

# MÉTROPOLE - FLANDRES



## Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé

venant en appui à la  
concertation réalisée dans le cadre du conseil national de la refondation -CNR-  
mardi 6 décembre 2022, Lille

*Organisées en lien étroit avec les partenaires des territoires -notamment les acteurs de la démocratie sanitaire, les préfets, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales- et co-animées par les délégations départementales de l'ARS et les présidents des Conseils territoriaux de santé (CTS), ces concertations rassembleront dans chacun des 7 territoires d'animation en santé les élus, les professionnels et usagers du système de santé, les partenaires institutionnels... Ils seront ainsi invités à faire des propositions autour des 4 thématiques du CNR santé : le rôle et l'accès au médecin traitant, l'attractivité des métiers de la santé, la permanence et l'accès aux soins, les politiques de prévention. Les acteurs mobilisés pourront également ajouter des thématiques propres à leur territoire. Ces concertations se déroulent en Hauts-de-France de la mi-novembre à la mi-décembre.*



# Les portraits socio-sanitaires des territoires d'animation santé

Ce document a pour objet de **fournir des éléments de contexte pour alimenter les échanges de la concertation** qui se tient sur le territoire d'animation santé (TAS) Métropole - Flandres. Il permet de fournir des éléments sur la situation socio-sanitaire du territoire, mais **ne se veut pas nécessairement exhaustif**. En effet, toutes les thématiques n'ont pas pu être abordées. Seules celles faisant l'objet d'un recueil quantitatif ont pu être intégrées à la présente démarche, et encore seulement pour les indicateurs qui ont pu être mobilisés dans les temps impartis pour être présentés au cours de ces concertations (un document analogue est produit pour chacun des six autres TAS). **Ce document a pu être produit à travers le travail engagé dans le cadre du Dataction**. Cet outil interne à l'ARS Hauts-de-France permet de disposer d'indicateurs territorialisés pour le suivi du projet régional de santé.

## BASES DE DONNÉES DISPONIBLES

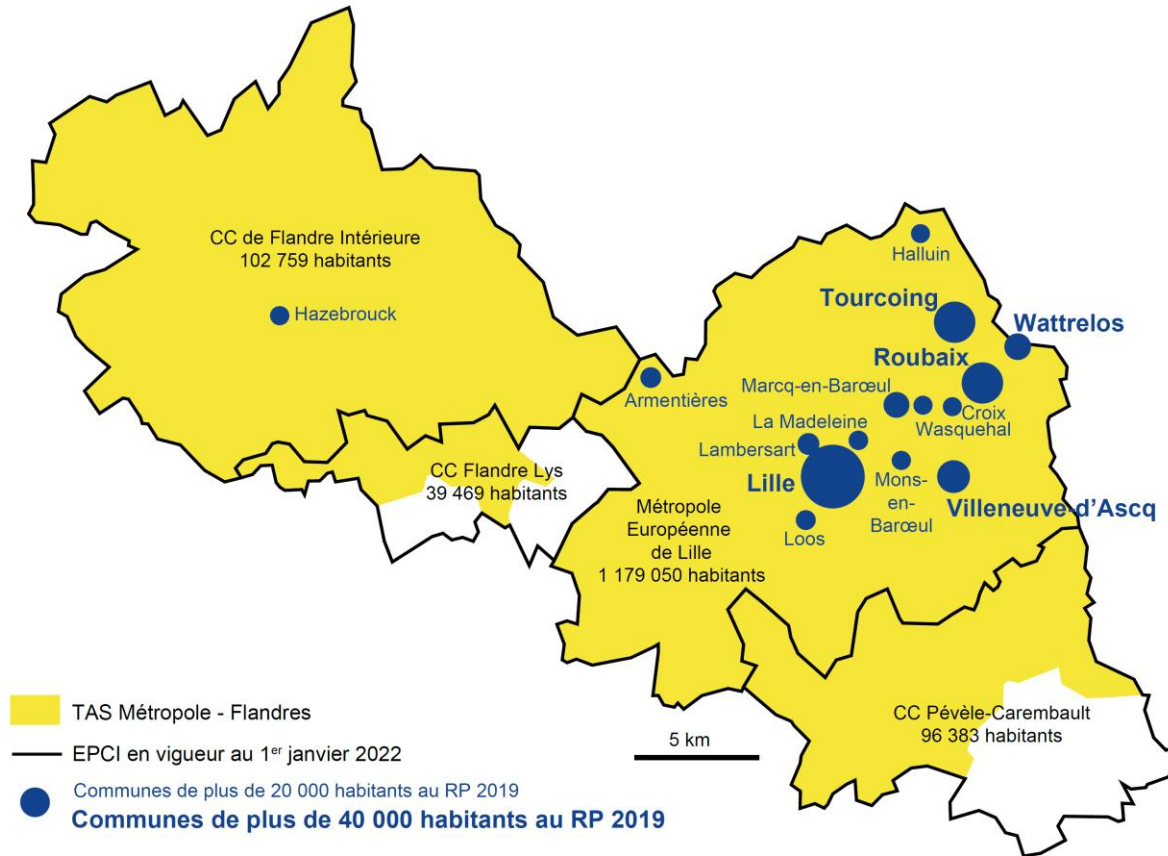
Les **indicateurs de nature sociodémographique** sont issus du recensement de la population (RP, Insee), des données d'état civil (Insee), des prestations sociales (CCMSA et Cnaf), des données des impôts (Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP). Des **données de nature médico-sociale**, fournies par l'ARS Hauts-de-France, permettent de disposer d'informations sur les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Les **indicateurs alimentant les thématiques sanitaires** proviennent, pour l'offre et la consommation de soins, du répertoire partagé des professionnels de santé (Drees / Asip-Santé - RPPS), de la base Adeli et des hospitalisations (PMSI, Atih) ; pour l'état de santé, elles se répartissent entre mortalité (CépiDc-Inserm) et affections de longue durée (CCMSA et Cnam) ; pour les **déterminants de santé et comportements**, les licences sportives délivrées (Injep-Medes, recensement des licences et clubs sportifs) se complètent avec le recueil mis en place avec les deux rectorats (*cf.* paragraphe ci-dessous). La majorité de ces données est disponible pour l'ensemble de la France, permettant des comparaisons avec le niveau national en plus de l'échelon régional. Les indicateurs sont calculés, le plus souvent possible, à partir des dernières données disponibles par les producteurs de données, sans toutefois occulter la **dimension temporelle**. En effet, celle-ci est indispensable pour comprendre la dynamique dans laquelle s'inscrivent les territoires.

## ENQUÊTE JEUNES EN SANTÉ, INDICATEURS ET SUIVI (JESAIS)

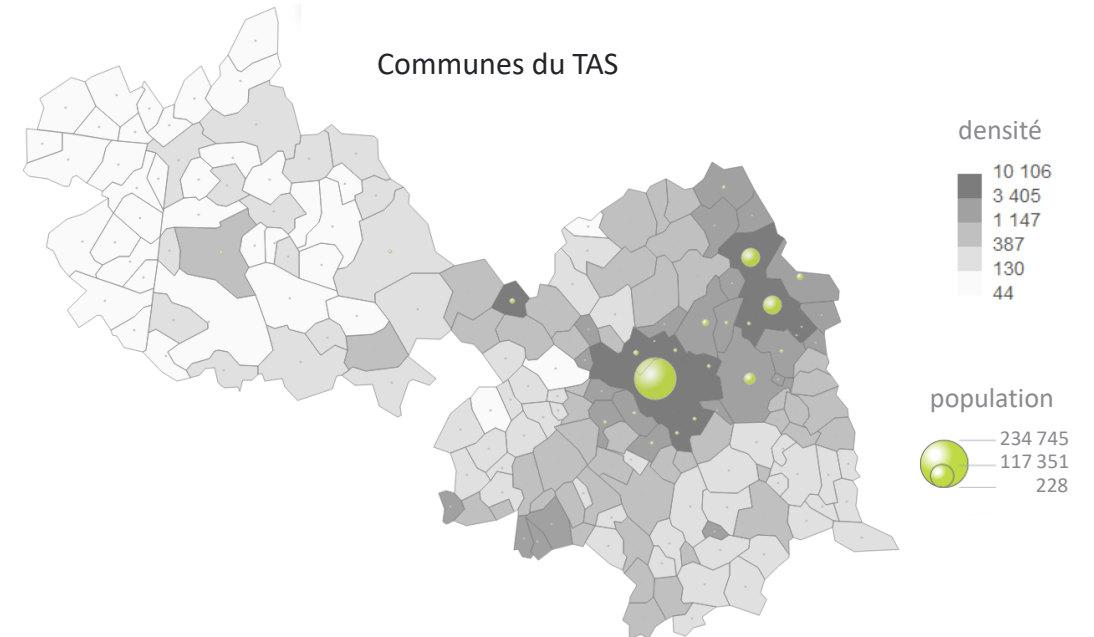
Le recueil *Jesais* a pour **objectif de connaître et de suivre les évolutions de l'état de santé des élèves, de décrire les relations avec les caractéristiques socio-démographiques et la dimension territoriale**. Il a été mis en place il y a près d'une quinzaine d'années à la demande du rectorat de l'académie d'Amiens, de la préfecture de région et du conseil régional. Il a été étendu au rectorat de l'académie de Lille en 2018. **Il repose sur la participation active des infirmiers dans les établissements et sur l'acceptation des parents et de leurs enfants**. S'inscrivant pleinement dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, ce dispositif fait l'objet d'un financement pérenne de la part de l'agence régionale de santé et du conseil régional Hauts-de-France. Du fait de sa pérennisation, il est possible de disposer d'indicateurs au niveau des TAS en agrégeant plusieurs années. Ainsi, quelques résultats issus de cette enquête sont présentés pour les élèves de sixième scolarisés dans un établissement public du TAS, ces résultats sont comparés à ceux observés dans l'ensemble des Hauts-de-France. L'échantillon analysé repose sur 4 029 élèves scolarisés dans le TAS Métropole - Flandres et près de 20 300 élèves pour les Hauts-de-France pour les années scolaires 2018-2019 à 2020-2021.



# LE TERRITOIRE D'ANIMATION SANTÉ MÉTROPOLE - FLANDRES

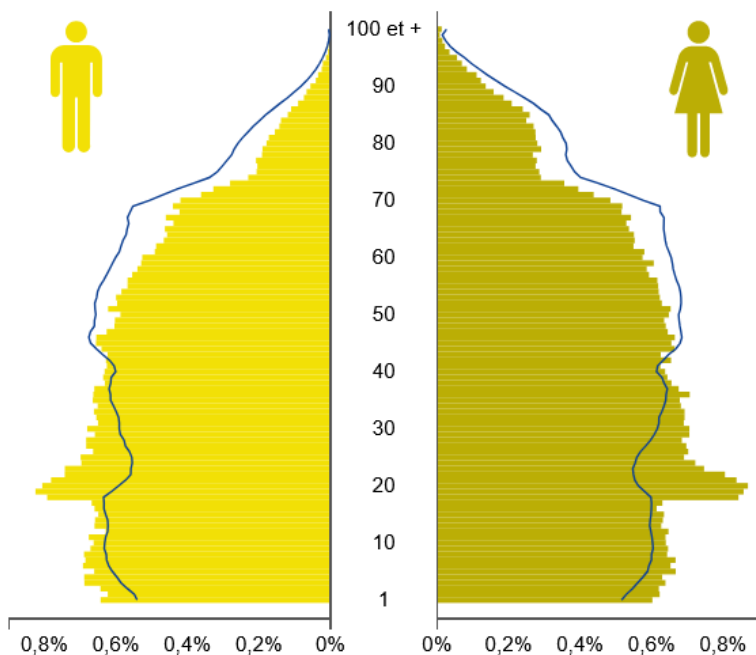


Population et densité  
au 1<sup>er</sup> janvier 2019



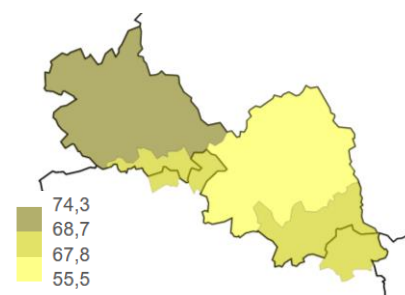
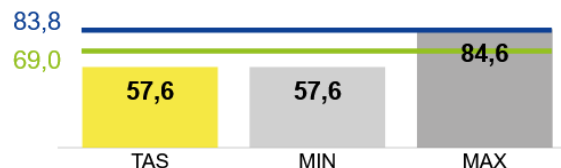
- ⇒ La **Métropole Européenne de Lille** est de loin l'**EPCI le plus peuplé** au sein du TAS. Elle représente **85 % de la population du TAS** et comprend 14 communes de plus de 20 000 habitants. Hazebrouck (21 400 habitants), à l'ouest du TAS, est la seule autre commune du territoire à compter plus de 20 000 habitants.
- ⇒ Métropole - Flandres est le **TAS le plus densément peuplé de la région** (874 habitants au km<sup>2</sup>). Si la densité est tout particulièrement élevée dans la Métropole Européenne de Lille, même l'EPCI le moins densément peuplé du territoire (communauté de communes de Flandre Intérieure), présente une densité (163,0 habitants au km<sup>2</sup>) qui s'approche de la valeur régionale (188,8 habitants au km<sup>2</sup>).

1 375 838 habitants  
au 1<sup>er</sup> janvier 2019

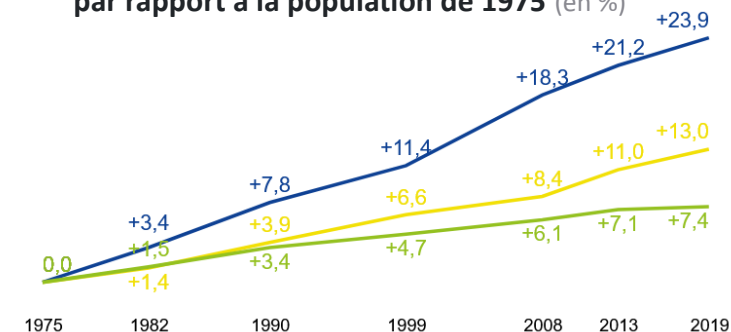


- TAS Métropole - Flandres (TAS)
- France hexagonale (Fr)
- Hauts-de-France (HdF)
- Minimum (MIN)
- Maximum (MAX)

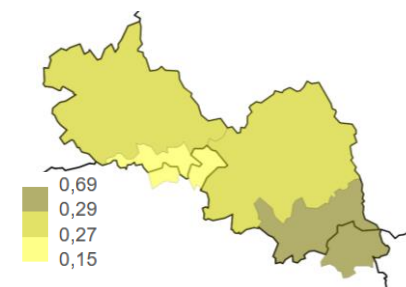
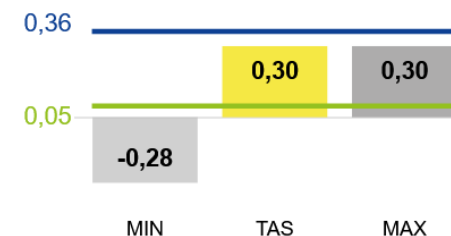
**Indice de vieillissement**  
(nombre de personnes de 65 ans et plus  
sur le nombre de personnes de moins de 20 ans \* 100)



**Accroissement de la population aux différents recensements  
par rapport à la population de 1975 (en %)**



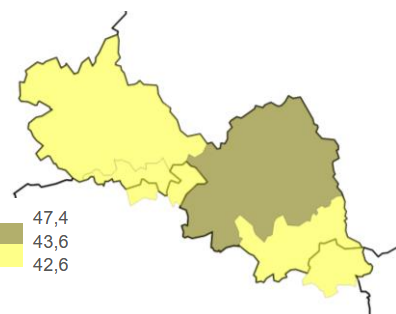
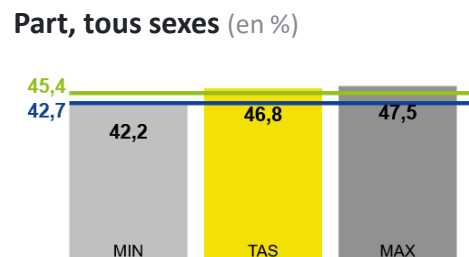
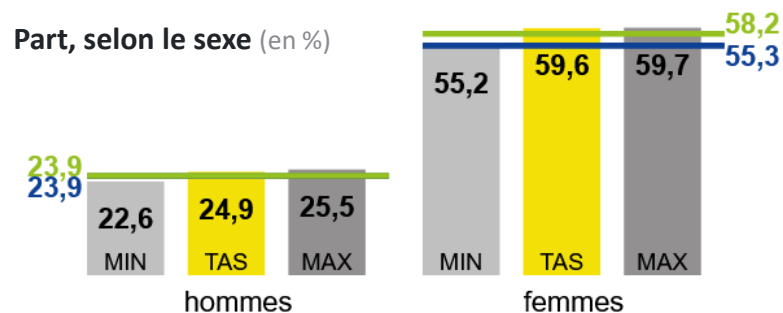
**Taux d'accroissement annuel moyen de la population  
entre 2013 et 2019 (en %)**



- ⇒ **45 ans, âge d'inversion avec davantage de moins de 45 ans qu'en France (61,1 % versus 53,9 %)**, avec une très forte représentation des 18-24 ans (11,1 % versus 8,0 %), du fait de la présence d'établissements du supérieur dans la Métropole Européenne de Lille (Mel) et **moins de personnes de 45 ans et plus**, notamment des **65 ans et plus (15,4 % versus 20,0 %)**.
- ⇒ Une **population qui augmente plus rapidement que celle des autres TAS**, toutefois **de façon moins soutenue qu'en France**.
- ⇒ De **fortes disparités territoriales** avec, à titre d'exemple, la Mel qui présente un indice de vieillissement très faible ou encore la CC Pévèle-Carembault qui voit sa population entre 2013 et 2019 croître particulièrement rapidement.

## MÉTROPOLE - FLANDRES

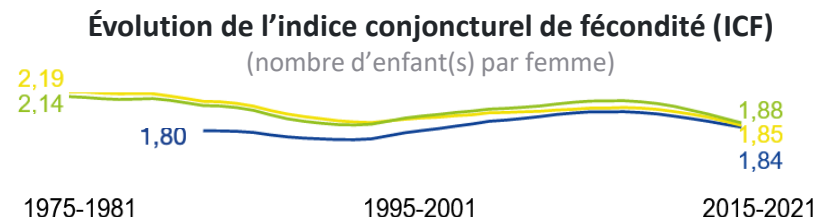
40 038 personnes seules de 75 ans et plus  
au 1<sup>er</sup> janvier 2019



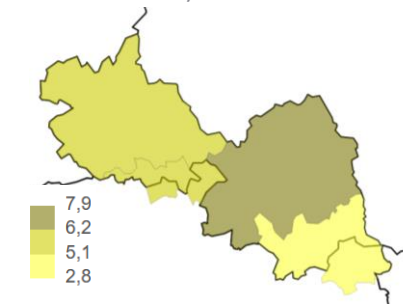
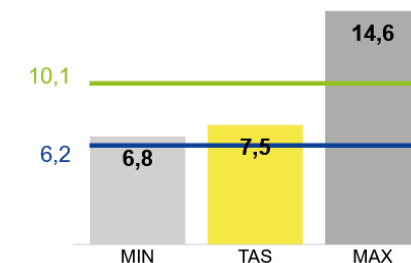
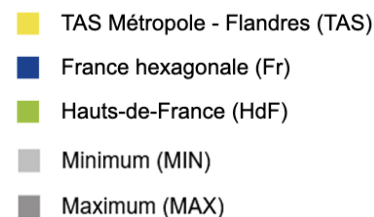
⇒ Une part de personnes âgées vivant seules à domicile un peu plus élevée que celle relevée en France (surtout chez les femmes) et, à un degré moindre, qu'en région.

⇒ Trois femmes de 75 ans ou plus sur cinq vivent seules à domicile contre un quart des hommes.

17 775 naissances vivantes  
dont 650 de femmes de 12-20 ans  
en moyenne annuelle en 2015-2021



Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans en 2015-2021  
(pour 1 000 femmes de 12-20 ans)



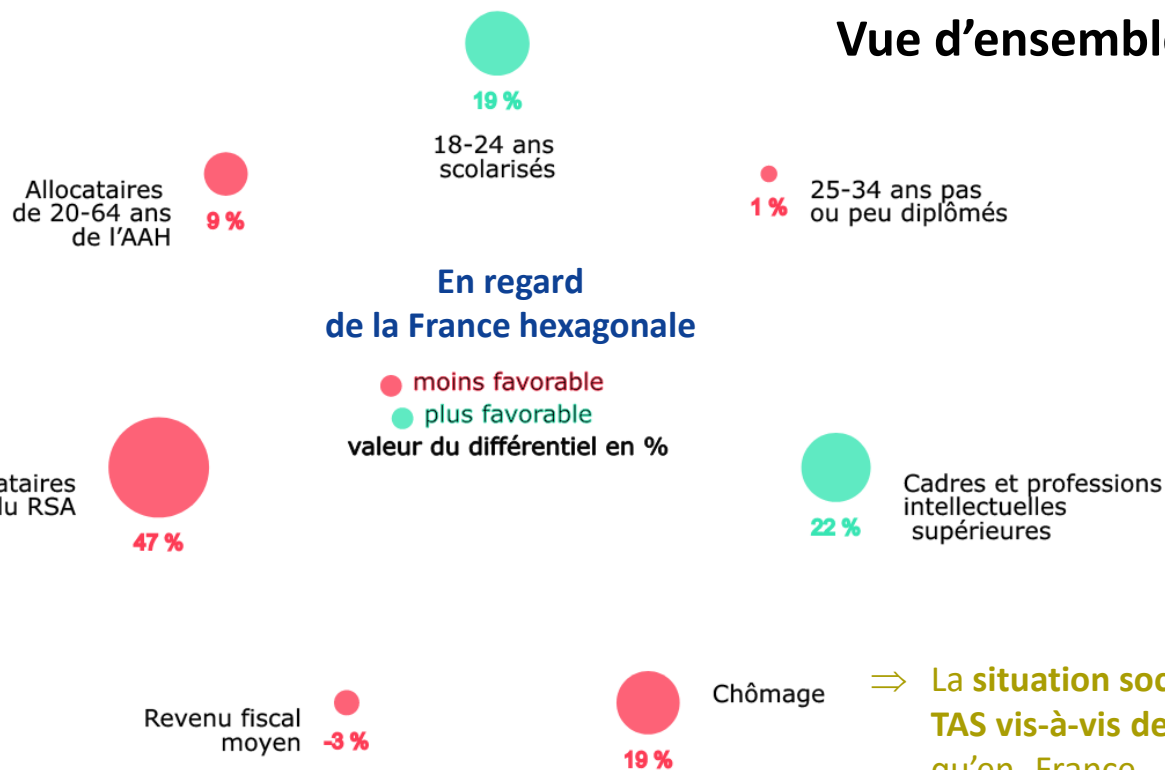
⇒ Le TAS a un ICF proche de celui de la France ; il est inférieur à celui de la région (alors que c'était l'inverse par le passé) et à la valeur nationale dans la CC de Flandre intérieure (1,81).

⇒ Un **taux de fécondité des femmes de 12-20 ans du TAS proche de celui de la France** avec deux EPCI qui présentent une valeur en dessous de celle de la France : la CC de Flandre Intérieure (5,1 %) et surtout la CC Pévèle-Carembault (2,8 %) ; troisième rang le plus faible des EPCI des Hauts-de-France, après deux communautés de communes de l'Oise).

## Vue d'ensemble de la situation sociale

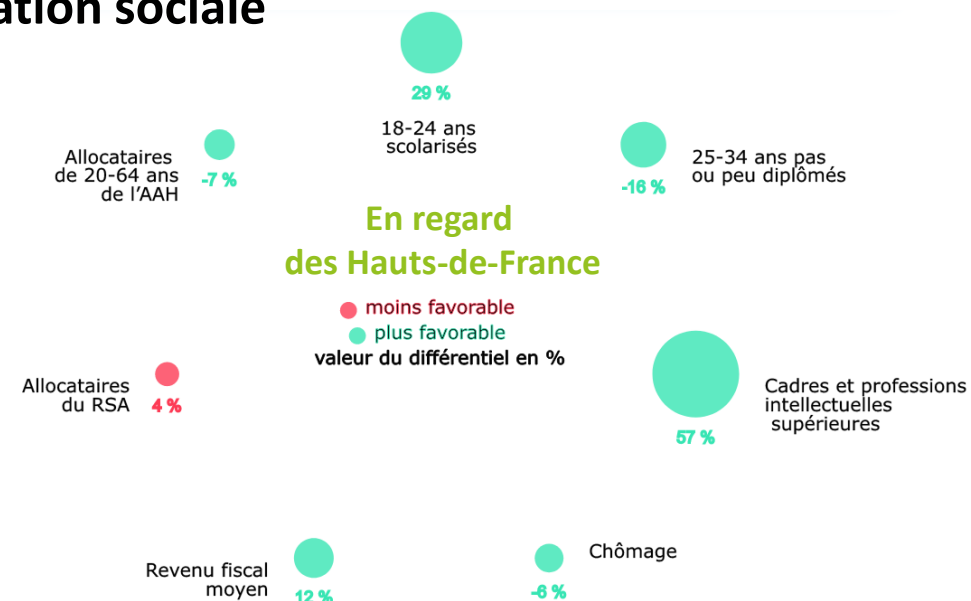
## En regard de la France hexagonale

● moins favorable  
● plus favorable  
valeur du différentiel en %



## En regard des Hauts-de-France

● moins favorable  
● plus favorable  
valeur du différentiel en %



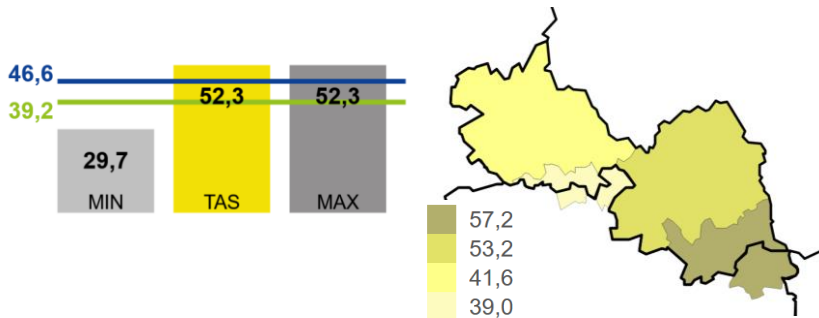
## AIDE À LA LECTURE

**Une couleur :** pour savoir si le territoire analysé est dans une situation plus favorable ou non en regard de la France hexagonale.

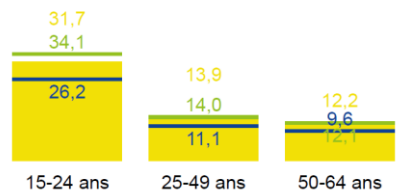
**Une taille :** pour mesurer l'écart entre les situations du territoire et la France hexagonale ; plus la taille du cercle est importante, plus le différentiel entre les deux zones est élevé.

- ⇒ La situation sociale de Métropole - Flandres apparaît comme plus contrastée en regard des autres TAS vis-à-vis de la France. Ainsi, si les chômeurs ou les allocataires (RSA, AAH) sont plus nombreux qu'en France, une forte présence de cadres et professions intellectuelles supérieures et de nombreux jeunes de 18-24 ans scolarisés modèrent ce premier constat.
- ⇒ En regard de la région, la position du TAS ressort comme plutôt favorable, hormis pour la part d'allocataires du RSA avec une valeur légèrement au-dessus de celle des Hauts-de-France.
- ⇒ Ce constat global masque cependant des différences très importantes entre les EPCI qui composent le TAS avec particulièrement la CC Pévèle-Carembault pour laquelle nombre d'indicateurs ressortent comme nettement meilleurs que ceux de la moyenne nationale, à l'exemple du revenu moyen annuel par foyer fiscal qui est supérieur de 7 500 € à celui de la France.

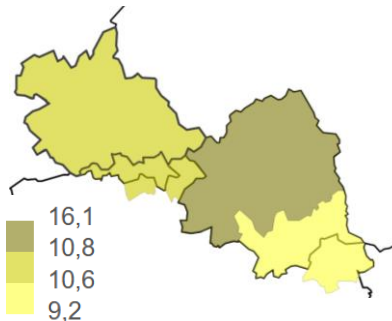
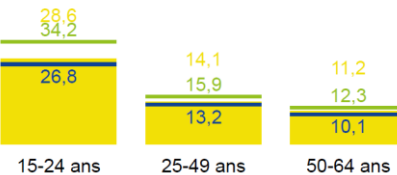
## MÉTROPOLE - FLANDRES

Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés ayant un Bac+2 ou plus au 1<sup>er</sup> janvier 2019 (en %)Taux de chômage au 1<sup>er</sup> janvier 2019, au sens du RP (en %)

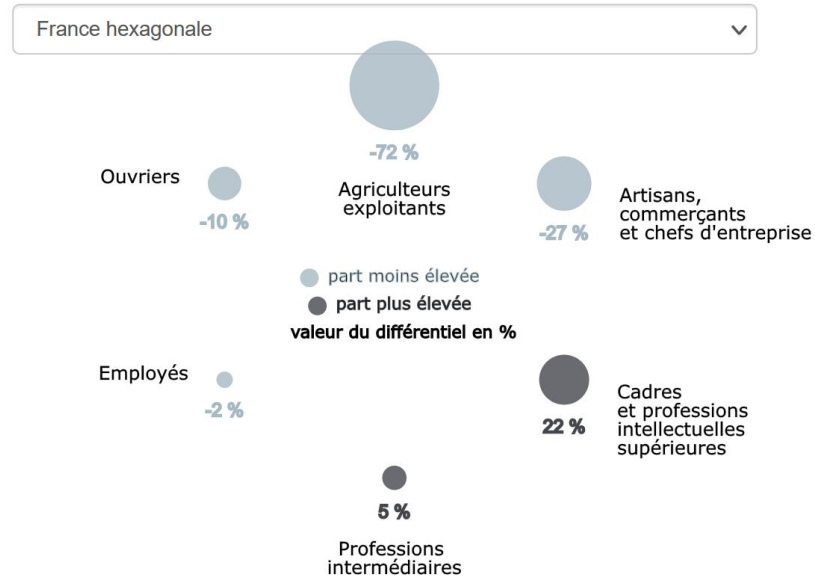
chez les hommes



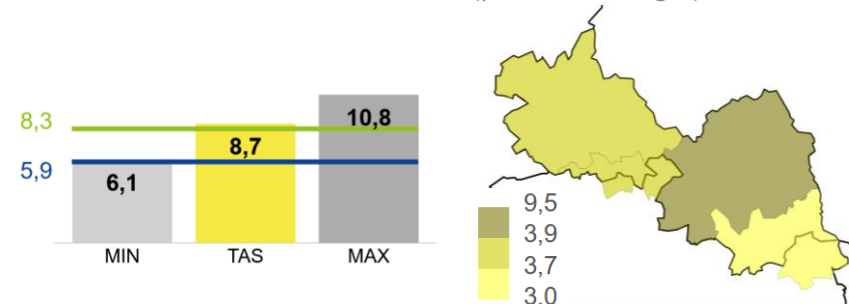
chez les femmes

PCS au 1<sup>er</sup> janvier 2019

En regard de



Taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2021 (pour 100 ménages)



⇒ La **situation sociale défavorable** du TAS est, au regard des taux de chômage et d'allocataires du RSA, **intégralement portée par la situation de la Métropole Européenne de Lille...**

... les **trois autres EPCI** du TAS présentent, pour ces indicateurs, une **situation favorable par rapport à la France et la région.**

⇒ La **CC Pévèle-Carembault** et la **Métropole Européenne de Lille** se caractérisent par une **forte présence de cadres et de professions intellectuelles supérieures** alors que la **CC de Flandre Intérieure** et celle de **Flandre Lys** comptent une **part importante d'ouvriers** parmi la population active ayant un emploi.

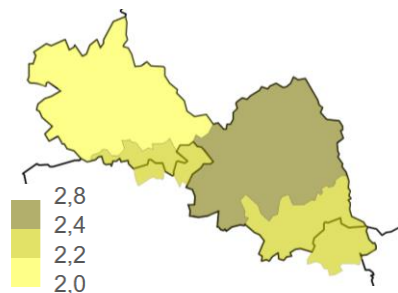
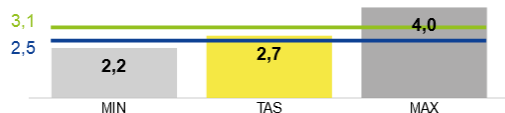


## ENFANTS

9 996 enfants percevant l'AAEH  
au 31 décembre 2021

Taux d'enfants percevant l'AAEH  
au 31 décembre 2021

(pour 100 personnes de moins de 20 ans)

Type de déficience  
à titre principal  
ou associé\*(en % de  
personnes  
accompagnées)

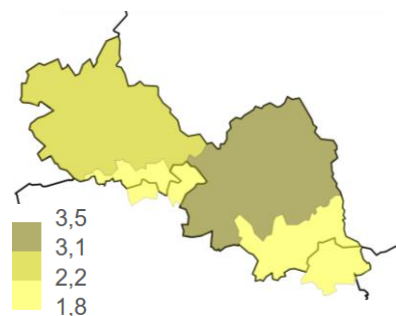
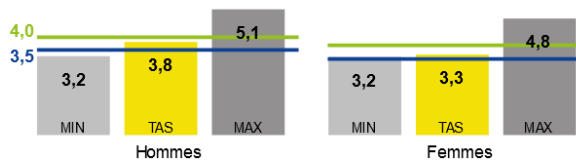
Type de déficience	en services	en établissements
troubles psychiques	32,0	17,8
troubles du langage et des apprentissages	15,6	51,8
troubles du comportement et de la communication	13,6	32,3
déficience intellectuelle	10,2	64,4
autisme et d'autres TED	9,2	17,9
déficiences motrices	7,2	22,4
déficiences visuelles	7,3	11,5
déficiences auditives	3,8	9,7
cérébro-lésées	0,9	7,7
déficiences métaboliques, viscérales et nutritionnelles	1,3	7,7
autres types des déficiences	1,7	7,1

## ADULTES

27 085 allocataires de l'AAH de 20-64 ans  
au 31 décembre 2021

Taux d'allocataires de l'AAH  
au 31 décembre 2021

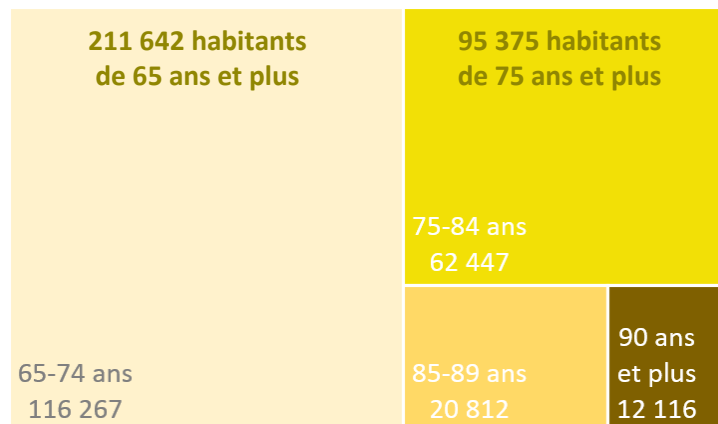
(pour 100 personnes de 20-64 ans)

Type de déficience  
à titre principal  
ou associé\*(en % de  
personnes  
accompagnées)

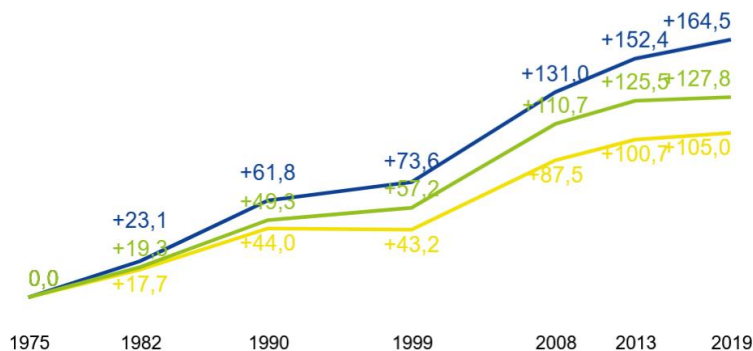
Type de déficience	en services	en établissements
déficiences motrices	44,9	20,4
troubles psychiques	11,9	22,2
déficiences métaboliques, viscérales et nutritionnelles	10,4	7,4
cérébro-lésées	9,3	8,1
déficiences visuelles	9,2	6,9
déficience intellectuelle	11,0	76,7
troubles du comportement et de la communication	8,0	19,5
déficiences auditives	5,5	3,8
troubles du langage et des apprentissages	5,5	21,3
autisme et d'autres TED	2,8	8,9
autres types des déficiences	14,0	3,3

\* données non disponibles pour la France.

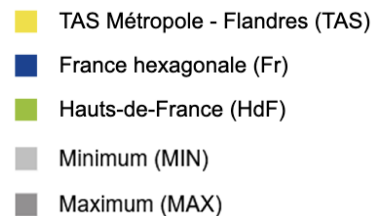
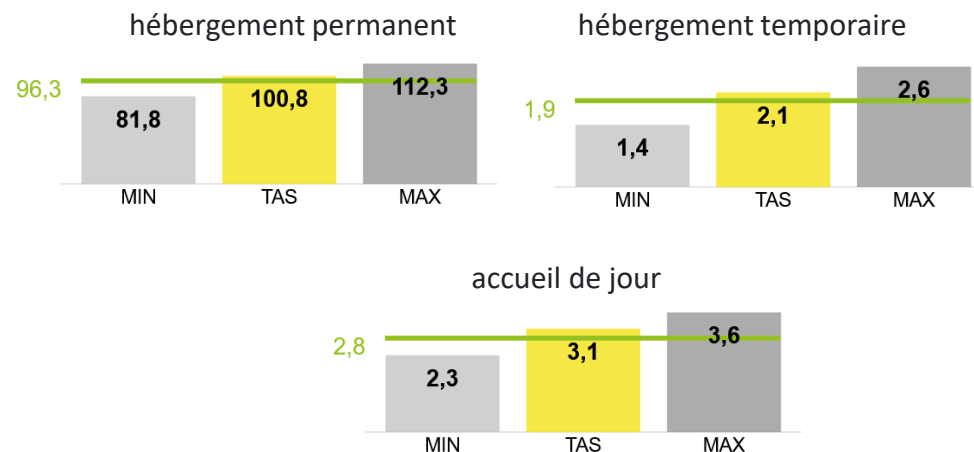


Population âgée au 1<sup>er</sup> janvier 2019 (en nombre)

## Accroissement de la population des 75 ans et plus aux différents recensements par rapport à la population de 1975 (en %)

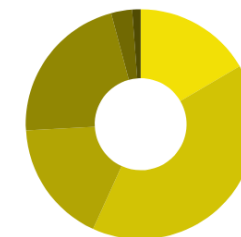
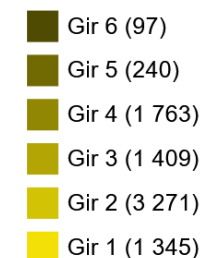
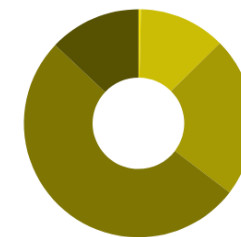
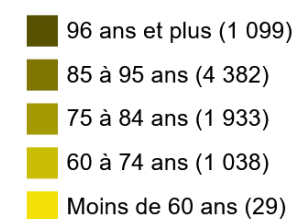
Taux d'équipement en Ehpad au 1<sup>er</sup> janvier 2021

(pour 1 000 habitants de 75 ans et plus)

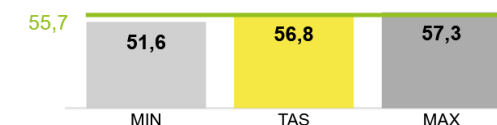


Le GIR correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

## 8 481 personnes accompagnées en Ehpad au 31 décembre 2020



## Part des personnes accompagnées en Gir 1 ou Gir 2 (en %)

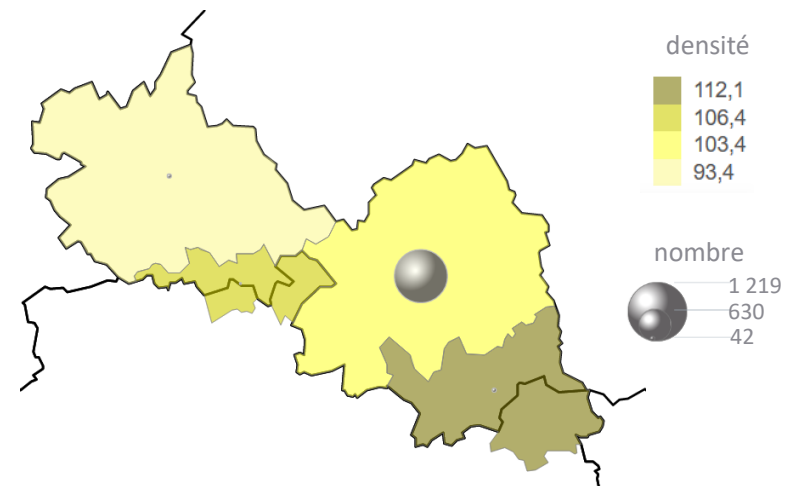
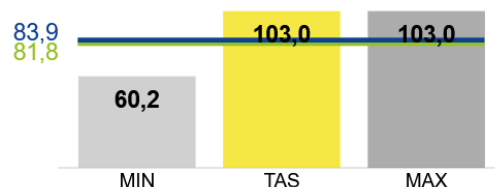
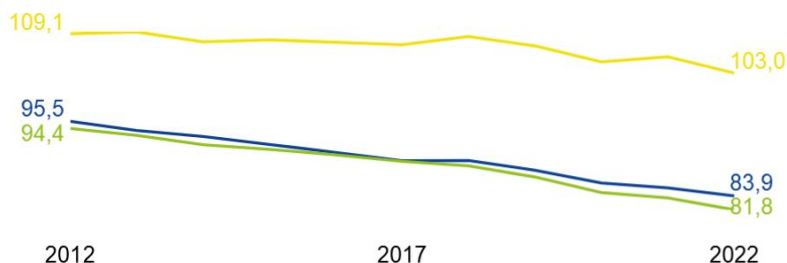


L'information sur le niveau de Gir n'est pas disponible pour toutes les personnes accompagnées.

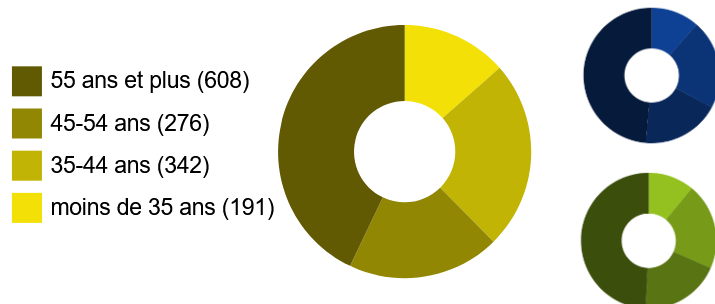
## 1 417 médecins généralistes libéraux\* au 1<sup>er</sup> janvier 2022

### Densité de médecins généralistes libéraux ou mixtes

(pour 100 000 habitants)

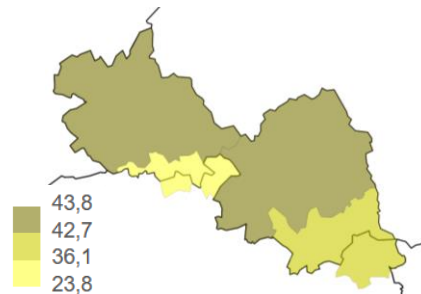
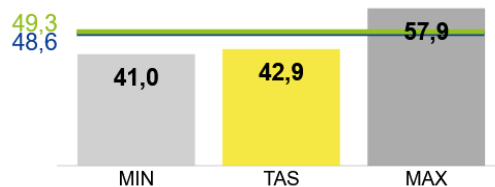


### Répartition selon l'âge (en nombre)



### Part de médecins de 55 ans et plus

(en %)



- ⇒ La densité de médecins généralistes libéraux la plus élevée des TAS, largement plus importante qu'en France (+23 %) avec, de plus, une faible part de médecins âgés de 55 ans ou plus, constats qui se vérifient dans les quatre EPCI du TAS.
- ⇒ Une diminution de la densité de médecins généralistes libéraux moins marquée dans le TAS qu'en France : -6 % entre 2012 et 2022 contre -12 %.
- ⇒ La densité augmente en revanche chez les salariés exclusifs (+5 % dans le TAS, +8 % en France ; densité de 44,0 pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le TAS et de 38,9 en France).

\* ou mixtes.

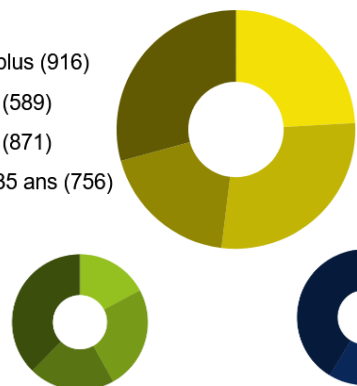
TAS Métropole - Flandres (TAS)  
France hexagonale (Fr)  
Hauts-de-France (HdF)

Minimum (MIN)  
Maximum (MAX)

**3 132 médecins spécialistes**  
dont 1 042 médecins libéraux ou mixtes  
au 1<sup>er</sup> janvier 2022

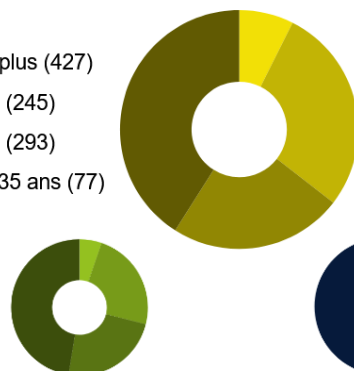
ENSEMBLE  
(LIBÉRAUX ET SALARIÉS)

55 ans et plus (916)  
45-54 ans (589)  
35-44 ans (871)  
Moins de 35 ans (756)



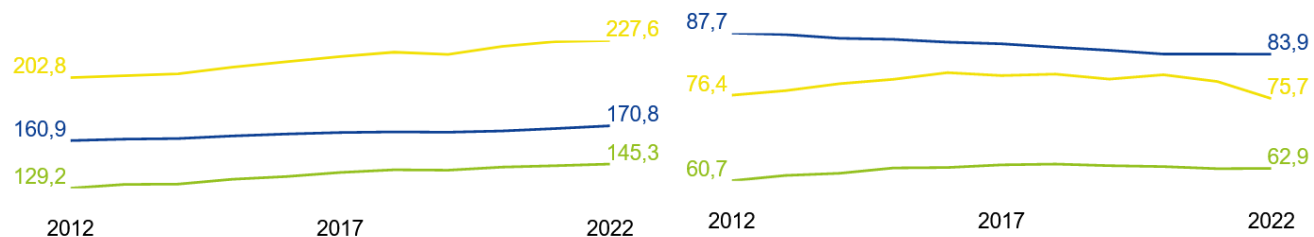
Répartition selon l'âge  
(en nombre)

55 ans et plus (427)  
45-54 ans (245)  
35-44 ans (293)  
Moins de 35 ans (77)



LIBÉRAUX  
(OU MIXTES)

Densité de médecins spécialistes  
(pour 100 000 habitants)



⇒ La densité de médecins spécialistes la plus importante des TAS et plus élevée que la moyenne nationale, due aux salariés exerçant dans les nombreux établissements de santé présents sur le territoire ; les médecins spécialistes libéraux ont la seconde densité derrière le TAS Somme Littoral Sud. Il faut toutefois prendre en compte que nombre de ces spécialistes attirent une patientèle au-delà du TAS.

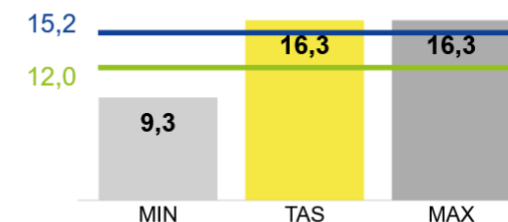
⇒ La part de médecins spécialistes de 55 ans et plus est supérieure pour ceux qui ont une activité libérale par rapport aux salariés, avec des valeurs inférieures à celles de la France.

⇒ De nombreux gynécologues : densité la plus importante des TAS. Pour les psychiatres, la situation est à relativiser en regard du contexte régional et, pour les ophtalmologues, elle est peu satisfaisante en revanche.

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX  
(OU MIXTES) DE PREMIER RECOURS  
au 1<sup>er</sup> janvier 2022

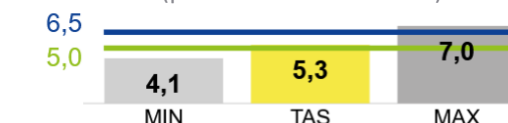
Gynécologues

(pour 100 000 femmes de 15 ans et plus)



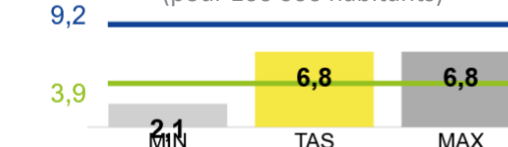
Ophtalmologues

(pour 100 000 habitants)



Psychiatres

(pour 100 000 habitants)



TAS Métropole - Flandres (TAS)

France hexagonale (Fr)

Hauts-de-France (HdF)

Minimum (MIN)

Maximum (MAX)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022

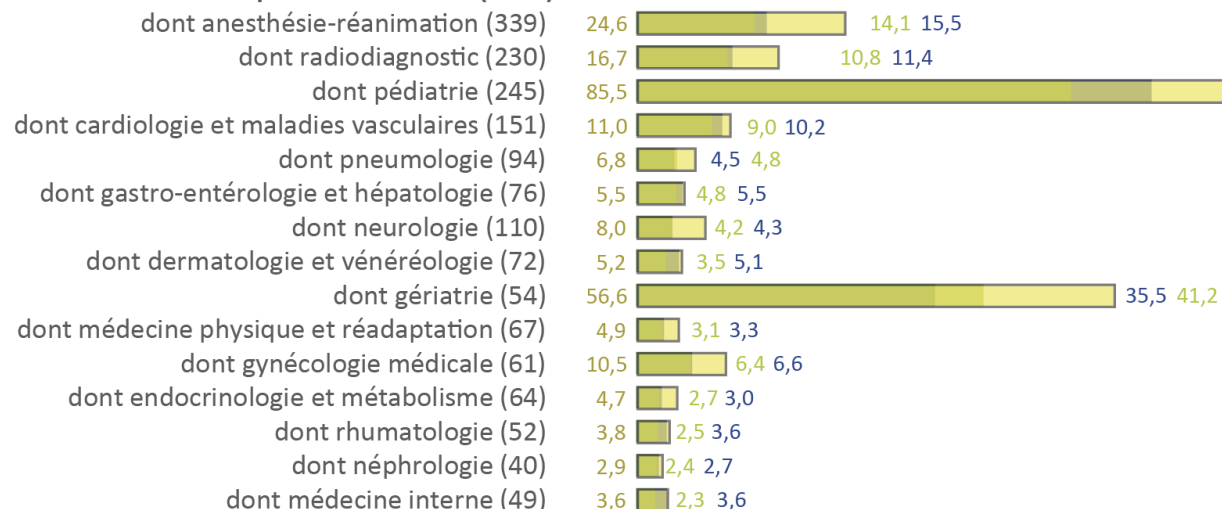
Densité de médecins\*

(pour 100 000 habitants)

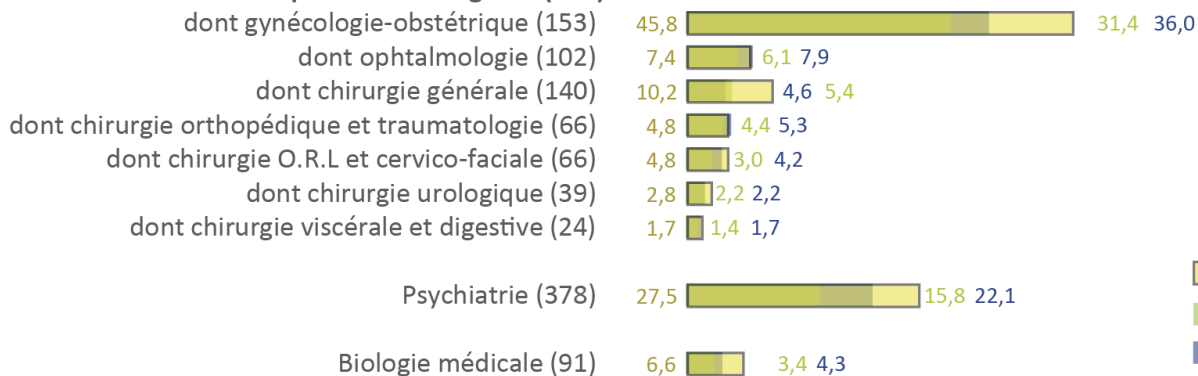
Évolution du nombre de médecins

depuis 2012 (en %)

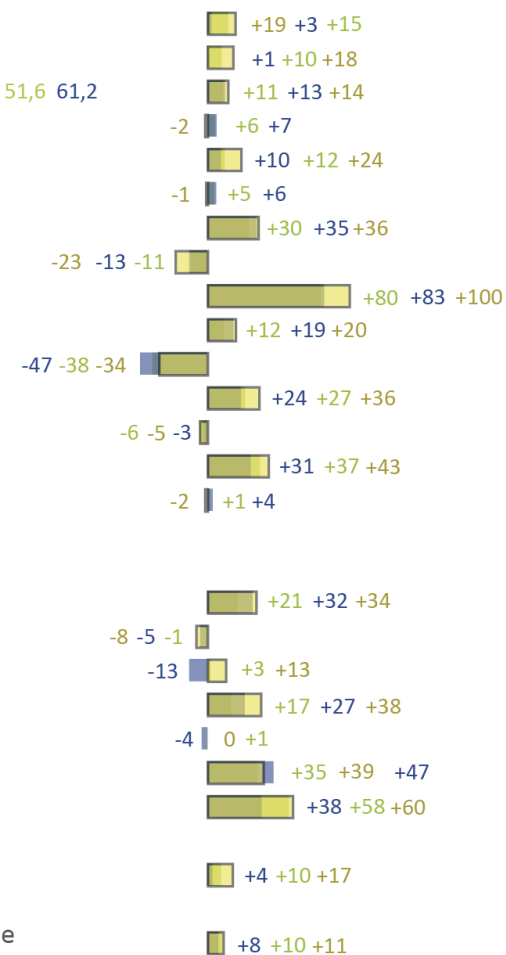
## Médecins à spécialité médicale (1920)



## Médecins à spécialité chirurgicale (695)



TAS  
Hauts-de-France  
France hexagonale



⇒ Les densités de médecins pour les différentes spécialités sont dans la grande majorité des cas plus importantes qu'en France et qu'en région...

... seules quelques spécialités se situent au niveau national, voire très légèrement en dessous.

\* le nombre entre parenthèses correspond au nombre de spécialistes exerçant dans le TAS. La densité de la pédiatrie est rapportée aux jeunes de moins de 16 ans, celle de la gynécologie médicale aux femmes de 15 ans et plus, celle de la gynécologie-obstétrique aux femmes de 15-49 ans et celle de la gériatrie aux personnes de 75 ans et plus.

L'ordre d'apparition des spécialités sur le graphique correspond à l'ordre de fréquence observé au niveau régional.

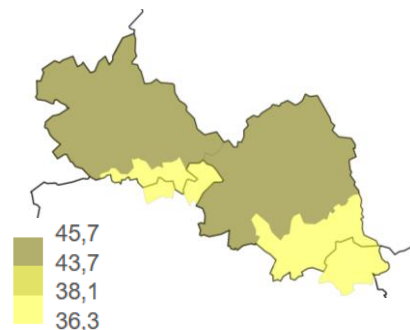
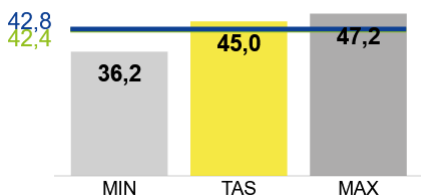
**619 pharmaciens\***  
dont 202 de 55 ans et plus  
au 1<sup>er</sup> janvier 2022

**798 chirurgiens-dentistes\***  
dont 209 de 55 ans et plus  
au 1<sup>er</sup> janvier 2022

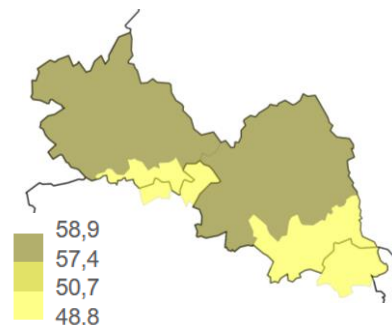
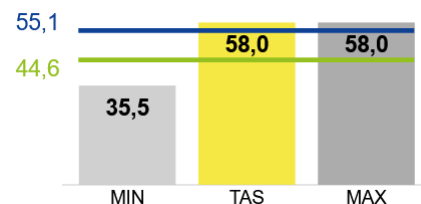
**1 986 masseurs-kinésithérapeutes\***  
dont 266 de 55 ans et plus  
au 1<sup>er</sup> janvier 2020

**2 528 infirmiers\***  
dont 255 de 55-61 ans  
au 1<sup>er</sup> janvier 2021

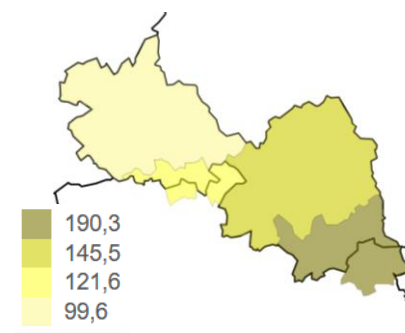
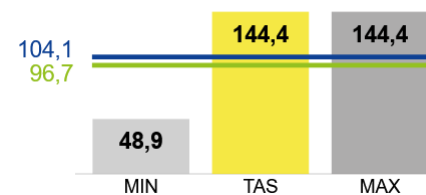
**Densité**  
(pour 100 000 habitants)



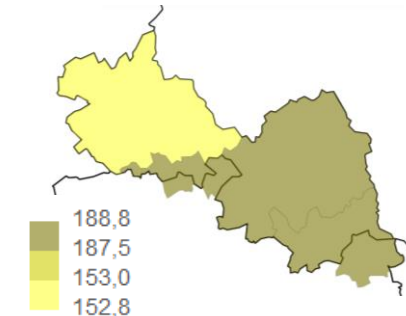
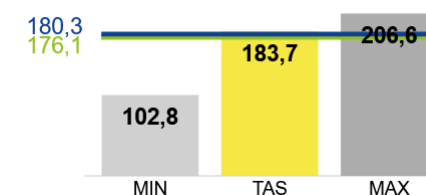
**Densité**  
(pour 100 000 habitants)



**Densité**  
(pour 100 000 habitants)



**Densité**  
(pour 100 000 habitants)



\* ayant une activité libérale ou mixte.

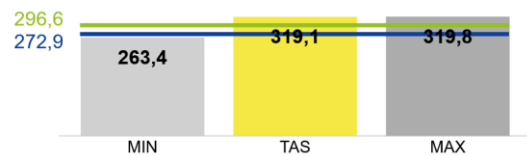
⇒ En regard de la France, **une forte densité de masseurs-kinésithérapeutes** (la plus élevée des TAS) mais aussi des **densités supérieures pour les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes** (densité la plus élevée des TAS d'autant à mentionner dans le contexte régional) **et les infirmiers**.

■ TAS Métropole - Flandres (TAS) ■ Minimum (MIN)  
■ France hexagonale (Fr) ■ Maximum (MAX)  
■ Hauts-de-France (HdF)

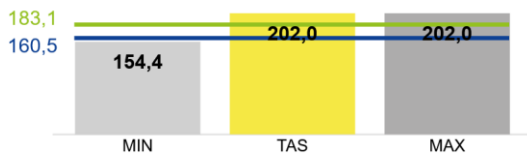
En 2021

## Taux de séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

Ensemble

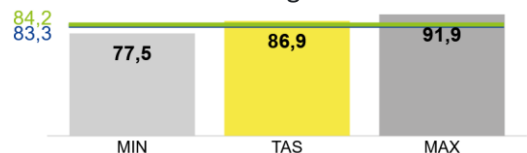


Médecine\*



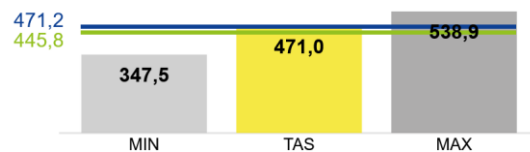
\* dont séjours de techniques peu invasives.

Chirurgie

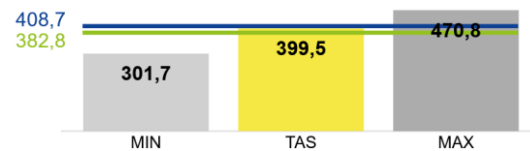


## Taux de séjours en soins de suite ou de réadaptation (SSR)

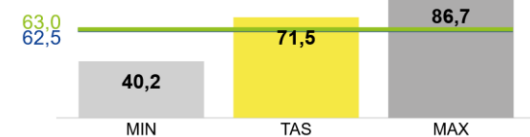
Ensemble



Hospitalisation complète

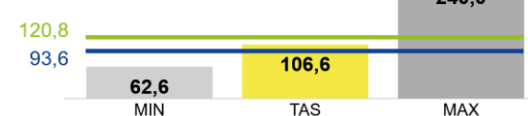


Hospitalisation partielle



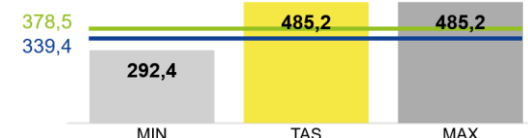
## Taux de journées en hospitalisation à domicile (HAD)

Ensemble

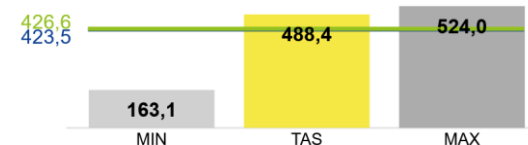


## Taux de soins ambulatoires en psychiatrie

Tous âges

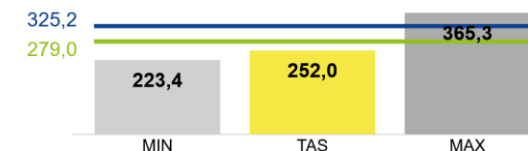


Moins de 17 ans

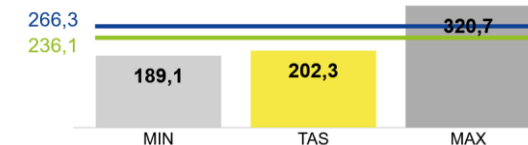


## Taux de journées en psychiatrie

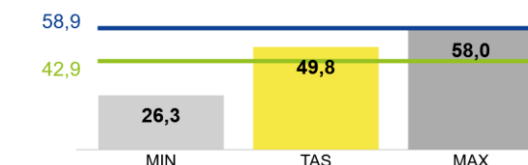
Ensemble



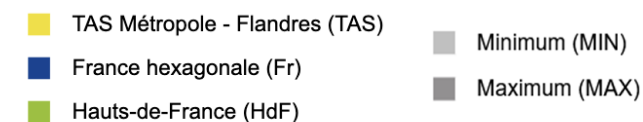
Hospitalisation complète



Hospitalisation partielle



Les indicateurs présentés sont calculés au domicile de la personne hospitalisée (et non au lieu d'hospitalisation). Par ailleurs, les taux présentés sont standardisés suivant l'âge. La standardisation permet de prendre en compte le fait que les structures démographiques des territoires analysés puissent être différentes ; cette méthode rend comparable les taux entre territoires et entre périodes en neutralisant l'effet « âge » (taux exprimés pour 1 000 personnes).



4 993



Nombre annuel  
moyen de décès  
en 2011-2017

5 083

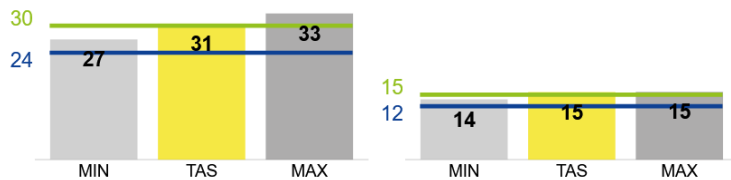


+1 008 décès

du fait du taux standardisé  
plus marqué dans le TAS  
en regard de celui de la France

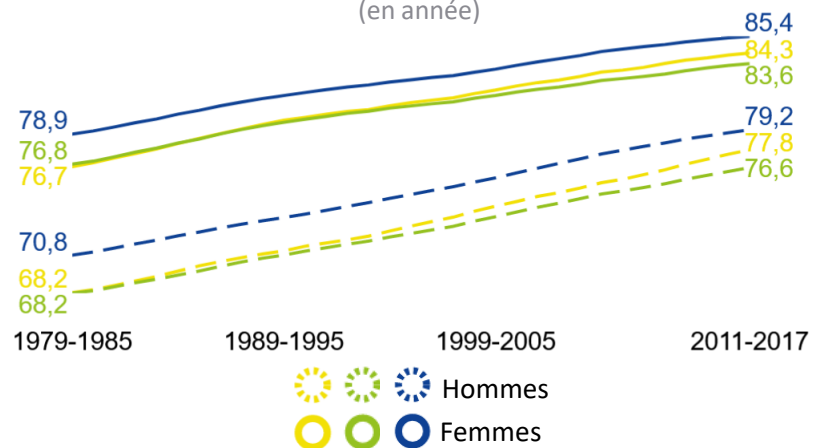
+546 pour les hommes et +462 pour les femmes

Part des décès de moins de 65 ans (en %)



TAS Métropole - Flandres (TAS)  
France hexagonale (Fr)  
Hauts-de-France (HdF)

Minimum (MIN)  
Maximum (MAX)

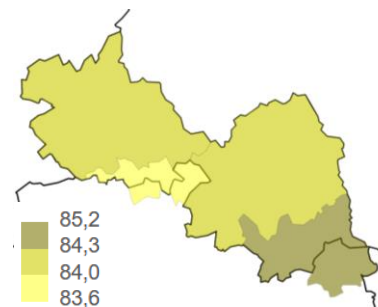
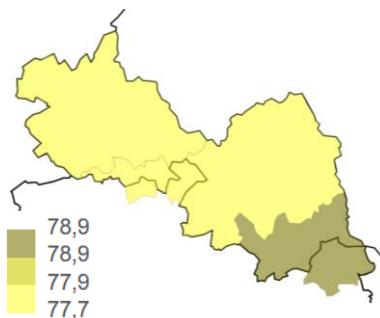
Espérance de vie à la naissance  
(en année)

Hommes  
Femmes

-1,4 an

Écart entre l'espérance de vie  
du TAS et celle de la France hexagonale  
en 2011-2017

-1,1 an

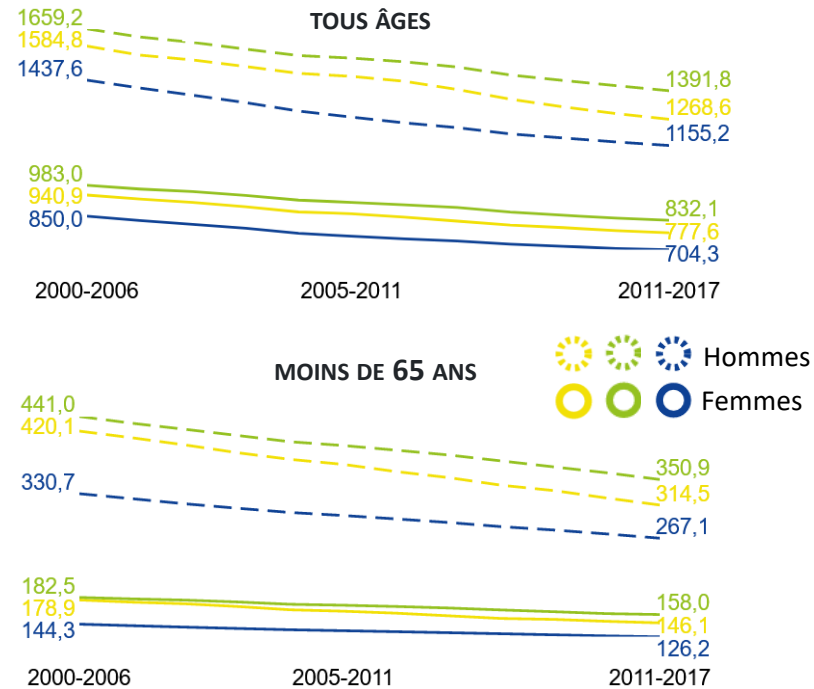


⇒ Tant chez les hommes que chez les femmes du TAS, les **espérances de vie à la naissance** se positionnent à un niveau intermédiaire entre celles de la France et des Hauts-de-France ce qui en fait l'espérance de vie la plus élevée chez les femmes et la deuxième chez les hommes après le TAS Oise.

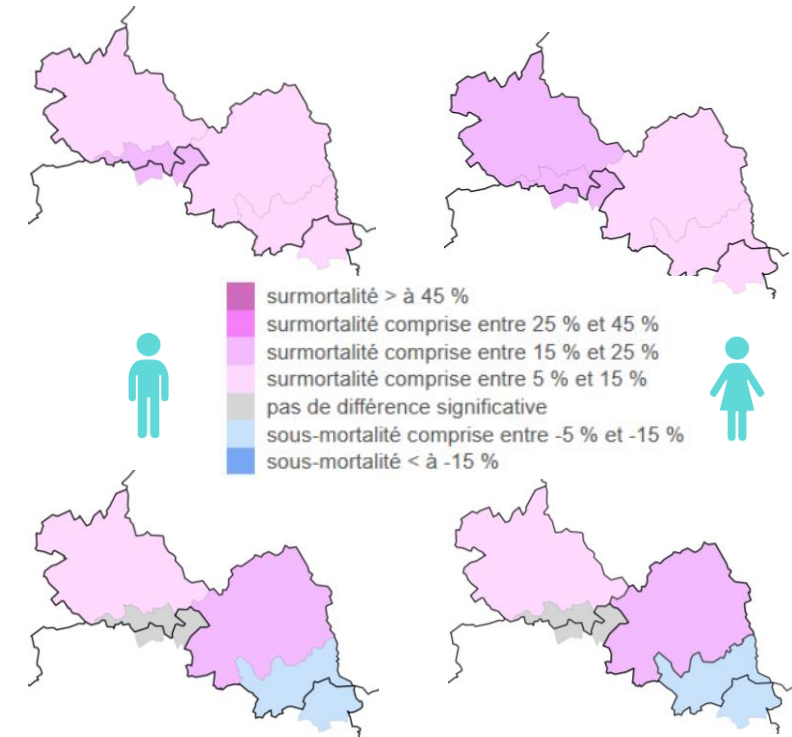
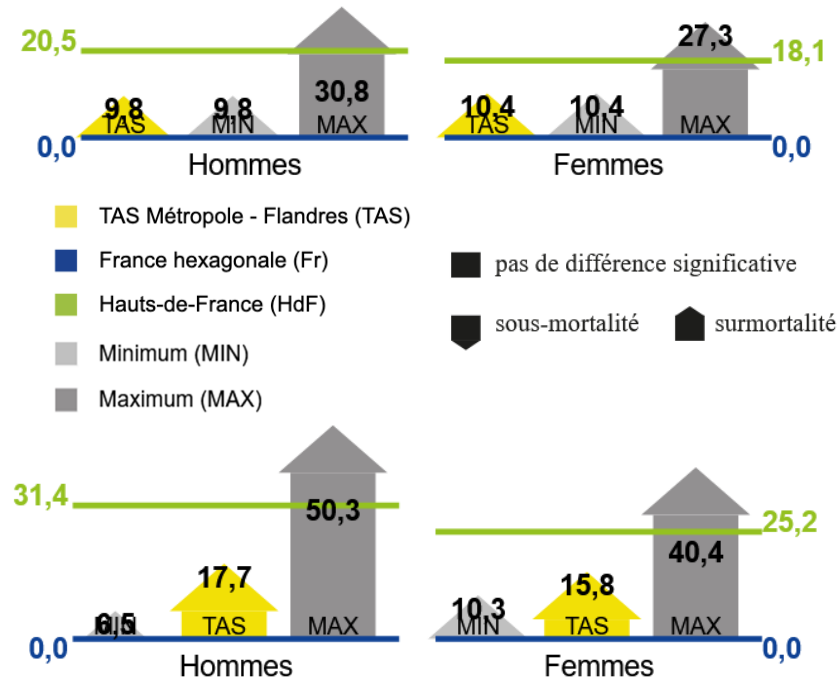
⇒ Ce **constat** est récent : par le passé, les espérances de vie masculine et féminine du TAS étaient proches, voire identiques aux valeurs régionales. Ainsi, à la fin des années quatre-vingt-dix, les différentiels entre le TAS et la France pour l'espérance de vie étaient de 2,3 ans chez les hommes et de 1,7 an chez les femmes.

⇒ L'écart entre les EPCI présentant les valeurs extrêmes pour l'espérance de vie à la naissance est de **1,6 an chez les femmes** et **1,2 an chez les hommes**.

Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)



Différentiel en regard de la France hexagonale en 2011-2017 (en %)

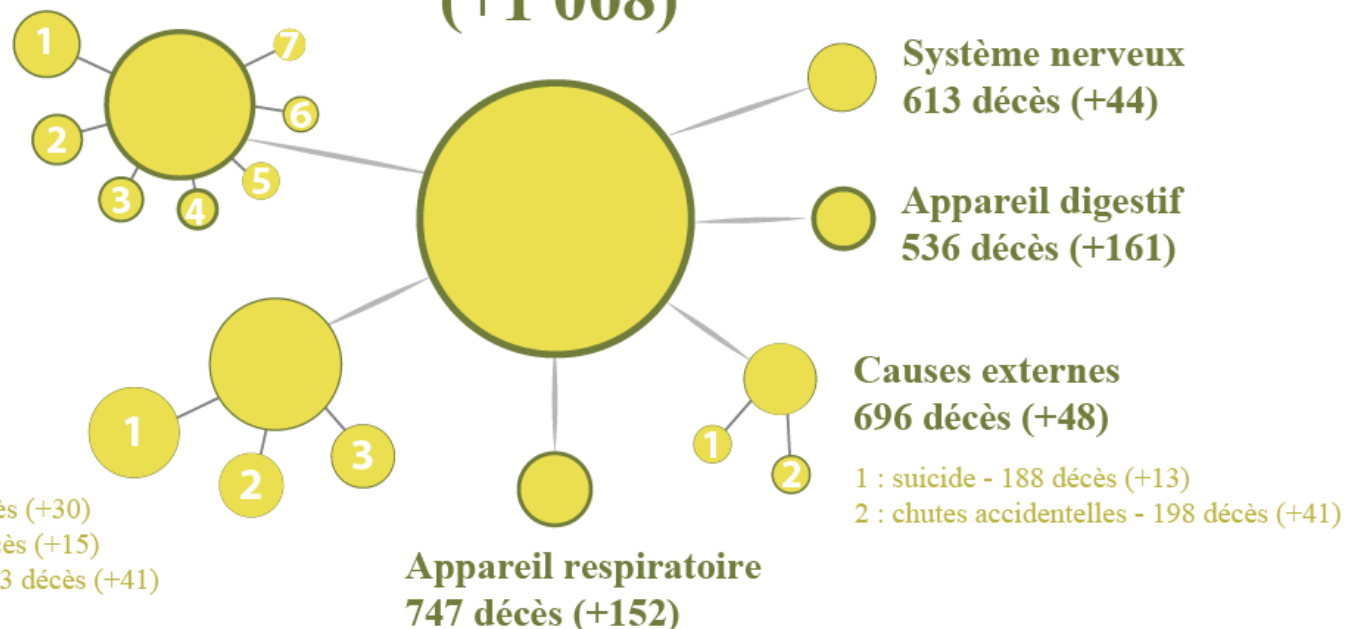


⇒ La mortalité s'est réduite au cours du temps, tous âges confondus, au même rythme dans le TAS qu'en France, impliquant une stabilité du différentiel de mortalité : de l'ordre de +10 % en 2000-2006 comme en 2011-2017, tant chez les hommes que chez les femmes. Ce constat global masque cependant des écarts sensibles entre EPCI, allant de +8 % à +25 % pour chacun des sexes en regard de la France.

⇒ Chez les moins de 65 ans, la diminution a été plus soutenue dans le TAS, permettant de réduire les écarts avec le niveau national : chez les hommes +18 % en 2011-2017 (+27 % en 2000-2006) et chez les femmes +16 % en 2011-2017 (+24 % en 2000-2006). Là encore, les écarts entre EPCI sont importants puisque le différentiel maximal avec la France est de l'ordre de +20 % chez les hommes comme chez les femmes. À l'opposé, la CC Pévèle-Carembault présente des taux inférieurs (respectivement -8 % et -15 %) qui la situe aux 5<sup>es</sup> rangs pour la faiblesse de ses taux parmi l'ensemble des EPCI des Hauts-de-France.



## Toutes causes 10 076 décès (+1 008)



⇒ Les **cancers** constituent la **première cause de décès** tous sexes confondus : 29 % des décès de personnes domiciliées dans le TAS sont dus aux cancers ; les **maladies cardiovasculaires** viennent ensuite : 23 % des décès.

⇒ En regard de la France, une **forte surmortalité** par **maladies de l'appareil digestif** et par **maladies de l'appareil respiratoire** est observée. Respectivement, ce sont 30 % et 20 % des décès pour ces deux causes qui auraient pu être évitées si le TAS avait les mêmes niveaux de mortalité que ceux de la France. Les chutes accidentelles dépassent également les 20 % de décès en plus en regard de la France.

### Cancers

**2 970 décès (+389)**

- 1 : trachée, bronches et poumon  
593 décès (+75 ; 456 chez les hommes, +91)
- 2 : côlon-rectum - 344 décès (+65)
- 3 : sein chez les femmes - 272 décès (+63)
- 4 : VADS - 228 décès (+81)
- 5 : pancréas - 177 décès (+6)
- 6 : foie - 170 décès (+36)
- 7 : prostate - 127 décès (+0)

### Maladies cardiovasculaires

**2 301 décès (+127)**

- 1 : insuffisance cardiaque\* - 1 071 décès (+30)
- 2 : cardiopathies ischémiques - 537 décès (+15)
- 3 : maladies vasculaires cérébrales - 533 décès (+41)

\* considérée en cause principale, causes associées et comorbidités



Nombre de décès annuel moyen en 2011-2017 dans le TAS  
(nombre de décès annuel moyen en 2011-2017 en plus dans le TAS,  
du fait de la surmortalité observée au regard de la France)



Nombre de décès annuel moyen en 2011-2017  
si le TAS avait la même mortalité qu'en France

L'ordre d'apparition des causes de décès sur le graphique correspond à l'ordre de fréquence observé au niveau régional.

1 679

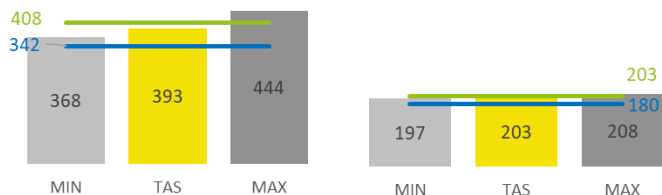


Nombre annuel moyen de décès en 2011-2017

1 291



Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)



+15 %

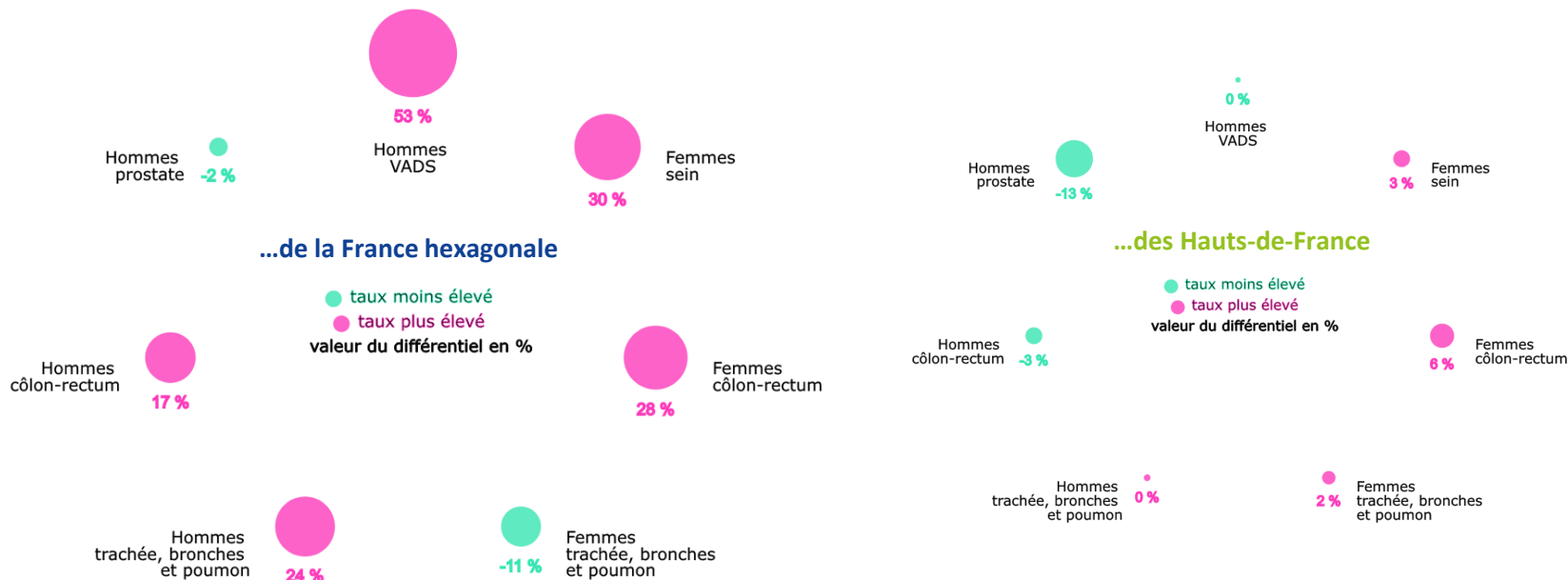
Différentiel de mortalité en regard de la France hexagonale (en %)

+13 %

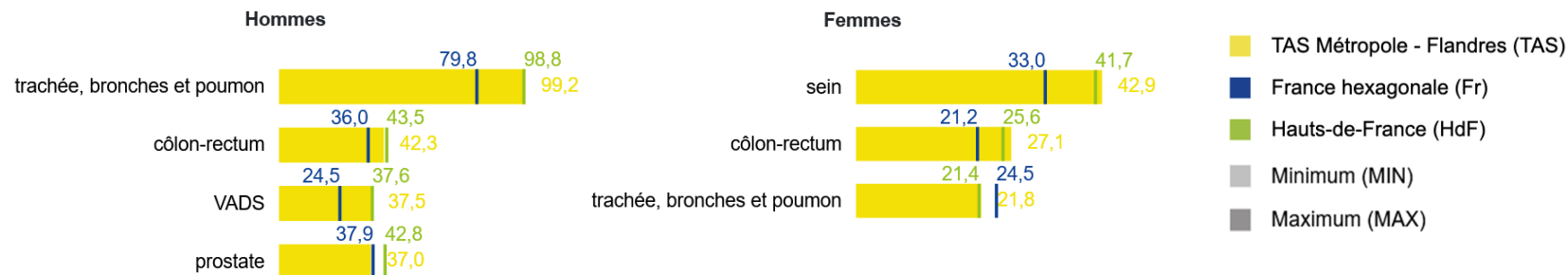


- surmortalité > à 45 %
- surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
- surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
- surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
- pas de différence significative

Différentiel de mortalité (en %) en regard...



Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)



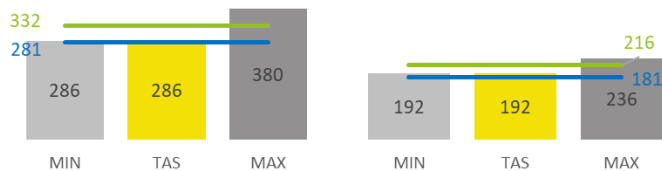
1 029

Nombre annuel  
moyen de décès  
en 2011-2017

1 272



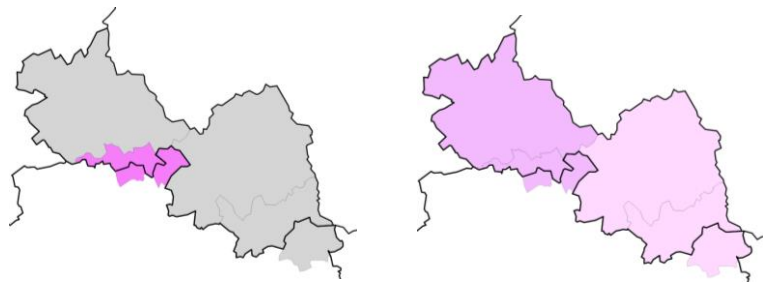
Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)



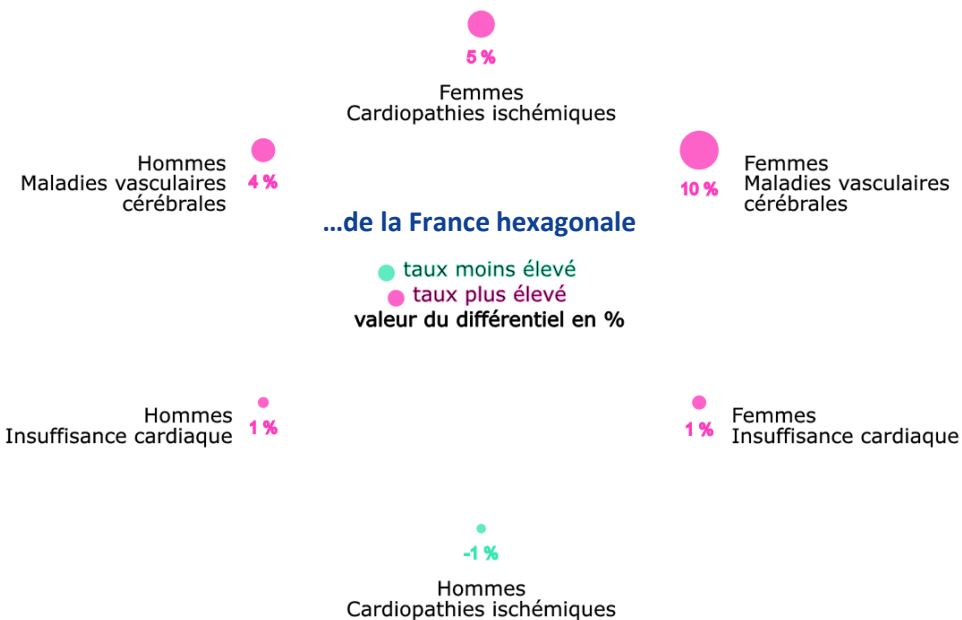
+2 %

Différentiel de mortalité  
en regard de la France  
hexagonale (en %)

+6 %

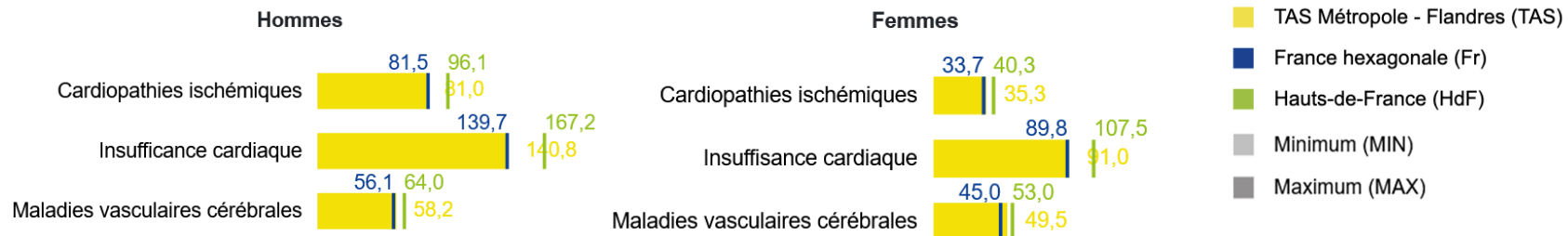


- surmortalité > à 45 %
- surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
- surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
- surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
- pas de différence significative



Différentiel de mortalité (en %) en regard...

Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)



## AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

## Nombre total d'ALD au 31 décembre 2020

Troubles de l'humeur : 3 533

Troubles de l'humeur : 7 536

Schizophrénie, trouble schizotypique  
et troubles délirants : 4 002Schizophrénie, trouble schizotypique  
et troubles délirants : 2 520Troubles de la personnalité  
et du comportement : 861Troubles de la personnalité  
et du comportement : 821

Retard mental : 2 076

Retard mental : 1 618

Nombre annuel moyen d'admission en ALD  
en 2013-2019 (hormis 2015)

Troubles de l'humeur : 412

Troubles de l'humeur : 766

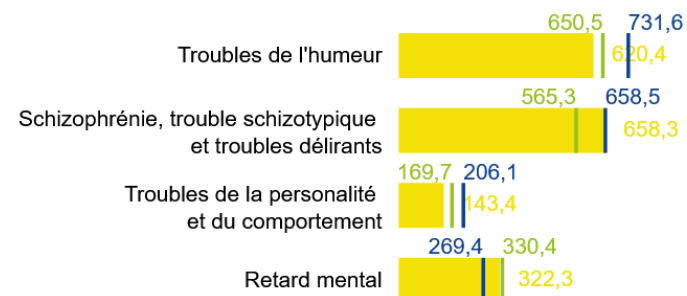
Schizophrénie, trouble schizotypique  
et troubles délirants : 267Schizophrénie, trouble schizotypique  
et troubles délirants : 168Troubles de la personnalité  
et du comportement : 80Troubles de la personnalité  
et du comportement : 71

Retard mental : 114

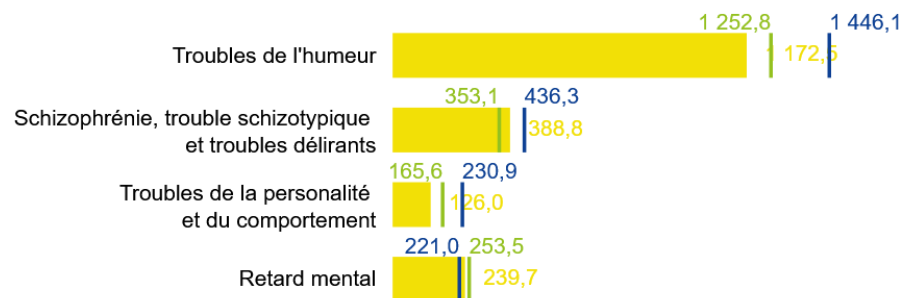
Retard mental : 88

Taux standardisé du total des ALD au 31 décembre 2020  
(pour 100 000 habitants)

## Hommes



## Femmes



## SUICIDE



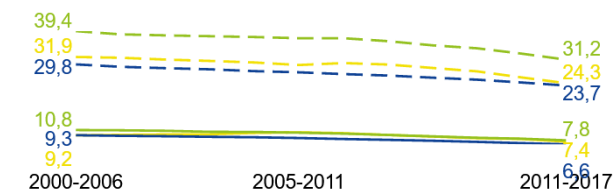
139

Nombre annuel moyen  
en 2011-2017

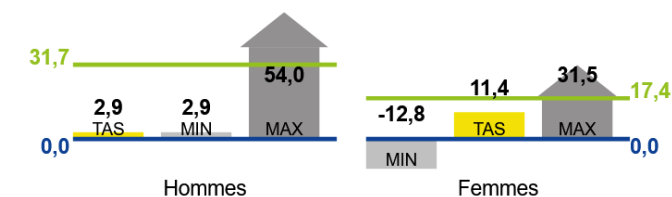
49



## Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)



Hommes  
 Femmes

Différentiel en regard de la France hexagonale  
en 2011-2017 (en %)

TAS Métropole - Flandres (TAS)  
 France hexagonale (Fr)  
 Hauts-de-France (HdF)  
 Minimum (MIN)  
 Maximum (MAX)

Les données d'affection de longue durée 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 au regard de la pathologie abordée soit plus favorable sur ces territoires.

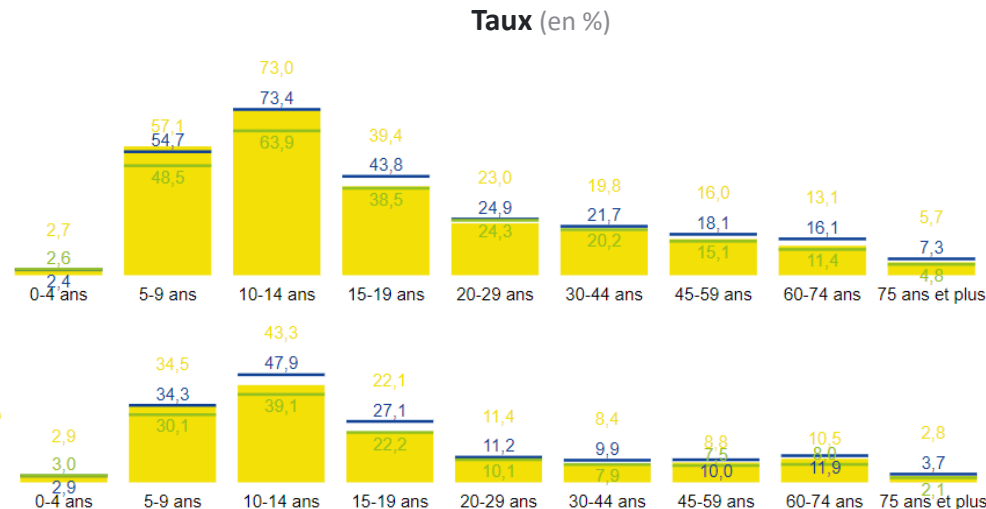
## LICENCES SPORTIVES DÉLIVRÉES, en 2019

Nombre

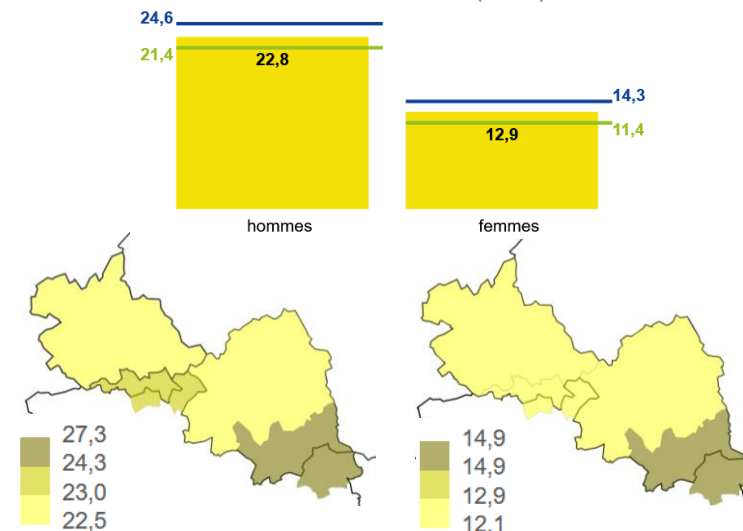
162 236



93 670



## Taux standardisé (en %)

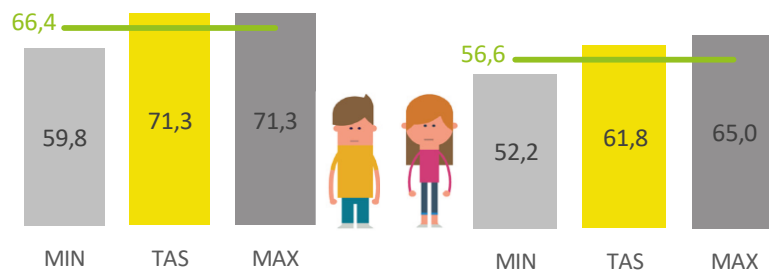


L'activité physique étudiée par le prisme des licences sportives délivrées n'est pas le reflet de l'ensemble de l'activité physique effectuée par la population. Certaines personnes peuvent par exemple avoir une activité physique en salle de sport, dans une association sans nécessairement prendre une licence ou encore la pratiquer de manière indépendante. De plus, le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés. En effet, cette source ne permet pas d'identifier les adhérents détenant plusieurs licences auprès de différentes fédérations sportives.

## ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE CHEZ LES ÉLÈVES DE SIXIÈME

ANNÉES SCOLAIRES 2018-2019 À 2020-2021

## Pratique d'une activité physique et sportive hors EPS (en %)



Pratique d'une activité physique et sportive hors EPS, selon le lieu de pratique (en %)

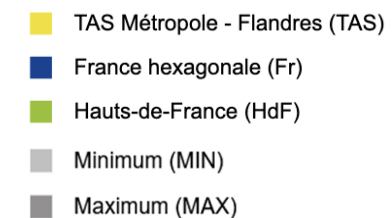
**En club, centre de loisir**  
53,6 % (48,5 % en région)

**À l'école (hors EPS)**  
17,6 % (15,4 % en région)

**Pratique indépendante**  
6,9 % (7,3 % en région)

⇒ En proportion, moins de licences sportives délivrées dans le TAS qu'en France, mais plus que dans le reste de la région, avec des disparités suivant l'âge.

⇒ Quel que soit l'âge, des parts plus élevées chez les hommes que chez les femmes ; différence suivant le sexe retrouvée chez les élèves de sixième à partir de l'enquête *Jesais*. Ce recueil fait ressortir une pratique physique la plus élevée des TAS chez les garçons (elle est dans les plus élevée chez les filles).



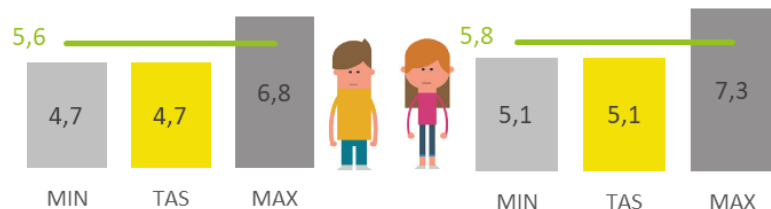
## CORPULENCE

Part d'élèves de sixième\*... (en %)  
années scolaires 2018-2019 à 2020-2021

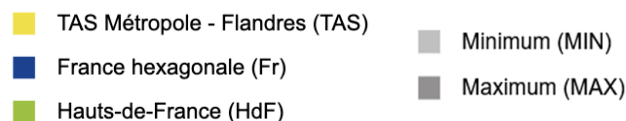
en situation de maigreur



en situation d'obésité



\* les données de poids et de taille reposent sur des informations mesurées par les infirmiers scolaires.

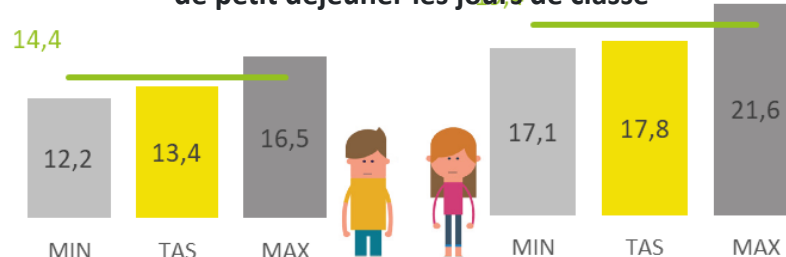


⇒ Un cinquième des élèves de sixième en surcharge pondérale, sans différence entre les garçons (valeur la plus faible des TAS) et les filles (dans les plus faibles des TAS).

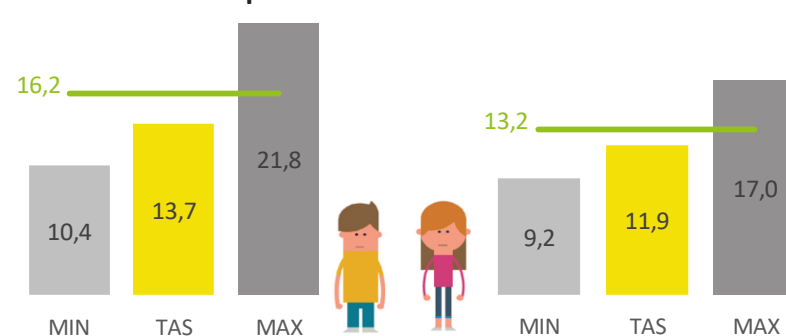
## AUTOUR DE L'ALIMENTATION

Part d'élèves de sixième déclarant... (en %)  
années scolaires 2018-2019 à 2020-2021

jamais ou rarement prendre  
de petit déjeuner les jours de classe



consommer quotidiennement des boissons sucrées



⇒ Un élève de sixième sur quatorze indique consommer quotidiennement des produits sucrés ou de type snack et un sur huit prendre des boissons sucrées, soit des parts plus faibles dans le TAS qu'en région.

## DIABÈTE

Nombre total d'ALD au 31 décembre 2020

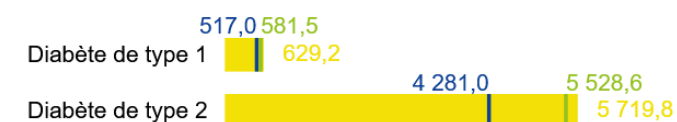
Diabète de type 1 :

4 104 hommes et 3 533 femmes

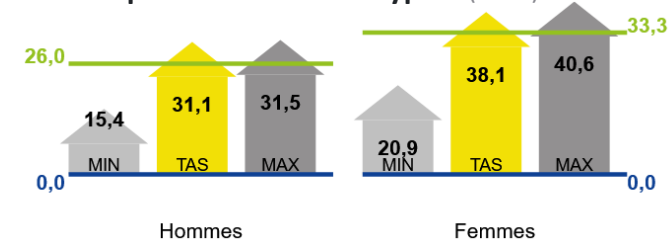
Diabète de type 2 :

33 602 hommes et 30 676 femmes

Taux standardisés (pour 100 000 habitants)



Différentiel en regard de la France hexagonale  
pour le diabète de type 2 (en %)

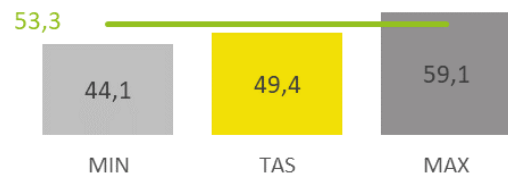


⇒ Que ce soit à travers les ALD et la mortalité\*, le TAS présente des taux plus élevés que ceux relevés en France, tant chez les hommes que chez les femmes. La mortalité par diabète est la plus faible des TAS.

\* indicateurs de mortalité non présentés dans ce document.

## TABAC

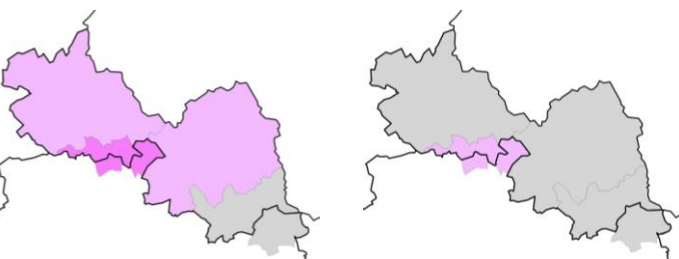
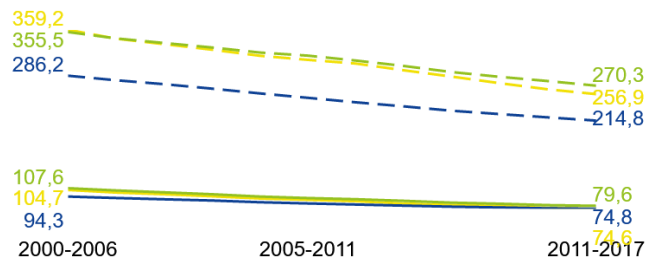
Part d'élèves de sixième déclarant vivre avec au moins un parent fumeur (en %) années scolaires 2018-2019 à 2020-2021



1 049



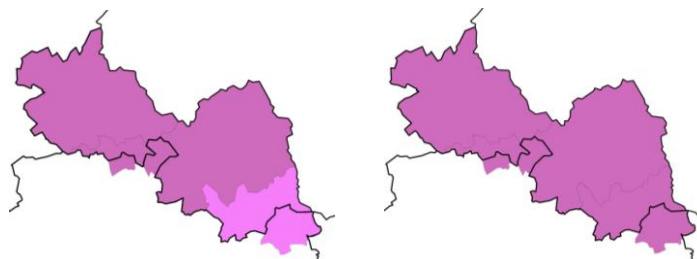
483



Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)

☀️ ☀️ ☀️ Hommes  
 🌿 🌿 🌿 Femmes

Différentiel de mortalité en regard de la France hexagonale (en %)



⇒ Le TAS présente des parts d'élèves de sixième ayant au moins un parent fumeur et d'élèves indiquant avoir déjà bu de l'alcool au cours de la vie assez proches des valeurs régionales.

⇒ La part d'élèves indiquant avoir bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois est de 4 % pour les filles (5 % en région) et de 6 % pour les garçons (9 % en région).

⇒ Une large majorité des élèves pense que l'alcool est dangereux pour la santé : 96 % dans le TAS, sans différence avec la région.

⇒ Une mortalité liée à la consommation d'alcool largement supérieure à celle de la France (+85 %, pour les femmes et + 51 % pour les hommes).

⇒ En ce qui concerne la mortalité liée à la consommation de tabac, seule celle des hommes diffère de la valeur nationale (+20 %). Chez les femmes, c'est la plus faible des TAS.

## ALCOOL

Part d'élèves de sixième déclarant avoir déjà bu de l'alcool (en %) années scolaires 2018-2019 à 2020-2021



En 2011-2017

Nombre annuel moyen de décès liés à la consommation

357



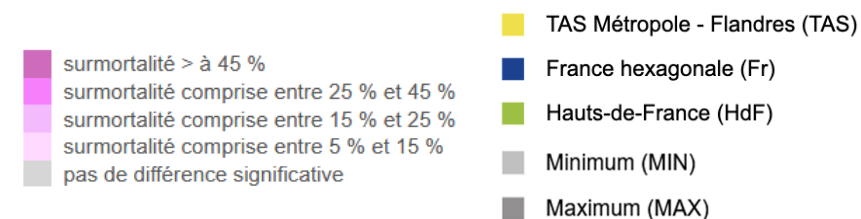
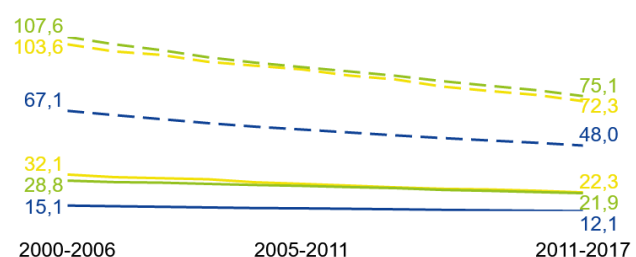
139



Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)

☀️ ☀️ ☀️ Hommes  
 🌿 🌿 🌿 Femmes

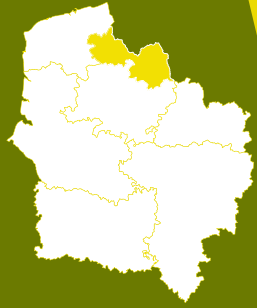
Différentiel de mortalité en regard de la France hexagonale (en %)



# MÉTROPOLE - FLANDRES

Le **TAS le plus dense**, avec une **population plus jeune** qu'en France et **qui continue à progresser rapidement**.

Une **situation sociale intermédiaire** qui se situe entre celles de la France hexagonale et de la région.



Des **indicateurs de mortalité générale et prématurée défavorables par rapport à la France hexagonale**, mais une situation parmi les meilleures des TAS des Hauts-de-France tous âges et une **dynamique intéressante chez les moins de 65 ans** avec un différentiel vis-à-vis du niveau national, tant chez les hommes que chez les femmes qui a tendance à se réduire.

Une **forte surmortalité** liée à la **consommation d'alcool chez les hommes comme chez les femmes** et, à un degré moindre, en relation avec une consommation tabagique chez les hommes et **mortalités importantes par cancers, par maladies des appareils respiratoire et digestif**.

Des **consommations de soins hospitaliers globalement élevées ou proches des valeurs nationales** ; en psychiatrie, un niveau de recours aux soins ambulatoires élevé, mais faible pour ce qui concerne les hospitalisations, notamment complètes.

Une **forte densité de médecins généralistes libéraux, qui diminue** certes, mais moins rapidement qu'en région et France ; des **densités de médecins spécialistes élevées** (du fait de la présence de nombreux établissements de soin) de même que pour **nombre d'autres professionnels de santé**.

