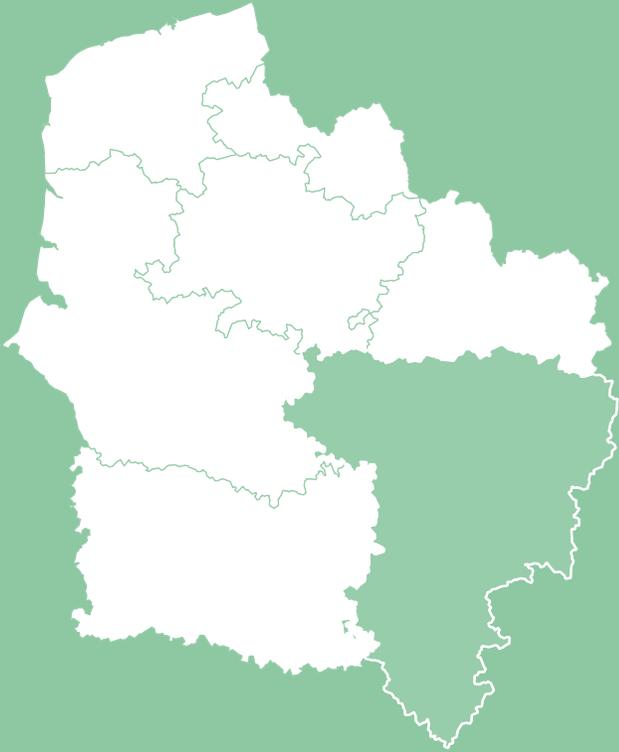


# AISNE HAUTE-SOMME



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

venant en appui à la  
concertation réalisée dans le cadre du conseil national de la refondation -CNR-  
jeudi 8 décembre 2022, Guise

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



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

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

## BASES DE DONNÉES DISPONIBLES

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



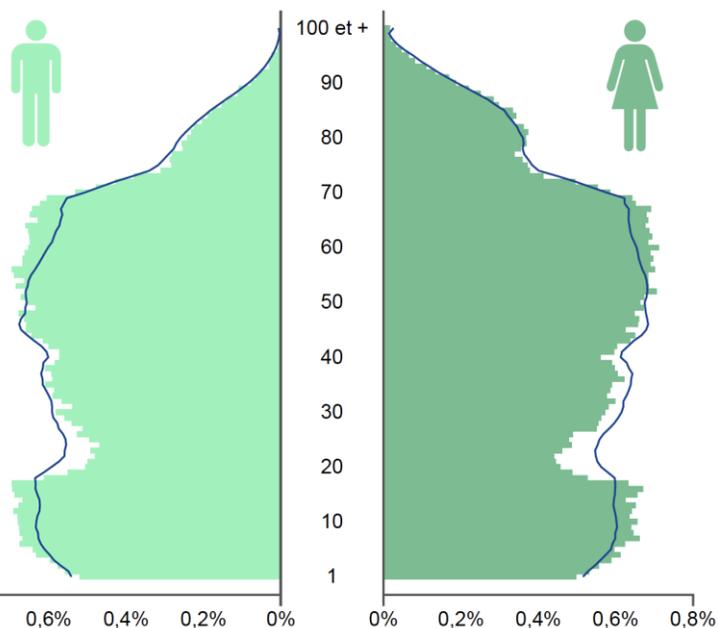
## ENQUÊTE JEUNES EN SANTÉ, INDICATEURS ET SUIVI (JESAIS)

Le recueil *Jesais* a pour **objectif de connaître et de suivre les évolutions de l'état de santé des élèves, de décrire les relations avec les caractéristiques socio-démographiques et la dimension territoriale**. Il a été mis en place il y a près d'une quinzaine d'années à la demande du rectorat de l'académie d'Amiens, de la préfecture de région et du conseil régional. Il a été étendu au rectorat de l'académie de Lille en 2018. **Il repose sur la participation active des infirmiers dans les établissements et sur l'acceptation des parents et de leurs enfants**. S'inscrivant pleinement dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, ce dispositif fait l'objet d'un financement pérenne de la part de l'agence régionale de santé et du conseil régional Hauts-de-France. Du fait de sa pérennisation, il est possible de disposer d'indicateurs au niveau des TAS en agrégeant plusieurs années. Ainsi, quelques résultats issus de cette enquête sont présentés pour les élèves de sixième scolarisés dans un établissement public du TAS, ces résultats sont comparés à ceux observés dans l'ensemble des Hauts-de-France. L'échantillon analysé repose sur 2 429 élèves scolarisés dans le TAS Aisne Haute-Somme et près de 20 300 élèves pour les Hauts-de-France pour les années scolaires 2018-2019 à 2020-2021.



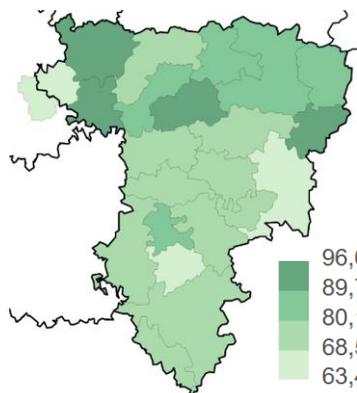


587 221 habitants  
au 1<sup>er</sup> janvier 2019

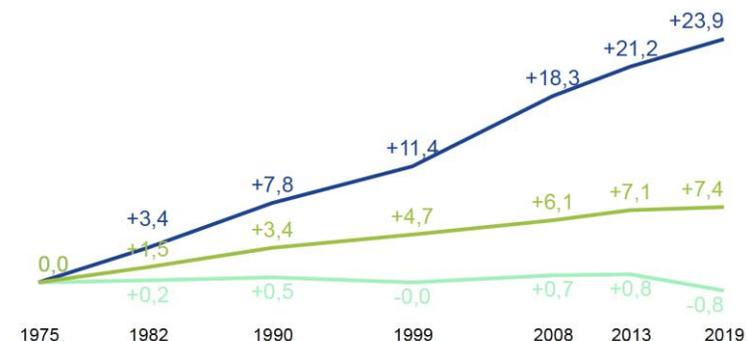


### Indice de vieillissement

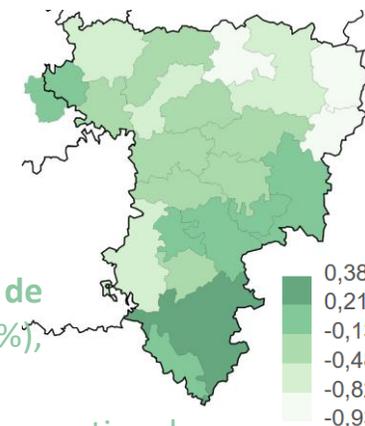
(nombre de personnes de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de moins de 20 ans \* 100)



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



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



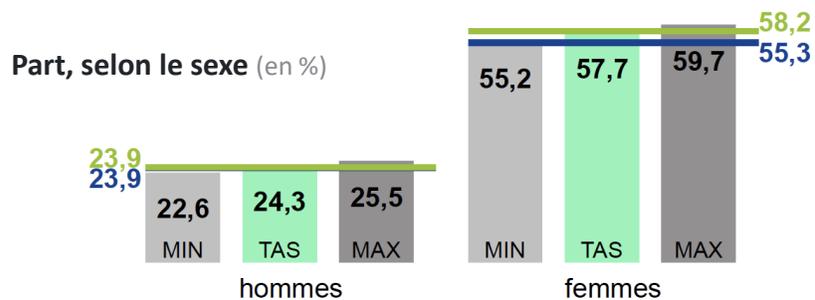
⇒ Une répartition alternative de la population qui fluctue suivant les groupes d'âge avec davantage de jeunes de moins de 20 ans qu'en France (25,0 % vs 23,9 %), moins de 20-49 ans (respectivement 34,4 % vs 36,8 %), plus de 50-69 ans (26,8 % vs 25,3 %) et moins de personnes âgées de 70 ans et plus (13,8 % vs 14,1 %).

⇒ Un indice de vieillissement plutôt élevé, le deuxième des TAS derrière celui Somme Littoral Sud, proche du niveau national.

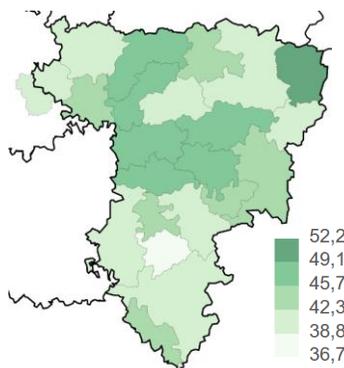
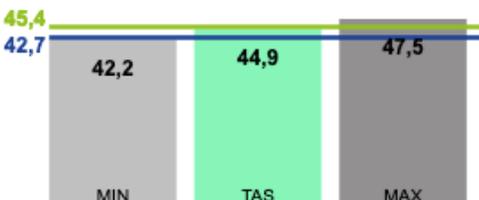
⇒ Une population qui décroît au cours du temps, notamment ces dernières années.

⇒ De fortes disparités territoriales entre EPCI du Sud et ceux du Nord pour nombre d'indicateurs populationnels.

21 899 personnes seules de 75 ans et plus  
au 1<sup>er</sup> janvier 2019



Part, tous sexes (en %)

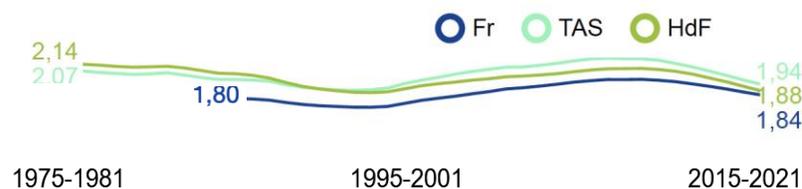


⇒ Une part de personnes âgées vivant seules à domicile de l'ordre de celle relevée en région, pour les hommes comme pour les femmes.

⇒ Des différences importantes sont retrouvées entre EPCI. Dans certains situés dans le nord de l'Aisne, ce sont plus de trois femmes sur cinq qui se trouvent dans cette situation.

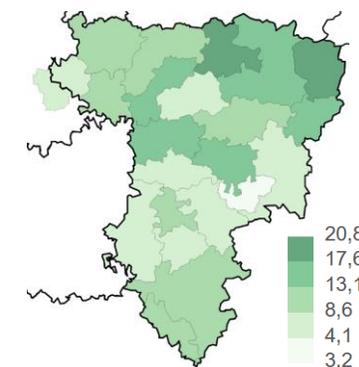
6 229 naissances vivantes  
dont 382 de femmes de 12-20 ans  
en moyenne annuelle en 2015-2021

Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité (ICF)  
(nombre d'enfant(s) par femme)



Taux de fécondité des femmes  
de 12-20 ans en 2015-2021

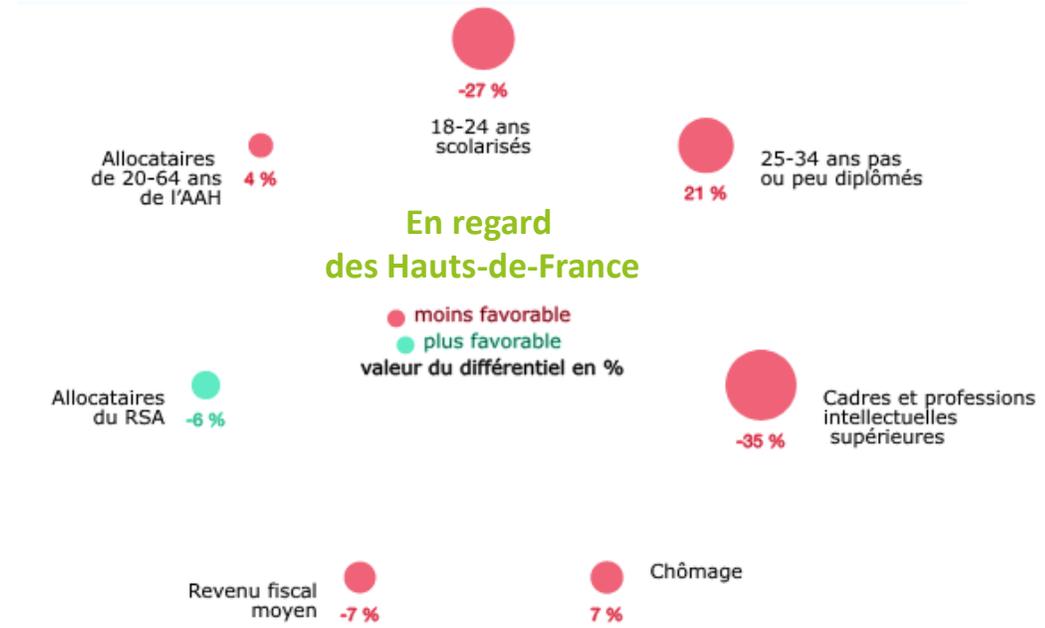
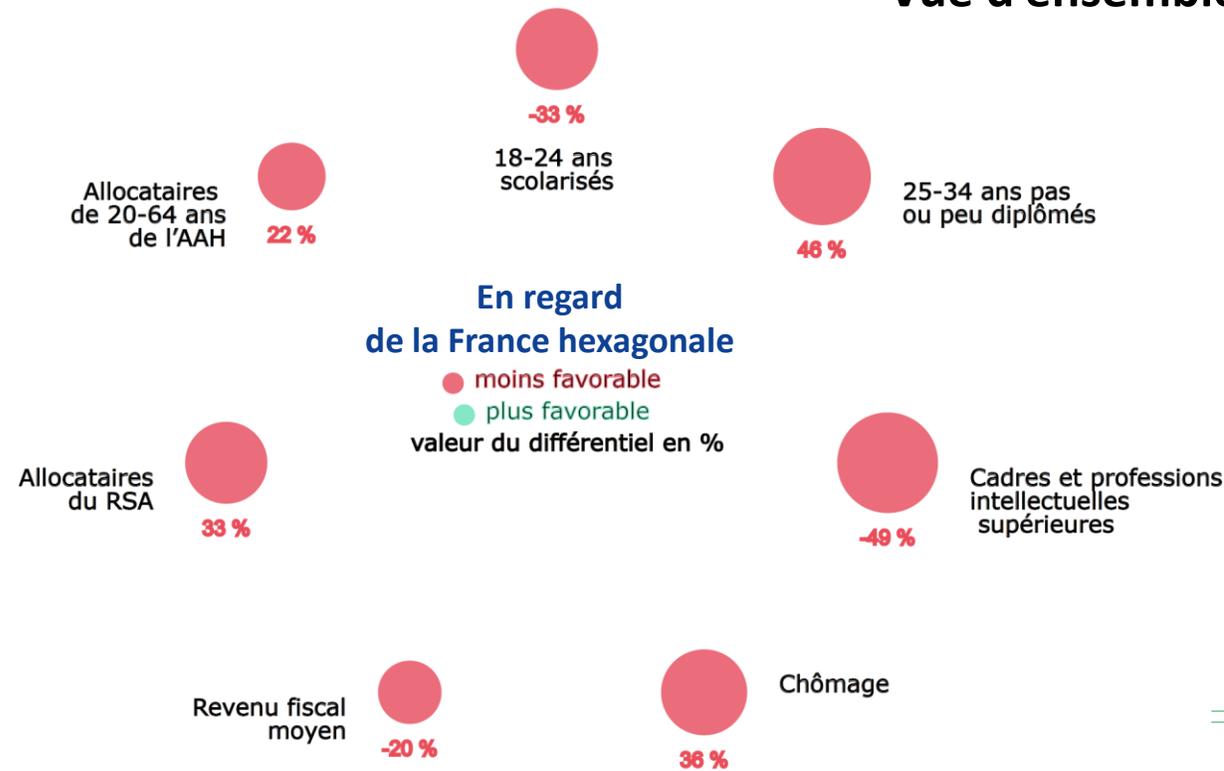
(pour 1 000 femmes de 12-20 ans)



⇒ L'ICF est le deuxième plus élevé des TAS, supérieur à celui de la France. La CC du Canton d'Oulchy le Château a un ICF au niveau du seuil de remplacement (2,10 enfants). À l'opposé, la CC Picardie des Châteaux a un ICF inférieur à celui de l'Hexagone (1,81).

⇒ La fécondité des femmes de 12-20 ans est également la deuxième plus élevée des TAS après celui du Hainaut, avec un taux doublé par rapport au niveau national. Les écarts sont très importants entre EPCI, dans une amplitude allant de moins de 6 ‰ à plus de 20 ‰.

**Vue d'ensemble de la situation sociale**



**AIDE À LA LECTURE**

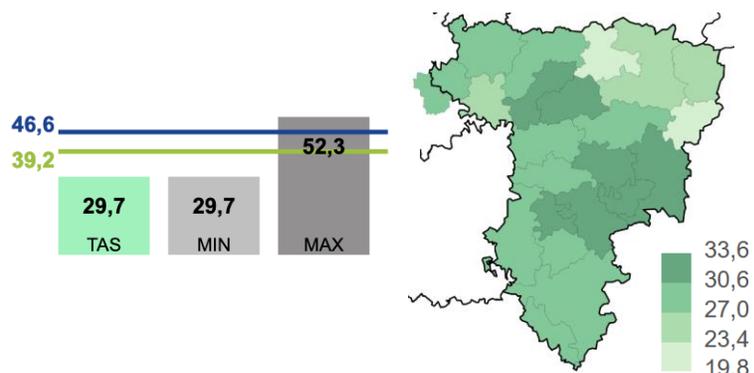
**Une couleur :** pour savoir si le territoire analysé est dans une situation plus favorable ou non en regard de la France hexagonale

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

⇒ La situation sociale du TAS Aisne Haute-Somme est particulièrement dégradée, avec des indicateurs nettement moins favorables qu'en France hexagonale et même en regard de la région.

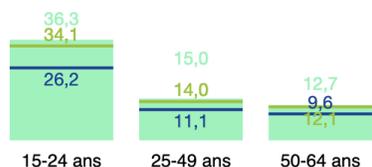
⇒ Ainsi, le revenu moyen annuel par foyer fiscal de 2019 est de l'ordre de 5 000 € moindre sur le TAS que ce qui est observé en France (2<sup>e</sup> revenu annuel moyen le plus faible des TAS). Tous les EPCI présentent un revenu inférieur à la moyenne nationale. Seule une CC l'approche à 400 € près mais, à l'opposé, une autre CC enregistre 10 000 € d'écart avec la France.

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

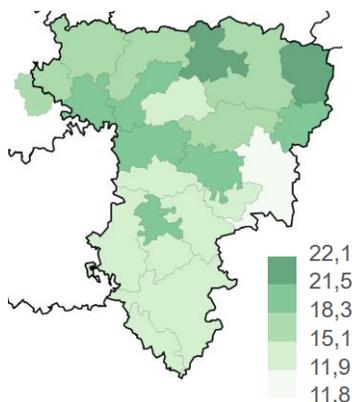
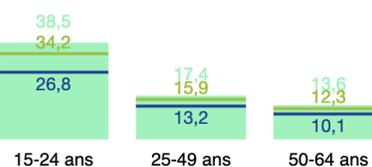


Taux de chômage  
au 1<sup>er</sup> janvier 2019, au sens du RP (en %)

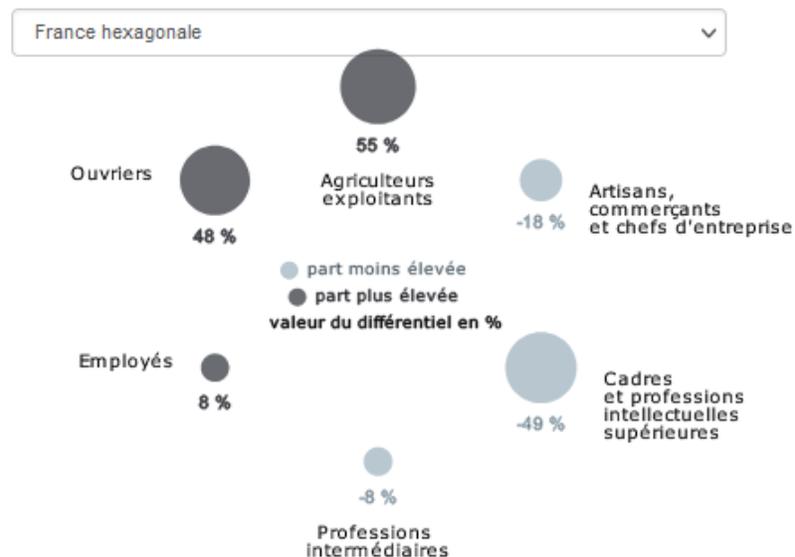
chez les hommes



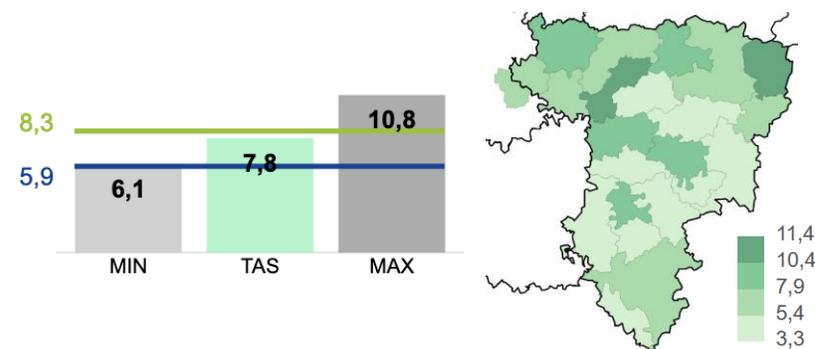
chez les femmes

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

En regard de

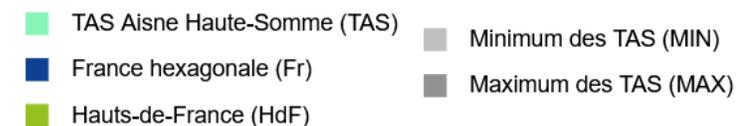


Taux d'allocataires du RSA  
au 31 décembre 2021 (pour 100 ménages)



⇒ La situation sociale défavorable du TAS Aisne Haute-Somme est bien illustrée à travers la scolarisation de ses jeunes et de leur réussite en termes de diplôme. Ainsi, il présente la part de jeunes de 18-24 ans scolarisés la plus faible des TAS ; de même, la part de jeunes non scolarisés de 25-34 ans ayant un Bac+2 ou plus est la plus faible et, inversement, le pourcentage est le plus élevé pour ceux qui ne sont pas ou peu diplômés.

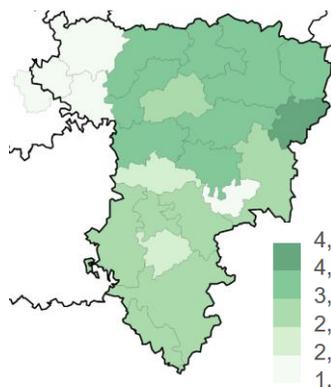
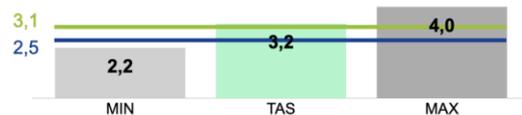
⇒ Les taux de chômage toute population ou chez les jeunes de 15-24 ans situés Aisne Haute-Somme comme le TAS présentant les deuxièmes valeurs les plus élevées derrière celui du Hainaut. Le chômage est très illustratif d'un découpage du TAS en deux parties : l'une au Sud dans une situation plus favorable que l'autre au Nord. Les écarts sont importants entre les EPCI des deux parties allant du simple au double pour le chômage global (14 points d'écart chez les 15-24 ans).



## ENFANTS

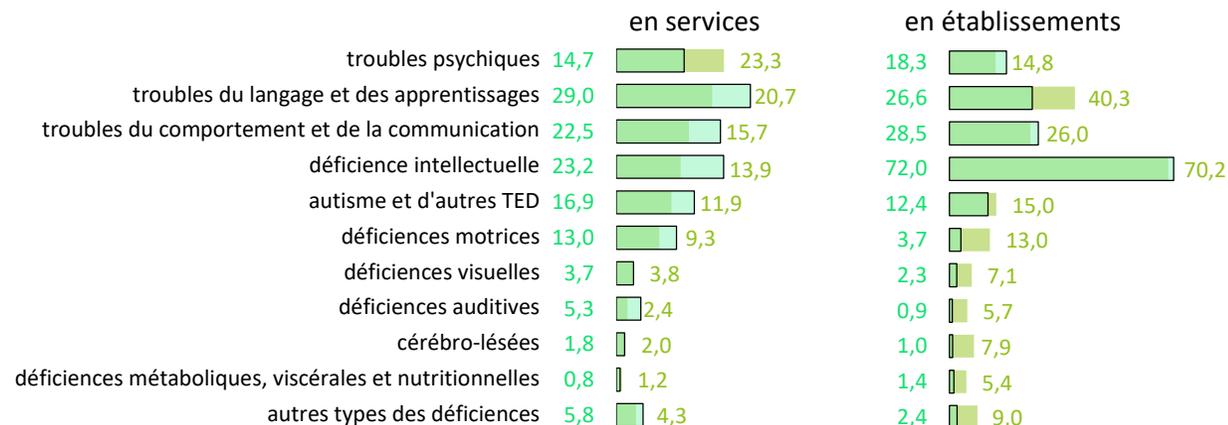
4 736 enfants percevant l'AAEH  
au 31 décembre 2021

Taux enfants percevant l'AAEH  
au 31 décembre 2021  
(pour 100 personnes de moins de 20 ans)



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

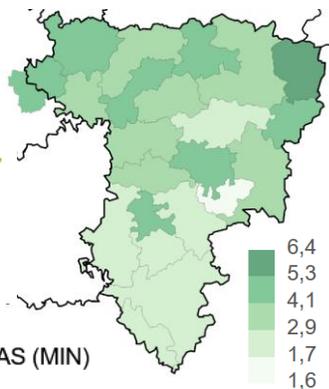
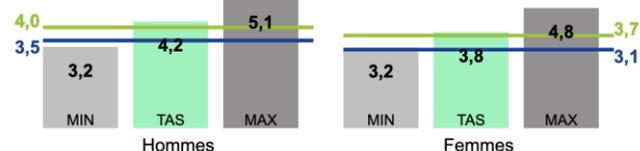
- Services : 1 526 personnes accompagnées au 31 décembre 2020 ; file active : 1 949
- Établissements : 1 287 personnes accompagnées au 31 décembre 2020 ; file active : 1 428



## ADULTES

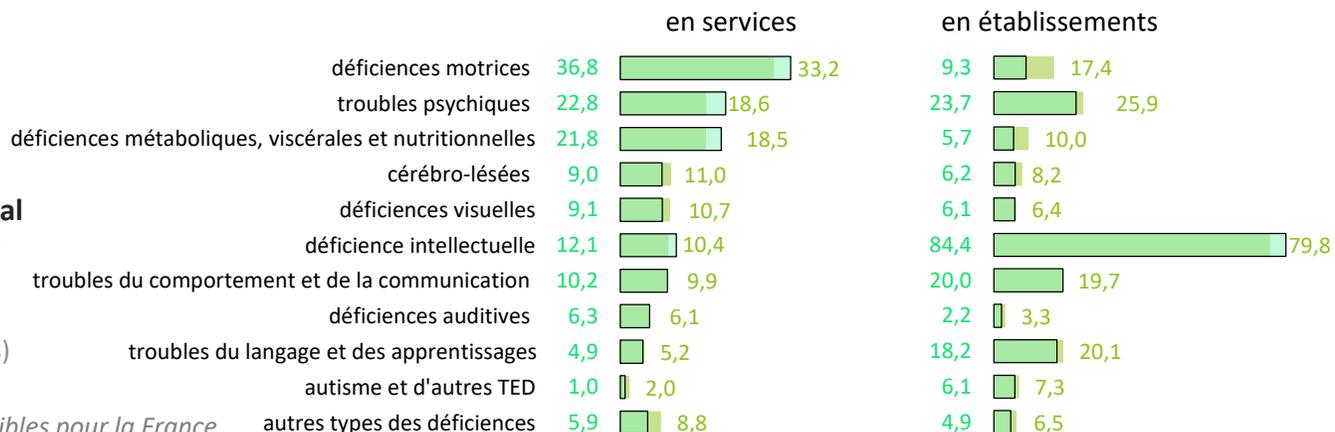
12 256 allocataires de l'AAH de 20-64 ans  
au 31 décembre 2021

Taux d'allocataires de l'AAH  
au 31 décembre 2021  
(pour 100 personnes de 20-64 ans)



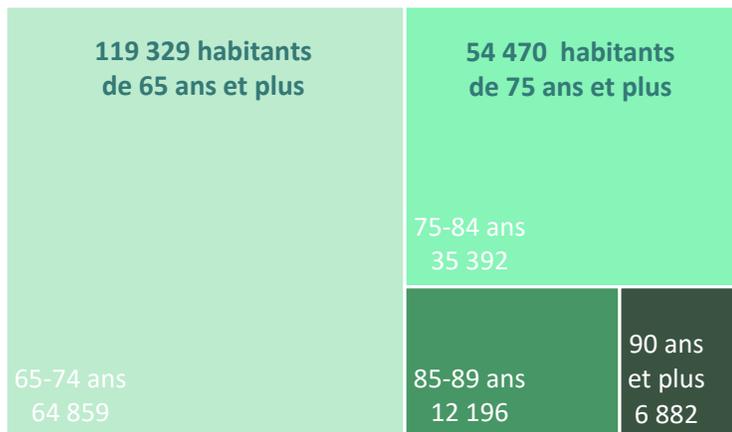
Type de  
déficience  
à titre principal  
ou associé\*  
(en % de  
personnes  
accompagnées)

- Services : 1 623 personnes accompagnées au 31 décembre 2020 ; file active : 2 375
- Établissements : 2 076 personnes accompagnées au 31 décembre 2020 ; file active : 2 176

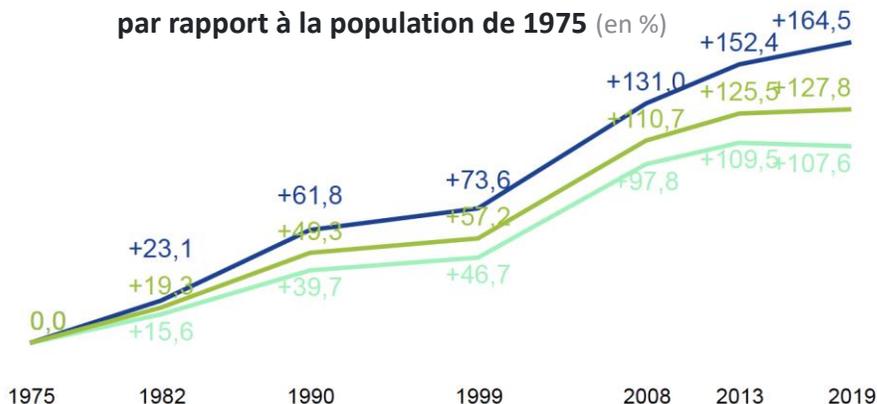


\* données non disponibles pour la France.

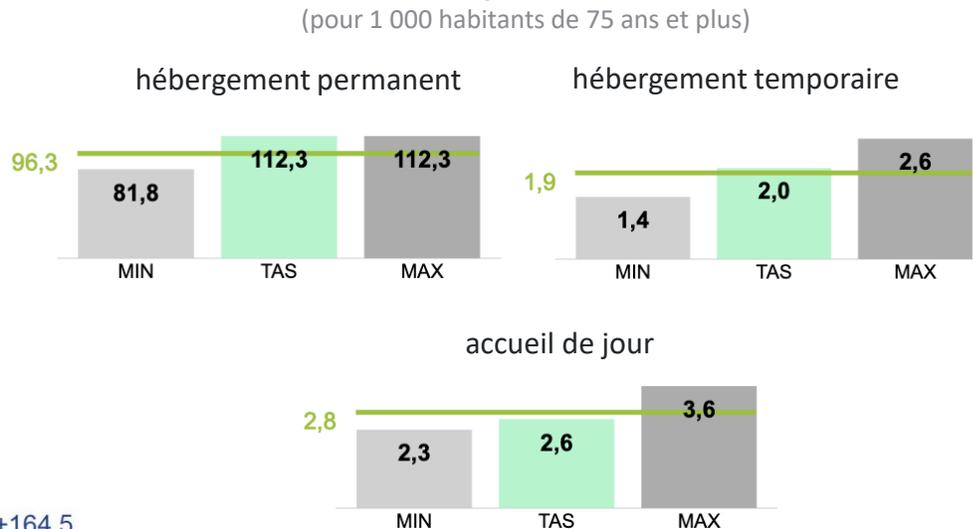
## Population âgée au 1<sup>er</sup> janvier 2019 (en nombre)



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



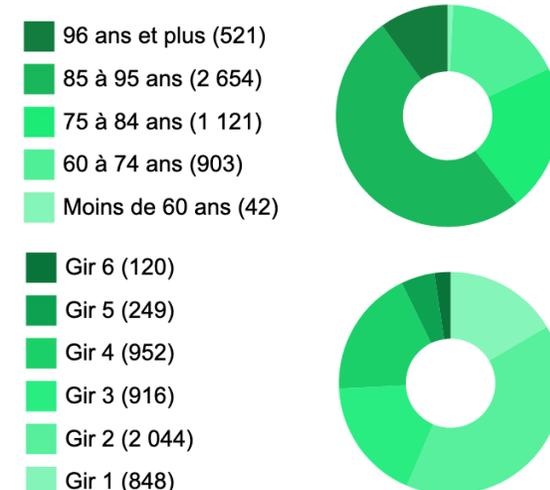
## Taux d'équipement en Ehpad au 1<sup>er</sup> janvier 2021 (pour 1 000 habitants de 75 ans et plus)



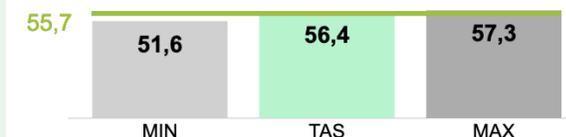
- TAS Aisne Haute-Somme (TAS)
- France hexagonale (Fr)
- Hauts-de-France (HdF)
- Minimum des TAS (MIN)
- Maximum des TAS (MAX)

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

## 5 241 personnes accompagnées en Ehpad au 31 décembre 2020

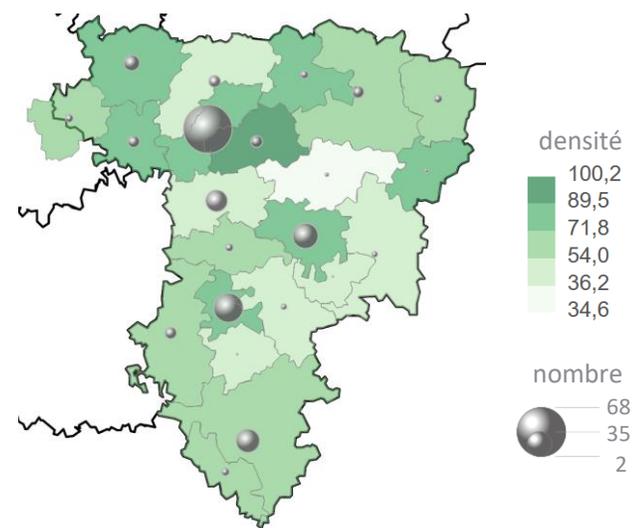
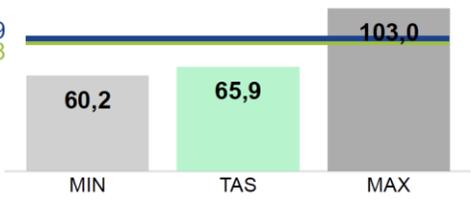
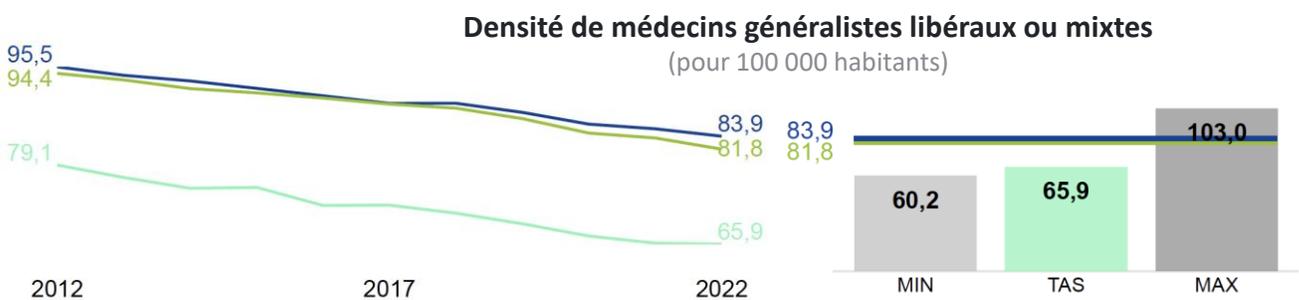


## Part des personnes accompagnées en Gir 1 ou Gir 2 (en %)

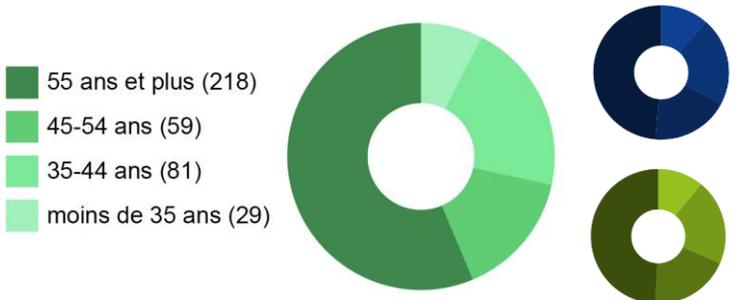


L'information sur le niveau de Gir n'est pas disponible pour toutes les personnes accompagnées.

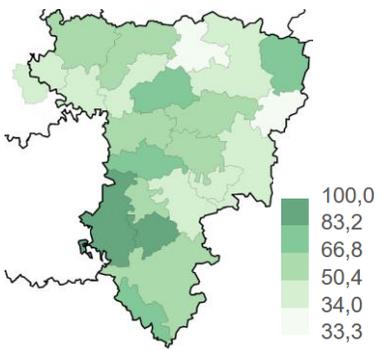
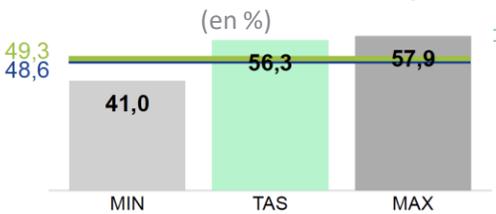
## 387 médecins généralistes libéraux\* au 1<sup>er</sup> janvier 2022



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

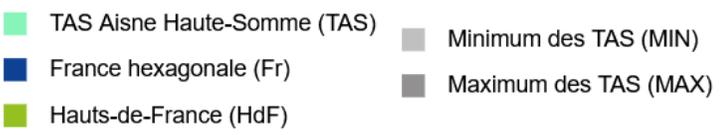


### Part de médecins de 55 ans et plus



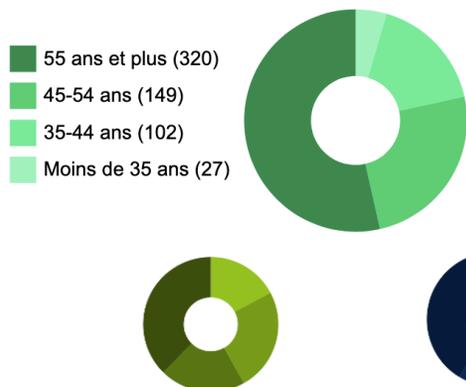
- ⇒ Une situation moins favorable qu'en France et qu'en région : densité de médecins généralistes libéraux nettement plus faible, avec une part plus élevée de médecins de 55 ans et plus. Localement, les différences sont importantes. Ainsi, si quatre EPCI connaissent une densité supérieure à celle de la France, trois CC en présentent une plus que moitié moindre à celle-ci.
- ⇒ Une diminution de la densité de médecins généralistes libéraux plus marquée dans le TAS qu'en France : -17 % entre 2012 et 2022 dans le TAS contre -12 % en France.
- ⇒ D'autant à prendre en compte que la densité chez les salariés exclusifs a diminué sur la même période (-9 % dans le TAS comme son voisin isarien) alors qu'elle augmentait dans la région et dans la France de 8 %.

\* ou mixtes.

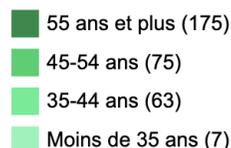


**598 médecins spécialistes**  
dont 320 médecins libéraux ou mixtes  
**au 1<sup>er</sup> janvier 2022**

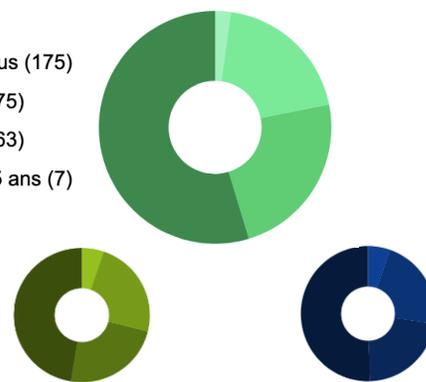
**ENSEMBLE**  
(LIBÉRAUX ET SALARIÉS)



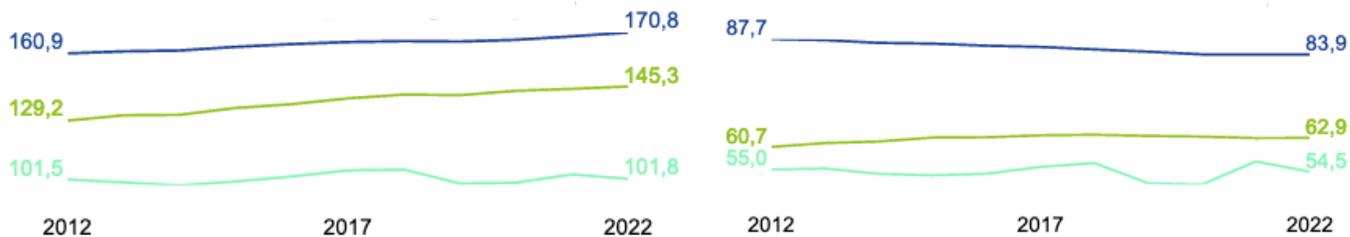
**Répartition selon l'âge**  
(en nombre)



**LIBÉRAUX**  
(OU MIXTES)



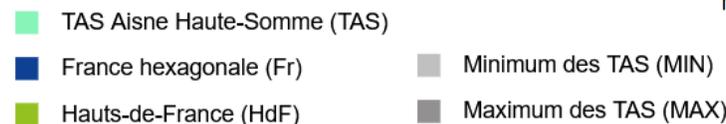
**Densité de médecins spécialistes**  
(pour 100 000 habitants)



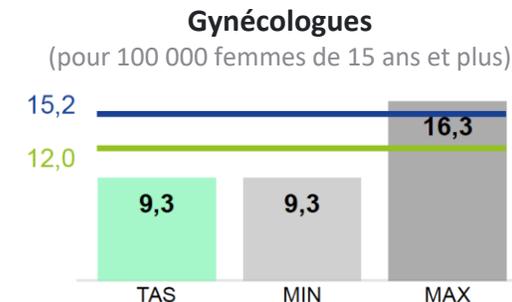
⇒ Une densité de médecins spécialistes moindre qu'en région et qu'en France, la plus faible des TAS, après celui de l'Oise, pour l'ensemble des médecins spécialistes et le classement n'est guère meilleur pour les seuls libéraux (ou mixtes).

⇒ La part des médecins spécialistes de 55 ans et plus est la plus élevée des TAS (54 %) ; avec une part équivalente pour les seuls libéraux, le TAS se classe au 2<sup>e</sup> rang derrière le voisin isarien.

⇒ Concernant les densités de médecins spécialistes libéraux de premier recours, elles ne sont pas bonnes, situant Aisne Haute-Somme au dernier rang des TAS, hormis pour les psychiatres mais la valeur est également très faible.



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

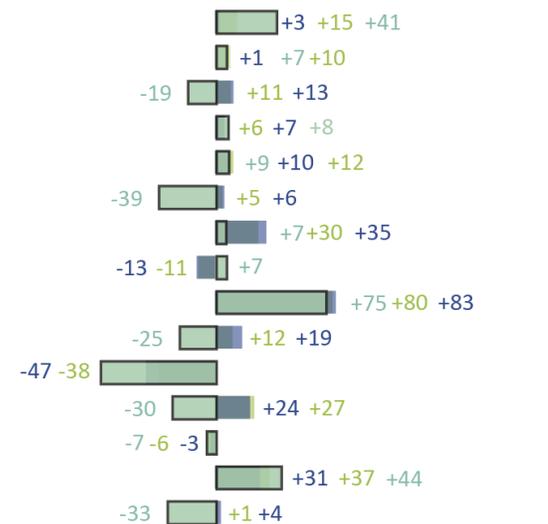
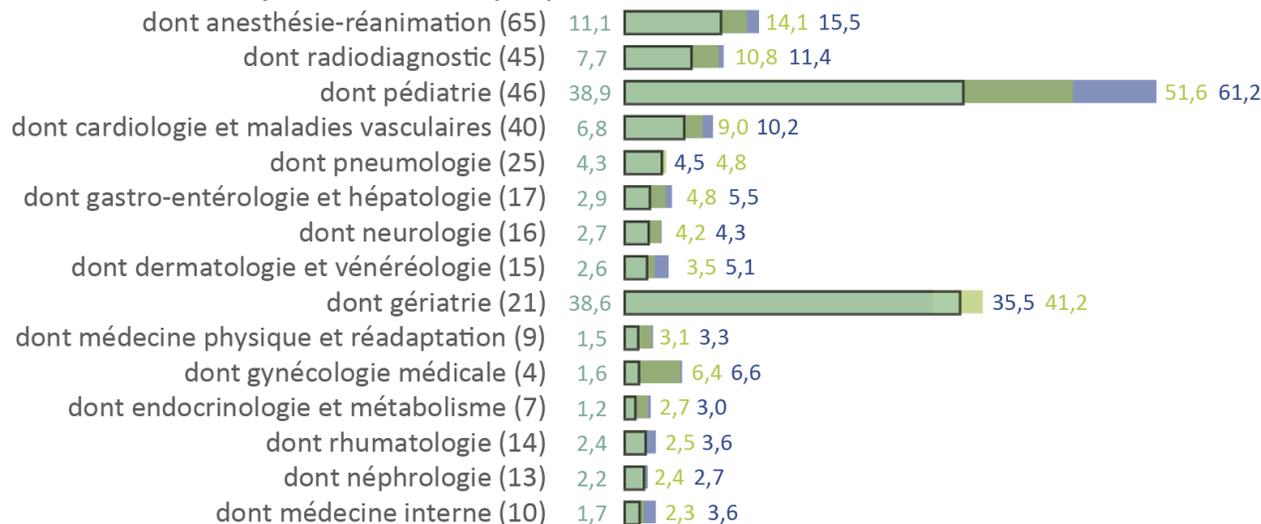


Au 1<sup>er</sup> janvier 2022

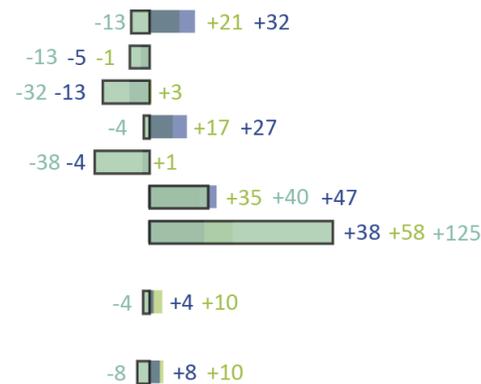
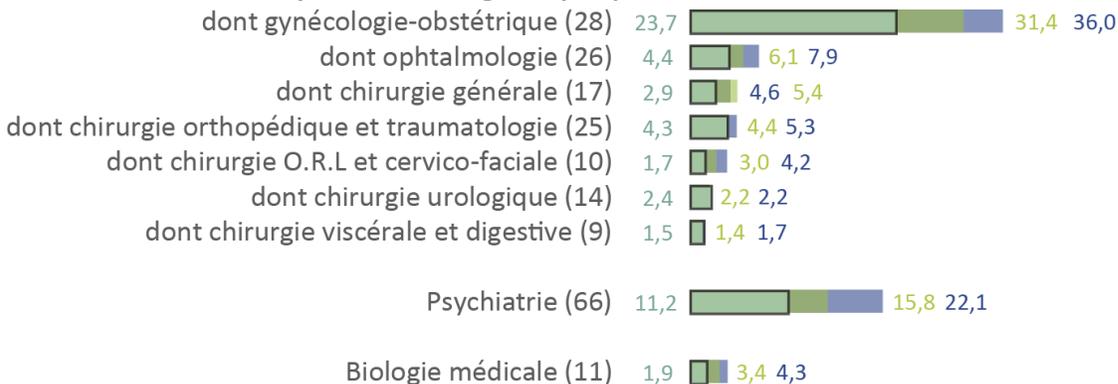
**Densité de médecins\***  
(pour 100 000 habitants)

**Évolution du nombre de médecins**  
depuis 2012 (en %)

**Médecins à spécialité médicale (379)**



**Médecins à spécialité chirurgicale (138)**



■ TAS  
■ Hauts-de-France  
■ France hexagonale

⇒ Les densités de médecins pour les différentes spécialités sont quasiment toujours plus faibles qu'en France et qu'en région. Les différences sont particulièrement marquées pour les pédiatres et les gynécologues. En revanche, la densité est un peu plus élevée qu'en France pour la gériatrie (mais inférieure à la région) et quelques disciplines chirurgicales approchent les valeurs régionales et nationales.

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

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

**246 pharmaciens\***  
dont 94 de 55 ans et plus  
au 1<sup>er</sup> janvier 2022

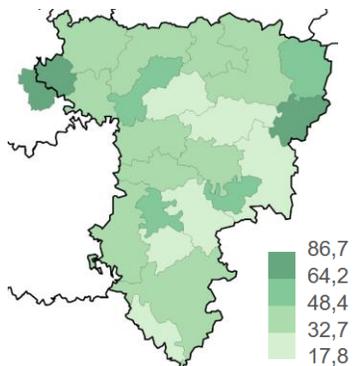
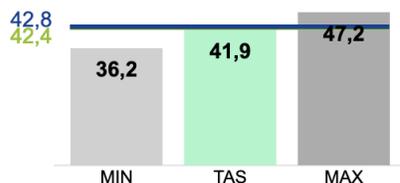
**230 chirurgiens-dentistes\***  
dont 76 de 55 ans et plus  
au 1<sup>er</sup> janvier 2022

**287 masseurs-kinésithérapeutes\***  
dont 53 de 55 ans et plus  
au 1<sup>er</sup> janvier 2020

**1 098 infirmiers\***  
dont 116 de 55-61 ans  
au 1<sup>er</sup> janvier 2021

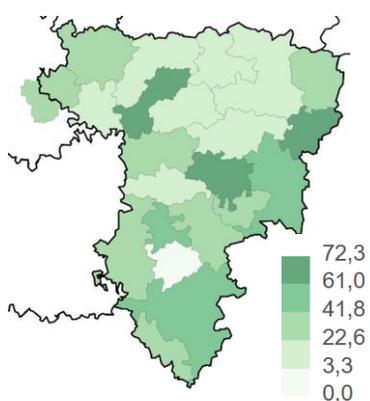
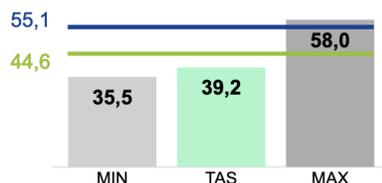
## Densité

(pour 100 000 habitants)



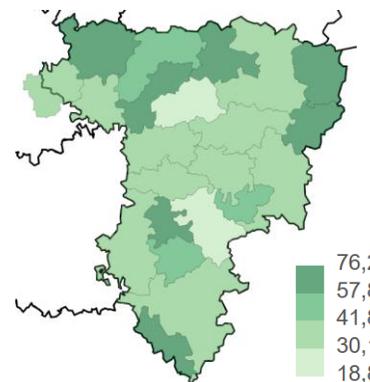
## Densité

(pour 100 000 habitants)



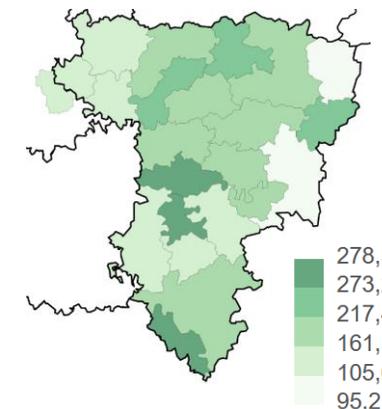
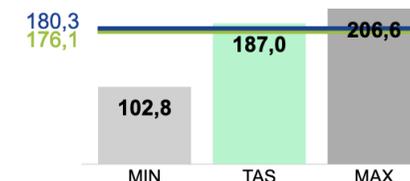
## Densité

(pour 100 000 habitants)



## Densité

(pour 100 000 habitants)



⇒ En regard de la France, une très faible densité de chirurgiens-dentistes, dans le contexte général des Hauts-de-France et une situation guère meilleure pour les masseurs-kinésithérapeutes au dernier rang des TAS.

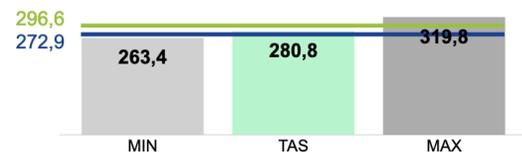
■ TAS Aisne Haute-Somme (TAS) ■ Minimum des TAS (MIN)  
■ France hexagonale (Fr) ■ Maximum des TAS (MAX)  
■ Hauts-de-France (HdF)

\* ayant une activité libérale ou mixte.

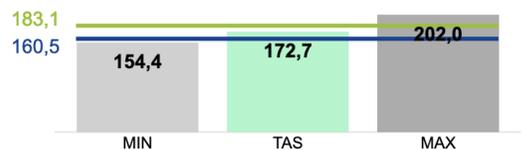
En 2021

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

Ensemble

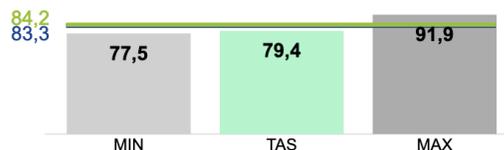


Médecine\*



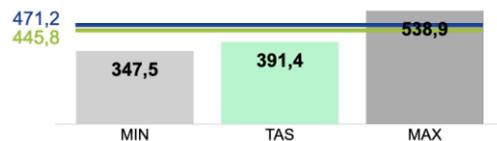
\* dont séjours de techniques peu invasives

Chirurgie

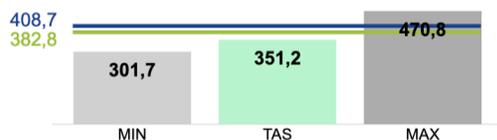


## Taux de séjours en soins de suite ou de réadaptation (SSR)

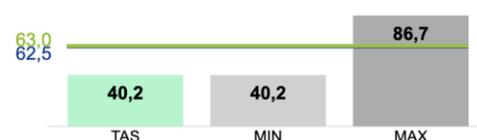
Ensemble



Hospitalisation complète

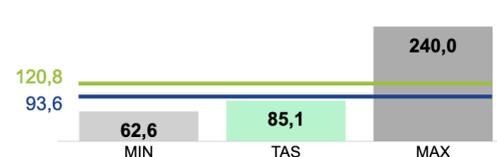


Hospitalisation partielle



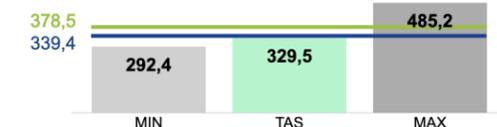
## Taux de journées en hospitalisation à domicile (HAD)

Ensemble

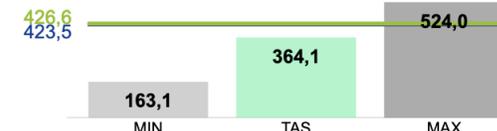


## Taux de soins ambulatoires en psychiatrie

Tous âges

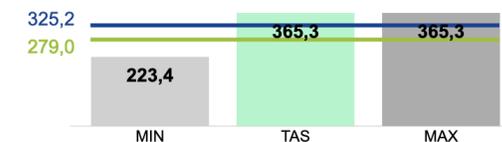


Moins de 17 ans

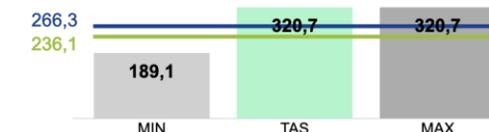


## Taux de journées en psychiatrie

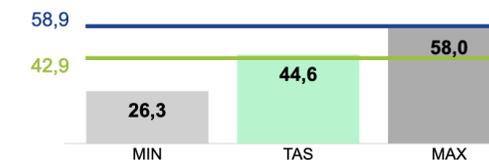
Ensemble



Hospitalisation complète



Hospitalisation partielle



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

- TAS Aisne Haute-Somme (TAS)
- France hexagonale (Fr)
- Hauts-de-France (HdF)
- Minimum des TAS (MIN)
- Maximum des TAS (MAX)

3 170



Nombre annuel  
moyen de décès  
en 2011-2017

+1 129 décès

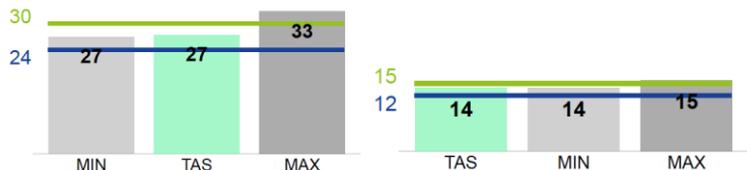
du fait du taux standardisé  
plus marqué dans le TAS  
en regard de celui de la France

3 087



+605 pour les hommes et +524 pour les femmes

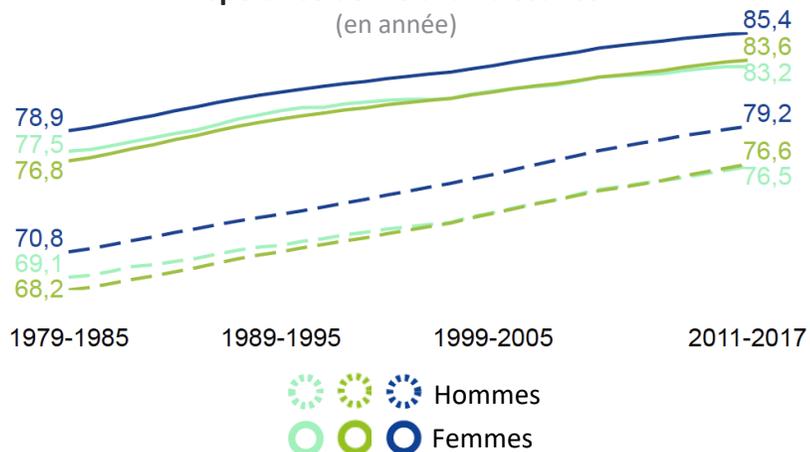
Part des décès de moins de 65 ans (en %)



■ TAS Aisne Haute-Somme (TAS)  
■ France hexagonale (Fr)  
■ Hauts-de-France (HdF)  
■ Minimum des TAS (MIN)  
■ Maximum des TAS (MAX)

Espérance de vie à la naissance

(en année)



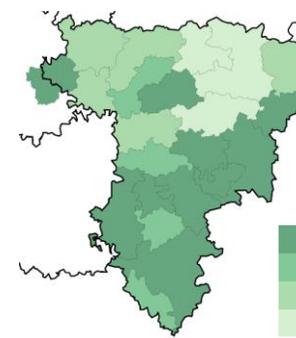
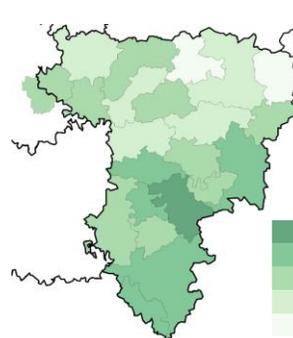
● Hommes  
● Femmes

-2,7 ans



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

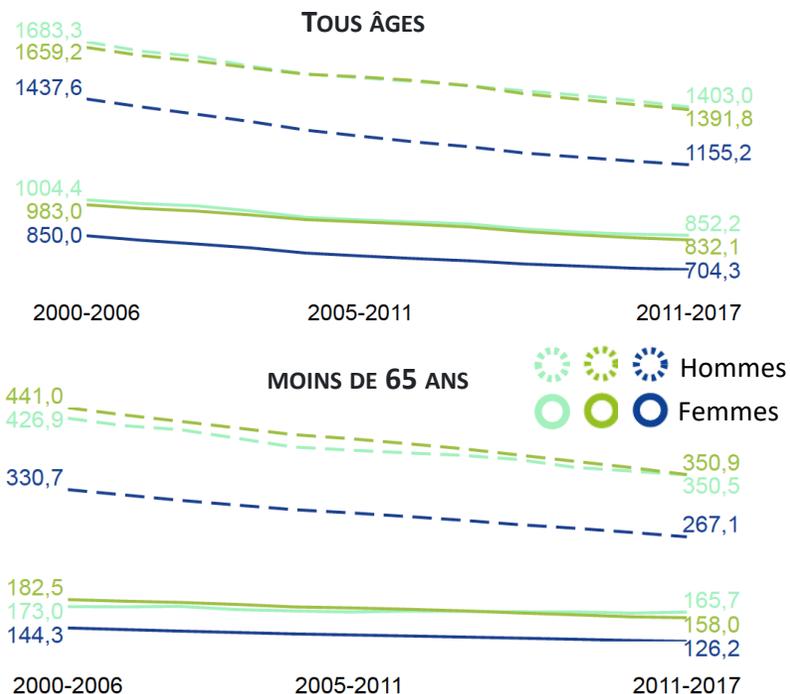
-2.2 ans



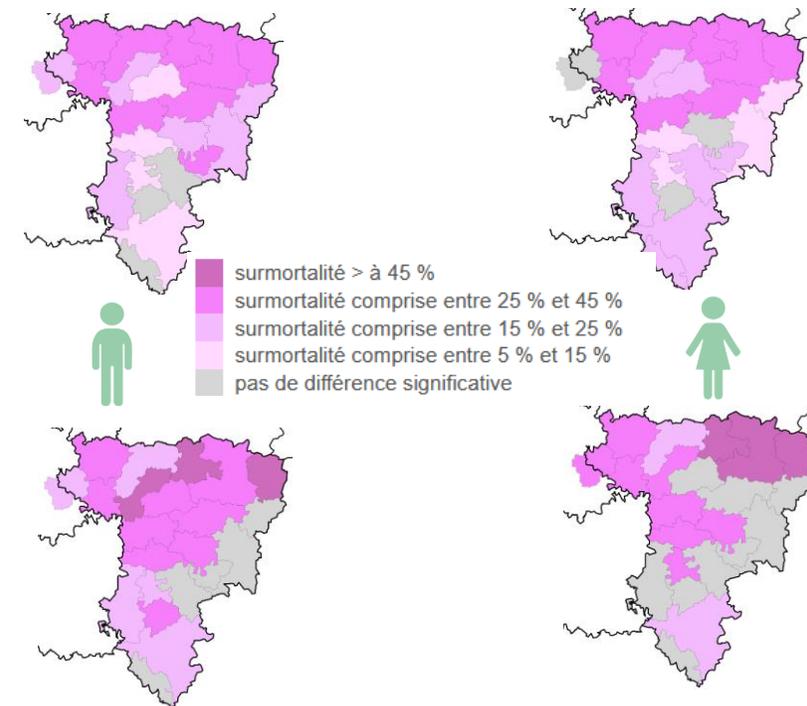
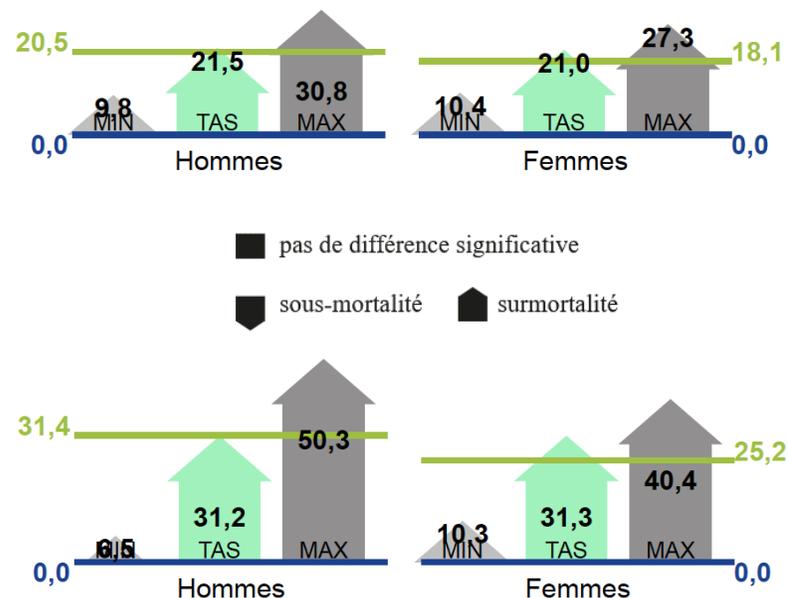
⇒ Tant chez les hommes que chez les femmes, les **espérances de vie à la naissance** sont **plus faibles dans le TAS** que celles observées en France et en Hauts-de-France, ce qui n'était pas le cas par le passé en regard de la région. Ainsi, en 2000-2006, les valeurs masculine et féminine du TAS étaient identiques à celles de la région, voire supérieures les années précédentes bien que toujours inférieures à celles de la France.

⇒ Les **disparités territoriales** sont importantes en termes d'espérance de vie à la naissance comme pour nombre d'indicateurs. En effet, si aucun EPCI ne compte une espérance de vie supérieure à celle du niveau national, les écarts sont cependant importants entre EPCI, notamment entre ceux situés dans la moitié nord et ceux de la partie sud : près de 3 ans chez les femmes et près de 4 ans chez les hommes.

Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)



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



- ⇒ Si la mortalité a diminué au cours du temps, tous âges confondus, la baisse a été moins soutenue dans le TAS qu'en France, impliquant une augmentation du différentiel de mortalité au cours du temps : il est passé de +17 % en 2000-2006 à +22 % en 2011-2017 chez les hommes et de +18 % à +21 % chez les femmes. Les écarts sont importants entre EPCI (à l'image de l'espérance de vie à la naissance), variant entre +7 % et +42 % chez les hommes et entre +5 % et +38 % chez les femmes, les valeurs les plus élevées se trouvant au Nord-Est.
- ⇒ Chez les seuls moins de 65 ans, la diminution a été moins soutenue dans le TAS qu'au niveau national, avec des surmortalités plus élevées de 10 points que tous âges (hommes comme femmes). Les écarts en regard de la France entre EPCI sont plus importants que tous âges, variant entre niveau de la moyenne nationale et +70 % chez les femmes et même +80 % chez les hommes.

## Toutes causes 6 257 décès (+1 129)

### Cancers

**1 674 décès (+220)**

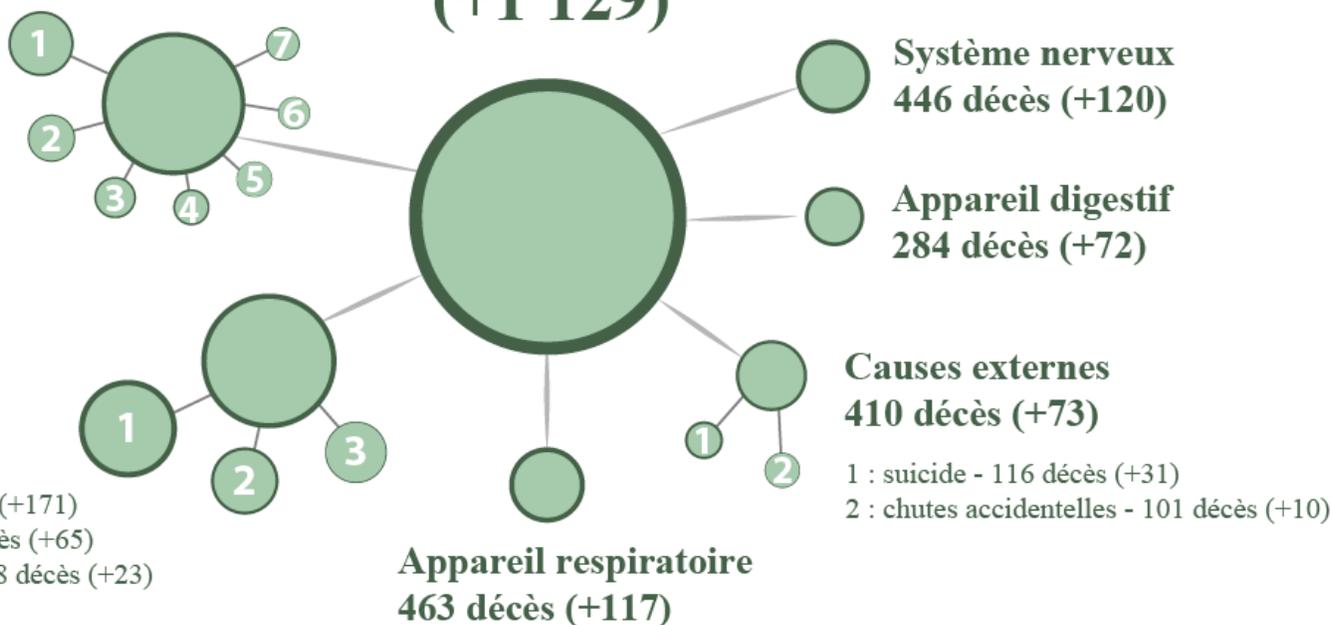
- 1 : trachée, bronches et poumon - 344 décès (+53 ; 260 chez les hommes, +51)
- 2 : côlon-rectum - 181 décès (+22)
- 3 : sein chez les femmes - 139 décès (+27)
- 4 : VADS - 105 décès (+23)
- 5 : pancréas - 103 décès (+6)
- 6 : foie - 84 décès (+7)
- 7 : prostate - 91 décès (+14)

### Maladies cardiovasculaires

**1 483 décès (+225)**

- 1 : insuffisance cardiaque\* - 778 décès (+171)
- 2 : cardiopathies ischémiques - 368 décès (+65)
- 3 : maladies vasculaires cérébrales - 308 décès (+23)

\* considérée en cause principale, causes associées et comorbidités



⇒ Les **cancers** constituent la **première cause de décès** tous sexes confondus : 27 % des décès de personnes domiciliées dans le TAS sont dus à des cancers dans leurs diverses localisations ; les **maladies cardiovasculaires** viennent ensuite avec 24 % des décès.

⇒ En regard de la France, une **forte surmortalité** par **maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif** : 25 % des décès pour ces deux groupes de causes auraient pu être évités si le TAS avait les mêmes niveaux de mortalité que ceux de la France. De nombreux décès auraient pu également être évités pour les **maladies du système nerveux et pour les suicides** : 27 % dans les deux cas.

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

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

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

977



Nombre annuel moyen de décès en 2011-2017

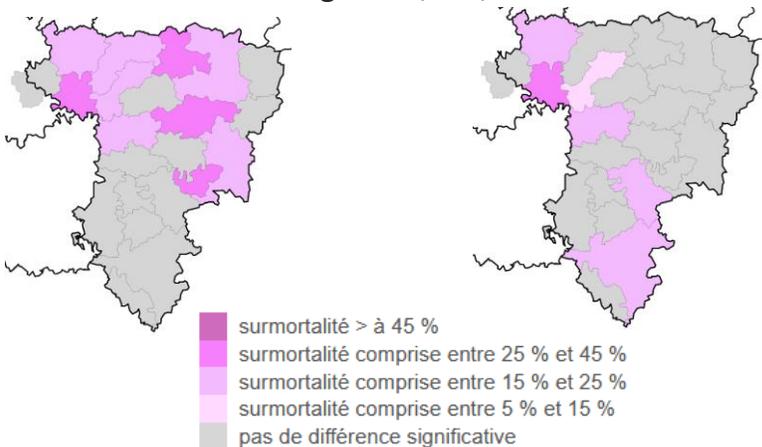
697



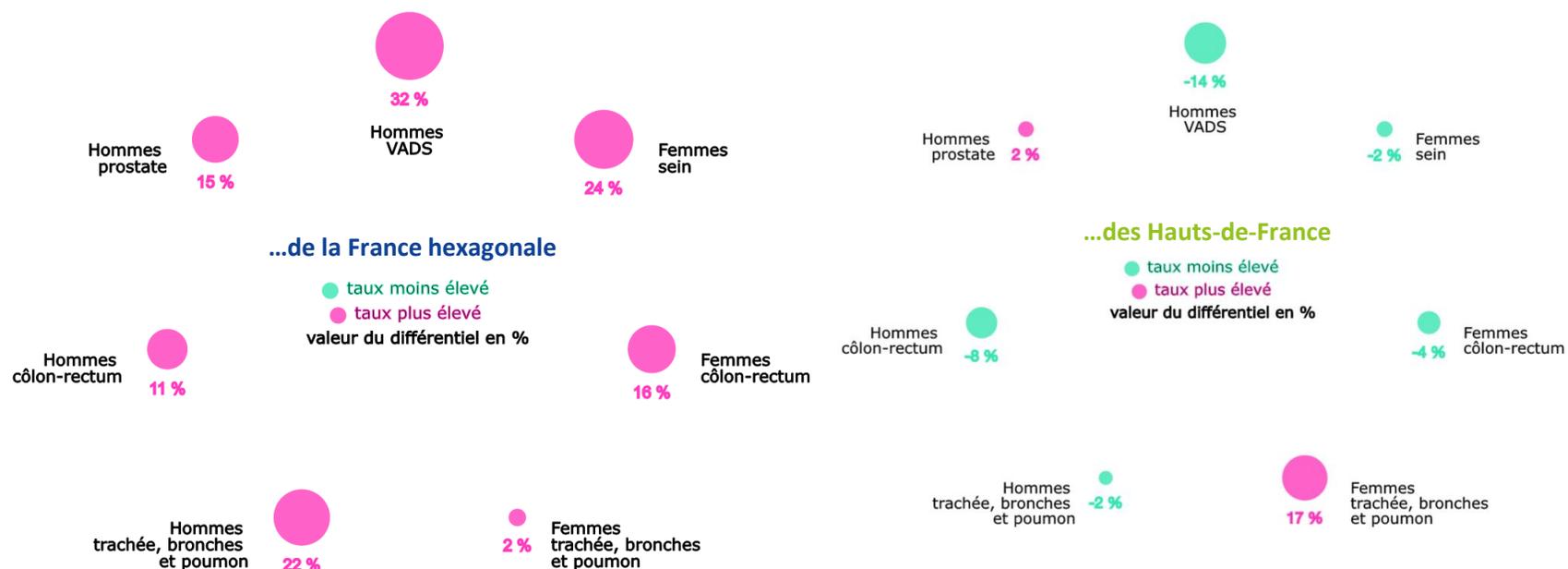
Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)



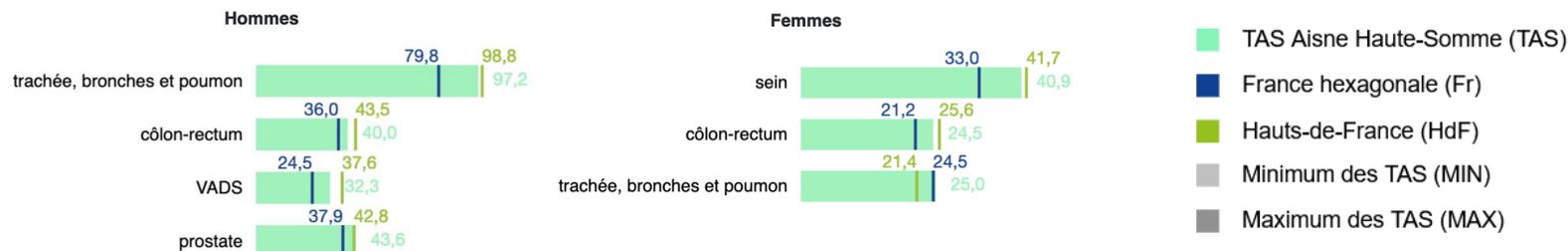
**+15 %** Différentiel de mortalité en regard de la France hexagonale (en %) **+13 %**



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



Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)



## AISNE HAUTE-SOMME

694

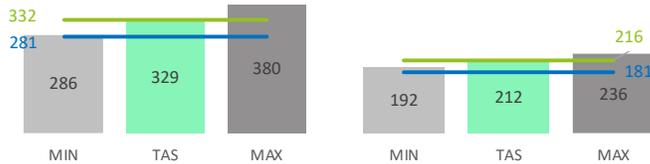


Nombre annuel moyen de décès en 2011-2017

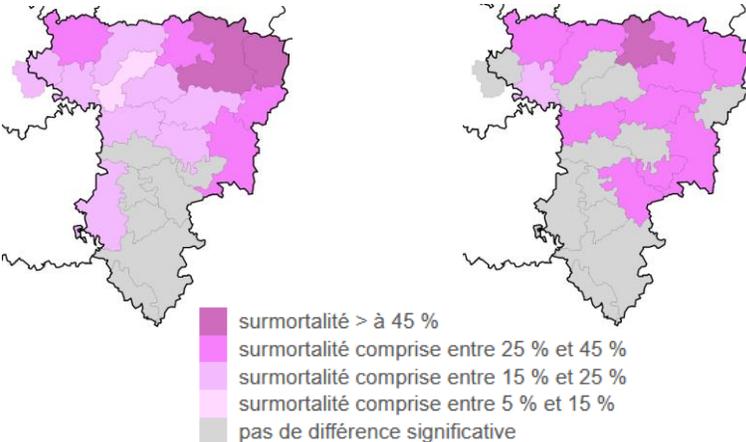
789



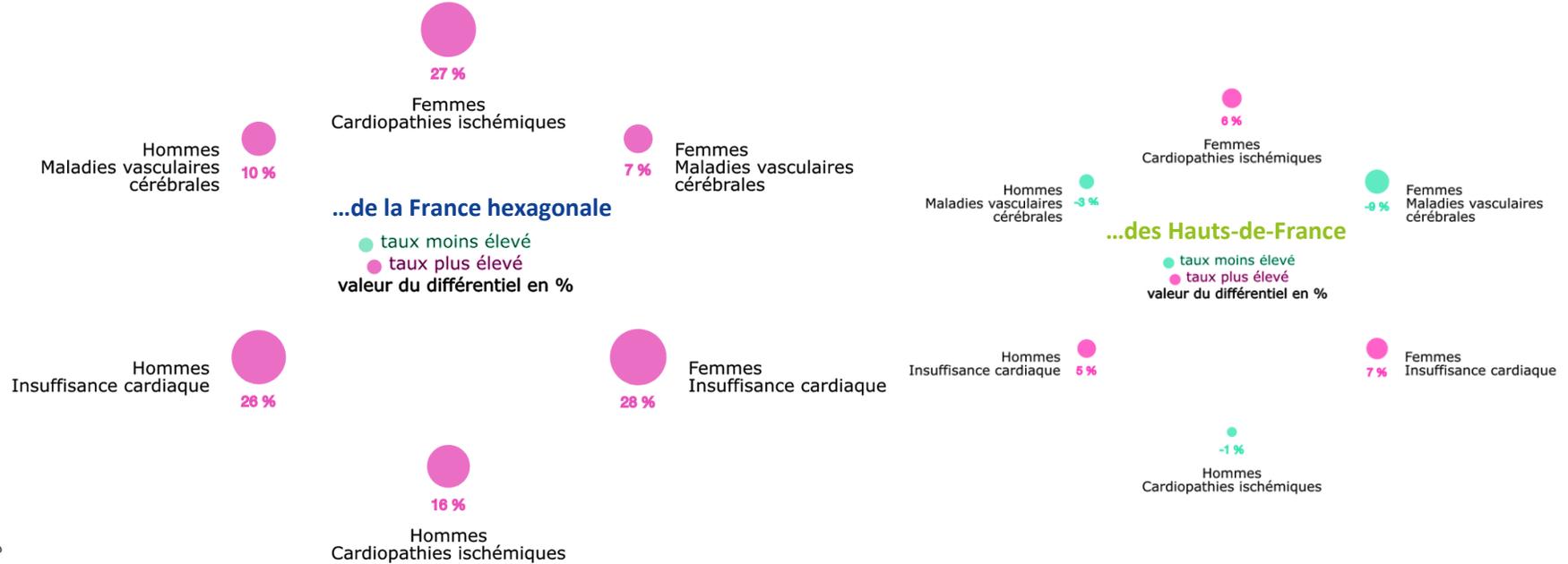
Taux standardisé (pour 100 000 habitants)



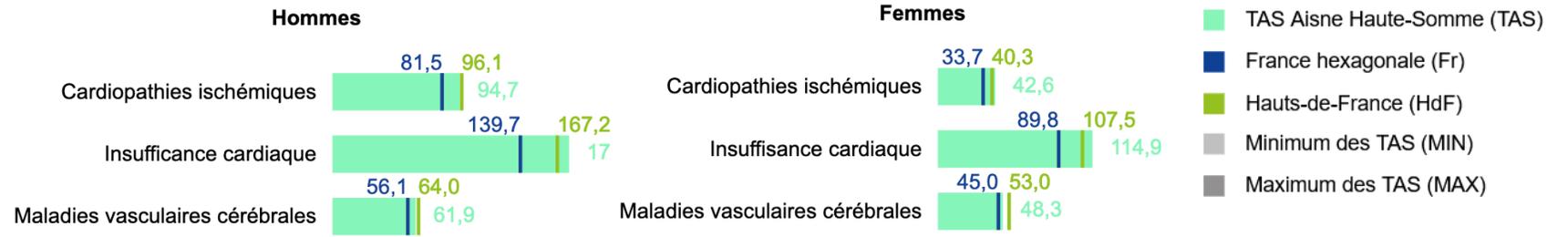
**+17 %** Différentiel de mortalité en regard de la France hexagonale (en %) **+17 %**



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

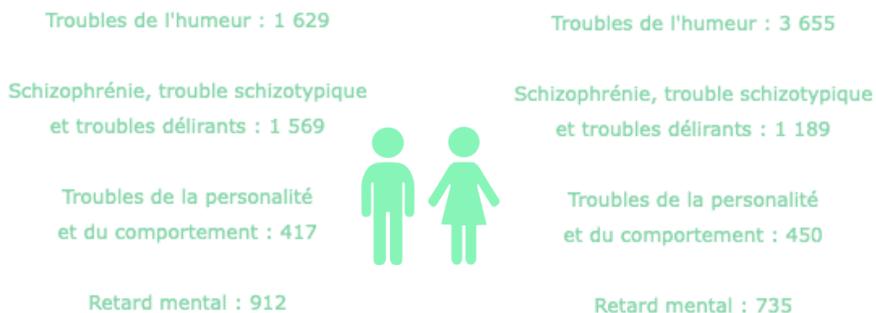


Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)

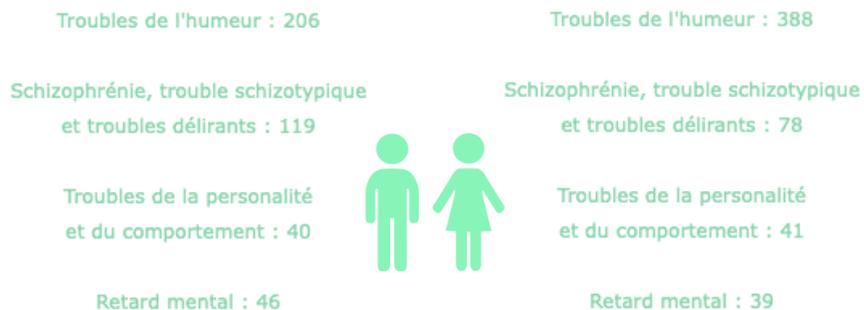


## AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

### Nombre total d'ALD au 31 décembre 2020

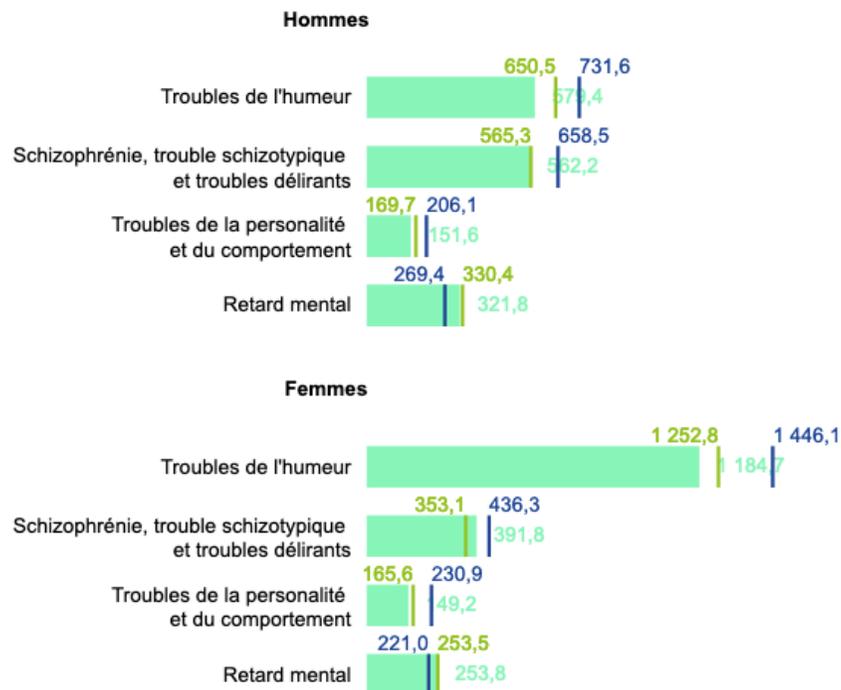


### Nombre annuel moyen d'admission en ALD en 2013-2019 (hormis 2015)

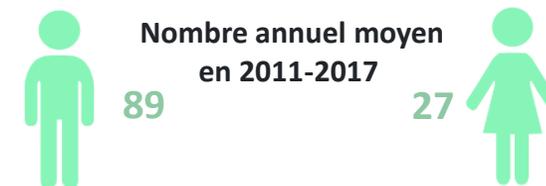


Les données d'affection de longue durée ne reflètent pas la morbidité réelle, mais rendent compte d'une certaine forme de morbidité diagnostiquée. En effet, seules les personnes diagnostiquées et dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certains territoires peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation au regard de la pathologie abordée soit plus favorable sur ces territoires.

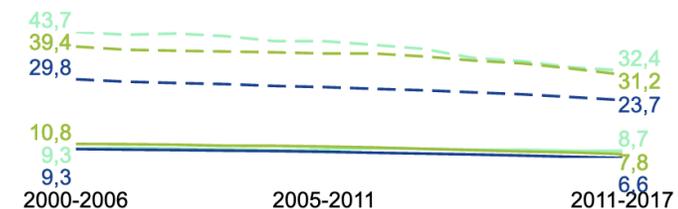
### Taux standardisé du total des ALD au 31 décembre 2020 (pour 100 000 habitants)



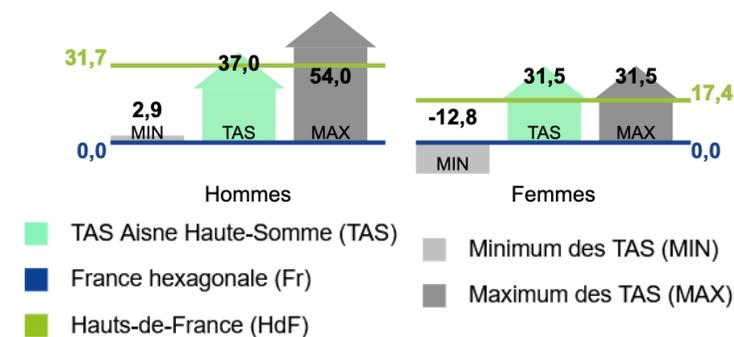
## SUICIDE



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



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



## LICENCES SPORTIVES DÉLIVRÉES, en 2019

Nombre

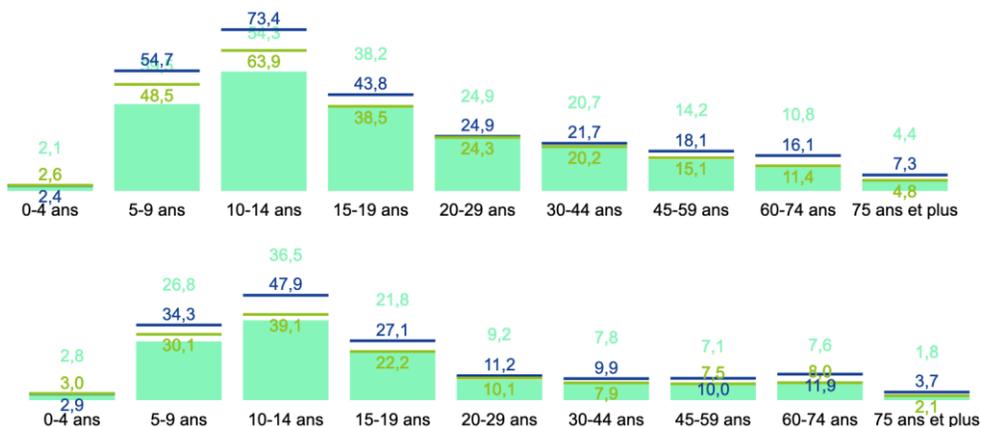
59 031



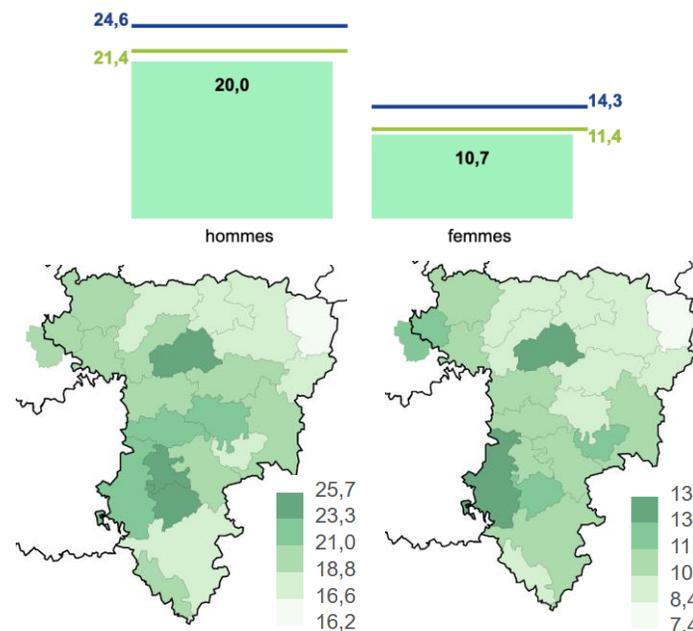
31 872



Taux (en %)



Taux standardisé (en %)

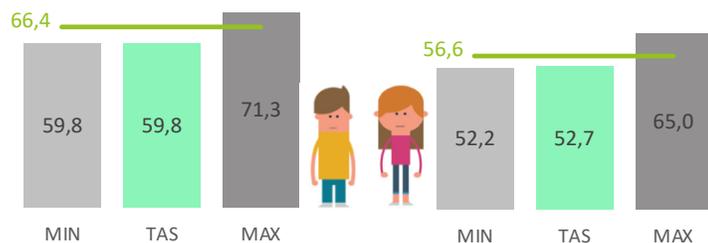


L'activité physique étudiée par le prisme des licences sportives délivrées n'est pas le reflet de l'ensemble de l'activité physique effectuée par la population. Certaines personnes peuvent par exemple avoir une activité physique en salle de sport, dans une association sans nécessairement prendre une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

## ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE CHEZ LES ÉLÈVES DE SIXIÈME

ANNÉES SCOLAIRES 2018-2019 À 2020-2021

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



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

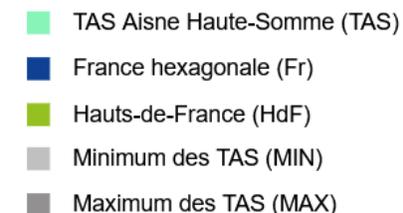
En club, centre de loisir  
41,4 % (48,5 % en région)

À l'école (hors EPS)  
14,1 % (15,4 % en région)

Pratique indépendante  
9,2 % (7,3 % en région)

⇒ En proportion, moins de licences sportives délivrées dans le TAS qu'en France ; quel que soit le groupe d'âge, les parts sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes.

⇒ La pratique du sport des élèves de sixième est la plus faible de tous les TAS chez les garçons et juste derrière le TAS Artois Douaisis chez les filles ; l'écart avec la région est notamment important pour l'inscription dans un club.



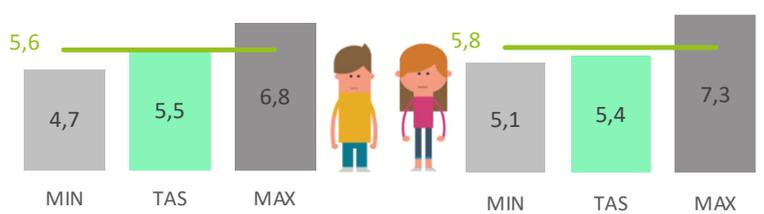
## CORPULENCE

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

en situation de maigreur



en situation d'obésité



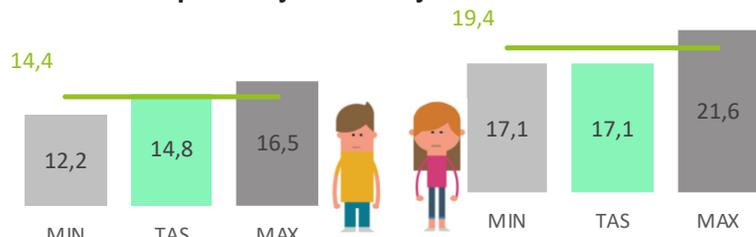
\* les données de poids et de taille reposent sur des informations mesurées par les infirmiers scolaires.

- TAS Aisne Haute-Somme (TAS)
- France hexagonale (Fr)
- Minimum des TAS (MIN)
- Maximum des TAS (MAX)
- Hauts-de-France (HdF)

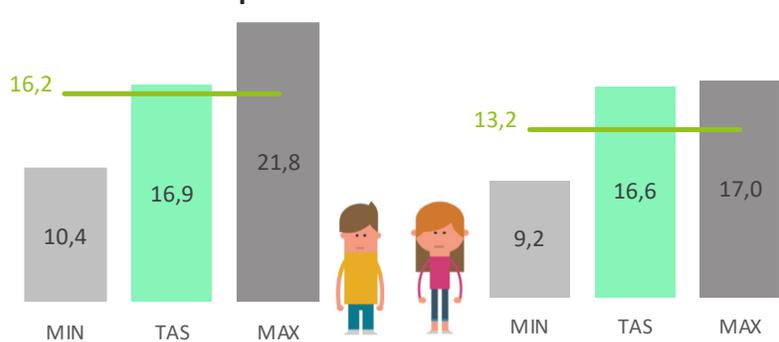
## AUTOUR DE L'ALIMENTATION

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

jamais ou rarement prendre  
de petit déjeuner les jours de classe



consommer quotidiennement des boissons sucrées



## DIABÈTE

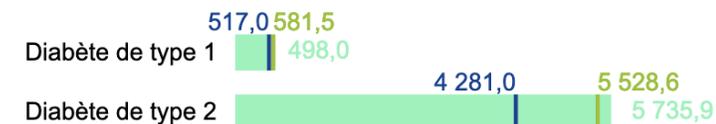
Nombre total d'ALD au 31 décembre 2020

Diabète de type 1 :  
1 572 hommes et 1 343 femmes

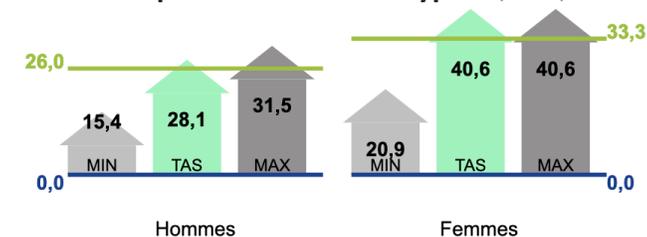
Diabète de type 2 :  
18 484 hommes et 16 423 femmes

Taux standardisé total d'ALD au 31 décembre 2020

(pour 100 000 habitants)



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



⇒ Une situation particulière pour les jeunes de sixième en situation de maigreur : valeur la plus élevée des TAS chez les garçons et la plus faible chez les filles et seul TAS où la part des garçons est supérieur à celle des filles.

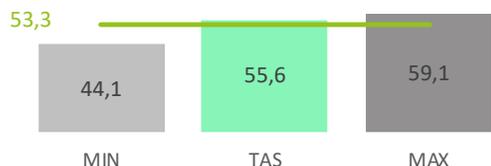
⇒ Comme au niveau régional, un élève de sixième sur douze indique consommer quotidiennement des produits sucrés ou de type snack dans le TAS. La part d'élèves indiquant ne jamais en consommer est en revanche la plus élevée des TAS.

⇒ Que ce soit à travers les données d'ALD (total et admissions) ou de la mortalité\*, les taux de diabète sont les plus élevés des TAS chez les femmes, et en situation guère meilleure chez les hommes.

\* indicateurs de mortalité non présentés dans ce document.

## TABAC

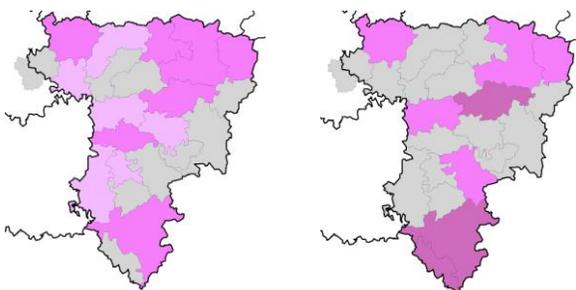
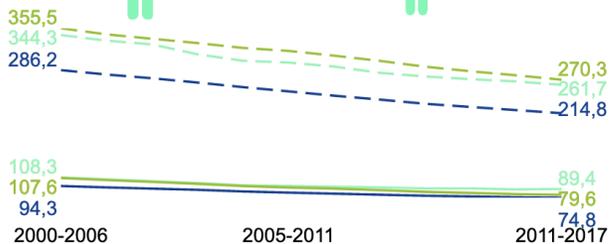
Part d'élèves de sixième déclarant vivre avec au moins un parent fumeur (en %) années scolaires 2018-2019 à 2020-2021



623



321



## ALCOOL

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



181



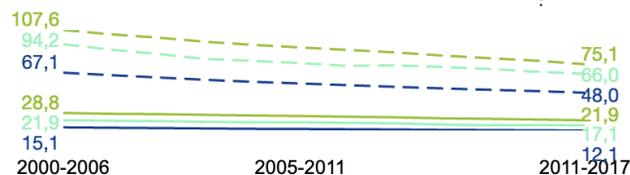
56



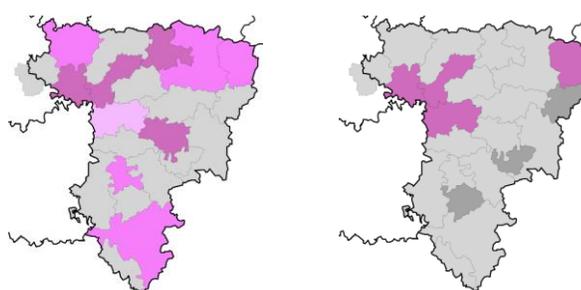
Nombre annuel moyen de décès liés à la consommation

Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)

● Hommes  
● Femmes

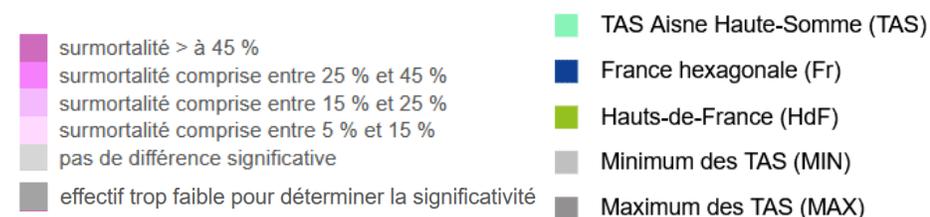


Différentiel de mortalité en regard de la France hexagonale (en %)



⇒ Le TAS présente une part élevée d'élèves de sixième ayant au moins un parent fumeur ainsi que des pourcentages importants concernant les élèves indiquant avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie. Au cours des 12 derniers mois, les pourcentages de consommateurs d'alcool sont de 8 % pour les filles (5 % en région) et de 11 % pour les garçons (9 % en région), ce qui classe Aisne Haute-Somme respectivement aux premier et deuxième rangs des TAS. Pour autant, une large majorité d'élèves pense que l'alcool est dangereux pour la santé : de l'ordre de 97 %, sans différence suivant le sexe.

⇒ La mortalité liée à la consommation d'alcool, certes moindre à celle de la région, présente des différentiels en regard de la France de l'ordre de +40 %, chez les hommes comme chez les femmes. Ces écarts avec le niveau national pour les décès potentiellement imputables au tabac sont réduits de moitié : de l'ordre de +20 % pour chacun des sexes.



# AISNE HAUTE-SOMME

Une répartition de population quelque peu différente de celle de la France avec un indice conjoncturel de fécondité important qui n'empêche pas la décroissance de la population.

Une situation sociale fort dégradée, notamment dans la partie nord avec nombre d'indicateurs s'inscrivant dans ce gradient Nord/Sud.



Des indicateurs de mortalité défavorables, avec des valeurs de l'ordre de celles des Hauts-de-France, tant tous âges que chez les seuls moins de 65 ans...

... avec une dynamique, dans les deux cas, moins bonne qu'au niveau national et des différences sensibles entre EPCI du Nord et du Sud.

Une consommation de soins pas toujours en adéquation avec les problématiques de santé de la population, avec cependant des taux élevés de journées en psychiatrie, notamment en hospitalisation complète.

Une mortalité pour les deux premières causes...

... comprises entre +13 % et +17 % avec le niveau national tous âges et importante pour les maladies des appareils digestif et respiratoire, pour celles du système nerveux ainsi que pour les suicides.

Des densités de professionnels de santé (libéraux comme salariés) très faibles, notamment pour les médecins généralistes, nombre de médecins spécialistes, les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes dans un contexte de diminution au fil du temps plus important qu'aux niveaux national et régional pour nombre d'entre eux.

