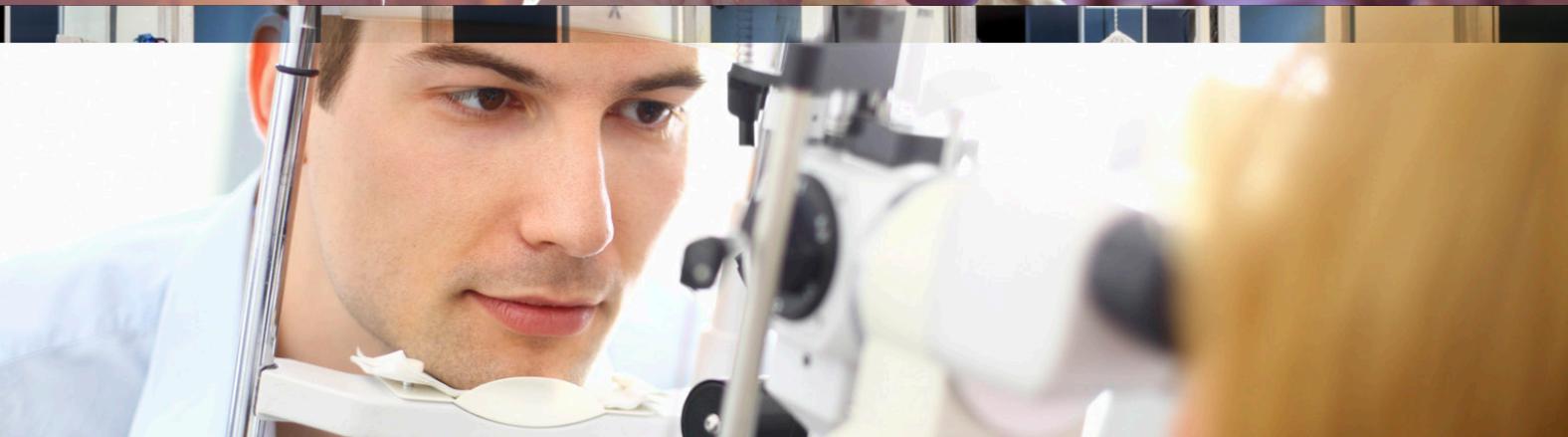




DIAGNOSTIC TERRITORIALISÉ DES HAUTS-DE-FRANCE

TERRITOIRES DE PROXIMITÉ



Comme attendu après la promulgation de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France s'est engagée dès 2016 dans l'élaboration d'un projet régional de santé de deuxième génération (PRS2), que nous mettrons en œuvre sur la période 2018-2022.

Que ce soit pour la gouvernance, la méthodologie d'élaboration ou la concertation avec les partenaires, soyez assurés que je m'appuierai sur les enseignements de l'évaluation finale des projets régionaux de santé des deux ex-régions du Nord - Pas-de-Calais et de Picardie, afin que le futur projet régional de santé réponde encore mieux aux besoins de la population de la région des Hauts-de-France.

Je tenais également à souligner que le découpage de la région en six territoires de démocratie sanitaire contribue à un objectif renforcé de cohérence des politiques publiques et des politiques de santé. Les spécificités territoriales seront ainsi mieux prises en considération et partagées avec les différents partenaires de chacun de ces six territoires.

Enfin, et c'est l'objet de ce document, un diagnostic de l'état de santé de la population, territorialisé et partagé avec les acteurs de la région, est une étape incontournable pour l'élaboration d'un projet régional de santé de qualité, répondant aux attentes, tant de la population que des partenaires et professionnels œuvrant dans le champ de la santé.

Ce premier diagnostic de la grande région a le mérite de poser les principales problématiques et enjeux de santé auxquels nous serons confrontés dans les années à venir. Il nous permet, outre de situer les Hauts-de-France en regard du niveau national, de comparer les territoires de la région les uns par rapport aux autres. Il nous donne ainsi les bases pour une déclinaison infra-régionale du PRS, adaptée aux spécificités territoriales. L'analyse de la région à une échelle de proximité plus fine que celle des territoires de démocratie sanitaire met en exergue de fortes disparités et pointe de manière précise les zones géographiques sur lesquelles notre action, dans les cinq années, sera déterminante si l'on veut effectivement réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

Au-delà de ce rôle pédagogique de contribution à la définition des priorités d'actions qui seront inscrites dans le projet régional de santé, ce diagnostic territorialisé, référentiel commun à l'ensemble des acteurs de la santé de la région, sera le support pour un partage constructif avec les instances de démocratie sanitaire et, plus particulièrement, la Conférence régionale de santé et de l'autonomie et les Conseils territoriaux de santé.

J'adresse mes sincères remerciements aux contributeurs de ce travail de qualité et notamment à l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie.

Une fois ce préalable réalisé, nous entrons désormais dans une phase de travail intense, associée à une concertation régulière avec les partenaires, pour aboutir à la rédaction du cadre d'orientations stratégiques, du schéma régional de santé et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins, attendus pour la fin de l'année 2017.

Monique RICOMES
Directrice générale de l'ARS des Hauts-de-France

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' followed by a smaller 'i'.

SITUATION SOCIO DÉMOGRAPHIQUE

p. 7

ÉTAT DE SANTÉ

p. 19

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

p. 49

VUE D'ENSEMBLE

p. 75

ANNEXES

p. 79

Préface	p. 1
Introduction	p. 5
La région en regard du niveau national	p. 8
Faits marquants en région	p. 9
Population	p. 10
Naissances et fécondité	p. 12
Ménages et familles	p. 13
Éducation, emploi et revenus	p. 14
Allocations et autres prestations	p. 16
Allocations et logement	p. 17
La région en regard du niveau national	p. 20
Faits marquants en région	p. 21
Constat général	p. 22
Cancers	p. 24
Maladies de l'appareil circulatoire	p. 29
Maladies de l'appareil respiratoire	p. 32
Diabète	p. 34
Maladie d'Alzheimer	p. 35
Maladie de Parkinson	p. 36
Maladies de l'appareil digestif	p. 37
Tabac	p. 38
Alcool	p. 39
Suicide	p. 40
Accidents	p. 42
Autres pathologies	p. 43
Autres déterminants de santé	p. 44
latrogénie	p. 47
La région en regard du niveau national	p. 50
Faits marquants en région	p. 51
Médecins généralistes	p. 52
Pharmaciens	p. 53
Médecins spécialistes	p. 54
Autres professionnels de santé	p. 56
Soins de courte durée	p. 58
Maternité, néonatalogie et IVG	p. 59
Urgence	p. 60
Soins de suite et de réadaptation	p. 61
Prise en charge du cancer	p. 62
Équipements lourds	p. 64
Hospitalisation à domicile	p. 64
Addictions	p. 65
Psychiatrie	p. 66
Personnes âgées	p. 68
Personnes en situation de handicap	p. 70
Méthodologie	p. 80
Cartographie	p. 82
Glossaire	p. 83

Ce document a été réalisé au sein de l'observatoire régional de la santé et du social par :

Nadège Thomas,
Sophie Debuisser,
Angélique Lefebvre,
Quentin Ory,
Céline Thienpont,
Marion Brusadelli,
Philippe Lorenzo,
François Michelot,
Alain Trugeon ;

avec la collaboration étroite des équipes de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France, notamment de :

Gwen Marqué - sous-directeur - sous-direction du PRS - direction de la stratégie et des territoires,
David Verloop - Responsable du service observation et études - sous-direction appui et efficience - direction de la stratégie et des territoires,
Stéphanie Frère - chargée de mission PRS - sous-direction du PRS - direction de la stratégie et des territoires.

La mise en page du document et les illustrations ont été réalisées par *Sylvie Bonin et Martine Rodriguès* (OR2S).

Les cartes ont été effectuées à partir d'outils informatiques développés par *Jérôme Lemaire* (OR2S).

Les indicateurs ont été calculés pour leur majorité par *Cindy Alix* (OR2S) à partir d'un système de gestion de base de données développé au sein de l'OR2S par *Michaël Mansion*.

Les auteurs remercient toutes les structures ayant fourni les données indispensables à la réalisation de ce document (ainsi que toutes les personnes qui ont permis la production des données et leur validité), à savoir l' :

Agence des systèmes d'information partagés de santé ;
Agence nationale de santé publique (Santé publique France) ;
Agence régionale de santé des Hauts-de-France ;
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ;
Association pour le dépistage des cancers dans l'Aisne ;
Association pour le dépistage des cancers dans le Nord ;
Association pour le dépistage des cancers dans le Pas-de-Calais ;
Association pour le dépistage des cancers dans l'Oise ;
Association pour le dépistage des maladies dans la Somme ;
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;
Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ;
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
Caisse nationale des allocations familiales ;
Caisse nationale du régime social des indépendants ;
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;
Direction générale des finances publiques ;
Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé ;
Institut national de la santé et de la recherche médicale, centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ;
Institut national de la statistique et des études économiques ;
Institut national du cancer ;
Ministère de l'Économie et des Finances ;
Ministère des Affaires sociales et de la Santé ;
Ministère du Logement et de l'Habitat durable ;
Rectorat de l'académie d'Amiens ;
Rectorat de l'académie de Lille ;
Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Le diagnostic de la région des Hauts-de-France est une des étapes de la conception du projet régional de santé (PRS) de deuxième génération. Ce document, qui s'appuie sur des données quantitatives, est complété par d'autres productions apportant des analyses qualitatives et quantitatives sur différents aspects de la santé. Les contributions des représentants de la démocratie sanitaire régionale et dans les territoires participent à enrichir ces différentes démarches de diagnostics existantes. Les indicateurs pris dans leur globalité permettent d'appuyer les démarches d'analyse, de définition des priorités qui seront établies lors de l'élaboration du PRS2.

Pour aider à définir les spécificités territoriales, le choix s'est porté sur un diagnostic territorialisé. Les territoires les plus petits retenus pour le diagnostic correspondent à un regroupement des territoires de l'action sociale des conseils départementaux. Ces territoires sont aussi très proches des arrondissements.

Si ces territoires se sont avérés pertinents pour l'analyse des situations, d'autres choix territoriaux pourront s'opérer pour organiser la réponse aux besoins identifiés. C'est une des missions du PRS que de définir la bonne adéquation entre l'offre et les besoins.

Le contexte particulier de la mise en place de la région des Hauts-de-France a conduit à redéfinir de nouveaux territoires de démocratie sanitaire. Malgré des délais contraints, pour poursuivre la dynamique des échanges avec les conseils territoriaux de santé, ces territoires ont été intégrés dans ce diagnostic.

Enfin, et c'est l'un des objectifs de ce document, la région des Hauts-de-France peut se situer par rapport à la France pour mieux définir ses priorités. Certains indicateurs présentent l'évolution sur une trentaine d'années, la dimension temporelle est en effet nécessaire pour porter un jugement plus pertinent sur la situation.

Si, dans un domaine comme celui de la santé, il est illusoire de tout couvrir, ce diagnostic s'est voulu le plus complet possible, en abordant successivement les indicateurs autour de la situation sociodémographique, puis ceux relatifs à l'offre de soins et de services en traitant les problématiques majeures de santé de la région.

Ce diagnostic territorialisé de santé, outil pour les travaux à venir sur le projet régional de santé, constitue une première pour la nouvelle région des Hauts-de-France.



SITUATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

La situation sociodémographique est principalement abordée à partir des données de l'Institut national des statistiques et des études économiques (Insee), tout particulièrement celles issues du recensement de la population de 2013¹. L'Insee fournit aussi des informations à travers l'état civil, en ce qui concerne les naissances et les taux de fécondité qui en découlent. 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 et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole fournissent les données pour leurs affiliés respectifs. Elles sont cumulées dans le présent document. L'Assurance maladie produit les données relatives à la couverture maladie universelle. Enfin, pour le logement social, le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS) provient du ministère du Logement et de l'Habitat durable.

À l'instar des autres chapitres, les deux premières pages de celui-ci offrent une vision d'ensemble des Hauts-de-France en regard des autres régions et de l'Hexagone. Une comparaison complémentaire est menée à partir du type d'unités urbaines car les différences sociales entre les unités urbaines sous leurs différentes déclinaisons et les zones rurales peuvent être sensibles. Les pages suivantes ont pour objet de présenter les informations au niveau des territoires de proximité.

Ayant dépassé les six millions d'habitants depuis plus de deux ans, les Hauts-de-France constituent la troisième région française pour la taille de population après l'Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes. Pour autant, la situation des territoires de proximité est très hétérogène en regard de la population. Ainsi, les deux premières pages qui les analysent abordent les aspects structurels de la population, faisant ressortir une région qui mélange des zones urbaines très denses avec des territoires bien moins peuplés. Elles montrent des différences aussi bien concernant la répartition par âge qu'en matière de flux populationnel. Les pages suivantes ont trait à la famille, en passant naturellement par les naissances, sachant que les Hauts-de-France connaissent l'indice conjoncturel de fécondité le plus élevé des régions de l'Hexagone. Cela a une influence sur la composition des ménages et des familles, notamment sur leur répartition spatiale. Le chômage et, plus généralement, la fragilité professionnelle sont traités, de même que le niveau de diplôme. La répartition autour des professions et catégories socioprofessionnelles est abordée ainsi que les revenus. Ces informations prises isolément se renforcent en les confrontant ; elles soulignent que la seule vision globale régionale n'est pas suffisante pour approcher les populations dans leur pluralité. Les dernières pages sont consacrées aux allocations sociales et autres prestations dans leur diversité ainsi qu'au logement. Elles mettent elles aussi en exergue des territoires bien identifiés quant à la question sociale. Elles permettent de comprendre les enjeux en matière de santé, que ce soit en termes d'état de santé des habitants ou en matière d'offre de soins et de services, traités dans les deux chapitres suivants.

¹ Le recensement repose désormais sur une collecte annuelle d'information, concernant successivement tous les territoires communaux au cours d'une période de cinq ans pour obtenir une meilleure robustesse des données. La date de référence est fixée au 1^{er} janvier de l'année médiane des cinq années d'enquête. Ici, cela concerne les recueils des années 2011 à 2015.

La région en regard du niveau national

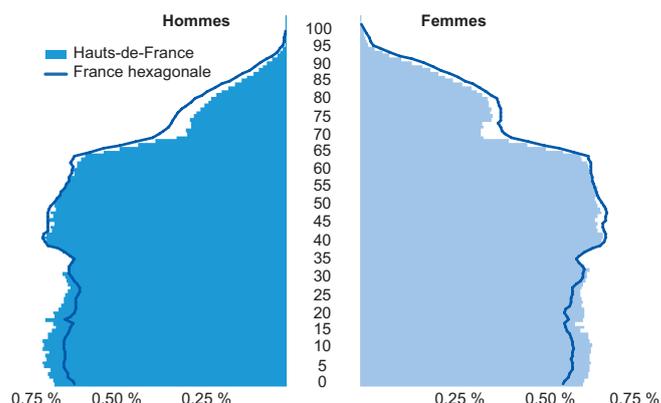
Les Hauts-de-France avec un peu plus de six millions d'habitants au 1^{er} janvier 2017 arrivent au troisième rang des régions les plus peuplées de France hexagonale après l'Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes, et même au deuxième pour la densité après la région francilienne (188 habitants au km² contre 996 au recensement de population -RP- du 1^{er} janvier 2013 ; 117 pour la France hexagonale). Dans les Hauts-de-France, la population vit plutôt dans des unités urbaines importantes, de 100 000 habitants ou plus : 46,7 % *versus* 35,1 % dans le reste de l'Hexagone hors région francilienne au RP 2013. À l'inverse, la part de population domiciliée dans des unités urbaines de moins de 10 000 habitants ou en zones rurales y est moindre : respectivement 32,4 % contre 43,4 %. Elles sont par ailleurs plus densément peuplées que leurs homologues françaises.

La région est contrastée du point de vue de sa croissance démographique. Elle connaît en effet le troisième taux d'accroissement annuel moyen le plus faible entre les deux derniers recensements comparables, en date des 1^{ers} janvier 2008 et 2013, avec +0,19 % contre +0,50 % en France, devançant seulement Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté. Dans les Hauts-de-France, quel que soit le type d'unité urbaine, le taux d'accroissement est inférieur au cours de ces cinq années à celui observé pour l'ensemble de la France. Pour les deux entités géographiques, l'accroissement de population est plus marqué en zones rurales.

Entre les RP 1975 et 2008, en région comme en France, l'évolution annuelle de la population hexagonale est du même ordre que celle observée au cours des cinq dernières années : +0,18 % dans les Hauts-de-France et +0,51 % dans l'Hexagone. Ainsi, entre les RP 1975 et 2013, les Hauts-de-France ont connu le taux d'accroissement de population le plus faible des régions hexagonales, à quasi égalité avec Grand Est. Pour autant, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) a toujours été relativement important dans la région. Les Hauts-de-France présentent même la fécondité la plus élevée des régions hexagonales sur la période 2009-2015 ; l'ICF est de 2,08 enfants par femme *versus* 1,98 au niveau de l'Hexagone, un peu en deçà cependant du seuil de renouvellement des générations (2,10). Dans les Hauts-de-France, la fécondité est plutôt homogène quelle que soit la taille des unités urbaines. En effet, l'ICF est compris entre 2,08 et 2,11 alors qu'il varie entre 1,92 et 2,10 en France hexagonale. Si le différentiel est quasi nul en zones rurales entre les deux unités géographiques (2,11 *versus* 2,10), il est plus marqué pour les unités urbaines, tout particulièrement pour celles de 100 000 habitants ou plus. Au niveau national, ce sont ces grandes unités urbaines qui connaissent la fécondité la plus faible (moins de deux enfants par femme).

La pyramide des âges fait ressortir une population plutôt jeune par rapport au reste du pays. Ainsi, 2,5 points séparent, au RP 2013, la part des moins de 25 ans au sein des Hauts-de-France de celle de la France hexagonale : 32,8 % contre 30,3 %. Cet écart s'accroît même pour les moins de 30 ans : 39,1 %

PYRAMIDE DES ÂGES AU 1^{ER} JANVIER 2013



Source : Insee - Exploitation OR2S

contre 36,4 %. Ces parts sont les plus élevées des régions de l'Hexagone. Les Hauts-de-France ont, par contre, la deuxième plus faible part après l'Île-de-France pour les 75 ans et plus (7,9 % *versus* 9,2 % en France) ; l'écart est amplifié en regard des 60 ans et plus : 21,7 % dans les Hauts-de-France contre 25,5 % au niveau national. Il en est de même pour le rang des Hauts-de-France concernant l'indice de vieillissement¹ (58,8 à comparer aux 73,6 de la France hexagonale et aux 52,5 de la région francilienne qui connaît la valeur la plus faible). Un écart particulièrement important existe entre les niveaux régional et national pour l'indice de vieillissement concernant les unités urbaines de 10 000 à moins de 100 000 habitants (respectivement 65,6 et 87,4). Concernant l'évolution des deux groupes situés aux extrémités de la pyramide des âges, la population des moins de 25 ans a décliné entre les RP 1975 et 2008 au niveau national (-0,31 % en accroissement moyen annuel) mais a augmenté de +0,13 % sur la dernière période intercensitaire. Contrairement au niveau national, dans les Hauts-de-France, la diminution de la population des moins de 25 ans s'est poursuivie sur la période récente (-0,32 % en moyenne annuelle). La population des 75 ans et plus est en très nette augmentation dans l'Hexagone : +2,58 % entre les RP 1975 et 2008 et +1,79 % entre ceux de 2008 et 2013 en moyenne annuelle. Dans les Hauts-de-France, cette augmentation reste en deçà de la moyenne française, avec respectivement +2,39 % et +1,36 %.

La fragilité sociale peut se mesurer à partir d'indicateurs couvrant diverses thématiques : accès à l'emploi, revenus, niveau de diplôme ou encore perception de diverses allocations. Ainsi, dans les Hauts-de-France, le taux de chômage des 15 ans et plus est le plus important des régions de l'Hexagone. Près d'une personne active sur six affirme être dans cette situation au recensement de 2013², soit 3,4 points de plus que la France. Cet écart avec le niveau national est plus que doublé chez les jeunes, atteignant 8,2 points, ce qui représente 36,5 % de la population active des 15-24 ans, soit le taux le plus élevé des régions de l'Hexagone. Tous âges, c'est dans les zones rurales que le taux de chômage reste le plus faible. C'est aussi là que l'écart est le plus réduit entre les niveaux régional et national

¹ nombre de personnes de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de moins de 20 ans * 100.

² trois sources de données permettent d'aborder le chômage : les taux de chômage localisés, les demandeurs d'emploi en fin de mois et les chômeurs au sens du recensement de la population. C'est cette dernière source qui est utilisée dans le présent contexte et dans la suite du document.

(respectivement 11,1 % et 9,6 %). En se référant toujours au RP 2013 à travers le taux standardisé de personnes inactives parmi les 25-54 ans¹, le constat établi pour le chômage est similaire avec un écart entre niveaux régional et national de plus de 2,5 points (12,0 % *versus* 9,4 %). Là encore, sont retrouvés des valeurs minimales en zones rurales et un écart minoré entre les deux échelons géographiques.

Les personnes pas ou peu diplômées² de 25-34 ans sont plus représentées dans les Hauts-de-France que dans l'ensemble de la France hexagonale (16,6 % *versus* 14,7 %). C'est dans les unités urbaines de 10 000 à 99 999 habitants que le différentiel avec la valeur hexagonale correspondante est le moins important (0,4 point) alors que c'est sur cette zone que les pourcentages sont les plus élevés sur les deux unités géographiques (18,1 % *versus* 17,7 %). Pour les 25-34 ans ayant au moins un Bac+2, près de 6 points séparent les Français de l'Hexagone des habitants des Hauts-de-France, au détriment de ces derniers (37,4 % *versus* 43,3 %). Des différences sensibles existent cependant pour les autres catégories d'unités urbaines entre la France et la région. Le maximum est trouvé pour les unités urbaines de 100 000 habitants ou plus où près de 47 % des 25-34 ans dans l'ensemble de l'Hexagone disposent d'un Bac+2 ou plus, contre moins de 40 % en région.

Les revenus sont en moyenne bien inférieurs à ceux du reste de l'Hexagone, tel que le révèle les données du ministère de l'Économie et des Finances. Ce sont ainsi, en 2014, 3 245 € qui séparent le montant moyen des revenus déclarés par les foyers fiscaux des Hauts-de-France (22 954 €) de celui de l'ensemble du pays (26 199 €). Au sein de l'Hexagone, seuls les foyers fiscaux corses déclarent un montant inférieur. Ce différentiel n'est toutefois pas retrouvé pour les zones rurales puisque les foyers fiscaux des Hauts-de-France y déclarent 1 000 € de revenus de plus que ceux des zones équivalentes de la France (respectivement 25 908 € et 24 887 €). La part de

foyers fiscaux non imposés des Hauts-de-France est la plus élevée des régions hexagonales, de 6 points supérieure à celle de la France en 2014 (respectivement 59,8 % et 53,8 %). Le différentiel est le plus conséquent parmi les unités urbaines de 100 000 habitants ou plus, avec plus de 8 points d'écart avec celles équivalentes de l'ensemble du pays. En revanche, en zones rurales, le différentiel va dans l'autre sens : les Hauts-de-France comptent 55,5 % de foyers fiscaux non imposés sur les revenus contre 57,3 % pour les zones rurales de l'ensemble du pays, soit un écart de -1,8 point avec le niveau national.

Au 31 décembre 2014, les taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA), sous ses différentes déclinaisons, sont les plus élevés des régions de l'Hexagone, avec plus de 4 points d'écart avec l'échelon national (12,1 % des ménages contre 8,0 % en France) ; cet écart dépasse les 6 points pour le RSA majoré (18,2 % des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans contre 12,1 % en France). C'est en zones rurales que le pourcentage est le plus faible, tant pour le RSA global que pour le RSA majoré, aussi bien à l'échelon national qu'au niveau régional ; c'est également dans cette zone que le différentiel est le plus faible entre les deux entités géographiques. De même, la part régionale des ménages percevant une allocation logement diffère de plus de 4 points avec le niveau national au 31 décembre 2014 (26,8 % *versus* 22,7 %), ce qui en fait la région présentant le taux d'allocations logement le plus élevé de l'Hexagone. Ce taux est moindre en zones rurales, tant au niveau national qu'en région avec un différentiel inversé dans les Hauts-de-France (11,7 % *versus* 12,3 %). Enfin, le taux d'allocataires de la caisse d'allocations familiales (Caf) ayant trois enfants ou plus est le plus important des régions de France avec 26,0 % fin 2014 contre 22,9 % au niveau national. Ce pourcentage est tout particulièrement élevé dans les unités urbaines de 100 000 habitants ou plus des Hauts-de-France, avec un différentiel de plus de 4,5 points par rapport à l'ensemble du pays (27,5 % *versus* 22,9 %).

¹ taux standardisés sur l'âge et le genre.

² sortis du système scolaire sans diplôme ou au plus avec le BEPC, le brevet des collèges ou le diplôme national du brevet.

FAITS MARQUANTS EN RÉGION

Les Hauts-de-France, deuxième région française en termes de densité derrière sa voisine francilienne, présentent une situation très atypique en regard de nombre de ses homologues. Ce constat global occulte cependant d'importantes différences infra-régionales telles que révélées à partir de l'analyse par territoires de proximité. Ainsi, si la densité est globalement élevée, celle-ci masque des zones peu peuplées dans la partie sud essentiellement. La population est jeune mais certains territoires comptent cependant un poids de personnes de 75 ans et plus bien au-delà de la moyenne nationale. Et cela ne risque pas de se modifier à l'avenir car ce sont aussi ces zones qui perdent de la population, active essentiellement et ce depuis très longtemps. Il faut dire que c'est sur ces territoires, situés pour un grand nombre au Nord-Est, que s'accumulent les difficultés. Ce sont ceux sur lesquels est retrouvée une grande fragilité professionnelle. Plus de deux jeunes de 15-24 ans sur cinq sont au chômage, un sur cinq parmi les actifs de 15 ans et plus. Les parts d'inactifs de 25-54 ans et d'emplois précaires sont aussi très élevées dans cette partie des Hauts-de-France. Cela se retrouve, à un degré moindre, sur la façade maritime, plus particulièrement pour le Calaisis ou ses alentours. Toujours dans cette partie nord, deux foyers fiscaux sur trois sont non imposés sur le revenu ce qui se situe bien au-dessus de la moyenne nationale. Enfin les allocations et autres prestations (AAH, AEEH, Aspa, CMUc, RSA ou encore les diverses allocations logement) font ressortir les mêmes territoires, à quelques variantes près. La situation n'est donc pas homogène au sein des Hauts-de-France, loin s'en faut. Il existe des zones fragilisées alors que d'autres apparaissent plus attractives. En tout premier lieu, Lille est à mentionner avec globalement un nombre d'indicateurs favorables. Flandre Intérieure fait également partie des quelques territoires de proximité qui présentent une situation sociale favorable, y compris en regard du niveau national. De façon plus large, les territoires de proximité du département de l'Oise apparaissent plutôt de façon satisfaisante, notamment celui de Clermont. Le territoire de Valois - Halatte - Creil est un peu particulier, mélangeant une population très favorisée avec une autre qui cumule plus de difficultés, ce qui est aussi le cas, à un niveau moindre, pour les grandes agglomérations à l'instar de la métropole lilloise.

Population

Un clivage Nord/Sud très important concernant la taille de population et la densité

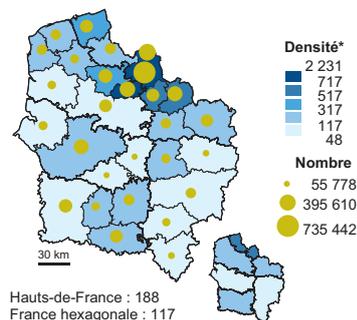
Le peuplement des vingt-huit territoires de proximité est hétérogène, avec une opposition Nord/Sud fortement marquée. Ainsi, au 1^{er} janvier 2013, avec plus de 735 000 habitants recensés, le territoire de proximité de Lille compte à lui seul plus de population que les départements de l'Aisne ou de la Somme. Viennent ensuite les territoires de Roubaix - Tourcoing avec 430 000 habitants, de Lens - Hénin avec 366 000 habitants et du Valenciennois avec 350 000 habitants. Le territoire de proximité le plus peuplé de l'ex-Picardie, comprenant l'ancienne capitale régionale -Amiens-, n'apparaît qu'en cinquième position avec un peu plus de 332 000 habitants. Tous les autres territoires de proximité de la région comptent moins de 300 000 habitants. À noter, les quatre derniers du classement ne recensent qu'entre 56 000 à 73 000 habitants ; à titre de comparaison, le territoire de Soissons qui arrive ensuite dénombre 104 000 habitants. Parmi les dix territoires de moins de 160 000 habitants, seuls deux appartiennent à l'ex-Nord - Pas-de-Calais : le Montreuillois et l'Audomarois avec respectivement 113 000 et 121 000 habitants.

En matière de densité, trois territoires de proximité connaissent une valeur supérieure à celle de l'Île-de-France : Lens - Hénin (1 041 habitants au km²), Lille (1 180) et Roubaix - Tourcoing (2 231). Seul un territoire de proximité de l'ex-Picardie, limitrophe de l'Île-de-France, se situe au-dessus de la moyenne régionale : Valois - Halatte - Creil. À l'inverse, onze territoires de proximité ont une densité inférieure à 117 habitants au km², soit la densité française. Ils appartiennent presque tous à deux départements de l'ex-Picardie : l'Aisne et la Somme, hormis les territoires de proximité du Montreuillois, de l'Arrageois et de Beauvais limitrophes de la Somme. À noter enfin que le territoire de proximité de Guise - Hirson présente une densité de population inférieure à 50 habitants au km².

Une perte importante de population sur le littoral et sur une grande partie du nord-est de la région

Si la population est répartie de façon hétérogène au niveau des territoires de proximité, une autre hétérogénéité est retrouvée en termes de dynamique démographique.

AUTOUR DE LA POPULATION AU 1^{ER} JANVIER 2013



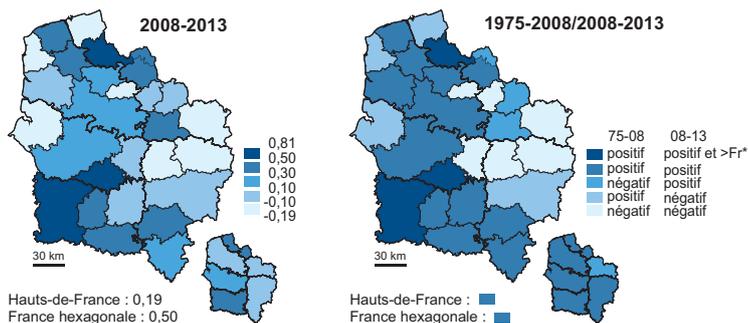
* nombre d'habitants au km²

Source : Insee - Exploitation OR2S

Naturellement, ces évolutions à ce niveau géographique sont à analyser dans un contexte d'accroissement moyen annuel de population depuis une quarantaine d'années de l'ordre de 0,50 % en France hexagonale et de 0,18 % dans les Hauts-de-France.

Que ce soit entre les RP 1975 et 2008 ou entre ceux de 2008 et 2013, six territoires de proximité ont connu une diminution de leur population. Les deux territoires de proximité les plus concernés par cette baisse sont Lens - Hénin et Sambre Avesnois (-0,18 % et -0,19 % en moyenne annuelle sur la dernière période intercensitaire). Viennent ensuite les deux territoires situés au nord de l'Aisne : Guise - Hirson et Saint-Quentin. Le territoire de proximité de Haute Somme, limitrophe de ce dernier, perd également de la population mais la perte est, dans une moindre mesure, compensée par l'augmentation importante de Montdidier - Santerre, l'autre territoire de proximité situé à l'est de la Somme. Enfin, le Douaisis, qui se situe dans ce même groupe, perd moins de population (moins de 0,03 % entre les RP 2008 et 2013). Hormis le Calais, la façade maritime connaît une diminution importante de population de l'ordre de 0,15 % entre les RP 2008 et 2013, que ce soit Abbeville, le Boulonnais ou le Dunkerquois. Quant au Montreuillois, il est resté, sur ces cinq dernières années, quasi à l'équilibre alors que l'augmentation était importante par le passé. De l'autre côté de l'échelle, trois territoires ont connu une augmentation de la population au-delà de la moyenne nationale entre les 1^{ers} janvier 2008 et 2013. Outre le territoire de Montdidier - Santerre déjà mentionné et peu peuplé, deux territoires ont enregistré un accroissement annuel important, supérieur à 0,60 % : Beauvais et Flandre Intérieure. En outre, douze territoires dont le Montreuillois déjà mentionné, ont vu leur population croître aussi bien entre les RP 1975 et 2008 qu'entre ceux de 2008 et 2013. Si, au cours de cette dernière période, trois d'entre eux ont vu leur population augmenter de plus de 0,40 % (Clermont, l'Audomarois et Lille), c'est ce dernier qui est particulièrement à mettre en exergue compte tenu de son poids dans la population régionale. Enfin, l'Oise est le seul département à voir tous ses territoires de proximité gagner des habitants sur les deux périodes d'observation, bien moins toutefois sur la dernière période intercensitaire pour le territoire de proximité de Noyon - Compiègne (moins de 0,10 %).

ACCROISSEMENT DE LA POPULATION ENTRE LES RP 2008 ET 2013 ET COMPARAISON DES PÉRIODES 1975-2008 ET 2008-2013



* supérieur au taux d'accroissement de France hexagonale

Source : Insee - Exploitation OR2S

Une zone allant d'Ouest en Est pour l'importance des personnes âgées...

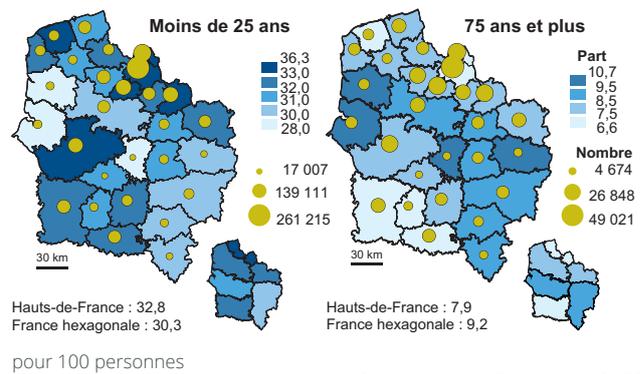
Au 1^{er} janvier 2013, la répartition par grands groupes d'âge (cf. pyramide page 8) souligne une moindre proportion de personnes âgées de 75 ans et plus dans les Hauts-de-France en regard de la moyenne nationale (respectivement 7,9 % et 9,2 %) et une plus grande proportion de moins de 25 ans (32,8 % et 30,3 %). Comme l'illustrent les deux cartes ci-contre, ce constat global masque cependant de réelles différences entre les territoires de proximité. Ainsi, la part des 75 ans et plus (166 000 hommes et 309 000 femmes en région) varie de plus de 4 points entre les *extrema*. Les territoires de proximité d'Abbeville, de Guise - Hirson, du Montreuillois et de la Haute Somme approchent ou dépassent les 10 %, soit un niveau bien supérieur à la moyenne nationale. De façon plus générale et hormis le territoire de proximité d'Amiens, une zone partant du littoral avec Abbeville et le Montreuillois passant de part et d'autre de la limite départementale entre la Somme et le Pas-de-Calais et se prolongeant vers le Sud sur tout le département de l'Aisne regroupe les parts les plus élevées de personnes âgées. À l'opposé, l'ensemble des territoires de proximité du département de l'Oise et ceux situés les plus au Nord sont ceux pour lesquels cette part est la plus faible. Sont ainsi tout particulièrement à mentionner les territoires de proximité isariens : Beauvais, Clermont et Valois - Halatte - Creil. Également, toujours en dessous des 7 %, la zone contiguë de Lille et Roubaix - Tourcoing, d'une part, et le Calaisais, d'autre part, sont à mentionner dans la partie nord.

La cartographie des territoires de proximité est inversée pour le groupe composé des moins de 25 ans avec notamment les territoires de proximité de Lille et de Roubaix - Tourcoing qui dépassent les 35 % d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes. Onze territoires de proximité oscillent autour du tiers de la population de moins de 25 ans. De l'autre côté de l'échelle, de nombreux territoires comptent moins de jeunes. Ils sont ainsi dix à se trouver sous les 31,5 %, dont huit appartenant à l'ex-Picardie avec le territoire de proximité d'Abbeville qui, avec 28,0 %, enregistre le plus faible pourcentage de moins de 25 ans de la région, très proche de son voisin montreuillois. Hormis Saint-Quentin, tous les territoires de proximité de l'Aisne sont en deçà de 31 % de moins de 25 ans.

...de même que pour le rapport de dépendance

Plusieurs indicateurs permettent de mesurer les effets structurels de la population. Ainsi, l'indice de vieillissement¹ des Hauts-de-France, compte tenu de la répartition par âge mentionnée précédemment, est le deuxième plus faible des régions hexagonales derrière celui de l'Île-de-France (58,8 contre 52,5 et 73,6 au niveau national). Toutefois, cela masque des situations très diversifiées au niveau des territoires de proximité. Sont ainsi à mentionner en-dessous de la valeur francilienne, les territoires de proximité de Lille et de Roubaix - Tourcoing, d'une part, et du Calaisais sur le littoral et de Valois - Halatte - Creil au Sud, d'autre part. À l'opposé, quelques territoires connaissent des valeurs similaires, voire

PART DANS LA POPULATION AU 1^{ER} JANVIER 2013, SELON L'ÂGE

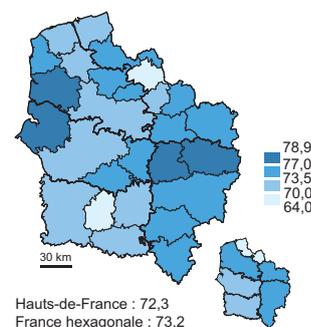


Source : Insee - Exploitation OR2S

supérieures, à la moyenne nationale. Sont particulièrement à mentionner avec un indice de plus de 80, les territoires de proximité du littoral, Abbeville et le Montreuillois, de même que ceux de Guise - Hirson et de Haute Somme.

Un autre indicateur permet de mesurer le poids des personnes potentiellement actives en regard des autres. Le rapport de dépendance² en région est proche de celui du niveau national : 72,3 *versus* 73,2 et bien supérieur à celui de l'Île-de-France (64,7) qui se démarque d'ailleurs très nettement des autres régions hexagonales. Des différences sont importantes au sein des territoires de proximité. Ainsi, le territoire de Lille est le seul à connaître un rapport de dépendance en deçà de la valeur francilienne, et un autre, Clermont, se situe à deux points de celle-ci. Sept territoires de proximité ont un rapport de dépendance inférieur à la moyenne régionale. Ils sont tous situés dans l'Ouest. Cependant, il existe aussi dans cette partie de la région des territoires de proximité pour lesquels le rapport de dépendance est très élevé. Ils sont situés sur la façade maritime (Abbeville et le Montreuillois) avec un rapport de dépendance comparable à ceux du nord de l'Aisne (Saint-Quentin et Guise - Hirson). Cet indicateur se retrouve supérieur à celui observé nationalement pour d'autres territoires proches du nord de l'Aisne : dans le département du Nord, à l'est de la Somme et au sud de l'Aisne.

RAPPORT DE DÉPENDANCE* AU 1^{ER} JANVIER 2013



* nombre de personnes de moins de 20 ans et de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de 20-64 ans * 100

Source : Insee - Exploitation OR2S

¹ cf. renvoi 1 page 8.

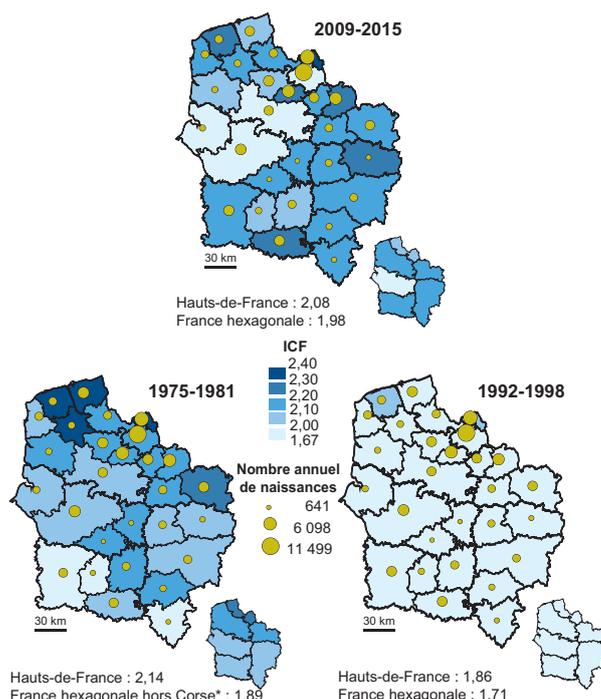
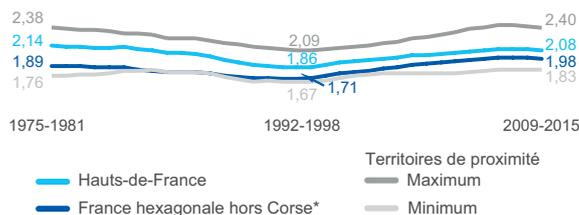
² cf. * du graphique ci-dessus.

Naissances et fécondité

Le Calaisis et Roubaix - Tourcoing : des territoires à forte fécondité

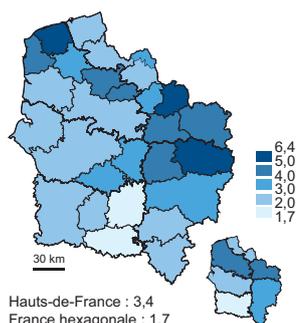
Avec près de 80 000 naissances en moyenne annuelle sur la période 2009-2015, les Hauts-de-France présentent l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) le plus important des régions hexagonales. La courbe ci-contre montre que le territoire de proximité qui présente l'ICF le plus faible a pu se retrouver au niveau de la moyenne nationale, ce qui montre l'importance de la fécondité au sein de la région. Cette courbe fait ressortir le milieu des années quatre-vingt-dix comme une période à faible fécondité, bien que le nombre moyen de naissances sur cette période ait été le même qu'actuellement dans les Hauts-de-France ; à la fin des années soixante-dix, la moyenne annuelle était de 92 000 naissances vivantes. La carte portant sur la période 1992-1998 montre cette homogénéisation des comportements au niveau infra-régional, avec toutefois le Calaisis et Roubaix - Tourcoing maintenant leur tradition de forte fécondité. Ils étaient alors en effet les seuls à dépasser le seuil des deux enfants par femme. Sur la dernière période, ces deux territoires de proximité font d'ailleurs partie des trois pour lesquels l'ICF est supérieur à 2,25 enfants par femme, avec celui de Guise - Hirson. De l'autre côté de l'échelle, les deux capitales des ex-Nord - Pas-de-Calais et ex-Picardie appartiennent aux deux territoires de proximité qui présentent la fécondité la plus faible : moins de 1,90 enfant par femme. Deux autres territoires, Abbeville et l'Arrageois, se trouvent également en deçà des deux enfants par femme, proches du niveau national. En termes d'effectifs, les territoires de proximité de Lille et de Roubaix - Tourcoing dépassent respectivement les 10 000 et 7 000 naissances vivantes en moyenne annuelle. À l'autre extrémité, les territoires de proximité situés à l'est de la Somme se situent à un niveau dix fois plus faible, soit de l'ordre de 700 naissances vivantes annuelles en moyenne. Par ailleurs, le constat fait au niveau national d'un rapprochement des comportements en termes de fécondité n'est pas retrouvé au sein des Hauts-de-France entre territoires de proximité. En effet, l'écart entre territoires situés aux extrémités en termes d'ICF dépasse à nouveau les 30 %, comme cela a été constaté de nombreuses fois par le passé. Néanmoins, pour l'ensemble de la région, l'écart avec le niveau national est tombé sous les 5 % alors qu'il a été antérieurement de l'ordre de 13 % à plusieurs reprises.

ÉVOLUTION DE L'INDICE CONJONCTUREL DE FÉCONDITÉ



nombre d'enfant(s) par femme
* la prise en compte de la Corse ou non ne modifie pas la valeur nationale
Source : Insee - Exploitation OR2S

FÉCONDITÉ DES FEMMES DE MOINS DE 18 ANS EN 2009-2015



taux pour 1 000 femmes de 12-17 ans

Source : Insee - Exploitation OR2S

Une fécondité importante des femmes mineures dans le Nord-Est, notamment à Guise - Hirson

Sur la période 2009-2015, 776 naissances vivantes de mères mineures sont dénombrées en moyenne chaque année pour l'ensemble des Hauts-de-France, dont plus d'un tiers sur les seuls territoires de proximité de Lille, Roubaix - Tourcoing, Lens - Hénin et du Valenciennois. Le rapport entre le taux de fécondité des femmes mineures des territoires extrêmes varie de un à quatre. Les territoires de proximité du nord-est de la région ainsi que le Calaisis comptent parmi ceux qui affichent la fécondité chez les mineures la plus élevée. Ceux de Guise - Hirson et du Valenciennois sont particulièrement à mettre en exergue avec des taux de 6,4 et de 5,7 pour 1 000 femmes de 12-17 ans contre 1,7 ‰ dans l'Hexagone. De façon plus générale, toute la partie nord-est enregistre des taux de fécondité élevés chez les femmes de moins de 18 ans ; ils sont tous supérieurs à 4 ‰. Des taux élevés sont également relevés dans le Boulonnais. À l'autre extrémité, et seul dans ce cas, le territoire de proximité de Valois - Halatte - Creil présente un taux de fécondité de femmes mineures inférieur à celui de la France.

Ménages et familles

Une opposition Nord-Est/Sud-Ouest fréquente

Au recensement de 2013, parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 41,5 % vivent seules à domicile dans les Hauts-de-France (37 000 hommes et 160 000 femmes). Cette proportion est supérieure à celle de la France hexagonale (38,6 %). Il existe à nouveau un gradient Nord/Sud soutenu au niveau des territoires de proximité. Ainsi, ceux de Clermont et de Château-Thierry comptent seulement un peu plus d'un tiers de personnes âgées seules à domicile alors qu'à l'autre extrémité les zones comprenant les territoires de proximité de Béthune - Bruay, Lens - Hénin et Lille, d'une part, et du Boulonnais et du Calaisis, d'autre part, approchent, voire dépassent, les 45 %.

La carte de la part de familles de trois enfants (de moins de 25 ans) ou plus met particulièrement en exergue le territoire de proximité d'Abbeville où le nombre de familles nombreuses n'est que d'un peu plus de 8 %, moitié moindre que sur celui de Roubaix - Tourcoing. De façon plus large, hormis les deux territoires de proximité du sud de l'Oise limitrophes de la région parisienne, ce sont ceux du nord de la région qui comptent le plus de familles de trois enfants ou plus, zone allant de Saint-Quentin et Guise - Hirson jusqu'au littoral avec le Boulonnais, le Calaisis et le Dunkerquois.

Le Sambre Avesnois particulièrement concerné par les différentes fragilités familiales

Toujours au RP 2013, pour la répartition des 205 000 familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans domiciliées dans les Hauts-de-France, les territoires de proximité présentant les parts les plus élevées sont limitrophes de la Belgique, d'une part, et ceux du Boulonnais, d'Amiens et de Saint-Quentin, d'autre part. Les territoires de proximité de Montdidier - Santerre, Clermont, Château-Thierry et de Flandre Intérieure affichent les pourcentages les plus faibles. La part d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé souligne des écarts importants entre territoires de proximité extrêmes selon un rapport de un à trois. Le territoire de Clermont et, plus généralement, ceux du Sud et du Nord-Ouest connaissent les plus faibles proportions. À l'opposé, ce sont les territoires de proximité situés au Nord-Est qui enregistrent les pourcentages les plus élevés, notamment celui de Sambre Avesnois.

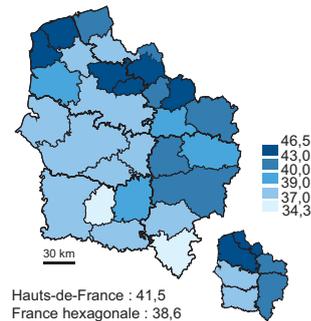
Une **famille** au sens de l'Insee est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée :

- soit d'un couple marié ou non, avec le cas échéant leur(s) enfant(s) appartenant au même ménage ;
- soit d'un adulte avec son(s) enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale). Pour qu'une personne soit enfant d'une famille, elle doit être célibataire et ne pas avoir de conjoint ou d'enfant(s) faisant partie du même ménage.

Un **ménage**, au sens du recensement de la population, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut être constitué d'une seule personne.

Les personnes vivant dans des habitations mobiles, les marinières, les personnes sans-abri et les personnes vivant en communauté (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, maisons de détention...) sont considérées comme vivant hors ménage.

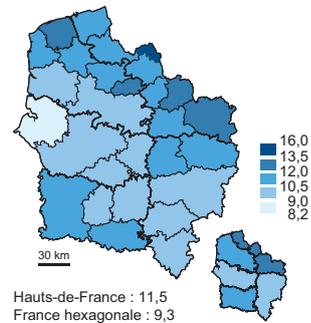
PERSONNES SEULES DE 75 ANS ET PLUS AU 1^{ER} JANVIER 2013



pour 100 personnes de 75 ans et plus

Source : Insee - Exploitation OR2S

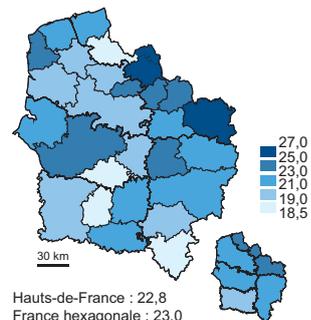
FAMILLES DE TROIS ENFANTS OU PLUS DE MOINS DE 25 ANS AU 1^{ER} JANVIER 2013



pour 100 familles avec enfant(s) de moins de 25 ans

Source : Insee - Exploitation OR2S

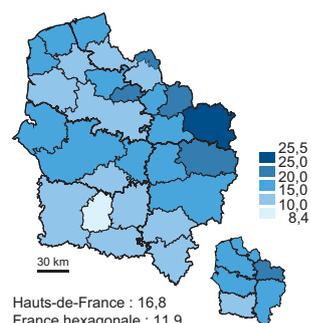
FAMILLES MONOPARENTALES AVEC ENFANTS DE MOINS DE 25 ANS AU 1^{ER} JANVIER 2013



pour 100 familles avec enfant(s) de moins de 25 ans

Source : Insee - Exploitation OR2S

ENFANTS DE MOINS DE 25 ANS VIVANT AU SEIN D'UNE FAMILLE SANS ACTIF OCCUPÉ AU 1^{ER} JANVIER 2013



pour 100 enfants de moins de 25 ans vivant au sein d'une famille

Source : Insee - Exploitation OR2S

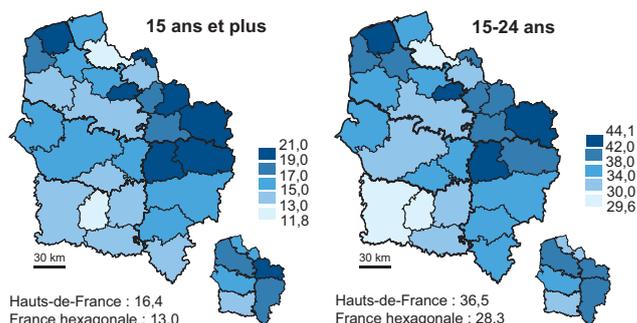
Éducation, emploi et revenus

Une opposition Nord-Est/Sud-Ouest pour la fragilité professionnelle, mesurée par le chômage...

Dans les Hauts-de-France, le taux de chômage¹ des 15 ans et plus est le plus important des régions de l'Hexagone avec près d'une personne active sur six se déclarant concernée au recensement de 2013. Ce constat global masque des disparités importantes au sein de la région, avec des taux allant quasiment du simple au double. Ainsi, de façon générale, les territoires de proximité de la partie nord-est (se prolongeant sur Roubaix - Tourcoing et Lens - Hénin) présentent des taux élevés, tous supérieurs à 18 %, allant même jusqu'à 21 % pour Sambre Avesnois. Côté ouest, sont enregistrés également des taux de chômage élevés chez les 15 ans et plus sur les territoires du littoral avec le Calaisis et le Boulonnais. À l'opposé, les taux de chômage les plus faibles sont retrouvés exclusivement dans la partie ouest de la région. Ainsi sont tout particulièrement à mentionner les territoires de proximité de Clermont et de Flandre Intérieure, les deux seuls de la région à présenter un taux inférieur à celui de la France (de l'ordre d'un point).

Ce constat peu favorable se voit encore assombri chez les adolescents et les jeunes adultes. En effet, aucun territoire de proximité au sein des Hauts-de-France ne connaît un taux de chômage pour les 15-24 ans en dessous de celui du niveau national. Seuls trois territoires de proximité de la région enregistrent un taux de chômage pour ce groupe d'âge sous

CHÔMAGE AU 1^{ER} JANVIER 2013, SELON L'ÂGE

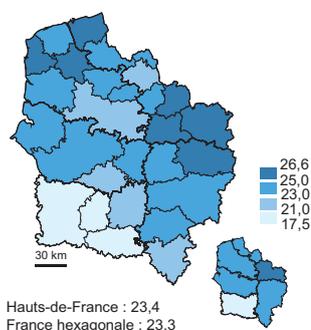


taux pour 100 actifs

Source : Insee - Exploitation OR2S

le seuil des 30 % : Flandre Intérieure, Clermont et Beauvais. De manière plus générale, le taux de chômage des 15-24 ans est relativement corrélé à celui des 15 ans et plus, avec des taux qui sont plus de deux fois plus élevés chez les plus jeunes. Ainsi, comme pour le chômage des 15 ans et plus, c'est dans l'ouest de la région que les taux sont les moins importants. Cette partie du territoire des Hauts-de-France connaît cependant des valeurs élevées sur le Calaisis, le Boulonnais et l'Audomarois. Dans ces trois territoires de proximité, plus de deux cinquièmes des jeunes sont au chômage. Ce seuil est franchi également dans tout le nord-est de la région, s'étendant jusqu'au territoire de Lens - Hénin qui enregistre un taux de chômage des jeunes de 15-24 ans de 44 %.

EMPLOI PRÉCAIRE* DES 25-54 ANS AU 1^{ER} JANVIER 2013



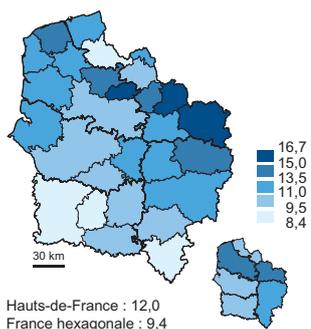
pour 100 actifs de 25-54 ans ayant un emploi salarié
* emploi salarié autre qu'un CDI à temps plein. Cet indicateur ne fait pas la distinction entre les CDI à temps partiel choisis et ceux qui sont subis
Source : Insee - Exploitation OR2S

...les emplois précaires ou l'inactivité des 25-54 ans

L'emploi précaire² tel que mesuré lors du recensement permet de confirmer l'existence d'un gradient Nord-Est/Sud-Ouest très marqué au sein de la région. En effet, les seuls territoires de proximité à se trouver sous le seuil de 20 % appartiennent au département de l'Oise, en l'occurrence ceux de Clermont, de Valois - Halatte - Creil et de Beauvais. Cinq autres territoires (un dans chaque département) connaissent une valeur inférieure à la moyenne nationale (23,3 %). À l'inverse, ce sont les deux territoires de proximité du littoral, du Boulonnais et du Dunkerquois, qui connaissent les valeurs les plus élevées (un peu plus de 26 %), suivis par l'Audomarois avec un point de moins. Ce pourcentage de 25 % est retrouvé dans la zone la plus au Nord-Est composée des territoires du Valenciennois, du Cambrésis, de Sambre Avesnois et de Guise - Hirson.

Le pourcentage d'inactifs appartenant à la tranche d'âge la plus à même de comptabiliser des personnes exerçant une activité, à savoir les 25-54 ans, constitue une approche complémentaire pour mesurer la situation en regard de l'emploi. En éliminant l'effet d'âge et de genre, quatre territoires de proximité présentent un taux standardisé inférieur à celui de la France : trois dans la partie sud (Beauvais, Château-Thierry et Clermont) et un dans la partie nord (Flandre Intérieure). À l'autre extrémité, trois territoires de proximité connaissent un taux standardisé d'inactifs de 25-54 ans supérieur à 15 % : Sambre Avesnois, Valenciennois et Lens - Hénin.

INACTIFS DE 25-54 ANS AU 1^{ER} JANVIER 2013



taux standardisé sur l'âge et le genre pour 100 personnes de 25-54 ans
Source : Insee - Exploitation OR2S

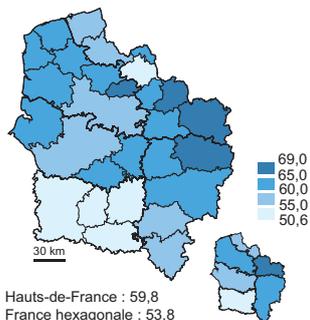
¹ cf. renvoi 2 page 8.

² cf. * figurant sous la carte ci-contre.

Une personne de 25-34 ans sur cinq pas ou peu diplômée sur certains territoires de proximité

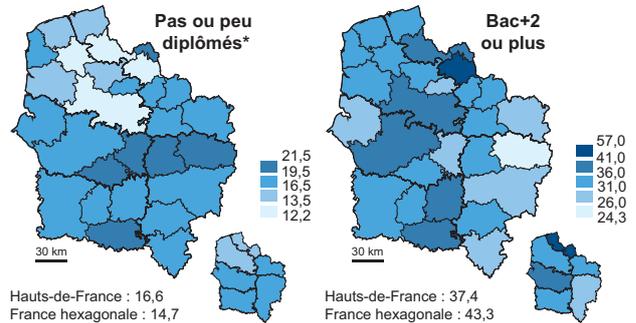
Près de 2 points séparent le pourcentage de personnes de 25-34 ans pas ou peu diplômées des Hauts-de-France de leurs homologues du niveau national (respectivement 16,6 % et 14,7 %). Cela retentit naturellement au niveau des territoires de proximité qui, pour certains, présentent des valeurs très élevées. Ainsi, plus d'un jeune adulte sur cinq est dans cette situation dans le nord de l'Aisne (Guise - Hirson et Saint-Quentin) et en Haute Somme. Le territoire limitrophe de cette dernière, Montdidier - Santerre, approche les 20 % ainsi que Valois - Halatte - Creil dans l'Oise et Roubaix - Tourcoing au Nord. Il existe des territoires de proximité dans une meilleure situation : quatre se situent au niveau de la moyenne nationale et quatre autres présentent une valeur inférieure à cette moyenne. Sont ainsi à mentionner parmi ces derniers, avec une part de jeunes pas ou peu diplômés de 25-34 ans de l'ordre de 12 % ou 13 %, les territoires de proximité de l'Audomarois, de Flandre Intérieure, de l'Arrageois et de Lille. Les titulaires d'un Bac+2 ou plus parmi les jeunes adultes de 25-34 ans sont bien moins nombreux dans les Hauts-de-France que dans l'ensemble de la France hexagonale : 6 points séparent les deux unités géographiques (respectivement 37,4 % et 43,3 %). Ce pourcentage régional masque en réalité d'importants contrastes entre territoires de proximité, se situant dans un rapport de 1 à près de 2,4. Un territoire de proximité est particulièrement atypique ; il s'agit de Lille où 57,0 % des 25-34 ans sont titulaires d'un Bac+2 ou plus. L'ancienne capitale picarde apparaît ensuite mais avec seulement deux jeunes sur cinq dans cette situation. Proches des 40 %, sont à citer le territoire comprenant la préfecture du Pas-de-Calais et celui de Flandre Intérieure. Le territoire de Guise - Hirson se situe à l'autre extrémité de l'échelle avec moins d'un jeune de 25-34 ans sur quatre titulaire d'un diplôme de ce niveau. Deux autres territoires de proximité de l'Aisne (Laon et Château-Thierry), deux de la Somme (Abbeville et Haute Somme) ainsi que Lens - Hénin et Sambre Avesnois voient moins de trois jeunes adultes sur dix être titulaires d'un diplôme de ce niveau d'étude.

FOYERS FISCAUX NON IMPOSÉS SUR LE REVENU EN 2014



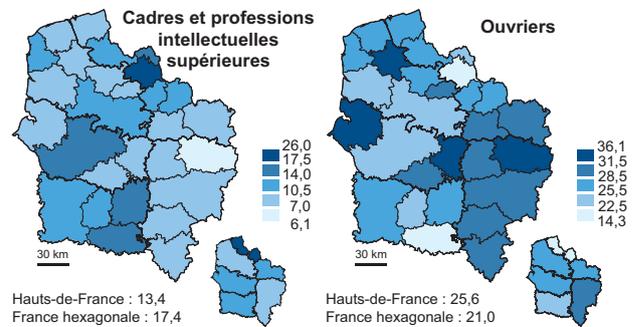
pour 100 foyers fiscaux
Source : Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP - Exploitation OR2S

JEUNES DE 25-34 ANS SORTIS DU SYSTÈME SCOLAIRE AU 1^{ER} JANVIER 2013, SELON LE NIVEAU DE DIPLOME



pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire
* au plus avec le BEPC, le brevet des collèges ou le diplôme national du brevet
Source : Insee - Exploitation OR2S

ACTIFS OCCUPÉS DE 15 ANS ET PLUS AU 1^{ER} JANVIER 2013, SELON LE GROUPE SOCIOPROFESSIONNEL



pour 100 actifs occupés de 15 ans et plus
Source : Insee - Exploitation OR2S

Plus de deux foyers fiscaux sur trois non imposés sur le revenu dans le Nord-Est

La répartition des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) est illustrative des inégalités sociales. La carte de la part des ouvriers ayant un emploi fait à nouveau ressortir une opposition Est/Ouest puisque leur proportion est plus particulièrement élevée dans le département de l'Aisne, dans son prolongement au Nord et sur la Somme avec des valeurs dépassant 29 %, soit 8 points de plus qu'au niveau national. Cependant, à l'Ouest, les territoires de proximité d'Abbeville, de l'Audomarois et de Lens - Hénin sont aussi des territoires à part d'ouvriers importante (supérieure à 30 %). À l'opposé, le territoire de proximité de Lille est le seul à connaître une part d'ouvriers inférieure à la moyenne nationale (14,3 %), Valois - Halatte - Creil se trouvant à ce niveau (21,5 %). La carte des cadres et professions intellectuelles supérieures occupés est le plus souvent inversée par rapport à celle des ouvriers, dans un rapport allant de 1 à 4 entre les territoires. Aux niveaux régional comme national, plus d'un foyer fiscal sur deux n'est pas imposé sur le revenu en 2014. Dans les Hauts-de-France, seuls cinq territoires de proximité ont une part inférieure ou égale à la moyenne nationale : les quatre de l'Oise et celui de Lille. À l'inverse, les parts les plus élevées sont retrouvées dans la partie nord/est avec globalement deux foyers fiscaux sur trois non imposés dans ces territoires : Sambre Avesnois, le Valenciennois, Guise - Hirson et Lens - Hénin, ce dernier approchant 70 %.

Allocations et autres prestations

Des spécificités pour certaines allocations mais globalement une opposition entre Nord et Sud...

Dans les Hauts-de-France, près de 109 000 personnes (un peu plus de 98 000 chez les seuls 20-59 ans) perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH) alors qu'elles sont un peu moins de 30 000 pour l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les moins de 20 ans. La carte de la part d'allocataires âgés de 20-59 ans est assez proche de celles traitant de la fragilité professionnelle présentées page 14, avec les taux les plus élevés dans la partie nord-est (valeurs 1,5 fois supérieures à la moyenne nationale). De façon plus générale, l'Ouest présente des parts d'allocataires de 20-59 ans de l'AAH moindres, hormis le département de la Somme, zone qui se prolonge sur le Montreuillois.

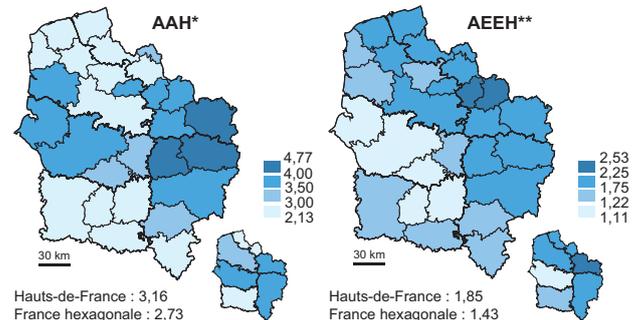
Pour l'AEEH, la Somme présente à l'inverse des valeurs plus faibles avec un prolongement sur la partie nord-est de l'Oise. C'est dans le Douaisis et le Valenciennois que les taux d'AEEH sont les plus élevés : près du double de la moyenne nationale. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) perçue par 38 000 personnes de 65 ans et plus souligne également une cartographie similaire de même que celle de l'aide personnalisée d'autonomie (Apa) à domicile (76 000 personnes de 60 ans ou plus dans les Hauts-de-France au 31 décembre 2013¹). Dans l'ex-Picardie, les territoires de proximité du nord de l'Aisne présentent des taux deux, voire trois fois supérieurs à ceux de l'Oise (20 % *versus* 7 %).

...qui ressort aussi pour la CMUC

Avec 724 000 bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), le taux est élevé dans les Hauts-de-France puisqu'il dépasse les 12 % pour l'année 2015. À titre de comparaison, la valeur hexagonale estimée est de 8,1 % à la fin de l'année 2015, sachant que l'évolution récente a été importante sur l'ensemble du territoire français (+3,8 %). Les territoires de proximité qui présentent les valeurs les plus élevées, approchent, voire dépassent, les 17 % ; ils sont tous situés dans la partie nord de la région, notamment ceux limitrophes de la frontière belge avec Lens - Hénin en plus. À l'autre extrémité, les territoires qui enregistrent des valeurs inférieures à celle de la France sont, pour la plupart, situés dans le sud de la région, mis à part Flandre Intérieure et le Montreuillois. Les territoires de proximité de Château-Thierry et surtout de Clermont sont à mentionner, avec moins de 6 % de personnes couvertes par la CMUC pour l'un et l'autre.

¹ soit 24 bénéficiaires pour 100 habitants contre 21 en France en regard des seuls 75 ans et plus.

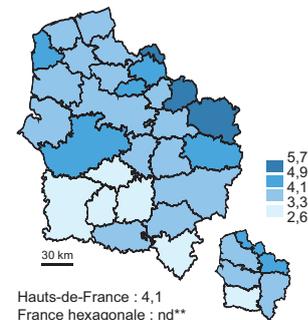
ALLOCATIONS POUR PERSONNES HANDICAPÉES AU 31 DÉCEMBRE 2014



* allocation aux adultes handicapés (pour les 20-59 ans), pour 100 personnes de 20-59 ans
 ** allocation d'éducation de l'enfant handicapé, pour 100 jeunes de moins de 20 ans

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee - Exploitation OR2S

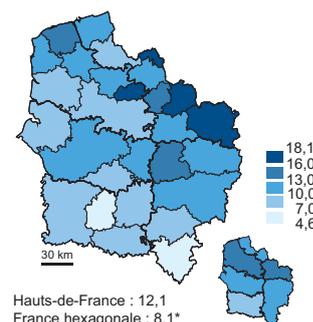
ALLOCATION DE SOLIDARITÉ AUX PERSONNES ÂGÉES* AU 31 DÉCEMBRE 2015



* pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus ; sont inclus encore quelques bénéficiaires des anciennes prestations du minimum vieillesse
 ** non disponible

Sources : Carsat, MSA, RSI, Saspa, Insee - Exploitation OR2S

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE EN 2015



pour 100 habitants
 * valeur estimée

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

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 âgées 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.

L'**allocation d'éducation de l'enfant handicapé** (AEEH) apporte un soutien aux parents à charge d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap et présentant une incapacité permanente d'au moins 80 % (ou entre 50 % et 79 % si l'enfant fréquente un établissement d'enseignement adapté ou si son état exige le recours à un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile).

L'**allocation de solidarité aux personnes âgées** (Aspa) remplace, depuis le 1^{er} janvier 2006, les multiples prestations du minimum vieillesse. Accordée sous condition de ressources, elle est destinée à assurer un minimum de revenus aux personnes d'au moins 65 ans.

L'**allocation personnalisée d'autonomie** (Apa) à domicile, versée par les conseils départementaux, est destinée aux personnes âgées de 60 ans minimum, en situation de perte d'autonomie nécessitant une aide pour les actes essentiels de la vie. Le montant de l'aide varie selon le degré de dépendance de l'allocataire. Cette allocation peut aussi être perçue par des personnes hébergées dans une structure d'accueil pour personnes âgées.

La **couverture maladie universelle complémentaire** (CMUC) est une protection complémentaire gratuite. Pour en bénéficier, les ressources doivent être inférieures à un plafond fixé variant selon la composition du foyer.

Allocations et logement

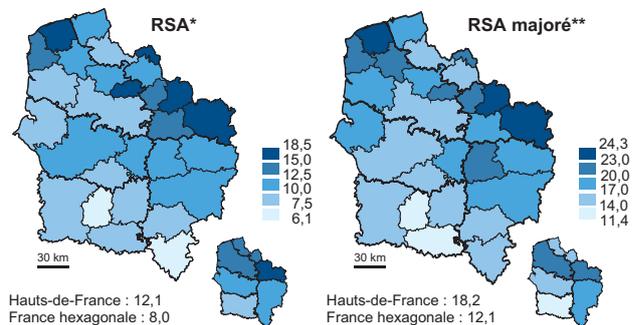
Davantage d'allocataires du RSA dans le Calaisis et dans le Nord-Est

Les cartes du revenu de solidarité active (RSA) et du RSA majoré sont assez proches de celles figurant sur la page ci-contre. Tant pour l'une que pour l'autre, les territoires de proximité du Valenciennois et de Sambre Avesnois, d'une part, et du Calaisis, d'autre part, enregistrent des taux très élevés : le double de la moyenne nationale. Il faut aussi mentionner Roubaix - Tourcoing qui connaît une valeur très importante pour le RSA (18,5 %). Les taux les plus faibles pour ces deux allocations sont retrouvés dans la partie sud de la région. En tout, ce sont plus de 300 000 ménages qui perçoivent le RSA sur la région, dont près de 39 % sur les territoires de proximité de Lille, Roubaix - Tourcoing, Lens - Hénin et du Valenciennois. Dans la région, 37 200 familles monoparentales, perçoivent le RSA majoré dont 37 % résident dans les territoires de proximité susmentionnés.

Des zones rurales qui comptent moins d'habitat social que les grandes agglomérations

Les deux cartes ci-contre ont trait à l'habitat à travers les allocations logement (quelle que soit leur forme, cf. encadré ci-dessous) et la densité de logements sociaux. Cette dernière fait ressortir une opposition entre zones urbaines et rurales, le parc de logement social étant plus important dans les premières. Il est à noter la valeur très élevée dans le territoire de Lens - Hénin, deux fois supérieure à la valeur nationale, et de 50 % plus important que les territoires de proximité qui viennent ensuite (moins de 30 %). La carte des allocations logement segmente aussi la région entre rural et urbain, bien que moins marqué dans l'Oise. Hormis le Douaisis, le territoire de proximité de Lille et ceux de sa périphérie ainsi que le Valenciennois présentent des valeurs de l'ordre de 32 %. À l'autre extrémité, le territoire de proximité de Clermont se distingue de tous ses homologues, avec seulement 15 % de ménages percevant une allocation logement.

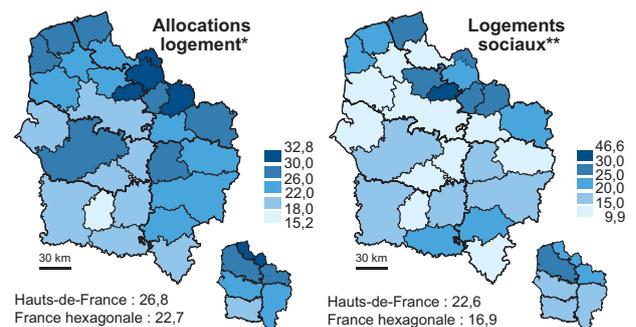
REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE AU 31 DÉCEMBRE 2014



* revenu de solidarité active, pour 100 ménages
 ** revenu de solidarité active majoré, pour 100 familles monoparentales avec enfant de moins de 25 ans

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee - Exploitation OR2S

AUTOUR DU LOGEMENT FIN 2014 DÉBUT 2015



* pour 100 ménages, au 31 décembre 2014

** pour 100 résidences principales, au 1^{er} janvier 2015

Sources : CCMSA, Cnaf, ministère du Logement et de l'Habitat durable - RPLS, Insee - Exploitation OR2S

Le **revenu de solidarité active** (RSA), dans ses trois composantes (RSA socle, RSA socle et activité et RSA activité), couvre une population large, puisqu'il concerne aussi bien des foyers n'ayant aucune ressource, que des personnes percevant des revenus d'activité proches du Smic. Il s'adresse aux personnes de plus de 25 ans ou aux personnes de moins de 25 ans ayant au moins un enfant à charge, né ou à naître. Depuis le 1^{er} septembre 2010, le RSA jeune actif a également été mis en place à l'intention des moins de 25 ans qui justifient d'au moins deux ans d'activité dans les trois dernières années. Un allocataire du RSA en situation d'isolement, c'est-à-dire ayant seul la charge d'au moins un enfant (né ou à naître), peut bénéficier d'une majoration de son RSA.

Les **allocations logement** s'adressent aux personnes payant un loyer ou remboursant un prêt pour une résidence principale si leurs ressources sont modestes. Elle se décline en trois prestations non cumulables : l'aide personnalisée au logement (APL), l'allocation de logement à caractère familial (ALF) et l'allocation de logement à caractère social (ALS). L'aide personnalisée au logement (APL) est destinée à toute personne locataire d'un logement neuf ou ancien qui a fait l'objet d'une convention entre le propriétaire et l'État (fixant, entre autres, l'évolution du loyer, la durée du bail, les conditions d'entretien et les normes de confort), accédant à la propriété ou déjà propriétaire, ayant contracté un prêt d'accession sociale, un prêt aidé à l'accession à la propriété ou encore un prêt conventionné pour l'acquisition d'un logement neuf ou ancien (avec ou sans amélioration), l'agrandissement ou l'aménagement du logement. L'allocation de logement à caractère familial (ALF) concerne les personnes qui n'entrent pas dans le champ d'application de l'APL et qui ont des enfants (nés ou à naître) ou certaines autres personnes à charge ou qui forment un ménage marié depuis moins de 5 ans, mariage ayant eu lieu avant les 40 ans de chacun des conjoints. L'allocation de logement à caractère social (ALS) s'adresse aux personnes qui ne peuvent bénéficier, ni de l'APL, ni de l'ALF. Les conditions d'ouverture du droit sont, pour la plupart, identiques pour ces trois prestations. Elles se résument en quatre points :

- l'existence d'une charge de logement (loyer, remboursement de prêt) ;
- le logement est la résidence principale du demandeur, de son conjoint ou d'une personne à charge ;
- les ressources n'excèdent pas certains plafonds ;
- les personnes de nationalité étrangère doivent justifier de la régularité de leur séjour.



ÉTAT DE SANTÉ

L'état de santé 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 et celle relative aux affections de longue durée (ALD). Ces dernières données permettent d'approcher une certaine forme de morbidité diagnostiquée : seuls les patients dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisés¹.

À l'instar des autres chapitres, les deux pages suivantes offrent une vision d'ensemble des Hauts-de-France vis-à-vis des autres régions et de l'Hexagone. La situation infra-régionale est ensuite explicitée au niveau des territoires de proximité. Outre le constat général qui détaille la mortalité toutes causes (avec un regard par grands groupes d'âge et selon le genre), le chapitre est ensuite structuré autour des principales causes de décès et d'admission en ALD, avec en premier lieu les pathologies (les données de dépistage organisé des cancers du sein et colorectal viennent compléter la thématique des cancers), puis, en second, les déterminants de santé (plus précisément l'alcool et le tabac) et, en dernier, les morts violentes (suicides -les tentatives de suicides sont aussi abordées, à partir des données d'hospitalisation-, accidents de la vie courante et de la circulation ainsi que les chutes accidentelles). Si la partie sur les déterminants de santé et les comportements n'a pu être abordée dans toute la dimension souhaitable d'un point de vue épidémiologique, du fait notamment de la non disponibilité de données au niveau des territoires de proximité, elle a été complétée en fin de chapitre, par des résultats issus d'enquêtes menées au niveau régional ou sur une partie de la nouvelle région (*Baromètre santé*, recueils en milieu scolaire). En outre, ce chapitre se termine par un zoom sur la iatrogénie².

Les cancers constituent la première cause de mortalité en 2011-2013 (responsables de près de trois décès sur dix en région et en France hexagonale ; respectivement 28,1 % et 27,8 %) et d'admission en ALD (un cinquième des nouvelles ALD en 2012-2014 ; 21,8 % en région et 21,9 % en France). Les maladies cardiovasculaires constituent la deuxième cause de mortalité (24,5 % des décès pour les Hauts-de-France et 25,4 % dans l'Hexagone) et les ALD en lien avec une pathologie cardiovasculaire représentent près de trois admissions sur dix (28,5 % en région et 29,2 % au niveau national). Les trois causes de décès suivantes³ sont, dans des proportions relativement proches (et suivant un ordre différent entre la région et la France) : les maladies de l'appareil respiratoire, les causes externes de mortalité et les maladies du système nerveux (respectivement 7,3 %, 6,8 % et 6,4 % des décès en région et 6,6 %, 6,7 % et 6,3 % en France). Les maladies de l'appareil respiratoire sont abordées dans leur ensemble, avec une analyse plus fine pour quelques pathologies. Pour les causes externes de mortalité et les maladies du système nerveux, seules les composantes les plus fréquentes sont analysées, à savoir les suicides, les accidents et les chutes accidentelles pour le premier groupe et les maladies d'Alzheimer et de Parkinson pour le second. Préalablement, un chapitre traite du diabète, qui constitue la seconde demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD engendrant le plus d'admission (19,3 % en région et 16,4 % en France). La pathologie suivante a trait aux maladies de l'appareil digestif (5,2 % des décès en région et 4,1 % dans l'Hexagone). Enfin, sont présentés les troubles mentaux et du comportement, les maladies infectieuses et parasitaires ainsi que les infections par le VIH et le sida.

¹ 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 se trouve dans une situation plus favorable sur ces territoires.

² il porte sur les départements du Nord et du Pas-de-Calais, ces travaux restant à étendre à l'ensemble des Hauts-de-France.

³ en excluant les symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs.

La région en regard du niveau national

L'état de santé d'une population demeure paradoxalement bien approché à travers l'analyse de la mortalité, même si celle-ci ne renseigne que sur les pathologies et les causes extérieures les plus ultimes. Ainsi, les 53 100 décès (27 300 hommes et 25 800 femmes) survenus en moyenne annuelle sur la période 2006-2013 parmi la population résidant dans les Hauts-de-France peuvent être comparés à ceux de l'Hexagone et des autres régions. Tant chez les hommes que chez les femmes, la mortalité est supérieure de 20 % par rapport aux valeurs nationales. Les Hauts-de-France connaissent de loin la plus forte mortalité des régions hexagonales avec un différentiel de +13 % chez les hommes et +16 % chez les femmes avec la région qui arrive ensuite, la Bretagne. C'est dans les unités urbaines d'au moins 100 000 habitants que l'écart, en regard du niveau national équivalent, atteint des valeurs particulièrement élevées (+28 % chez les hommes et +25 % chez les femmes).

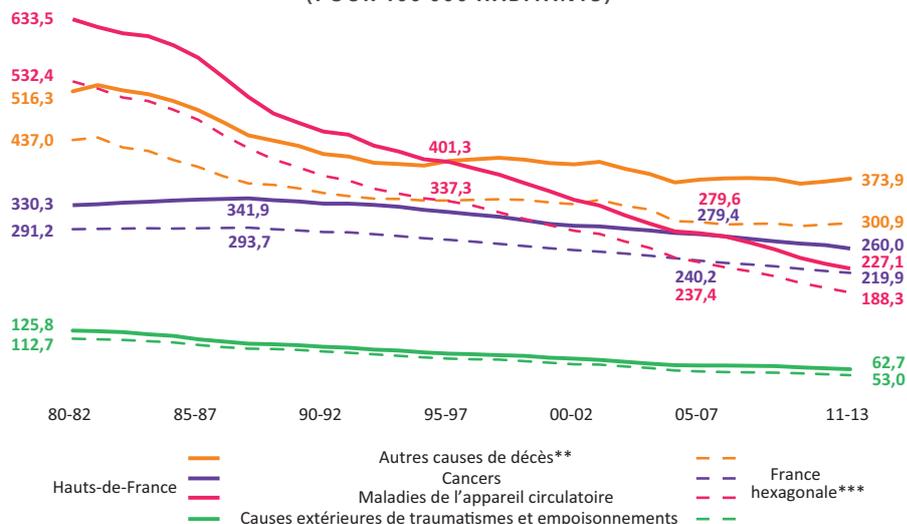
En revanche, l'écart avec le niveau national correspondant est plus faible en zones rurales : un peu plus de 10 % chez les hommes comme chez les femmes.

Pour les seuls moins de 65 ans, le constat est encore plus terrible, avec une surmortalité en regard de la France de 33 % chez les hommes (9 000 décès annuels moyens en 2006-2013) et de 26 % chez les femmes (un peu plus de 6 000 décès annuels). L'écart est de l'ordre de 15 % avec la région qui arrive juste après, la Normandie, pour l'un et l'autre des genres. C'est encore une fois en zones rurales que le différentiel est le moins élevé avec la France, passant toutefois à +17 % chez les hommes. Dans les unités urbaines d'au moins 100 000 habitants, l'écart s'accroît encore avec la France (+40 % chez les hommes et +30 % chez les femmes).

Ces surmortalités générale et prématurée se traduisent par une espérance de vie en 2006-2013 de 2,8 ans inférieure à celle de la France chez les hommes (75,3 ans *versus* 78,1 ans) et de 2,1 ans chez les femmes (82,7 ans *versus* 84,8 ans). C'est toujours en zones rurales que ces écarts sont les plus faibles (-1,1 an pour chaque genre) et dans les unités urbaines d'au moins 100 000 habitants qu'ils sont les plus élevés (-3,4 ans chez les hommes et -2,3 ans chez les femmes). Ce différentiel d'espérance de vie à la naissance est retrouvé à différents âges de la vie. Ainsi, toujours sur la période 2006-2013, l'écart entre les espérances de vie à 65 ans de la région et de la France est de -1,7 an chez les hommes et de -1,5 an chez les femmes. Il est là encore minimal en zones rurales (-0,9 an pour chaque genre) et le plus élevé dans les unités urbaines de 100 000 habitants ou plus (-2,1 ans chez les hommes et -1,7 an chez les femmes).

¹ Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Île-de-France.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ* POUR LES PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS (POUR 100 000 HABITANTS)



* taux standardisés sur l'âge, lissés sur trois ans

** ensemble sauf cancers, maladies de l'appareil circulatoire et causes extérieures de traumatismes et empoisonnements. Les causes inconnues ou non précisées sont comptabilisées dans ce groupe ; la part parmi l'ensemble des décès augmente ces dernières années, dépassant les 2 % en 2009, étant de 2,8 % en 2011, 3,5 % en 2012 et 4,4 % en 2013 pour la région (en France, les pourcentages sont supérieurs d'un point)

*** hors Corse de 1979-1981 à 1982-1984, sans influence sur les comparaisons temporelles

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Avec 276 décès survenant en moyenne annuelle sur la période 2008-2015 chez des enfants de moins d'un an, le taux de mortalité infantile dans les Hauts-de-France est au niveau de celui de la France hexagonale (3,4 pour 1 000 naissances vivantes). Trois régions ont une valeur plus importante, de l'ordre de 3,7 ‰¹. Le taux de mortalité infantile est moins élevé en zones rurales que dans l'ensemble des unités urbaines (respectivement 3,0 ‰ et 3,6 ‰ en région et 2,9 ‰ et 3,5 ‰ dans l'Hexagone). Pour le différentiel avec le niveau national équivalent, il est maximal pour les unités urbaines de 2 000 à moins de 10 000 habitants (près de 11 % de plus en région).

Si la mortalité générale fait apparaître les Hauts-de-France comme fragilisés quant à l'état de santé de la population, l'analyse des causes a pour objet de prioriser les axes d'actions. Ainsi, l'illustration ci-dessus montre que la surmortalité mentionnée précédemment est une constante de ces trente dernières années, que ce soit pour les grandes causes de décès (cancers, maladies cardiovasculaires et causes extérieures de traumatismes et empoisonnements) ou pour les autres causes considérées dans leur globalité. En effet, les courbes nationales de mortalité sont toujours situées en dessous des courbes régionales. Cette illustration indique aussi que depuis le milieu de la première décennie des années deux mille, le cancer est devenu la première cause de mortalité en France comme dans les Hauts-de-France. Les courbes de mortalité par cancers de la région et du niveau national ne convergent pas pour autant, ce qui signifie que le différentiel de mortalité avec la France ne se réduit pas, voire s'accroît. Cela concerne les cancers mais aussi les maladies cardiovasculaires, les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements et un grand nombre d'autres causes.

Pour les cancers, sur la période 2011-2013¹, le différentiel avec la France (+22 % chez les hommes et +14 % chez les femmes) apparaît même plus marqué qu'il ne l'a été par le passé. Il est plus élevé dans les unités urbaines de 100 000 habitants ou plus : +28 % chez les hommes et +17 % chez les femmes. Par localisation, cela concerne notamment le cancer colorectal (écart multiplié par trois en trente ans chez les hommes), le cancer de la prostate (même facteur multiplicatif pour l'écart), le cancer du sein chez les femmes (multiplié par deux) et le cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS ; surplus de mortalité par rapport à la France de près de 60 % chez les hommes et de 45 % chez les femmes en 2011-2013). Pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, une sous-mortalité chez les femmes des Hauts-de-France par rapport à l'ensemble des Françaises est observée depuis une vingtaine d'années, comprise entre 13 % et 18 %. Chez les hommes, la surmortalité aurait tendance à se réduire légèrement : après avoir dépassé les 30 % pendant de très nombreuses années avant le milieu des années quatre-vingt-dix, elle est de l'ordre de 27 % en 2011-2013.

Concernant les maladies cardiovasculaires, l'écart avec la France s'est moins accru ces dernières années que pour les cancers. Il franchit toutefois, depuis le milieu de la première décennie des années deux mille, les +20 %. Ce niveau de surmortalité est retrouvé, quel que soit le genre et pour les causes de l'appareil circulatoire que sont les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux (hormis pour les hommes), mais sans évolution sensible au cours de ces trente dernières années.

L'écart avec le niveau national s'est également accru pour les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements, désormais de l'ordre de +20 %. Mais, cela n'est pas le fait des accidents de la circulation qui demeurent en sous-mortalité.

¹ des valeurs différentes peuvent être mentionnées dans la suite du document en fonction de la période à laquelle elles se rattachent.

² enregistrées par les trois régimes principaux de l'Assurance maladie ; elles apportent des informations complémentaires par rapport à celles issues du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm.

Parmi les autres causes de décès, l'augmentation importante du différentiel de mortalité avec la France concernant les maladies respiratoires chez les femmes est à mentionner (désormais de près de 30 % au-dessus de la moyenne nationale). Si leurs homologues masculins ne voient pas l'écart s'agrandir avec l'Hexagone, celui-ci reste à un niveau très élevé (de l'ordre de +50 %). Pour l'un ou l'autre genre, les maladies du système nerveux se trouvent désormais au-dessus des +20 % avec la France et les infections parasitaires approchent, voire dépassent, les +30 %. Les maladies de l'appareil digestif sont également en augmentation en regard de la France, avec un différentiel d'un peu moins de +50 %.

Les données relatives aux admissions en affection de longue durée² offrent une certaine approche de la morbidité pour quelques pathologies. Pour l'ensemble des cancers en 2012-2014¹, le différentiel retrouvé entre la région et la France est inférieur à celui observé pour la mortalité : +8 % chez les hommes et +2 % chez les femmes ; pour les unités urbaines de 100 000 habitants ou plus, l'écart passe à +11 % chez les premiers, ne bougeant pas chez les secondes.

Les localisations plus particulières à mentionner sont la trachée, les bronches et le poumon, et les VADS. Le taux pour la première est de 21 % supérieur à la moyenne nationale chez les hommes alors qu'il est de -18 % chez les femmes. Pour la seconde, l'écart avec la France est de +25 % chez les femmes et de +47 % chez les hommes.

Les ALD permettent aussi une vision des pathologies moins bien mesurées à partir des données de mortalité, telles que l'asthme, le diabète de type 2 ou encore les troubles mentaux. L'asthme fait partie des ALD dont le taux d'admission régional est bien inférieur à celui observé nationalement (-28 % chez les hommes et -22 % chez les femmes), de même que les troubles mentaux (-20 % chez les hommes et -16 % chez les femmes). Par contre, les taux d'admission en ALD pour le diabète de type 2 sont supérieurs dans les Hauts-de-France : +20 % chez les hommes et +29 % chez les femmes.

FAITS MARQUANTS EN RÉGION

La surmortalité relevée en regard de toutes les régions se retrouve logiquement au sein des territoires de proximité avec des taux de mortalité, masculin et féminin, partout supérieurs à ceux du niveau national. Les territoires du Nord-Est enregistrent les valeurs les plus élevées, de l'ordre de +30 % en 2006-2013. Le littoral connaît également une surmortalité masculine du même ordre (de +20 % chez les femmes). Les disparités territoriales observées pour la mortalité tous âges sont globalement retrouvées chez les moins de 65 ans, les différentiels étant encore plus marqués. Une attention particulière concerne la mortalité des 15-34 ans qui s'est fortement dégradée ces dernières années en regard de celle de la France. Ainsi, depuis le début des années deux mille, la région présente une surmortalité qui ne cesse de s'accroître avec une majorité de territoires de proximité désormais en surmortalité. En ce qui concerne les deux premières causes de mortalité (les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire), les Hauts-de-France se situent au premier rang pour la mortalité, tant tous âges que prématurée, chez les hommes comme chez les femmes. L'ensemble des territoires de proximité se retrouve dans une situation de surmortalité, variant entre +7 % et +34 % avec le niveau national, les disparités étant plus marquées chez les hommes que chez les femmes. En ce qui concerne les localisations cancéreuses, la trachée, les bronches et le poumon présentent un taux plus particulièrement à mentionner signalant, d'une part, une forte surmortalité masculine notamment dans les territoires du Nord-Est et, d'autre part, une sous-mortalité chez les femmes dans quasiment tous les territoires de proximité de l'ex-Nord - Pas-de-Calais. La mortalité féminine par cancer du sein est, par contre, très élevée dans tous les territoires de proximité du Pas-de-Calais et la plupart de ceux limitrophes à ce département, avec une forte dégradation en regard du niveau national. Le cancer des voies aéro-digestives supérieures connaît aussi une très importante surmortalité dans la totalité des territoires de proximité des départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme et dans le nord de l'Aisne. Les maladies de l'appareil circulatoire demeurent la première cause de mortalité dans quelques territoires de proximité. Les taux pour ces maladies sont très élevés chez les moins de 65 ans, tout particulièrement dans le Nord-Est. Pour de nombreuses autres pathologies, cette partie de la région ressort comme une zone de fortes fragilités, hormis pour la BPCO chez les femmes. Sont ainsi à mentionner les maladies de l'appareil digestif, les pathologies liées à l'alcool et les suicides alors que la partie sud enregistre des taux plus élevés pour les accidents de la circulation.

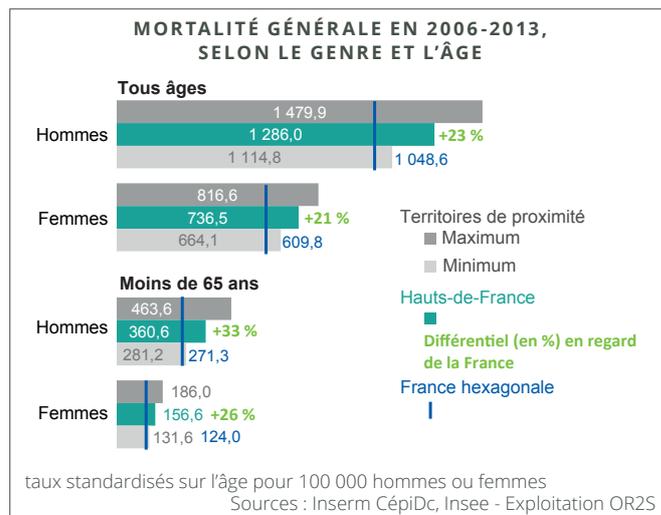
Constat général

Des mortalités masculine et féminine supérieures à celles de la France pour tous les territoires de proximité

Sur la période 2006-2013, tous âges et tous genres confondus, les Hauts-de-France connaissent une mortalité supérieure à celle de la France d'un peu plus de 20 %. Avec le même taux standardisé qu'en France, ce sont près de 9 500 décès qui ne seraient pas survenus sur les 53 100 décès actuellement dénombrés en moyenne annuelle. Le différentiel de mortalité est encore plus marqué chez les hommes de moins de 65 ans : taux supérieur d'un tiers à celui de l'Hexagone. Tous les territoires de proximité de la région présentent une surmortalité par rapport à la France, le différentiel variant entre +10 % et +35 % tous genres confondus. Les disparités territoriales sont un peu plus importantes chez les hommes que chez les femmes, avec un différentiel de mortalité masculine qui varie de +5 % à +40 %.

Les taux du Nord-Est sont nettement plus élevés que ceux du sud de la région et de Lille

Les territoires de proximité ayant les situations les plus préoccupantes sont situés dans le Hainaut, en Thiérache et dans ses alentours, ainsi qu'au sud de Lille (zone allant de Béthune - Bruay au Valenciennois); le différentiel de mortalité avec la France est de l'ordre de +30 %, et ce aussi bien pour les hommes que pour les femmes. À l'instar des territoires mentionnés précédemment, ceux situés le long de la côte d'Opale enregistrent aussi une forte surmortalité masculine



(de l'ordre de +30 %), le différentiel avec l'Hexagone étant alors un peu plus faible chez les femmes dans ces quatre territoires de proximité (un peu plus de +20 %).

Les territoires de l'Ouest, allant de Beauvais à l'Arrageois, ainsi que Soissons, sont dans une situation intermédiaire en regard des autres territoires de proximité, mais affichent des taux tout de même de l'ordre de 15 % supérieurs à celui de la France.

Les trois territoires de proximité du centre et de l'est de l'Oise, celui du sud de l'Aisne et celui de Lille enregistrent les plus faibles taux de mortalité, même s'ils restent supérieurs à la valeur nationale (de l'ordre de +10 %). Si ce constat est aussi

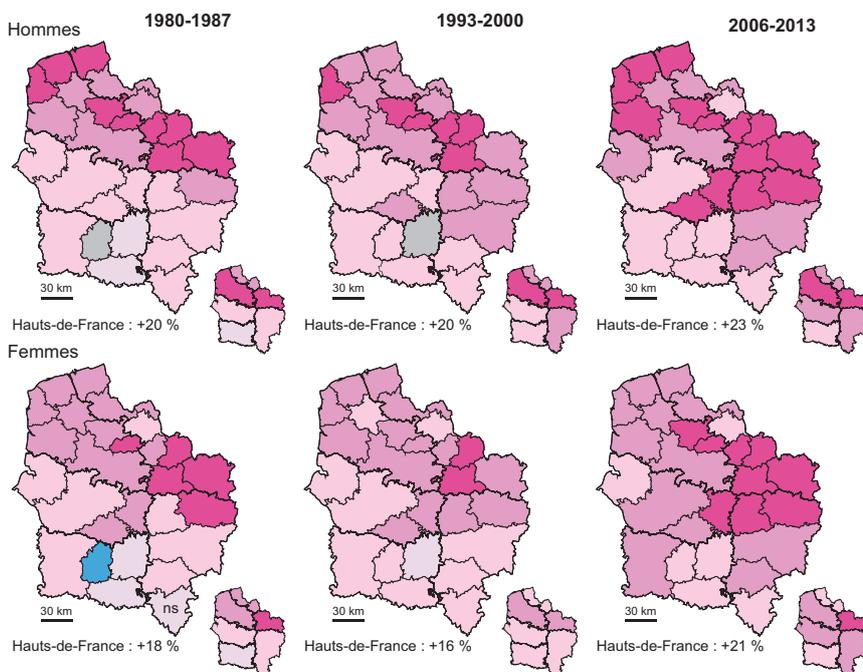
bien retrouvé tous genres confondus que pour chaque genre, Valois - Halatte - Creil se démarque avec un surplus de mortalité en regard de la France un peu plus marqué chez les femmes que chez les hommes (+14 % *versus* +6 %).

Les disparités territoriales observées pour la mortalité tous âges sont globalement retrouvées chez les moins de 65 ans. Cependant, le différentiel avec le niveau national est une fois et demie plus important chez ces derniers que tous âges; pour Lens - Hénin, ce rapport est proche de deux et il dépasse même ce chiffre pour Lille. Les territoires de proximité de Flandre Intérieure, de Soissons et du département de l'Oise se démarquent par une tendance inverse (surplus de mortalité prématurée moins élevé qu'en tous âges).

Accroissement du différentiel Hauts-de-France/Hexagone, résultante d'une baisse locale de la mortalité moins soutenue ces dernières années

Entre 1980-1987 et 2006-2013, la mortalité toutes causes n'a cessé de diminuer en région comme en France. Les taux standardisés sont ainsi passés de près de

ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ GÉNÉRALE EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**, SELON LE GENRE



En regard du niveau national :

taux plus faible pas de différence significative taux plus élevé

0 % +5 % +15 % +25 % +41 %

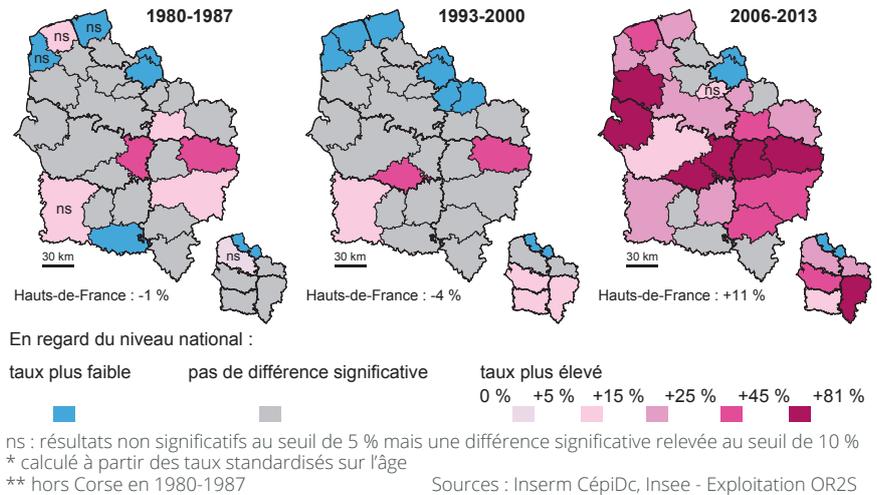
ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge
** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



1 565 décès pour 100 000 habitants en 1980-1987 à 960 en 2006-2013 pour la région et de près de 1 320 à un peu plus de 790 pour la France. Si la mortalité s'est réduite de 40 % entre ces deux périodes pour les deux unités géographiques la baisse est moins soutenue dans les Hauts-de-France que dans l'Hexagone depuis 1999-2006 (-11 % contre -14 %). De fait, le différentiel de mortalité avec la France s'accroît régulièrement ces dernières années, mais de façon moins marqué pour les femmes. En 1998-2005, il était de +16 % pour ces dernières et de +17 % pour leurs homologues masculins ; en 2006-2013, il est respectivement de +21 % et +23 %, soit les plus fortes valeurs relevées depuis le début des années quatre-vingt.

**ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ DES 15-34 ANS
EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE****



Récemment, seuls deux territoires connaissent une baisse de la mortalité aussi soutenue qu'en France...

À l'instar des niveaux régional et national, la mortalité a diminué pour tous les territoires de proximité. Le ralentissement observé depuis la période 1999-2006 pour les Hauts-de-France en regard de la tendance nationale se retrouve pour quasiment tous les territoires, avec une baisse équivalente à celle de la France exception faite de Lille et Montdidier - Santerre¹. L'étude des évolutions sur une durée plus longue permet d'identifier certains territoires dont les situations ne se sont pas dégradées en comparaison du niveau national : Flandre Intérieure, Roubaix - Tourcoing et Arrageois (avec cependant pour ce dernier une situation peu satisfaisante pour la mortalité prématurée).

...à l'inverse de ceux situés en Thiérache et de Noyon - Compiègne présentant une dégradation forte

Hormis Clermont, tous les territoires de proximité des Hauts-de-France présentaient déjà une surmortalité en regard du niveau national en 1980-1987. Si le différentiel avec la France a peu évolué entre le début des années quatre-vingt et la fin des années quatre-vingt-dix², les écarts se sont accrus ensuite pour presque tous les territoires de proximité. Les territoires qui ont le plus vu leur situation se dégrader en comparaison à celle de la France sont ceux allant de l'est de la Somme à la Thiérache (Haute Somme, Saint-Quentin et Guise - Hirson), de même que celui de Noyon - Compiègne. Plus spécifiquement chez les femmes, le différentiel de mortalité relevé avec la France s'est également plus fortement amplifié pour les territoires de proximité de Lens - Hénin, Audomarois, Cambrésis, Béthune - Bruay et Soissons.

Depuis 2000-2007, surmortalité chez les jeunes de 15-34 ans, avec un différentiel qui ne cesse de croître

Une attention doit être portée à l'évolution de la mortalité des jeunes, du fait d'une situation qui, en regard du niveau national, s'est fortement dégradée ces dernières années. Ainsi, la baisse de la mortalité des 15-34 ans³ relevée en région a été moins soutenue, impliquant une détérioration régulière du différentiel de mortalité avec le niveau national. Ainsi, la région présentait une sous-mortalité en regard de la France jusqu'à la période 1994-2001 (hormis en 1980-1987 où les taux des deux entités géographiques étaient proches), puis ne s'en démarquait plus pendant quelques années. Depuis la période 2000-2007, les Hauts-de-France présentent une surmortalité par rapport à la France chez les 15-34 ans qui ne cesse d'augmenter ; passant de +3 % au début des années deux mille à +11 % en 2006-2013. Comme l'illustre la carte ci-dessus pour cette dernière période, une majorité des territoires de proximité sont désormais en surmortalité en regard de la France, suivant un degré plus ou moins marqué. Ceux de Lille et Roubaix - Tourcoing restent dans une situation plus favorable que pour la France.

Une mortalité infantile proche du niveau national ces dernières années

Concernant la mortalité infantile, la tendance est inverse. En effet, les Hauts-de-France présentaient un taux supérieur à celui de la France à la fin des années soixante-dix (13,5 % contre 10,9 % en 1975-1982), puis le différentiel entre les deux unités géographiques s'est progressivement réduit au cours du temps, pour devenir nul ces dernières années (taux de 3,4 ‰ en 2008-2015 pour les niveaux régional et national)⁴.

¹ si le différentiel de mortalité avec la France relevé dans le territoire de proximité de Montdidier - Santerre se stabilise ces dernières années, une augmentation régulière a été observée entre 1988-1995 (+16 %) et 1999-2006 (+26 %).
² sauf pour Clermont, où le différentiel de mortalité avec la France a augmenté de plus de dix points entre les périodes 1980-1987 et 1993-2000, impliquant alors une surmortalité qui perdure depuis.
³ en région, le taux standardisé de mortalité des 15-34 ans est passé de 100,0 pour 100 000 en 1980-1987 à 80,3 en 1993-2000 et à 55,5 en 2006-2013 et de 101,4 en 1980-1987 à 76,6 en 1993-2000 et à 50,0 en 2006-2013 pour la France.
⁴ les données disponibles permettent une analyse de la mortalité infantile sur une période plus longue que ce qui est possible pour la mortalité tous âges. Compte tenu des effectifs, l'analyse de la mortalité infantile ne peut pas être menée par territoire de proximité.

Cancers

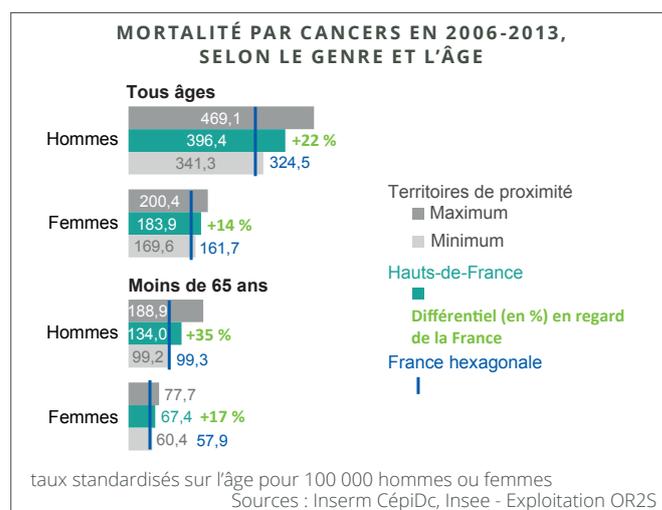
Tant pour les décès que pour les ALD, les cancers davantage présents en région, notamment pour les hommes de moins de 65 ans

En 2006-2013, la région, avec 15 150 décès par cancers en moyenne annuelle (dont trois cinquièmes d'hommes), connaît une surmortalité de 18 % par rapport à la France. Ce différentiel est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (+22 % *versus* +14 %). Un constat analogue est observé pour les taux d'admission en ALD, mais avec un différentiel avec la France moindre (+6 % tous genres en 2007-2014).

En regard de nombreuses pathologies, les cancers engendrent davantage de décès chez les personnes plus jeunes, ceci ressortant encore plus dans la région. Ainsi, en 2006-2013, dans les Hauts-de-France, 34 % des décès par cancers sont survenus avant 65 ans contre 25 % pour l'ensemble des décès (respectivement 29 % et 20 % en France). Concernant les admissions en ALD pour cancers, la moitié (51 %) concerne des personnes de moins de 65 ans dans la région et 46 % dans l'Hexagone. De fait, en regard du niveau national, les différentiels de mortalité et, dans une moindre mesure, d'admission en ALD pour cancers sont plus conséquents chez les seules personnes de moins de 65 ans que tous âges. En outre, la mortalité prématurée masculine est plus spécifiquement à mentionner, avec un taux de 35 % plus élevé en région qu'au niveau national.

Tous âges confondus, une surmortalité par cancers relevée pour l'ensemble des territoires de proximité

Sur la période 2006-2013, l'ensemble des territoires de proximité se retrouve dans une situation de surmortalité par cancers en regard de la France, avec un différentiel qui varie

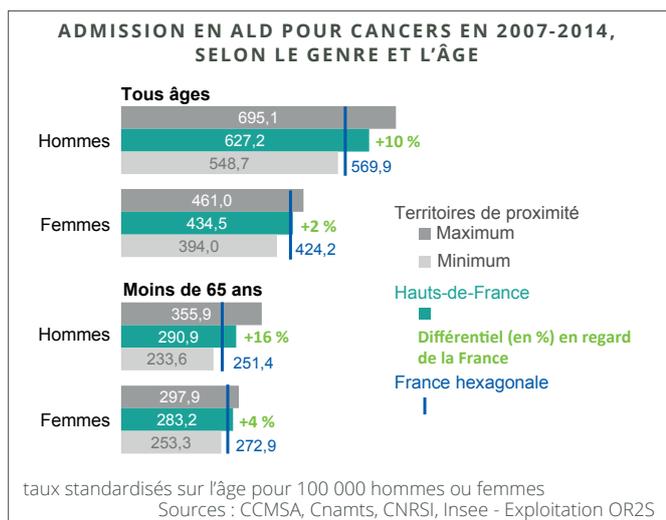


entre +7 % et +34 %. Concernant les admissions en ALD, le constat est un peu différent. Ainsi, un quart des territoires de proximité connaît un taux standardisé qui ne diffère pas de celui de la France. Pour les autres, les taux sont plus élevés (variant de +2 % à +12 %)¹. D'une manière générale, les territoires de proximité qui enregistrent les taux de mortalité par cancers les plus conséquents détiennent également des taux d'admission en ALD plus élevés qu'en France.

Les territoires de proximité ayant la mortalité par cancers la plus élevée des Hauts-de-France sont situés au niveau d'un axe reliant Béthune - Bruay au Valenciennois (surplus souvent proche des +30 %). Mais, il faut aussi mentionner les trois territoires les plus au Nord, avec un surplus supérieur à 20 % (et même de 28 % pour le Boulonnais) et les deux situés à l'est de la Somme ainsi que Saint-Quentin (+20 %). Parmi ces territoires, deux se trouvent dans une situation particulière : le Douaisis et Montdidier - Santerre, présentant des taux d'admission en ALD pour cancers quasiment identiques à celui de la France. Guise - Hirson est aussi dans cette situation, le surplus de mortalité étant un peu moins élevé (14 %).

Des contrastes territoriaux plus prononcés pour les hommes que pour les femmes

Les disparités territoriales observées sont plus marquées chez les hommes que chez les femmes, ce constat étant observé aussi bien à partir des décès qu'à travers les affections de longue durée. Ainsi, pour la mortalité par cancers, le différentiel relevé avec la France varie entre +5 % et +45 % pour les hommes et entre +8 % et +25 % pour les femmes. Trois territoires de proximité ne se distinguent pas de la France pour la mortalité féminine². Parmi ces trois territoires,



¹ les plus faibles taux peuvent être le reflet d'une pathologie moins fréquente ou moins prise en charge bien que présente (soit parce que le cancer n'est pas diagnostiqué ou qu'il est diagnostiqué mais que la demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD n'a pas été effectuée).

² Château-Thierry et Clermont ayant des taux à la limite de la significativité, avec un différentiel par rapport à la France de l'ordre de +10 %.

La **codification des causes médicales** a été modifiée à partir de 2000, la dixième révision de la Classification internationale des maladies (Cim 10) 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. Deux autres codifications sont utilisées pour traiter les évolutions : une version réduite de la Cim 9 dite « S9 » et une version pour certaines pathologies non prises en compte dans la S9 dite « non S9 ». Pour présenter l'état des lieux actuel, la codification en Cim 10 a été utilisée mais les analyses d'évolution reposent sur l'équivalent en « S9 » et « non S9 ». Ceci explique que, pour la période 2006-2013, les chiffres peuvent varier légèrement selon qu'il s'agisse de l'état des lieux actuel ou des évolutions.

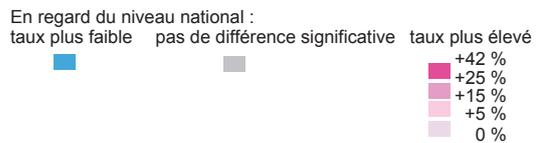
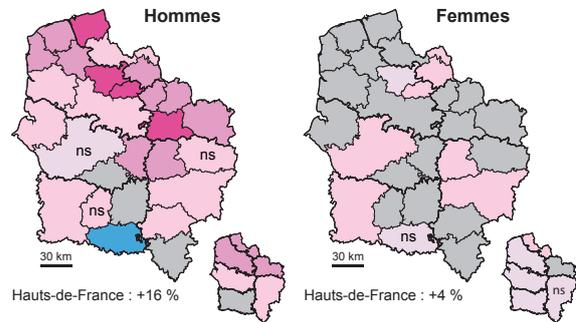
le Montreuillois a une mortalité masculine par cancers particulièrement élevée (+26 % par rapport à la France), ceci étant aussi retrouvé pour les ALD.

Chez les hommes de moins de 65 ans, comme l'illustrent les cartes de cette page, un fort gradient Nord/Sud est relevé. Au Sud, les taux de mortalité prématurée par cancers oscillent entre le niveau national et un surplus de 10 %, les classant parmi les plus faibles taux de la région. *A contrario*, ceux du nord de la région sont tous en situation de surmortalité, avec des taux particulièrement importants à Lens - Hénin (+90 % ; +42 % pour les ALD, soit le différentiel le plus élevé de la région) et dans le Valenciennois (+69 %).

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, la mortalité prématurée masculine par cancers baisse au même rythme qu'en France pour l'ensemble de la région...

En région comme en France, la mortalité par cancers a baissé depuis le début de la période d'étude. Cette diminution a été un peu plus marquée dernièrement : 6 % entre les périodes 1980-1987 et 1993-2000 dans les Hauts-de-France (7 % en France), puis 15 % entre 1993-2000 et 2006-2013 (20 % pour les hommes, 9 % pour les femmes ; respectivement en France 16 %, 20 % et 11 %). Tous âges confondus, la baisse a été légèrement moins soutenue dans les Hauts-de-France que dans l'Hexagone ces dernières années, faisant s'accroître le

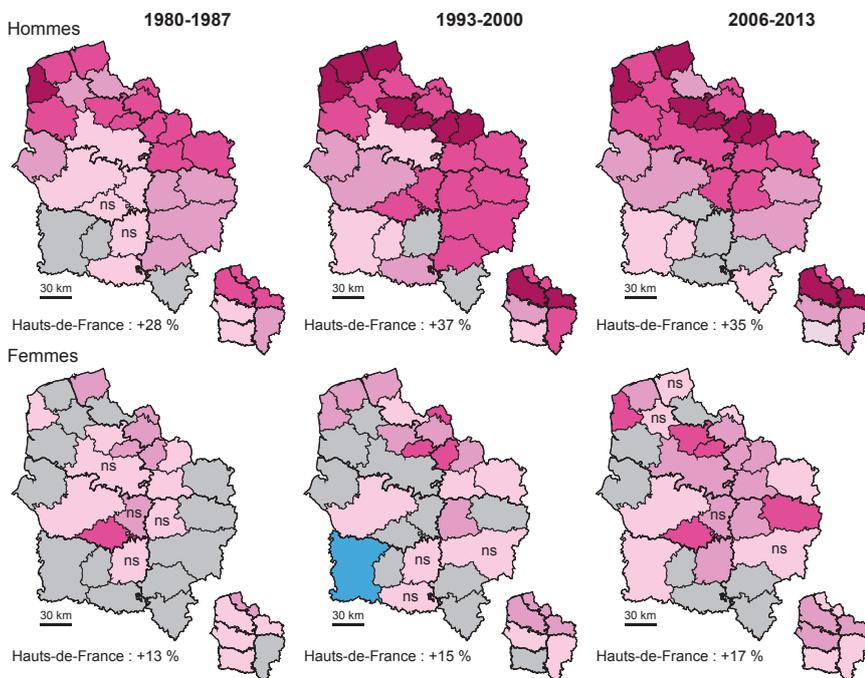
DIFFÉRENTIEL* D'ADMISSION EN ALD POUR CANCERS CHEZ LES MOINS DE 65 ANS EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE EN 2007-2014, SELON LE GENRE



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
 * calculé à partir des taux standardisés sur l'âge
 Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee - Exploitation OR2S

différentiel. Par contre, chez les hommes de moins de 65 ans, la baisse a été comparable en région et en France (le différentiel se maintient aux alentours de +35 % depuis le début des années quatre-vingt-dix).

ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE* PAR CANCERS EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE, SELON LE GENRE**



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
 * calculé à partir des taux standardisés sur l'âge, chez les personnes de moins de 65 ans
 ** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

...masquant des évolutions hétérogènes au niveau des territoires de proximité

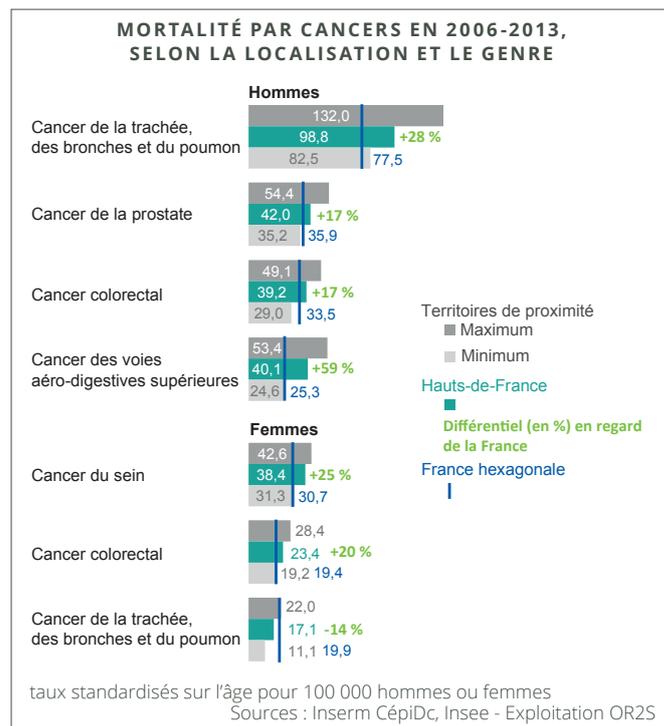
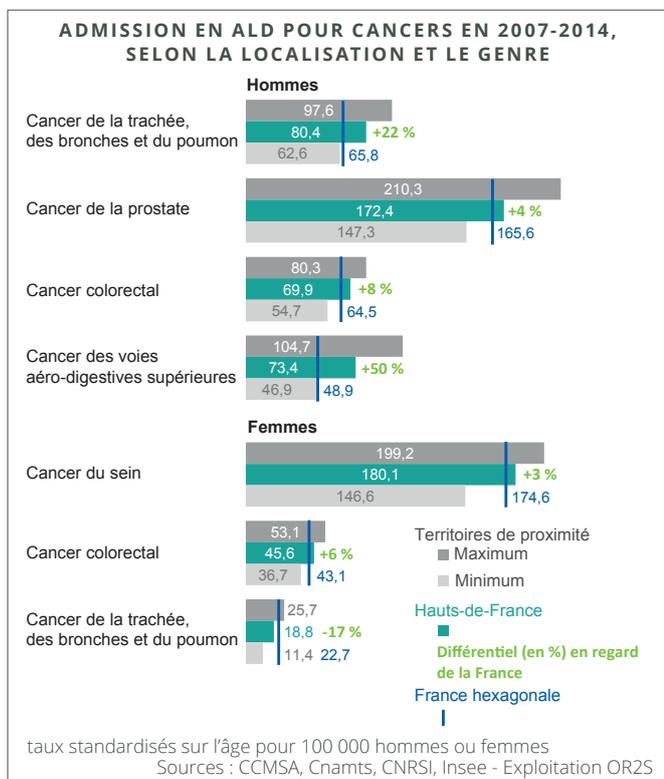
La mortalité par cancers a baissé pour tous les territoires de proximité. En regard de la France, les différentiels de mortalité tous âges et tous genres d'une majorité de territoires ont peu évolué, contrairement à ce qui est relevé pour les moins de 65 ans¹. Ainsi, certains territoires de proximité ont vu le différentiel de mortalité prématurée se réduire entre 1993-2000 et 2006-2013 : ceux du Nord-Est (zone allant du Calais à Lille et Roubaix - Tourcoing) ainsi que Valois - Halatte - Creil, Soissons et Laon dans le Sud. À l'inverse, le différentiel s'est accru pour certains territoires de proximité qui connaissaient déjà une forte surmortalité par le passé, notamment pour la majorité de ceux situés dans le Pas-de-Calais. Dans une moindre mesure, Guise - Hirson, Abbeville, Château-Thierry et Beauvais sont aussi à mentionner du fait d'une évolution moins favorable. Comme l'illustrent les cartes ci-contre pour quelques territoires, des spécificités sont relevées entre l'évolution de la mortalité prématurée par cancers des hommes et celle des femmes.

¹ les écarts entre les différentiels de mortalité avec la France des périodes 1993-2000 et 2006-2013 des territoires de proximité sont compris entre -5 et +9 points en tous âges et entre -14 et +13 points chez les moins de 65 ans.

Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon et des VADS particulièrement prégnants chez les hommes domiciliés dans les Hauts-de-France

Pour la population masculine, le cancer de la prostate est le plus fréquent, engendrant en région comme en France près de 30 % des admissions en ALD pour cancers. Il est à l'origine d'environ 10 % des décès masculins par cancers, soit près de 800 décès en 2006-2013 et 4 000 admissions en ALD sur la période 2007-2014 en moyenne annuelle dans les Hauts-de-France. Du fait d'un mauvais pronostic de survie¹, c'est celui de la trachée, des bronches et du poumon qui provoque le plus de décès masculins par cancers (un quart, soit 2 400 en moyenne annuelle). Pour les ALD, ce sont 12 % ou 13 % des admissions masculines par cancers, soit 2 000 en région chaque année.

Toujours chez les hommes, les deux autres localisations les plus fréquentes sont, suivant un ordre différent entre la région et la France, le côlon-rectum (850 décès et 1 600 admissions en ALD) et les voies aéro-digestives supérieures (VADS ; un peu plus de 1 000 décès et près de 1 900 admissions en ALD), ce dernier cancer étant nettement plus présent en région. En effet, en regard de l'Hexagone, les Hauts-de-France présentent un surplus de mortalité masculine de près de 60 % et, pour les admissions en ALD, le différentiel est de +50 %.



localisations cancéreuses mentionnées sont plus présentes en région qu'en France, mais le différentiel est nettement moins marqué pour les admissions en ALD pour le cancer de la prostate (+4 %) alors que celui de la mortalité y est plus élevé (+17 %).

Chez les femmes, augmentation de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, mais une situation plus favorable en région qu'en France

Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent, et ce aussi bien pour l'incidence que la mortalité. En regard de l'ensemble des cancers féminins, il représente deux cinquièmes des admissions en ALD (5 400 en moyenne annuelle sur la période 2007-2014 dans les Hauts-de-France) et environ un cinquième des décès (20 % en région -1 250 décès par an en 2006-2013- et 18 % en France). Vient ensuite le cancer colorectal (13 % des décès et 11 % des admissions en ALD). Le cancer de l'utérus² est le troisième cancer le plus fréquent d'admission en ALD (7 %), mais du fait d'une meilleure survie³, il provoque quasiment autant de décès que celui de l'ovaire (près de 340 par an en région), un peu moins que ceux du pancréas (415) et de la trachée, des bronches et du poumon (550). Ce dernier constitue la troisième cause de décès par cancers chez les femmes (9 % en région et 12 % en France ; respectivement 4 % et 5 % des admissions en ALD). La mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est assez spécifique chez les femmes. Elle ne cesse

¹ le pourcentage de survie nette à 5 ans du cancer du poumon est de 16 % chez les hommes et de 94 % pour celui de la prostate ; cf. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013* publié en février 2016 par l'InVS.

² les données de mortalité ne permettent pas de faire la distinction entre le col et le corps de l'utérus, du fait du nombre important de décès pour lesquels la précision n'est pas apportée. Dans les Hauts-de-France, en moyenne annuelle sur la période 2006-2013, 82 décès concernent le col de l'utérus, 66 le corps de l'utérus et, pour 186, la mention n'est pas précisée.

³ le pourcentage de survie nette à 5 ans du cancer du col utérin est de 64 % ; pour celui du corps utérin, il est de 74 %.

de croître avec le temps¹. Le taux standardisé de mortalité a ainsi plus que doublé en une trentaine d'années². Les Hauts-de-France présentent cependant une mortalité plus faible qu'en France : sous-mortalité de 14 % en 2006-2013, résultat à corroborer avec un taux d'admission en ALD qui est également moindre en région (-17 %). Pour les autres localisations cancéreuses, la situation des Hauts-de-France est moins favorable avec un surplus de mortalité en regard de la France qui est de l'ordre de 20 % pour le cancer du côlon-rectum et celui de l'utérus et de 25 % pour le cancer du sein. Si le taux d'admission en ALD est également plus élevé en région qu'en France pour le cancer de l'utérus (+15 %), ceci est moins marqué pour les deux autres localisations.

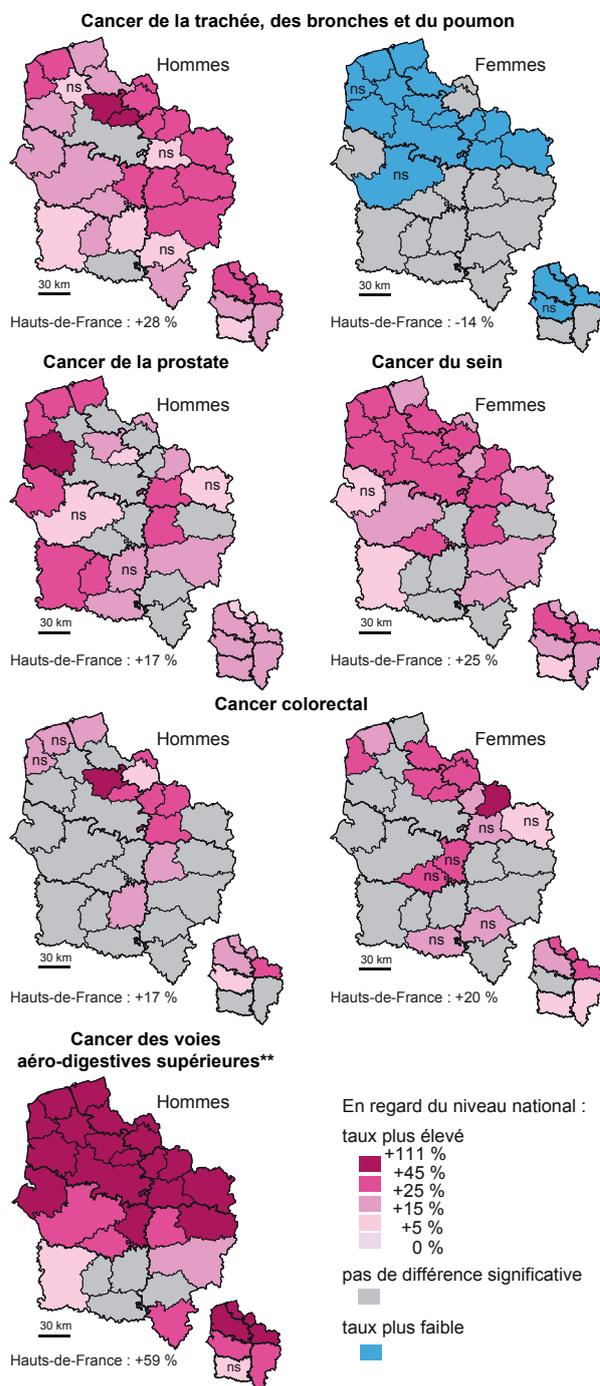
Plus forte mortalité masculine dans l'Est pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et dans le nord de la région pour celui des VADS

Des spécificités territoriales selon le genre et la localisation cancéreuse sont relevées. Les cartes de la mortalité pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon et des VADS chez les hommes, du sein chez les femmes et du côlon-rectum pour chacun des genres sont assez proches. Ainsi, la mortalité la plus importante est retrouvée dans le nord de la région, plus spécifiquement dans les quatre territoires de proximité suivants : Lens - Hénin, Béthune - Bruay, le Valenciennois et le Boulonnais. À l'inverse, les territoires du Sud ont les plus faibles taux de mortalité de la région pour ces causes, mais ces taux sont tout de même pour certaines des localisations supérieurs aux taux nationaux (cf. illustration ci-contre). Ces cartes sont inversées par rapport à celle du cancer de la trachée, des bronches et du poumon des femmes, où une sous-mortalité par rapport à la France est observée dans presque tous les territoires de proximité des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Toujours concernant cette localisation cancéreuse, mais cette fois pour les hommes, la mortalité est particulièrement élevée au niveau du Hainaut, de la Thiérache et dans les zones aux alentours.

De manière générale, ces résultats vont dans le même sens que ceux observés pour les admissions en ALD, exception faite du cancer du sein (cf. page suivante) et, dans une moindre mesure, du cancer colorectal. Pour ce dernier, les différentiels de mortalité sont toutefois moins marqués, un tiers des territoires de proximité ayant une mortalité significativement plus élevée qu'en France.

En outre, si le territoire de proximité de Lille se démarque avec une mortalité toutes causes moins élevée que les autres territoires du Nord, ceci ne se retrouve pas pour les quatre localisations cancéreuses précédemment mentionnées, le différentiel de mortalité avec la France étant cette fois plus important. Concernant le cancer de la prostate, le taux de mortalité de Lille est voisin de celui observé en France.

DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR CANCERS EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE EN 2006-2013, SELON LA LOCALISATION ET LE GENRE



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** la carte des femmes n'a pas été présentée car cette localisation cancéreuse est moins présente chez les femmes

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

¹ la cause de cette évolution s'explique par le fait que le tabagisme a augmenté progressivement chez les femmes depuis la fin de la seconde guerre mondiale, ceci étant plus spécifique pour les populations féminines les plus favorisées. Ainsi, l'analyse de la mortalité sur l'ensemble de la France à un niveau géographique fin, permet de voir que, pour cette localisation cancéreuse, la mortalité féminine est plus importante dans les zones ayant une part de cadres et professions intellectuelles supérieures plus élevée (zones urbaines); la mortalité pour les autres causes de décès a tendance à être moindre pour ces territoires.

² les données disponibles pour la réalisation de ce document au niveau des territoires de proximité ne permettent pas une telle analyse de l'évolution de l'incidence. Cependant, l'INCa indique que le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année a été multiplié par sept en trente ans. En termes de nombre de décès, ce rapport est de l'ordre de un à trois.

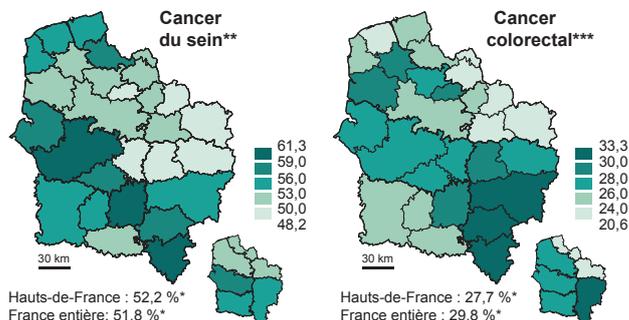
Plus forte mortalité par cancer de la prostate à l'Ouest et taux d'admission en ALD les plus élevés à l'Est

La cartographie de la mortalité par cancer de la prostate diffère sensiblement de celles des autres localisations cancéreuses. Les taux les plus élevés sont retrouvés à l'Ouest (zone allant du Dunkerquois à Beauvais et Clermont) ainsi que pour les territoires de Saint-Quentin et de Cambrésis. La corrélation entre mortalité et admission en ALD est loin d'être parfaite. En effet, les taux d'ALD les plus élevés sont retrouvés à l'Est (zone allant de Cambrésis et Sambre Avesnois à Soissons) ainsi que dans certains territoires du nord de la région ayant une plus forte mortalité par cancer de la prostate (Dunkerquois, Boulonnais et Montreuillois). À l'inverse, certains territoires ont des taux d'admission en ALD plus faibles qu'en France (les trois territoires de proximité situés au sud de Lille, Amiens et Château-Thierry), deux étant en surmortalité (Lens - Hénin, Béthune - Bruay). En outre, Valois - Halatte - Creil se démarque par une surmortalité de 17 % par rapport à la France alors qu'il ne se distingue pas pour les autres localisations cancéreuses et Soissons par le plus fort taux d'admission en ALD (+27 %) alors que sa mortalité ne diffère pas de celle de la France.

En regard de la France, forte détérioration de la mortalité féminine par cancer du sein

Comme mentionné précédemment, la mortalité féminine par cancer du sein est plus forte dans le nord de la région. Plus généralement, la majorité des territoires de proximité est en surmortalité en regard de la France. Par contre, les taux d'admission en ALD ne diffèrent que rarement du niveau national, voire y sont plus faibles ; à l'exemple de Montdidier - Santerre dont la mortalité est pourtant de 30 % plus élevée qu'en France. De plus, les taux de participation au dépistage organisé pour ce cancer sont souvent moindres dans le nord de la région (cf. carte ci-dessus). Par ailleurs, les constats actuels sont différents de ceux relevés dans les années quatre-vingt. En effet, malgré une diminution de la mortalité ces dernières années, le

PARTICIPATION AUX DÉPISTAGES ORGANISÉS* DES CANCERS DU SEIN ET COLORECTAL



* les valeurs régionale et nationale ne sont pas issues de la même source de données (InVS) ; avec les mêmes sources que celles considérées pour les territoires de proximité et de démocratie sanitaire, les valeurs régionales sont de 52,8 % pour le cancer du sein et 25,8 % pour le cancer colorectal

** taux pour 100 femmes de 50-74 ans en 2014-2015

*** taux pour 100 personnes de 50-74 ans en 2013-2014

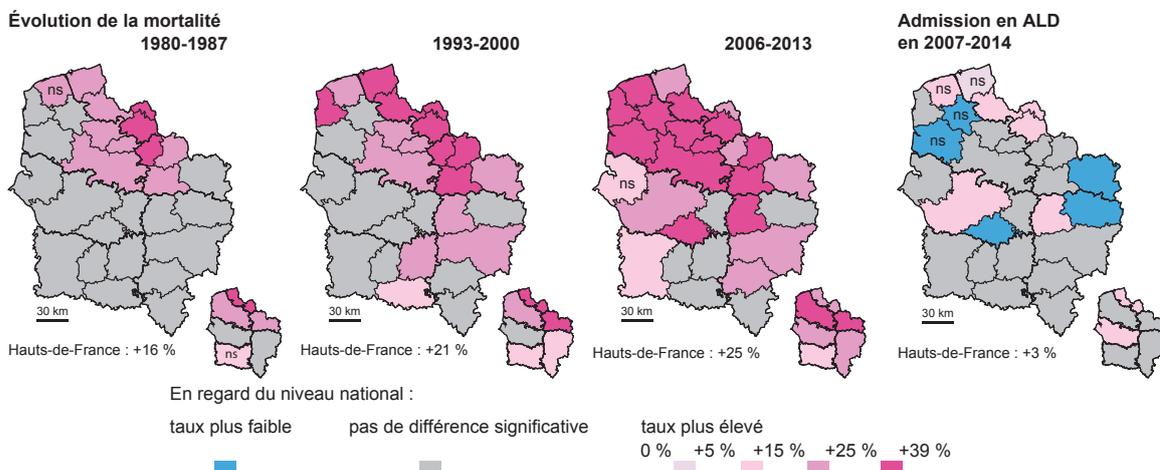
Sources : ADCN, Adécaso, Adema 80, Aisne Préventis, Opaline 62, ARS des Hauts-de-France, InVS, Insee - Exploitation OR2S

différentiel avec la France n'a cessé de croître au fil du temps. En outre, un tiers des territoires de proximité avait un taux de mortalité par cancer du sein plus fort qu'en France en 1980-1987 contre une large majorité en 2006-2013 (cf. cartes ci-dessous).

Faibles participations aux dépistages organisés au Nord

Si un peu plus de la moitié des femmes de 50-74 ans participe au dépistage organisé du cancer du sein, la participation est moindre pour le cancer colorectal (un peu plus d'un quart des personnes de 50-74 ans en région et trois sur dix en France). Comme l'illustrent les deux cartes ci-dessus, les taux de participation sont souvent plus élevés dans la partie sud. Quelques territoires se démarquent avec un mauvais classement pour la participation au dépistage organisé du cancer du sein, mais mieux placés pour celui du côlon-rectum. Certains de ces territoires ont en parallèle un taux de mortalité pour le cancer colorectal plus élevé qu'en France (Lens - Hénin et Saint-Quentin). Mais la tendance est cependant inverse, les territoires ayant une mortalité plus élevée ont souvent une participation moindre.

DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ ET D'ADMISSION EN ALD POUR CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

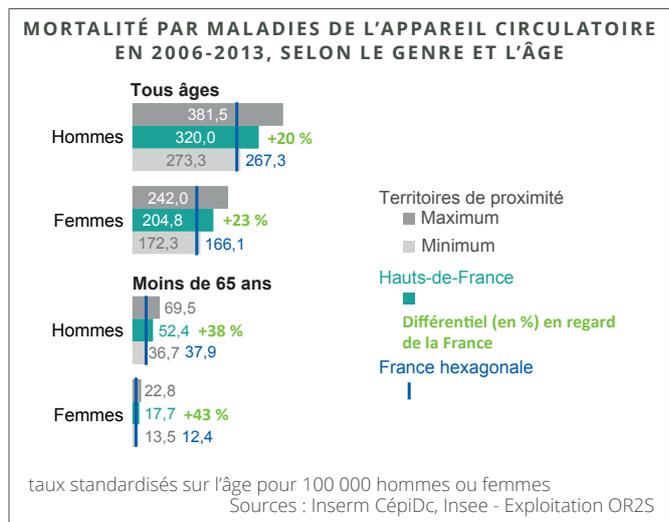
Maladies de l'appareil circulatoire

Les maladies cardiovasculaires demeurent la première cause de décès dans quelques territoires de proximité

En 2006-2013, avec en moyenne annuelle 13 685 décès par maladies de l'appareil circulatoire, la région a le même différentiel de mortalité avec la France que pour la mortalité toutes causes (+21 %). Par genre, les taux sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes, mais cette hiérarchie est inversée en nombre : 46 % des décès pour cette pathologie sont masculins (47 % en France). Ainsi, les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de décès chez les femmes¹. Si le différentiel de mortalité en regard de la France est proche suivant le genre, des écarts plus sensibles sont relevés par âge : +40 % chez les moins de 65 ans².

Au niveau des territoires de proximité, les cartes des hommes et des femmes sont proches. Les plus forts taux de mortalité par maladies cardiovasculaires sont retrouvés dans le nord de la région, Guise - Hirson et Cambrésis ayant un surplus de mortalité avec la France particulièrement marqué (+42 % dans les deux cas). Pour les territoires de l'ex-région du Nord - Pas-de-Calais, ce différentiel avoisine ou dépasse les +30 %, hormis pour Lille (qui a une légère surmortalité : +3 %), Roubaix - Tourcoing (+15 %) et Flandre Intérieure (+22 %). Dans l'ex-Picardie, les taux les plus élevés sont relevés sur une diagonale partant de Beauvais et rejoignant le nord de l'Aisne (différentiel de l'ordre de +20 % à +25 %).

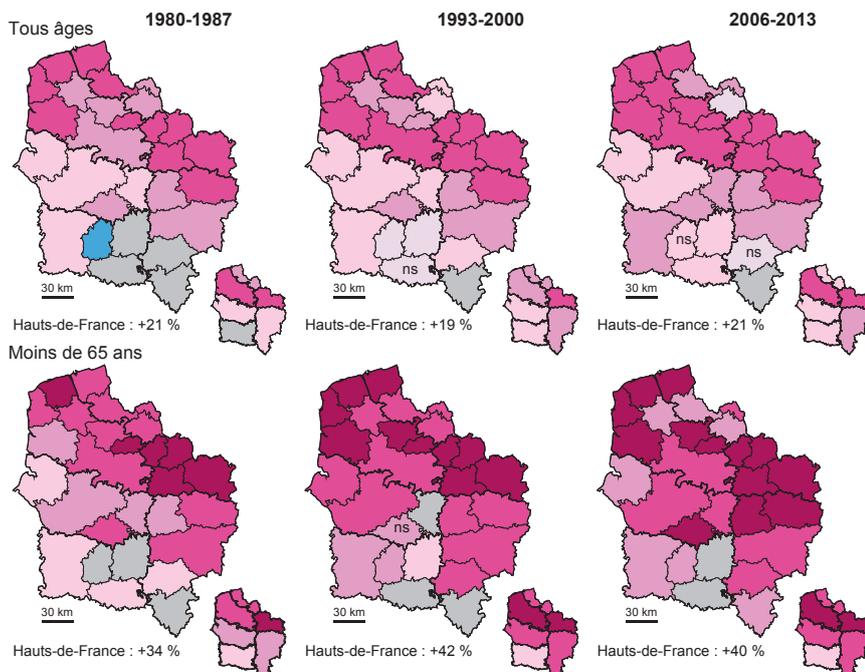
La majorité des territoires de proximité qui ont les plus faibles taux de mortalité par maladies cardiovasculaires, enregistre



un différentiel avec la France nettement plus marqué pour les seuls moins de 65 ans. Ceux de Château-Thierry, Soissons et Clermont sont même en situation de surmortalité alors qu'ils ne se distinguent pas pour la mortalité tous âges.

La mortalité par maladies cardiovasculaires a fortement diminué depuis le début de la période d'étude (1980-1987), avec des taux qui ont été divisés par près de 2,5. Cela en fait la seconde cause de décès en 2006-2013, alors qu'elle était la première par le passé. Pour quatre territoires de proximité limitrophes (Guise - Hirson, Sambre Avesnois, Cambrésis et Arrageois), les taux standardisés demeurent en 2006-2013 supérieurs à ceux des cancers ; pour six autres territoires, les taux des deux pathologies sont relativement proches.

ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**, SELON L'ÂGE



En regard du niveau national :



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Ces dernières années, fléchissement de la baisse de la mortalité dans quasiment tous les territoires

Par ailleurs, si la mortalité par maladies cardiovasculaires continue de décroître, la région enregistre, depuis la fin des années quatre-vingt-dix, une baisse moins soutenue que la France : -24 % entre les périodes 1998-2005 et 2006-2013 contre -27% au niveau national ; ce constat est non relevé chez les seuls moins de 65 ans, où la mortalité continue de diminuer au même rythme qu'en France. Seuls les territoires de proximité d'Abbeville, d'Amiens, de Flandre Intérieure, de Lille et de Soissons voient leur mortalité diminuer de manière aussi soutenue que dans l'Hexagone (voire plus vite pour ce dernier : -31 %).

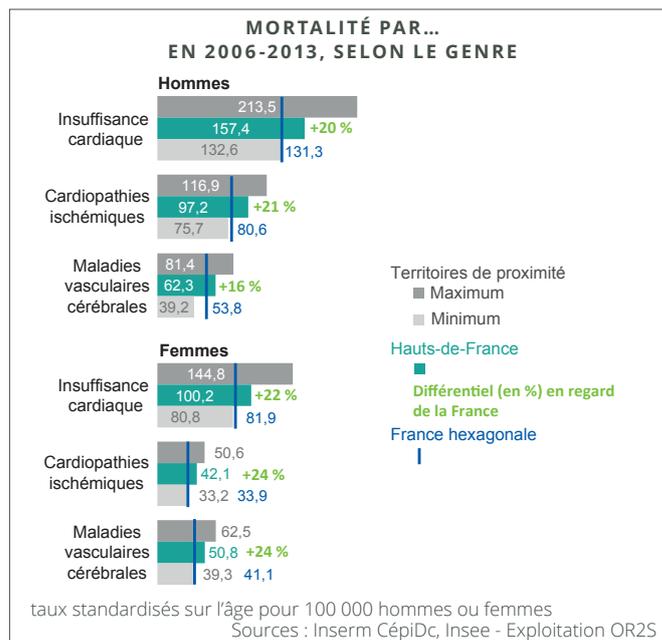
¹ devant les cancers ; pour les hommes, ce sont les cancers qui provoquent le plus de décès.

² la majorité des décès par maladies de l'appareil circulatoire se produit aux âges les plus élevés, notamment chez les femmes : 6 % des décès féminins pour cette cause sont survenus avant 65 ans en région (5 % en France) et 21 % pour les hommes (15 % en France).

Parmi les maladies cardiovasculaires, un quart des décès par cardiopathies ischémiques en région contre un sur cinq en France

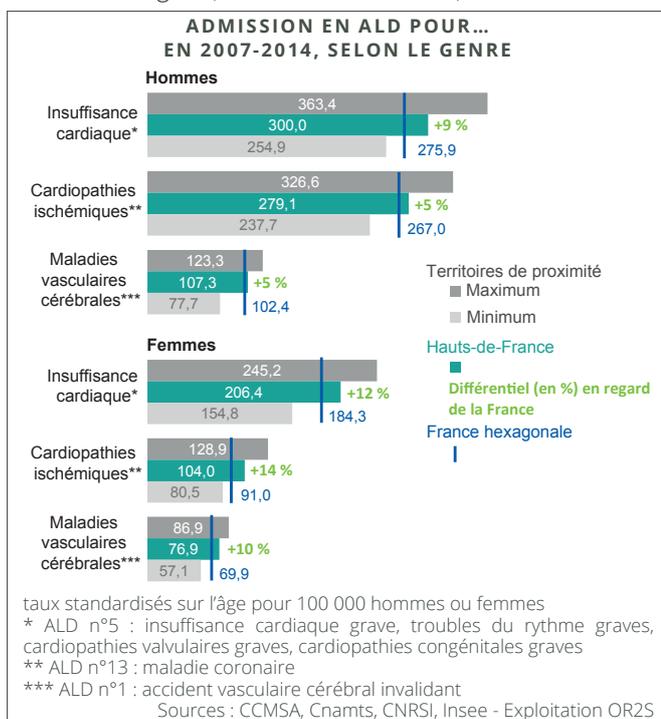
Au sein des maladies cardiovasculaires, les taux de mortalité par insuffisance cardiaque (un peu plus de 6 500 décès¹ en moyenne annuelle en 2006-2013), par cardiopathies ischémiques (3 500 décès) et par maladies vasculaires cérébrales (3 000 décès) sont plus élevés dans les Hauts-de-France que sur l'ensemble du pays, et ce pour chaque genre. Concernant les admissions en ALD, les résultats sont semblables mais les différentiels avec la France moindres².

Comme relevé pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, les différentiels de mortalité avec la France pour ces trois causes de décès sont plus élevés chez les seuls moins de 65 ans que pour tous les âges. C'est pour l'insuffisance cardiaque que les différentiels les plus forts sont relevés (+51 % pour les hommes et +45 % pour les femmes), cette cause provoquant cependant moins de décès aux âges les plus jeunes (respectivement 13 % et 4 % sont survenus avant 65 ans en région et 8 % et 3 % en Hexagone). Pour chacune des deux autres causes de décès, le surplus de mortalité avec la France est de l'ordre de 35 % chez les hommes et d'un peu plus de 40 % chez les femmes de moins de 65 ans. Chez les hommes domiciliés dans les Hauts-de-France, une part non négligeable de décès par cardiopathies ischémiques survient avant 65 ans : un quart contre un cinquième dans l'Hexagone ; pour les femmes, ces parts sont respectivement de 7 % et 5 %. En outre, 18 % des décès par maladies vasculaires cérébrales surviennent avant 65 ans chez les hommes et 7 % chez les femmes en région (13 % et 5 % en France).



Surmortalité par insuffisance cardiaque importante en Thiérache, au sud du Hainaut et dans le nord de la région

À l'instar de la mortalité générale et pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires, des disparités territoriales sont relevées pour ces trois pathologies. Celles-ci sont de natures différentes suivant la cause de décès, et ne corroborent pas toujours à ce qui est observé pour les admissions en ALD. Par contre, les contrastes territoriaux de mortalité observés pour chacune de ces pathologies sont assez proches entre les hommes et les femmes ; pour les admissions en ALD, davantage de spécificités suivant le genre sont à mentionner. Comme l'illustre la carte figurant en haut de la page ci-contre, la quasi totalité des territoires de proximité est en surmortalité par insuffisance cardiaque en regard de la France, seul celui de Lille a un taux proche du niveau national. Les territoires les plus concernés par cette pathologie sont ceux situés de part et d'autre de la limite départementale entre l'Aisne et le Nord, avec un différentiel avoisinant les +70 % pour Guise - Hirson et Cambrésis et les +50 % pour Sambre Avesnois. Les territoires de proximité les plus au Nord enregistrent également un fort différentiel avec la France, proche des +45 % pour le Dunkerquois et le Calaisis et de l'ordre de +30 % pour les autres. Toujours pour les insuffisances cardiaques, les territoires qui ont la mortalité la plus importante ne sont pas forcément ceux qui présentent les taux d'admission en ALD les plus importants, surtout chez les hommes ; pour les femmes, des taux d'ALD plus élevés sont aussi retrouvés dans les zones de forte mortalité (hormis Calaisis, Flandre Intérieure et Soissons). Trois territoires de proximité détiennent même des taux d'admission plus faibles que la moyenne française, alors qu'ils sont en situation de surmortalité.



¹ contrairement à l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire considéré en cause principale de décès, pour les insuffisances cardiaques, ce sont la cause principale, les causes associées et les comorbidités qui sont prises en compte. Les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales sont considérées en cause principale.

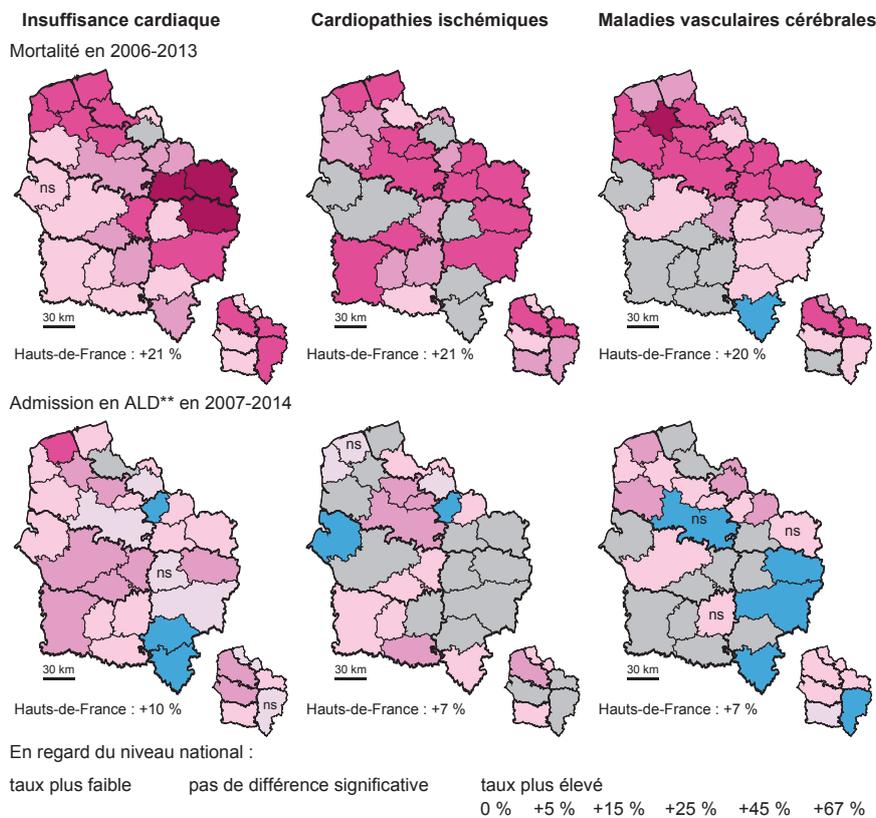
² sur la période 2007-2014, ce sont en moyenne annuelle 13 220 admissions en ALD pour insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD n°5) qui concernent des personnes domiciliées dans les Hauts-de-France, 10 000 pour la maladie coronaire (ALD n°13) et 4 900 pour l'accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n°1).

Une évolution de la mortalité par cardiopathies ischémiques particulièrement hétérogène

Comme l'illustre la carte ci-contre, de nombreux territoires de proximité présentent, en regard de la France, une surmortalité par cardiopathies ischémiques assez élevée. Si ceux de l'Oise se démarquent peu (voire pas pour certains territoires) pour les deux autres pathologies en lien avec les maladies cardiovasculaires abordées dans ce document, il n'en est pas de même pour les cardiopathies ischémiques. Ainsi, les surplus de mortalité sont un peu plus conséquents, ceci corroborant des taux d'admission en ALD pour maladie coronaire plus élevés qu'en France dans cette partie de la région (au même titre que certains autres territoires plus au Nord).

L'évolution des taux standardisés de mortalité par cardiopathies ischémiques est particulièrement hétérogène au sein de la région : la mortalité pour cette cause de décès continue de diminuer pour tous les territoires de proximité, mais suivant un rythme plus ou moins soutenu. Ainsi, ceux de l'Oise, du fait d'une baisse moins marquée, voient leur différentiel de mortalité avec la France s'accroître au fil du temps ; il en est de même pour quelques territoires de proximité du nord de la région (cf. cartes ci-dessous). À l'inverse, d'autres territoires enregistrent une diminution plus soutenue qu'en France, permettant même à certains de ne plus être en situation de surmortalité en 2006-2013 ; sont ainsi à mentionner les territoires de proximité d'Abbeville, d'Amiens, de Lille et de Saint-Quentin.

DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ ET D'ADMISSION EN ALD POUR... EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

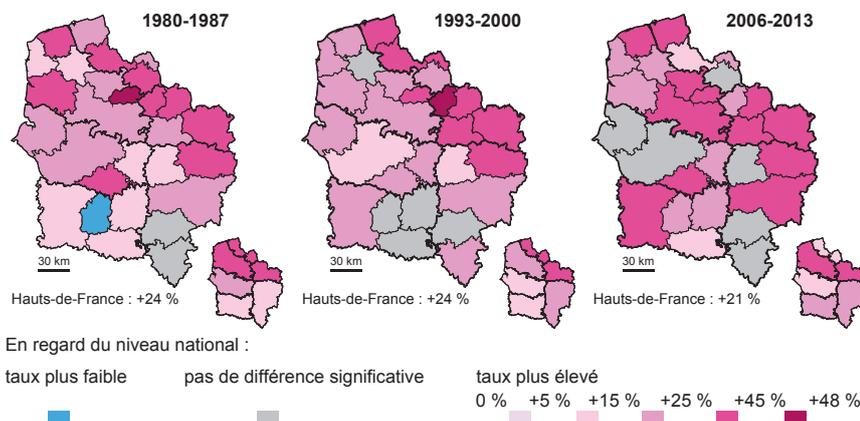
** les intitulés exacts des ALD considérées sont : insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD n°5) ; maladie coronaire (ALD n°13) ; accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n°1)

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Surmortalité par maladies vasculaires cérébrales dans le nord et le centre de l'Aisne, et taux d'ALD plus faibles

La surmortalité par maladies vasculaires cérébrales relevée dans les Hauts-de-France est principalement le fait des territoires de proximité des départements du Nord et du Pas-de-Calais : le plus souvent, les taux sont supérieurs à celui de la France de 30 %, voire de 45 % pour l'Audomarois et les deux territoires de l'ouest du Pas-de-Calais ; les taux d'admission en ALD sont les plus élevés dans ces territoires de proximité, au même titre qu'Amiens, également en situation de surmortalité. Dans une moindre mesure, les territoires de proximité du nord et du centre de l'Aisne ainsi que deux situés dans la Somme contribuent à cette surmortalité. Le différentiel par rapport à la France est d'un peu plus de 10 %, et même 20 % pour Guise - Hirson et Haute Somme. Par contre, les taux d'admission en ALD ne se différencient pas du niveau national, voire sont même inférieurs (-18 % à Guise - Hirson et -12 % à Laon).

ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**



* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Maladies de l'appareil respiratoire

Fort différentiel de mortalité avec la France pour les hommes et qui croît au fil du temps chez les femmes

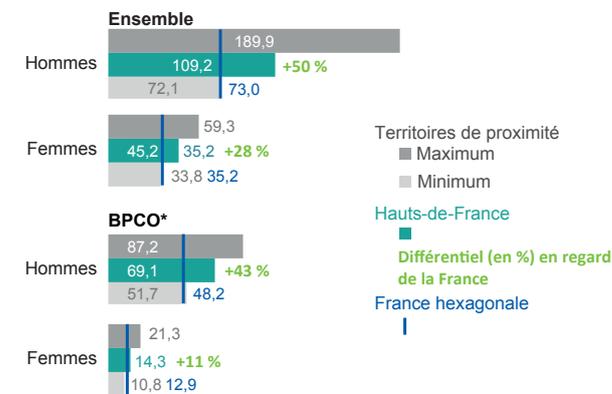
Dans les Hauts-de-France, avec près de 3 700 décès en moyenne annuelle en 2006-2013, les maladies de l'appareil respiratoire arrivent au quatrième rang des causes de décès¹. La surmortalité relevée en région, en regard de la France, est plus marquée que pour la mortalité générale et les trois premières causes de décès, notamment pour les hommes (+38 % tous genres et +50 % chez les hommes). Les décès par maladies de l'appareil respiratoire concernent plus les personnes âgées : 7 % des décès féminins surviennent avant 65 ans en région (5 % en France) et 14 % chez les hommes (11 % en France).

La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a diminué au cours des trente dernières années, cette baisse s'accélère depuis les années quatre-vingt-dix². Les baisses relevées en région et en France ont globalement suivi le même rythme chez les hommes, même si les années récentes ont vu un ralentissement en région. Chez les femmes, la diminution relevée dans les Hauts-de-France a été moins soutenue, entraînant de fait un accroissement du différentiel avec l'Hexagone.

Une forte mortalité masculine dans le bassin minier de l'ex-Nord - Pas-de-Calais qui perdure

Tant chez les hommes que chez les femmes, les territoires de proximité qui ont la plus forte mortalité par maladies de l'appareil respiratoire sont situés dans le département du Nord.

MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET PAR BPCO EN 2006-2013, SELON LE GENRE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 hommes ou femmes
* causes principale, associées ou comorbidités

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Le Valenciennois est particulièrement touché (+125 % chez les hommes et +60 % chez les femmes) et, dans une moindre mesure, Flandre Intérieure et Sambre Avesnois (+70 % pour les hommes et +55 % chez les femmes pour le premier et de l'ordre de +55 % pour chaque genre pour le second).

Chez les hommes, les trois territoires de proximité situés en dessous de Lille sont également très concernés, avec des surplus de mortalité qui, comme pour le Valenciennois, sont conséquents : +160 % pour Lens - Hénin, +125 % pour Béthune - Bruay et +75 % pour le Douaisis. En outre, pour

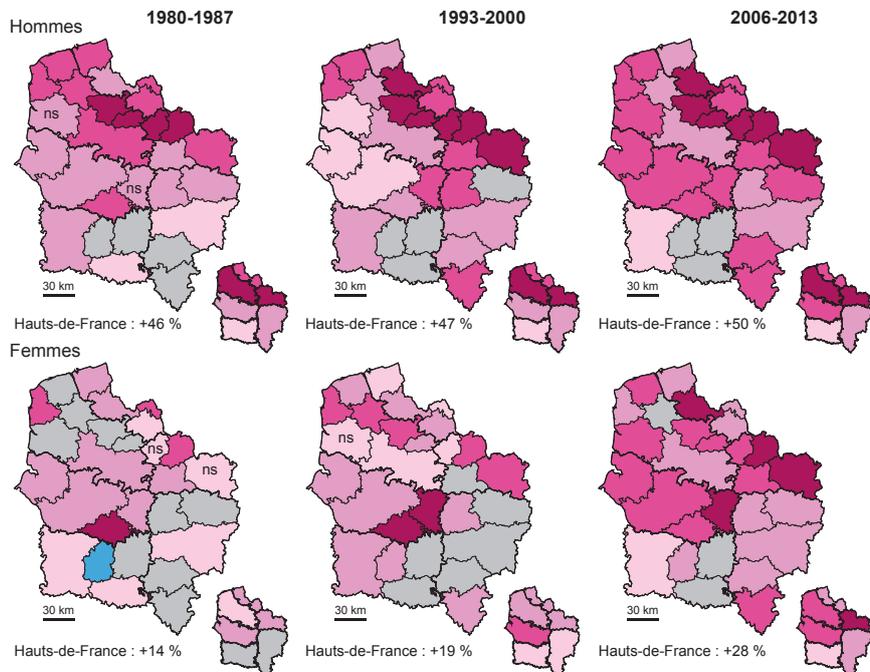
ces quatre territoires et toujours en comparaison avec la France, une forte mortalité masculine est observée depuis le début de la période d'étude. Dans ces territoires correspondant au bassin minier, la mortalité masculine par silicose y est très élevée : le taux de Lens - Hénin est 55 fois plus important qu'en France, un peu plus de 35 fois pour Béthune - Bruay, de 25 fois pour le Douaisis et de 15 fois pour le Valenciennois.

Les territoires de proximité de la Somme et ceux du sud de l'Aisne présentent également une mortalité par maladies de l'appareil respiratoire relativement élevée. Comme l'illustrent les cartes ci-contre, pour chacun des genres, le différentiel avec la France s'est fortement dégradé ces dernières années pour une majorité de ces zones. Chez les femmes, cette dégradation du différentiel de mortalité avec l'Hexagone est observée pour tous les territoires de proximité de l'Aisne.

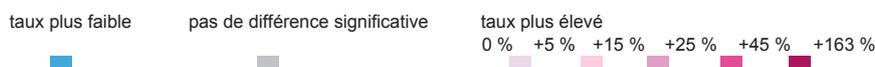
¹ provoquant quasiment autant de décès que les causes externes de mortalité qui viennent au troisième rang après les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire.

² en région, une diminution de 11 % a été observée entre les périodes 1980-1987 et 1993-2000 (12 % en France) puis de 36 % entre cette dernière période et 2006-2013 (39 % en France).

ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**, SELON LE GENRE



En regard du niveau national :



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Pour la BPCO, des taux de mortalité masculins élevés pour presque tous les territoires, mais des admissions en ALD moindres dans ceux de l'Est qu'en France

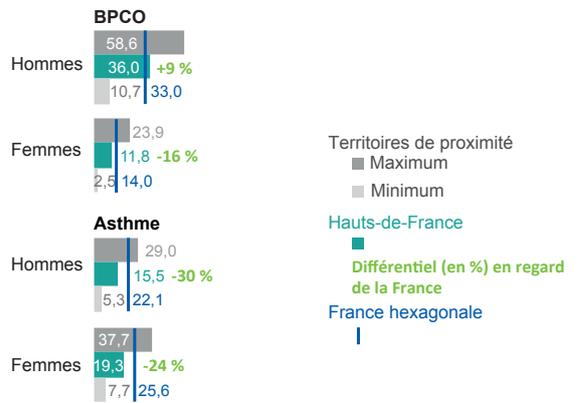
Au sein des maladies de l'appareil respiratoire, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la cause de 1 900 décès¹ en région en moyenne annuelle en 2006-2013, dont 73 % d'hommes pour les Hauts-de-France et 68 % pour l'Hexagone. Chez les hommes, une forte surmortalité est relevée : le taux standardisé de la région est supérieur à celui de la France de 43 %. Concernant les admissions en ALD (1 200 en moyenne annuelle en 2007-2014 tous genres, dont 70 % concernent des hommes), le différentiel est moins marqué (+9 %). Chez les femmes, le taux de mortalité pour cette pathologie est plus élevé que celui de la France (+11 %) alors que celui des admissions en ALD est moindre (-16 %). Comme l'illustrent les cartes de cette page, les territoires qui présentent une surmortalité en regard de la France ne sont pas toujours ceux qui détiennent les plus forts taux d'admission en ALD². Ainsi, les taux d'ALD relevés sur tout le flanc est de la région ont tendance à être plus faibles qu'en France, à l'exception de quelques territoires du Nord pour les hommes. Sur ces zones, la mortalité masculine y est, par contre, plus importante qu'en France. Toujours pour les hommes, la majorité des territoires de proximité de l'Ouest ont des taux d'admission en ALD en lien avec une BPCO plus élevés qu'en France ; il en est de même pour ceux de mortalité.

Des taux d'admission en ALD en lien avec l'asthme plus faibles en région qu'en France, mais quelques territoires se démarquent avec des taux plus élevés

Avec un peu plus de 1 000 admissions en ALD pour asthme en moyenne annuelle sur la période 2007-2014 (dont près de 45 % d'hommes), la région détient un taux plus faible que l'Hexagone (-26 %). Presque tous les territoires de proximité se trouvent dans cette situation, ceux de l'Oise et du Pas-de-Calais se démarquant cependant. En effet, si, pour l'Oise, le territoire de proximité de Beauvais enregistre un taux équivalent à celui de la France, des taux plus élevés sont retrouvés dans le Valois - Halatte - Creil (+40 %) et pour Clermont (+25 %). Pour le second département, le Montreuillois ne se distingue pas du niveau national alors que les taux sont plus forts pour le Boulonnais (+35 %), Lens - Hénin (+35 %) et Béthune - Bruay (+20 %).

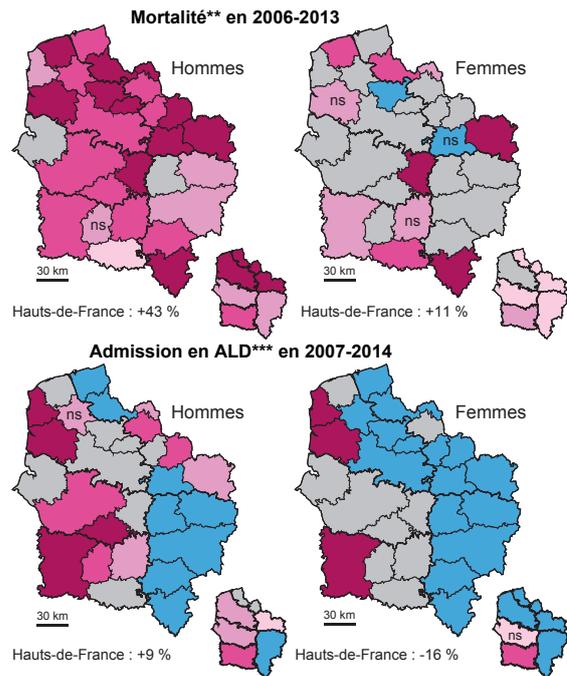
¹ contrairement à l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire considérées en cause principale de décès, ce sont la cause principale, les causes associées et les comorbidités qui sont prises en compte pour la BPCO.
² les plus faibles taux peuvent être le reflet d'une pathologie moins fréquente ou moins prise en charge bien que présente (soit du fait que la BPCO n'a pas été diagnostiquée ou qu'elle l'a été mais que la demande d'admission en ALD n'a pas été effectuée). En outre, les personnes qui ont une BPCO peuvent vivre avec, celle-ci n'aboutissant pas inéluctablement à un décès.

ADMISSION EN ALD POUR BPCO ET POUR ASTHME* EN 2007-2014, SELON LE GENRE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 hommes ou femmes
 * pour repérer la BPCO, les codes Cim 10 J42-J44 sont couplés à l'ALD n°14 (insuffisance respiratoire chronique grave) et, pour l'asthme, c'est le code J45
 Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee - Exploitation OR2S

DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ ET D'ADMISSION EN ALD POUR BPCO EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE, SELON LE GENRE



En regard du niveau national :
 ■ taux plus faible ■ pas de différence significative ■ taux plus élevé

ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
 * calculé à partir des taux standardisés sur l'âge
 ** causes principales, associées ou comorbidités
 *** pour repérer la BPCO, les codes Cim 10 J42-J44 sont couplés à l'ALD n°14 (insuffisance respiratoire chronique grave)
 Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Les **affections présentées dans ce chapitre** sont seulement celles classées dans le chapitre dix de la classification internationale des maladies (dixième révision) de l'OMS : « Maladies de l'appareil respiratoire ». Des pathologies graves ou fréquentes, et notamment le cancer du poumon, le mésothéliome pleural, la tuberculose pulmonaire, ou encore le syndrome d'apnées du sommeil ou la mucoviscidose, n'y sont pas étudiées. Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections très différentes, notamment en termes de gravité, et parfois difficiles à classer, en particulier chez le sujet âgé. La **broncho-pneumopathie chronique obstructive** (BPCO), pathologie fortement liée au tabagisme (mais touchant aussi des non-fumeurs), est une maladie aux symptômes évolutifs. Il existe quatre stades de BPCO (« à risque », « peu sévère ou débutant », « moyennement sévère ou modéré » et « sévère ») qui permettent aux médecins de définir un traitement adapté. Les personnes souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique grave, en lien notamment avec un asthme ou une BPCO, sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD).

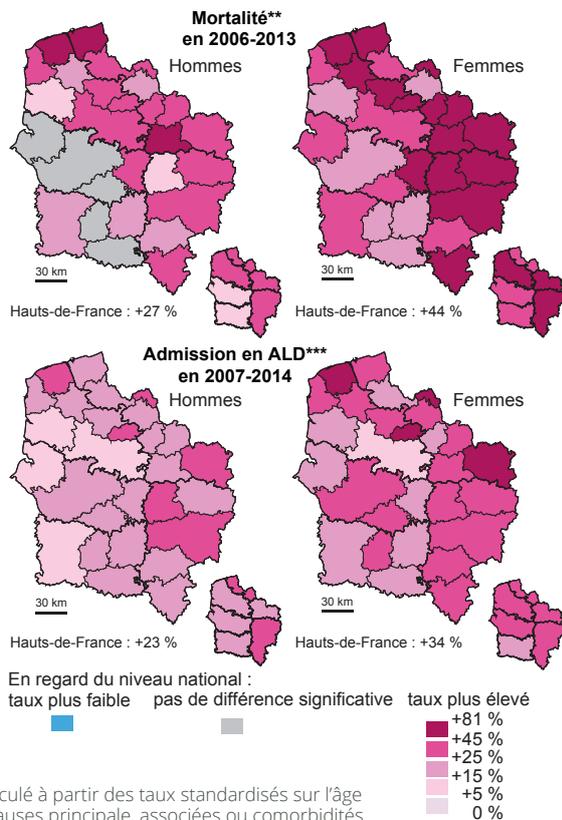
Diabète

Le diabète de type 2 important dans les Hauts-de-France, particulièrement chez les femmes

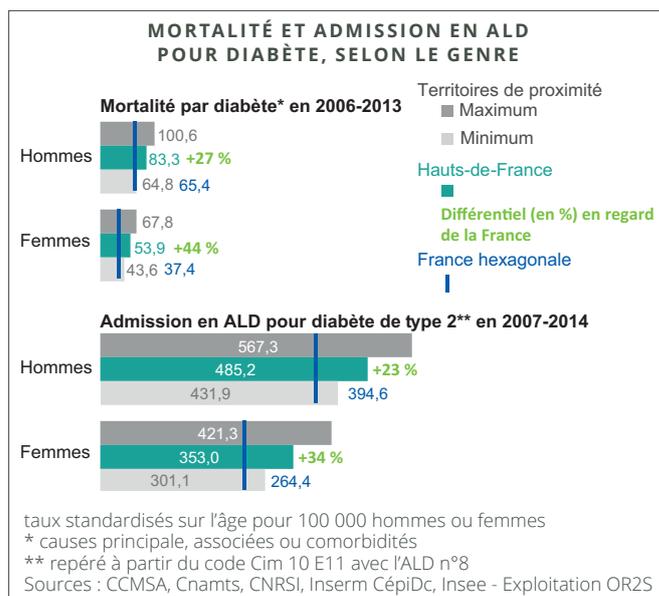
En 2006-2013, avec 3 644 décès par diabète en moyenne annuelle, la région présente une surmortalité par rapport à la France de 35 %. Le différentiel est plus élevé chez les femmes : +44 % *versus* +27 % chez les hommes. Un constat similaire est porté pour les admissions en ALD pour diabète de type 2. Avec un peu plus de 23 000 admissions par an en 2007-2014, le différentiel avec la France est de +34 % chez les femmes et de +23 % chez les hommes. En revanche, pour le diabète de type 1, les taux des Hauts-de-France (1 710 admissions en ALD par an) sont identiques à ceux de la France.

Un décès par diabète sur six survient avant 65 ans (23 % chez les hommes et 10 % chez les femmes ; 16 % et 7 % en France). Le surplus de mortalité prématurée avec le niveau national est davantage marqué que pour tous les âges (+60 % ; +73 % chez les femmes et +57 % chez les hommes). Concernant les affections de longue durée pour diabète de type 2, trois admissions sur cinq ont eu lieu avant 65 ans. Le différentiel observé avec la France est là encore plus marqué chez les femmes (+40 % ; +30 % chez les hommes de moins de 65 ans).

DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR DIABÈTE ET D'ADMISSION EN ALD POUR DIABÈTE DE TYPE 2 EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE, SELON LE GENRE



* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge
 ** causes principale, associées ou comorbidités
 *** repérée à partir du code Cim 10 E11 avec l'ALD n°8
 Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



Des taux de mortalité et d'admission en ALD pour diabète plus élevés dans l'Est

En 2006-2013, tous genres confondus, que ce soit pour la mortalité par diabète ou pour les admissions en ALD pour diabète de type 2, tous les territoires de proximité ont des taux plus élevés qu'en France, avec un différentiel qui varie de +10 % à +60 % pour la mortalité et de +10 % à +50 % pour les ALD. Comme le montrent les cartes ci-contre, pour la mortalité, quelques territoires ne se démarquent pas de la France chez les hommes. De plus, les zones de l'Est sont les plus concernées par la mortalité par diabète, le territoire de proximité de Lille ayant toutefois une surmortalité un peu moins marquée. Un constat analogue est porté pour les admissions en ALD pour diabète de type 2. Pour le diabète de type 1, davantage de disparités sont relevées pour les admissions en ALD : les territoires de proximité de l'Aisne et de la Somme ont quasiment tous des taux plus faibles qu'en France, de même que celui de Noyon - Compiègne et du Boulonnais. Six territoires ont à l'inverse des taux plus élevés¹.

Un différentiel entre la région et la France qui se creuse

Entre 2000-2007 et 2006-2013², la mortalité par diabète reste assez stable en région. Le différentiel avec la France a augmenté : +29 % en 2000-2007 et +35 % en 2006-2013. Pour les hommes, l'augmentation du différentiel a été plus marquée, passant de +19 % à +27 % (respectivement +39 % à +44 % pour les femmes).

¹ Beauvais, Valois - Halatte - Creil, Montreuillois, Dunkerquois, Lille et Valenciennes.

² l'analyse de l'évolution de la mortalité par diabète ne peut pas être effectuée avant 2000 (année du passage à la Cim 10, où les causes associées et comorbidités sont alors disponibles dans les bases traitées).

Le **diabète de type 1**, forme la moins fréquente du diabète, survient essentiellement chez les enfants et les jeunes adultes. Il est principalement causé par la destruction des cellules bêta du pancréas, d'où l'incapacité de la personne atteinte à sécréter de l'insuline. Pour cette raison, les injections d'insuline sont vitales chez ces personnes. Le **diabète de type 2** est beaucoup plus fréquent (plus de 92 % des cas de diabète traité de l'adulte) et survient essentiellement chez les adultes d'âge mûr mais peut survenir à un âge plus jeune. Il est associé à des facteurs nutritionnels et comportementaux comme le surpoids et la sédentarité. Il est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence secondaire de sécrétion d'insuline par épuisement du pancréas. Les **décès** étant le plus souvent liés à une des complications du diabète, celui-ci apparaît en cause associée ou comorbidité. Cependant, cela n'est pas systématiquement mentionné, aussi la mortalité liée au diabète doit être interprétée avec précautions. En outre, du fait du nombre important de décès codés en « diabète sucré, sans précision », il n'est pas possible de faire la distinction quant au type de diabète (type 1, type 2, diabète sucré de malnutrition et autres diabètes).

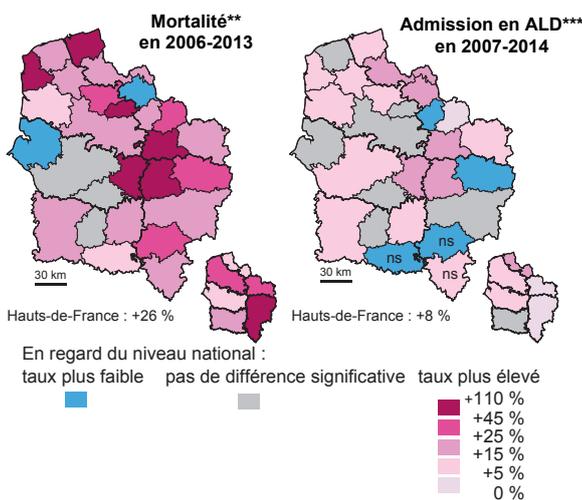
Maladie d'Alzheimer

Taux de mortalité et, dans une moindre mesure, d'admission en ALD, plus élevés en région avec certains territoires de proximité se démarquent

En 2006-2013, avec en moyenne annuelle 2 700 décès par maladie d'Alzheimer de personnes de 60 ans et plus¹ (dont un peu plus de 70 % de femmes), les Hauts-de-France connaissent une mortalité supérieure de 25 % à celle de l'ensemble de l'Hexagone. Cette surmortalité en regard du niveau national est observée pour chaque genre. Concernant les admissions en ALD, qui intègrent également les autres démences, le différentiel avec la France est retrouvé mais il est moins marqué : +8 % tous genres confondus. En région et en France, les taux sont également plus élevés chez les femmes que chez les hommes ; ce sont respectivement un peu plus de 4 000 et près de 1 700 admissions chez les 60 ans et plus² qui sont dénombrées en moyenne par an pour les Hauts-de-France.

Comme l'illustre la carte ci-dessous, une très grande majorité des territoires de proximité est en surmortalité en regard de la France, celle-ci étant plus ou moins marquée : différentiel variant entre +15 % et +110 %. Cependant, quelques territoires de proximité se démarquent. En effet, ceux de Lille et d'Abbeville présentent une sous-mortalité par maladie d'Alzheimer chez les 60 ans et plus ; pour celui de Lille, le taux d'admission en ALD (incluant les autres démences) est par contre un peu plus élevé que dans l'Hexagone. Les territoires de proximité d'Amiens, de Montdidier - Santerre et de Clermont ont des taux comparables à celui du niveau national.

DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ ET D'ADMISSION EN ALD POUR MALADIE D'ALZHEIMER CHEZ LES 60 ANS ET PLUS EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

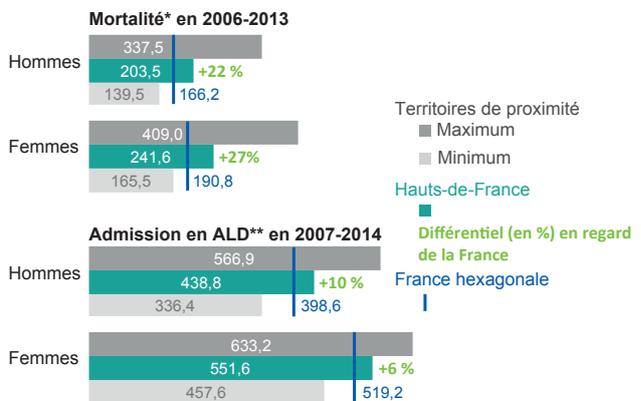
* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** causes principale, associées ou comorbidités

*** maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD n°15)

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

MORTALITÉ ET ADMISSION EN ALD POUR MALADIE D'ALZHEIMER CHEZ LES 60 ANS ET PLUS, SELON LE GENRE



Pour les ALD, un constat analogue est porté, hormis pour Amiens qui a un taux un peu plus élevé que la France.

Les territoires de proximité avec les valeurs les plus importantes sont ceux de Saint-Quentin (taux plus de deux fois plus élevé que celui de la France ; +110 %), du Boulonnais (+80 %) ainsi que Cambrésis et Haute Somme (+65 %). En outre, certains territoires de proximité ont des taux d'admission en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences plus faibles ou comparables à celui du niveau national, alors qu'ils présentent pourtant des taux de mortalité supérieurs. C'est notamment le cas de Guise - Hirson et, dans une moindre mesure, du Douaisis.

Une augmentation de la mortalité par maladie d'Alzheimer entre 2000-2006 et 2006-2013

Entre 2000-2006 et 2006-2013³, la mortalité par maladie d'Alzheimer des 60 ans et plus a augmenté en région et en France. Le taux standardisé des Hauts-de-France est ainsi passé de 176,5 pour 100 000 en 2000-2006 à 232,3 en 2006-2013, soit une augmentation de 32 %, contre 18 % dans l'Hexagone. Le différentiel de mortalité avec la France croît régulièrement : il était de +14 % en 2000-2006 contre +26 % sur la dernière période. De nombreux territoires de proximité ont vu leur mortalité pour cette pathologie croître, celui du Calaisis faisant exception. Les territoires de proximité qui enregistrent les plus fortes hausses sont ceux de Saint-Quentin (+68 %), l'Audomarois (+71 %) et Guise - Hirson (+78 %).

¹ 7 décès par maladie d'Alzheimer sont survenus avant 60 ans.

² 98 admissions sont dénombrées avant 60 ans.

³ l'analyse de l'évolution de la mortalité pour la maladie d'Alzheimer ne peut pas être effectuée avant 2000 (année du passage à la Cim 10, où les causes associées et comorbidités sont alors disponibles dans les bases traitées).

La **démence** constitue la forme la plus grave de vieillissement cérébral pathologique. Elle se manifeste par une altération croissante de la mémoire et des fonctions cognitives ainsi que par des troubles du comportement conduisant à une perte progressive d'autonomie. Les processus impliqués dans la survenue de la démence peuvent être classés en deux catégories : les processus neurodégénératifs, dont la forme la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer (celle-ci représente près de 70 % des démences), et les atteintes vasculaires (qui sont à l'origine d'environ 20 % à 30 % d'entre elles).

La **maladie d'Alzheimer** se caractérise par une perte de neurones prédominant au niveau du cortex cérébral. Les symptômes sont multiples et évolutifs : troubles de la mémoire, du jugement et de la pensée abstraite, perturbation du langage, des mouvements, de l'humeur (anxiété, agressivité), troubles du comportement (confusion)... Le diagnostic est difficile en début d'évolution chez les personnes jeunes et chez les personnes très âgées. Les premiers symptômes sont souvent considérés comme normaux et imputés au vieillissement.

Maladie de Parkinson

Si la maladie de Parkinson est plus prégnante en région, l'Aisne semble moins concernée...

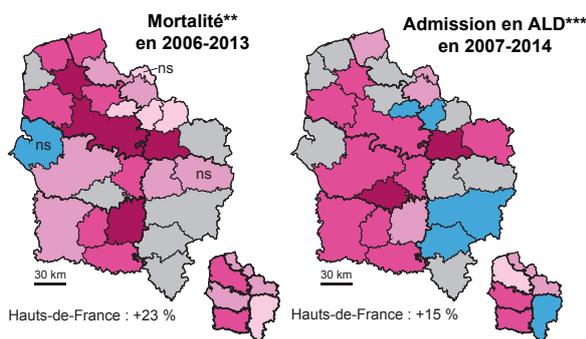
Sur la période 2006-2013, 455 hommes et 412 femmes de 60 ans et plus¹ domiciliés dans les Hauts-de-France sont décédés du fait de la maladie de Parkinson, en moyenne chaque année. Concernant les affections de longue durée, toujours chez les 60 ans et plus, ce sont en moyenne annuelle 722 hommes et 707 femmes² qui ont été admis au titre d'une exonération du ticket modérateur sur la période 2007-2014. Les taux régionaux sont plus élevés que ceux de la France hexagonale, de l'ordre de 25 % pour la mortalité et de 15 % pour les ALD (cf. graphique ci-contre).

Des spécificités sont à mentionner au niveau des territoires de proximité. Ceux de l'Aisne sont moins concernés, avec des taux de mortalité qui ne se distinguent pas de celui de la France (hormis pour Saint-Quentin, où une surmortalité est relevée). En parallèle, les taux d'admission en ALD sont, soit plus faibles (Laon et Soissons), soit comparables à celui de la France. En outre, ce constat est corroboré par les données de médicaments, où le taux relevé dans le département de l'Aisne est le plus faible de la région³.

...à l'inverse de certains territoires du Pas-de-Calais, qui ont en parallèle des taux élevés d'admission en ALD et de consommation de médicaments

Les territoires de proximité présentant les taux de mortalité par maladie de Parkinson les plus conséquents sont situés sur un axe reliant l'Audomarois, l'Arrageois et le Cambrésis, avec une surmortalité par rapport à la France dépassant les 50 %, et incluant les territoires limitrophes du Dunkerquois et du Montreuillois, avec cette fois une surmortalité de l'ordre de

DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ ET D'ADMISSION EN ALD POUR MALADIE DE PARKINSON CHEZ LES 60 ANS ET PLUS EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE



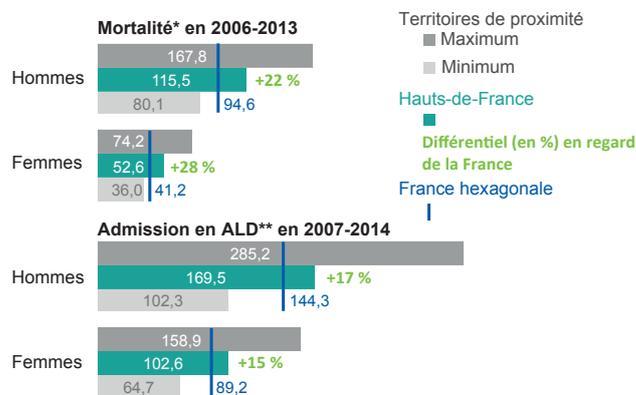
En regard du niveau national :
 ■ taux plus faible ■ pas de différence significative ■ taux plus élevé

ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
 * calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** causes principale, associées ou comorbidités
 *** repérée à partir du code Cim10 G20 avec l'ALD n°16

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

MORTALITÉ ET ADMISSION EN ALD POUR MALADIE DE PARKINSON CHEZ LES 60 ANS ET PLUS, SELON LE GENRE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 hommes ou femmes de 60 ans et plus
 * causes principales, associées ou comorbidités
 ** repérée à partir du code Cim10 G20 avec l'ALD n°16
 Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

40 %. En 2014, ces territoires présentent les taux standardisés de consommation de médicaments pour maladie de Parkinson les plus importants de la région³. Concernant les admissions en ALD, ils sont également élevés dans ces territoires, même si les taux les plus forts sont relevés dans bon nombre de territoires de proximité de la Somme et de l'Oise. Il est à noter que le département de la Somme présente le taux de consommation de médicaments pour maladie de Parkinson le plus important de la région³.

Une mortalité stable en région alors qu'elle diminue en France, voyant donc le différentiel se creuser

Entre 2000-2006 et 2006-2013⁴, la mortalité par maladie de Parkinson reste relativement stable dans les Hauts-de-France alors qu'elle baisse sur l'ensemble du pays (de -8 %). De fait, le différentiel entre les deux entités s'est amplifié, s'accroissant de dix points entre ces deux périodes (et ce pour chaque genre). En outre, la mortalité par maladie de Parkinson n'a pas évolué de la même manière selon les territoires de proximité. Ceux de Beauvais, de Clermont et de Guise - Hirson sont ainsi à mentionner, avec un taux qui a augmenté de plus de 15 points entre les deux périodes. L'inverse est constaté pour les territoires de proximité d'Abbeville, du Boulonnais, de Château-Thierry et de Montdidier - Santerre.

¹ 8 décès par maladie de Parkinson sont survenus avant 60 ans.

² 151 admissions sont dénombrées avant 60 ans, soit 9 % des admissions pour maladie de Parkinson. Les syndromes parkinsoniens secondaires, également codés avec l'ALD n°16, ne sont pas comptabilisés, 60 admissions sont dénombrées en région, dont 53 personnes de 60 ans et plus.

³ pour l'ex-Picardie, les données autour de la consommation de médicaments ne sont disponibles que par département (sources : Cnamts - Sniiram, ARS des Hauts-de-France, Insee). Comme pour les ALD, ces données ne mesurent pas la morbidité réelle, mais l'approchent à partir des cas diagnostiqués et traités.

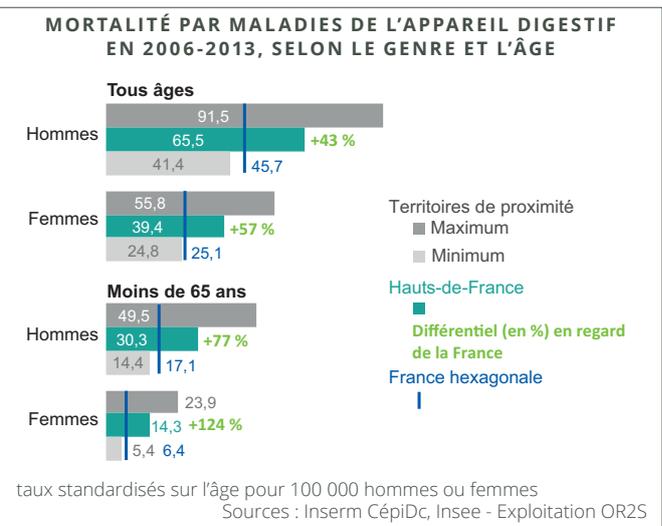
⁴ l'analyse de l'évolution de la mortalité par maladie de Parkinson ne peut pas être effectuée avant 2000 (année du passage à la Cim 10, où les causes associées et comorbidités sont alors disponibles dans les bases traitées).

La **maladie de Parkinson** est une affection chronique, lentement évolutive, définie par la présence de symptômes moteurs (tremblement de repos, lenteur et difficulté de mouvement ou bradykinésie, rigidité musculaire, troubles de l'équilibre) associés à des symptômes non-moteurs variables (tels que constipation, fatigue, dépression et anxiété, troubles du sommeil, troubles de l'odorat, troubles cognitifs). Les personnes âgées sont plus touchées par cette maladie avec un pic de fréquence autour de 70 ans (elle est rarissime avant 45 ans). La maladie de Parkinson est la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente en France, après la maladie d'Alzheimer.

Maladies de l'appareil digestif

Au Nord et au Centre, des taux de mortalité nettement plus élevés qu'au sud de la région

Avec 2 869 décès en moyenne annuelle en 2006-2013, la région a un taux de mortalité supérieur à celui de la France de près de 50 %. Une part non négligeable de décès survient avant 65 ans, ceci étant encore plus notable pour les Hauts-de-France : la moitié chez les hommes (49 %) et un peu plus d'un quart chez les femmes (28 %) contre 37 % et 17 % en France. Aussi, le différentiel de mortalité relevé pour les seuls moins de 65 ans est encore plus marqué, le taux étant même plus de deux fois plus élevé que celui de la France pour les femmes. Une majorité des territoires de proximité présente, en regard de la France, une surmortalité par maladies de l'appareil digestif ; seuls ceux du sud de la région enregistrent une mortalité comparable. Les territoires présentant les situations les plus extrêmes sont le Cambrésis, le Valenciennois et Lens - Hénin avec un surplus de mortalité en regard de la France de plus de 80 %. Le territoire de proximité du Douaisis est également dans cette situation pour les femmes. Pour les moins de 65 ans, le surplus de mortalité par rapport à la France varié entre +20 % et +212 %. Une grande partie des territoires de proximité ayant des taux supérieurs de 110 % à celui de la France se situe entre la Thiérache et le littoral. La surmortalité est encore plus élevée pour les femmes de moins de 65 ans : un différentiel de +275 % est relevé pour les territoires de proximité du Valenciennois et de Lens - Hénin.



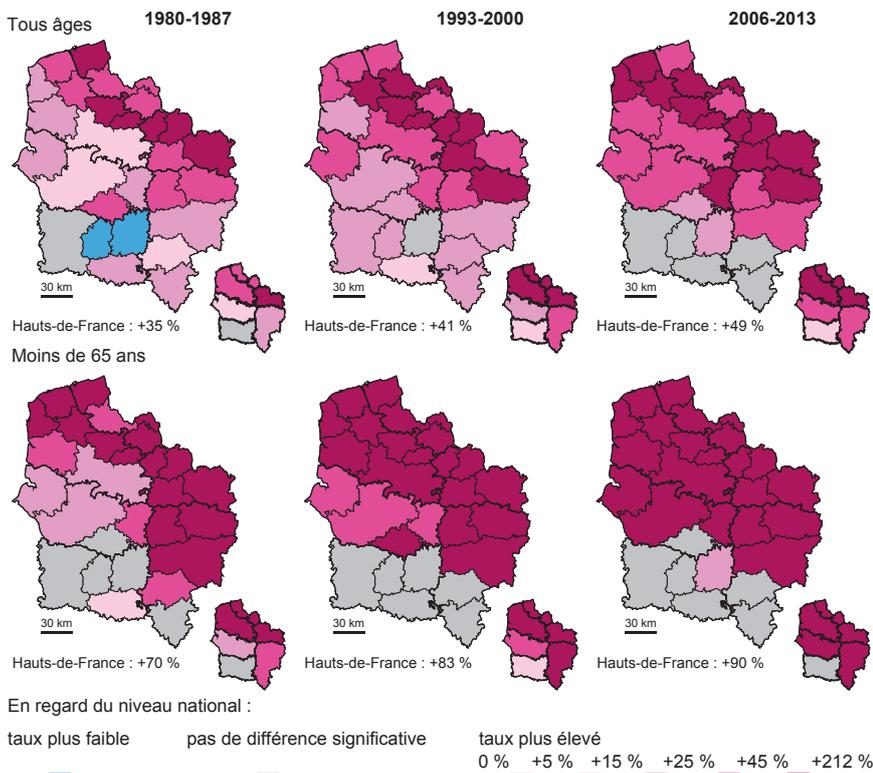
Si la situation s'est améliorée au Sud, le différentiel de mortalité avec la France ne cesse de croître pour une majorité de territoires

Entre 1980-1987 et 2006-2013, la mortalité par maladies de l'appareil digestif s'est réduite de manière régulière aux niveaux régional et national. La baisse est moins soutenue en région (-51 % *versus* -56 % en France), voyant le différentiel de mortalité avec l'Hexagone croître. Ce constat est observé pour chacun des genres, chez les moins de 65 ans comme tous âges. Comme le montrent les cartes ci-contre, pour certains territoires de proximité majoritairement situés dans le Sud, la baisse a été plus soutenue qu'en France. Plus au Nord, il en est de même pour ceux de Lille et de Roubaix - Tourcoing, notamment pour la mortalité prématurée (Béthune - Bruay enregistre, lui, une baisse comparable à celle de l'Hexagone).

Des taux d'ALD plus élevés en région

Concernant les affections de longue durée, en 2007-2014 en moyenne annuelle, près de 2 300 admissions pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD n°6) et près de 1 600 admissions pour rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD n°24) ont été dénombrées pour des personnes domiciliées dans les Hauts-de-France. Les taux standardisés relevés en région sont plus élevés que ceux de l'Hexagone, de 10 % pour la première ALD (avec une forte disparité Nord/Sud, les taux étant souvent plus faibles qu'en France au Sud) et de 30 % pour la seconde (quasiment tous les territoires de proximité ont des taux plus élevés qu'en France).

ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**, SELON L'ÂGE



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

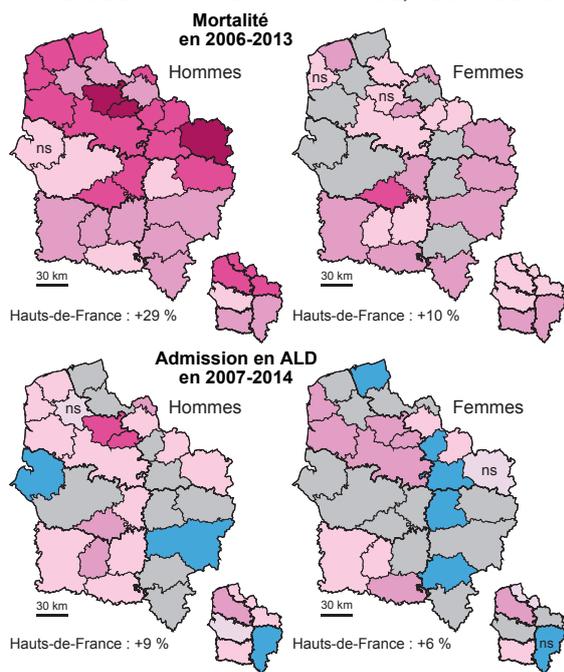
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Tabac

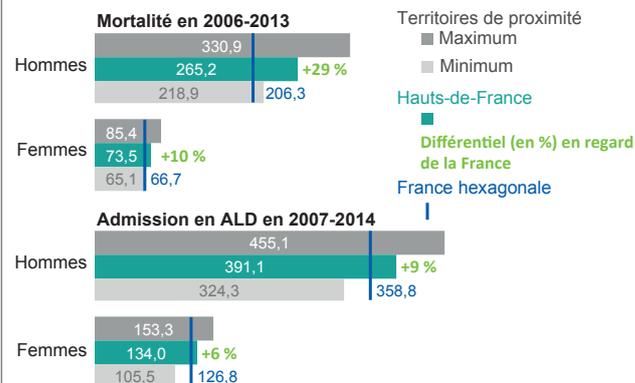
Des taux de mortalité et d'admission en ALD en lien avec le tabagisme plus élevés pour les hommes

En 2006-2013, un peu plus de 8 300 décès (dont 70 % d'hommes) en lien avec les trois principales pathologies¹ pour lesquelles le tabac est un facteur de risque sont dénombrés chaque année en région, soit un taux de mortalité supérieur à celui de la France de 20 %². Ce différentiel est plus fort chez les hommes de moins de 65 ans (+37 %). Chez les femmes, la mortalité prématurée ne se distingue pas du niveau national. Pour les admissions en ALD, le différentiel avec la France (+7 %) est moins marqué (près de 13 700 par an en 2007-2014, avec comme pour la mortalité, 70 % d'hommes), même s'il reste plus conséquent pour les hommes de moins de 65 ans (+15 %). Tous les territoires de proximité présentent une surmortalité par rapport à la France, avec un différentiel variant de +6 % à +39 %, ceci étant notamment le fait des hommes. En effet, comme l'illustre la carte ci-dessous, la mortalité féminine en lien avec la consommation de tabac ne se distingue pas pour

DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ ET D'ADMISSION EN ALD LIÉES À LA CONSOMMATION DE TABAC** EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE, SELON LE GENRE



MORTALITÉ ET ADMISSION EN ALD LIÉES À LA CONSOMMATION DE TABAC*, SELON LE GENRE



certain territoires vis-à-vis du niveau national. Si la surmortalité, en regard de la France, est plus marquée chez les hommes, certains territoires (tous situés dans l'ex-Picardie) se distinguent par un différentiel comparable entre chaque genre (Beauvais, Château-Thierry, Laon et Montdidier - Santerre) ou qui est assez proche (Clermont, Guise - Hirson et Noyon - Compiègne). En outre, la mortalité masculine a tendance à être plus élevée dans le nord de la région. Pour celle des femmes, une tendance inverse est observée. Chez les hommes de moins de 65 ans, les territoires de proximité du Boulonnais, du Valenciennois et de Lens - Hévin ont les situations les plus extrêmes (avec une surmortalité de 70 % et plus). Concernant les admissions en ALD, relatives aux trois principales pathologies en lien avec la consommation de tabac, la corrélation avec la mortalité est loin d'être parfaite (cf. cartes ci-contre).

Une mortalité qui diminue, exception faite pour les femmes de moins de 65 ans où une hausse est relevée

Entre 2000-2007 et 2006-2013, la mortalité par maladies liées à la consommation de tabac a diminué en région (-14 %) comme en France (-14 %), hormis pour les femmes de moins de 65 ans où une augmentation est constatée (+17 % et +18 % aux niveaux régional et national). Le différentiel avec la France est à la baisse pour les femmes (passant de +15 % à +10 % entre ces deux périodes) alors qu'il tend à croître pour les hommes (passant de +26 % à +29 %).

¹ cancer de la trachée, des bronches et du poumon, BPCO et cardiopathies ischémiques ; cf. encadré ci-dessous pour plus de précision.

² chez les femmes, si la mortalité est plus forte qu'en France pour ces trois pathologies considérées dans leur ensemble, une, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, se distingue du fait d'une sous-mortalité (-14 %, cf. pages 26 à 28) ; un constat similaire est relevé pour les ALD.

Il n'y a pas de seuil en dessous duquel la **consommation de tabac** serait sans danger. Le tabagisme passif tue également. Il entraîne de graves maladies cardiovasculaires et respiratoires, dont des cardiopathies coronariennes et le cancer du poumon. Il est également une cause de mort subite du nourrisson et d'insuffisance pondérale à la naissance. Le tabac constitue la première cause de décès évitables, loin devant l'alcool.

L'analyse de la **mortalité en lien avec le tabac**, est ici menée à partir des trois causes de décès considérées comme majoritairement imputables au tabagisme : le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, la BPCO et les cardiopathies ischémiques. Cette approche ne comptabilise pas tous les décès en lien avec une consommation de tabac : ne sont pas comptabilisés les cancers des voies aéro-digestives supérieures, également très liés à la consommation d'alcool, ainsi que d'autres causes de décès ayant une fraction attribuable au tabagisme plus faible, dont le cancer de l'estomac, le cancer de la vessie, les autres maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire... En outre, une fraction de chacune des trois causes considérées n'est pas attribuable à la consommation de tabac.

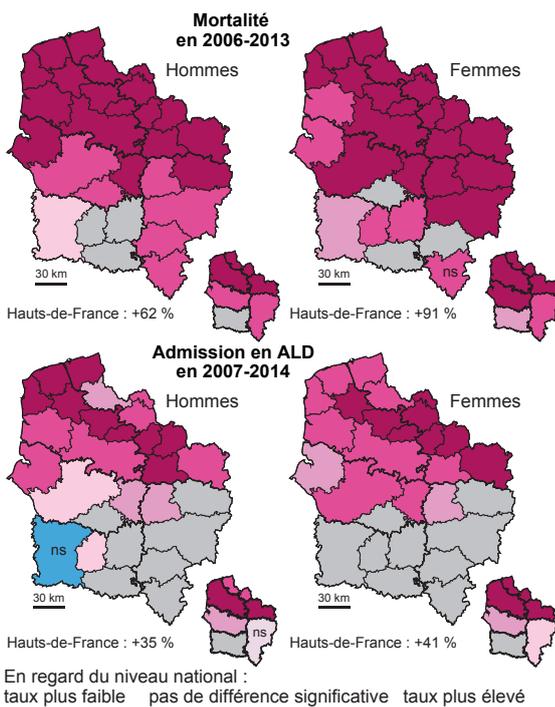
S'il n'y a **aucune ALD avec l'intitulé « tabac »**, les trois pathologies précédemment citées permettent d'aborder : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (ALD n°30 avec les codes Cim 10 C33-34), la BPCO (ALD n°14 avec les codes Cim 10 J42-J44) et les cardiopathies ischémiques (ALD n°13).

Alcool

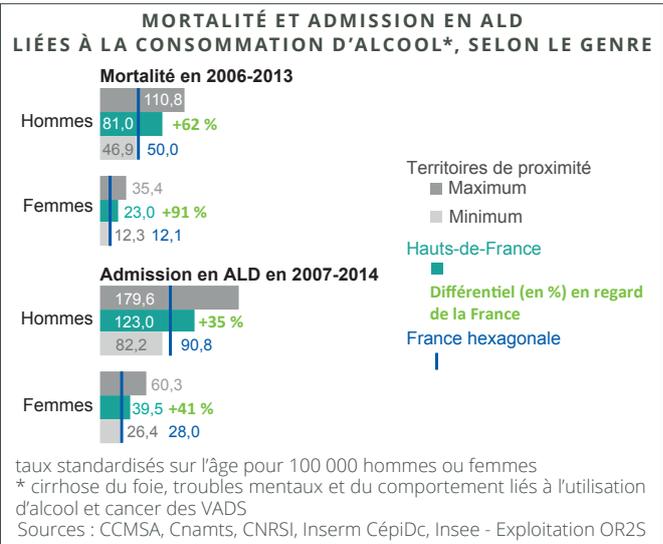
Une très forte mortalité en lien avec l'alcool dans le Nord

En 2006-2013, un peu plus de 2 800 décès (dont 75 % d'hommes) en lien avec les principales pathologies¹ pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque sont comptabilisés en moyenne annuelle dans les Hauts-de-France. Le taux de mortalité régional est supérieur à celui de la France de 68 %, le différentiel étant encore plus notable chez les femmes (+91 %). Un constat équivalent est observé concernant les admissions en ALD pour des pathologies liées à la consommation d'alcool (4 400 en moyenne annuelle en 2007-2014), mais avec un différentiel qui, bien qu'élevé, est moins marqué que celui de la mortalité : +36 % tous genres. Toujours en regard de ces pathologies, près de deux tiers des décès sont survenus avant 65 ans et sept dixièmes des admissions en ALD. Pour la mortalité prématurée, le différentiel relevé avec la France est encore plus marqué que tous âges (+84 % tous genres, +115 % pour les femmes et +76 % pour les hommes). Pour les ALD, les différentiels sont du même ordre de grandeur que ceux observés tous âges.

DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ ET D'ADMISSION EN ALD LIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL** EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE, SELON LE GENRE



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
 * calculé à partir des taux standardisés sur l'âge
 ** cirrhose du foie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et cancer des VADS
 Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



La quasi totalité des territoires de proximité se trouve dans une situation de surmortalité, seuls ceux de l'Oise ont des taux de mortalité comparables ou légèrement supérieurs à ceux du niveau national. Ces territoires se distinguent cependant pour la mortalité féminine, avec des taux qui sont plus élevés qu'en France bien qu'ils soient parmi les plus faibles de la région. Les territoires de proximité qui détiennent les plus forts taux de mortalité de la région sont également ceux qui ont les taux d'admission en ALD les plus élevés. Ils sont situés dans une zone contiguë, composée des trois territoires le plus au Nord (au niveau du littoral), de ceux du Pas-de-Calais situés à la limite avec le département du Nord et de ceux du Hainaut. Leurs taux de mortalité sont deux fois plus élevés que ceux de la France, voire plus (notamment pour la mortalité prématurée). Les territoires situés de part et d'autre de cette zone présentent des différentiels de l'ordre de +60 % à +70 %.

Si la mortalité en lien avec l'alcool a diminué de moitié depuis les années quatre-vingt, le différentiel avec la France n'a cessé de croître

Entre 1980-1987 et 2006-2013, la mortalité en lien avec la consommation d'alcool a été divisée par deux en région. Par contre, la baisse a été moins rapide qu'en France, voyant le différentiel de mortalité augmenter (passant de +51 % à +68 % entre ces deux périodes), et ce pour chaque genre. De manière générale, les réductions les moins soutenues sont observées dans les territoires de proximité qui ont les plus fortes mortalités en 2006-2013. Ces dernières années, la baisse est moindre pour ceux de Château-Thierry et de la Haute Somme.

¹ cirrhose du foie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et cancer des VADS ; cf. encadré ci-dessous pour plus de précision.

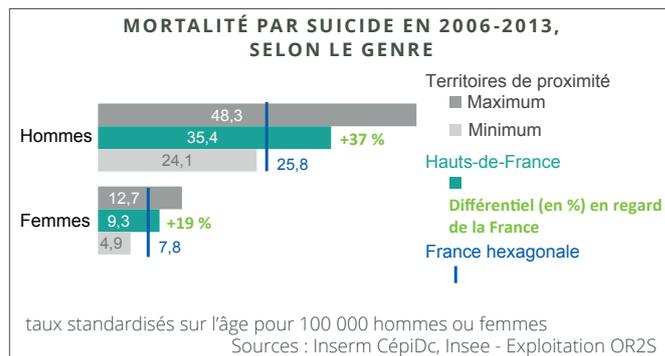
La consommation d'alcool est un facteur étiologique dans plus de deux cents maladies et traumatismes. Elle est associée au risque d'apparition de problèmes de santé tels que les troubles mentaux et comportementaux, y compris la dépendance à l'égard de l'alcool, des maladies non transmissibles majeures telles que la cirrhose du foie, certains cancers et des maladies cardiovasculaires, ainsi qu'à des traumatismes résultant d'actes de violence et d'accidents de la circulation (OMS). L'analyse de la mortalité en lien avec la consommation d'alcool, est ici menée en retenant la totalité des décès de trois causes qui sont considérées comme majoritairement liées à une consommation excessive d'alcool : cirrhose du foie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool ainsi que le cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Cette approche ne comptabilise pas tous les décès en lien avec une consommation d'alcool, ceux pour lesquels la fraction attribuable à l'alcool est plus faible. De plus, une fraction de chacune des trois causes retenues n'est pas attribuable à la consommation d'alcool. S'il n'y a aucune ALD avec l'intitulé « alcool », ces données permettent de l'aborder via les trois pathologies précédemment citées : cirrhose du foie (ALD n°6 avec les codes Cim 10 K70 et K74), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (ALD n°23 avec le code Cim 10 F10) et cancer des VADS, comprenant les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale, de l'œsophage et du larynx (ALD n°30 avec les codes Cim 10 C00-C14, C15, C32).

Suicide

Que ce soit pour les suicides ou les tentatives, les Hauts-de-France particulièrement concernés, notamment chez les hommes

Avec une mortalité comparable à celle de la France hexagonale, ce sont près de 300 des 1 210 suicides de personnes domiciliées dans les Hauts-de-France qui auraient pu être évités en moyenne annuelle sur la période 2006-2013. Ainsi, toujours en regard du niveau national, la région enregistre une surmortalité par suicide, celle-ci étant davantage marquée pour les hommes (925 décès en moyenne par an, soit un taux standardisé de 37 % plus élevé que celui de l'Hexagone) que pour les femmes (286 décès et une différentiel de mortalité de +19 %).

Un constat analogue est porté concernant les tentatives de suicide qui font l'objet d'une hospitalisation. En effet, avec un peu plus de 15 000 séjours¹ de personnes de 10 ans et plus résidant dans les Hauts-de-France, la région présente un taux standardisé d'hospitalisation plus élevé que celui de l'ensemble du pays, ceci étant là encore plus marqué chez les hommes (+80 %) même si le différentiel avec la France est important pour les femmes (+55 %). Il est à noter que si les suicides sont davantage le fait d'hommes (près de 75 % en région et en France), ce sont les femmes qui sont plus concernées par les tentatives (environ 60 % pour les deux entités géographiques ; en termes de taux standardisés, ce sont 350 séjours pour 100 000 femmes contre 250 pour les hommes en région et respectivement 225 et 140 en France).



Pour certains territoires, une surmortalité masculine par suicide non retrouvée pour les femmes

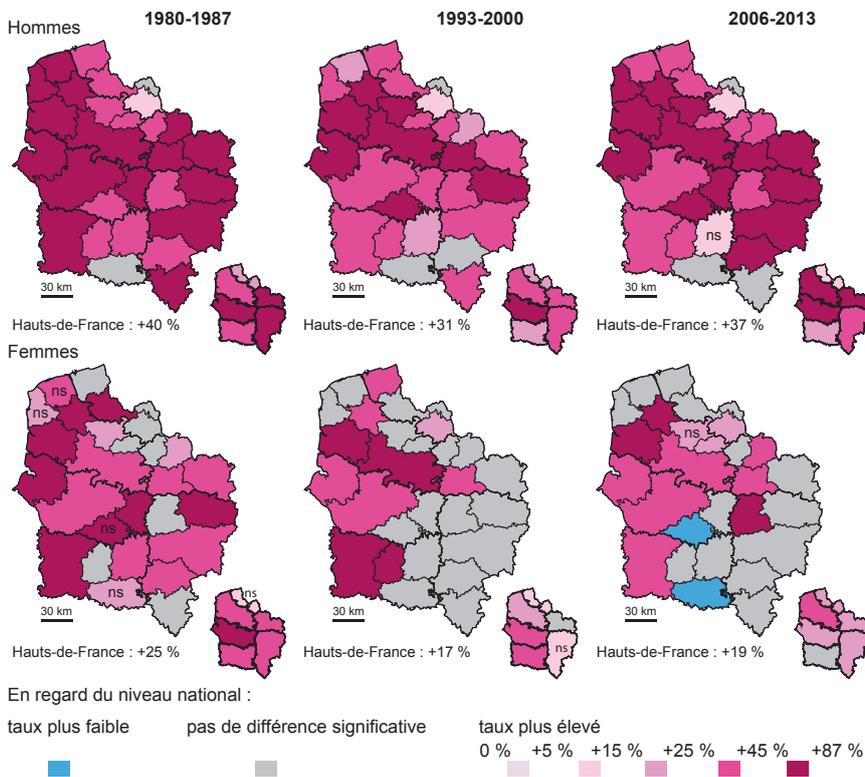
Au niveau des territoires de proximité, Valois - Halatte - Creil se démarque des autres territoires de la région du fait d'une sous-mortalité par suicide en regard de la France ; dans le Sud toujours, ceux de Château-Thierry et Noyon - Compiègne, et dans le Nord, celui de Roubaix - Tourcoing, ont des taux standardisés de suicide qui ne diffèrent pas de celui de l'Hexagone. La situation est assez spécifique pour Montdidier - Santerre : le taux de suicide masculin est de 60 % plus élevé qu'en France alors que chez les femmes une sous-mortalité est relevée (-40 %). Cette tendance est retrouvée pour les deux territoires de proximité situés le plus à l'Est, de part et d'autre de la limite départementale entre l'Aisne et le Nord : surplus de mortalité masculine de l'ordre de +65 % et des taux quasiment

identiques à celui de la France pour les femmes. À l'inverse, deux territoires de proximité limitrophes situés dans le Pas-de-Calais, l'Audomarois et le Montreuillois, détiennent les taux de suicide les plus conséquents de la région, tant chez les hommes (+85 %) que chez les femmes (+60 %).

Un écart avec la France qui se creuse malgré une baisse du taux de suicide masculin

Pour chaque genre, la mortalité par suicide a diminué en région et en France ces trente dernières années, mais suivant un rythme différent. Ainsi, chez les hommes, la baisse relevée dans les Hauts-de-France a été plus soutenue entre les périodes 1980-1987 et 1992-1999, voyant de fait le différentiel avec l'Hexagone se réduire progressivement (passant de +40 % à +30 %). Puis, il a avoisiné les +30 % pendant quelques années.

ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**, SELON LE GENRE



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge
** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Depuis le début des années deux mille, la diminution du taux de suicide masculin est moins soutenue en région, voyant le différentiel avec la France s'accroître progressivement. Chez les femmes, ces tendances sont globalement retrouvées, mais sont moins marquées.

Comme l'illustrent en partie les cartes de la page ci-contre, les territoires de proximité de l'Audomarois, du Boulonnais et du Montreuillois (dans une moindre mesure l'Arrageois) dans le Pas-de-Calais ainsi que ceux du Hainaut, du nord et du centre de l'Aisne et celui de Haute Somme ont vu leur situation se dégrader particulièrement en regard de la France ces dernières années. À l'inverse, toujours en regard du niveau national, elle s'améliore pour quelques territoires de proximité. Celui de Château-Thierry est ainsi progressivement passé d'une surmortalité assez conséquente dans les années quatre-vingt (+50 % en 1980-1987) à un taux de suicide quasi identique à celui de la France en 2006-2013. Toujours dans le sud de la région, sont également à mentionner Valois - Halatte - Creil (désormais en sous-mortalité) ainsi que Beauvais et, un peu plus au Nord, Amiens et Abbeville (même si leur taux de suicide demeure plus élevé qu'en France).

Chez les 15-34 ans, un quart des décès par suicide en région contre un cinquième en France

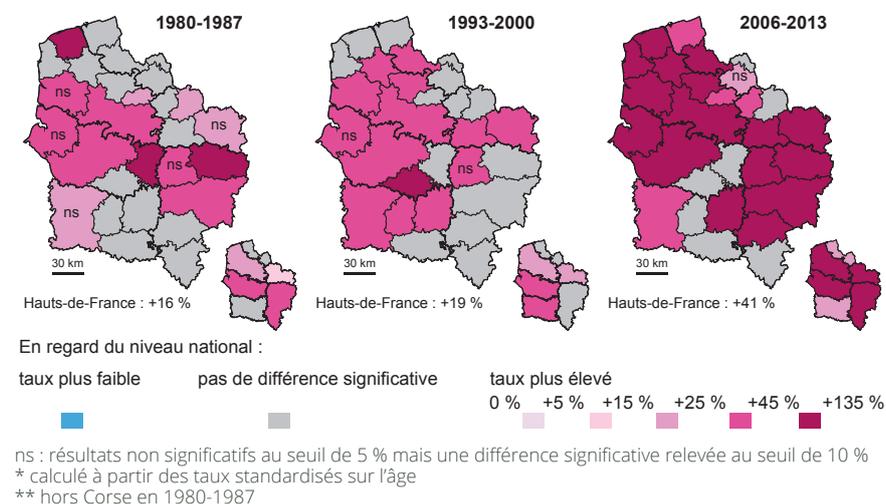
Si le taux de suicide est plus élevé chez les personnes plus âgées, ceci étant encore plus notable pour les hommes, il est plus important chez les jeunes en termes de part. Il constitue en effet la première cause de décès des 15-34 ans (24 % en région et 19 % en France). Pour la région, sur la période 2006-2013, ce sont 40 décès féminins et 166 masculins qui sont dénombrés en moyenne annuelle chez les 15-34 ans. Contrairement à ce qui est observé pour la mortalité générale des 15-34 ans (cf. page 23), celle par suicide est restée plus élevée qu'en France sur l'ensemble de la période d'étude. En outre, malgré une diminution du taux standardisé de suicide des 15-34 ans au fil du temps, le différentiel de mortalité avec la France n'a cessé de s'accroître depuis 1985-1992 (passant de +10 % à +40 % en 2006-2013).

Comme l'illustrent les cartes de cette page, une majorité de territoire de proximité est concernée. En 2006-2013, les taux de suicide des 15-34 ans les plus conséquents sont relevés dans le Montreuillois, à Guise - Hirson, le Cambrésis et à Soissons (taux plus de deux fois supérieurs à celui de France).

De plus forts taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les jeunes, particulièrement en région

Les jeunes sont particulièrement concernés par les tentatives de suicide, telles que mesurées à partir des données d'hospitalisation en médecine et chirurgie, même si ce recueil ne recense pas la totalité des tentatives (cf. encadré ci-dessous). Contrairement à la mortalité, le taux de tentative de suicide est plus élevé chez les jeunes que chez les personnes plus âgées. Ainsi, tant en région qu'en France, un pic est relevé chez les 15-19 ans (482 séjours pour 100 000 dans les Hauts-de-France et 286 pour la France), et chez les 40-45 ans (469 pour 100 000 en région et 276 au niveau national ; entre ces deux groupes d'âge, le minimum est respectivement de 333 et de 199 chez les 25-29 ans pour ces deux entités géographiques). Ensuite, le taux d'hospitalisation diminue avec l'avancée en âge jusqu'aux 70-74 ans, pour être plus stable ensuite (de l'ordre de 90 à 100 en région et de 60 à 70 en France). En outre, le différentiel avec la France est plus élevé chez les plus jeunes.

ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR SUICIDE CHEZ LES 15-34 ANS EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

La **connaissance des décès par suicide** résulte des mentions portées sur le certificat médical de la cause de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de suicide. 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 certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre. 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 pas rempli. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm, les décès concernés étant considérés en cause inconnue.

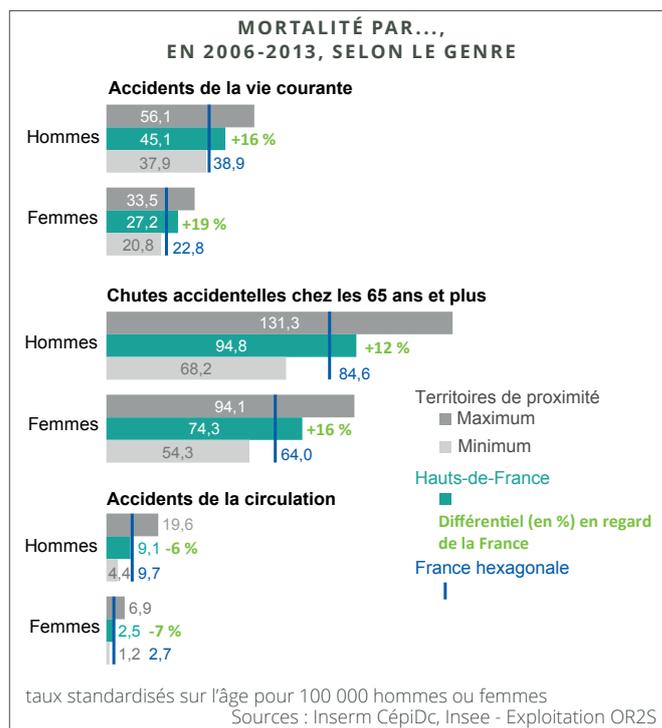
Les **tentatives de suicide** repérées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO) ne sont pas exhaustives. Par exemple, ne sont pas comptabilisées celles qui font l'objet d'un passage aux urgences mais qui ne sont pas suivies d'une hospitalisation. Par ailleurs, les règles et consignes de codage définies par l'Atih prévoient que pour les séjours pour tentative de suicide soient mentionnés un diagnostic associé (DAS) avec un code X60 à X69 (auto-intoxication) ou X70 à X84 (lésion auto-infligée), ainsi qu'un diagnostic principal (DP) codé avec le chapitre « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes ». Cependant, compte tenu des pratiques actuelles de codage, tous les séjours de personnes de 10 ans et plus contenant en DAS un code X60 à X84 ont été retenus dans ce document, quel que soit le code mentionné en DP. En outre, compte tenu des pratiques de codage variables suivant les établissements, certains séjours résultant d'une tentative de suicide peuvent ne pas être codés, minorant de fait le nombre d'hospitalisations pour une tentative de suicide.

Accidents

Surmortalité par accidents de la circulation dans une majorité des territoires de proximité de l'ex-Picardie...

Les accidents de la vie courante sont le regroupement de différentes causes de décès, dont les chutes accidentelles (847 décès en moyenne annuelle sur la période 2006-2013 en région, dont 85 % survenant à 65 ans et plus), suffocations et autres accidents affectant la respiration (293 décès), intoxications accidentelles (222 décès), noyades et submersions accidentelles (81 décès), exposition à la fumée, au feu et aux flammes (62 décès). Au total, ces accidents causent 1 928 décès chaque année dans les Hauts-de-France. Ils représentent un peu plus de la moitié des décès par causes extérieures de traumatisme et empoisonnement (52 % en région et 55 % en France en 2006-2013), les accidents de la circulation en représentent un dixième (respectivement 9 % et 10 %, soit 337 décès par an pour la région). Les taux standardisés de mortalité relevés pour ces deux causes sont plus élevés dans les Hauts-de-France que sur l'ensemble du pays, et ce pour chacun des genres.

Au niveau des territoires de proximité, la situation est très contrastée concernant les accidents de la circulation. Les territoires du Nord-Est (du Dunkerquois au Valenciennois), ainsi que le Boulonnais ont des taux standardisés plus faibles que celui relevé en France hexagonale. À l'inverse, la majorité des territoires de proximité de l'ex-Picardie est en situation de surmortalité, les deux territoires de l'est de la Somme présentant même des taux standardisés deux fois plus importants que celui de l'Hexagone.



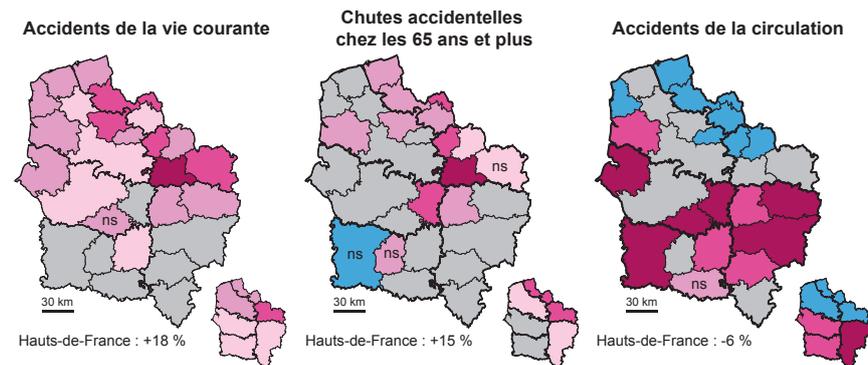
En région comme en France, les accidents de la circulation constituent la seconde cause de décès chez les 15-34 ans (la première chez les 15-24 ans), responsable du décès de près d'un jeune sur cinq (17 % en région et 20 % en France, soit 145 jeunes domiciliés dans les Hauts-de-France).

Toujours pour les 15-34 ans, le différentiel de mortalité en regard de la France s'est fortement dégradé au cours du temps : en 1980-1987, les deux territoires de proximité de l'est de la Somme étaient en situation de surmortalité alors qu'ils sont huit en 2006-2013 ; aux deux précédemment mentionnés s'ajoutent ceux du nord de l'Aisne, Beauvais, Abbeville et le Montreuillois.

...et par accident de la vie courante pour ceux de l'ex-Nord - Pas-de-Calais

Les taux standardisés de mortalité par accident de la vie courante et par chute accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus sont plus élevés dans les territoires de proximité du nord de la région.

DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR... EN 2006-2013 EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE



En regard du niveau national :



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Les **décès par accident de la vie courante**, regroupent les décès ayant pour cause initiale : accidents de transport autres (n'intègre pas les accidents de la circulation, mais uniquement les codes Cim 10 V90-V94, V96, V98, V99), chutes accidentelles, suffocations et autres accidents affectant la respiration, intoxications accidentelles par des substances nocives et exposition à ces substances, noyades et submersions accidentelles, exposition à la fumée, au feu et aux flammes, autres accidents de la vie courante, exposition accidentelle à des facteurs autres et sans précision, séquelles d'accidents.

Les **décès par chute accidentelle** sont sous-estimés par ce type d'analyse. Une analyse complémentaire est donc effectuée : sont ajoutés aux décès de cause initiale « chutes accidentelles », ceux codés à la fois en cause initiale « exposition à des facteurs sans précision » et en cause associée « fracture du fémur ». Il est ainsi considéré qu'un décès avec mention de fracture du fémur en cause associée est le plus souvent dû à une chute. En outre, lorsque les dénombrements sont établis par la seule analyse en cause initiale, une grande partie des décès par chute se trouve incluse parmi les décès pour « autres accidents non précisés », suivant un pourcentage qui croît régulièrement avec l'avancée en âge : 34 % en région et 37 % en France sur la période 2006-2013 en tous âges, cette part étant respectivement de 14 % et 11 % chez les 65-69 ans, de 30 % et 26 % chez les 75-79 ans et atteint les 50 % chez les 90 ans et plus (en région comme en France).

Autres pathologies

Le chapitre sur l'état de santé détaille de nombreuses thématiques pour les principales causes de décès et d'admission en ALD. Pour certains grands chapitres de la Cim 10, ce sont les causes de décès qui ont été détaillées¹ et, pour d'autres, l'ensemble du chapitre. Les troubles mentaux et du comportement et les maladies infectieuses et parasitaires, qui provoquent moins de décès que les causes abordées dans les pages précédentes, sont contextualisés sur cette page. En outre, au sein des maladies infectieuses et parasitaires, un zoom est réalisé sur le sida et l'infection par le VIH qui demeurent un enjeu de santé publique important.

Troubles mentaux et du comportement

En 2006-2013, avec 1 690 décès par troubles mentaux et du comportement enregistrés en moyenne chaque année, les Hauts-de-France présentent un taux standardisé de mortalité (30,9 pour 100 000 personnes) un peu plus important que celui relevé en France hexagonale (27,1, soit un différentiel de +14 %). Ceci est observé tant pour les hommes (+16 %) que pour les femmes (+11 %). Deux territoires de proximité, Valois - Halatte - Creil et Saint-Quentin, se distinguent avec une sous-mortalité en regard de la France. En outre, un tiers des territoires ne se démarque pas du niveau national.

Concernant les affections de longue durée, 8 830 admissions pour affections psychiatriques de longue durée (ALD n°23) sont comptabilisées en moyenne annuelle sur la période 2007-2014 en région. Le taux standardisé des Hauts-de-France pour cette ALD est de 20 % inférieur à celui de l'Hexagone, et ce pour chaque genre. Le territoire de proximité de Béthune - Bruay présente cependant un taux standardisé un peu plus élevé (+10 %). Ceux du Montreuillois, de Guise - Hirson et de Valois - Halatte - Creil ont un taux qui ne diffère pas de celui de la France.

Maladies infectieuses et parasitaires

En 2006-2013, les Hauts-de-France connaissent une mortalité par maladies infectieuses et parasitaires de près de 30 % plus élevée que celle observée en France (20,1 pour 100 000 personnes *versus* 15,7 %, avec 1 113 décès en moyenne annuelle pour la région). Si la mortalité masculine est plus élevée que la mortalité féminine (25,3 pour 100 000 *versus* 16,6 en région et 20,5 *versus* 12,5 en France), le différentiel régional avec la France est un peu plus marqué chez les femmes (+34 % contre +24 % pour les hommes).

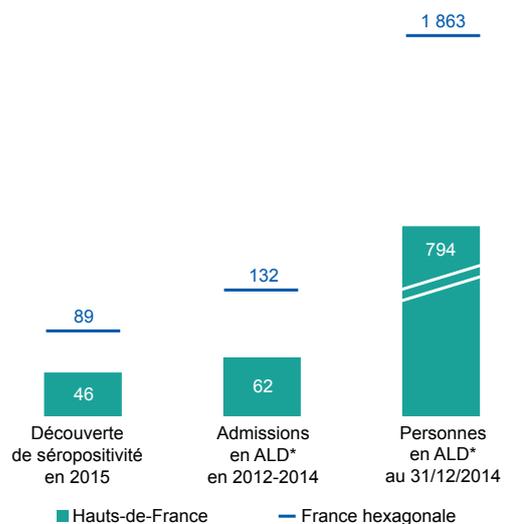
Deux territoires de proximité situés le plus à l'ouest du Pas-de-Calais (Montreuillois et Boulonnais), ainsi que Saint-Quentin et Clermont ne se distinguent pas du niveau national. Pour tous les autres, une surmortalité est observée, les taux les plus importants étant relevés dans les territoires les plus à l'Est. Ceux de Soissons et du Valenciennois ont un différentiel de mortalité avec la France de +60 % ; il est d'environ +50 % pour Laon et pour les territoires de proximité situés en dessous de Lille, partant de Béthune - Bruay et rejoignant Sambre Avesnois.

Sida et infection par le VIH

En 2015, le nombre de personnes domiciliées dans la région ayant découvert leur séropositivité s'élève à 46 par million d'habitants contre 89 dans l'Hexagone. À propos du VIH et du sida, les Hauts-de-France sont relativement épargnés, tant en regard des découvertes de séropositivité, que des diagnostics du sida, des admissions en affection de longue durée et de la mortalité avec des indicateurs plus bas que ceux du niveau national. Toutefois, quelques disparités géographiques s'observent avec notamment le département de l'Oise qui est le plus concerné par les admissions en ALD. Cela est dû probablement à la proximité géographique avec l'Île-de-France, les indicateurs isariens restant toutefois sous les niveaux nationaux. Des disparités sont également relevées entre les différents départements concernant le genre, le mode de contamination et l'origine géographique des personnes nouvellement diagnostiquées et suivies². Concernant le diagnostic de l'infection par le VIH, encore trop de découvertes le sont à un stade avancé, que ce soit dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais ou l'ex-Picardie.

¹ pour les tumeurs, ce sont uniquement celles qui sont malignes qui ont été considérées ; pour les causes externes de morbidité et de mortalité, ce sont le suicide et les accidents ; pour les maladies du système nerveux, ce sont la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson ; pour les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, seul le diabète est présenté.
² pour plus de détails, consulter la plaquette publiée chaque année lors de la journée mondiale de lutte contre le sida.

AUTOUR DU VIH ET DU SIDA



taux par million de personnes (standardisés sur l'âge pour les ALD)

* les ALD pour sida sont repérées avec l'ALD n°7 (déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine) et avec les codes Cim 10 B20-B24, Z20 et Z21

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2015 corrigées pour les délais et la sous déclaration, Insee - Exploitation OR2S

Autres déterminants de santé

Le chapitre sur l'état de santé aborde de nombreuses thématiques qui permettent d'avoir une répartition au sein des Hauts-de-France par territoire de proximité. Ce découpage géographique n'est pas toujours analysable parce que l'information n'est pas disponible. Pour autant, il est apparu nécessaire de renseigner certains comportements qui interfèrent sur les caractéristiques de santé de la population. Ces informations peuvent être présentées au niveau de l'ensemble des Hauts-de-France en comparaison avec des données nationales, au niveau d'une partie de la région (ex-Nord - Pas-de-Calais ou ex-Picardie), voire être extraites d'un contexte national. Elles peuvent aussi porter sur une période moins récente que ce qui est présenté par ailleurs, car issues de recueils spécifiques non actualisés. Elles n'en sont pas moins indicatrices d'une situation.

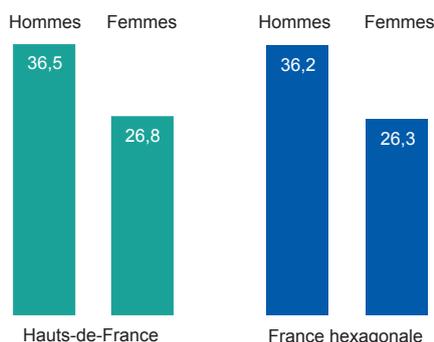
Tabac

Une part de fumeurs semblable à celle observée en France, chez les hommes comme chez les femmes

D'après le *Baromètre santé nutrition 2008*¹, tant chez les hommes que chez les femmes, la part régionale des 18-75 ans indiquant être fumeurs est comparable à celle de l'Hexagone. Des disparités sont observées suivant le genre, plus d'un tiers des hommes déclare fumer contre plus d'un quart chez les femmes. En outre, la part de fumeurs décroît avec l'âge.

Par ailleurs, l'enquête *Jesais*¹ menée auprès des élèves de seconde scolarisés dans l'académie d'Amiens montre que près d'un quart des élèves (23,2 %) déclare fumer dont plus des trois cinquièmes tous les jours. Ce constat global masque des différences importantes suivant le genre (les filles davantage que les garçons) mais aussi suivant la filière (les élèves de seconde générale ou technologique déclarant fumer moins que ceux de filière professionnelle). De fortes disparités territoriales sont relevées : neuf points d'écart séparent les bassins d'éducation et de formation (Bef) qui présentent les valeurs extrêmes de la part de fumeurs (19,3 % *versus* 28,3 %).

FUMEURS* DE 18-75 ANS EN 2008, SELON LE GENRE



pour 100 hommes ou femmes de 18-75 ans

* quotidiens ou occasionnels ; données déclaratives

Source : *Baromètre santé nutrition 2008* - Inpes, Drass Nord - Pas-de-Calais, OR2S - Exploitation OR2S

¹ cf. encadré page 46.

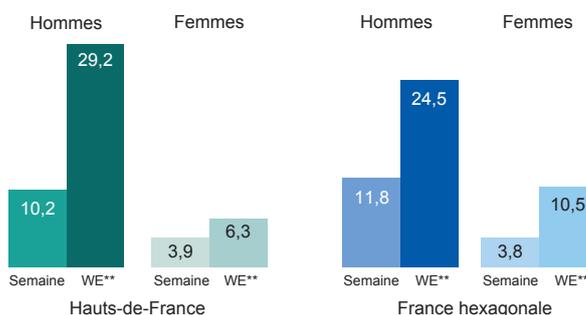
Alcool

Le week-end, une part de consommateurs d'alcool chez les hommes plus importante en région qu'en France

Le *Baromètre santé nutrition 2008* fournit des informations sur les consommations d'alcool aux niveaux régional et national. Ainsi, comme le montre le graphique ci-contre, il existe une différence pour la consommation d'alcool le week-end entre les habitants des Hauts-de-France et les Français. Si la part des hommes déclarant consommer est plus élevée en région que dans l'Hexagone, cette consommation est par contre inférieure chez les femmes. La semaine, la consommation est sensiblement identique entre les deux niveaux géographiques, quel que soit le genre. Il est à noter que l'alcool le plus consommé chez les hommes de 18-54 ans dans les Hauts-de-France est la bière, devant le vin rouge : 18 % ont indiqué en consommer la veille de l'enquête contre 14 % pour le vin. Sur l'ensemble du territoire français, le vin rouge demeure la première consommation devant la bière (près de 20 % *versus* 14 %).

L'enquête *Jesais* renseigne sur le comportement des jeunes en regard de l'alcool. Elle permet ainsi d'avoir des informations sur les ivresses et, plus particulièrement, sur les ivresses répétées des élèves de seconde. Ils sont ainsi

CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES LA VEILLE DE L'ENQUÊTE SUPÉRIEURE AUX LIMITES RECOMMANDÉES* CHEZ LES 18-75 ANS EN 2008, SELON LE MOMENT DE LA SEMAINE ET LE GENRE



pour 100 hommes ou femmes de 18-75 ans

* trois verres par jour pour les hommes, deux pour les femmes et aucun pour celles enceintes ou allaitant (recommandation du PNNS) ; données déclaratives

** week-end

Source : *Baromètre santé nutrition 2008* - Inpes, Drass Nord - Pas-de-Calais, OR2S - Exploitation OR2S

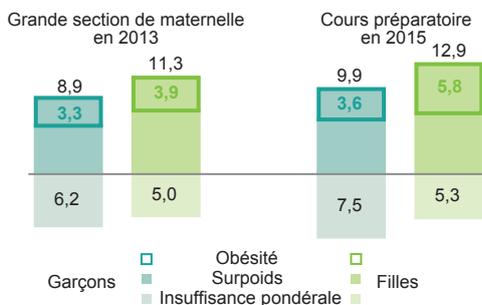
près de 8 % à déclarer avoir eu trois ivresses au cours de l'année qui a précédé le recueil. Ce constat global masque des différences entre le genre, la filière et le territoire. Au niveau des Bef, il existe des différences allant quasiment du simple au double : moins de 6 % jusqu'à plus de 11 %.

Insuffisance pondérale, surpoids et obésité

Plus d'un homme sur deux en surpoids dans les Hauts-de-France

Le recueil du *Baromètre santé nutrition* mené en 2008 permet de constater que les habitants des Hauts-de-France âgés de 18 à 75 ans présentent une corpulence supérieure à l'ensemble des Français. Cela se retrouve tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois des différences sont notées selon le genre. Ainsi, pour l'obésité, près de cinq points séparent les hommes des Hauts-de-France par rapport aux Français, l'écart n'est que de deux points chez les femmes. Pour le surpoids, dix points séparent les habitantes des Hauts-de-France des Françaises, 5,5 points parmi la population masculine. Au final, plus d'un homme sur deux des Hauts-de-France est en surpoids, cette situation étant retrouvée pour plus de deux femmes domiciliées dans la région sur cinq.

CORPULENCE EN DEHORS DE LA NORMALE* SELON LE NIVEAU SCOLAIRE** ET LE GENRE



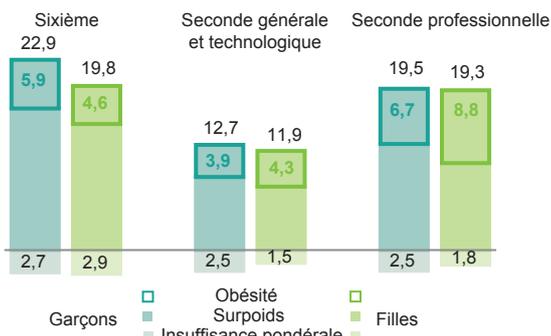
pour 100 jeunes

* issue de l'IMC calculé à partir des mesures effectuées par les infirmier(ère)s scolaires

** les élèves de grande section de maternelle sont scolarisés dans un établissement public de l'académie d'Amiens et ceux de cours préparatoire dans un établissement public de l'académie de Lille

Sources : *Jesais* - Rectorat de l'académie d'Amiens, OR2S, Rectorat de l'académie de Lille - Exploitation OR2S

CORPULENCE EN DEHORS DE LA NORMALE EN 2009-2015* SELON LE NIVEAU SCOLAIRE, LA FILIÈRE ET LE GENRE

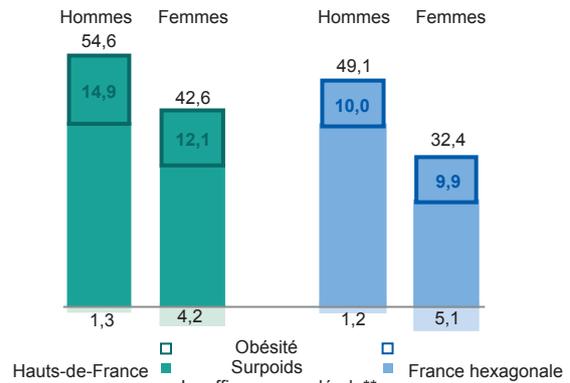


pour 100 jeunes scolarisés dans un établissement public de l'académie d'Amiens

* issue de l'IMC calculé à partir des mesures effectuées par les infirmier(ère)s scolaires lors des années scolaires 2009-2010 à 2014-2015. Les données ont été standardisées sur l'âge pour les élèves de seconde pour permettre les comparaisons suivant la filière

Source : *Jesais* - Rectorat de l'académie d'Amiens, OR2S - Exploitation OR2S

CORPULENCE EN DEHORS DE LA NORMALE* CHEZ LES 18-75 ANS EN 2008, SELON LE GENRE



pour 100 hommes ou femmes de 18-75 ans

* issue de l'IMC calculé à partir de données déclaratives

** pour les adultes, le terme « maigre » est également utilisé pour certaines études lorsque l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m²

Source : *Baromètre santé nutrition* 2008 - Inpes, Drass Nord - Pas-de-Calais, OR2S - Exploitation OR2S

D'importantes différences entre les Bef, tant dans la partie nord des Hauts-de-France que dans le Sud

Naturellement, ce pourcentage est moindre chez les jeunes tel que le révèlent les enquêtes menées en milieu scolaire¹. L'enquête menée auprès des élèves de cours préparatoire (CP) en 2015 dans l'académie de Lille souligne des différences marquées entre les Bef. Si le pourcentage d'élèves de CP ayant une corpulence normale est de l'ordre de 82 % quel que soit le genre, il existe des différences suivant le Bef, de 5 % en plus ou en moins par rapport à la moyenne. Au cours de l'année scolaire 2012-2013, un constat identique est porté sur les élèves de grande section de maternelle appartenant à l'académie d'Amiens avec 84 % des élèves qui présentent une corpulence normale, sans différence genrée. Il existe cependant des écarts sensibles entre les Bef, variant en effet de -13 % à +13 % autour de la valeur moyenne. Dans l'académie d'Amiens sur la période 2009-2015, plus d'un élève de sixième sur cinq est en surpoids, les garçons plus que les filles. Cette différence suivant le genre n'est pas retrouvée chez leurs aînés de seconde. Par contre, des écarts sensibles existent suivant la filière puisque près d'un jeune sur cinq se retrouve en surcharge pondérale en seconde professionnelle, moins d'un jeune sur sept en seconde générale ou technologique. Par ailleurs, ce constat global masque de fortes disparités entre les Bef. Ainsi, il existe des écarts en plus et en moins autour de la valeur régionale qui sont de l'ordre de 15 %, quels que soient le niveau scolaire et la filière.

¹ les diverses enquêtes présentées dans cette page, ne sont pas parfaitement comparables car elles ne reposent pas sur le même protocole.

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en rapportant le poids (en kg) sur la taille (en m) au carré. Il permet ainsi d'avoir des informations sur la corpulence des personnes.

Chez les moins de 18 ans, les références utilisées pour construire les bornes au-delà desquelles les élèves se situent en dehors de la corpulence normale sont les courbes de corpulence françaises s'agissant de l'insuffisance pondérale (IMC inférieur au 3^e percentile) et du surpoids (IMC au-delà de la courbe du 97^e percentile) et celles établies par l'IOTF (*International obesity Task Force*) pour l'obésité (IMC supérieur au centile IOTF-30).

Chez les adultes, la norme utilisée est celle de l'Organisation mondiale de la santé, à savoir pour le surpoids un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² et, pour l'obésité, un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m².

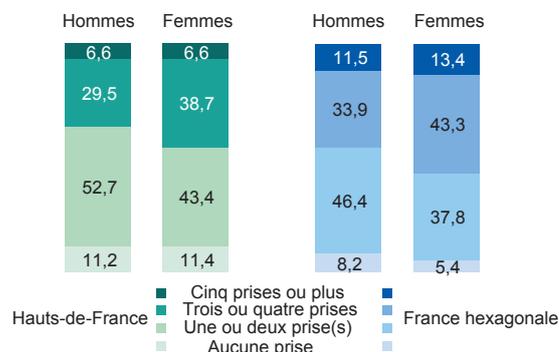
Nutrition

Fortes disparités territoriales pour les petits consommateurs de fruits et légumes

D'après le *Baromètre santé nutrition* 2008, les habitants des Hauts-de-France de 18-75 ans ont déclaré consommer moins de fruits et légumes la veille de l'enquête que leurs homologues français. La part de petits consommateurs (deux prises ou moins) est plus élevée en région que sur l'ensemble du pays d'environ dix points et, à l'inverse, ceux ayant indiqué avoir consommé au moins cinq fruits et légumes y est deux fois plus faible (cf. graphique ci-contre). En outre, la consommation est moindre chez les hommes et les plus jeunes.

Le recueil mené dans l'académie d'Amiens permet d'avoir une information sur les consommations quotidiennes de fruits et légumes en portion. Des différences sont retrouvées suivant le genre, le niveau d'étude, la filière et le territoire. Concernant la répartition territoriale, il existe des écarts qui vont du simple au double pour les petits consommateurs, à même niveau scolaire, même filière et genre. Globalement, ils sont 36 % en sixième et 42 % en seconde à se déclarer dans cette situation.

CONSUMMATION DE FRUITS ET LÉGUMES*
LA VEILLE DE L'ENQUÊTE CHEZ LES 18-75 ANS EN 2008,
SELON LE NOMBRE DE PRISE ET LE GENRE



pour 100 hommes ou femmes de 18-75 ans
* mesurée par un rappel des 24 heures semi-quantitatif. Les personnes interrogées ont déclaré l'ensemble des aliments consommés la veille de l'enquête, sans néanmoins donner d'information sur les quantités précises ingérées

Source : *Baromètre santé nutrition* 2008 - Inpes, Drass Nord - Pas-de-Calais, OR2S - Exploitation OR2S

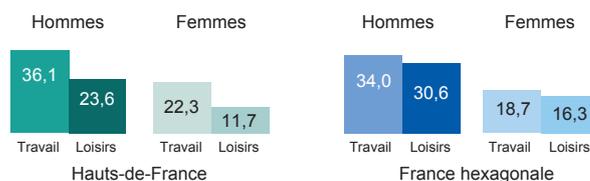
Activité physique et sédentarité

Une diminution de l'activité physique avec l'avancée en âge

Selon le *Baromètre santé nutrition* 2008, comme le souligne le graphique ci-contre, la part de 18-75 ans ayant une activité physique élevée¹ est moindre pour les loisirs dans les Hauts-de-France que dans l'Hexagone, tant chez les hommes que chez les femmes. À l'inverse, elle est plus importante en région lors de l'exercice professionnel. La part de ceux pratiquant une activité physique élevée décroît avec l'avancée en âge, quels que soient le genre et le niveau géographique. Cette décroissance est toutefois plus sensible lors des loisirs que pour le travail, globalement dans un rapport de un à cinq entre les 18-34 ans et les 55-75 ans pour le premier cadre contre un à deux pour le second.

La pratique de trois heures d'activité physique hebdomadaires chez les élèves de l'académie d'Amiens, tel que révélée par le dispositif *Jesais*, montre aussi des différences générées.

ACTIVITÉ PHYSIQUE* ÉLEVÉE CHEZ LES 18-75 ANS
EN 2008, SELON LE CADRE ET LE GENRE



pour 100 hommes ou femmes de 18-75 ans
* l'activité physique a été évaluée à l'aide du questionnaire « Gpaq » ; données déclaratives

Source : *Baromètre santé nutrition* 2008 - Inpes, Drass Nord - Pas-de-Calais, OR2S - Exploitation OR2S

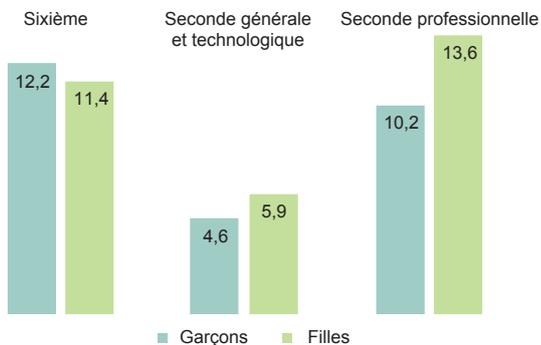
De plus, elle souligne des écarts importants suivant le niveau scolaire, la filière et le territoire qui vont dans un rapport de un à sept : entre 7 % et 50 % selon le Bef.

¹ selon le Gpaq.

En 2008, l'Inpes a reconduit le *Baromètre santé nutrition*. Il s'agit d'une enquête téléphonique consacrée aux relations entre la nutrition et la santé mais abordant d'autres points tels que l'activité physique, la sédentarité, les addictions ou encore la corpulence. Outre le fait d'avoir été menée au niveau national, cette enquête présente un grand intérêt pour les Hauts-de-France dans la mesure où des sur-échantillons régionaux ont été réalisés, tant dans le Nord - Pas-de-Calais qu'en Picardie. Le questionnaire et la méthodologie employés dans les deux régions d'alors sont les mêmes que ceux mis en œuvre au niveau national. Le questionnaire a été passé suivant la méthode Cati (*Computer assisted telephone interview*) aux personnes contactées sur un poste fixe. Les données ont été pondérées par le nombre de personnes éligibles au sein du ménage contacté ainsi que par le nombre de lignes téléphoniques du foyer. Un redressement a été réalisé sur le genre, l'âge, le diplôme et la taille d'agglomération, afin d'être représentatif. L'échantillon national est composé de 3 324 adultes de 18-75 ans. Pour le Nord - Pas-de-Calais, 1 295 personnes ont été enquêtées et, pour la Picardie, ce sont 1 003 personnes ; ces personnes sont issues des sur-échantillons ou de la fraction régionale de l'échantillon national. Ces deux échantillons ont été agrégés suivant la part de population pour les trois groupes d'âge que sont les 18-34 ans, les 35-54 ans et les 55-75 ans et suivant le genre, à partir du recensement de population au 1^{er} janvier 2008. Les résultats ont été ensuite standardisés sur les trois groupes d'âge mentionnés, à partir de la population au 1^{er} janvier 2013, pour permettre les comparaisons suivant le genre et entre les deux unités géographiques : Hauts-de-France et France hexagonale. L'enquête *Jeunes en santé, indicateurs et suivi (Jesais)* a été mise en place pour la première fois lors de l'année scolaire 2005-2006. Elle repose sur une participation à tous les instants des différents personnels de l'Éducation nationale, au premier rang desquels se trouvent les professionnels de santé et, tout particulièrement, les infirmier(ère)s. Ceux-ci réalisent notamment les mesures, mais aussi, pour la plupart, les entretiens et la saisie informatique du bilan de santé de leurs élèves. Depuis l'année scolaire 2008-2009, *Jesais* concerne à la fois les élèves de sixième et de seconde. Ce sont ainsi plus de 73 000 jeunes de ces deux niveaux scolaires qui ont participé. Cette taille importante d'échantillon permet, pour la plupart des thématiques, de les croiser avec les critères démographiques mais aussi avec la prise en compte du gradient social ou encore la dimension territoriale au niveau des bassins d'éducation et de formation (Bef). Les indicateurs présentés dans cette partie du diagnostic permettent ainsi de visualiser les différences suivant le genre, la classe et la filière pour les élèves de seconde (une standardisation a été effectuée pour permettre les comparaisons entre les élèves de seconde professionnelle et leurs homologues de seconde générale et technologique, les premiers étant plus âgés de 8,5 mois en moyenne). Ils permettent aussi de se rendre compte à travers les *minima* et *maxima* des Bef des différences importantes existant en termes de répartition spatiale. Les deux recueils ont été passés suivant des protocoles différents, l'un comparant la région au niveau national mais seulement à partir de la déclaration des enquêtés et l'autre reposant sur des mesures et des échanges en face à face entre l'infirmier(ère) et l'élève, offrant des comparaisons possibles à un échelon localisé.

Santé bucco-dentaire

**PRÉSENCE D'AU MOINS UNE CARIE EN 2009-2015*,
SELON LE NIVEAU SCOLAIRE, LA FILIÈRE ET LE GENRE**



pour 100 jeunes scolarisés dans un établissement public de l'académie d'Amiens

* à partir des données repérées par les infirmier(ère)s scolaires lors des années scolaires 2009-2010 à 2014-2015

Source : *Jesais* - Rectorat de l'académie d'Amiens, OR2S - Exploitation OR2S

Des différences territoriales importantes en ce qui concerne les caries

Le dispositif *Jesais*, permet d'avoir une vision de la santé bucco-dentaire des élèves de seconde et de sixième scolarisés dans les établissements publics de l'académie d'Amiens. La présence de carie(s) concerne ainsi plus d'un élève de sixième sur neuf (11,8 %) et un élève de seconde sur quatorze (7,2 %). Toutefois, en seconde, de fortes inégalités sont retrouvées suivant la filière d'enseignement avec un pourcentage d'élèves présentant au moins une carie deux fois plus élevé en seconde professionnelle qu'en seconde générale et technologique. Ces différences sont retrouvées selon le genre avec respectivement 10,2 % contre 4,6 % chez les garçons et 13,6 % contre 5,9 % chez les filles.

Ce recueil met par ailleurs en évidence chez ces élèves un fort gradient Nord/Sud au sein de l'académie d'Amiens. En classe de seconde, un élève sur dix est concerné dans les deux Bef du nord de l'Aisne alors qu'ils sont moins de 7 % dans l'Oise, avec un minimum sous les 5 % pour l'un d'entre eux. Pour les élèves de sixième, cette disparité se retrouve dans des proportions plus élevées : 17,3 % dans le Bef de Laon - Hirson contre 8,8 % dans celui du Sud Aisne (9,2 % dans l'Oise Centrale).

Iatrogénie

Une forte prévalence de polymédication dans des départements des Hauts-de-France

En 2013, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sur le territoire national sont estimés à 22 pour 1 000 actes réalisés en médecine générale, ce qui représenterait un EIAS tous les deux jours par médecin généraliste libéral. Liés à une prise en charge inappropriée ou à des modalités de gestion de traitement inadaptées, 50 % à 70 % des cas sont pourtant considérés comme évitables. Première responsable, la iatrogénie médicamenteuse représente 20 % des hospitalisations en urgence des plus de 75 ans et 25 % des admissions des plus de 85 ans. L'inobservance, atteignant 60 % dans l'Hexagone (50 % en moyenne dans les pays développés), concerne plus particulièrement certaines pathologies comme le diabète de type 2, l'insuffisance cardiaque, l'ostéoporose, et certaines recommandations thérapeutiques (vaccinations, traitements anticancéreux, inhibiteurs hormonaux...)

La même année, les ex-Nord - Pas-de-Calais et ex-Picardie enregistrent une surconsommation médicamenteuse de +16 % et +15 % par rapport à la moyenne nationale, derrière l'ex-Limousin, en tête avec +21 %. Les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme figurent également parmi les plus gros prescripteurs d'antibiotiques avec plus de 50 prescriptions pour 100 patients de 16 à 65 ans sans ALD (39,6 en moyenne nationale), mais aussi parmi ceux enregistrant le plus de prévalence de polymédication¹ chez les personnes âgées (de 40 % à 49 % des 75 ans et plus -seuls trois autres départements de France atteignent de telles proportions-).

¹ au seuil de 10 médicaments.

² alerte et maîtrise de la iatrogénie.

Une analyse à échelle plus fine, menée dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais, montre tout de même que les territoires de proximité limitrophes de l'ex-Picardie (Montreuillois, Arrageois, Cambrésis, Sambre Avesnois) contiennent globalement les consommations les plus élevées, tandis que les taux les plus faibles s'observent au Nord-Ouest (Calaisis, Audomarois, Dunkerquois, Flandre Intérieure). Une autre enquête met par ailleurs en relief la corrélation semblant exister entre les prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées (PMPI), d'une part, et l'offre de soins et les caractéristiques sociodémographiques du territoire d'autre part : les communes présentant une sous-incidence de PMPI sont les plus dotées en offre de soins et regroupent des foyers relativement plus riches, et inversement.

Priorité de santé publique depuis 2004, la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse fait l'objet de divers programmes de prévention. En région, le programme Ami²-Alzheimer a permis de réduire de 19 % le taux d'exposition aux neuroleptiques dans les Ehpad participants de l'ex-Nord - Pas-de-Calais ; dans l'ex-Picardie, 20 % des Ehpad ont déclaré avoir mis en œuvre un plan d'actions. Des pistes d'amélioration de la prise en charge ont en outre été dessinées, allant de la conciliation médicamenteuse au développement des thérapeutiques non-médicamenteuses (notamment par le sport), en passant par des pratiques ciblées pour certaines pathologies, par exemple, la vaccination contre la grippe.



OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Après une contextualisation de l'offre de soins et de services dans les Hauts-de-France par rapport à l'Hexagone et les autres régions, ce chapitre aborde en premier lieu l'offre en professionnels de santé. Les indicateurs relatifs aux médecins généralistes permettent d'observer la répartition territoriale des professionnels ayant une activité libérale (ou mixte). La démographie de ces professionnels de santé de premier recours fait partie des éléments importants à prendre en compte pour anticiper les éventuels futurs besoins. Aussi, elle est abordée, au même titre que les temps d'accès et les consommations de villes en lien avec ce professionnel. Les pharmaciens sont ensuite analysés, de même que les dépenses de médicaments. Les pages suivantes sont consacrées aux détails de l'offre en médecins spécialistes, tant pour l'ensemble des spécialistes, qu'ils aient une activité salariale ou libérale, que ceux exerçant uniquement en libéral, avec un détail pour un certain nombre de spécialités. Un état des lieux pour les autres professionnels de santé libéraux est aussi réalisé, notamment pour les chirurgiens-dentistes, les infirmier(ère)s, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes ; outre l'analyse de l'offre, avec la prise en compte de l'âge de ces professionnels, les temps d'accès et les consommations de ville sont étudiés. Les sources utilisées pour l'analyse de l'offre sont au nombre de deux : le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), d'une part, et le système d'information Adeli (Automatisation des listes)¹, d'autre part. Les données de consommation en soins de ville, avec les dépenses et les nombres d'actes, ont été extraites par l'ARS des Hauts-de-France à partir du Sniiram ; il s'agit de données inter-régimes.

Les deux autres grandes thématiques de ce chapitre ont trait aux établissements de santé et à l'accompagnement médico-social. L'offre en établissements et services est principalement détaillée *via* l'exploitation de deux sources de données. La première repose sur la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), enquête administrative obligatoire réalisée auprès de tous les établissements publics et privés installés en France. Pour chacun d'entre eux, les données recueillies portent sur la structure, ses capacités, ses équipements, son activité et ses personnels. L'enquête fournit des éléments de cadrage indispensables et un panorama complet de l'offre de soins existante pour l'ensemble du secteur sanitaire, toutes disciplines confondues. La seconde source utilisée correspond au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess). Il assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément pour ce qui est des établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux et de formation aux professions de ces secteurs. Ce dernier fichier a été exploité pour aborder l'offre de services en structures médico-sociales, accueillant notamment les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Par ailleurs, l'état des lieux des établissements agréés en cancérologie est issu des données de l'INCa et de l'ARS des Hauts-de-France.

Des cartes de l'implantation des établissements offrent une visualisation aisée de l'offre sur le nouveau territoire des Hauts-de-France. Les données de production des établissements de santé, obtenus *via* la base de données médico-administratives de l'Atih², complètent l'analyse. Elles permettent de localiser des établissements de santé en quantifiant l'activité hospitalière, d'une part, et de disposer des informations sur la consommation de la population (en court séjour, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation et psychiatrie), d'autre part. En outre, des informations sur les temps d'accès enrichissent l'état des lieux produit.

¹ L'exploitation des données RPPS permet d'avoir des informations sur les médecins, pharmaciens, sages-femmes et chirurgiens-dentistes. Il s'agit du nouveau fichier de référence des professionnels de santé mis en œuvre par l'agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip-Santé), attribuant à chaque professionnel de santé un identifiant unique, pérenne et partagé. Le système Adeli permet quant à lui de disposer d'informations sur deux autres professionnels de santé présentés dans ce document : les infirmier(ère)s et les masseurs-kinésithérapeutes.

² agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Les données utilisées sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La région en regard du niveau national

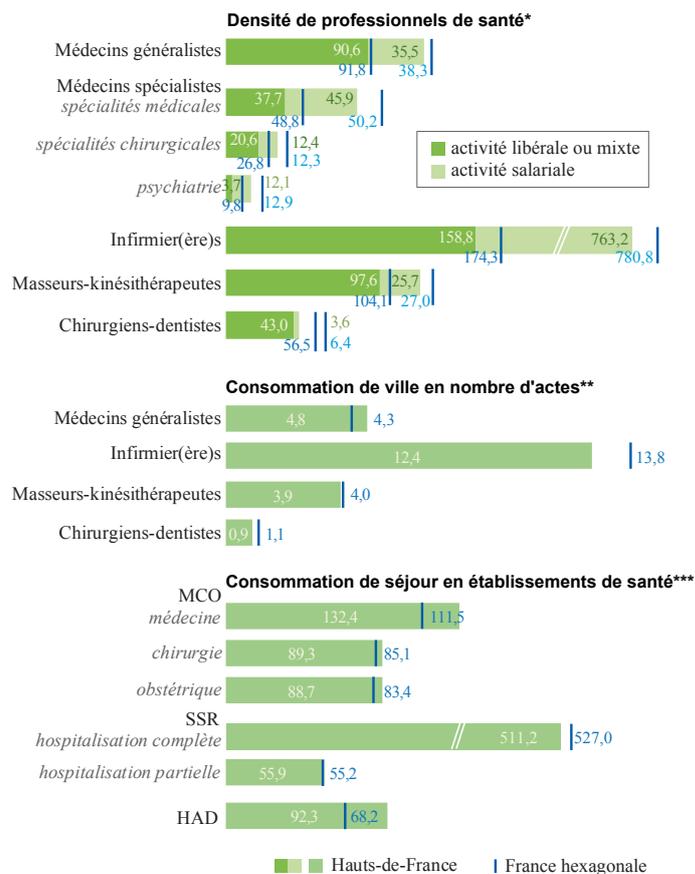
Si la région affiche une densité de médecins généralistes libéraux proche de la moyenne nationale, il n'en va pas de même pour les autres professionnels de santé. La région est en effet moins bien dotée pour l'offre libérale de pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmier(ère)s et sages-femmes, affichant au 1^{er} janvier 2016 des densités inférieures de 5 % à 30 % à celles de l'Hexagone. Les densités régionales des chirurgiens-dentistes et des médecins spécialistes libéraux sont particulièrement faibles, inférieures respectivement de 24 % et 27 % à celles de la France. Parmi les régions hexagonales, les Hauts-de-France affichent la densité de médecins spécialistes la plus faible et la troisième plus basse pour les chirurgiens-dentistes. Le déficit est particulièrement criant en psychiatrie (plus faible densité des régions) et pour les spécialités chirurgicales (quasi à égalité avec Centre-Val de Loire qui présente la plus faible densité). Toujours concernant les médecins spécialistes, l'offre salariée ne comble pas la sous-dotation que connaît la région, la ramenant à un niveau encore éloigné de la France (-18 %).

La répartition des professionnels de santé dans la région n'est pas homogène. Les zones rurales détiennent l'offre libérale de soins la moins dense, mais le différentiel avec les zones urbaines atteint des niveaux élevés par rapport à ce qui peut être observé au niveau hexagonal. Ainsi, la densité régionale en médecins généralistes libéraux dans les zones rurales est de 43 pour 100 000 personnes alors qu'elle est de 54 dans le reste de la France pour ces mêmes zones. Dans les unités urbaines de 2 000 habitants ou plus, la densité en généralistes est de 104 pour 100 000 personnes dans la région alors que pour les mêmes unités, elle se situe à 111 sur le reste du territoire national. Cette accentuation de la différence rural/urbain par rapport à la situation nationale se retrouve pour d'autres professionnels de santé, notamment les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes. Ainsi, pour ces derniers, suivant le même découpage entre zones rurales et unités urbaines, les densités respectives de la région sont de 10 pour 100 000 personnes et de 52, alors que sur le reste de la France elles sont respectivement de 18 et de 72. À travers l'exemple de ces deux professionnels de santé, le manque apparaît plus important dans les zones les moins peuplées : 20 % de médecins généralistes en moins dans les zones rurales des Hauts-de-France par rapport à celles du reste de la France et 47 % pour les chirurgiens-dentistes. Toutefois, il existe aussi de façon non négligeable dans les territoires plus urbanisés : 7 % de médecins généralistes et 28 % de chirurgiens-dentistes en moins dans la région par rapport au reste de la France.

En 2015, abordée à travers le nombre d'actes moyens par habitant chez les professionnels de santé libéraux, la consommation de soins des Hauts-de-France est plus importante qu'en France entière pour les médecins généralistes et les pharmaciens.

Approchée sous l'unique angle des professionnels de santé libéraux, l'offre de soins n'est que partiellement décrite et doit être complétée par un état des lieux des établissements de soins et de certains services de santé, pour disposer

AUTOUR DE L'OFFRE DE SOINS



* pour 100 000 personnes, au 1^{er} janvier 2016

** nombre d'actes moyens par habitant, standardisé sur l'âge, des professionnels de santé libéraux en 2015 ; en consultations et visites pour les médecins généralistes

*** taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes (hormis pour l'obstétrique, rapporté aux femmes de 15-49 ans), en 2015

Sources : Adeli 2016, Cnamts - Sniiram, ARS des Hauts-de-France, Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, Insee, PMSI HAD, MCO et SSR - Atih - Exploitation OR2S

d'éléments plus complets sur la réponse aux problématiques de santé des habitants de la région.

Au 31 décembre 2015, les établissements de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) recensés dans la région offrent une capacité d'accueil de 13 000 lits ou places en médecine, 7 900 lits ou places en chirurgie et 2 100 lits ou places en gynécologie obstétrique, soit un niveau d'équipement proche de la moyenne nationale pour les deux premières activités mentionnées et légèrement supérieure pour la dernière. Cette réalité s'accompagne d'un niveau de consommation record parmi les régions hexagonales, notamment dans l'activité de médecine où le taux d'hospitalisation (en séjour) en 2015 pour les habitants de la région est supérieur de 20 % à celui des Français (à structures d'âge et de genre égales).

Les Hauts-de-France se caractérisent par une polarisation de l'offre en court séjour dans les grandes unités urbaines encore plus importante qu'au niveau national. Ainsi, la capacité d'accueil en court séjour se concentre à plus de 60 % dans les grandes unités urbaines (contre à peine 50 % pour l'Hexagone). Concernant les séjours, les Hauts-de-France

présentent des taux standardisés plus élevés que sur l'ensemble du pays en MCO, ceci étant observé quelle que soit la discipline. Toutefois, les différences sont les plus importantes en médecine, comprises entre +10 % en zones rurales par rapport aux zones équivalentes de la France et +25 % dans les unités urbaines de 100 000 habitants ou plus. En regard des temps d'accès aux services d'urgence, la région apparaît bien placée avec 8 % de la population en zones rurales à se retrouver à 30 minutes théoriques ou plus d'un service mobile d'urgence et de réanimation au 1^{er} janvier 2016 et 5 % pour les unités urbaines de 2 000 à moins de 10 000 habitants (respectivement 21 % et 12 % en France).

L'offre de soins de courte durée existe également hors établissement et peut prendre la forme d'une hospitalisation à domicile (HAD). Dans la région, si avec près de 1 400 places au 31 décembre 2015, le taux d'équipement en HAD est comparable au niveau hexagonal, les habitants figurent parmi les plus grands consommateurs du dispositif HAD (taux supérieur de 35 % à celui de l'Hexagone en 2015).

Au 31 décembre 2015, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) viennent compléter l'offre de soins en établissements. Ils sont de plus en plus sollicités du fait de la diminution des durées moyennes de séjour en médecine et en chirurgie. Dans les Hauts-de-France, ces établissements disposent d'environ 8 700 lits (hospitalisation complète) et un peu moins de 1 200 places (hospitalisation partielle), soit une capacité d'accueil en deçà de celle observée au niveau de l'Hexagone. En revanche, le niveau de consommation des patients de la région (nombre de journées) est proche des valeurs hexagonales, pour l'hospitalisation complète et pour l'hospitalisation partielle.

La répartition géographique des établissements SSR dans la région est assez singulière, les petites zones urbaines (de 2 000 à 9 999 habitants) disposant d'une capacité d'accueil mieux

pourvue que les entités de même taille du reste de la France. Cette offre s'avère également plus importante dans les zones rurales de la région que dans l'espace rural français, même si le taux standardisé de journées rapporté à la population est équivalent entre les deux unités géographiques. Ce taux est par contre inférieur en région pour les unités urbaines de 100 000 habitants ou plus.

Concernant l'offre de services et d'accueil pour les personnes âgées, les Hauts-de-France affichent, avec plus de 44 000 lits en Ehpad en octobre 2016, un taux d'équipement un peu plus faible que l'Hexagone. Elle se montre mieux dotée pour l'accueil des personnes âgées en résidences autonomie avec plus de 11 500 places à cette même date (troisième taux régional pour ce type d'équipement derrière l'Île-de-France et la Normandie) et en USLD avec plus de 3 000 lits fin 2015 (deuxième région la mieux dotée en USLD derrière la Corse). De même, avec près de 14 000 places en Ssiad et Spasad, la région est de loin celle qui affiche le taux d'équipement pour ces services le plus élevé.

Les Hauts-de-France se caractérisent par un taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes en situation de handicap (places d'accueil spécialisé et dans des foyers de vie) assez proche de la moyenne nationale, mais reste un peu en deçà de cette valeur pour l'équipement en places d'accueil médicalisé. En revanche, la région affiche (avec la Normandie), la plus forte densité de places en établissements et services d'aide par le travail.

Les Hauts-de-France disposent du taux d'équipement en places dans les établissements pour les enfants en situation de handicap proche de la moyenne hexagonale en octobre 2016. Cependant pour les Sessad, la région présente le troisième taux d'équipement le plus faible après l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

FAITS MARQUANTS EN RÉGION

En regard de l'offre de soins, la situation au sein des Hauts-de-France est assez hétérogène. Ainsi, les médecins généralistes libéraux sont répartis de manière inégale sur la région, les cinq territoires de proximité les plus denses en concentrant deux cinquièmes. De manière générale, les plus fortes densités sont retrouvées dans le nord de la région. L'opposition entre le Nord et le Sud se retrouve pour la plupart des professionnels de santé, particulièrement marquée pour les masseurs-kinésithérapeutes. Concernant les chirurgiens-dentistes, leur densité est inférieure à celle de la France dans la quasi totalité des territoires de proximité, de même que pour les médecins spécialistes particulièrement dans l'Oise. Les lits ou places en soins de courte durée sont essentiellement retrouvés dans les centres urbains (Lille, Amiens, Valenciennes...) et, plus généralement, dans les territoires de proximité du nord de la région ; les taux d'équipement sont du même ordre qu'en France. Pour les temps d'accès à une maternité, ils sont plus élevés dans le nord de l'Aisne, notamment pour celles de niveau 3. La part de population dont l'accès aux soins urgents est d'au moins 30 minutes théoriques, concerne davantage le sud et le centre de l'Aisne ainsi qu'une partie de la façade ouest. Concernant le recours aux soins de suite et de réadaptation, le taux est le plus élevé dans les territoires où la capacité est la plus importante, notamment Château-Thierry et le Montreuillois. Le taux d'hospitalisation partielle est, par contre, plus élevé dans l'est du département du Nord. Concernant les établissements assurant la prise en charge du cancer, la cartographie est à nouveau urbaine ; ils sont en effet essentiellement situés dans les grandes agglomérations et associés à un établissement de santé. Pour ce qui a trait à l'hospitalisation à domicile, de fortes disparités territoriales sont relevées, allant du simple à parfois plus du quadruple. La répartition est également hétérogène au sein des Hauts-de-France pour les structures et services de prise en charge des addictions. Rapporté à la population, l'équipement en psychiatrie, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, est au niveau de la moyenne nationale, mais avec une couverture départementale inégale. Concernant les personnes âgées, les résidences autonomie sont essentiellement situées dans les départements de l'Oise et du Nord. Enfin, concernant les équipements pour les personnes en situation de handicap, que cela concerne les enfants ou les adultes, il existe des différences d'implantation territoriale suivant le type de structures.

Médecins généralistes

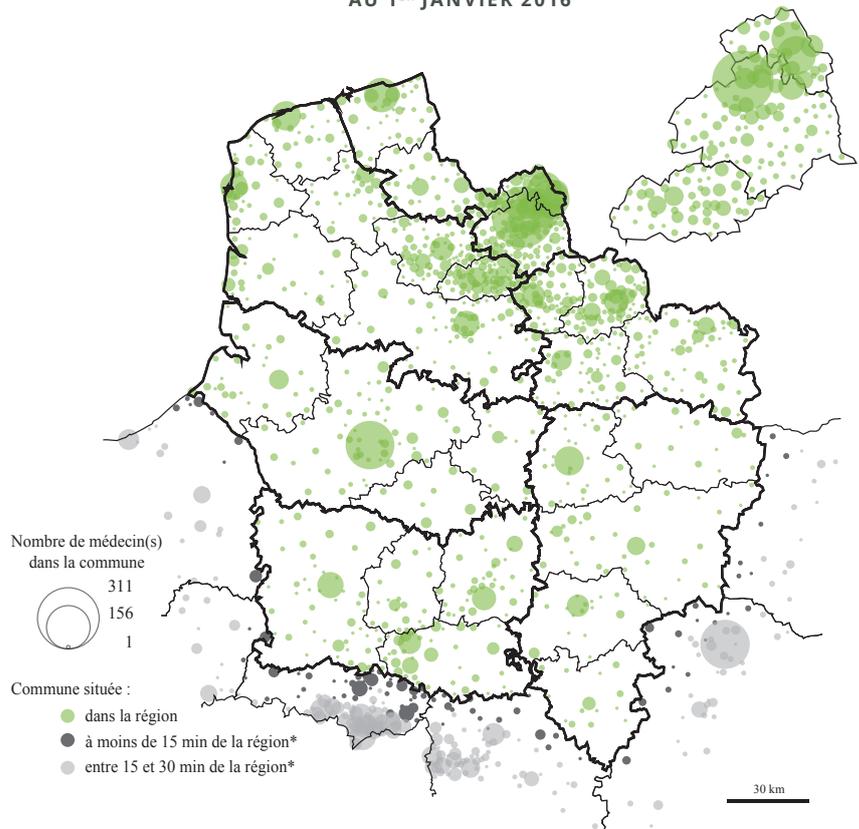
Un généraliste sur deux a au moins 55 ans

Un peu plus de 7 500 médecins généralistes sont dénombrés au 1^{er} janvier 2016 dans les Hauts-de-France, 71,8 % ayant une activité libérale (5 424). La densité de médecins libéraux relevée en région (90,6 pour 100 000 habitants) est proche de celle de la France hexagonale (91,8).

L'Assurance maladie a remboursé un peu plus de 500 millions d'euros de consultations et visites aux médecins généralistes en 2015 pour des personnes domiciliées dans la région, soit en moyenne 87 €¹ par habitant contre 82 € en France entière. Concernant les actes moyens par habitant¹, 4,8 sont dénombrés dans les Hauts-de-France (contre 4,3 en France entière), davantage pour les femmes (5,3) que les hommes (4,3).

L'anticipation du départ en retraite des professionnels de santé à travers leur répartition par âge est indispensable pour identifier les futurs besoins et constitue un des éléments aidant à l'identification des zones les plus fragilisées. Avec 51,3 % de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans et plus, les Hauts-de-France se situent légèrement en deçà du niveau hexagonal (53,2 %).

RÉPARTITION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2016



* de la commune des Hauts-de-France la plus proche (données non disponibles pour la Belgique)
Source : Drees / Asip-Santé - RPPS 2016 - Exploitation OR2S

Cinq territoires de proximité densément peuplés du nord de la région regroupent deux généralistes sur cinq

Les médecins généralistes libéraux sont répartis de façon inégale sur le territoire régional, avec une forte concentration dans les zones les plus densément peuplées, le temps d'accès à ces professionnels y étant alors plus court. Les cinq territoires de proximité qui ont une densité de population supérieure à 500 habitants par km² forment une zone reliant Roubaix - Tourcoing au Valenciennois en passant par Lens - Hénin ; ils regroupent deux cinquièmes des généralistes (environ 2 150) pour 35 % de la population régionale. Parmi ces cinq territoires, Lens - Hénin connaît une densité de médecins plus

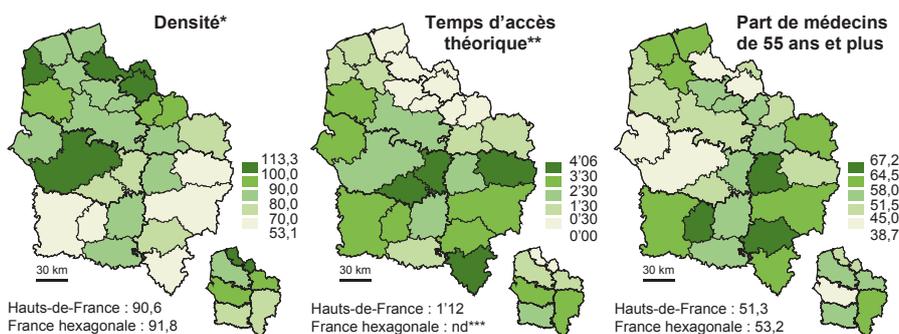
faible qu'en France tout en enregistrant le troisième nombre moyen d'actes par habitant le plus élevé de la région.

Malgré des densités plus importantes qu'en France, deux territoires ont un temps d'accès un peu plus élevé

Quatre autres territoires de proximité ont une densité de médecins généralistes libéraux plus forte qu'en France, celui d'Amiens étant le seul situé dans l'ex-Picardie. Ce dernier et le Montreuillois ont cependant un temps moyen d'accès à ces professionnels plus long que ce qui est relevé dans les autres zones à forte densité. Ceci est le reflet de disparités infra-territoriales. Ainsi, pour le premier, un peu plus de la moitié

des médecins travaille dans la ville d'Amiens pour 40 % de la population. Ce territoire a par ailleurs la plus faible part de généralistes de 55 ans et plus (38,7 %). Pour le second, le Montreuillois, les médecins sont davantage localisés sur le littoral. D'autre part, ce territoire se caractérise par une plus faible consommation d'actes auprès de ces professionnels (vingtième plus faible de la région). En outre, sa population y est plus âgée (10,0 % de 75 ans et plus contre 9,2 % en France).

MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2016



* pour 100 000 personnes

** moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un généraliste, pondéré par la population

*** non disponible

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, Insee - Exploitation OR2S

¹ standardisé sur l'âge.

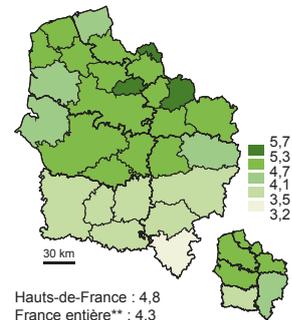
Des densités de généralistes hétérogènes, mais plus faibles globalement dans la partie sud

Les territoires de proximité isariens et axonais sont moins bien pourvus en médecins généralistes libéraux que le reste de la région. Dans une moindre mesure, il en est de même pour les deux territoires de l'est de la Somme et celui de Sambre Avesnois, leur densité est inférieure à celle de la France. Les problématiques relevées sur ces territoires sont cependant de nature différente. En effet, les territoires de proximité de Clermont et Château-Thierry, dont les densités de médecins généralistes sont les plus déficitaires de la région, recensent peu de professionnels (respectivement 59 et 43) et ceux qui ont moins de 55 ans sont minoritaires (20 et 18 médecins). Il faudrait respectivement 43 et 24 généralistes en plus pour que ces territoires atteignent la densité nationale. Ils détiennent par ailleurs les premier et troisième niveaux de consommation d'actes les plus faibles de la région.

Le territoire de proximité de Beauvais (avec une population plus jeune), les deux territoires du centre de l'Aisne et celui de Sambre Avesnois se retrouvent parmi les moins denses en généralistes de la région et ont des parts de médecins ayant au moins 55 ans particulièrement élevées (comprises entre 62 % et 67 %). Le territoire de proximité nordiste se distingue par ailleurs des trois autres par un temps d'accès un peu plus court et une consommation plus élevée (4,9 actes par habitant contre environ 4,0 pour les trois autres).

À l'instar des territoires de proximité précédemment cités, de faibles densités de généralistes sont également relevées à Guise - Hirson (troisième plus faible) et dans les deux territoires de l'est de la Somme. Si les temps d'accès sont les

NOMBRE D'ACTES MOYENS* PAR HABITANT EN CONSULTATIONS ET VISITES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX EN 2015



Hauts-de-France : 4,8
France entière** : 4,3

* standardisés sur l'âge

** données non disponibles pour la France hexagonale

Sources : Cnamts - Sniiram, ARS des Hauts-de-France, Insee - Exploitation OR2S

plus élevés de la région, les parts de médecins âgés de 55 ans et plus y sont plus faibles. La structure démographique de la population de Thiérache et de Haute Somme (davantage âgée) ne peut que créer un besoin important de professionnels de santé en général, et de généralistes en particulier. Par contre, si bon nombre des territoires ayant une faible densité de médecins ont en parallèle une plus faible consommation d'actes, ces trois territoires présentent une consommation plus élevée (entre 4,5 et 5,0 actes par habitant).

Malgré une densité assez proche de celle de la France, le territoire de proximité de Saint-Quentin est à mentionner du fait d'une forte part de médecins de 55 ans et plus (67,2 %). D'une manière générale, les territoires de proximité du Pas-de-Calais ont des densités de généralistes libéraux assez proches de celle de la France mais avec des consommations d'actes réalisés par ce professionnel bien plus élevées.

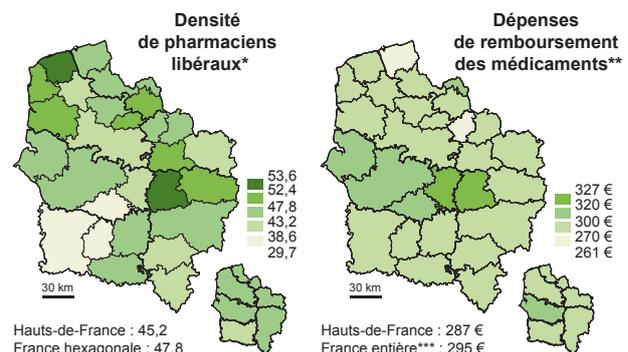
Pharmaciens

Des dépenses de médicaments plus importantes dans la Somme et sur le territoire de proximité de Saint-Quentin

Au 1^{er} janvier 2016, 2 708 pharmaciens libéraux sont recensés en région, soit une densité de 45,2 pour 100 000 habitants (47,8 en France). Plus de 1,6 milliard d'euros ont été remboursés en frais de pharmacie par l'Assurance maladie en 2015 pour des personnes domiciliées en région, ce qui représente en moyenne 287 € et 25,3 actes¹ par habitant (respectivement 295 € et 23,3 actes en France entière).

Les territoires de proximité de l'ex-Nord - Pas-de-Calais ont pour la plupart des densités supérieures ou équivalentes à la moyenne nationale, avec un maximum régional atteint au niveau du Calaisis (53,6). Avec 278 € remboursés en moyenne par habitant en 2015, ce territoire de proximité se situe pourtant légèrement en deçà de la moyenne régionale. À l'instar des médecins généralistes, la densité en pharmaciens libéraux apparaît particulièrement faible au sein des territoires de proximité isariens et, dans une moindre mesure, dans le sud de l'Aisne. Le territoire de proximité de Montdidier - Santerre présente à la fois une faible densité de pharmaciens libéraux (35,9) et une dépense remboursée par habitant élevée (314 €).

AUTOUR DES PHARMACIENS ET DES MÉDICAMENTS



Hauts-de-France : 45,2
France hexagonale : 47,8

Hauts-de-France : 287 €
France entière*** : 295 €

* pour 100 000 personnes, au 1^{er} janvier 2016

** dépenses moyennes par habitant standardisées sur l'âge en 2015

*** données non disponibles pour la France hexagonale

Sources : Cnamts - Sniiram, ARS des Hauts-de-France, Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, Insee - Exploitation OR2S

¹ ces deux indicateurs sont standardisés sur l'âge.

Médecins spécialistes

Une densité de médecins spécialistes (salariés et libéraux) nettement inférieure au niveau national

Au 1^{er} janvier 2016, quel que soit le mode d'exercice (salarié ou libéral), les Hauts-de-France recensent 8 229 médecins spécialistes¹. Avec 137,4 spécialistes pour 100 000 habitants, la région a une densité inférieure à celle de l'Hexagone (167,3). Cette sous-densité est constatée pour une majorité des spécialités. Parmi celles présentées dans le tableau ci-dessous, les seules disciplines à avoir une valeur équivalente ou supérieure à celle de la France sont la gériatrie (+10 %), la pneumologie (+5 %), la chirurgie générale (+1 %), la neurologie (même densité); pour la médecine physique et de réadaptation, la densité régionale est légèrement plus faible que celle du niveau national (-3 %). À l'inverse, les sous-densités les plus marquées en regard de la France concernent, d'une part, la dermatologie et vénéréologie avec un écart de près de 35 % et, d'autre part, la psychiatrie, l'ORL et chirurgie cervico-faciale et la rhumatologie avec des écarts de près de 30 %.

Concernant les remboursements en soins de ville de personnes domiciliées dans la région, l'Assurance maladie a remboursé, en 2015, 162 millions d'euros pour les frais de médecins spécialistes, soit 28 € par habitant (39 € en France entière).

Une activité libérale plus faible en région qu'en France

En région, près de la moitié (46,1 %) des médecins spécialistes a une activité libérale (2 564 professionnels) ou mixte (1 227 professionnels), part inférieure à celle de l'Hexagone (52,1 %). La répartition entre médecins libéraux (ou mixtes) et salariés varie selon les spécialités : les spécialités chirurgicales

comportent globalement davantage de médecins libéraux que les spécialités médicales (62,6 % contre 45,1 %). Ainsi, un quart des pédiatres (25,8 %) pratique en libéral dans les Hauts-de-France, contre plus d'un tiers (37,1 %) au niveau national. Les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation sont également un peu plus d'un tiers à exercer en libéral (36,8 %). Inversement, les proportions de spécialistes libéraux dépassent les quatre cinquièmes en dermatologie et vénéréologie (80,6 %), ainsi qu'en ophtalmologie (84,0 %).

Un déficit en psychiatres libéraux marqué en région

Pour les médecins spécialistes libéraux étudiés (cf. tableau de la page ci-contre), la densité régionale est systématiquement inférieure à la valeur nationale. Toutes spécialités confondues, avec 63,3 médecins spécialistes libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants, il faudrait 1 425 professionnels de plus dans la région (+38 %) pour atteindre la densité nationale (87,1). La densité de psychiatres libéraux est particulièrement faible dans les Hauts-de-France : plus de 2,5 fois inférieure à la densité hexagonale. Il faudrait ainsi 366 psychiatres libéraux de plus dans la région (+166 %) pour atteindre le niveau national. La faible densité de pédiatres libéraux est aussi à mentionner (-44 % par rapport à la France ; en considérant également les salariés, le déficit est de près de 20 %).

Des médecins spécialistes moins âgés qu'en France

Toutes spécialités et modes d'activité confondus, la part de médecins spécialistes âgés de 55 ans et plus est plus faible en région qu'au niveau national : 39,6 % contre 45,0 %.

MÉDECINS SPÉCIALISTES (SALARIÉS ET LIBÉRAUX), SELON LE TYPE DE SPÉCIALITÉ AU 1^{ER} JANVIER 2016

	Hauts-de-France			Territoire de proximité			France hexagonale	
	Nombre	Densité*	% de 55 ans et plus	Temps d'accès théorique**	Min. temps d'accès théorique**	Max. temps d'accès théorique**	Densité*	% de 55 ans et plus
Spécialités médicales, dont :	5 009	83,7	40,0	4'42	0'48	9'15	99,0	45,1
Anesthésie-réanimation	774	12,9	35,4	7'58	2'35	18'00	15,7	44,2
Radiodiagnostic	621	10,4	37,5	7'12	2'50	18'56	11,7	46,1
Pédiatrie	590	46,4	40,7	7'53	2'26	22'51	57,6	40,9
Cardiologie et maladies vasculaires	525	8,8	45,0	6'51	2'23	22'52	10,2	45,9
Gastro-entérologie et hépatologie	286	4,8	38,1	7'59	3'21	24'22	5,5	41,9
Gynécologie médicale	234	9,4	89,3	7'23	1'48	24'58	10,8	93,0
Pneumologie	279	4,7	39,4	8'37	3'28	21'26	4,4	44,0
Dermatologie et vénéréologie	227	3,8	47,1	7'47	2'05	30'49	5,7	57,6
Neurologie	222	3,7	27,5	10'10	3'05	39'10	3,7	29,8
Médecine physique et réadaptation	179	3,0	41,9	11'24	2'55	35'25	3,1	49,8
Rhumatologie	166	2,8	50,0	9'27	3'51	39'10	3,9	53,1
Gériatrie	149	31,4	18,1	8'40	3'12	32'28	28,4	31,2
Endocrinologie et métabolisme	146	2,4	32,2	9'51	2'49	26'08	2,7	34,4
Spécialités chirurgicales, dont :	1 976	33,0	40,0	6'01	2'08	12'34	39,1	43,6
Ophthalmologie	394	6,6	52,8	7'02	2'42	16'28	8,5	60,0
Gynécologie-obstétrique	384	28,3	34,1	8'05	3'35	24'45	30,4	31,3
Chirurgie générale	322	5,4	37,6	8'24	3'22	23'23	5,3	43,6
Chirurgie orthopédique et traumatologie	247	4,1	38,1	8'41	3'28	27'04	4,8	34,7
ORL et chirurgie cervico-faciale	190	3,2	50,0	8'39	2'54	25'08	4,5	54,9
Psychiatrie	946	15,8	40,3	6'53	1'34	20'07	22,7	51,0
Biologie médicale	194	3,2	27,3	8'25	2'28	29'50	4,2	27,2
Ensemble des spécialistes***	8 229	137,4	39,6	4'37	0'48	9'19	167,3	45,0

* pour 100 000 personnes, hormis pour la pédiatrie (rapportée aux jeunes de moins de 16 ans), la gynécologie médicale (rapportée aux femmes de 15 ans et plus), la gynécologie-obstétrique (rapportée aux femmes de 15-49 ans) et la gériatrie (rapportée aux personnes de 75 ans et plus)

** moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un spécialiste, pondéré par la population

*** y compris médecine du travail, santé publique et médecine sociale

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, Insee - Exploitation OR2S

¹ à avoir une activité standard de soins. À ces professionnels, s'ajoutent 334 spécialistes qui exercent en tant que remplaçants et 476 qui ont une activité non soignante.

Pour certaines spécialités, cette proportion est assez faible, notamment pour la gériatrie (18,1 %), la neurologie (27,5 %) et la biologie médicale (27,3 %). Inversement, environ la moitié des rhumatologues, des ophtalmologues et des ORL de la région est âgée d'au moins 55 ans. La gynécologie médicale fait figure d'exception, avec 89,3 % de spécialistes libéraux et salariés âgés de 55 ans et plus (93,0 % au niveau national). Cette forte proportion s'explique en partie par le fait que le diplôme de gynécologie médicale a été supprimé en 1986, puis rétabli en 2003. La démographie des gynécologues médicaux accuse ainsi un retard sur la pyramide des âges, les nouveaux étudiants en médecine se tournant davantage vers les études de gynécologie-obstétrique.

Des densités de spécialistes, parfois très liées aux établissements présents sur le territoire de proximité

La répartition des spécialités diffère selon les territoires de proximité. Naturellement, cette répartition varie notamment avec la présence d'établissements de soins dans le territoire. Ceux qui sont les plus urbanisés sont davantage équipés que les territoires à dominante rurale. Ainsi, les médecins spécialistes (libéraux et salariés) sont principalement concentrés au sein des territoires de proximité de Lille (295,3 pour 100 000 habitants) et d'Amiens (228,7). Il est toutefois à prendre en compte que la zone d'attractivité des spécialistes ne se limite pas à la seule population du territoire de proximité, cette zone pouvant être plus ou moins étendue selon les spécialités. Compte tenu des établissements de réadaptation et de rééducation situés à Berck, le Montreuillois est le seul autre territoire de proximité de la région à afficher une densité (175,7) supérieure à celle du niveau national. Du coup par spécialité, il affiche de fortes densités pour la médecine physique et de réadaptation (17,7, soit la plus élevée des territoires de proximité de la région, loin devant Lille -6,0-), en radiodiagnostic (15,1) et pour les spécialités chirurgicales (en général, et en chirurgie orthopédique et traumatologie, en particulier -16,0, premier rang également-).

Quel que soit le mode d'activité (salarié ou libéral), le territoire de Flandre Intérieure affiche des densités plus importantes que celles du niveau national en gériatrie (54,4 pour 100 000), en psychiatrie (43,6), et en gynécologie médicale (14,4). Inversement, les anesthésistes (4,3), les cardiologues (3,8), les pédiatres (17,1) ainsi que les spécialistes en chirurgie générale (1,6) sont très peu présents au sein de ce territoire.

Considéré dans sa globalité, le département de l'Oise est celui qui a la plus faible densité de médecins spécialistes (en regard de la France, moindre de plus de 40 %). Cela est aussi bien relevé pour l'ensemble des spécialités médicales que chirurgicales. Ces plus faibles densités sont observées pour les quatre territoires de proximité isariens. En revanche, du fait de la présence du centre hospitalier interdépartemental de Clermont, le territoire de proximité enregistre la plus forte densité de psychiatres libéraux et salariés (73,7), loin devant les autres territoires de la région comme Flandre Intérieure (43,6) et Lille (31,7). Cependant, cette forte densité en psychiatres ne compense pas les faibles valeurs relevées dans les trois autres territoires isariens, le département considéré dans son ensemble étant en sous-densité en regard de la France (de l'ordre de -35 %). Par ailleurs, du fait de la présence de nombreux établissements pour personnes âgées dans le sud du département, les territoires de proximité isariens affichent des densités de gériatres particulièrement élevées, toutes supérieures à la moyenne régionale (31,4). L'Oise accueille ainsi presque autant de gériatres libéraux et salariés que la Somme et le Pas-de-Calais réunis.

Compte tenu de la répartition très inégale au sein de la région, le temps théorique d'accès au médecin spécialiste le plus proche varie fortement selon les territoires de proximité. Les spécialités les plus rares comme la neurologie ou la rhumatologie enregistrent des temps d'accès particulièrement longs pour certains territoires de proximité (jusqu'à 40 minutes théoriques environ). Inversement, les spécialités les plus répandues comme l'anesthésie-réanimation ou le radiodiagnostic affichent des temps d'accès moindres.

MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX, SELON LE TYPE DE SPÉCIALITÉ AU 1^{ER} JANVIER 2016

	Hauts-de-France			Territoire de proximité			France hexagonale	
	Nombre	Densité*	% de 55 ans et plus	Temps d'accès théorique**	Min. temps d'accès théorique**	Max. temps d'accès théorique**	Densité*	% de 55 ans et plus
Spécialités médicales, dont :	2 260	37,7	53,7	5'13	0'48	11'03	48,8	57,6
Anesthésie-réanimation	285	4,8	38,2	10'08	4'25	30'32	5,6	48,2
Radiodiagnostic	416	6,9	45,9	7'23	2'50	19'05	8,3	51,6
Pédiatrie	152	12,0	59,2	9'19	2'56	36'47	21,4	59,5
Cardiologie et maladies vasculaires	352	5,9	52,3	7'03	2'23	22'52	7,1	52,4
Gastro-entérologie et hépatologie	161	2,7	49,7	8'27	3'21	24'22	3,2	53,8
Gynécologie médicale	178	7,1	97,8	7'38	1'48	26'05	9,0	96,2
Dermatologie et vénéréologie	183	3,1	55,2	7'52	2'05	30'49	4,8	62,6
Spécialités chirurgicales, dont :	1 236	20,6	48,7	6'07	2'16	12'36	26,8	51,4
Ophtalmologie	331	5,5	55,9	7'08	2'51	16'28	7,3	63,3
Gynécologie-obstétrique	199	14,7	47,2	9'07	3'41	24'45	17,9	40,9
Chirurgie orthopédique et traumatologie	164	2,7	35,4	9'08	3'28	27'13	3,6	34,9
ORL et chirurgie cervico-faciale	136	2,3	60,3	9'00	2'54	25'08	3,4	62,0
Psychiatrie	221	3,7	57,5	8'44	3'28	23'28	9,8	67,4
Ensemble des spécialistes***	3 791	63,3	51,9	4'06	0'38	9'04	87,1	56,2

* pour 100 000 personnes, hormis pour la pédiatrie (rapportée aux jeunes de moins de 16 ans), la gynécologie médicale (rapportée aux femmes de 15 ans et plus) et la gynécologie-obstétrique (rapportée aux femmes de 15-49 ans)

** moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un spécialiste, pondéré par la population

*** y compris médecine du travail et biologie médicale

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, Insee - Exploitation OR2S

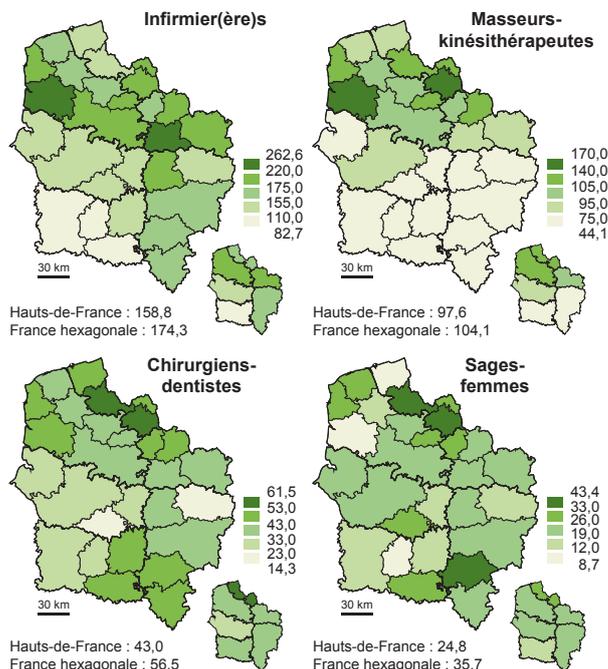
Autres professionnels de santé

Une faible densité d'infirmier(ère)s libéraux(ales) dans l'Oise

Un peu plus de 9 500 infirmier(ère)s exercent en libéral dans les Hauts-de-France au 1^{er} janvier 2016, 45 000 ayant une activité salariée. Pour l'activité libérale, la densité régionale (158,8 pour 100 000 habitants) est un peu plus faible que celle de la France (174,3, soit -9 %). Toutefois, en ne considérant que les personnes plus âgées (population ayant davantage recours à ce professionnel de santé), les deux densités sont plus proches. Concernant les soins paramédicaux, l'Assurance maladie a remboursé près de 380 millions d'euros en frais d'infirmier(ère)s en 2015 pour des personnes domiciliées dans la région, ce qui correspond à un montant moyen¹ par habitant de 72 € (contre 82 € en France).

Les territoires de proximité de l'ex-Nord - Pas-de-Calais présentent pour la plupart des densités supérieures à la moyenne régionale, voire nationale. À l'inverse, les quatre plus faibles densités sont relevées dans les territoires de proximité de l'Oise (trois ayant une densité deux fois plus faible que celle de la France de l'ordre de 85 pour 100 000-). Il faudrait respectivement 102, 247 et 218 infirmier(ère)s supplémentaires au niveau de Clermont, Beauvais et Valois - Halatte - Creil pour que ces territoires aient la même densité que la France. Toutefois, la jeunesse de la population de ces territoires est également à prendre en considération. Toujours pour les territoires isariens, les nombres d'actes moyens¹ par habitant sont les plus faibles de la région : de l'ordre de 6 à 8 par habitant en moyenne en 2015 (contre 12,4 dans les Hauts-de-France et 13,8 en France entière). De manière plus générale, la densité d'infirmier(ère)s libéraux(ales) est corrélée

DENSITÉ* DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2016



* pour 100 000 personnes (pour les sages-femmes rapportée aux femmes de 15-49 ans)
Sources : Adeli 2016, Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, Insee - Exploitation OR2S

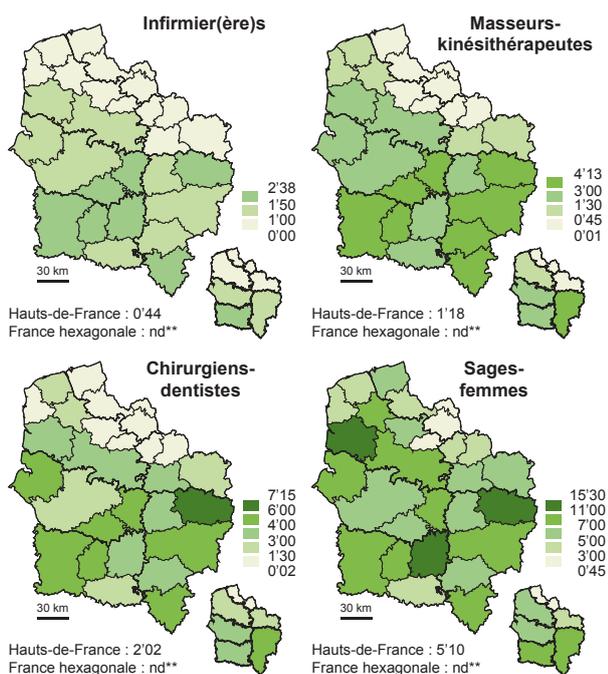
au nombre d'actes par habitant. Le Montreuillois se démarque cependant avec un nombre d'actes moindre en regard de sa forte densité. De même, il affiche un temps d'accès deux fois supérieur à la moyenne régionale. En effet, la grande majorité des infirmier(ère)s libéraux(ales) de ce territoire de proximité exerce leur activité au sein des villes côtières ; Berck, Rang-du-Fliers, Étaples et Le Touquet-Paris-Plage totalisent à eux seuls plus de la moitié des infirmier(ère)s du territoire.

Une forte concentration des masseurs-kinésithérapeutes au nord de la région

Dans les Hauts-de-France, 97,6 masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont recensés pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2016 (104,1 en France), soit un peu plus de 5 800 professionnels. L'Assurance maladie a remboursé près de 300 millions d'euros en frais de masseurs-kinésithérapeutes dans la région en 2015, soit 54 € par habitant (56 € en France). Ces professionnels de santé sont répartis de façon très inégale au sein de la région, plus de quatre sur cinq exerçant leur activité dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais (pour deux tiers de la population régionale). Les territoires de proximité de Lille et du Montreuillois affichent des densités particulièrement élevées (respectivement 170,0 et 154,4 pour 100 000 habitants). Inversement, aucun territoire de l'ex-Picardie n'atteint la valeur régionale avec des densités comprises entre 44,1 (Clermont) et 90,6 (Amiens). Au sud de la région, les temps d'accès au masseur-kinésithérapeute libéral le plus proche sont logiquement plus longs. Le nombre moyen d'actes par habitant est également réparti de façon très inégale, suivant globalement la densité des professionnels de santé ; les valeurs observées vont du simple (Laon, 1,9) au triple (Roubaix - Tourcoing, 5,8).

¹ standardisé sur l'âge.

TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE* AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2016



* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un professionnel de santé, pondéré par la population totale (pour les sages-femmes pondéré par la population féminine de 15-49 ans)

** non disponible

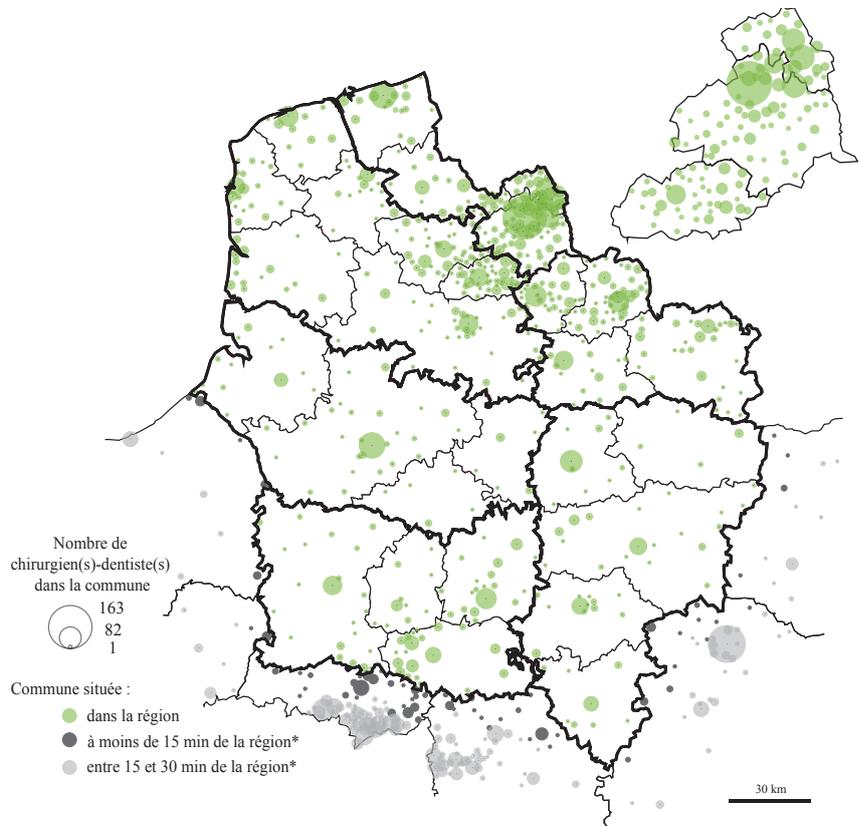
Sources : Adeli 2016, Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, Insee - Exploitation OR2S



Une densité de chirurgiens-dentistes inférieure à celle de la France dans la quasi totalité des territoires de proximité

Près de 2 600 chirurgiens-dentistes libéraux sont recensés dans la région au 1^{er} janvier 2016. Avec 43,0 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, la densité des Hauts-de-France est bien inférieure à celle de l'ensemble du pays (56,5 pour 100 000). Seuls deux territoires de proximité, Lille et Flandre Intérieure, ont une densité au moins égale à celle de la France (respectivement 61,5 et 57,6). De plus, les parts de chirurgiens-dentistes ayant au moins 55 ans et qui exercent sur ces territoires sont plus faibles qu'au niveau national (un tiers pour le premier et un quart pour le second contre 37,1 % en France). À l'inverse, pour six territoires de proximité, les densités sont au moins deux fois plus faibles qu'en France (Abbeville, Beauvais, Clermont et Haute Somme), voire de trois à quatre fois moindres (Guise - Hirson et Montdidier - Santerre). Toujours pour ces six territoires, la part de chirurgiens-dentistes de 55 ans et plus y est élevée, souvent près de un sur deux ; les territoires de proximité d'Amiens et de Château-Thierry sont également concernés, avec respectivement des parts de 49,1 % et 66,7 %. Par ailleurs, outre la part élevée de professionnels de 55 ans et plus, le territoire de proximité de Château-Thierry affiche le deuxième temps d'accès le plus fort de la région malgré une densité (45,4) proche de celle du niveau régional. En effet, plus de la moitié des chirurgiens-dentistes de ce territoire exerce leur activité au sein de la commune de Château-Thierry. Concernant les soins, les territoires de proximité qui présentent les nombres d'actes moyens par habitant les plus importants sont également ceux qui ont les densités les plus élevées. En outre, tous les territoires de proximité de la région présentent une valeur moindre que celle relevée sur l'ensemble de la France.

**RÉPARTITION DES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX
AU 1^{ER} JANVIER 2016**

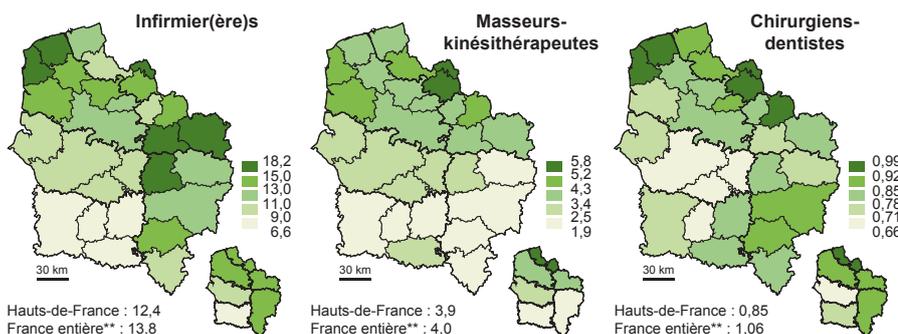


* de la commune des Hauts-de-France la plus proche (données non disponibles pour la Belgique)
Source : Drees / Asip-Santé - RPPS 2016 - Exploitation OR2S

Des densités de sages-femmes ayant une activité libérale, souvent plus faibles que celle de France

Environ 1 700 sages-femmes sont recensées dans les Hauts-de-France au 1^{er} janvier 2016, 339 ont une activité libérale (ou mixte). Rapportée à la population des femmes de 15-49 ans, la densité régionale de sages-femmes libérales est moindre que celle de la France de 30 % (24,8 pour 100 000 *versus* 35,7). Deux territoires de proximité ont une densité plus élevée que la valeur nationale, à savoir Flandre Intérieure (43,4) et Soissons (40,2), et pour un autre, elle y est comparable (Lille). Pour tous les autres territoires de proximité de la région, la densité y est plus faible, avec des écarts parfois importants. Ainsi, le territoire de proximité du Montreuillois enregistre une densité quatre fois plus faible qu'en France, avec des sages-femmes libérales plutôt situées à proximité du littoral, exclusivement dans deux villes (Étaples et Montreuil). Le temps d'accès relevé sur ce territoire y est le deuxième plus élevé des territoires de proximité de la région, après Guise - Hirson. Pour les territoires de proximité du Dunkerquois et de Clermont, la densité y est également faible (trois fois moindre).

**NOMBRE D'ACTES MOYENS* PAR HABITANT
EN SOINS PARAMÉDICAUX EN 2015**



* standardisés sur l'âge
** données non disponibles pour la France hexagonale
Sources : Cnamts - Sniiram, ARS des Hauts-de-France, Insee - Exploitation OR2S

Soins de courte durée

Près d'1,7 million de séjours hospitaliers en soins de courte durée produits par les établissements de santé des Hauts-de-France

Au 31 décembre 2015, près de 23 000 lits ou places en soins de courte durée sont comptabilisés dans les Hauts-de-France, répartis dans 131 établissements (publics et privés). Rapporté à la population, le taux d'équipement s'élève ainsi à 3,84 lits ou places pour 1 000 habitants (3,73 ‰ dans l'Hexagone). L'offre est particulièrement importante dans les territoires des grands centres urbains de la région (Lille, Amiens, Valenciennes...)

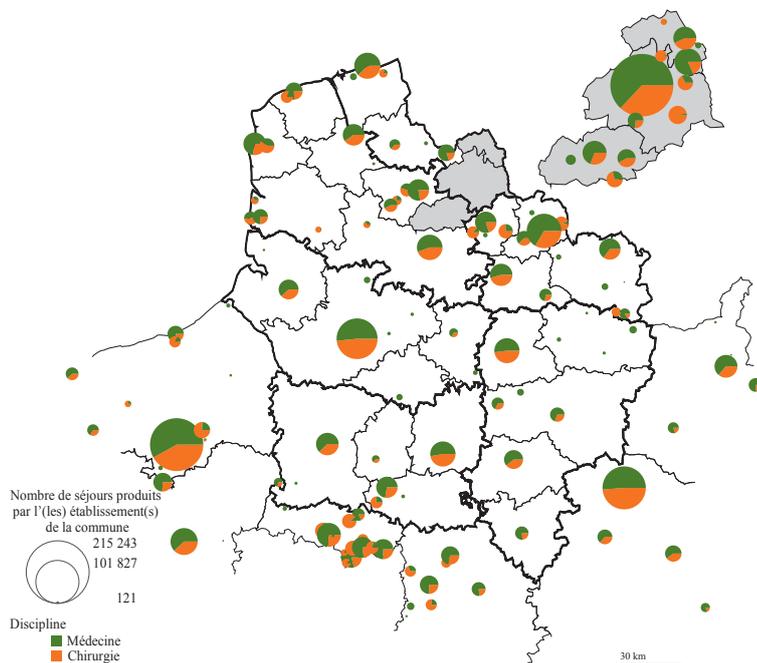
Au cours de l'année 2015, les établissements de santé¹ des Hauts-de-France ont produit 1,69 million de séjours de soins de courte durée. Plus des deux tiers de ces séjours concernent les activités de médecine et de chirurgie : 720 000 en médecine et 485 000 en chirurgie. Le CHRU de Lille a produit à lui seul 10 % des séjours de médecine et de chirurgie de la région (près de 121 000), deux fois plus que le CHU d'Amiens (un peu plus de 60 000) ; avec plus de 50 000 séjours de médecine et chirurgie, le CH de Valenciennes se situe au troisième rang des établissements de la région ayant produit le plus grand nombre de séjours.

Les activités de médecine et de chirurgie, notamment de ces trois établissements, font des territoires de proximité de Lille, d'Amiens et du Valenciennois les territoires qui ont enregistré le plus de séjours de la région. À l'inverse, les territoires de proximité de Montdidier - Santerre, Clermont, Guise - Hirson et Haute Somme comptent les plus faibles productions de séjours en médecine et chirurgie. En effet, 16 000 séjours sont produits par les 8 établissements implantés sur ces territoires alors que 60 000 séjours sont consommés par la population locale (dont 12 000 se font dans ces 8 établissements).

Une consommation en soins de courte durée plus importante dans les territoires du nord de la région

En 2015, 1,76 million de séjours en soins de courte durée concernent des patients domiciliés en région, soit un taux d'hospitalisation (305 séjours pour 1 000 habitants)

RÉPARTITION DE LA PRODUCTION DE SÉJOURS EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE EN 2015



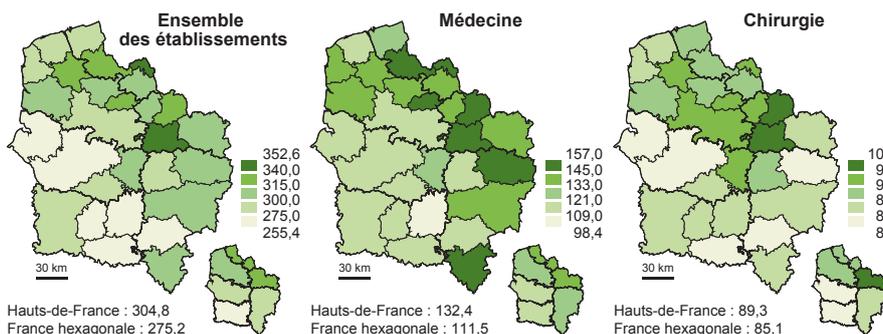
Source : PMSI MCO - Atih - Exploitation OR2S

supérieur au taux hexagonal (275 ‰) ; 95 % de ces séjours sont dénombrés dans des établissements de la région. Le taux d'hospitalisation est plus élevé dans les territoires de proximité du département du Nord et moindre dans ceux de l'Oise ainsi que dans ceux d'Abbeville et d'Amiens.

Les trois quarts des séjours en soins de courte durée concernent les activités de médecine et de chirurgie, soit près de 750 000 séjours en médecine et un peu plus de 510 000 en chirurgie ; les taux régionaux sont respectivement de 132 ‰ et 89 ‰, soit supérieurs aux taux nationaux. Par territoire de proximité (cf. cartes ci-dessous), quelques spécificités sont à noter : Guise - Hirson et Château-Thierry ont des taux parmi les plus élevés de la région pour la médecine et dans les plus faibles pour la chirurgie ; pour l'Arrageois et, dans une moindre mesure, Saint-Quentin, une tendance inverse est relevée.

Par ailleurs, à l'instar du niveau national, le recours aux soins de courte durée est plus important chez les hommes que chez les femmes, avec des écarts marqués en médecine : 152 ‰ chez les hommes contre 118 ‰ chez les femmes. En outre, les écarts entre hommes et femmes se creusent nettement à partir de 55 ans.

CONSOMMATION DE SÉJOURS* EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE EN 2015



* taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes

Sources : PMSI MCO - Atih, Insee - Exploitation OR2S

¹ dans le PMSI, pour les établissements publics, c'est l'entité juridique qui est considérée et pour les établissements privés, il s'agit de l'entité géographique.

Les **activités de soins de courte durée** (ou court séjour) concernent l'hospitalisation de patients pour des affections graves, pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie dans des établissements de santé publics et privés.

Maternité, néonatalogie et IVG

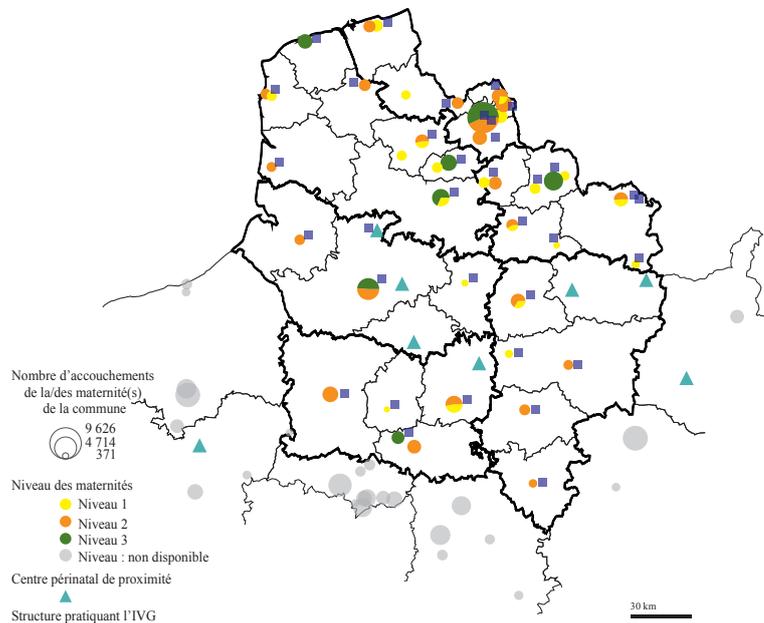
Des temps d'accès à une maternité de niveau 3 élevés dans l'Aisne, surtout dans sa moitié nord

Au 31 décembre 2015 dans les Hauts-de-France, 51 établissements disposent d'une autorisation en gynécologie obstétrique, offrant près de 2 100 lits ou places, dont 1 650 en obstétrique (1,21 lit ou place pour 1 000 femmes de 15-49 ans contre 1,12 dans l'Hexagone). Ces maternités ont comptabilisé près de 73 800 accouchements en 2015, avec une forte variabilité pour le nombre d'accouchements entre les établissements. Alors que l'hôpital Jeanne de Flandre de Lille affiche près de 5 500 accouchements sur l'ensemble de l'année à son actif, 19 établissements comptent moins de 1 000 naissances, dont 3 moins de 500. Le niveau de la maternité (cf. encadré ci-dessous) est déterminant pour les femmes présentant une grossesse à risque. Plus d'un accouchement sur quatre (27 %) en 2015 a eu lieu dans l'une des 7 maternités disposant d'une autorisation de niveau 3. Pour l'ensemble de la région, 67 lits en réanimation néonatale et 428 en néonatalogie (dont 135 en soins intensifs aux nouveau-nés) sont comptabilisés au 31 décembre 2015.

Le Nord, davantage urbanisé et densément peuplé, est bien équipé, présentant les temps d'accès théoriques à une maternité par territoire de proximité parmi les plus faibles de la région. Dans le Pas-de-Calais, l'absence de maternité sur une vaste zone au centre du département (celles-ci étant localisées sur le littoral et proches de la limite départementale avec le Nord) conduit à une plus grande hétérogénéité des temps d'accès théoriques par territoire de proximité, avec un temps maximal pour celui du Montreuillois. À l'inverse, la répartition des maternités sur le territoire isarien amène une plus grande homogénéité des temps d'accès théoriques par territoire de proximité, tant pour l'ensemble des maternités que pour les maternités de niveau 3.

Deux territoires de proximité sont dépourvus de maternités : Montdidier - Santerre et Guise - Hirson, affichant de fait des temps d'accès à une maternité élevés. Cependant, ces deux territoires disposent respectivement d'un et deux centres périnataux de proximité, permettant aux femmes de faire le suivi de leur grossesse localement en dehors de leur maternité d'accouchement. Si la Somme se distingue par des temps d'accès théoriques élevés à une maternité tous établissements confondus, c'est davantage l'Aisne qui se démarque en se concentrant sur les maternités de niveau 3. En effet, ce département est dépourvu de maternité de niveau 3¹, l'ex-Picardie n'en comptant que deux situées à Amiens et Creil sur les 7 de la région. Outre l'Aisne, les territoires de proximité du Montreuillois, d'Abbeville, de Haute Somme et de Noyon - Compiègne figurent également parmi les plus éloignés de ce type de maternités.

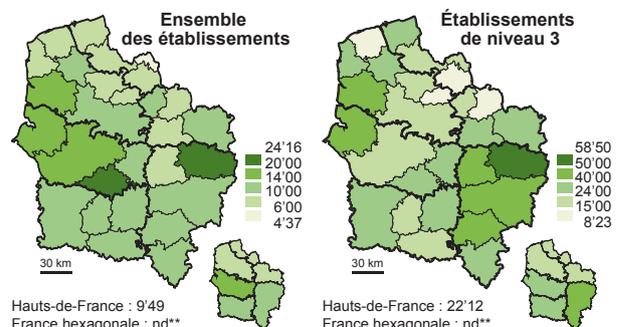
RÉPARTITION DU NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS DES MATERNITÉS*, LOCALISATION DES CENTRES PÉRINATAUX DE PROXIMITÉ ET DES STRUCTURES PRATIQUANT L'IVG EN 2015



* selon le niveau de maternités, celui-ci n'est pas disponible pour les communes des départements limitrophes. Pour celles-ci, le nombre de naissances a été estimé à partir des données de l'état civil

Sources : SAE données administratives 2015 - ministère des Affaires sociales et de la Santé, Drees, ARS des Hauts-de-France - Exploitation OR2S

TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE* AUX MATERNITÉS AU 31 DÉCEMBRE 2015



* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins une maternité, pondéré par la population féminine de 15-49 ans

** non disponible

Sources : SAE données administratives 2015 - ministère des Affaires sociales et de la Santé, Drees, ARS des Hauts-de-France, Insee - Exploitation OR2S

Dans les Hauts-de-France, 35 établissements (hôpitaux, cliniques ou maison médicale) pratiquent l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse ou instrumentale ; ils sont répartis sur l'ensemble de la région, à l'exception de deux territoires de proximité, Montdidier - Santerre et Guise - Hirson, qui n'en comptent aucun. Ce mode d'IVG peut être réalisé dans certains cabinets de ville. Aucun centre de santé ou centre de planification et d'éducation familiale n'en réalise dans la région.

¹ à proximité de l'Aisne, Reims dispose d'une maternité de niveau 3.

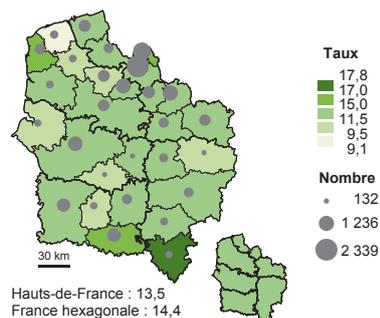
Les **maternités de type 1** sont équipées de la seule unité d'obstétrique, pour le suivi de grossesse et les accouchements physiologiques. Les **maternités de type 2** disposent d'unités d'obstétrique et de néonatalogie, prenant en charge la prématurité moyenne ainsi que des grossesses à risque ou multiples (certaines maternités comportant un service de soins intensifs). Les **maternités de type 3** sont constituées d'unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale pour la prise en charge de grands prématurés (avant 32 semaines) et des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Les **centres périnataux de proximité** (CPP) ne pratiquent pas d'accouchement mais assurent entre autres les consultations pré et post natales.

Un taux de recours à l'IVG plus faible en région, mais qui est plus élevé qu'en France chez les seules 15-17 ans

En 2015, 18 000 IVG réalisées en établissement et en ambulatoire concernent des femmes domiciliées dans les Hauts-de-France, chiffre assez stable depuis une dizaine d'années¹. Le taux de recours régional, 13,5 pour 1 000 femmes de 15-49 ans, est plus faible que le taux hexagonal (14,4 ‰), mais augmente légèrement. Comme l'illustre la carte ci-contre, des disparités selon les territoires de proximité sont observées, avec des taux variant quasiment du simple au double. Pour les filles de 15-17 ans, le nombre d'IVG réalisées en établissement de santé s'élève à 978 en 2015, soit un taux de deux points plus élevé que celui de la France (9,6 ‰ *versus* 7,6 ‰). Que ce soit en nombre ou en taux, une diminution est observée depuis dix ans. La part des IVG pratiquées hors établissements est inférieure dans

¹ quelques fluctuations sont relevées, notamment un pic en 2013 pouvant être expliqué par la polémique ayant entouré les contraceptifs oraux œstro-progestatifs.
² la pratique des IVG en centres de santé ou centres de planification ou d'éducation familiale ne s'est pas répandue dans la région.

RECOURS* À L'IVG EN 2015



* pour 1 000 femmes de 15-49 ans
Sources : Cnamts - Sniiram, PMSI MCO, ARS des Hauts-de-France, Insee - Exploitation OR2S

les Hauts-de-France : 9,5 % des IVG contre 17,8 % dans l'Hexagone (16,3 % en cabinet de ville et 1,5 % en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale)².

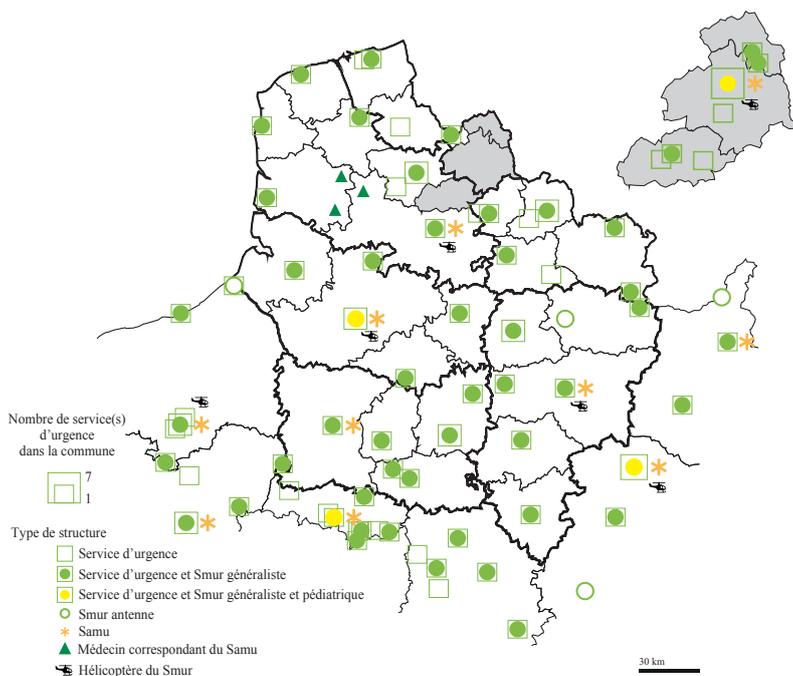
Urgence

Une part non négligeable de population à au moins 30 minutes théoriques des soins urgents

Tous les territoires de proximité de la région ont au moins un Smur, ceux de Lille, Creil et Amiens disposant même d'un Smur pédiatrique. Quatre hélicoptères du Smur participent également à l'acheminement des patients éloignés vers un établissement adapté.

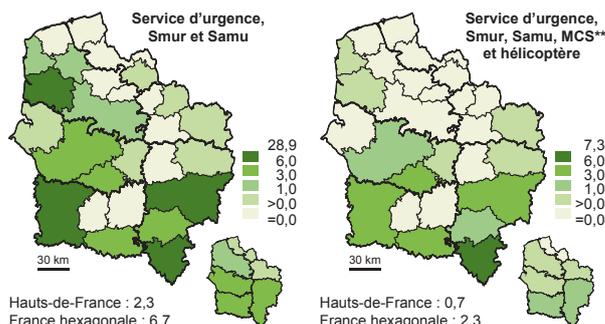
Au moins une structure d'urgence est présente dans chaque territoire de proximité, mais les cartes ci-contre font apparaître des disparités en termes de temps d'accès aux soins urgents. Le territoire de proximité du Montreuillois, le centre de la Somme, l'Oise (à l'exception du Nord-Ouest) et l'Aisne (sauf l'extrême Nord) affichent les temps d'accès les plus longs. Au total, 2,3 % des habitants de la région sont situés à 30 minutes théoriques ou plus d'un Smur/Samu, part atteignant 28,9 % dans le Montreuillois (vient ensuite Laon avec 12,8 %). Trois médecins correspondants du Samu assurent la prise en charge initiale des patients en situation d'urgence médicale dans ce territoire du Pas-de-Calais et dans l'extrême ouest de l'Arrageois, dans des zones situées à 30 minutes théoriques ou plus d'un Smur, dans le triangle Fruges, Hesdin, Saint-Pol-sur-Ternoise. Ainsi, le territoire ne se démarque plus quand on prend en compte ces médecins et le transport aérien dans le calcul des temps d'accès (la part tombant à 0,8 %, équivalent au niveau régional : 0,7 %). Le territoire de Château-Thierry, avec 7,3 % de sa population qui vit à 30 minutes théoriques ou plus d'un Smur/Samu y compris médecins correspondants et transport hélicoptéré, présente alors la situation la plus défavorable.

RÉPARTITION DES SOINS URGENTS AU 31 DÉCEMBRE 2015



Sources : SAE données administratives 2015 - ministère des Affaires sociales et de la Santé, Drees, ARS des Hauts-de-France - Exploitation OR2S

PART DE LA POPULATION DONT L'ACCÈS* AUX SOINS URGENTS EST DE 30 MINUTES THÉORIQUES OU PLUS AU 1^{ER} JANVIER 2016



* population au RP 2013. Les temps d'accès considérés sont ceux calculés par la Drees à partir du distancier Metric développé par l'Insee
 ** médecin correspondant du Samu

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

L'organisation de la **prise en charge médicale des urgences** repose sur un large réseau d'intervenants publics et privés, dont la régulation est assurée par les services d'aide médicale urgente (Samu). Ces structures sont dotées d'un centre de réception et de régulation des appels qui oriente le patient ou son entourage. L'acheminement médicalisé vers les structures d'accueil des urgences des hôpitaux et des cliniques est essentiellement du ressort des services mobiles d'urgences et de réanimation (Smur).

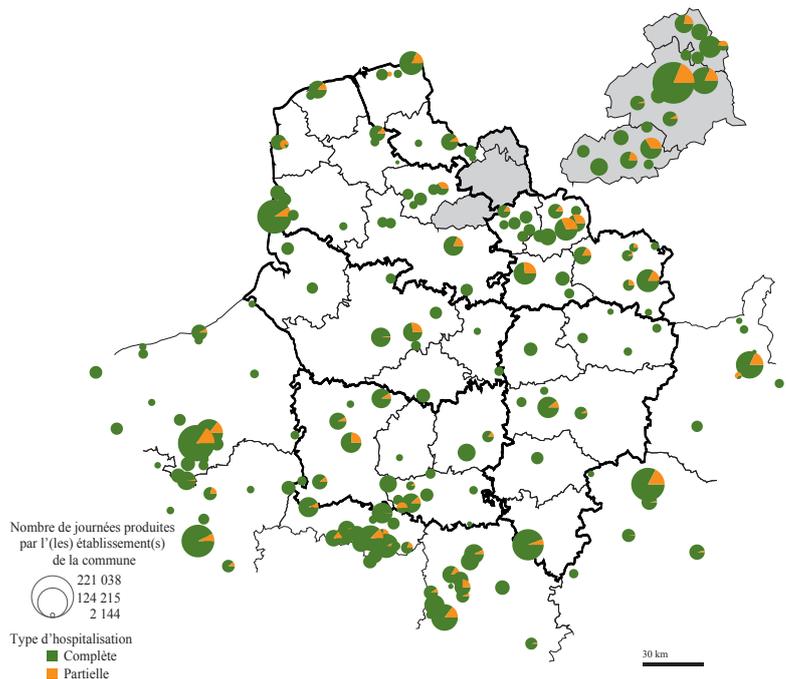
Soins de suite et de réadaptation

Plus de trois millions de journées d'hospitalisation en SSR produites

Au 31 décembre 2015, 147 établissements de santé implantés dans les Hauts-de-France disposent d'une autorisation en SSR, offrant près de 9 900 lits ou places (dont 361 pour les enfants) : un peu plus de 8 700 lits en hospitalisation complète et 1 160 places en hospitalisation partielle. Le taux d'équipement global en SSR s'élève ainsi à 1,65 lit ou place pour 1 000 habitants contre 1,80 ‰ dans l'Hexagone.

Au cours de l'année 2015, les établissements de santé des Hauts-de-France ont produit 3,00 millions de journées d'hospitalisation en SSR (2,8 % pour les moins de 18 ans). Une large majorité de ces journées est réalisée en hospitalisation complète : 2,68 millions de journées contre 325 000 journées en hospitalisation partielle. Avec 13 établissements¹ implantés dans le territoire de proximité de Lille (dont le CHRU, troisième établissement de la région en matière de production de journées SSR), ce territoire est celui où les établissements ont produit le plus grand nombre de journées d'hospitalisation en SSR en 2015 (plus de 410 000 pour ces treize établissements, dont 73 000 pour le CHRU). Quatre territoires de proximité ont des productions qui sont de l'ordre de 200 000 à 220 000 journées (que ce soit en hospitalisation complète ou partielle) : le Montreuillois (avec des établissements essentiellement situés le long de la côte d'Opale), Beauvais, Lens - Hénin et le Valenciennois. L'unique établissement du territoire de proximité de Château-Thierry, situé à Villiers-Saint-Denis, est le premier établissement des Hauts-de-France en matière de production de journées SSR (près de 125 000 au cours de l'année 2015). À l'inverse, le territoire de proximité de Clermont, comptant un unique établissement, enregistre la plus faible production (un peu plus de 6 000 journées). Les établissements des territoires de Haute Somme, Soissons, Saint-Quentin ou encore Montdidier - Santerre, peu équipés, produisent également peu de journées SSR comparativement aux autres territoires de la région.

PRODUCTION DE JOURNÉES EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION EN 2015

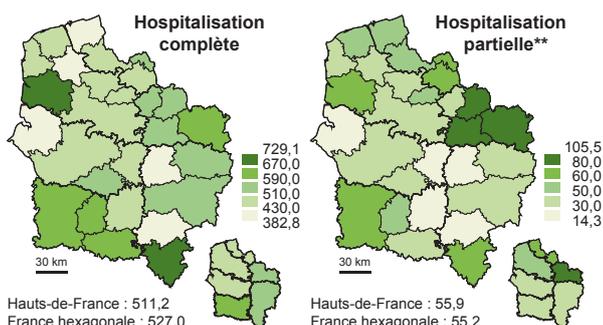


Source : PMSI SSR - Atih - Exploitation OR2S

Un taux de recours en hospitalisation complète qui varie du simple au double entre les territoires

Au cours de l'année 2015, selon l'Atih, 3,03 millions de journées SSR ont été consommées par des habitants des Hauts-de-France (dont 94 % dans des établissements de la région) ; 2,70 millions en hospitalisation complète et 325 000 en hospitalisation partielle. Rapportés à la population, les taux sont respectivement de 511 et de 56 pour 1 000 habitants, soit des taux proches de ceux enregistrés au niveau national. Comme l'illustrent les deux cartes ci-dessus, le taux de journées d'hospitalisation complète varie du simple au double entre les territoires de proximité. Les taux de recours les plus élevés sont enregistrés dans les territoires où la capacité est également la plus importante (Château-Thierry et Montreuillois) et les taux les plus faibles dans les territoires de Soissons et Dunkerque. Comme pour le niveau national, les différences entre hommes et femmes sont peu marquées. Les taux d'hospitalisation complète en SSR croissent néanmoins de manière exponentielle avec l'âge ; dans le cas de l'hospitalisation partielle, les taux de recours augmentent régulièrement jusqu'à 70 ans puis diminuent ensuite, l'hospitalisation complète étant privilégiée aux âges avancés de la vie.

CONSOMMATION DE JOURNÉES* EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION, SELON LE TYPE D'HOSPITALISATION EN 2015



* taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes

** de jour, de nuit et les séances

Sources : PMSI SSR - Atih, Insee - Exploitation OR2S

¹ dans le PMSI, pour les établissements publics, c'est l'entité juridique qui est considérée et, pour les établissements privés, il s'agit de l'entité géographique.

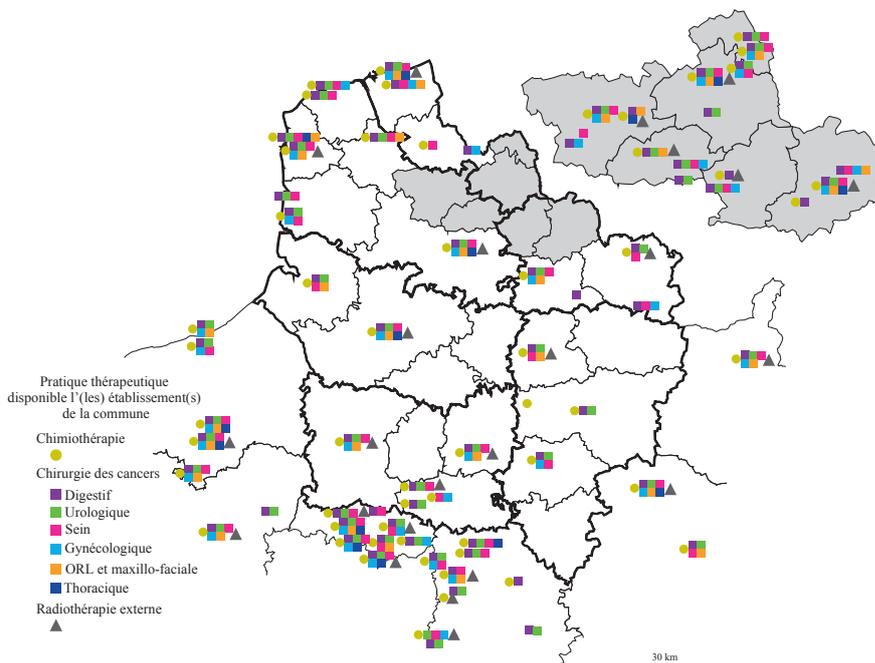
L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Prise en charge du cancer

Une majorité d'établissements pratique la chirurgie des cancers

Au 31 décembre 2015, les Hauts-de-France comptabilisent 80 établissements¹ autorisés (privés ou publics) à traiter les cancers. La majorité de ces structures pratique la chirurgie des cancers (63 établissements) ou la chimiothérapie (46). La région recense également 17 établissements habilités à réaliser des radiothérapies². Parmi les structures pratiquant la chirurgie des cancers, celles autorisées à mener des opérations des cancers digestifs sont les plus nombreuses (56 établissements), suivies des cancers urologiques (45) et du cancer du sein (42). Viennent ensuite la chirurgie des cancers gynécologiques (29 établissements) et des cancers ORL et maxillo-faciaux (23). Concernant la chirurgie des cancers thoraciques, elle est pratiquée dans 10 établissements. Ces structures sont parfois associées aux centres hospitaliers, cliniques, CHU... et se situent, en règle générale, au sein des grandes agglomérations de la région.

RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS* AUTORISÉS À TRAITER LES CANCERS AU 31 DÉCEMBRE 2015



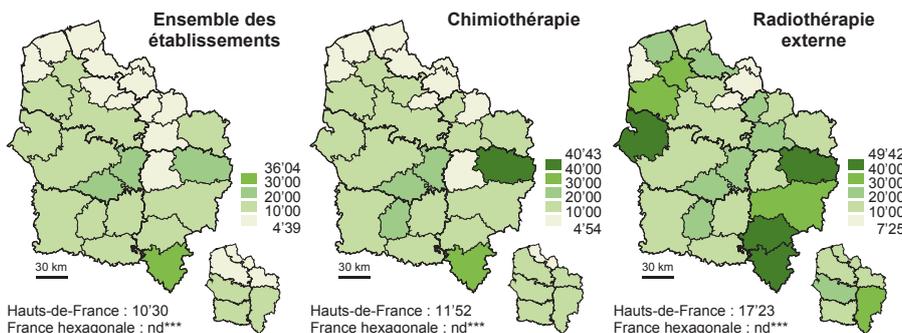
* établissements de santé (publics ou privés), y compris les centres de radiothérapie libéraux. Ne sont pas présentés sur la carte, la chirurgie des cancers hors seuil (deux établissements à Lille), la curiethérapie (deux établissements à Lille et un à Amiens) et l'utilisation thérapeutique de sources non scellées (trois établissements à Lille et un à Amiens). En 2006, une autorisation pour radiothérapie a été accordée au CH de Soissons
Sources : INCa, ARS des Hauts-de-France - Exploitation OR2S

Un accès plus rapide à un établissement de cancérologie dans le nord de la région

Fin 2015, il y a des établissements de cancérologie dans tous les territoires de proximité des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Quelques zones sont un peu plus distantes d'un établissement de cancérologie, notamment dans la partie sud de la Somme ou encore dans le sud et l'est de l'Aisne. De façon plus large, ce dernier département et celui de l'Oise n'accueillent aucun établissement habilité pour la chirurgie des cancers thoraciques. L'accessibilité géographique aux différents services dépend naturellement de l'implantation des établissements. De fait, les territoires de proximité de l'est

de la Somme enregistrent en conséquence des temps d'accès théoriques à un établissement plus longs que la moyenne régionale, situés entre Amiens et Saint-Quentin. Cette zone se prolonge d'ailleurs, côté isarien, sur le nord du territoire de Noyon - Compiègne et sur celui de Clermont. Le reste de l'Oise propose une offre conséquente, quels que soient le type de cancer et le mode de traitement. Les territoires de proximité de Guise - Hirson et de Château-Thierry ont des temps d'accès théoriques élevés, aussi bien concernant l'accès aux établissements autorisés à traiter la chimiothérapie que ceux assurant la radiothérapie. Exception faite de Saint-Quentin qui est équipé d'un centre de radiothérapie, les territoires de proximité axonais enregistrent des temps d'accès théoriques importants. Celui d'Abbeville affiche par ailleurs le temps d'accès à une radiothérapie le plus élevé, les centres les plus proches étant situés à Boulogne ou à Amiens. Les temps d'accès théoriques aux établissements de cancérologie, notamment pour la chimiothérapie, sont globalement plus courts au sein des territoires de proximité de l'ex-Nord - Pas-de-Calais, partant du Boulonnais, remontant le long du littoral et allant jusqu'au Valenciennois en suivant la frontière belge.

TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE* AUX ÉTABLISSEMENTS** AUTORISÉS À TRAITER LES CANCERS AU 31 DÉCEMBRE 2015, SELON LA PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE



* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un établissement autorisé à traiter les cancers, pondéré par la population
** établissements de santé (publics ou privés), y compris les centres de radiothérapie libéraux
*** non disponible

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

de la Somme enregistrent en conséquence des temps d'accès théoriques à un établissement plus longs que la moyenne régionale, situés entre Amiens et Saint-Quentin. Cette zone se prolonge d'ailleurs, côté isarien, sur le nord du territoire de Noyon - Compiègne et sur celui de Clermont. Le reste de l'Oise propose une offre conséquente, quels que soient le type de cancer et le mode de traitement. Les territoires de proximité de Guise - Hirson et de Château-Thierry ont des temps d'accès théoriques élevés, aussi bien concernant l'accès aux établissements autorisés à traiter la chimiothérapie que ceux assurant la radiothérapie. Exception faite de Saint-Quentin qui est équipé d'un centre de radiothérapie, les territoires de proximité axonais enregistrent des temps d'accès théoriques importants. Celui d'Abbeville affiche par ailleurs le temps d'accès à une radiothérapie le plus élevé, les centres les plus proches étant situés à Boulogne ou à Amiens. Les temps d'accès théoriques aux établissements de cancérologie, notamment pour la chimiothérapie, sont globalement plus courts au sein des territoires de proximité de l'ex-Nord - Pas-de-Calais, partant du Boulonnais, remontant le long du littoral et allant jusqu'au Valenciennois en suivant la frontière belge.

¹ pour plus de précision sur le dénombrement des établissements, cf. encadré page ci-contre.

² en 2006, une autorisation a été accordée au CH de Soissons.

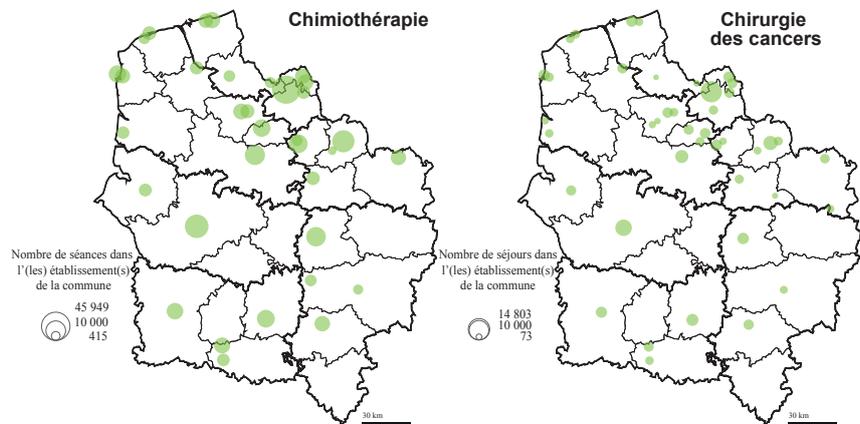
Une activité importante en cancérologie à Lille

En 2015, les établissements de cancérologie situés dans les Hauts-de-France ont produit 206 000 séances de chimiothérapie et 48 500 séjours pour la chirurgie des cancers. C'est le centre régional de lutte contre le cancer Oscar Lambret (Lille) qui a enregistré la plus forte activité en 2015, avec près de 17 000 séances de chimiothérapie. Le CHRU de Lille a également connu une activité importante en chirurgie des cancers avec plus de 7 600 séjours. Les territoires de proximité de Lille et de Lens - Hénin enregistrent ainsi les plus fortes productions de séances par établissement en chimiothérapie (respectivement 8 000 et 6 900 en moyenne). Ces données sont naturellement à mettre en relation avec la densité de population de leur zone d'attraction, ainsi qu'avec les ressources humaines et techniques dont ces établissements disposent.

Une consommation de séances en chimiothérapie élevée dans une grande partie de l'Aisne

En 2015, les habitants des Hauts-de-France ont consommé près de 224 000 séances de chimiothérapie, dont plus d'une sur deux chez les moins de 65 ans. Cela représente un taux standardisé sur l'âge de 40,0 pour 1 000 habitants, autant chez les femmes que chez les hommes. Chez les moins de 65 ans, un écart est constaté selon le genre : 21,2 % chez les hommes contre 27,3 % chez les femmes. Une forte consommation de séances de chimiothérapie est enregistrée dans certains territoires de proximité axonais, jusqu'à 50,7 % au niveau de celui de Laon. Plus au Nord, la consommation est faible du côté des deux territoires limitrophes de Guise - Hirson (34,9 %) et de Sambre Avesnois (32,6 %). Chez les moins de 65 ans, le territoire de proximité du Valenciennois affiche le troisième taux le plus élevé de la région (27,5 %) alors que, tous âges ce territoire se situe davantage au niveau de la moyenne régionale.

RÉPARTITION DE LA PRODUCTION DE SÉJOURS* EN CANCÉROLOGIE EN 2015, SELON LA PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE



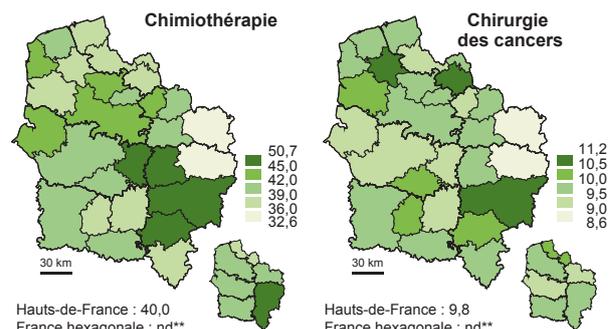
* séjours pour la chirurgie des cancers et séances pour la chimiothérapie

Sources : PMSI MCO - Atih, ARS des Hauts-de-France - Exploitation OR2S

Une faible consommation de séjours en cancérologie dans les territoires de proximité du Nord-Est

Environ 54 000 séjours en chirurgie des cancers ont été consommés par les habitants des Hauts-de-France en 2015, soit un taux standardisé de 9,8 séjours pour 1 000 habitants, davantage chez les hommes (11,4 %) que chez les femmes (9,1 %). À l'instar des séances en chimiothérapie, la tendance est inversée avant 65 ans : 4,5 % chez les hommes contre 6,2 % chez les femmes. Le territoire de proximité de Lille enregistre la plus forte consommation de la région (11,2 %), tandis que les territoires de proximité de Guise - Hirson et Sambre Avesnois affichent également les plus faibles taux (8,6 % pour chacun).

CONSOMMATION DE SÉJOURS* EN CANCÉROLOGIE EN 2015, SELON LA PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE



Hauts-de-France : 40,0
France hexagonale : nd**

Hauts-de-France : 9,8
France hexagonale : nd**

* taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes ; séjours pour la chirurgie des cancers et séances pour la chimiothérapie

** non disponible

Sources : PMSI MCO - Atih, ARS des Hauts-de-France, Insee - Exploitation OR2S

Autorisations de traitement du cancer : afin de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients, tous les établissements de santé (publics ou privés, y compris les centres de radiothérapie libéraux) souhaitant pratiquer des activités de traitement du cancer, doivent disposer d'une autorisation délivrée par leur agence régionale de santé. Le dispositif d'autorisations repose sur un socle de trois obligations comportant des mesures transversales de qualité, des critères d'agrément pour les principales thérapeutiques du cancer et des seuils d'activité minimale à atteindre pour les traitements de certains types de cancers. Un établissement peut avoir une autorisation pour plusieurs pratiques thérapeutiques. L'autorisation est accordée pour une durée de cinq ans à l'issue de laquelle l'établissement doit renouveler sa demande.

L'INCa, via son site Internet (www.e-cancer.fr), propose une carte interactive de l'offre de soins en cancérologie. Celle-ci permet d'accéder, par région ou par département, aux coordonnées et aux modalités de traitement proposées pour chacun des établissements autorisés à traiter le cancer. Les établissements sont comptabilisés à partir de leur entité géographique ; des établissements différents qui auraient la même entité géographique sont également dissociés (cas des cabinets de radiothérapie libéraux localisés dans des établissements de santé et des activités déportées -dans le cadre de GCS-). Ce mode de décompte explique les différences de dénombrement qui peuvent être retrouvées entre le site Internet de l'INCa et ce qui est mentionné dans ce document.

Équipements lourds

Un scanner dans tous les territoires de proximité

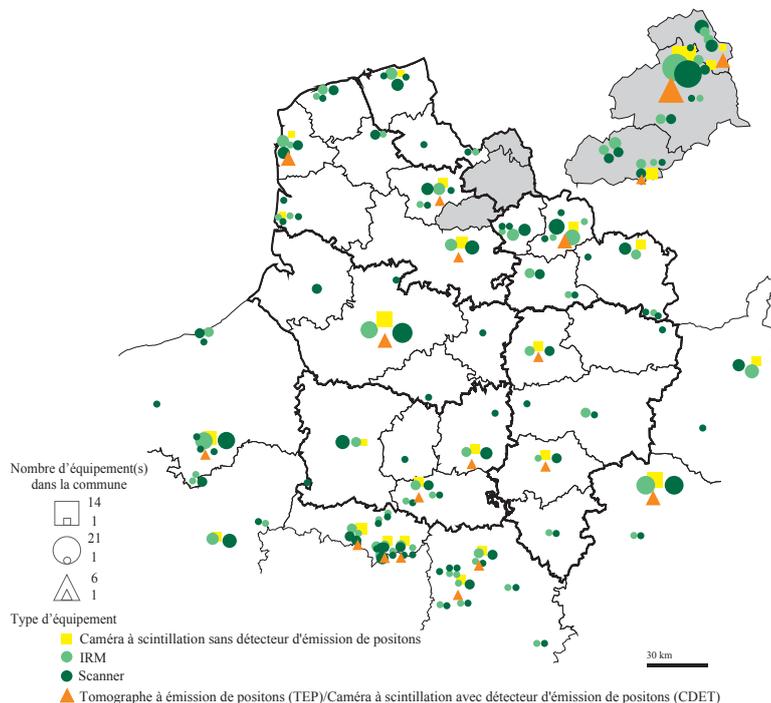
En novembre 2016, d'après le répertoire Finess, les Hauts-de-France sont équipés de 119 scanners, soit 1,99 appareil pour 100 000 personnes. Tous les territoires de proximité en sont dotés, les territoires les plus équipés étant ceux du Boulonnais (3,09) et de Lille (2,86).

Les IRM, au nombre de 91 sont absents de trois territoires appartenant à l'ex-Picardie (Guise - Hirson, Haute Somme et Montdidier - Santerre). Les maxima des territoires de proximité sont affichés par les mêmes territoires que pour les scanners (2,72 pour 100 000 personnes pour Lille et 2,47 pour le Boulonnais pour 1,52 en moyenne régionale).

Des caméras à scintillation sans détecteur d'émission de positons (gamma-caméras) sont présentes dans 16 territoires de proximité.

Enfin, 12 territoires de proximité disposent d'appareils de type tomographes à émission de positons (TEP) et caméras à scintillation avec détecteur d'émission de positons (CDET).

RÉPARTITION DES ÉQUIPEMENTS LOURDS EN NOVEMBRE 2016



Sources : Finess, ARS des Hauts-de-France - Exploitation OR2S

Hospitalisation à domicile

Un taux de recours aux soins en HAD supérieur en région chez les 75 ans et plus

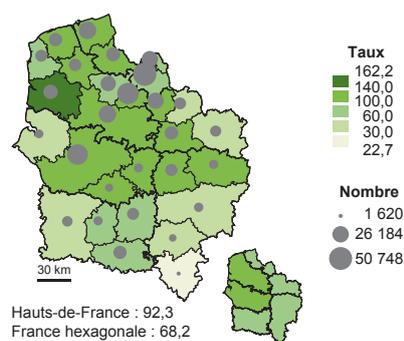
Au 31 décembre 2015, 32 établissements de santé implantés dans les Hauts-de-France disposent d'une autorisation en HAD, proposant près de 1 400 places. Le taux d'équipement de la région (0,23 place pour 1 000 personnes) est comparable à celui de l'Hexagone (0,22 ‰).

Les établissements de santé de la région ont produit près de 500 000 journées d'hospitalisation à domicile en 2015. La quasi totalité concerne des personnes domiciliées dans les Hauts-de-France (99,9 %)¹. Le taux standardisé de journées (92 ‰) est de 35 % supérieur à celui de l'Hexagone (68 ‰). Le taux d'hospitalisation à domicile croît de manière exponentielle avec l'âge : les taux sont peu élevés et similaires à ceux de la France jusqu'à 55 ans puis augmentent très rapidement ensuite, davantage en région qu'au niveau national. Ainsi, le taux chez les personnes de 75 ans et plus des Hauts-de-France est de près de 50 % supérieur à celui de la France (445 ‰ contre 297 ‰).

Des taux de recours très hétérogènes entre les territoires

Des fortes disparités territoriales sont relevées au niveau des territoires de proximité, avec des taux qui varient du simple, dans de nombreuses zones du Sud, au quadruple voire plus, dans celles plus au Nord, comme le montre la carte ci-dessus.

CONSOMMATION DE JOURNÉES* EN HOSPITALISATION À DOMICILE EN 2015



Hauts-de-France : 92,3
France hexagonale : 68,2

* taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes

Sources : PMSI HAD - Atih, Insee - Exploitation OR2S

L'hospitalisation à domicile (HAD) a pour objet d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement à temps complet ou d'en diminuer la durée. Elle constitue ainsi une alternative à l'hospitalisation traditionnelle permettant de maintenir le patient dans son environnement quotidien et auprès de ses proches quand la situation le permet. À chaque établissement d'hospitalisation à domicile correspond une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L.6122-1. Cette aire géographique ne correspond pas au territoire de proximité dans lequel est implanté l'établissement.

¹ très peu de journées d'hospitalisation de personnes domiciliées dans les Hauts-de-France sont dénombrées hors région (moins de 500).

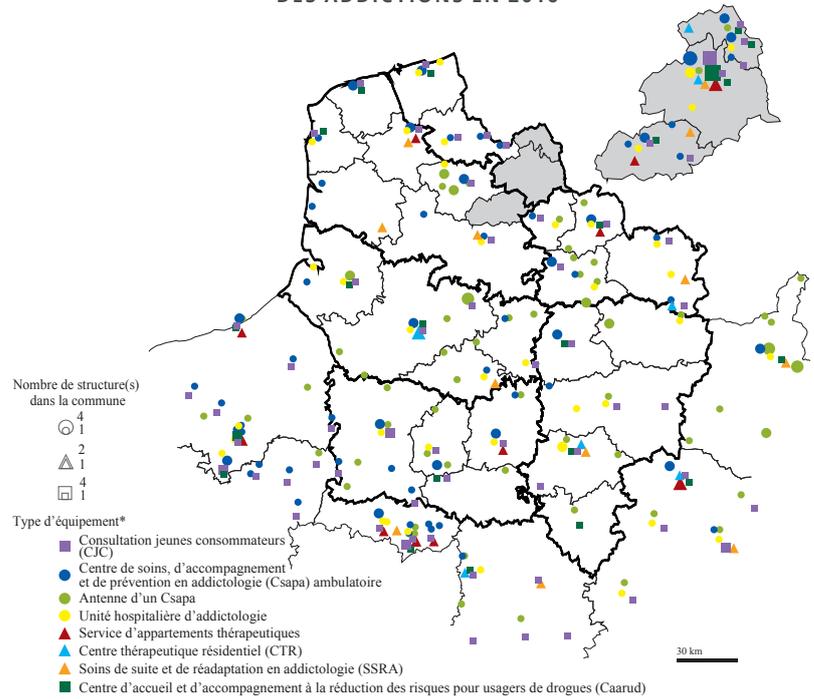
Addictions

Une répartition hétérogène des services et structures de prise en charge

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 positionne les consultations jeunes consommateurs (CJC) comme structures pivots de la mise en œuvre de l'intervention précoce. La région compte 38 CJC, réparties de manière hétérogène dans les territoires de proximité de la région, certains en étant dépourvus. Des consultations avancées dans d'autres structures à vocation sociale et médico-sociale peuvent toutefois être proposées par les CJC afin d'être au plus près des publics.

Les personnes en situation d'addiction peuvent trouver de l'aide auprès de structures spécialisées en ambulatoire. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ambulatoires, qui assurent l'articulation entre la prévention et le soin, constituent des structures majeures dans le dispositif de prise en charge ; les unités hospitalières d'addictologie proposent majoritairement des consultations externes et des sevrages hospitaliers de courte durée. Au total, 128 structures spécialisées dans la prise en charge ambulatoire des addictions sont implantées dans les Hauts-de-France (54 Csapa ambulatoires auxquels s'ajoutent 44 antennes et 30 unités hospitalières en addictologie). Si le nombre de structures est le plus élevé dans le Pas-de-Calais, l'offre ambulatoire, rapportée à la population des 15-64 ans, est pourtant la plus importante dans l'Aisne. L'Oise est également bien doté en structures de prise en charge ambulatoire, à l'inverse du Nord, département le moins pourvu de la région. Le Valenciennois, Lille et le Douaisis sont les territoires de proximité où l'offre ambulatoire est la plus faible de la région relativement à leur population. Différents types de structures accueillent les usagers après leur sevrage pour des soins résidentiels. La région dispose de 7 structures de soins résidentiels, gérées par les Csapa, en accueil individuel : 6 services d'appartements thérapeutiques et 1 réseau de familles d'accueil situé à Saint-Omer (11 réseaux dans l'Hexagone). S'agissant de l'accueil collectif, la région compte 8 services de soins de suite et de réadaptation en addictologie (aucun dans l'Oise) et 6 centres thérapeutiques résidentiels. La région

RÉPARTITION DES SERVICES POUR LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN 2016



* hors réseau famille d'accueil (un en région, à Saint-Omer) et centre thérapeutique communautaire (deux en région, un à Cateau-Cambrésis et un à Saint-Martin-le-Nœud) qui ne sont pas représentés sur la carte.

Sources : Drogues Info Service - Santé publique France, ARS des Hauts-de-France - Exploitation OR2S

compte également 2 centres thérapeutiques communautaires sur les 8 recensés dans l'Hexagone (1 au Cateau-Cambrésis et 1 à Saint-Martin-le-Nœud près de Beauvais). Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), au nombre de 20 dans les Hauts-de-France, dont une majorité dans le Nord, proposent un accueil « inconditionnel » (pas d'exigence d'abstinence, de projet de sevrage, de sobriété...) aux usagers de drogues¹. En considérant le nombre de Caarud rapporté à la population des 15-44 ans, c'est le département de l'Aisne qui apparaît comme le mieux doté de la région, suivi du Nord tandis que l'Oise, avec un unique Caarud recensé, est le moins pourvu.

Toutes structures confondues, les territoires de proximité de Montdidier - Santerre, Cambrésis, Guise - Hirson ou encore Soissons sont, relativement à leur population, les mieux dotés de la région. En revanche, le Douaisis, le Valenciennois, le Dunkerquois, l'Arrageois et le Calais sont les plus déficitaires.

¹ ils ont notamment pour mission le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement... ; ils mettent à disposition du matériel de prévention des infections et assurent des interventions de proximité à l'intérieur du centre, notamment en milieu festif.

Les **consultations jeunes consommateurs (CJC)** proposent un accueil gratuit et confidentiel se déroulant au sein des Csapa ou dans des lieux spécialisés pour l'accueil des jeunes (maisons des adolescents et points accueil écoute jeunes). Lieux d'écoute, d'information et de soutien, elles sont avant tout un espace de rencontre avec des professionnels des addictions et de l'adolescence. Les **centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)** permettent de faire le point avec un professionnel sur les difficultés rencontrées et proposent un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de drogues ou vers un traitement de substitution. Les **unités hospitalières d'addictologie** permettent une prise en charge ambulatoire. Ces structures proposent *a minima* des consultations externes, du type de ce que peuvent proposer les Csapa. Un sevrage ambulatoire peut être mis en place dans ce cadre.

Différents types de structures accueillent les usagers après leur sevrage pour des soins résidentiels après l'arrêt. Il existe des lieux d'accueil individuel (**appartements thérapeutiques, familles d'accueil**) ou collectifs (**centres thérapeutiques résidentiels -CTR-, centres thérapeutiques communautaires -CTC- et services de soins de suite et de réadaptation en addictologie -SSRA-**, qui sont des structures hospitalières).

La politique de réduction des risques s'est développée à la fin des années quatre-vingt avec la prise de conscience de l'épidémie de sida. Les pouvoirs publics ont donc décidé de faciliter la mise à disposition de matériel stérile. Dès lors, les **centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud)** se sont développés. Ils reçoivent les usagers de drogues qui ne sont pas engagés dans l'arrêt de leur consommation mais qui sont exposés à des risques majeurs de contamination. Dans ces centres d'accueil, une attention particulière est portée aux usagers les plus précarisés et marginalisés.

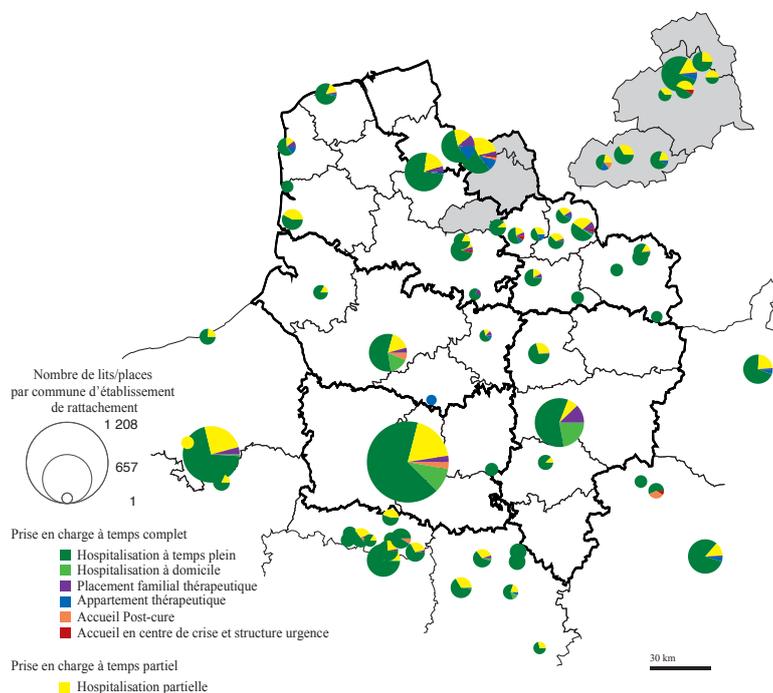
Psychiatrie

Un taux régional d'équipement d'accueil en psychiatrie adulte similaire à celui de l'Hexagone...

Les activités de psychiatrie sont organisées selon les publics pris en charge en psychiatrie générale (adultes de plus de 16 ans), psychiatrie infanto-juvénile (enfants et adolescents) et psychiatrie en milieu pénitentiaire. Au 31 décembre 2015, 7 206 lits ou places en psychiatrie adulte sont comptabilisés en région, répartis dans 46 établissements de rattachement¹. Rapporté à la population, le taux d'équipement s'élève ainsi à 1,55 lit ou place pour 1 000 personnes de plus de 16 ans (1,57 ‰ dans l'Hexagone). Rapportée à la population, l'offre est particulièrement importante dans les départements de l'Aisne (2,19 ‰) et de l'Oise (2,01 ‰). À l'inverse, elle est la plus faible dans ceux de la Somme (1,26 ‰) et du Nord (1,37 ‰) ; pour le Pas-de-Calais, le taux d'équipement est de 1,51 ‰.

Plusieurs modes de prise en charge en hospitalisation sont proposés aux patients confrontés à des troubles psychiatriques. La capacité d'accueil à temps complet s'élève à 5 784 lits dans les Hauts-de-France (dont 4 762 en hospitalisation à temps plein), soit un taux de 1,25 lit pour 1 000 personnes de plus de 16 ans (1,20 ‰ en Hexagone). Avec des taux d'équipement

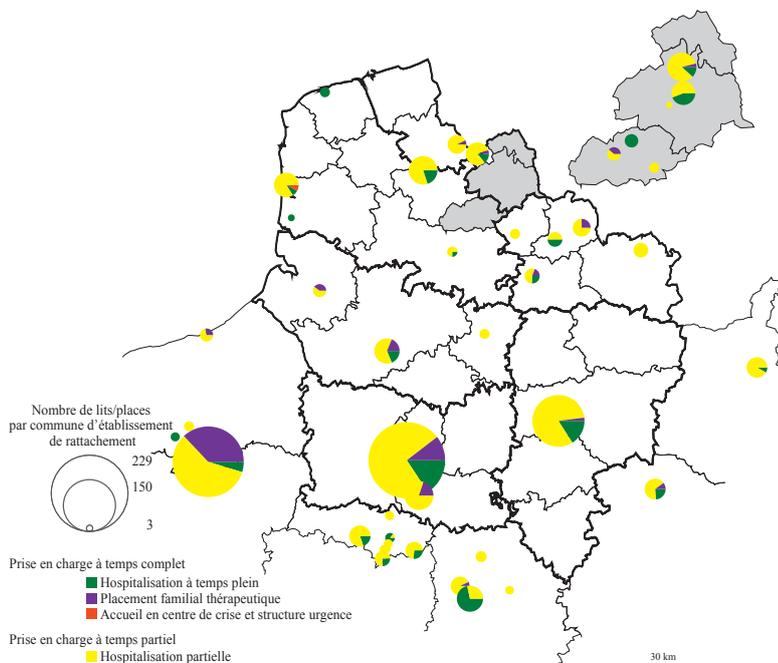
RÉPARTITION DES CAPACITÉS D'ACCUEIL EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE RATTACHEMENT* AU 31 DÉCEMBRE 2015



* cf. renvoi 1 figurant en bas de la page

Source : SAE données administratives 2015 - ministère des Affaires sociales et de la Santé, Drees - Exploitation OR2S

RÉPARTITION DES CAPACITÉS D'ACCUEIL EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE RATTACHEMENT* AU 31 DÉCEMBRE 2015



* cf. renvoi 1 figurant en bas de la page

Source : SAE données administratives 2015 - ministère des Affaires sociales et de la Santé, Drees - Exploitation OR2S

s'échelonnant de 1,05 ‰ dans la Somme à 1,94 ‰ dans l'Aisne, l'offre départementale d'accueil à temps complet est également inégale. Pour l'accueil à temps partiel, la région dispose de 1 422 places d'hospitalisation, soit un taux d'équipement de 0,31 place pour 1 000 personnes de plus de 16 ans, inférieur de 20 % au taux national.

...mais inférieur pour la psychiatrie infanto-juvénile

La région dispose de près de 1 200 lits ou places d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile répartis dans 26 établissements de rattachement¹, soit un taux d'équipement de 0,88 lit ou place pour 1 000 jeunes de 16 ans ou moins (0,95 ‰ en France). Ces taux sont inégaux au sein des Hauts-de-France, variant du simple au double selon les départements. Comme pour la psychiatrie adulte, l'Oise et l'Aisne se démarquent par des taux d'équipement élevés (respectivement 1,61 ‰ et 1,26 ‰). À l'inverse, le Nord et le Pas-de-Calais ont des taux d'équipement plus faibles (respectivement 0,65 ‰ et 0,72 ‰) ; celui de la Somme (0,87 ‰) est proche de la valeur régionale.

¹ pour la psychiatrie, contrairement aux autres disciplines hospitalières, l'enquête SAE ne recense pas les capacités et activités de chaque établissement géographique mais centralise les informations au niveau de l'entité juridique, dont peuvent dépendre plusieurs établissements géographiques de santé mentale. Les données cartographiées ne sont donc pas localisées à leur commune d'implantation géographique mais à la commune de l'établissement de rattachement, située nécessairement dans le même département. En conséquence, seuls les taux d'équipement départementaux sont présentés dans le document, ceux à un échelon géographique plus fin n'ayant alors pas de sens dans la mesure où les établissements géographiques d'un territoire de proximité peuvent être rattachés à des entités juridiques localisées dans un autre territoire.

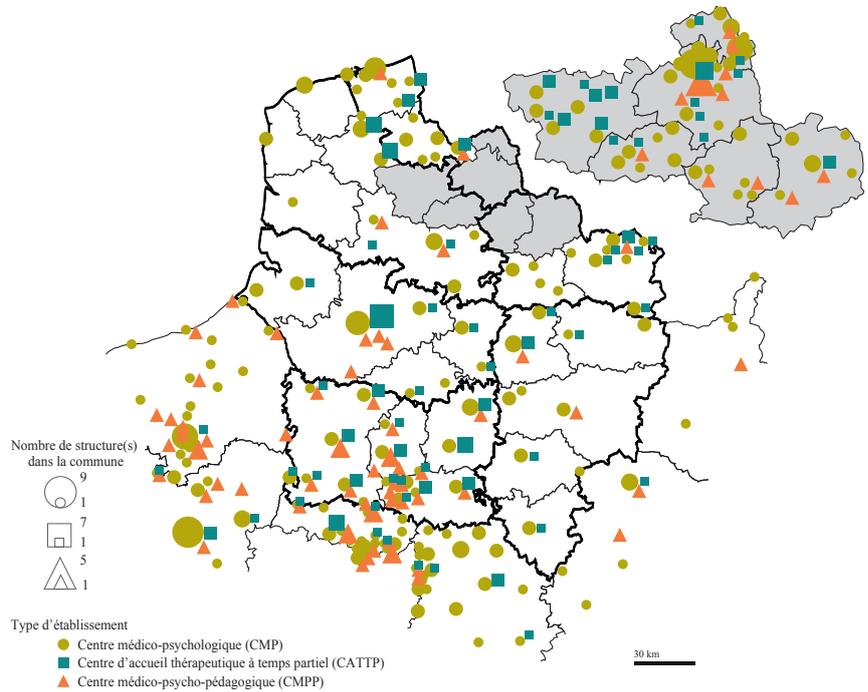


L'hospitalisation à temps partiel est privilégiée chez les enfants et adolescents (74 % des prises en charge). Ainsi, le taux d'équipement global en psychiatrie infanto-juvénile est le reflet du taux d'équipement en hospitalisation partielle. Dans la région, ce taux est de 10 % inférieur à celui de l'Hexagone et fait des Hauts-de-France la troisième région hexagonale la moins équipée (0,65 ‰). Pour atteindre le taux national (0,72 ‰), la région aurait besoin de 96 places supplémentaires d'hospitalisation partielle, particulièrement dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais ; l'Oise et l'Aisne ont un taux d'équipement supérieur au taux hexagonal.

Une offre ambulatoire inégale au sein de la région

Sur l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie, la majorité bénéficie d'une prise en charge ambulatoire. La région compte 328 structures de soins en ambulatoire (191 centres médico-psychologiques -CMP-, 89 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel -CATTP- et 48 centres médico-psycho-pédagogiques -CMPP-). Rapportée à la population, l'offre ambulatoire est supérieure à celle proposée au niveau national et place les Hauts-de-France en troisième position des régions hexagonales les mieux pourvues. Cette offre est toutefois inégale au sein de la région. C'est dans l'Oise qu'elle est la plus importante, en particulier sur les territoires de proximité de Valois - Halatte - Creil et de Clermont. À l'inverse, elle est largement déficitaire dans les territoires qui bordent la côte d'Opale ainsi que dans ceux de Soissons et du Cambrésis. De même, malgré les 12 structures qui y sont implantées, le Valenciennais fait partie des territoires les moins bien pourvus relativement à sa population.

RÉPARTITION DES CENTRES DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES EN PSYCHIATRIE EN OCTOBRE 2016



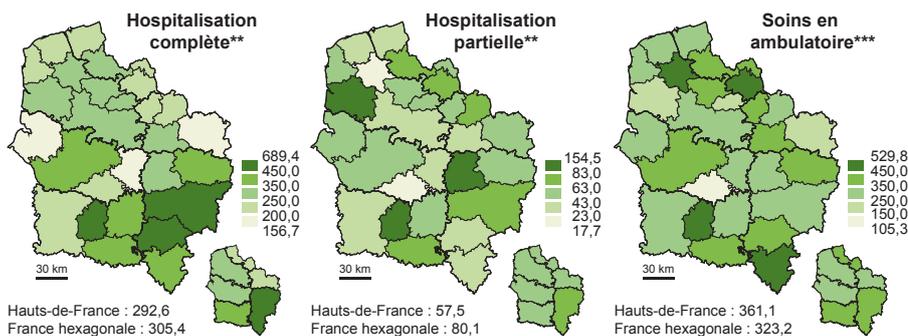
Source : Finess - Exploitation OR2S

L'hospitalisation moins fréquente qu'en France et taux de soins ambulatoires plus élevés

Au cours de l'année 2015, 2,08 millions de journées d'hospitalisation en psychiatrie ont été consommées par les habitants de la région (dont 1,73 million avec une prise en charge à temps complet). Les taux sont de 293 journées d'hospitalisation à temps complet pour 1 000 habitants et 58 ‰ à temps partiel, soit inférieurs à ceux du niveau national. Ces taux varient fortement au sein de la région. Les territoires de proximité de Laon, Clermont et Soissons, situés dans les deux départements où les taux d'équipements sont les plus importants, sont ceux qui ont les taux d'hospitalisation à temps complet les plus élevés. Concernant l'hospitalisation partielle, les taux sont quasiment multipliés par dix entre le territoire où il est le moins élevé (Audomarois) et celui où il est le plus (Montreuillois).

S'agissant des soins ambulatoires psychiatriques, 2,19 millions d'actes ont été consommés par les habitants des Hauts-de-France en 2015, portant le taux standardisé à 361 actes pour 1 000 personnes (323 ‰ dans l'Hexagone). Les territoires de proximité de Clermont, Lille, Château-Thierry et Audomarois se distinguent par un taux particulièrement important tandis que Montdidier - Santerre, par ailleurs territoire le moins bien pourvu de la région en structures ambulatoires relativement à sa population, se démarque par le taux le moins élevé.

CONSOMMATION* DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN 2015



* taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes

** en nombre de journées

*** en nombre d'actes

Sources : Rim-P - Atih, Insee - Exploitation OR2S

Personnes âgées

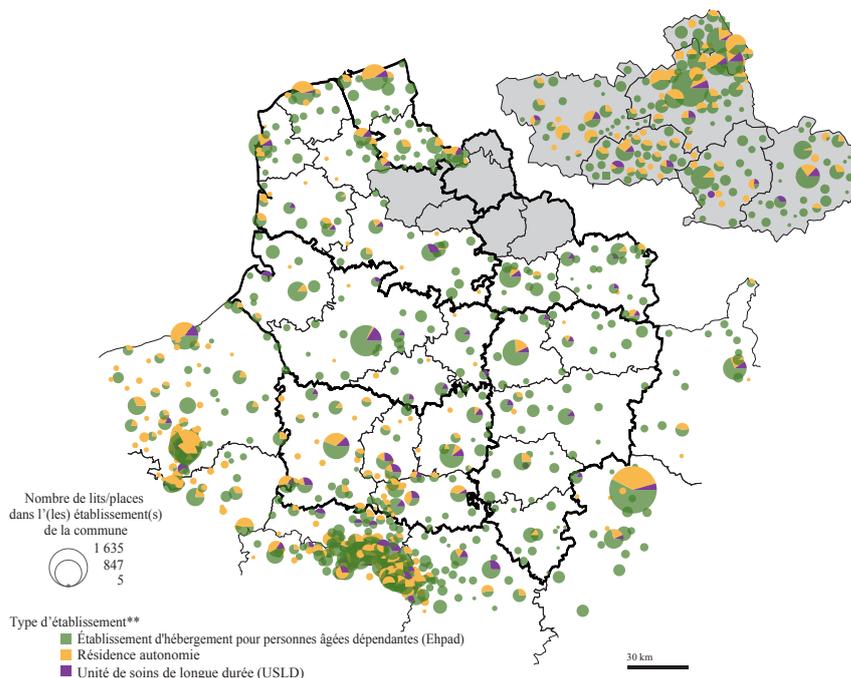
De nombreuses résidences autonomie dans l'Oise et le Nord de la région

La prise en charge des personnes âgées peut s'effectuer à domicile ou en établissement avec un temps de prise en charge partiel ou complet. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont les plus nombreux. Il s'agit de structures médicalisées proposant un accueil en chambre qui s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans ayant besoin d'aide (pour se laver, s'habiller, se lever...) et de soins au quotidien. En octobre 2016, la région en recense 577 pour un peu plus de 44 000 lits en hébergement complet, soit 92,7 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (98,0 % en France).

Les résidences autonomie sont conçues pour accueillir dans un logement des personnes âgées autonomes de 60 ans et plus (seules ou en couple) qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles. Avec 243 résidences autonomie, les Hauts-de-France ont une capacité d'accueil de plus de 11 500 places en hébergement complet, soit 24,3 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (19,7 % en France).

Les territoires de proximité les plus densément peuplés du Pas-de-Calais sont également ceux qui affichent les plus faibles taux d'équipement en Ehpad de la région : Lens - Hénin (67,8 ‰) et Béthune - Bruay (69,7 ‰). Néanmoins, ces deux

RÉPARTITION DU NOMBRE DE LITS EN HÉBERGEMENT COMPLET DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES EN OCTOBRE 2016*



* sauf pour les USLD au 31 décembre 2015

** les établissements dont la prise en charge et la capacité sont inconnus sont localisés par des carrés de la couleur du type d'établissement

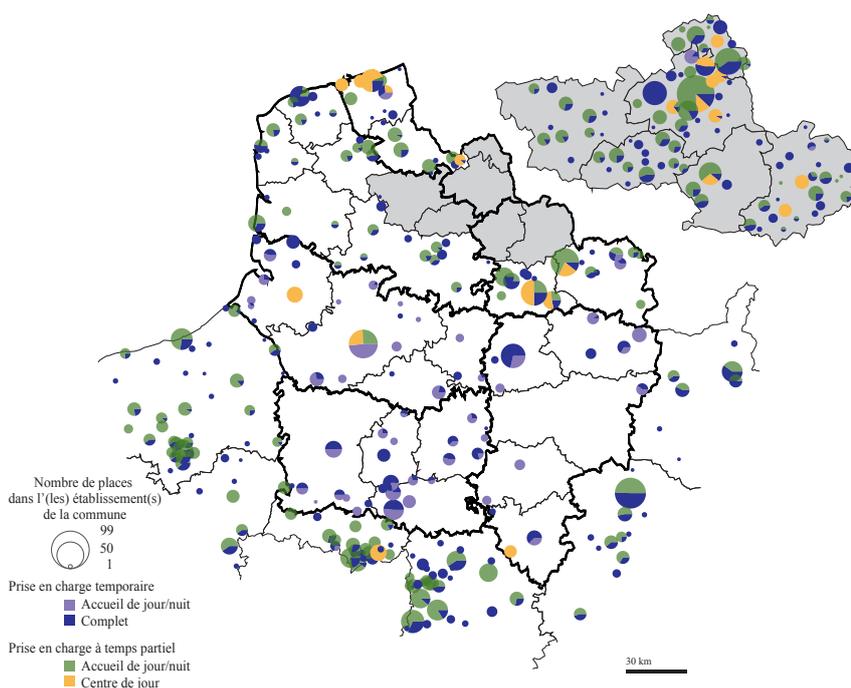
Sources : Finess, SAE données administratives 2015 - ministère des Affaires sociales et de la Santé, Drees - Exploitation OR2S

territoires sont situés au sein d'une zone plutôt bien dotée en Ehpad, notamment celui de Flandre Intérieure (134,0 ‰). Par ailleurs, la faible présence des Ehpad est en partie compensée par le poids important des résidences autonomie : 34,8 ‰ à Béthune - Bruay et 30,5 ‰ à Lens - Hénin.

À l'inverse, le territoire de proximité d'Amiens affiche un taux d'équipement en Ehpad proche de la moyenne régionale (89,2 ‰), mais seules 61 places en résidences autonomie y sont recensées (2,3 ‰).

La région compte également 56 unités de soins de longue durée (USLD) au 31 décembre 2015 pour une capacité de plus de 3 000 places. Ces structures d'hébergement et de soins s'adressent aux personnes âgées très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. Les places en USLD sont situées au sein des grandes villes de la région, puisque ces unités sont adossées à un établissement hospitalier. Chaque territoire de proximité de la région dispose d'au moins 30 places en USLD, à l'exception de Château-Thierry qui bénéficie toutefois de la proximité des villes de Jouarre et Meaux dans le nord de la Seine-et-Marne (environ 180 places au total). Le taux d'équipement (6,5 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) place les Hauts-de-France au second rang des régions les mieux équipées (5,3 ‰ dans l'Hexagone).

RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLACES EN ACCUEIL TEMPORAIRE ET ACCUEIL À TEMPS PARTIEL DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES EN OCTOBRE 2016



Source : Finess - Exploitation OR2S

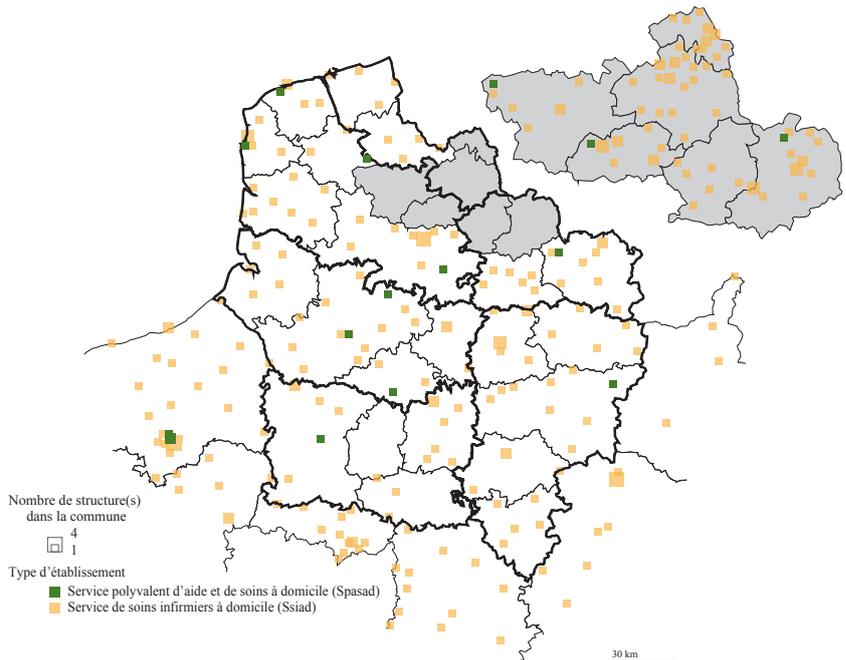


L'accueil de jour non uniformément réparti au sein de la région

L'accueil de jour offre un accompagnement individualisé aux personnes âgées en perte d'autonomie afin de leur permettre de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel. Il est proposé par des Ehpad en tant qu'activité annexe, ainsi que par des structures autonomes : les centres de jour. En octobre 2016, 23 centres dédiés à ce type d'accueil proposent 272 places. Ils ne sont pas répartis uniformément dans la région et sont même absents des départements du Pas-de-Calais et de l'Oise. Ils sont surtout présents dans le département du Nord (84 % de la capacité régionale en centre de jour). Les places en accueil à temps partiel compensent l'absence de structures dédiées dans le Pas-de-Calais mais quelques territoires restent peu équipés comme ceux du Boulonnais et de l'Arrageois. Dans l'ex-Picardie, l'offre à temps partiel est réduite, localisée seulement dans trois communes avec des places en centre de jour ou en accueil de jour/nuit.

Dans les établissements, des places sont dédiées à l'accueil temporaire des personnes âgées. Un peu plus de 1 100 places de ce type sont ainsi recensées dans les Hauts-de-France. À l'exception de Laon et Soissons, les territoires de proximité de l'ex-Picardie sont bien équipés. Dans le Nord et le Pas-de-Calais, le Calaisis et le Cambrésis apparaissent comme les plus dotés.

**RÉPARTITION DU NOMBRE DE SERVICES DE SOINS À DOMICILE
POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN OCTOBRE 2016**



Source : Finess - Exploitation OR2S

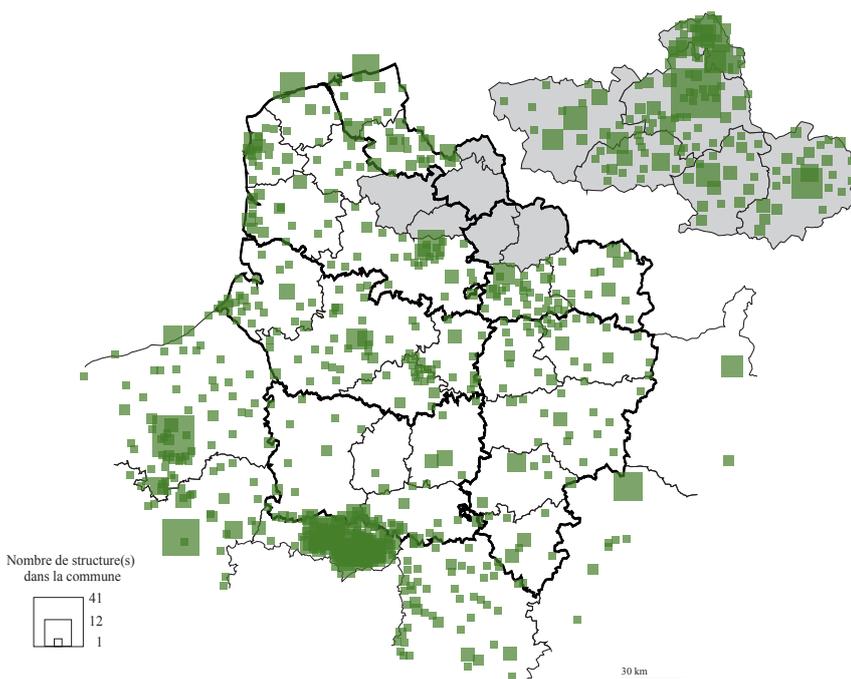
Une offre de services moindre dans l'Oise

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées de 60 ans et plus et pour certains aux personnes en situation de handicap. En octobre 2016, 187 Ssiad sont recensés en région, pour une capacité d'accueil de plus de 12 000 places. Exception faite de Clermont, tous les territoires de proximité

de la région sont équipés d'au moins un Ssiad. Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) assurent à la fois les missions d'un Ssiad et celles d'un service d'aide à domicile (entretien du cadre de vie, préparation des repas, courses...) Les Hauts-de-France comptent 13 Spasad, pour une capacité de 1 650 places¹. Les départements de l'Aisne et de l'Oise ne disposent que d'un seul Spasad chacun, à Montcornet (43 places) et à Beauvais (329 places).

Enfin, à cette même date, le répertoire Finess recense environ 800 structures d'aide aux personnes âgées² dans les Hauts-de-France. Ces services ont vocation à fournir une aide et une assistance aux personnes âgées dans leur quotidien (et non pas des soins), le conseil départemental finançant certaines de leurs prestations. La carte ci-contre n'est toutefois pas exhaustive de cette offre de services aux personnes âgées car toutes les structures ne sont pas répertoriées dans Finess. L'Oise paraît particulièrement dépourvue de ce type d'établissement, avec seulement 35 structures contre 74 dans l'Aisne et plus de 100 dans chacun des autres départements.

**RÉPARTITION DU NOMBRE DE SERVICES D'AIDE*
POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN OCTOBRE 2016**



* cf. renvoi 2 ci-dessous

Source : Finess - Exploitation OR2S

¹ pour trois établissements, la capacité a été recueillie par une autre source que Finess.

² les catégories Finess retenues sont « services d'aide aux personnes âgées », « services d'aide-ménagère à domicile », « services prestataires à domicile ».

Personnes en situation de handicap

Des structures d'hébergement pour adultes en situation de handicap inégalement réparties

La prise en charge des adultes en situation de handicap s'appuie sur deux types de structures selon qu'elles assistent les personnes à leur domicile ou qu'elles les accueillent dans des établissements à temps partiel ou complet. Les maisons d'accueil spécialisées (Mas) et les foyers d'accueil médicalisés (Fam) accueillent des personnes lourdement handicapées physiques ou mentales dont la dépendance est totale ou partielle et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. En octobre 2016, dans les Hauts-de-France, 60 Mas et 72 Fam sont recensés offrant respectivement près de 2 400 et 1 900 places en hébergement à temps complet. Quelques territoires de proximité paraissent pas ou peu équipés en places d'hébergement complet en structures médicalisées, parmi lesquels Haute Somme, Montdidier - Santerre et le Calais. Les foyers de vie accueillent des personnes plus autonomes mais inaptes au travail, tout comme les foyers d'accueil polyvalents. En octobre 2016, ils sont au nombre de 179 pour une capacité de près de 3 800 places en hébergement complet. Le territoire de proximité de Clermont, bien équipé en places en structures médicalisées est ici, dépourvu de foyers de vie ou polyvalents, comme celui de Haute Somme. Les travailleurs d'Esat qui ne

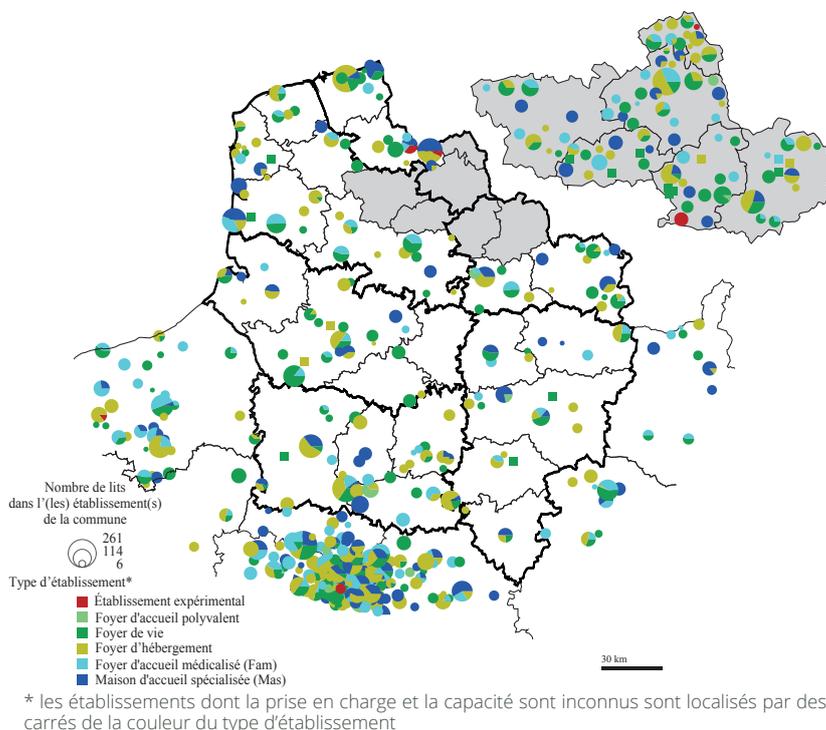
disposent pas de logement personnel sont accueillis dans les 158 foyers d'hébergement de la région. Outre Haute Somme, les territoires de proximité de Saint-Quentin et de Château-Thierry sont peu équipés pour ce type de foyer.

Dans l'ensemble des établissements, un peu plus de 2 100 places sont dédiées à l'accueil à temps partiel (de jour ou de nuit). Les territoires du Pas-de-Calais sont relativement bien équipés en accueil à temps partiel, à l'inverse des territoires isariens, les moins équipés (à l'exception de Noyon - Compiègne au niveau de la moyenne régionale).

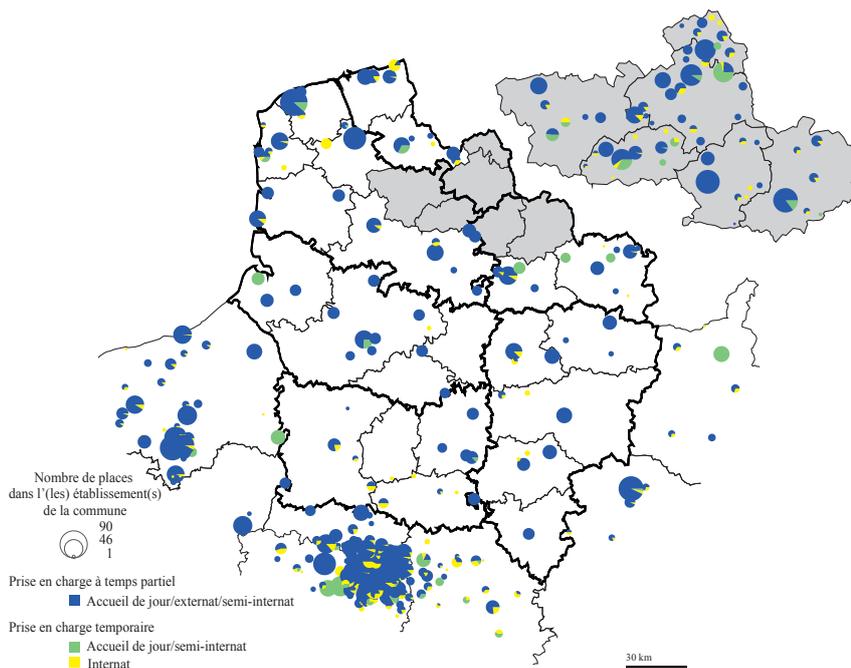
De façon générale, les taux d'équipement régionaux en accueil à temps complet ou partiel sont au niveau des taux nationaux, voire au-dessus, sauf celui des Fam.

Treize établissements dédiés à l'accueil temporaire¹, tous situés dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais, disposent d'une capacité de 158 places. À ces places s'ajoutent quelques 300 places offertes par 83 établissements non dédiés à ce type d'accueil. L'accueil temporaire est peu développé dans l'ex-Picardie, à l'exception du territoire d'Abbeville. Enfin, 10 établissements expérimentaux² disposent d'un peu plus de 360 places pour différentes formes de prise en charge et d'hébergement.

RÉPARTITION DU NOMBRE DE LITS D'ACCUEIL À TEMPS COMPLET DES ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP EN OCTOBRE 2016



RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLACES EN ACCUEIL TEMPORAIRE ET EN ACCUEIL À TEMPS PARTIEL DES ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP EN OCTOBRE 2016



¹ l'accueil temporaire permet aux personnes en situation de handicap de changer de cadre de vie et d'accorder également des temps de répit aux aidants familiaux. Les places en accueil temporaire peuvent être autorisées dans les établissements médico-sociaux ou dans des établissements exclusivement dédiés à ce type d'accueil. Il est organisé pour une durée limitée au maximum à 90 jours par an, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement.

² ces établissements bénéficient de financements de courte durée. Ils doivent, à terme, être intégrés dans une catégorie d'établissement existante.

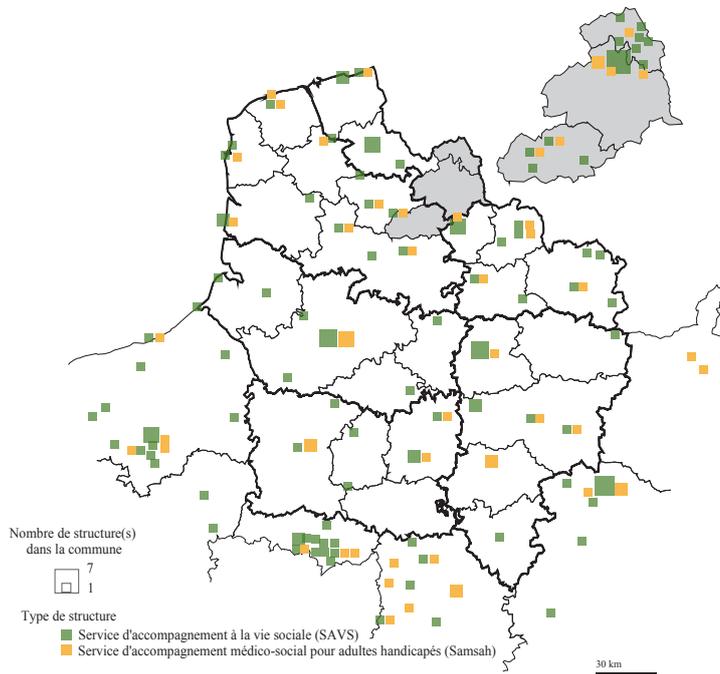
Des services pour le maintien à domicile parfois absents de certains territoires

Deux types de service aident spécifiquement les personnes en situation de handicap vivant à domicile. Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), au nombre de 78 dans la région, ont pour mission de contribuer à la réalisation du projet de vie des adultes en situation de handicap et d'éviter le placement dans des structures. En plus des prestations d'un SAVS, 34 services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) proposent des soins, réguliers et coordonnés, ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. Tous situés dans l'ex-Picardie avec celui de Flandre Intérieure, huit territoires de proximité, sont dépourvus de ce type de services. D'autres services peuvent accompagner les personnes en situation de handicap sur leur lieu de vie, les Ssiad et les Spasad (cf. personnes âgées, page 69).

Un équipement plus élevé que l'équipement national pour le travail

Les personnes en situation de handicap aptes à travailler peuvent le faire en milieu ordinaire ou en milieu protégé. Dans la région, 56 entreprises adaptées offrent une capacité de près de 2 300 places¹. Les personnes n'ayant pas la capacité de travailler dans ces entreprises peuvent intégrer un établissement et service d'aide par le travail (Esat), la région en comptant 124 pour près de 13 500 places. Que ce soit pour les entreprises adaptées ou pour les Esat, les taux d'équipement régionaux (0,73 et 4,3 places pour 1 000 personnes de

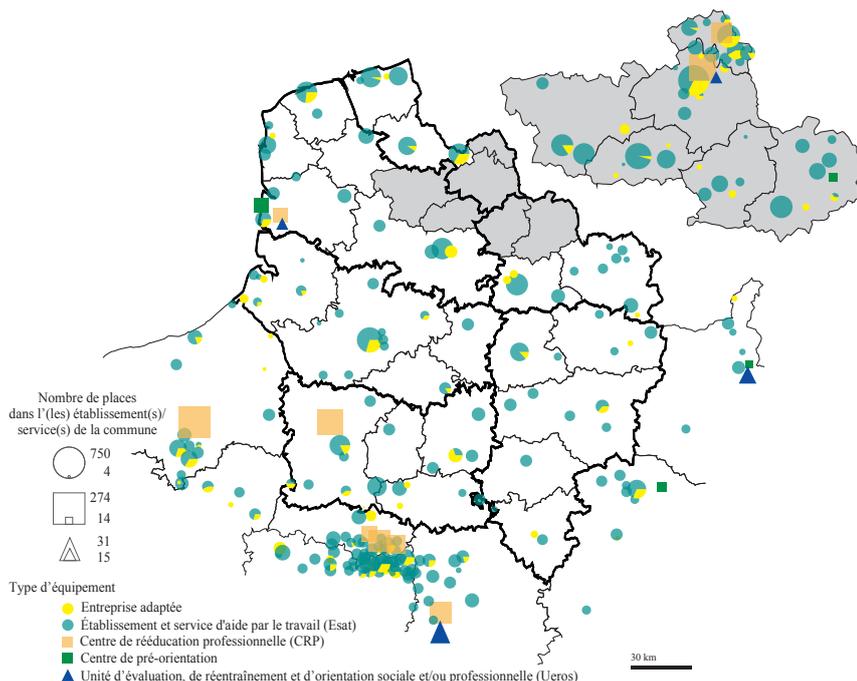
RÉPARTITION DES SERVICES DE MAINTIEN À DOMICILE POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP EN OCTOBRE 2016



Source : Finess - Exploitation OR2S

25-59 ans) sont supérieurs aux taux nationaux (0,55 % et 3,5 %). Tous les territoires de proximité ne sont pas également équipés en entreprises adaptées, quatre d'entre eux en sont même dépourvus. Les Esat sont présents sur tous les territoires. Globalement, en matière de travail adapté, Clermont, Valois - Halatte - Creil et l'Audomarois figurent parmi les territoires les moins équipés.

RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLACES DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE TRAVAIL PROTÉGÉ ET DE RÉINSERTION PROFESSIONNELLE POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP EN OCTOBRE 2016



Source : Finess - Exploitation OR2S

Offrant quelque 560 places, 4 centres de rééducation professionnelle (CRP) proposent des stages de rééducation professionnelle en vue d'une insertion ou d'une réinsertion professionnelle. Un centre est situé dans l'ex-Picardie, dans le territoire de proximité de Beauvais, et les 3 autres dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais : Montreuillois, Lille et Roubaix - Tourcoing. Deux centres de pré-orientation, le plus important dans le Montreuillois, le second dans le Valenciennois, reçoivent pour un temps limité des personnes en situation de handicap en vue de leur orientation vers des établissements spécialisés. Enfin, deux unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale (Ueros), situées dans l'ex-Nord - Pas-de-Calais, à Berck et Lille, accueillent et accompagnent spécifiquement les adultes en situation de handicap suite à une lésion cérébrale acquise, en vue de l'élaboration d'un projet d'insertion socioprofessionnelle.

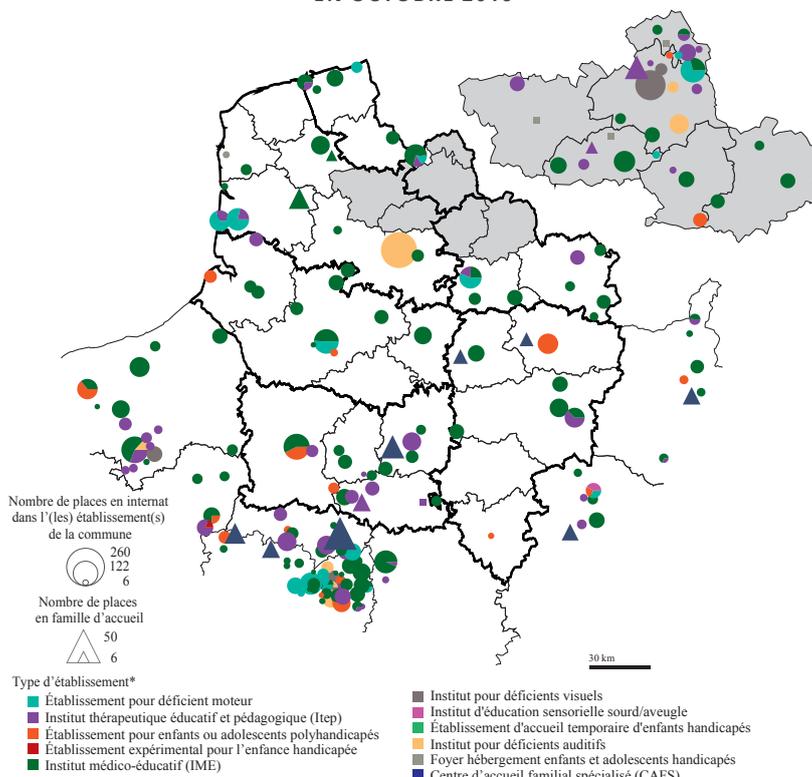
¹ pour un établissement, la capacité est manquante.

Un accompagnement des jeunes qui se fait principalement au sein des IME

En octobre 2016, 466 établissements et services médico-sociaux (ESMS) destinés à l'accueil et à la prise en charge des enfants en situation de handicap sont recensés dans les Hauts-de-France. Le taux d'équipement régional est proche du niveau national, de l'ordre de 12 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans pour l'une et l'autre des unités géographiques. Près des deux tiers des établissements sont cependant installés dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Environ 3 800 places¹ sont disponibles en internat, soit un taux global de 2,4 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, identique à la moyenne nationale. Les territoires de proximité du Calaisis et de Montdidier - Santerre sont les seuls de la région à ne proposer aucune place en internat aux enfants en situation de handicap. Les instituts médico-éducatifs (IME) représentent la majorité des établissements avec 127 structures (60,2 %) pour 8 801 places. Tous les territoires de proximité de la région sont équipés d'au moins un IME et de 60 places (tous modes d'hébergement confondus). Les plus faibles taux d'équipement de la région sont relevés au niveau de Roubaix - Tourcoing (2,1 ‰) et Valois - Halatte - Creil (2,2 ‰).

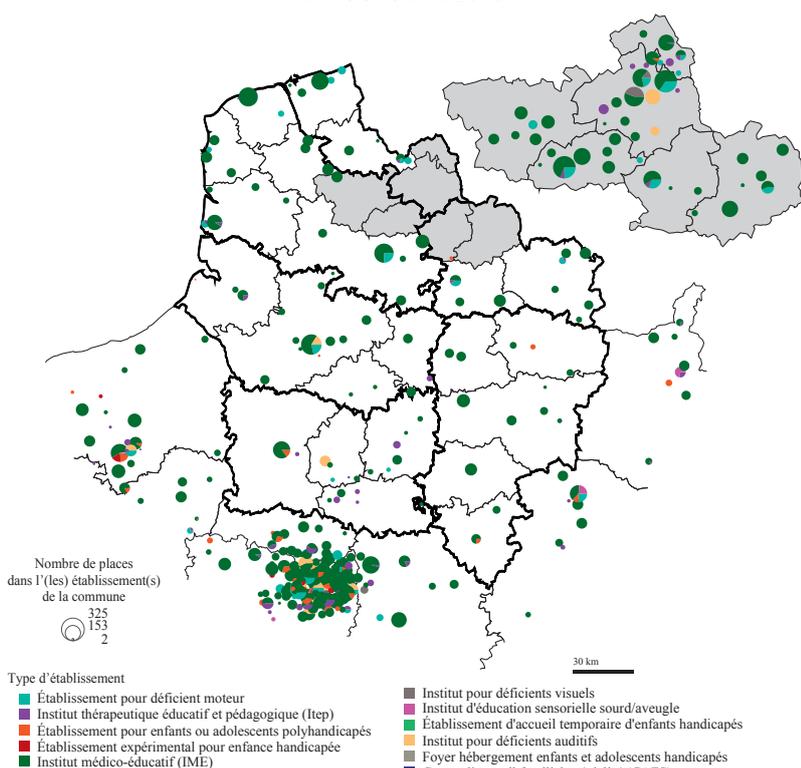
RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLACES ET DE PLACES EN INTERNAT DES ÉTABLISSEMENTS POUR ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP EN OCTOBRE 2016



* les établissements dont la prise en charge et la capacité sont inconnus sont localisés par des carrés de la couleur du type d'établissement

Source : Finess - Exploitation OR2S

RÉPARTITION DU NOMBRE DE PLACES EN ACCUEIL À TEMPS PARTIEL POUR ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP EN OCTOBRE 2016



Source : Finess - Exploitation OR2S

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep), forment le second type d'établissements avec 28 structures pour 1 056 places dont 607 en internat. Dans l'Aisne et la Somme, les territoires de proximité d'Abbeville (39 places) et de Laon (50 places) sont les seuls à proposer des places en internat. L'Oise est le département le mieux couvert avec au moins un établissement par territoire de proximité pour un total de 184 places en internat. Les Hauts-de-France accueillent également 6 instituts pour déficients auditifs avec ou sans troubles associés pour 729 places et 8 Sessad spécialisés pour 313 places ; mais seuls ceux localisés dans les territoires de proximité de l'Arrageois et de Lille proposent des places en internat (respectivement 260 et 100 places). Les 3 établissements pour déficients visuels (tous situés au sein du territoire de proximité de Lille) ont une capacité totale de 353 places. Cependant, 8 Sessad spécialisés pour les déficiences visuelles viennent compléter cette offre de service, avec plus de 300 places. Ces services sont essentiellement présents dans le Nord. Un service existe dans l'Aisne, l'Oise, ainsi que dans la Somme depuis moins d'une année.

¹ cette capacité est à majorer parce que certaines structures n'ont pas renseigné le nombre de places.

Les 9 établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés proposent 370 places dont 268 en internat sur l'ensemble de la région. Il n'existe aucun de ces établissements dans le Pas-de-Calais. Enfin, les centres d'accueil familial spécialisé (CAFS) proposent 67 places en famille d'accueil pour des enfants en situation de handicap et en difficulté dans leur milieu familial sur l'ensemble de la région, l'essentiel de ces places étant situé dans l'Aisne et l'Oise.

Un accueil de jour peu développé dans l'Oise...

L'accueil de jour vise à développer ou maintenir les acquis de l'enfant en situation de handicap en l'accueillant pour une ou plusieurs journées ou demi-journées par semaine dans des locaux dédiés à cet effet. Ce sont ainsi plus de 8 600 places d'accueil de jour en externat ou en semi-internat qui sont dénombrées dans les Hauts-de-France selon ce mode d'accueil, soit 5,4 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans (4,3 ‰ dans l'Hexagone). Environ 4 places sur 5 sont proposées par les IME de la région. Le territoire de proximité du Montreuillois se distingue particulièrement en affichant un taux d'équipement de 10,4 ‰ en accueil de jour/externat/semi-internat. Inversement, aucun des territoires de proximité isariens n'atteint la valeur régionale, avec un minimum relevé au niveau de Valois - Halatte - Creil (1,6 ‰).

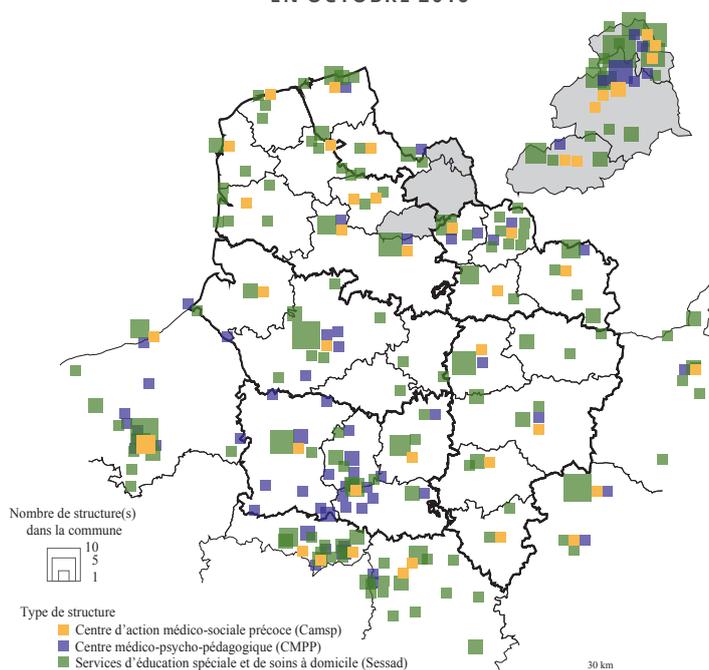
Peu de places (77) sont dédiées à l'accueil temporaire pour les enfants en situation de handicap. Au niveau départemental, elles sont situées pour un tiers dans l'Oise et un autre tiers dans le Nord, le reste des places se répartissant entre l'Aisne et le Pas-de-Calais et la Somme n'en comptant que 2.

...mais une forte présence des centres médico-psycho-pédagogiques dans ce département

En octobre 2016, la région accueille 255 services à domicile à destination des enfants et adolescents en situation de handicap. Environ deux tiers de ces structures sont des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), pour un peu moins de 4 800 places. Quasiment tous les territoires de proximité accueillent au moins un Sessad, le maximum régional étant relevé dans celui de Lille, avec 29 établissements pour une capacité totale de 893 places. Les centres d'action médico-sociale précoce (Camsp) sont également plutôt bien répartis dans la région : les territoires de proximité de l'est samarien et de Clermont sont les seuls à en être dépourvus. Par ailleurs, 48 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) sont répertoriés dans les Hauts-de-France en octobre 2016. Parmi ces centres, près de la moitié est située dans l'Oise (22 établissements) tandis que l'Aisne, le Pas-de-Calais et la Somme n'en recensent respectivement que 2, 3 et 4. Aucun CMPP ne couvre le littoral de la région entre Le Tréport (Seine-Maritime) et Dunkerque.

Enfin, 62 ESMS accueillent des jeunes présentant des troubles du spectre autistique, dont 44 comme troubles majeurs associés à d'autres et 7 qui leur sont spécifiquement dédiés. Quelques unités d'enseignement maternel ont été créées dans la région ou le seront prochainement.

RÉPARTITION DES SERVICES À DOMICILE OU AMBULATOIRES POUR ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP EN OCTOBRE 2016



Source : Finess - Exploitation OR2S

Les **instituts médico-éducatifs** (IME) accueillent des enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle et leur offre un enseignement général (6-14 ans) et, à partir de 15-16 ans, une première formation professionnelle.

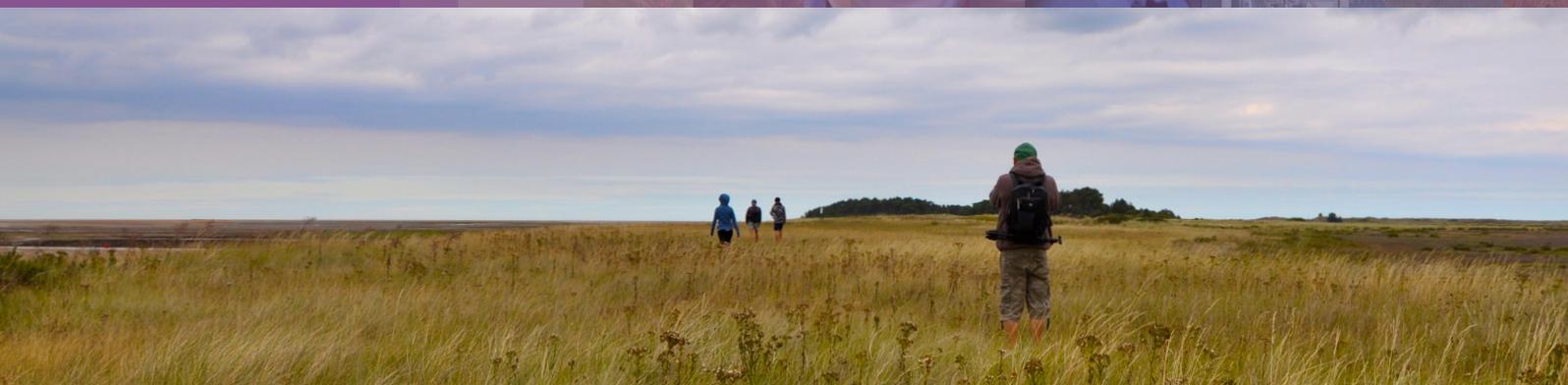
Les **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques** (Itep) accueillent des jeunes présentant des troubles du comportement importants, perturbant gravement leur socialisation et leur accès aux apprentissages, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle.

Les **centres d'accueil familial spécialisé** (CAFS) hébergent des jeunes qui, outre leur handicap, sont en grande difficulté dans leur milieu familial 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, dans une perspective thérapeutique.

Les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile** (Sessad) assurent trois missions principales auprès des enfants et 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 ou encore dans les locaux du Sessad, si la nature de l'intervention et la proximité s'y prêtent.

Les **centres d'action médico-sociale précoce** (Camsp) 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.



VUE D'ENSEMBLE

LES HAUTS-DE-FRANCE : UNE RÉGION SINGULIÈRE

Issus de la fusion du Nord - Pas-de-Calais et de la Picardie, les Hauts-de-France présentent des caractéristiques qui les détachent de l'ensemble des autres régions de la France hexagonale. De plus, la lecture des indicateurs sociodémographiques, de l'état de santé ou encore de l'offre de soins et de services laisse entrevoir une certaine hétérogénéité infra-régionale. La distinction ne se fait pas entre les deux anciennes régions, mais deux fractures majeures co-existent. L'une, entre le monde rural et les zones urbaines, l'autre, globalement entre le Nord-Est et le Sud-Ouest, mais avec quelques exceptions toutefois.

Avec plus de six millions d'habitants au 1^{er} janvier 2017, les Hauts-de-France arrivent au troisième rang des régions les plus peuplées de l'Hexagone et à la deuxième place pour la densité de population (188 habitants au km² contre 996 pour l'Île-de-France au 1^{er} janvier 2013). La fécondité est la plus élevée des régions hexagonales ce qui n'empêche pas les Hauts-de-France de connaître tout au long des quarante dernières années l'un des accroissements de population les plus faibles des régions. La population régionale est relativement jeune par rapport au reste du pays. La part des moins de 25 ans est de 32,8 % en 2013, soit la plus importante des régions hexagonales, contre 30,3 % en France ; elle passe à 39,1 % contre 36,4 % pour les moins de 30 ans. Mais, si le nombre de moins de 25 ans croît depuis 2008 après une baisse relevée par le passé au niveau national, cette croissance n'est pas retrouvée dans les Hauts-de-France. Concernant les 75 ans et plus, ils représentent 7,9 % de la population régionale, part moindre que celle de la France (9,2 %). Par ailleurs, l'accroissement de cette population entre les recensements de 2008 et 2013 demeure moins élevé en région (+1,36 %) qu'en France (+1,79 %), et avec une moins grande progression que par le passé sur les deux unités géographiques.

Une réelle fragilité sociale

La fragilité sociale caractérise les Hauts-de-France, mesurée tant par le niveau de diplôme, l'accès à l'emploi que par les revenus, y compris les transferts sociaux. Dans la région, 16,6 % des jeunes de 25-34 ans sont pas ou peu diplômés au 1^{er} janvier 2013, pour 14,7 % en France. Il y a même 6 points qui séparent les diplômés d'au moins un Bac+2 : 37,4 % en région pour 43,3 % en France. Dans les Hauts-de-France, une personne sur six de 15 ans et plus déclare être au chômage au RP 2013, soit le taux le plus important des régions françaises. Les jeunes sont particulièrement concernés : 36,5 % des actifs de 15-24 ans pour 28,3 % dans l'Hexagone. En moyenne, les revenus sont plus faibles dans la région. Ainsi, en 2014, plus de 3 200 € séparent le revenu moyen annuel des foyers fiscaux des Hauts-de-France de ceux de l'Hexagone. C'est aussi en région que la part des foyers fiscaux non imposés est la plus élevée : 59,8 % *versus* 53,8 %. Cette première place est également détenue pour les transferts sociaux, que ce soit, par exemple, pour le RSA (12,1 % *versus* 8,0 % au 31 décembre 2014) ou les allocations logement (26,8 % *versus* 22,7 %, à cette même date).

Une situation sanitaire particulièrement défavorable

Les indicateurs de mortalité des Hauts-de-France sont en très grande majorité plus mauvais que ceux du niveau national et de toutes les autres régions hexagonales. Quel que soit le genre, la mortalité générale est supérieure de 20 % à celle équivalente du pays et la surmortalité des moins de 65 ans (mortalité prématurée) est de 33 % pour les hommes et de 26 % pour les femmes. En moyenne sur la période 2006-2013, les hommes ont une espérance de vie de 75,3 ans dans la région, soit 2,8 ans de moins que la moyenne nationale ; pour les femmes, celle-ci est de 82,7 ans, soit 2,1 ans de moins.

Les taux de mortalité nationaux baissent, les taux régionaux aussi. Pour autant, la surmortalité qui caractérise la région est une constante depuis une trentaine d'années. L'écart entre les niveaux régional et national se creuse même à partir des années deux mille, à cause d'une baisse moins soutenue en région (-11 %) qu'au niveau national (-14 %). Point positif, la mortalité infantile, après avoir été par le passé très élevée, est désormais au niveau national. Par contre, la mortalité des jeunes (15-34 ans) se retrouve dans la situation inverse, avec un différentiel au-delà de +10 %, alors qu'elle s'est située antérieurement à un niveau inférieur à la France.

Les cancers, première cause de mortalité

En France comme dans la région, le cancer est devenu, depuis le milieu de la première décennie des années deux mille, la première cause de mortalité. Chez les hommes, une surmortalité par cancers de 22 % est enregistrée ; elle est de 14 % chez les femmes. Pour les affections de longue durée (ALD), les valeurs régionales sont également plus fortes qu'en France : +10 % pour les hommes et +2 % pour les femmes en 2007-2014. Toutefois, ce surplus n'est sûrement pas un parfait reflet de la situation en regard de la mortalité, avec des écarts qui pourraient être bien plus conséquents. Les deux principales localisations sont, pour les hommes, les cancers de la prostate et de la trachée, des bronches et du poumon (avec une forte surmortalité masculine en regard de la France pour ce dernier cancer, de près de 30 %). Pour les femmes, ce sont les cancers du sein et du côlon-rectum. Chez les premiers, le cancer des VADS est particulièrement présent en région : surmortalité de près de 60 % et un taux d'admission en ALD de 50 % plus élevé qu'en France. Chez les secondes, toujours en regard du niveau national, l'évolution du cancer du sein est également un élément à prendre en compte, avec un surplus de mortalité qui ne cesse de s'accroître au cours du temps : +16 % en 1980-1987 et +25 % en 2006-2013. Les maladies cardiovasculaires, d'une part, et les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements, d'autre part, affichent un surplus de mortalité de l'ordre de 20 %, en augmentation depuis une décennie. Il en est de même pour d'autres causes, comme les maladies respiratoires (+38 % ; +50 % pour les hommes), les maladies de l'appareil digestif (+50 %), le diabète (+35 %), la maladie d'Alzheimer (+25 %). Enfin, la consommation de tabac implique une surmortalité de 20 % et des admissions en ALD de +7 % en regard du niveau national. Pour les pathologies liées à la consommation d'alcool, la surmortalité est de 62 % pour les hommes et de 91 % pour les femmes.

Des disparités pour les déterminants de santé

Cependant, d'après le *Baromètre santé nutrition* 2008 (18-75 ans), la part de fumeurs (quotidiens et occasionnels) dans les Hauts-de-France est équivalente à celle de la France : un peu plus de 36 % pour les hommes et de 26 % pour les femmes. Il n'en est pas de même pour la part de personnes ayant une consommation d'alcool en dehors des recommandations du *Programme national nutrition santé*. En effet, si cette consommation est équivalente avec la France hexagonale la semaine pour les hommes

comme pour les femmes, des différences existent le week-end, avec des parts plus élevées en regard du niveau national pour les hommes (29,2 % *versus* 24,5 %) alors qu'elle est moindre pour les femmes (respectivement 6,3 % et 10,5 %). Du point de vue anthropométrique, et selon la même source, la part des habitants des Hauts-de-France présentant une corpulence en dehors de la normale est plus importante que dans l'ensemble du pays, tant pour les hommes que pour les femmes. Près de 55 % des hommes sont ainsi en surpoids dans la région pour moins de 50 % en France ; plus de deux femmes sur cinq le sont contre moins d'un tiers en France.

Des professionnels de santé le plus souvent en nombre insuffisant

La densité des médecins généralistes libéraux est relativement proche de la densité nationale. Mais c'est l'exception car la règle serait plutôt des densités inférieures à celles observées dans le pays. Les médecins spécialistes libéraux affichent la densité la plus basse des régions de l'Hexagone (-27 % par rapport à la valeur du pays), tandis que celle des chirurgiens-dentistes libéraux est la troisième plus faible (-24 %). Toujours pour l'exercice libéral, ce différentiel négatif est retrouvé pour les pharmaciens, les infirmier(ère)s, les masseurs-kinésithérapeutes ou encore les sages-femmes (variant de -30 % à -5 %). Dans une approche prospective, même si la part des médecins libéraux âgés d'au moins 55 ans est moins importante que dans l'Hexagone et que celle des moins de 35 ans est plus élevée, la question du vieillissement des professionnels ne peut être éludée. La population régionale est certes encore jeune, avec une proportion de 75 ans et plus relativement réduite. Cependant, la pyramide des âges montre qu'une accélération du vieillissement est à prévoir dans un futur proche. Du fait d'une fécondité qui demeure élevée et d'un état de santé moins bon que celui du niveau national, avec des évolutions moins favorables qu'en France, les besoins de santé vont être amenés à croître à court et moyen termes, tout en sachant qu'ils sont déjà plus importants qu'au niveau hexagonal.

De fortes consommations de soins

Pour les établissements de soins de courte durée (MCO), la capacité d'accueil en médecine et chirurgie est proche de la moyenne nationale ; elle la dépasse légèrement pour l'obstétrique. Pour l'hospitalisation à domicile (HAD), le taux d'équipement est lui aussi dans la moyenne nationale, tandis qu'il est en deçà pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR). Cependant, à comparaison d'âge égale, les séjours en établissements sont beaucoup plus fréquents que dans l'ensemble du pays, avec des taux de consommation de +19 % en MCO. En HAD, c'est 35 % de consommation en plus qui sont enregistrés. Pour l'accueil des personnes âgées, le taux de places en Ehpad est inférieur à la moyenne française tandis que la région occupe la deuxième place pour les unités de soins de longue durée (USLD) et la troisième pour les résidences autonomie. Pour l'accompagnement des adultes en situation de handicap, le taux de places en foyer d'accueil médicalisé se situe sous la moyenne nationale. Toutefois, les taux sont proches de la France

pour les foyers d'hébergement et les maisons d'accueil spécialisées, voire même un peu au-dessus pour les foyers de vie/d'accueil polyvalents. De même, le taux de places en Esat est supérieur au taux national. Pour les enfants et adolescents, le taux d'équipement des Hauts-de-France est au niveau de celui de l'Hexagone, exception faite pour les Sessad où il se situe parmi les plus faibles des régions.

LES HAUTS-DE-FRANCE : UNE RÉGION HÉTÉROGÈNE

Une différence rural/urbain...

Si pour l'ensemble de la région, les différences sont notables entre les Hauts-de-France et l'Hexagone, des écarts existent aussi selon le zonage urbain/rural. Celui-ci présente des différences relativement importantes entre les caractéristiques régionales et nationales correspondantes. Ainsi, alors que la population des moins de 25 ans continue de décroître dans l'ensemble des Hauts-de-France, les zones rurales voient ce nombre progresser (+0,15 % entre les RP 2008 et 2013), toutefois de façon moindre qu'en France hexagonale (+0,48 %). Cela dans un contexte où la population des Hauts-de-France est plus urbaine que dans l'Hexagone, hors Île-de-France. Elle vit en majorité dans des unités urbaines de 100 000 habitants ou plus : 46,7 % *versus* 35,1 % pour la France hors région francilienne. De façon générale, cette situation sociale fragilisée par rapport au niveau national se retrouve pour les différentes tranches d'unités urbaines, mais avec un différentiel un peu moins marqué pour les zones rurales.

En regard de l'état de santé de la population, la région affiche des différences selon les zones d'habitation avec la France. La surmortalité régionale par rapport à la France est plus importante dans les grandes unités urbaines : +28 % pour les hommes, +25 % pour les femmes. Cet écart se réduit à +10 % en zones rurales. La mortalité prématurée suit une logique similaire : +40 % pour les hommes et +30 % chez les femmes pour les unités urbaines de 100 000 habitants ou plus contre respectivement +17 % et +12 % pour les zones rurales.

L'offre de soins consacre une différence entre les zones rurales et urbaines. Si la présence des professionnels de santé libéraux est plus faible dans les premières qu'en ville, le différentiel région/France entre zones équivalentes est plus important en rural. Ainsi, par exemple, la densité des médecins généralistes dans les zones rurales est de 43 pour 100 000 habitants ; elle est de 54 dans le reste équivalent de la France. Ces densités sont respectivement de 104 pour 100 000 habitants *versus* 111 pour les unités urbaines de 2 000 habitants ou plus. Une situation semblable est d'ailleurs retrouvée pour la plupart des autres professionnels de santé.

...qui se précise au niveau des territoires de proximité

Une lecture des indicateurs réalisée à partir des territoires de proximité dévoile une réelle hétérogénéité régionale. Celui de Lille possède des caractéristiques indéniablement différentes du reste de la région. Mais, d'une manière générale, bien que non systématique, le Nord-Est s'oppose à une grande partie du reste de la région. Il englobe des territoires de proximité de l'ex-Nord - Pas-de-Calais et de l'ex-Picardie : Valenciennois, Cambrésis, Sambre Avesnois,

d'une part, et Guise - Hirson, d'autre part. Il concentre les indicateurs les plus défavorables. Ainsi en est-il du taux de chômage qui affiche pour l'ensemble de ces territoires de proximité des taux supérieurs à 18 % au niveau national. L'emploi précaire y est particulièrement présent, toujours au-dessus de 23 %, dépassant pour nombre de territoires de proximité les 25 %, alors qu'il est en dessous de 19 % dans trois territoires de l'Oise. Tout comme sont importantes la part des foyers fiscaux non imposés, de l'ordre des deux tiers, et celle des bénéficiaires de revenus sociaux.

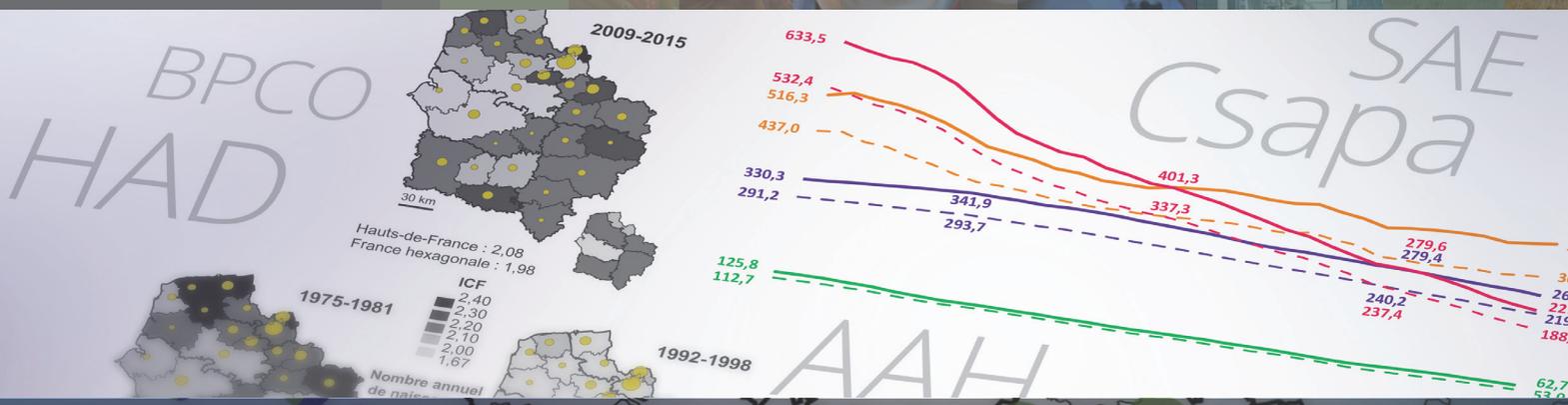
La surmortalité est une caractéristique de la région dans son ensemble (+20 %) ; elle est particulièrement marquée dans le Nord-Est, avec un différentiel de +30 % chez les hommes comme chez les femmes. Il serait pourtant abusif et erroné de ne voir dans le Nord-Est que la seule zone sinistrée des Hauts-de-France. D'autres territoires de proximité sont aussi en situation défavorable, parfois plus que ceux du Nord-Est. Ainsi, ceux du bassin minier (Béthune - Bruay, Lens - Hénin, Douaisis, Valenciennois) auxquels pourraient se rajouter le bassin houiller du Boulonnais et, d'une façon générale, les territoires littoraux des côtes d'Opale et picarde.

La situation sanitaire et sociale apparaît plus favorable dans le Sud-Ouest. Toute mesure gardée, car les indicateurs des territoires de proximité de l'Oise, auxquels il faut ajouter ceux de Château-Thierry toujours dans le Sud et ceux de Lille et Flandre Intérieure tout au Nord, sont parfois équivalents aux moyennes nationales, rarement meilleurs tant pour les indicateurs sociaux que dans le domaine sanitaire. Ainsi, le taux de chômage est moindre dans ces territoires de proximité, bien que supérieur à la moyenne nationale. Tout comme le sont les taux de mortalité dont le différentiel avec l'Hexagone est de l'ordre de +10 % en moyenne *versus* +20 % pour la région.

L'offre de soins est très inégalement répartie au sein des territoires de proximité des Hauts-de-France. Deux médecins généralistes libéraux sur cinq exercent dans cinq des vingt-huit territoires de proximité : Roubaix - Tourcoing, Lille, Lens - Hénin, Douaisis, Valenciennois. Ils forment une zone contiguë entre le Nord et le Pas-de-Calais. Ce sont les territoires de proximité de l'Aisne et surtout de l'Oise qui sont les moins bien pourvus en médecins généralistes, pharmaciens, infirmier(ère)s, chirurgiens-dentistes, sages-femmes libéraux(ales)...

Les établissements pour personnes en situation de handicap sont diversement répartis dans la région, le plus souvent au détriment des territoires de proximité de la partie sud qui, pour certains, peuvent se trouver dépourvus de services, comme ceux de l'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap ou d'accueil en internat pour les jeunes. Par contre, pour les services de l'accompagnement à la vie sociale (SAVS), la région en compte au moins un par territoire de proximité.

En conclusion, les Hauts-de-France constituent un agrégat de diverses situations. Seule une réponse adaptée à la diversité des territoires pourrait permettre d'inverser une tendance pour le moment défavorable vis-à-vis du niveau national, tant en regard des inégalités territoriales que sociales de santé.



Les annexes se décomposent en trois parties différentes.

La première partie aborde les aspects méthodologiques, avec des précisions concernant les niveaux géographiques d'analyse et les bases de données utilisées. Elle porte un regard plus spécifique sur les chapitres « État de santé » et « Offre de soins et de services ». Enfin, cette partie explicite la standardisation et la significativité ainsi que ce qui a trait au calcul des temps d'accès. Elle est, par ailleurs, complémentaire aux encadrés figurant aux différentes pages du document qui ont pour objet d'apporter les précisions à la compréhension de l'information produite.

La seconde partie présente le maillage en territoires de proximité et en territoires de démocratie sanitaire des Hauts-de-France ; elle renseigne sur la taille de population de ces différents territoires et la localisation de la ville la plus peuplée du territoire de proximité.

Enfin, le glossaire clôturant les annexes, permet ainsi d'explicitier les différents sigles utilisés dans l'ensemble du document.

Niveaux géographiques d'analyse

Ce diagnostic permet de situer les Hauts-de-France en regard de l'ensemble du pays et des autres régions hexagonales, d'une part, et d'avoir une vision des disparités infra-régionales, d'autre part.

Pour le premier point, outre la contextualisation de la situation régionale, des comparaisons sont réalisées par tranche d'unités urbaines (au niveau des pages « *La région en regard du niveau national* » figurant au début de chaque chapitre). En effet, des différences sont relevées entre les indicateurs des zones rurales et ceux des zones plus urbanisées. De plus, la région présente une part élevée de personnes résidant en zones urbaines. Ainsi, la population des Hauts-de-France se répartit de la façon suivante :

- 21,4 % en zones rurales contre 23,0 % pour celles de France (27,5 % hors Île-de-France) ;
- 11,0 % pour les unités urbaines de 2 000 à 9 999 habitants contre 12,4 % pour celles de France (14,6 % hors Île-de-France) ;
- 20,9 % pour les unités urbaines de 10 000 à 99 999 habitants contre 18,4 % pour celles de France (21,4 % hors Île-de-France) ;
- 46,7 % pour les unités urbaines de 100 000 à 1 999 999 habitants contre 29,6 % pour celles de France (36,5 % hors Île-de-France) ; 16,6 % de la population hexagonale réside dans l'unité urbaine de Paris).

Pour le second point, l'analyse des disparités au sein des Hauts-de-France repose sur les territoires de proximité. Au nombre de vingt-huit (cf. page 82 pour leur délimitation et leur population), ils ont été définis par l'ARS des Hauts-de-France, suite à la nouvelle délimitation du contour régional, dans le cadre de la mise en place du diagnostic du PRS de deuxième génération. Il se base sur les unités territoriales de l'action sociale définies par les conseils départementaux, certaines zones ayant été aménagées. Le niveau national considéré dans ce document correspond à la France hors Dom. Aussi, dans les textes, lorsqu'il est fait référence à la « valeur nationale », à la « moyenne nationale », à la « France », à « l'ensemble du pays » ou à « l'Hexagone », l'unité correspondante est la France hexagonale. Pour une minorité de données, seules celles de la France Dom y compris étaient disponibles. Dans ce cas, le terme « France entière » a été employé.

Bases de données utilisées

Ce diagnostic repose sur le traitement d'indicateurs issus de nombreuses bases de données. La majorité de ces données est disponible pour l'ensemble de la France, permettant des comparaisons avec le niveau national et les autres régions de France. Ceci est rendu possible grâce aux multiples conventionnements signés entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) et les principaux producteurs de données, partenariats qui s'inscrivent dans la pérennité. Des conventionnements avec des acteurs régionaux ont également permis d'enrichir ce diagnostic.

Si les indicateurs sont calculés, le plus souvent possible, à partir des dernières données disponibles par les producteurs de données, la dimension temporelle n'est toutefois pas occultée. Celle-ci permet en effet de comprendre la dynamique dans laquelle s'inscrivent les territoires. Si des spécificités sont relevées, les indicateurs qui s'améliorent sont ainsi différenciés de ceux qui voient leur situation, si ce n'est se dégrader, s'améliorer de façon moins marquée qu'aux niveaux national et régional. Les données démographiques et de mortalité ont ainsi pu être analysées avec un recul de plus d'une trentaine d'années.

En outre, la notion de robustesse des indicateurs est capitale pour offrir un état des lieux valide. C'est la raison pour laquelle certaines données ont dû être agrégées sur plusieurs années¹ pour garantir une stabilité statistique suffisante.

Autour du chapitre « État de santé »

Ce chapitre est principalement alimenté par les données de mortalité établies annuellement par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm et celles relatives aux affections de longue durée issues des trois principaux régimes de l'Assurance maladie. Afin de rendre les comparaisons possibles entre les différentes zones géographiques et de suivre les évolutions dans le temps, les indicateurs considérés dans ce chapitre ont été standardisés sur l'âge (hormis les indicateurs de dépistages organisés du cancer). Pour ces indicateurs, lorsqu'une différence est mentionnée (par exemple, mention de surmortalité, sous-mortalité, de diminution ou augmentation de la mortalité), il s'agit systématiquement d'un différentiel significatif (cf. paragraphe « *Taux standardisé et test de significativité* » page ci-contre).

Les graphiques figurant dans ce chapitre affichent les valeurs des taux standardisés de la région, de la France et des minimum et maximum des territoires de proximité ; figure également la valeur du différentiel de mortalité des Hauts-de-France en regard du niveau national. Le différentiel pour un territoire donné (région ou territoire de proximité) est toujours comparé au niveau national. Il est ainsi calculé à partir du taux standardisé de ce territoire et celui relevé en France, et est exprimé en pour cent (%). C'est cet indicateur croisé avec l'information de la significativité en regard de la France qui a fait l'objet d'une représentation cartographique. Ceci permet de visualiser très rapidement les zones qui présentent une surmortalité en regard de la France, de graduer cette surmortalité pour identifier les zones les plus fragilisées, les territoires qui ne diffèrent pas de la France et ceux qui sont en sous-mortalité ; *idem* pour les ALD.

Pour effectuer les analyses au niveau des territoires de proximité, les données de mortalité, d'ALD et d'hospitalisation ont été agrégées sur huit années du fait de la finesse des territoires considérés, des pathologies abordées et des déclinaisons mises en place (cf. paragraphe suivant). Pour le contexte régional (« *La région en regard du niveau national* »), un regroupement de trois années a également été utilisé ; ce regroupement permet de disposer de résultats robustes au niveau des régions tout en dégagant les dernières tendances. Aussi, des chiffres différents peuvent être présentés pour un même indicateur pour la France et la région du fait qu'ils ne font pas référence à la même période. De même, pour les données de mortalité, les indicateurs peuvent différer pour la période 2006-2013 selon que l'analyse des causes de décès repose sur la Cim 10 (état des lieux actuel) ou sur l'équivalence en Cim 9, pour l'analyse des évolutions (cf. encadré page 24 pour plus de précision).

Les analyses qui portent sur l'ensemble de la population, sont déclinées par genre et par grand groupe d'âge (notamment les moins de 65 ans -mortalité prématurée- ; la mortalité des jeunes -15-34 ans- est également observée, avec une analyse spécifique sur les principales causes de décès de cette population -suicide et accident de la circulation-).

¹ à savoir celles de mortalité, d'admission en affection de longue durée, d'hospitalisation pour les tentatives de suicide et de naissances.

Concernant les analyses d'évolution, les taux standardisés de mortalité ont été calculés sur des périodes mobiles de huit années entre 1980 et 2013, soit vingt-sept périodes. Pour des questions de lisibilité, les cartes présentées portent sur trois périodes, à savoir la première (1980-1987), la période centrale (1993-2000) et la dernière (2006-2013).

Toujours pour les illustrations, un nombre important de cartes aurait pu être présenté : tous âges, moins de 65 ans, par genre, en évolution..., et ce pour les nombreuses pathologies abordées qui sont le plus souvent considérées à partir de plusieurs sources de données. Aussi, le choix a été fait de présenter les illustrations qui apportent le plus d'informations¹. Par contre, le texte a été rédigé de manière à apporter le maximum d'informations et être complémentaire des illustrations. De même, si les cartes portent sur trois périodes, le calcul sur des périodes mobiles permet de préciser dans le texte les moments où des changements de tendance sont observés.

Les affections de longue durée ont été abordées en termes de flux, c'est-à-dire d'admissions en ALD. Ces données ne reflètent pas la morbidité réelle, mais rendent compte d'une certaine morbidité : 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.

Autour du chapitre « Offre de soins et de services »

Ce chapitre se compose autour de trois grandes thématiques : les professionnels de santé, l'offre de soins et les accompagnements médico-sociaux. De nombreuses sources ont permis de l'alimenter (cf. page 49). Parmi celles-ci, les bases Finess et SAE permettent, entre autres, d'avoir des informations sur la localisation et la capacité des établissements. Les extractions de la base Finess ont été effectuées en octobre et novembre 2016 et pour la base SAE, ce sont les données administratives 2015 qui ont été considérées. Des disparités entre ces bases, mais également avec d'autres sources de données, sont observées. Quand cela s'est avéré possible, les informations extraites de ces bases ont été consolidées avec les services de l'ARS des Hauts-de-France. Chaque établissement est rattaché à une entité géographique et à une entité juridique. Cette dernière correspond à la notion de personne morale. Une entité juridique détient des droits (autorisations, agréments, conventions...) lui permettant d'exercer ses activités dans des établissements. L'entité géographique correspond à l'endroit où est localisé l'établissement, celui-ci étant obligatoirement relié à une entité juridique. Selon la manière de dénombrer les établissements, des écarts peuvent être observés. Pour les données issues de ces deux sources, ce sont les entités géographiques qui ont été considérées. Pour d'autres sources, il n'est pas toujours possible d'avoir cette information et donc d'utiliser ce décompte. Par exemple, lorsque la production et la consommation de séjours sont abordés à partir du PMSI, c'est l'entité juridique qui est prise en compte pour les établissements publics et c'est l'entité géographique pour ceux du privés.

Taux standardisé et test de significativité

Une standardisation suivant l'âge (méthode directe) a été effectuée pour construire les indicateurs de mortalité, d'affection de longue durée, d'hospitalisation, de consommation de ville et en établissement. En effet, le taux brut, qui est le rapport entre le nombre de cas et la population du territoire concerné, peut varier du fait de la structure d'âge de la population. 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 (notamment le vieillissement de la population). En outre, cela rend possible les comparaisons entre territoires et entre périodes en neutralisant l'effet « âge ». Pour le chapitre « *État de santé* », la population de référence utilisée est celle de la France hexagonale au RP 2006 (en adéquation avec la population utilisée par les utilisateurs nationaux). Pour l'offre de soins, les données de consommation portent sur la seule année 2015, la population de référence utilisée étant celle de la France hexagonale au RP 2013. Des tests de significativité ont été réalisés afin d'affirmer l'existence d'une différence entre deux taux (sous-mortalité, surmortalité, diminution de la mortalité entre deux périodes pour un territoire donné...). Le test, qui consiste à comparer deux taux standardisés, est fondé sur la loi normale. Le seuil de significativité retenu dans ce document est de 5 % pour les textes ; pour les cartes, la significativité comprise entre 5 % et 10 % a été présentée (avec la mention « ns »). La significativité tient compte de la taille des populations, ce qui explique que certains territoires peuvent avoir un test non significatif par rapport à la région ou à la France alors que leurs taux sont plus élevés que ceux d'autres territoires qui enregistrent pourtant un test significatif (*idem* pour les évolutions).

Temps d'accès théorique

Les temps d'accès présentés dans ce document sont des temps de trajet en voiture aux heures creuses. Ils ne prennent donc pas en compte les conditions réelles de circulation (temps pouvant être relativement important dans les villes et dans leur périphérie selon les moments de la journée). Par ailleurs, lorsque les données ne sont pas géocodées (pour les professionnels de santé), les temps sont calculés de commune à commune en considérant le centroïde de la commune. Dans ce cas, si une commune a au moins un professionnel de santé, le temps d'accès est de zéro. Pour les maternités et les établissements agréés à traiter le cancer, ce sont les coordonnées exactes de l'établissement qui ont été considérées pour effectuer les calculs de temps de trajet. En outre, les indicateurs présentés sont des temps d'accès théoriques moyens pondérés par la population de la commune, ayant pour objet de mettre en avant les disparités territoriales.

¹ par exemple, pour la mortalité par cancers, ce sont les cartes de la mortalité prématurée par genre qui sont présentées (au niveau du texte, la mortalité par cancers tous âges est explicitée en premier lieu, avant de détailler la mortalité prématurée). Ce choix a été retenu du fait de disparités territoriales plus importantes entre la mortalité des hommes et celle des femmes, d'un fort différentiel avec la France pour la mortalité des hommes de moins de 65 ans et des évolutions de nature différente selon les territoires de proximité retrouvées pour ces derniers (certains territoires voyant leur situation se dégrader davantage alors que, pour d'autres, celle-ci s'améliore en regard de la France). De même, concernant les localisations cancéreuses, seul le cancer du sein est présenté en évolution car celle-ci est particulièrement défavorable en région en regard de celle constatée sur l'ensemble du pays (davantage de territoires de proximité en surmortalité ces dernières années et des différentiels plus marqués).

Représentation cartographique

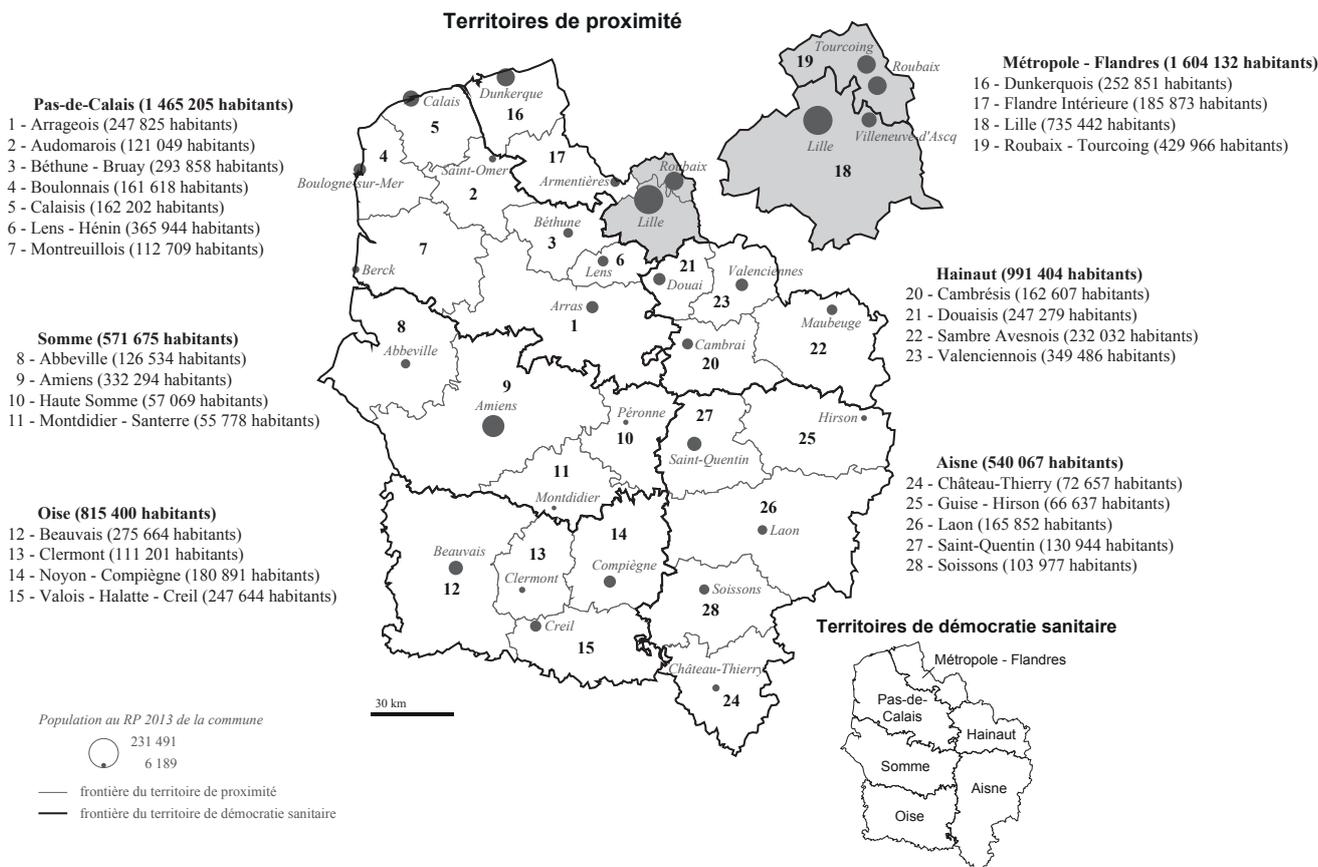
En fonction de la problématique abordée, différents types de représentations cartographiques sont considérés. Le premier a trait à la représentation d'indicateurs (taux, part, densité...) au niveau des territoires de proximité. Un choix quant à la discrétisation retenue a été opéré (découper la série en classes). Hormis le chapitre « *État de santé* », la discrétisation retenue a été déterminée à partir des seuils naturels au vu de la distribution des valeurs prises par les vingt-huit territoires de proximité (les mêmes bornes de classes ont été utilisées pour les territoires de démocratie sanitaire). Le plus souvent, une discrétisation en cinq classes a été retenue (du fait de la distribution de la série, une discrétisation en quatre, voire en trois classes, a été effectuée dans certains cas).

Le second a trait à la représentation de la répartition de nombre, à savoir des professionnels de santé, des établissements, des accouchements, des journées produites, des séjours... Pour certaines cartes, la taille des symboles qui croît quand le nombre de cas augmente a été préférée. Pour d'autres, un point de taille fixe indique la présence d'un équipement. Enfin, dans certains cas, un secteur de taille proportionnelle représente différentes sous-catégories (exemple des nombres de séjours en médecine et en chirurgie). La taille des points représentés n'est pas toujours proportionnelle au phénomène cartographié, cela étant toutefois privilégié dans la mesure du possible. Dans quelques cas, compte tenu de la taille de certains points, une transformation « racine carré » ou « logarithmique » a été utilisée pour faciliter la visualisation des points.

DÉCOUPAGES TERRITORIAUX

Dans ce document, l'analyse de l'état des lieux de la situation socio-sanitaire au sein des Hauts-de-France est menée au niveau des territoires de proximité. Pour chacune des cartes présentées à ce niveau géographique, figure en bas à droite une petite carte, réalisée suivant la même discrétisation que la carte principale, au niveau des territoires de démocratie sanitaire. L'illustration ci-dessous présente le découpage de la région en territoires de proximité et en territoires de démocratie sanitaire (les premiers étant inclus dans les seconds), ainsi que la population de ces zones au recensement de 2013.

ZONAGES GÉOGRAPHIQUES ET POPULATION AU 1^{ER} JANVIER 2013



Les listes ci-dessus, ordonnées par territoire de démocratie sanitaire, permettent la correspondance entre le numéro sur la carte et le nom du territoire de proximité et donne sa population totale au recensement de 2013. Figure sur la carte principale, la ville du territoire de proximité qui est la plus peuplée. Pour ceux de Lille et Roubaix - Tourcoing sont également mentionnées (cf. zoom) respectivement les villes de Villeneuve-d'Ascq et de Tourcoing qui comptent chacune plus de 50 000 habitants.

Source : Insee - Exploitation OR2S

- AAH : Allocation aux adultes handicapés
 ADCN : Association pour le dépistage des cancers dans le Nord
 Adécaso : Association pour le dépistage des cancers dans l'Oise
 Adeli : Automatisation des listes
 Adema 80 : Association pour le dépistage des maladies dans la Somme
 AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
 Aisne Preventis : Association pour le dépistage des cancers dans l'Aisne
 ALD : Affection de longue durée
 ALF : Allocation de logement à caractère familial
 ALS : Allocation de logement à caractère social
 Ami : Alerte et maîtrise de la iatrogénie
 ANSP : Agence nationale de santé publique (Santé publique France)
 Apa : Allocation personnalisée d'autonomie
 APL : Aide personnalisée au logement
 ARS : Agence régionale de santé
 Asip-Santé : Agence des systèmes d'information partagés de santé
 Aspa : Allocation de solidarité aux personnes âgées
 Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
 Bac : Baccalauréat
 Bef : Bassin d'éducation et de formation
 BEPC : Brevet d'études du premier cycle
 BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive
 Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
 Caf : Caisse d'allocations familiales
 CAFS : Centres d'accueil familial spécialisé
 Camsp : Centre d'action médico-sociale précoce
 Carsat : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
 Cati : *Computer-assisted telephone interview* (lit., entretien téléphonique assisté par ordinateur)
 CATTP : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
 CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
 CDET : Caméra à scintillation avec détecteur d'émission de positons
 CDI : Contrat à durée indéterminée
 CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
 CH : Centre hospitalier
 CHRU : Centre hospitalier régional universitaire
 CHU : Centre hospitalier universitaire
 Cim : Classification internationale des maladies
 CJC : Consultation jeunes consommateurs
 CMP : Centre médico-psychologique
 CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
 CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire
 Cnaf : Caisse nationale des allocations familiales
 Cnamts : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
 CNRSI : Caisse nationale du régime social des indépendants
 CP : Cours préparatoire
 Cpam : Caisse primaire d'assurance maladie
 CPP : Centre périnatal de proximité
 CRP : Centre de rééducation professionnelle
 CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie
 Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
 CTC : Centre thérapeutique communautaire
 CTR : Centre thérapeutique résidentiel
 DAS : Diagnostic associé
 DGFIP : Direction générale des finances publiques
 DO : Déclaration obligatoire
 Dom : Département d'outre-mer
 DP : Diagnostic principal
 Drass : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
 Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 EIAS : Événements indésirables associés aux soins
 Esat : Établissement et service d'aide par le travail
 ESMS : Établissements et services médico-sociaux
 Fam : Foyer d'accueil et médicalisé
 Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
 Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
 GCS : Groupement de coopération sanitaire
 Gpaq : *Global physical activity questionnaire*
 HAD : Hospitalisation à domicile
 ICF : Indice conjoncturel de fécondité
 IMC : Indice de masse corporelle
 IME : Institut médico-éducatif
 INCa : Institut national du cancer
 Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
 Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
 Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
 InVS : Institut de veille sanitaire
 IOTF : *International obesity Task Force*
 IRM : Imagerie par résonance magnétique
 Itep : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
 IVG : Interruption volontaire de grossesse
Jesais : Jeunes en santé, indicateurs et suivi
 Mas : Maison d'accueil spécialisée
 MCO : Médecine chirurgie obstétrique
 MCS : Médecin correspondant du Samu
 Metric : Mesure des trajets inter-communales
 MSA : Mutualité sociale agricole
 OMS : Organisation mondiale de la Santé
 Opaline 62 : Association pour le dépistage des cancers dans le Pas-de-Calais
 ORL : Oto-rhino-laryngologie
 PCS : Profession et catégorie socioprofessionnelle
 PMPI : Prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée
 PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
 PNNs : Programme national nutrition santé
 PRS : Projet régional de santé
 PRS2 : Projet régional de santé de deuxième génération
 Rim-P : Recueil d'information médicalisé en psychiatrie
 RP : Recensement de la population
 RPLS : Répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux
 RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
 RSA : Revenu de solidarité active
 RSI : Régime social des indépendants
 SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
 Samsah : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
 Samu : Service d'aide médicale urgente
 Saspa : Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées
 SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
 Sessad : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
 Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise
 Smic : Salaire minimum interprofessionnel de croissance
 Smur : Service mobile d'urgence et de réanimation
 Sniiram : Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
 Spasad : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
 Ssiad : Service de soins infirmiers à domicile
 SSR : Soins de suite et de réadaptation
 SSRA : Soins de suite et de réadaptation en addictologie
 TEP : Tomographe à émission de positons
 Ueros : Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et/ou professionnelle
 USLD : Unité de soins de longue durée
 VADS : Voies aéro-digestives supérieures
 VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Copyrights

Logiciels

Microsoft Excel de Microsoft®

Adobe In Design™ de Adobe System Incorporated

Adobe Illustrator™ de Adobe System Incorporated

Adobe Photoshop™ de Adobe System Incorporated

Polices de caractères

Arial®

Bebas Neue®

Calibri®

Helvetica®

Minion Pro®

Montserrat®

Museo Slab®

MyriadPro®

Open Sans®

Palatino®

Times New Roman®

Réalisation

Macintosh iMac Intel Core 2

Agence régionale de santé des Hauts-de-France

556 avenue Willy Brandt

59777 EURALILLE

Observatoire régional de la santé et du social de Picardie

Faculté de médecine

3, rue des Louvels

80036 AMIENS Cedex 1

Imprimé en janvier 2017 chez Corlet imprimeur

Un

diagnostic de l'état de santé de la population, territorialisé et partagé avec les acteurs de la région, est une étape incontournable à l'élaboration d'un projet régional de santé de qualité. C'est dans ce cadre que s'inscrit le présent document, premier diagnostic de la troisième région française en taille de population avec plus de six millions d'habitants au 1^{er} janvier 2017. Il est réalisé en préalable à l'élaboration du projet régional de santé de deuxième génération qui sera mis en œuvre dans les Hauts-de-France pour la période

2018-2022. Décliné en trois grands chapitres (*Situation sociodémographique, État de santé et Offre de soins et de services*), ce diagnostic fournit des informations sur les six territoires de démocratie sanitaire et les vingt-huit territoires de proximité, définis par l'ARS suite à la nouvelle délimitation du contour régional. Il présente ainsi à travers plus de 200 illustrations (cartes, graphiques et tableaux) les indicateurs les plus représentatifs et significatifs de la diversité territoriale. Il fait ressortir les principales problématiques et enjeux autour de la santé avec la mise en évidence d'un fort gradient social. Il les montre, tant pour l'ensemble des Hauts-de-France qu'aux niveaux des unités urbaines et des zones rurales. Il met aussi en évidence une diversité au niveau des territoires de proximité plus importante qu'avec désormais les douze autres régions de l'Hexagone, en regard d'indicateurs le plus souvent défavorables, parfois équivalents, rarement meilleurs que ceux de l'ensemble du pays.

