissions qui sont relevées par an pour le cancer du côlon-rectum et *idem* pour celui des VADS).

Les effectifs rendent les taux de la zone d'observation plus instables, ce qui ne permet pas toujours de mettre en avant des différences significatives avec le niveau national. Toutefois, la CA du Saint-Quentinois présente, tant pour la mortalité que pour les admissions en ALD, des taux standardisés plus élevés que ceux de la France hexagonale pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et pour celui des VADS.

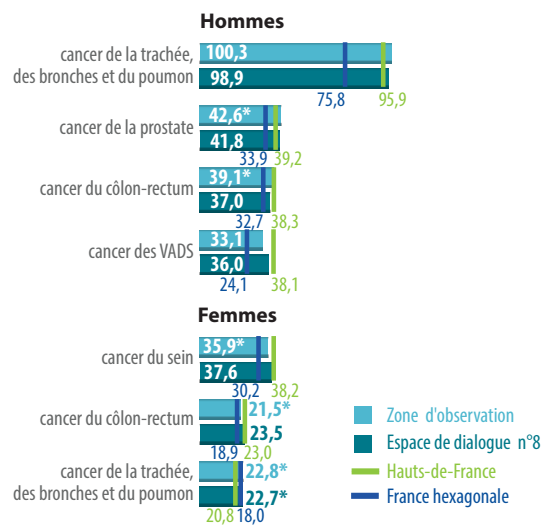
Sur l'ensemble de l'espace de dialogue, les taux de mortalité des quatre localisations cancéreuses ici mentionnées sont significativement plus importants que ceux relevés en France, avec des différentiels plus marqués pour le cancer des VADS (+50 %) et pour celui de la trachée, des bronches et du poumon (de l'ordre de +30 %). Pour les admissions en ALD, seules les taux de ces deux localisations diffèrent entre les deux entités géographiques (différentiels respectivement de +35 % et de +16 %).

Une surmortalité féminine par cancer du sein et un taux d'admission en ALD plus élevé qu'en France

Chez les femmes, que ce soit pour la mortalité ou pour les admissions en ALD, le cancer du sein est le plus fréquent. Ainsi, en moyenne annuelle sur la période 2008-2014, ce sont 19 femmes domiciliées dans la CA du Saint-Quentinois qui sont décédées par cancer du sein et 90 qui ont été admises en ALD (sur les 213 admissions en ALD pour cancers chez les femmes). Arrivent ensuite le cancer du côlon-rectum avec 13 décès et 23 admissions en ALD par an sur la période 2008-2014, puis le cancer de la trachée, des bronches et du poumon avec 11 décès et 10 admissions en ALD.

En regard du niveau national, la CA du Saint-Quentinois présente une surmortalité par cancer du sein (de près de 20 %). Ceci est corroboré par un taux d'admission en ALD plus élevé dans la communauté d'agglomération qu'en France (+12 %). Il est à noter que si la surmortalité en regard de la France est encore plus marquée sur l'ensemble de l'espace de dialogue (25 %), le taux d'admission en ALD est semblable.

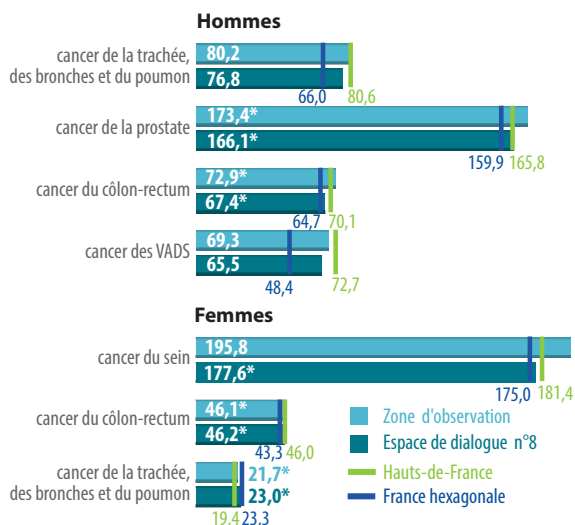
Mortalité par cancers selon la localisation



* le taux ne diffère pas significativement de celui de la France hexagonale (au seuil de 5 %)

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes), en 2008-2014 Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR2S

Admissions en ALD pour cancers selon la localisation



* le taux ne diffère pas significativement de celui de la France hexagonale (au seuil de 5 %)

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes), en 2008-2014 Sources : CCMSA, CNRSI, Cnamts, Insee - Exploitation OR2S

Les affections de longue durée ont été abordées en termes de flux, c'est-à-dire d'admission annuelle en ALD. Ces données ne reflètent pas la morbidité réelle, mais rendent compte d'une certaine forme de morbidité diagnostiquée. En effet, seules les personnes diagnostiquées 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 ne signifiant pas forcément que la situation en regard de la pathologie abordée soit plus favorable sur ces territoires.

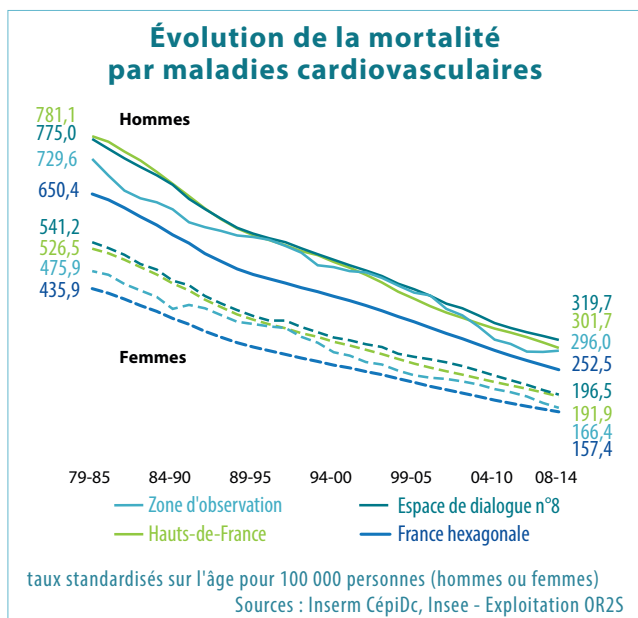


MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Une mortalité par maladies de l'appareil circulatoire modérée au regard des EPCI limitrophes...

En 2008-2014, la CA du Saint-Quentinois présente une surmortalité par maladies cardiovasculaires au regard de la France. Cependant, avec en moyenne 195 décès par an, cette surmortalité de 10 %, la moins importante localement est bien inférieure à celle de la région (+20 %). Que ce soit pour les femmes ou pour les hommes, la zone d'observation présente les différentiels au regard de la France les plus bas comparés aux EPCI limitrophes. Toutefois, si la mortalité par maladies cardiovasculaires chez les femmes ne diffère pas significativement de la France (+5 %), avec en moyenne 101 décès par an, les hommes présentent une surmortalité de 17 % avec 94 décès en moyenne annuelle.

Entre 1979-1985 et 2008-2014, la mortalité par maladies cardiovasculaires, tous genres et âges confondus, a été divisée par 2,5 aussi bien dans la CA du Saint-Quentinois qu'en France. Cette baisse de mortalité a été relativement constante et le différentiel de mortalité entre la France et la zone d'observation tend à se réduire notamment depuis 2002-2008. Pour les femmes, cette baisse a suivi celle de la France et la mortalité a toujours été inférieure à celle de la région. Pour les hommes, si la baisse a été relativement constante, le taux de mortalité a cependant par moment été supérieur à celui de la région.



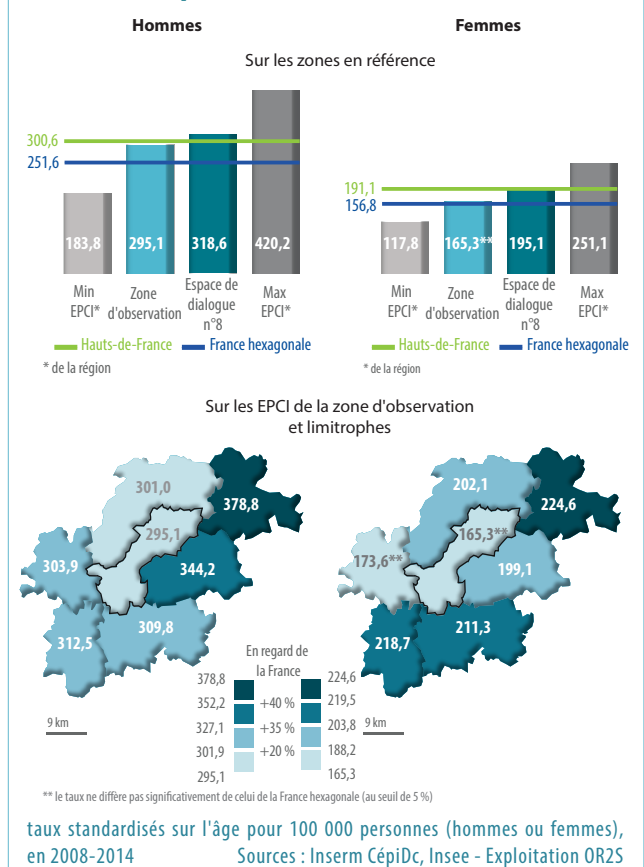
...mais une forte surmortalité prématurée, tant chez les hommes que chez les femmes

Dans la CA du Saint-Quentinois, avec en moyenne 27 décès par an, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de 13 % des décès survenus avant 65 ans tous genres confondus pour la période 2008-2014, soit 37,1 décès pour 100 000 habitants. Ainsi, la zone d'observation enregistre une importante surmortalité en regard de la France hexagonale (d'environ 55 %) et présente un taux bien supérieur à celui de la région (surmortalité de près de 40 % en regard de la France) et de celui de l'espace de dialogue (surmortalité d'un peu plus de 45 %). Cette surmortalité prématurée est aussi bien observée chez les femmes que chez les hommes, avec un différentiel en regard de la France quasiment identique pour chacun des genres. Parmi les EPCI limitrophes, la CC Thiérache Sambre et Oise présente une surmortalité prématurée plus élevée encore : 115 % par rapport à la France tous genres confondus.

Si globalement le taux d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires au sein du territoire est lui aussi semblable à celui de la France hexagonale, le taux d'admission enregistré avant 65 ans est bien supérieur au taux national et corrobore cette surmortalité prématurée. Un tiers des admissions, soit 185 sur 510, a lieu avant 65 ans, soit un taux supérieur d'un peu plus de 15 % à celui de la France, tandis que les taux d'admission après 65 ans sont semblables aux taux nationaux, voire inférieurs en ce qui concerne les insuffisances cardiaques après 75 ans (-8 %). Ce constat se retrouve particulièrement chez les hommes, où 46 % des admissions ont lieu avant 65 ans, contre 40 % au niveau national.

La mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires dans la zone d'observation est globalement en baisse. Toutefois, cette baisse est moins rapide qu'en France depuis 1979-1985, ainsi qu'en Hauts-de-France depuis 1998-2004 pour l'ensemble des genres et pour les femmes. Pour les hommes, ce ralentissement de la baisse de mortalité chez les moins de 65 ans est visible depuis 1989-1995.

Mortalité par maladies cardiovasculaires



Davantage d'admission en ALD pour insuffisance cardiaque chez les moins de 65 ans

Tant chez les hommes que chez les femmes, l'insuffisance cardiaque est la première cause de mortalité par maladies cardiovasculaires¹. Tous genres et âges confondus, avec 96 décès en moyenne annuel en 2008-2014, la CA du Saint-Quentinois présente une surmortalité par rapport à la France (de l'ordre de 10 %). Cependant, tous les EPCI qui lui sont limitrophes ont un taux plus élevé (différentiel avec la France au minimum de +25 %) et il est également plus important en région (différentiel d'un peu plus de +20 %). Concernant les ALD pour insuffisance cardiaque, ce sont près de 200 personnes de la CA qui entre dans le dispositif en moyenne par an en 2008-2014. Si le taux tous âges relevé dans la zone d'observation ne diffère pas de celui de la France, il est par contre plus élevé chez les seuls moins de 65 ans (une cinquantaine d'admissions, soit un différentiel en regard de la France de +22 %). La différence est tout particulièrement marquée pour les hommes de moins de 65 ans (différentiel de près de 30 %).

Une situation préoccupante chez les femmes de moins de 65 ans en ce qui concerne les accidents vasculaires cérébraux

En 2008-2014, les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales ont provoqué quasiment le même nombre de décès dans la CA du Saint-Quentinois : respectivement 43 et 44 en moyenne annuelle. En France, en région et sur l'espace de dialogue, ce sont les cardiopathies ischémiques qui ont provoqué un peu plus de décès (de l'ordre de 25 % des maladies cardiovasculaires contre 22 % pour les maladies vasculaires cérébrales).

Le taux de mortalité par cardiopathies ischémiques relevé dans la CA est proche de celui de la France. Il en est de même pour les CC du Pays du Vermandois et de l'Est de la Somme. Par contre, les quatre EPCI situés au sud et à l'est de la CA présentent une surmortalité en regard de la France. Un constat identique est porté pour les admissions en ALD pour cardiopathies ischémiques (146 en moyenne annuelle), à savoir un taux pour la CA proche de celui de la France. Chez les seuls moins de 65 ans, le taux d'admission est par contre plus élevé que celui de la France (de l'ordre de +10 %). Concernant les accidents vasculaires cérébraux, une surmortalité masculine est relevée dans la CA du Saint-Quentinois. De plus, chez les seules femmes de moins de 65 ans, tant pour la mortalité que pour les ALD, du fait de différentiels particulièrement marqués, les taux relevés sur la zone d'observation se démarquent significativement de ceux de la France. Pour les deux sources de données, ils sont supérieurs dans la CA du Saint-Quentinois.

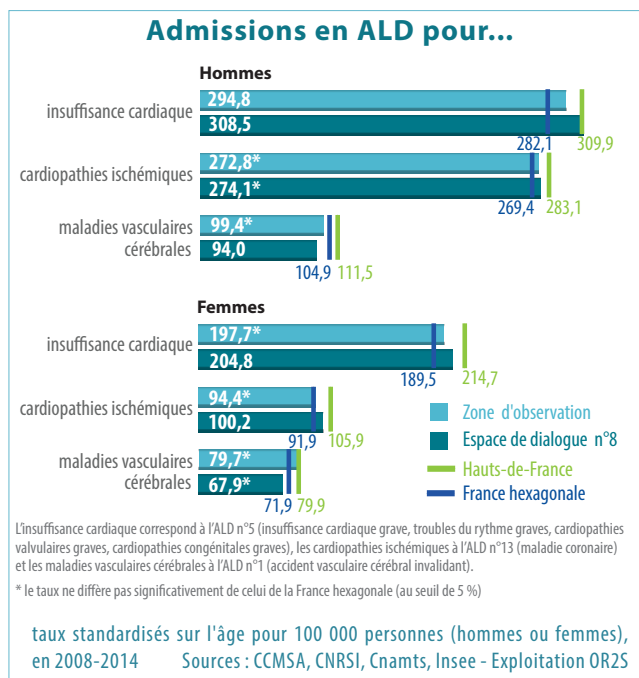
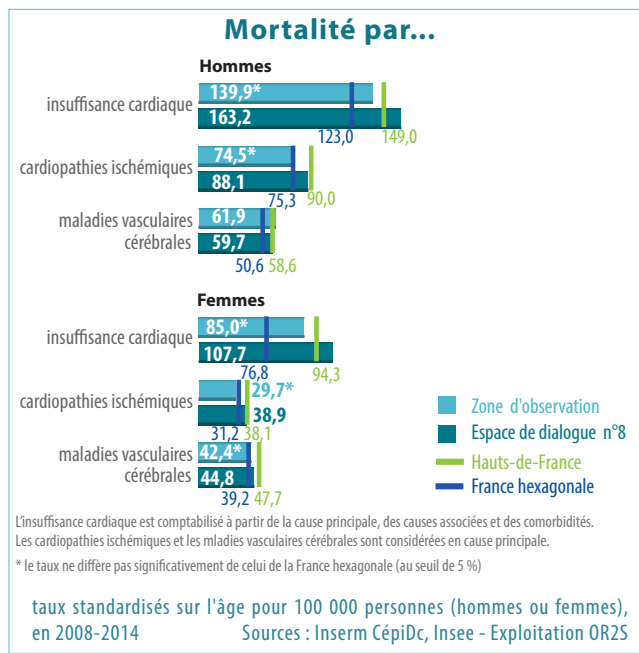
¹ Cette cause de décès n'est pas uniquement considérée en cause principale (cf. texte ci-dessous pour plus de précision).

Les **maladies cardiovasculaires** (ou maladies de l'appareil circulatoire) englobent une multitude de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Certaines de ces pathologies font l'objet d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, à savoir :

- ALD n°5 : insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (mentionnée « insuffisance cardiaque » dans ce document) ;
- ALD n°13 : maladie coronaire (mentionnée « cardiopathies ischémiques ») ;
- ALD n°1 : accident vasculaire cérébral invalidant (mentionnée « maladies vasculaires cérébrales » ou « accidents vasculaires cérébraux »).

Les admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires mentionnées dans ce document regroupent ces trois ALD et non pas toutes les pathologies constituant les maladies de l'appareil circulatoire.

Concernant la mortalité, l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales sont considérées en cause principale de décès. Par contre, pour les insuffisances cardiaques, sont prises en compte la cause principale, les causes associées et les comorbidités.



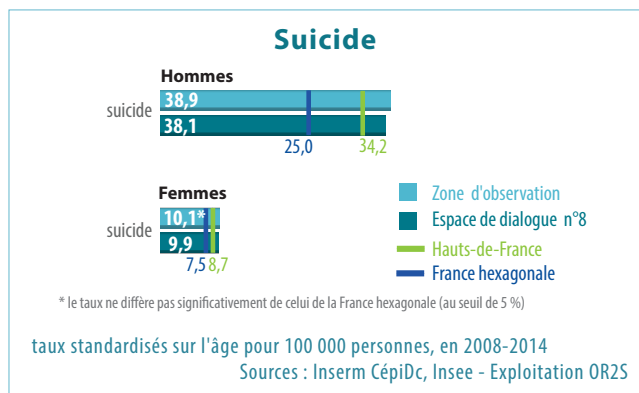


SUICIDE

Une surmortalité par suicide, chez les hommes...

Sur la période 2008-2014, la CA du Saint-Quentinoise compte en moyenne annuelle 20 décès par suicide (5 femmes et 15 hommes), soit une surmortalité par suicide en regard du niveau national de l'ordre de 50 %. Elle est particulièrement élevée chez les hommes avec une surmortalité de 55 % ; chez les femmes, les effectifs sur la période d'analyse ne permettent pas de faire ressortir une différence significative. Depuis le début des années quatre-vingt, la mortalité par suicide a globalement baissé dans la CA du Saint-Quentinoise au même rythme qu'en France, soit une diminution de l'ordre de 30 %. Cependant, ce constat global masque que, depuis la deuxième partie des années quatre-vingt-dix, la mortalité par suicide dans la zone d'observation est restée stable alors qu'elle baissait parallèlement en France, ce qui a creusé le différentiel par rapport au niveau hexagonal.

Le nombre des décès par suicide doit être considéré comme une estimation minimale du nombre de suicides. En effet, pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs¹ peuvent ne pas être en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Par ailleurs, en cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical sur lequel doit figurer la cause de décès n'est alors pas rempli, les décès concernés étant considérés en cause inconnue.



ACCIDENTS

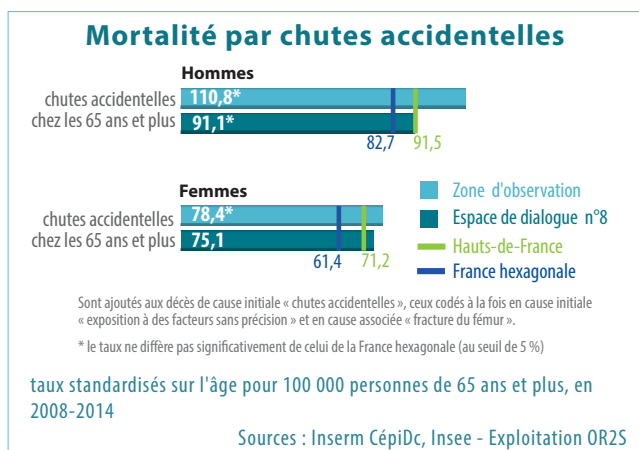
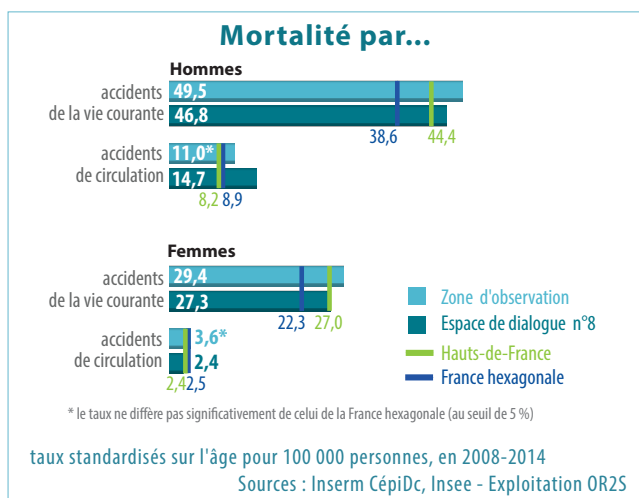
...comme pour les chutes accidentelles et les accidents de la vie courante

Sur la période 2008-2014, 32 décès par accidents de la vie courante (15 hommes et 17 femmes) et 6 décès par accident de la circulation (4 hommes et 2 femmes) de personnes domiciliées dans la CA du Saint-Quentinoise sont dénombrés en moyenne annuelle. Une surmortalité en regard de la France est relevée pour les accidents de la vie courante (de l'ordre de 30 % pour chacun des deux genres). Pour les accidents de la circulation, les effectifs rendent les taux de la CA plus instables et ne permettent donc pas de mettre en avant de différence significative. Toutefois, les taux observés sur la zone d'observation et dans les EPCI qui lui sont limitrophes sont au-dessus de la France, le taux relevé sur l'ensemble des sept EPCI constituant cette zone est significativement plus important que celui de la France (+45 %) ; il en est de même du taux de mortalité par accidents de circulation de l'espace de dialogue n°8 (+65 %). Cela est d'autant à souligner alors que le contexte régional est plutôt favorable avec une sous-mortalité en regard de la France de près de 10 %.

Pour la mortalité par chutes accidentelles, toujours en 2008-2014, ce sont 14 décès de personnes domiciliées dans la CA du Saint-Quentinoise qui sont relevés en moyenne annuelle, représentant une surmortalité en regard du niveau national de 25 %. La très grande majorité de ces décès concerne des personnes âgées de 65 ans et plus : 8 femmes et 5 hommes² en moyenne annuelle. Comme l'illustre le graphique ci-contre, si les effectifs ne permettent pas de mettre en avant de différence par genre au niveau de la CA, une surmortalité est par contre retrouvée sur l'espace de dialogue chez les femmes. Pour l'ensemble des Hauts-de-France, une surmortalité en regard de la France hexagonale est constatée pour les deux genres, surmortalité qui de plus apparaît en légère augmentation ces dernières années.

¹ Le médecin ayant constaté la mort doit remplir un certificat médical de décès.

² Chez les moins de 65 ans, ce sont 3 femmes et 8 hommes qui sont décédés sur l'ensemble de la période de sept années.



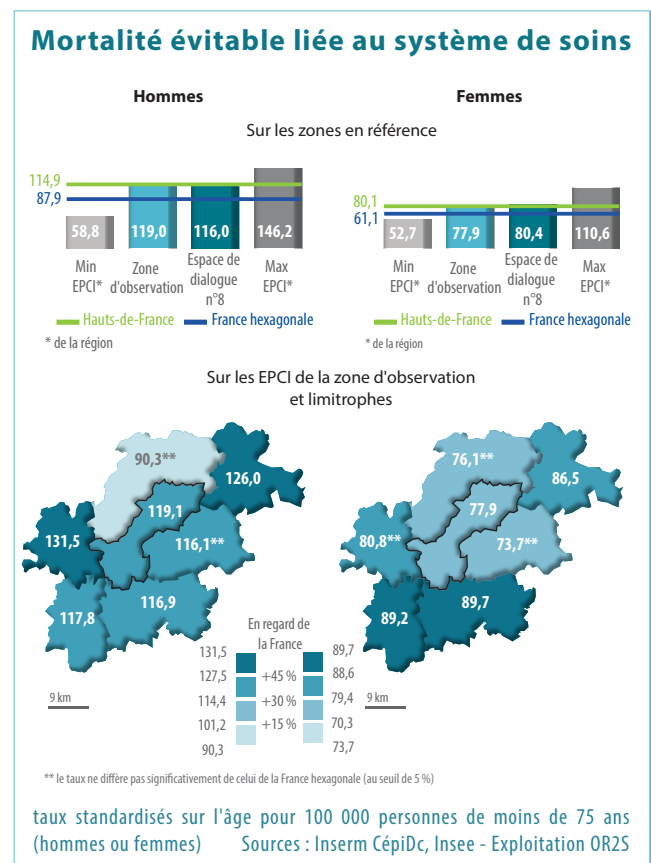
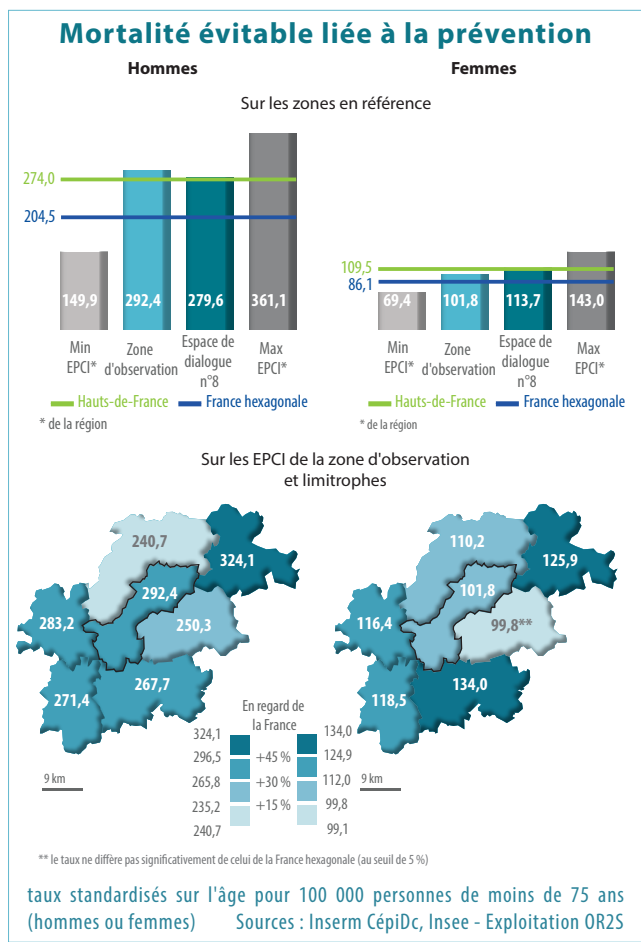
MORTALITÉ ÉVITABLE

Quel que soit le type d'appartenance et le genre, une mortalité évitable élevée...

En 2008-2014 au sein de la zone d'observation, le nombre annuel moyen de décès qui auraient pu être évités chez des personnes de moins de 75 ans par une action liée à la prévention est de 150 (107 masculins et 43 féminins). Le taux standardisé de mortalité évitable qui en découle est de 190,7 décès pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, soit une surmortalité de la CA du Saint-Quentinois par rapport à la France de près de 35 %. Elle est du même ordre que celle relevée sur l'ensemble de la région. Ce taux élevé en regard du niveau national est retrouvé également sur l'ensemble des EPCI limitrophes avec des valeurs qui fluctuent entre 173,3 pour 100 000 habitants de moins de 75 ans et 222,1 (pour la CC Thiérache Sambre et Oise). La déclinaison par genre au sein de ce groupe d'âge permet de retrouver la même tendance comme le souligne les illustrations ci-dessous avec une surmortalité masculine en regard de la France de 35 % et une surmortalité féminine de près de 30 %.

...avec toutefois un écart plus marqué chez les hommes que chez les femmes

Pour la période 2008-2014 au sein de la CA du Saint-Quentinois, le nombre annuel moyen de décès qui auraient pu être évités chez des personnes de moins de 75 ans par une action liée au système de soins est moitié moindre que celui dont la cause est liée à des actions préventives : 77 dont 44 masculins et 33 féminins. Comme le montre ces effectifs mentionnés et les illustrations ci-dessous, le différentiel entre les deux types de mortalité évitable est très marqué chez les hommes. Globalement, le taux standardisé de mortalité évitable liée au système de soins est divisé par 2 : 96,8 pour 100 000 habitants de moins de 75 ans. Pour autant, le différentiel entre la zone d'observation et le niveau national est de même grandeur que pour la prévention : un peu plus de 30 %, d'écart se déclinant par genre de façon similaire (+28 % chez les femmes de moins de 75 ans et +35 % chez leurs homologues masculins).



Certaines causes de mortalité chez des personnes de moins de 75 ans peuvent être considérées comme "évitables". C'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant cet âge. La liste a été établie par le Haut Conseil de la santé publique, parallèlement à des travaux au sein de l'Europe, en classant les décès "évitables" en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe recense les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action de prévention relative aux comportements à risques (consommation d'alcool, de tabac, conduite dangereuse...) Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (cadre curatif, actions de dépistage...) À noter que certaines causes peuvent appartenir aux deux groupes ce qui fait que les décès mentionnés ci-dessous ne peuvent être cumulés pour présenter une mortalité évitable "globale".



S P É C I F I C I T É S

En une quarantaine d'années, le nombre d'habitants de la communauté d'agglomération (CA) du Saint-Quentinois, s'est réduit de près de 10 % alors, que dans le même temps, les populations régionale et nationale ont augmenté. Cela s'inscrit plus généralement dans un environnement local qui voit sa population baisser. De plus, la répartition par grands groupes d'âge se trouve profondément modifiée

au cours de cette période. Ainsi, le nombre de seniors a plus que doublé alors que les jeunes sont de moins en moins nombreux, les moins de 25 ans ayant diminué ainsi d'un tiers entre 1975 et 2014.

Ces évolutions démographiques engendrent un fort indice de vieillissement qui, bien qu'inférieur à l'indice national, a plus que doublé depuis 1975. De même, il existe un important rapport de dépendance au sein de la population de la communauté d'agglomération.

Du côté des naissances, l'indice conjoncturel de fécondité demeure relativement important bien qu'il vienne de repasser sous le seuil de remplacement des générations, avec un taux de fécondité chez les jeunes femmes qui, malgré une baisse, demeure élevé.

Le territoire cumule les fragilités sociales. Le taux de chômage est plus important qu'aux niveaux national et régional, concernant plus d'un actif sur cinq ; il est en constante

augmentation et touche particulièrement les jeunes : plus de 45 % chez les 15-24 ans de la communauté d'agglomération sont concernés. Allant dans le même sens, le taux d'inactifs des 25-54 ans est sensiblement supérieur à ceux observés dans la région et en France hexagonale. Le niveau de diplôme de la population est globalement plus faible localement qu'en France. Ainsi, plus d'un jeune de 25-34 ans non scolarisé sur cinq est peu ou pas diplômé, soit 50 % de plus qu'à l'échelon national. Au niveau de la structure socioprofessionnelle, dans une CA à caractère industriel, le tissu d'actifs repose sur une forte présence ouvrière ; il est plus lâche en cadres et professions intellectuelles supérieures. Autre indicateur qui sou-

ligne les difficultés de la population : le revenu annuel moyen par foyer fiscal. Avec près des deux tiers de foyers fiscaux non imposés, celui-ci est inférieur aux revenus annuels moyens national et régional. Le taux d'allocataires est important en regard du niveau national sur la CA, notamment pour le revenu de solidarité active (RSA), que celui-ci

UNE RÉPARTITION PAR GROUPES D'ÂGE QUI ÉVOLUE DANS UN CONTEXTE DE DIMINUTION DE POPULATION

concerne l'ensemble des ménages ou les seules familles monoparentales ; il est ainsi le

plus élevé localement, le double de la valeur nationale. Autre allocation qui permet de mesurer la situation sociale de la communauté d'agglomération : l'allocation aux adultes handicapés. Comme pour le RSA, celle-ci est, sur la CA, la plus élevée localement et correspond au double de la valeur nationale. Tous ces indicateurs traduisent donc un contexte social plutôt défavorable au regard des valeurs régionales et surtout nationales.

Du fait de la ville de Saint-Quentin, la densité de professionnels de santé présents sur la communauté d'agglomération est relativement bonne. Toutefois, nombre de ces professionnels se doivent de compenser la pénurie des EPCI limitrophes. Ainsi, pour les médecins généralistes libéraux, la densité est diminuée d'un quart lorsque sont englobés ou non les EPCI limitrophes, faisant passer d'une situation favorable

UNE IMPORTANTE FRAGILITÉ SOCIALE

en regard des niveaux régional et national à des conditions moins

propices quant à l'accès à ce professionnel. De plus, tant sur la seule CA que sur l'ensemble du territoire comprenant les EPCI limitrophes, la part des médecins généralistes âgés de 55 ans et plus est élevée : deux sur trois contre un sur deux en région ou en France. Le déficit est également important pour les spécialistes de premier recours que sont les gynécologues-obstétriciens, les ophtalmologues ou encore les psychiatres pour le territoire de dialogue auquel appartient la CA même si ces professionnels sont nombreux sur la seule CA. Toutefois, le déficit en professionnels de santé est encore plus important en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes. Si pour les premiers, cela ressort

comme une constante régionale en regard du niveau national, cela est plus atypique pour les seconds. En termes d'effectifs, ce n'est pas négligeable : 120 massagers-kinésithérapeutes manquent sur le territoire composé de la CA et des six EPCI limitrophes (particulièrement sur ces derniers) et 50 chirurgiens-dentistes. Par contre, l'offre en infirmier(ère)s apparaît comme plutôt satisfaisante, tant sur la seule communauté d'agglomération que sur le territoire comprenant également les EPCI limitrophes. Pour les deux zonages, la densité est en effet supérieure à la moyenne nationale. De même, la densité en pharmaciens situés sur le territoire est à un niveau au-dessus de la moyenne nationale. Concernant l'hébergement des personnes âgées dépendantes, tant dans la seule CA que pour le territoire comprenant également les EPCI limitrophes, la réponse locale est assez voisine de celle observée au niveau national aussi bien par le nombre de places offertes que par la diversité du type d'accueil. Dans les Ehpad, les places pour personnes présentant une maladie d'Alzheimer sont nombreuses, au-dessus de la moyenne nationale ce qui se traduit par une surmortalité sur le territoire, tant de la CA que de l'ensemble des EPCI limitrophes. L'offre pour les enfants et adolescents en situation de handicap n'est pas si mauvaise que cela, tout du moins en regard des moyennes nationale et régionale avec une certaine diversité en termes de type d'établissements et d'accompagnement de cette population. L'accueil en établissement pour les adultes est lui aussi diversifié et se situe également au niveau de la moyenne nationale, tout au moins pour ce qui concerne la zone comprenant la CA et les six EPCI limitrophes, certains établissements ne se trouvant toutefois pas dans la CA. Mais, celle-ci présente un taux d'équipement au travail de ces adultes important.

La situation en termes de santé est loin d'être satisfaisante, tant dans la seule communauté d'agglomération du Saint-Quentinois que dans les EPCI limitrophes. Un indicateur permet d'objectiver ce constat. Il s'agit de l'espérance de vie, notamment à la naissance. En termes

UNE OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES CONTRASTÉE

UN ÉTAT DE SANTÉ POUR LE MOINS PRÉOCCUPANT

de différentiel avec le niveau national, celle des hommes domiciliés dans la CA est de 3,8 ans inférieure à celle de l'ensemble des Français. L'écart est également conséquent chez les femmes (2,3 ans). Hormis la CC de l'Est de la Somme chez ces dernières, c'est pourtant dans la CA que l'écart avec le niveau national est le plus faible en regardant parallèlement les EPCI limitrophes. Cela résulte naturellement d'une forte mortalité. Elle est importante tous âges et genres confondus mais elle l'est encore plus pour la mortalité dite prématurée (qui survient chez les moins de 65 ans). Ainsi, la surmortalité dans ce groupe de population est de l'ordre de 50 % en regard du niveau national, tant chez les hommes que chez les femmes, l'écart se creusant régulièrement ces dernières années. Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire représentent un peu plus de la moitié des décès du territoire, le cancer devançant désormais les maladies cardiovasculaires chez les hommes comme chez les femmes en termes de taux standardisés. Comme pour la mortalité toutes causes, le différentiel pour la mortalité prématurée est plus important avec le niveau national que tous âges : de l'ordre de +40 % pour les cancers, au-delà de +50 % pour les maladies cardiovasculaires, quel que soit le genre. Pour de nombreuses localisations, le taux se révèle très différencié de la moyenne nationale pour ce qui a trait aux cancers mais il faut mettre en exergue les fortes surmortalités par cancers de la trachée des bronches et du poumon chez les hommes et du sein chez les femmes. Au niveau des causes externes, il faut également signaler la surmortalité masculine pour les suicides et les accidents de la vie courante. Enfin, compte tenu de ce qui vient d'être mentionné, la mortalité évitable est importante tant sur la communauté d'agglomération qu'en élargissant aux EPCI limitrophes. Cette mortalité pourrait être évitée, notamment par une meilleure acceptation de la population des actions de prévention.

Vaste enjeu pour la diversité des acteurs impliqués dans les domaines sanitaire et social sur le territoire composé de la CA... et des six EPCI !





GLOSSAIRE

AAH : Allocation aux adultes handicapés
Adeli : Automatisation des listes
ALD : Affection de longue durée
Asip - Santé : Agence des systèmes d'information partagés de santé
Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Bac : Baccalauréat
BEPC : Brevet d'études du premier cycle
CA : Communauté d'agglomération
CAFS : Centre d'accueil familial spécialisé
Camsp : Centre d'action médico-sociale précoce
CC : Communauté de communes
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
CH : Centre hospitalier
Cim : Classification internationale des maladies
Clic : Centre local d'information et de coordination
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
Cnaf : Caisse nationale d'allocations familiales
Cnam : Caisse nationale de l'assurance maladie
CNRSI : Caisse nationale du régime social des indépendants
DGFIP : Direction générale des Finances publiques
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI : Établissement public de coopération intercommunale
Esat : Établissement et service d'aide par le travail
Fam : Foyer d'accueil médicalisé
Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
GHT : Groupement hospitalier de territoire
ICF : Indice conjoncturel de fécondité
IME : Institut médico-éducatif
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
Itep : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
Mas : Maison d'accueil spécialisée
Max : Maximum
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
Min : Minimum
NOTRe : Nouvelle organisation territoriale de la République
OR2S : Observatoire régional de la santé et du social
PF2S : Plateforme sanitaire et sociale
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
RP : Recensement de la population
RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
RSA : Revenu de solidarité active
SAE : Statistique annuelle des établissements
Samsah : Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
Sessad : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
Sraddet : Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires
Sraddt : Schéma régional d'aménagement et de développement durable du territoire
Ssiad : Service de soins infirmiers à domicile
USLD : Unité de soins de longue durée
VADS : Voies aérodigestives supérieures



Ce document a pour objet de dresser un état des lieux socio-sanitaire de la communauté d'agglomération du Saint-Quentinois, l'une des trente-et-une zones d'observation. Ces zones découpent en effet les Hauts-de-France de façon homogène en regard d'indicateurs appartenant aux domaines social et de la santé en respectant le découpage en territoires de dialogue créés dans le cadre du Sradet.

Cet état des lieux repose sur le traitement d'indicateurs issus de nombreuses bases de données. De façon générale, la situation de la zone d'observation est comparée à celles de la France hexagonale, des Hauts-de-France et de l'espace de dialogue dans lequel elle se situe. Ces indicateurs abordent différentes dimensions : situation démographique, offre de soins et de services, et état de santé.

De façon globale, c'est un territoire qui cumule les fragilités sociales et qui, par ailleurs, voit sa population évoluer de façon différente en fonction des groupes d'âge, avec une diminution de la part des jeunes et une augmentation de celle des personnes âgées.

Cela s'inscrit dans un contexte autour des professionnels de santé moyennement satisfaisant lorsqu'est prise en compte la population domiciliée dans les EPCI limitrophes, avec de plus, notamment pour les médecins généralistes, une part des plus âgés, les 55 ans et plus, élevée en regard des moyennes régionale et nationale.

Pour ce qui a trait à l'état de santé, l'espérance de vie se situe bien en retrait de la moyenne nationale (et même régionale), tant chez les femmes que chez les hommes. L'écart avec le niveau national a de plus tendance à s'accroître, comme c'est le cas également pour les deux principales causes de décès que sont les cancers et les maladies cardiovasculaires.

En termes de recommandations, une amélioration à terme de l'état de santé pourrait se réaliser, notamment par une meilleure acceptation des actions de prévention par la population de la communauté d'agglomération.

