





# Éditorial

---

**D**ans un contexte où les enjeux de santé publique s'intensifient et se territorialisent, la connaissance fine des réalités locales devient un levier indispensable pour orienter les politiques régionales. Ce portrait socio-sanitaire, réalisé par l'équipe de l'OR2S en liaison étroite avec les équipes du Conseil régional et de l'agence régionale de santé (ARS), s'inscrit dans cette volonté de mieux comprendre pour mieux agir au plus près des territoires.

Ce panorama est d'autant plus essentiel à l'heure où la Région souhaite concevoir la santé de manière globale, transversale, et véritablement pensée à 360 degrés, afin de concevoir une politique adaptée aux réalités de terrain et contribuant à la réduction des inégalités de santé.

Ce document vient en appui de la dynamique engagée par l'ARS en 2023 lors de la révision de son schéma régional de santé (SRS). Il intervient à un moment charnière : celui du bilan à mi-parcours du SRS, où l'agence renforce ses actions territoriales et affine ses réponses aux besoins identifiés.

Il fait par ailleurs ressortir des enjeux qui trouvent ou trouveront un écho direct dans les schémas et les travaux portés par le Conseil régional, notamment le schéma des formations sanitaires et sociales, le Parlement de la Mer, ou encore le plan régional santé environnement 4<sup>ème</sup> édition (PRSE 4).

Il offre enfin une lecture complémentaire, fondée sur des données actualisées et une approche croisée des dimensions sociales et sanitaires. Il met en lumière les disparités, les fragilités, mais aussi les ressources des territoires, afin de nourrir les réflexions et les coopérations entre acteurs.

Dans une région aussi diverse que les Hauts-de-France, où les écarts d'espérance de vie peuvent être très marqués d'un territoire à l'autre, il est essentiel de disposer d'outils partagés pour construire des réponses adaptées, concertées et durables.

Ce portrait est donc une invitation à la mobilisation collective, à la synergie entre institutions, professionnels et citoyens, pour faire de la connaissance un moteur d'action et de transformation.

**CE PORTRAIT SOCIO-SANITAIRE  
OFFRE UNE LECTURE TRANSVERSALE  
DES RÉALITÉS SOCIALES ET  
SANITAIRES DES HAUTS-DE-FRANCE,  
POUR MIEUX ORIENTER LES ACTIONS  
TERRITORIALES DANS UNE LOGIQUE  
DE COMPLÉMENTARITÉ ET DE  
MOBILISATION COLLECTIVE.**

**ANNE PINON**

Vice-présidente  
Chargée de la santé et des formations sanitaires  
Conseil régional Hauts-de-France

**HUGO GILARDI**

Directeur général  
Agence régionale de santé des Hauts-de-France





# SOMMAIRE

<b>P. 1</b>	<b>ÉDITORIAL</b>
<b>P. 5</b>	<b>INTRODUCTION</b>
<b>P. 7</b>	<b>SITUATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE</b>
p. 8	Population
p. 10	Composition des ménages
p. 11	Naissances et fécondité
p. 12	Éducation, emploi et revenus
p. 14	Prestations sociales
<b>P. 15</b>	<b>OFFRE ET CONSOMMATIONS DE SOINS</b>
p. 16	Médecins généralistes
p. 18	Médecins spécialistes en accès direct
p. 19	Médecins spécialistes
p. 20	Pharmaciens
p. 20	Autres professionnels de santé
p. 22	Établissements de santé
<b>P. 25</b>	<b>ÉTAT DE SANTÉ, DÉTERMINANTS DE SANTÉ, PRÉVENTION</b>
p. 26	Espérance de vie
p. 27	Spécificités liées à la Covid-19
p. 28	Mortalité toutes causes
p. 29	Mortalités prématurée et infantile
p. 30	Vue d'ensemble des pathologies
p. 32	Répartition des causes de décès
p. 34	Cancers
p. 36	Localisations cancéreuses
p. 38	Cancer bronchopulmonaire
p. 40	Cancer du côlon-rectum
p. 42	Cancer des VADS
p. 44	Cancer de la prostate
p. 46	Cancer du sein
p. 48	Cancer de l'utérus
p. 50	Maladies cardiovasculaires
p. 53	Diabète
p. 54	Maladies respiratoires
p. 56	Troubles et maladies psychiatriques
p. 59	Suicide
p. 60	Maladies neurodégénératives
p. 62	Alcool
p. 63	Tabac
p. 64	Mortalité évitable
<b>P. 65</b>	<b>SYNTHÈSE</b>
<b>P. 67</b>	<b>ANNEXES</b>
p. 68	Contexte et méthodologie
p. 69	Cartographie des EPCI
p. 70	Zone rurale et secteur urbain
p. 71	siglaire



# INTRODUCTION

# AU

1<sup>er</sup> janvier 2026, d'après les estimations et les projections de l'Insee, la population des Hauts-de-France sera de 5,95 millions d'habitants. Après avoir atteint un sommet en 2015, la population a commencé à diminuer. Elle n'aura ainsi dépassé les 6 millions d'habitants que pendant la période 2014-2019. Cette décroissance est notamment le fait du solde naturel en très forte baisse en dix ans, étant passée de 20 000 habitants en 2015 à dix fois moins en 2024. En France hexagonale, la diminution est encore plus conséquente, puisque les premières estimations de l'Insee pour 2025 font état d'une négativité de ce solde pour la première fois depuis la Seconde Guerre mondiale. Malgré cette baisse, les Hauts-de-France demeurent en 2024 au cinquième rang des régions les plus peuplées de France et au deuxième rang pour sa densité. Concernant la répartition par âge, la région se caractérise par la proportion la plus élevée de jeunes : près d'un quart a moins de 25 ans. Toutefois, l'indice conjoncturel de fécondité, qui se rapproche désormais de celui de l'ensemble du pays, va avoir mécaniquement pour effet une réduction de cette part dans les années à venir. À l'autre extrémité de la pyramide, un habitant sur onze a, pour le moment, 75 ans ou plus, la deuxième proportion la plus faible après la région francilienne. Il est crucial de garder à l'esprit ces particularités démographiques avant de mener toutes analyses dans les domaines de la santé et du social, celles-ci dépendant directement de la structure de la population.

L'autre aspect essentiel pour approcher au mieux ces analyses est de porter un regard sur les spécificités infrarégionales. En effet, à l'instar des autres régions, les Hauts-de-France ne sont pas homogènes pour nombre d'indicateurs, qu'ils soient de nature démographique, à caractère social ou marqueur sanitaire. Ainsi, à titre d'exemple, l'accroissement de la population scinde la région en deux parties : une zone centrale (hormis Amiens) qui perd de la population et une zone des périphéries qui voit, pour sa plus grande partie, en gagner. De façon plus générale, une opposition est aussi retrouvée entre zone rurale et secteur urbain. Ainsi, le chômage ou les revenus sont, à titre d'exemple, des informations fortement différenciées par ce découpage. L'offre de soins est également dépendante des territoires dans lesquels les différents professionnels de santé sont plus ou moins présents. De même, pour les indicateurs de santé où des différences importantes existent. Ainsi, l'espérance de vie, indicateur synthétique de mesure de l'état de santé d'une population, et ce, quel que soit l'âge de départ, met en évidence de nombreuses disparités, notamment en fonction du sexe (bien connues) et du territoire, tant au sein des Hauts-de-France qu'en France hexagonale, ainsi que dans les autres régions.

**UNE RÉGION QUI SE DIFFÉRENCIE  
DE MOINS EN MOINS  
DE LA MOYENNE NATIONALE  
EN TERMES DE COMPORTEMENT,  
À L'IMAGE DES FEMMES  
ET DE LEUR FÉCONDITÉ,  
MAIS QUI DEMEURE  
AVEC DES INDICATEURS  
SOCIOSANITAIRES  
PARMI LES PLUS DÉGRADÉS  
DES RÉGIONS DE L'HEXAGONE**

De façon plus générale, les aspects de santé, qui sont proposés sous différents angles dans ce document, permettent de constater combien la région a du retard au regard de ses homologues et, de fait, de la France hexagonale. Reposant sur les dernières données disponibles, ce document permet de mesurer les faiblesses (nombreuses), mais aussi les forces (il en existe aussi) des Hauts-de-France sur lesquelles il se doit de faire reposer les actions à mettre en œuvre pour que les comportements, qui s'homogénéisent parallèlement à la conjoncture nationale, soient également vecteurs d'autres changements positifs régionaux.







# Situation sociodémographique

Marqués par une combinaison de fragilités structurelles et de disparités territoriales, les Hauts-de-France connaissent une situation sociale plutôt défavorable au regard des autres régions de France hexagonale. Pour ce qui est des aspects démographiques, ils se situent au cinquième rang des régions les plus peuplées et au deuxième pour la densité. L'indice de vieillissement est parmi les plus faibles, du fait des poids des moins de 20 ans et des 75 ans et plus qui en font l'une des plus jeunes régions de France.

Les contrastes entre secteur urbain et zone rurale sont marqués, notamment en ce qui a trait à la composition de la population. En effet, le premier type d'habitat concentre les personnes âgées, les familles monoparentales, les jeunes peu scolarisés et les ménages dont l'activité est limitée. Pour ce qui concerne l'indice conjoncturel de fécondité, bien qu'encore supérieur à la moyenne nationale, il atteint un niveau historiquement bas, avec un recul plus marqué dans le secteur urbain. Par ailleurs, l'âge moyen des mères à la naissance de leur enfant continue de progresser à l'instar du reste de la France.

Sur le plan éducatif et économique, la région présente un niveau de diplôme dans l'ensemble faible, une forte proportion de jeunes sortis du système scolaire avec un faible niveau de qualification, ainsi qu'un taux de chômage élevé à tous les âges, particulièrement chez les 15-24 ans, puisque près d'un jeune sur trois est concerné. Le revenu moyen par foyer fiscal est le plus faible des régions de France, avec de fortes disparités infrarégionales, notamment entre secteur urbain et zone rurale. Enfin, les Hauts-de-France comptent la plus grande part de foyers percevant des prestations sociales, avec des taux d'allocataires du RSA les plus élevés du pays.

**UNE SITUATION DÉMOGRAPHIQUE QUI FAIT DES HAUTS-DE-FRANCE UNE RÉGION JEUNE, MAIS MARQUÉE PAR DE NOMBREUSES FRAGILITÉS SOCIALES AVEC, QUI PLUS EST, DE GRANDES DISPARITÉS TERRITORIALES**





# Population

## UNE POPULATION QUI RESTE JEUNE...

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la population recensée des Hauts-de-France est de 5 998 916 habitants. Après avoir atteint un sommet en 2015, avec plus de six millions d'habitants, la population a diminué ensuite. Cette tendance est confirmée par les projections de l'Insee, estimant l'effectif à 5 973 933 personnes au 1<sup>er</sup> janvier 2025. Malgré cette légère baisse, les Hauts-de-France demeurent la cinquième région la plus peuplée de France et la deuxième plus dense en 2021 avec 188,6 habitants par km<sup>2</sup> (contre 121,1 pour la France hexagonale).

Sur le plan générationnel, comme permet de le visualiser la pyramide des âges ci-contre, la région se caractérise par une proportion élevée de jeunes : 31,3 % de la population ont moins de 25 ans, la plaçant en deuxième position des valeurs les plus élevées juste derrière l'Île-de-France (31,9 %). À l'autre extrémité de la pyramide, seuls 19,0 % des habitants ont 65 ans et plus, la deuxième proportion la plus faible après celle de la région francilienne. L'écart entre les deux groupes d'âge est accentué en secteur urbain dans les Hauts-de-France : 31,9 % ayant moins de 25 ans et 18,9 % 65 ans ou plus. Par ailleurs, le partage des populations entre secteur urbain et zone rurale se fait de façon différenciée : un gros cinquième vit en zone rurale dans la région contre plus d'un quart en France hexagonale, hors unité urbaine de Paris. Finalement, il est important de noter que la région et la France ont connu un creux notable dans la natalité chez les 22-31 ans dans les années quatre-vingt-dix. Cette baisse est plus étendue en France hexagonale, chez les 19-31 ans, et est particulièrement marquée en zone rurale en raison des départs pour les études ou le travail dès 18 ans, que ce soit dans les Hauts-de-France ou en France.

## ... CE QUI ENTRAINE UN INDICE DE VIEILLISSEMENT FAIBLE AU REGARD DES AUTRES RÉGIONS...

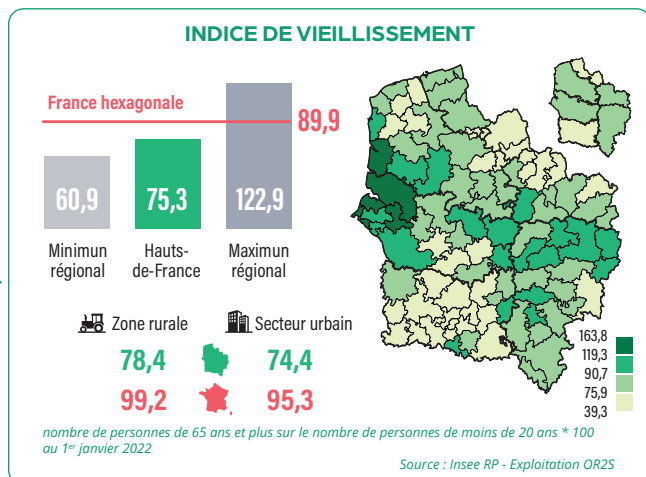
Compte tenu de la répartition de la population mentionnée ci-dessus, l'indice de vieillissement<sup>1</sup> des Hauts-de-France est le deuxième plus faible des régions de l'Hexagone, juste après celui d'Île-de-France (respectivement 75,3 et 60,9) ; la valeur de la France hexagonale est de 89,9.



Comme le montre la carte ci-contre au 1<sup>er</sup> janvier 2022, il existe de fortes variations entre les EPCI : nombre de ceux de l'Oise et du Nord affichent des indices inférieurs à 70, tandis que ceux de la partie sud du littoral dépassent les 110. Plus largement, des valeurs élevées sont observées sur le nord de l'Aisne et à l'ouest et l'est de la Somme. L'écart de 15 points entre la région et la France passe ainsi à 21 points pour les différences suivant le type d'habitat comparable entre les deux unités géographiques. Ainsi, l'indice de vieillissement est, en zone rurale, de 78,4 en région et de 99,2 en Hexagone ; en secteur urbain, les valeurs sont respectivement de 74,4 et de 95,3 (hors UU de Paris).

## ... DE MÊME QUE LE RAPPORT DE DÉPENDANCE

Le rapport de dépendance<sup>2</sup> au 1<sup>er</sup> janvier 2022 des Hauts-de-France est quant à lui de 79,4, soit le troisième rapport le plus faible des régions derrière ceux des voisins du Grand Est (77,8) et d'Île-de-France (68,3) ; il est proche de la moyenne nationale (79,7). Comme pour l'indice de vieillissement, la moyenne nationale masque des disparités suivant le type d'habitat. Ainsi, la France urbaine (hors unité urbaine de Paris) présente un rapport de dépendance de 81,7 et la France rurale de 84,0 ; ces deux rapports sont plus faibles dans les Hauts-de-France, 79,4 en secteur urbain et de 79,5 en zone rurale. Au niveau infrarégional, les valeurs les plus faibles sont retrouvées dans la principale ville de la région (Lille – 72,1), suivies de près par la seconde (Amiens – 73,9) et dans des EPCI de l'Oise (moins de 75).



<sup>1</sup> Nombre de personnes de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de moins de 20 ans \* 100.

<sup>2</sup> Nombre de personnes de moins de 20 ans et de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de 20-64 ans \* 100.

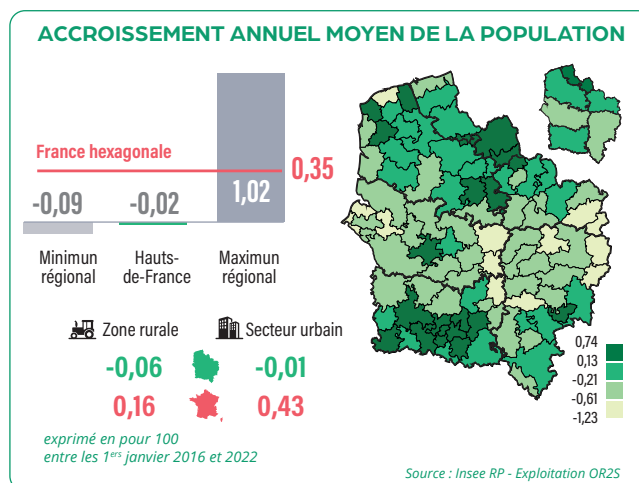
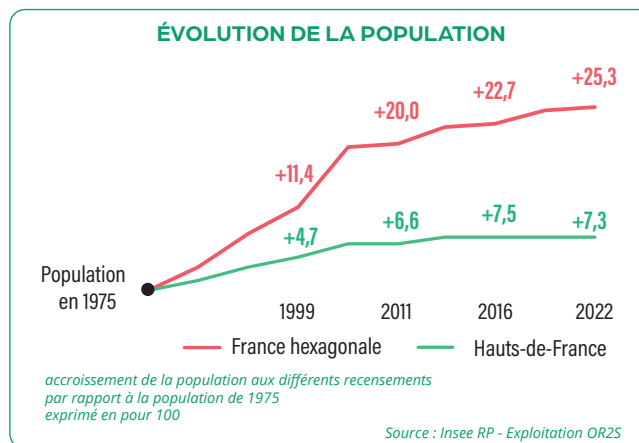


## UNE POPULATION QUI DIMINUE DEPUIS 2015...

Le taux d'accroissement annuel moyen<sup>1</sup> de la population des Hauts-de-France pour la période allant de 1975 à 2022 est de +0,15 %, ce qui en fait la troisième augmentation la plus faible des régions hexagonales, à quasi-égalité avec sa voisine du Grand Est et au-dessus de la Bourgogne-Franche-Comté (+0,14 %) ; le taux est de +0,48 % en France hexagonale sur cette même période. Toutefois, comme cela a été mentionné en page ci-contre, l'augmentation régulière de la population s'est arrêtée en 2015. Ainsi, les Hauts-de-France font partie des deux régions ayant vu leurs effectifs diminuer : -0,02 % comme taux d'accroissement annuel moyen entre 2015 et 2022, à comparer à celui de Bourgogne-Franche-Comté (-0,09 %). En revanche, sur la même période, la croissance reste de mise au niveau national (+0,35 %). Il est de plus à noter qu'entre les 1<sup>ers</sup> janvier 2022 et 2025 (dernières estimations de l'Insee), cette tendance perdure, puisque ce sont les deux mêmes régions qui continuent de perdre de la population, auxquels s'ajoutent le Grand Est ; les Hauts-de-France enregistrant la plus conséquente après la Bourgogne-Franche-Comté et le Grand Est : respectivement -0,14 %, -0,13 % et -0,10 %.

## ... AVEC DES DISPARITÉS INFRARÉGIONALES

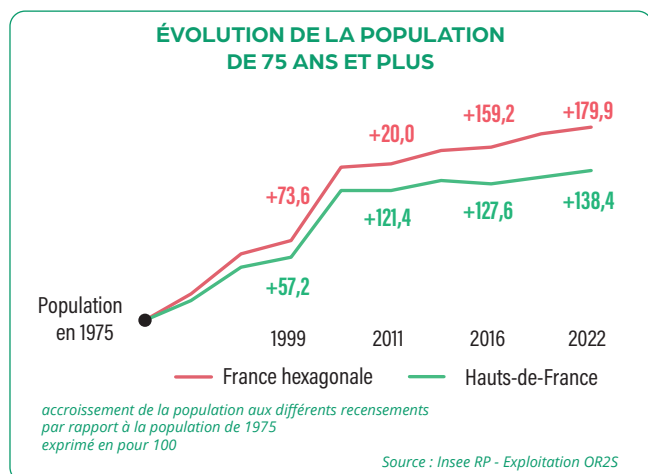
La zone rurale et le secteur urbain des Hauts-de-France connaissent une baisse de leur population sur la période 2016-2022, respectivement de -0,06 % et -0,01 %. En France hexagonale, les taux d'accroissement annuels moyens pour ces deux types d'habitat sont bien plus élevés et différenciés, respectivement +0,16 % et +0,43 %. Toujours sur la période 2016-2022, au niveau infrarégional, il existe de fortes disparités quant au taux d'accroissement annuel moyen, seulement un tiers des EPCI présentant un taux positif. La Somme et l'Aisne sont les deux départements de la région qui comptabilisent le plus grand nombre d'EPCI ayant vu leur population diminuer : de l'ordre de plus de cinq EPCI sur six. C'est dans un EPCI de la Somme où la baisse la plus importante est relevée, à savoir la CC des Villes Sœurs avec un taux d'accroissement négatif (-1,23 %). Seul, le département de l'Oise comptabilise un nombre d'EPCI présentant une croissance positive supérieur au nombre d'EPCI se trouvant en décroissance avec un gradient plutôt marqué Sud/Nord. Par ailleurs, il est à noter que, bien que leur population ait augmenté depuis 2015, cette croissance demeure modeste en regard de certaines autres communautés de communes, avec un maximum de +0,74 % pour la CC Pévèle-Carembault.



## UNE DIMINUTION DE LA POPULATION DES MOINS DE 25 ANS PARALLÈLE À UNE AUGMENTATION DE CELLE DES 75 ANS ET PLUS

Enregistrant une croissance annuelle moyenne de -0,60 % entre les recensements de 1975 et 2022, les Hauts-de-France se situent à la troisième place des régions françaises hexagonales avec le taux de décroissance démographique des moins de 25 ans le plus élevé, derrière le Grand Est (-0,76 %) et la Bourgogne-Franche-Comté (-0,71 %) ; ce taux est de -0,22 % en France hexagonale. Selon les estimations de l'Insee au 1<sup>er</sup> janvier 2025, il est inférieur (-0,95 %), et fait des Hauts-de-France la région présentant la valeur la plus faible.

Entre les recensements de 1975 et 2022, le nombre de personnes de 75 ans et plus a augmenté de 1,87 %, mais cela demeure moindre à ce qui s'est passé dans l'ensemble du pays, puisqu'il s'agit de la deuxième progression la plus faible quasi à égalité avec l'Île-de-France. L'augmentation sur la même période en France est de 2,22 % et est même de 2,73 % en Bretagne, région présentant la valeur la plus élevée. Toutefois, la tendance s'est inversée entre 2022 et 2025, puisque le taux d'accroissement annuel moyen des 75 ans et plus est le second plus élevé de toutes les régions hexagonales : +3,58 % contre +3,11 % pour la moyenne nationale, le taux en Île-de-France atteignant 3,77 %. La population apparaît ainsi comme de plus en plus vieillissante à travers, depuis 1975, ce double constat : la population des jeunes ne cesse de diminuer, tandis que celle des plus de 75 ans augmente de façon régulière.



<sup>1</sup> Permet de calculer le taux d'évolution moyen sur une durée de n années, il s'agit de la racine n-ième du rapport entre la population finale et la population initiale moins 1. Il est exprimé en pourcentage.



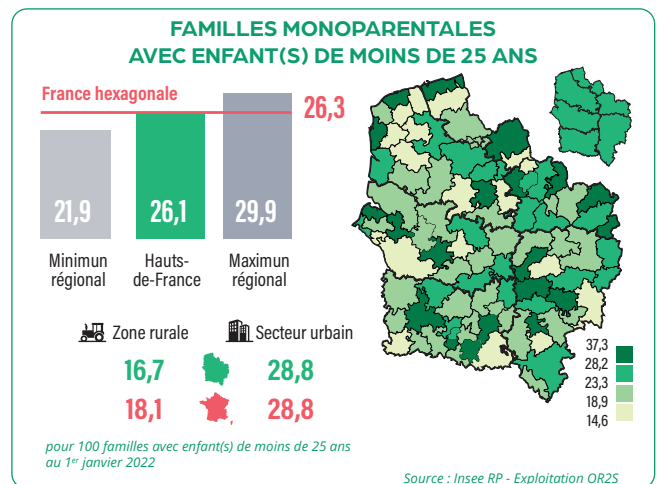
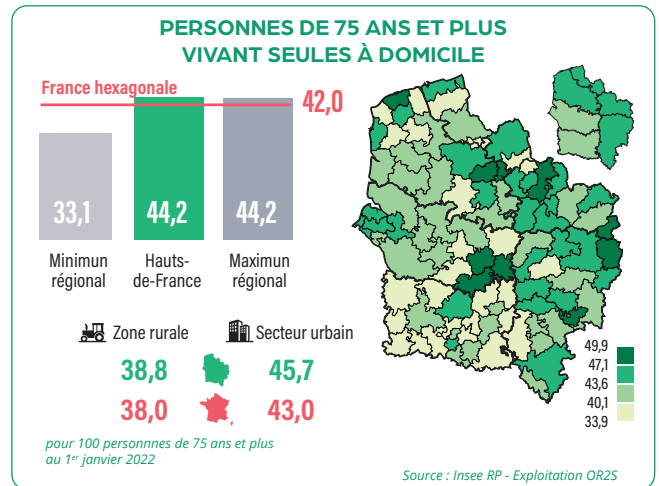
# Composition des ménages

## LES 75 ANS ET PLUS VIVANT SEULS À DOMICILE PLUS NOMBREUX EN SECTEUR URBAIN

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, comme le montre l'illustration ci-contre, les Hauts-de-France se situent au premier rang des régions de l'Hexagone pour la part de personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile (44,2 %), devançant la Normandie (43,4 %) et l'Île-de-France (43,3 %). Onze ans auparavant, les Hauts-de-France se trouvaient déjà à la première place ex æquo avec la région francilienne. Toutefois, les deux évolutions différentes au cours de cette période (respectivement de -2,4 % et de -4,5 %) expliquent le différentiel désormais. Un écart sensible existe suivant le type d'habitat, plus marqué en région que dans l'Hexagone. Au niveau infrarégional, les EPCI de l'Est sont plus nombreux à dénombrer des personnes de 75 ans et plus vivant seules que ceux du Sud-Ouest (parmi ces derniers, les valeurs sont le plus souvent inférieures à 44 %). Il est à noter que des EPCI comptant une faible part de 75 ans et plus vivant seules peuvent parfois se retrouver limitrophes d'autres EPCI présentant une part élevée. Ainsi, à titre d'exemple, la CC de la Terre des Deux Caps (35,8 %, deuxième valeur la plus faible) est à mentionner, se trouvant limitrophe de l'EPCI CA Grand Calais Terres et Mers (49,7 %, deuxième valeur la plus élevée).

## UNE FAMILLE SUR QUATRE EST MONOPARENTALE

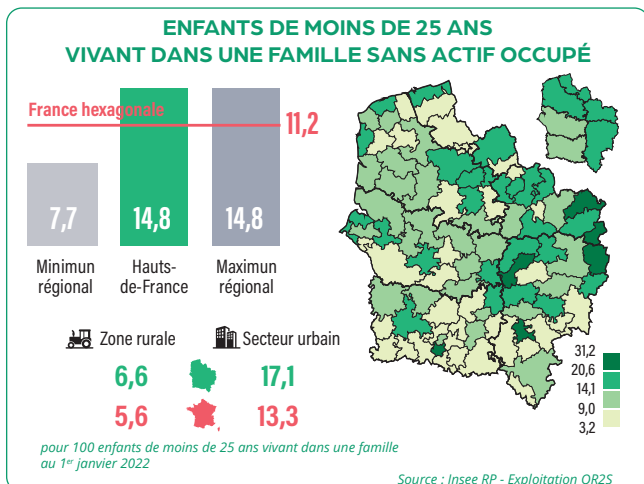
Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, comme le présente l'illustration ci-contre, les Hauts-de-France comptent 26,1 % de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans, part les plaçant en milieu de classement des régions hexagonales et au niveau de la moyenne nationale (26,3 %). Cette part ne fait qu'augmenter depuis 2011 (+19,2 %), et ce, de façon un peu plus soutenue qu'en France (+17,9 %). La part de familles monoparentales est plus élevée en secteur urbain : 28,8 % contre 16,7 % en zone rurale, de façon très proche de ce qui se passe sur l'ensemble du pays. La carte souligne au nord de la région une opposition Ouest/Est avec les valeurs les plus élevées dans cette dernière partie. Le département du Nord compte un peu moins des deux tiers des EPCI ayant une part de familles monoparentales supérieure à 25 %. La quasi-totalité se trouve au Sud-Est. De plus, parmi ces EPCI, trois affichent une part supérieure à 30 % : la CA Valenciennes Métropole (30,9 %), la CA Maubeuge Val de Sambre (32,0 %) et surtout la CC du Sud Avesnois qui enregistre la valeur la plus élevée (37,3 %) et qui, de plus, est la seule communauté de communes à présenter une valeur au-



dessus de 28 %. Dans la partie basse comprenant l'Oise et le sud de l'Aisne, la situation est plutôt inversée avec les valeurs les plus importantes du côté ouest, sans toutefois être au niveau des EPCI susmentionnés.

## UN GRADIENT MARQUÉ NORD/SUD POUR LA PART D'ENFANTS VIVANT DANS UNE FAMILLE SANS ACTIF OCCUPÉ

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, en regard des autres régions de l'Hexagone, les Hauts-de-France présentent la plus grande part d'enfant(s) de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé (14,8 %) ; ils sont suivis par la Région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur (14,1 %), avec une valeur bien au-dessus de la moyenne nationale (11,2 %). Ce taux élevé est la résultante plus particulièrement du secteur urbain (plus de dix points d'écart avec la zone rurale). Au niveau infrarégional, les EPCI présentent de fortes disparités : plus de la moitié affiche une part inférieure à la moyenne nationale, se situant dans le Sud-Ouest, particulièrement dans l'Oise (près de quatre EPCI sur cinq), dans la partie sud de l'Aisne ainsi que dans l'ouest de la Somme. Les EPCI contenant les principales villes présentent des parts élevées ainsi que trois communautés de communes, toutes au-dessus des 20 % : celles de Thiérache Sambre et Oise (20,2 %), des Trois Rivières (22,2 %) et du Sud Avesnois (31,2 % valeur la plus élevée, de + 6 points au-dessus de la deuxième).





# Naissances et fécondité

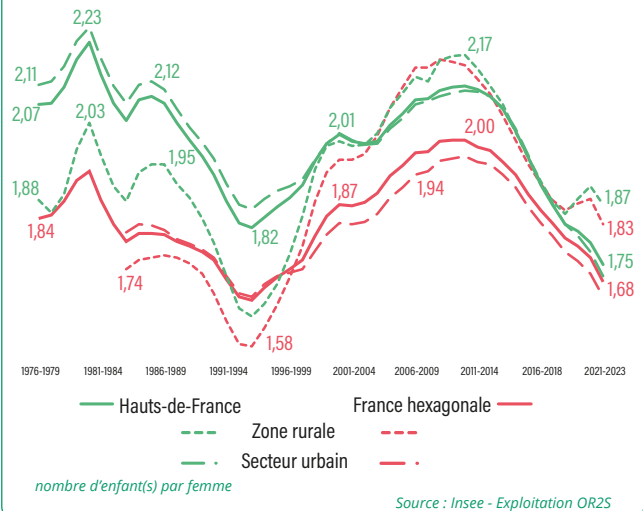
## UN INDICE CONJONCTUREL DE FÉCONDITÉ QUI SE RAPPROCHE DE CELUI DE LA FRANCE...

Sur la période 2021-2023, avec 63 327 naissances en moyenne annuelle (12 644 en zone rurale et 50 683 en secteur urbain), l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) dans les Hauts-de-France est de 1,75 enfant par femme. Cette valeur est légèrement supérieure à celle de l'indice hexagonal (1,71 enfant par femme), mais bien inférieure au seuil de remplacement des générations (2,1 enfants par femme, seuil dépassé désormais en France par seulement deux départements ultramarins). Il y a 45 ans, ce seuil était atteint pour le territoire qui deviendra les Hauts-de-France en le situant au deuxième rang des régions de l'Hexagone ayant l'indice le plus élevé derrière les Pays de la Loire ; en 2021-2023, les Hauts-de-France se retrouvent en milieu de classement des régions hexagonales. Les courbes ci-contre montrent des périodes fort contrastées pour l'ICF au cours des quarante-cinq dernières années. La période 1993-1995 a connu la valeur de l'ICF la plus faible, en deçà de 1,7 enfant par femme au niveau national (1,81 dans les Hauts-de-France), tandis que l'indice le plus élevé, dépassant légèrement 2 enfants par femme, a été observé au cours du XXI<sup>e</sup> siècle en 2010-2012 dans l'Hexagone. Cette période constitue la dernière où l'ICF a dépassé le seuil de remplacement dans les Hauts-de-France. Depuis, la baisse de l'ICF est observée, tant en région (-17 %) que dans l'ensemble du pays (-14 %), en zone rurale comme en secteur urbain. Il est à noter que l'ICF des Hauts-de-France en 2021-2023 est le plus faible de ces quarante-cinq ans d'observation et, en secteur urbain, c'est également le plus faible tant en région qu'en France hexagonale (respectivement 1,73 enfant par femme et 1,68 correspondant pour la première fois à moins de 400 000 naissances vivantes au niveau de l'Hexagone).

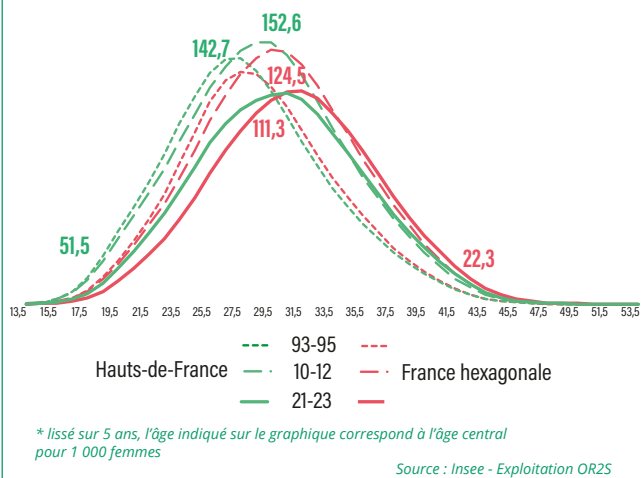
## ... DU FAIT D'UNE BAISSÉ PARTICULIÈREMENT SENSIBLE EN SECTEUR URBAIN

Le calendrier des naissances s'est profondément modifié en quarante-cinq ans. Les deux illustrations ci-contre permettent de s'en rendre compte. Dans la deuxième partie des années soixante-dix, le pic du taux de fécondité était à 23/24 ans en région et à 24/25 ans dans l'Hexagone, plus élevé localement de plus de seize points : 163 pour 1 000 femmes contre 147 ‰. Les trois séries de deux courbes présentées montrent un sommet des courbes qui se décalent : 27,5 ans en 1993-1995, 29,5 ans en 2010-2012 et 31,5 ans en 2021-2023. Malgré un calendrier plus tardif, l'ICF peut être plus important dès lors que nombre de taux de fécondité par âge sont supérieurs, y compris si la fécondabilité est plus faible comme c'est le cas après 25 ans. Comme le montre la première illustration, cela ressort tout particulièrement à travers les courbes de 1993-1995 avec l'indice le plus faible et de 2010-2012 avec l'indice le plus élevé (cf. paragraphe précédent). Les deux courbes portant sur 2021-2023 montrent des valeurs maximales très faibles (123 pour 1 000 femmes vivant en région et 124 ‰ en France hexagonale en comparaison avec 153 ‰ et 149 ‰ respectivement en 2010-2012). La deuxième illustration présente également les évolutions enregistrées seulement dans les Hauts-de-France entre les années 1993-1995, 2010-2012 et 2021-2023 et selon le type d'habitat. Il en ressort ainsi une situation proche entre la zone rurale et le secteur urbain dans le premier groupe d'années. Celle-ci diffère grandement pour les deux autres groupes, où les valeurs sont au-dessus de la moyenne en zone rurale en 2010-2012 et en dessous en secteur urbain en 2021-2023.

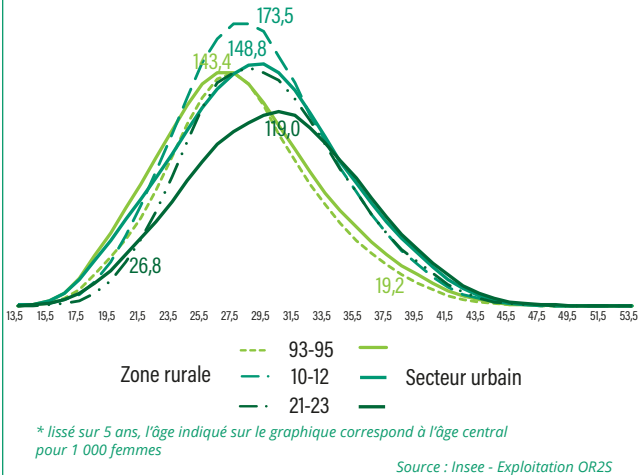
### ÉVOLUTION DE L'INDICE CONJONCTUREL DE FÉCONDITÉ, SELON LE TYPE D'HABITAT



### ÉVOLUTION DU TAUX DE FÉCONDITÉ, SELON L'ÂGE\*



### ÉVOLUTION DU TAUX DE FÉCONDITÉ, SELON L'ÂGE ET LE TYPE D'HABITAT DANS LES HAUTS-DE-FRANCE\*



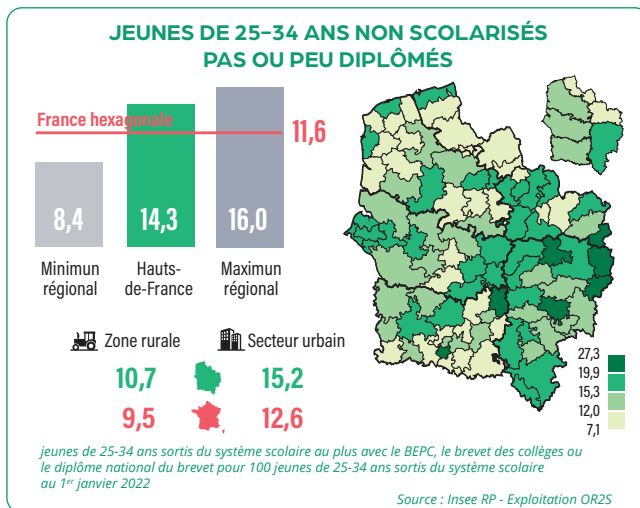


# Éducation, emploi et revenus

## UN NIVEAU DE DIPLÔME TRÈS HÉTÉROGÈNE AU SEIN DE LA RÉGION

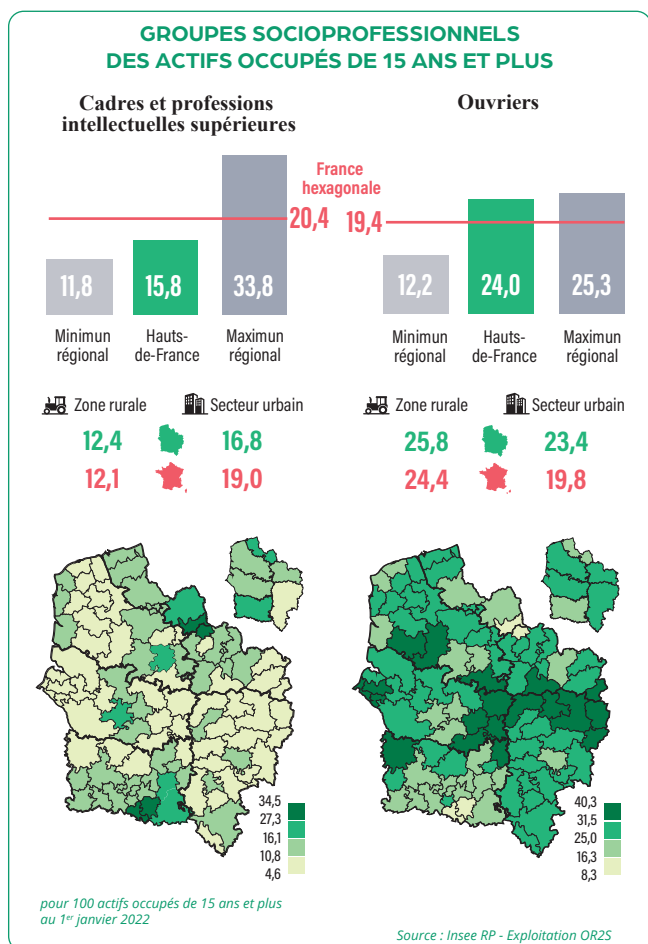
Selon le recensement du 1<sup>er</sup> janvier 2022, quelque 95 000 jeunes de 25 à 34 ans, domiciliés dans les Hauts-de-France, sont sortis du système scolaire sans ou avec un faible niveau de scolarité, ce qui représente la deuxième plus forte proportion en France (14,3 %), après celle de la Corse (16,0 %). Comme l'illustration ci-contre permet de le constater, les écarts entre secteur urbain et zone rurale sont plus marqués en région qu'en France hexagonale. Au niveau des EPCI, les différences sont sensibles : plus d'un quart des EPCI se trouvent sous la moyenne nationale ; une autre partie approche ou dépasse le double de cette moyenne, comme c'est le cas pour la CA Creil Sud Oise (27,3 %). En dehors de celle-ci, le département de l'Aisne présente les valeurs les plus élevées, puisque sept établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ont des taux supérieurs à 18 %, et qu'aucun d'entre eux n'est sous la moyenne nationale.

Par ailleurs, 278 000 jeunes de 25-34 ans des Hauts-de-France ont un Bac+2 ou plus, soit une proportion de 41,6 % au 1<sup>er</sup> janvier 2022 ; cela place les Hauts-de-France en quatrième position des parts les plus faibles des régions hexagonales, la moyenne nationale étant de 49,5 %. En secteur urbain, les jeunes diplômés d'un Bac+2 ou plus représentent 42,1 % contre 39,4 % en zone rurale ; ces pourcentages sont respectivement de 47,6 % et 39,7 % en France comparable en matière de type d'habitat.



## UNE CARTOGRAPHIE INVERSEMENT CORRÉLÉE ENTRE LES CADRES ET LES OUVRIERS

Les Hauts-de-France se distinguent par leurs professions et catégories socioprofessionnelles (PCS), notamment avec la plus faible part d'artisans et chefs d'entreprise ayant un emploi (5,3 % contre 6,8 % en France). Les employés constituent la PCS la plus représentée de la région, suivie des professions intermédiaires, à l'inverse de la France : 27,4 % et 26,5 % en région et 25,8 % et 26,4 % dans l'Hexagone. Suivent les ouvriers (24,0 %) et les cadres et professions intellectuelles supérieures (15,8 % ; cf. illustration ci-contre). Ces derniers sont principalement situés dans les EPCI comprenant les principales villes et leurs EPCI limitrophes, tandis que les ouvriers sont nombreux dans la vallée Bresle Vimeu et la Thiérache, zones très industrialisées. Les différences entre secteur urbain et zone rurale sont faibles, sauf de façon logique pour les agriculteurs exploitants (3,0 % en zone rurale contre 0,4 % en secteur urbain) et les cadres et professions intellectuelles supérieures avec une tendance inversée (respectivement 12,4 % et 16,8 %) ; ces valeurs sont pour la France comparable respectivement de 4,3 % et 0,6 % et de 12,1 % et de 19,0 %.



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

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

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

La définition des chômeurs est extrêmement sensible aux critères retenus, différant sensiblement selon la source de données utilisée.

Le **chômage localisé** repose sur l'estimation du chômage (numérateur), d'une part, et de l'emploi (une partie du dénominateur), d'autre part. Le numérateur est obtenu à partir du nombre national de chômeurs issu de l'enquête Emploi, ventilé aux différents niveaux géographiques à partir de la structure des DEFM. Quant à l'emploi, il s'appuie principalement sur les estimations d'emploi. Le taux de chômage localisé est estimé en rapportant le nombre de chômeurs à la population active (somme du nombre de chômeurs et de l'emploi).

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



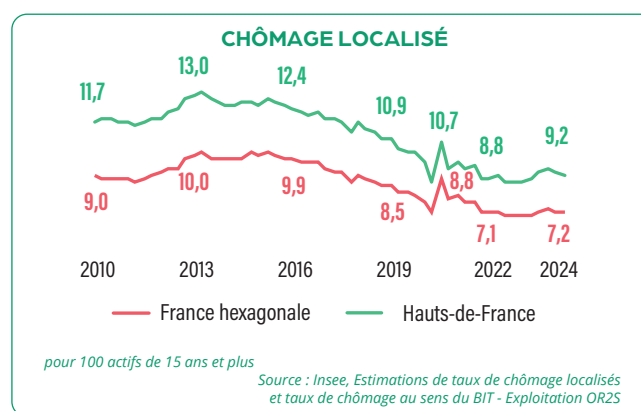
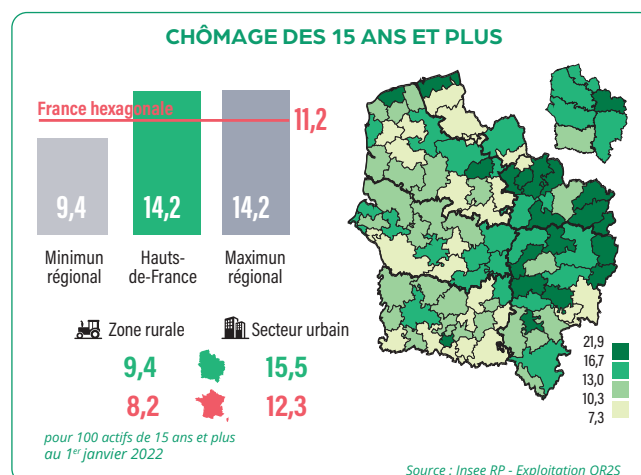
## LE TAUX DE CHÔMAGE LE PLUS ÉLEVÉ DES RÉGIONS HEXAGONALES POUR LES JEUNES COMME POUR L'ENSEMBLE DES ACTIFS

Quelque 390 000 actifs âgés de 15 ans et plus domiciliés dans les Hauts-de-France déclarent être au chômage lors du recensement du 1<sup>er</sup> janvier 2022. Cela représente le taux le plus élevé des régions hexagonales, comme le montre l'illustration ci-contre, avec près de 1,5 point avec l'Occitanie, qui se situe au deuxième rang. En France comme en région, le secteur urbain présente un taux de chômage plus élevé qu'en zone rurale ; l'écart entre les deux types d'habitat est plus conséquent en région. La carte par EPCI montre d'importantes différences quant aux taux de chômage avec dans la partie sud-ouest des taux inférieurs à la moyenne nationale (près de 60 % des EPCI de l'Oise sont dans cette situation). À l'inverse, plus d'un actif sur six se déclare au chômage dans le Nord-Est. Quel que soit le groupe d'âge, les Hauts-de-France arrivent toujours en tête pour les valeurs élevées du taux de chômage par rapport aux autres régions. Ainsi, celui des jeunes est particulièrement important : plus de 93 000 des 15-24 ans déclarent être au chômage au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans les Hauts-de-France ; cela représente un taux de 28,7 %, soit plus de six points au-dessus de la moyenne nationale. Ce taux est de 23,1 % en zone rurale et de 29,9 % en secteur urbain, contre respectivement 18,8 % et 23,5 % en France hexagonale comparable.

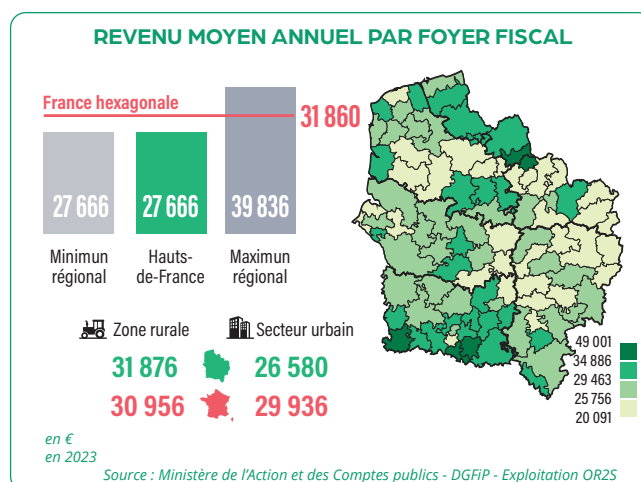
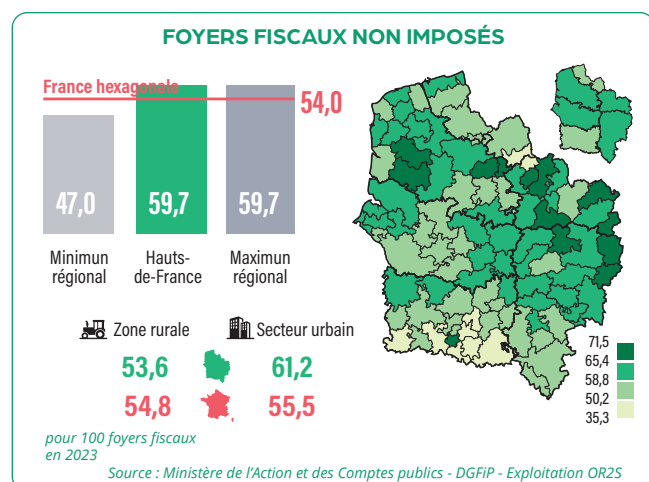
Un autre indicateur présentant la situation au regard de l'emploi est le calcul du taux standardisé d'inactifs de 25-54 ans. Il est élevé dans les Hauts-de-France : 11,0 % (même 12,2 % en secteur urbain) contre 9,3 % (respectivement 10,3 %) en France hexagonale. Ce taux varie très sensiblement entre les EPCI de la région, allant du simple au quadruple, et ce, dans une certaine proximité dans le sud de l'Oise : 5,0 % dans la CC du Vexin-Thelle et 19,9 % dans la CA Creil Sud Oise.

## DES ÉCARTS DE REVENUS CONSIDÉRABLES

Le revenu moyen annuel par foyer fiscal des habitants des Hauts-de-France constitue un excellent indicateur de fragilité sociale, de même que la part de foyers fiscaux non imposés. Ainsi, en 2023, le premier est le plus faible des régions de France hexagonale (27 666 €) en sachant que près de trois foyers sur cinq sont non imposés (part la plus importante des régions de l'Hexagone avec 2,07 millions de foyers fiscaux non imposés). Cela représente près de 4 200 € de moins que la moyenne française (six points de différence entre les deux unités géographiques pour la part de non imposés). Ce montant global masque cependant deux situations fort différentes suivant le type d'habitat. Ainsi, les foyers fiscaux en zone rurale présentent un revenu moyen annuel supérieur de 920 € à ceux de la France rurale (53,6 %



sont non imposés en région contre 54,8 %). En revanche, en secteur urbain, la région enregistre un différentiel de plus de 3 300 € (61,2 % sont non imposés en région contre 55,5 %). Au niveau des EPCI, à quelques exceptions près, c'est dans l'Oise, particulièrement en bordure d'Île-de-France, que se trouvent les EPCI ayant les revenus moyens les plus élevés. La CC de l'Aire Cantilienne, la CC Senlis Sud Oise et la CC Pévèle-Carembault sont les seuls EPCI avec des revenus annuels moyens de plus de 40 000 € et des parts de foyers non imposés de moins de 45 %. À l'autre extrémité de l'échelle, trois EPCI sont à mentionner du fait d'un revenu moyen annuel par foyer fiscal inférieur à 21 000 € et d'une part de foyers non imposés supérieure à 70 % : la CA Creil Sud Oise, la CC des Trois Rivières et la CC du Sud Avesnois. L'écart entre ces deux groupes extrêmes est considérable : près de 29 000 €.





# Prestations sociales

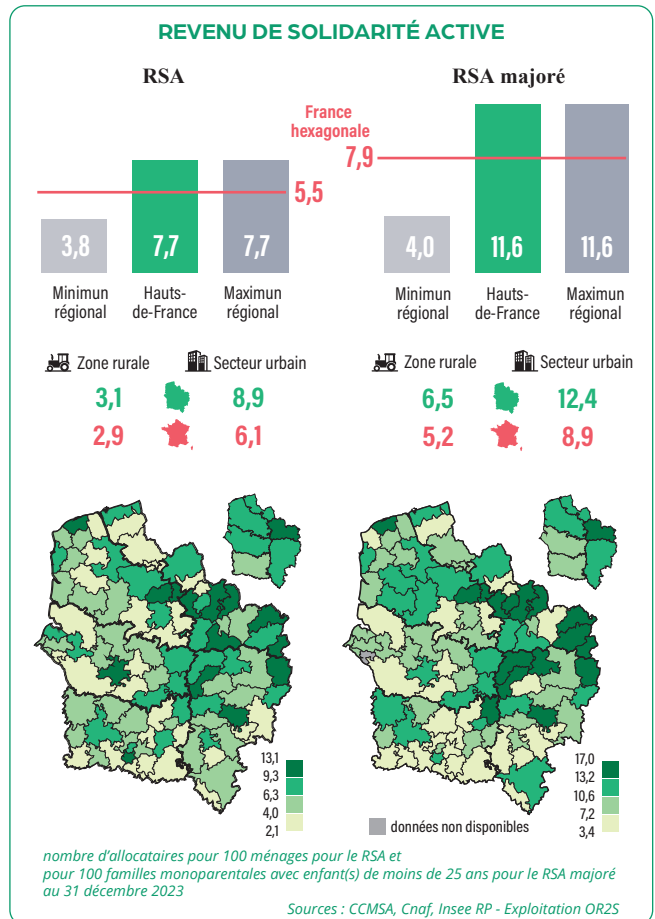
## LE TAUX D'ALLOCATAIRES LE PLUS ÉLEVÉ DES RÉGIONS HEXAGONALES

Au 31 décembre 2023, 1,34 million d'allocataires de la Caf et de la MSA sont comptabilisés dans les Hauts-de-France, soit un taux de 51,5 pour 100 ménages, supérieur au niveau national (45,7 %). C'est la seule région de l'Hexagone à avoir un taux supérieur à un sur deux ; il est particulièrement élevé en secteur urbain (54,8 %) comparé à celui de la zone rurale régionale (38,6 %) et même de la France urbaine (48,6 %). Cet indicateur, regroupant des allocations de nature diverse, doit naturellement être complété d'allocations plus spécifiques. Ainsi, le revenu de solidarité active (RSA) ou l'allocation aux adultes handicapés (AAH) s'avèrent complémentaires : la première allocation fait référence au seul gradient social, la seconde intégrant également la dimension sanitaire à travers la graduation du handicap.

## LES TAUX DE RSA SUPÉRIEURS DANS LES CA...

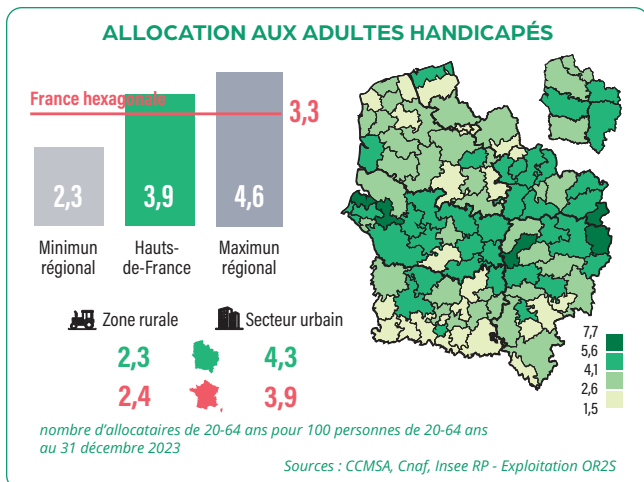
Un peu plus de 200 000 allocataires perçoivent le revenu de solidarité active (RSA) dans les Hauts-de-France au 31 décembre 2023, soit un taux de 7,7 pour 100 ménages, le plus important des régions hexagonales (un point d'écart avec la région au deuxième rang). Ce taux est particulièrement élevé en secteur urbain (8,9 %) et proche en zone rurale (3,1 %) de la valeur de la France comparable (respectivement 6,1 % et 2,9 %). Les EPCI en bordure de l'Île-de-France présentent des taux avec une forte variabilité allant de moins de 2,5 % à plus de 13 %. Toutes les régions ont enregistré une sensible augmentation en 2020, celles des Hauts-de-France étant parmi les plus faibles (+2,5 % contre +7,2 % dans l'Hexagone) ; la diminution est importante depuis : -12,5 % en région et -10,6 % en France entre les 31 décembre 2020 et 2023.

Au 31 décembre 2023, dans les Hauts-de-France, le RSA majoré est perçu par 26 153 allocataires, soit un taux de 11,6 pour 100 familles monoparentales avant enfant(s) de moins de 25 ans, qui est le plus élevé des régions hexagonales. Les EPCI de la partie est du département du Nord sont nombreux à afficher les plus fortes valeurs, pour certaines supérieures à 15 %, comme l'est également celle de la CA Grand Calais Terres et Mers. D'autre part, le taux de RSA majoré n'a pas suivi le même chemin que le RSA classique quant à son évolution récente. Il est en effet en baisse régulière depuis le 31 décembre 2018 : - 13 % en région et -9,1 % dans l'Hexagone cinq ans plus tard.



## ... DE MÊME POUR L'AAH

Au 31 décembre 2023, 130 627 allocataires âgés de 20 à 64 ans perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH) dans les Hauts-de-France ; cela correspond à un taux de 3,9 %, les plaçant au quatrième rang des régions de l'Hexagone. Le taux en secteur urbain est plus élevé qu'en zone rurale. Les taux d'allocataires n'ont cessé d'augmenter de façon régulière au cours des dix dernières années, d'un peu moins de 30 % en région comme en France entre les 31 décembre 2013 et 2023.



La **notion d'allocataire** renvoie à une notion de foyer et non d'individu. Un allocataire est la personne du foyer qui perçoit au moins une allocation au regard de la situation familiale et/ou monétaire de ce même foyer. Ainsi, dénombrer des allocataires signifie compter des foyers constitués de personnes seules ou de plusieurs personnes (familles). Il s'agit des personnes physiques à qui est reconnu le droit aux prestations versées.

Le **revenu de solidarité active** (RSA) assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle (au moins deux ans d'activité dans les trois dernières années). Une majoration d'isolement est versée sous certaines conditions aux bénéficiaires du RSA qui assument seuls la charge d'un enfant né ou à naître.

L'**allocation aux adultes handicapés** (AAH) est destinée à soutenir les adultes en situation de handicap en leur apportant un revenu d'existence pour faire face aux dépenses quotidiennes. Elle est versée, sous conditions de ressources, aux personnes de plus de 20 ans (dès 16 ans si l'allocataire n'est plus à charge des parents) et atteintes d'incapacité d'au moins 80 %, ou de 50 % à 79 % en cas d'impossibilité de travail depuis au moins 1 an.





# Offre et consommations de soins

Le 1<sup>er</sup> janvier 2025, la densité de médecins généralistes ayant une activité libérale exclusive ou mixte est proche de 80 pour 100 000 habitants, soit une valeur de deux points inférieure à la moyenne nationale. Pourtant, cette valeur a priori proche de la densité dans l'Hexagone masque une importante hétérogénéité quant à leur répartition sur l'ensemble de la région. Ainsi, il existe une différence entre médecins généralistes installés en zone rurale et ceux de secteur urbain ; ils sont 40 pour 100 000 habitants à être installés dans la première unité géographique et 90 pour 100 000 habitants dans la seconde. De plus, quand la comparaison se fait en regard du niveau national correspondant, les écarts se creusent, puisque la densité est alors de 51 pour 100 000 habitants pour ceux exerçant en zone rurale française et 97 pour 100 000 habitants en secteur urbain (hors unité urbaine de Paris), soit des valeurs bien supérieures à celles de la région. De plus, la connaissance de l'âge de ces professionnels de santé pour anticiper les futurs besoins est indispensable. Or, comme pour la densité, la distribution par âge est très contrastée avec des territoires où le poids important des plus âgés se cumule avec une densité faible.

La situation pour ce professionnel de santé qu'est le médecin généraliste est retrouvée pour nombre d'autres acteurs du domaine sanitaire à commencer par les médecins spécialistes à accès direct que sont les gynécologues, les ophtalmologues et les psychiatres. Bien d'autres inégalités territoriales constituent le fil rouge des Hauts-de-France, y compris en matière d'implantation à l'image des établissements de santé qui répondent de manière différenciée aux besoins de la diversité des populations.

DE GRANDES INÉGALITÉS TERRITORIALES EN MATIÈRE D'IMPLANTATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AVEC SUR CERTAINS TERRITOIRES DES CUMULS DE FRAGILITÉ





# Médecins généralistes

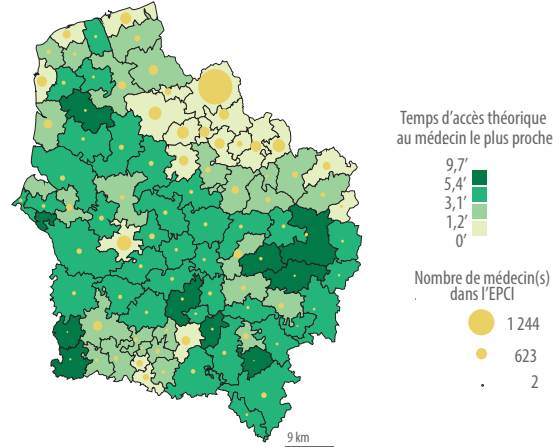
## UNE DENSITÉ DE MÉDECINS VARIANT DU SIMPLE À PLUS DU DOUBLE ENTRE SECTEUR URBAIN ET ZONE RURALE...

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, 4 768 médecins généralistes libéraux (ou mixtes et ayant une activité standard de soins) exercent dans les Hauts-de-France, soit une densité de 79,5 pour 100 000 habitants. Avec deux points de moins que la densité nationale (81,6), les Hauts-de-France se situent en milieu de classement des régions hexagonales. Cependant, cette densité globale masque de forts contrastes territoriaux témoignant d'une inégale répartition des médecins au sein de la région. Le découpage selon le type d'habitat en permet une première vision : les médecins généralistes libéraux sont plus nombreux en secteur urbain qu'en zone rurale, avec respectivement des densités de 90,2 et de 39,8 pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France. Ces densités sont ainsi inférieures à celles retrouvées en France suivant le même découpage : 96,8 en secteur urbain (hors unité urbaine de Paris) et 51,3 en zone rurale. Les temps d'accès théoriques moyens au médecin le plus proche sont plus courts dans les zones densément peuplées, notamment dans les communautés d'agglomération. Dans le Nord, les temps d'accès sont moindres et ils sont les plus élevés dans l'ex-Picardie.

## ... ET, DE FAIT, DE FORTS CONTRASTES ENTRE EPCI

Moins d'un dixième des EPCI enregistrent une densité supérieure à 100 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants. Parmi ceux-ci, trois sont situés au niveau de Lille et sa périphérie et deux d'Amiens et sa périphérie. Un autre est situé sur le littoral du Pas-de-Calais, les EPCI restants se trouvant dans l'extrême est de l'Aisne pour l'un et mitoyen Somme et Seine-Maritime pour l'autre. À l'autre extrémité, plus d'un dixième des EPCI ont une densité inférieure à 40 pour 100 000 habitants ; parmi ceux-ci, le sud-ouest de l'Oise est particulièrement représenté avec cinq EPCI se situant aux cinq derniers rangs, trois d'entre eux présentant une densité inférieure à 30 pour 100 000 habitants. Les quatre autres se répartissent équitablement entre les départements de l'Aisne, du Pas-de-Calais et de la Somme. L'écart entre les densités de ces deux déciles extrêmes est considérable : près de 80 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants ; ces deux EPCI sont proches, à cheval sur les départements de la Somme et de la Seine-Maritime.

## RÉPARTITION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX ET TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE\*



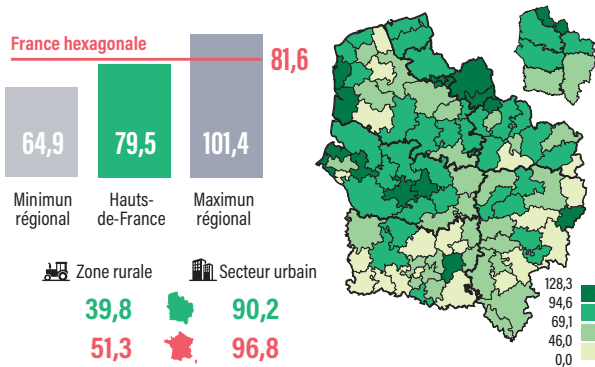
\* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un médecin généraliste ayant une activité libérale ou mixte, pondéré par la population au 1<sup>er</sup> janvier 2025

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2025, Insee RP - Exploitation OR25

## UNE DISTRIBUTION PAR ÂGE CONTRASTÉE

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, plus d'un médecin généraliste libéral ou mixte sur neuf a moins de 35 ans, dans la région comme dans l'Hexagone. Cette part situe les Hauts-de-France en milieu de classement des régions hexagonales. Plus de deux médecins sur cinq (43,9 %) sont âgés de 55 ans ou plus dans les Hauts-de-France, soit de l'ordre de grandeur de la valeur hexagonale (43,3 %) et en position intermédiaire au sein des régions. Cependant, comme pour la densité, la répartition par âge de ces praticiens est contrastée au sein de la région. De plus, les parts de ces professionnels de santé sont souvent retrouvées dans les zones où les densités sont particulièrement faibles, notamment dans le sud-ouest de l'Oise et l'ouest de l'Aisne. L'illustration ci-dessous permet de constater des différences entre secteur urbain et zone rurale pour la part de 55 ans et plus ainsi qu'avec le niveau national correspondant. Ces écarts sont toutefois moindres si le regard ne porte que sur les 60 ans et plus ; ils sont ainsi 32,0 % à appartenir à ce groupe d'âge en secteur urbain des Hauts-de-France et 28,1 % en zone rurale ; ces parts sont respectivement de 31,4 % et de 29,2 % pour la France hexagonale correspondante.

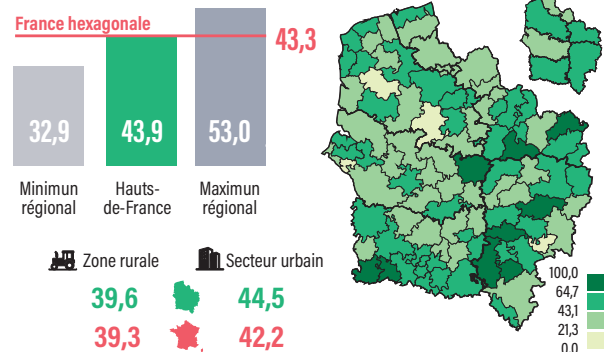
### DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX



nombre de médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte pour 100 000 personnes au 1<sup>er</sup> janvier 2025

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2025, Insee RP - Exploitation OR25

### PART DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DE 55 ANS ET PLUS



pour 100 médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte au 1<sup>er</sup> janvier 2025

Source : Drees / Asip-Santé - RPPS 2025 - Exploitation OR25



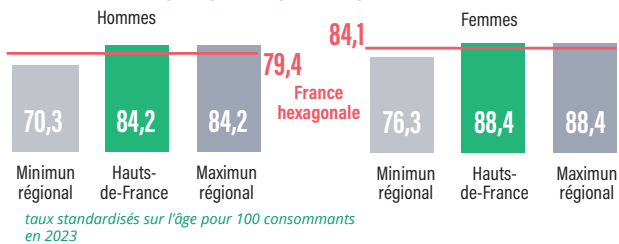
## UNE DIMINUTION DE LA DENSITÉ, PLUS MARQUÉE EN SECTEUR URBAIN

En région comme en France, la densité de médecins généralistes libéraux ne cesse de baisser. En dix ans, entre les 1<sup>ers</sup> janvier 2015 et 2025, la diminution de cette densité est de 12,8 % dans les Hauts-de-France et de 11,2 % en Hexagone. Elle est plus soutenue en secteur urbain qu'en zone rurale, et ce aux niveaux régional et national : respectivement -13,2 % et -9,5 % pour les Hauts-de-France contre -11,3 % et -4,4 % pour la France.

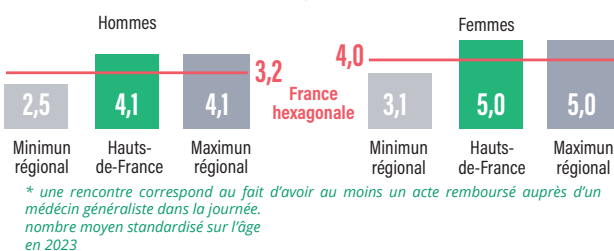
## UNE RÉCENTE BAISSÉ DE LA PART DE MÉDECINS PLUS ÂGÉS

La part de médecins de 55 ans et plus évolue de manière similaire pour les deux types d'habitat (secteur urbain et zone rurale) sur ces dix dernières années. Ainsi, une augmentation est constatée jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017, et une baisse depuis. Chez les 60 ans et plus, l'inflexion de la courbe est plus tardive, puisqu'elle est intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2019. Autre constat, l'écart entre les parts relevées en région et en France tend à se réduire ces dernières années chez les 60 ans et plus, voire à s'inverser chez les 55 ans et plus (cf. illustration ci-contre).

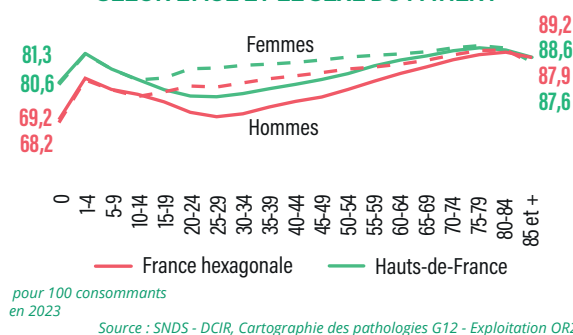
### TAUX DE RECOURS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES, SELON LE SEXE DU PATIENT



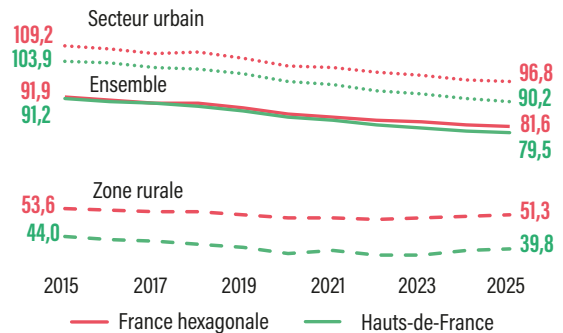
### NOMBRE MOYEN DE RENCONTRES\* AVEC UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE, SELON LE SEXE DU PATIENT



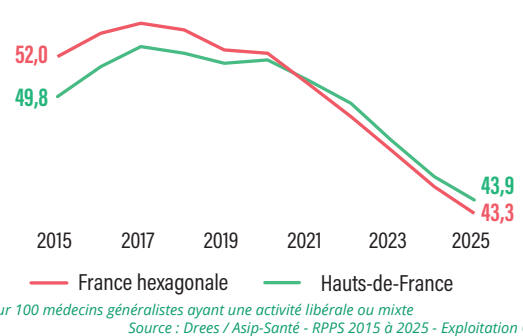
### TAUX DE RECOURS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE DU PATIENT



### ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES, SELON LE TYPE D'HABITAT



### ÉVOLUTION DE LA PART DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DE 55 ANS ET PLUS



## LE TAUX DE RECOURS ET LE NOMBRE MOYEN DE RENCONTRES AUX MÉDECINS LES PLUS ÉLEVÉS DES RÉGIONS HEXAGONALES...

Les Hauts-de-France présentent le taux standardisé le plus élevé des régions hexagonales pour le recours aux médecins généralistes, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. Ainsi, dans les Hauts-de-France, 88,4 femmes pour 100 consommateurs<sup>1</sup> ont consulté un médecin généraliste au moins une fois en 2023 (contre 84,1 % en hexagone) et 84,2 % des hommes (79,4 % en France).

Les Hauts-de-France se distinguent aussi par leur fréquence de consultations. En effet, en moyenne, les femmes de la région ont vu un médecin généraliste 5,0 fois en 2023 (contre 4,0 fois au niveau national) et les hommes 4,1 fois (contre 3,2 fois en France). Pour chacun des sexes, il s'agit des valeurs les plus élevées des régions hexagonales, devant le voisin Grand Est.

## ... AVEC UN ÉCART AVEC LA FRANCE TRÈS MARQUÉ CHEZ LES MOINS DE 1 AN

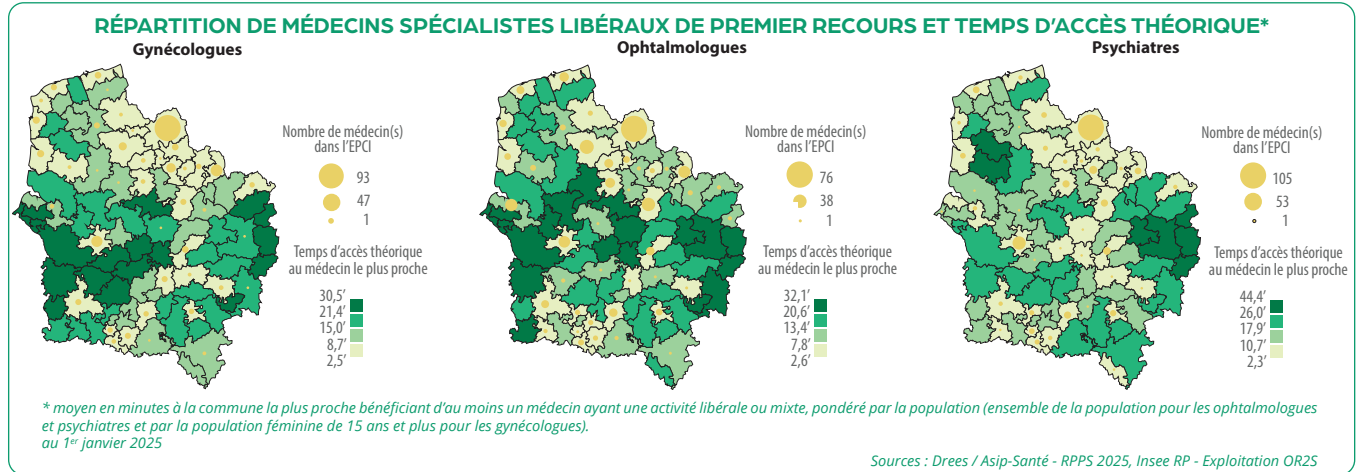
Comme présenté sur les courbes ci-contre, le recours à ce professionnel augmente avec l'âge - exception faite des 1-4 ans où les taux sont plus élevés - pour atteindre son maximum entre 80 et 84 ans. Chez les femmes comme chez les hommes, quel que soit le groupe d'âge, le recours est plus élevé en région qu'en France, avec un écart particulièrement marqué chez les moins de 1 an<sup>2</sup>. À l'inverse, les taux de recours sont très proches chez les personnes âgées.

<sup>1</sup> personne ayant eu, au cours de l'année, des soins remboursés ou une prise en charge enregistrée dans le SNDS, que ce soit en ville, en établissement de santé (public ou privé) ou ayant bénéficié d'un remboursement pour des médicaments spécifiques à une pathologie, voire pour certains actes traceurs.

<sup>2</sup> il est à noter que la densité de pédiatres est plus faible en région qu'en France : au 1<sup>er</sup> janvier 2025, elle est de 53,9 pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans contre 65,3 pour l'Hexagone ; pour les seuls libéraux et mixtes, les valeurs sont respectivement de 12,5 et 21,6.



# Médecins spécialistes en accès direct



## LA RÉGION HEXAGONALE LA MOINS POURVUE EN OPHTALMOLOGUES LIBÉRAUX...

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, 270 gynécologues libéraux (et mixtes) exercent dans la région, soit une densité de 10,6 médecins pour 100 000 femmes de 15 ans et plus ; celle-ci, bien en deçà de celle de la France (14,3), situe les Hauts-de-France au quatrième rang des valeurs les plus faibles parmi les régions de l'hexagone. Commencé au 1<sup>er</sup> janvier 2014, plus tardivement que dans toutes les autres régions hexagonales, la diminution de la densité de gynécologues a été de 31,1 % en onze ans. Elle est plus marquée que celle de l'Hexagone (-24,4 %), ce qui fait que l'écart entre les deux unités géographiques n'a jamais été aussi prononcé (-26,0 %). Ces professionnels de santé exercent presque tous en milieu urbain, que ce soit en région ou dans l'Hexagone (4 étant en milieu rural dans les Hauts-de-France ; 76 sur 4 069 pour la France). Plus d'un gynécologue sur trois pratique son activité dans la Métropole européenne de Lille ; ils sont près de trois sur cinq (58,1 %) à exercer dans le département du Nord. En regard des temps d'accès, les plus longs sont retrouvés entre les villes d'Amiens et Beauvais, mais aussi dans quelques EPCI ruraux du Pas-de-Calais et du nord-est de l'Aisne (cf. carte ci-dessus). Toujours au 1<sup>er</sup> janvier 2025, 299 ophtalmologues exercent en libéral ou en activité mixte dans les Hauts-de-France, soit une densité de 5,0 pour 100 000 habitants ; celle-ci est presque équivalente à celle de Normandie, la plus faible des treize régions françaises, et est à comparer aux 6,2 en France. Dans la région, la densité d'ophtalmologues diminue depuis 2016, d'un peu moins de 10 %. En France, cette baisse est constante depuis plus longtemps, se chiffrant à 13,2 % depuis 2016. Comme pour les gynécologues, les ophtalmologues sont quasiment tous installés en secteur urbain (14 exerçant en zone rurale). Près des trois quarts exercent dans l'ex-région Nord - Pas-de-Calais, particulièrement dans le Nord (dans la Métropole européenne de Lille) pour plus d'un quart. Les temps d'accès sont logiquement plus courts dans les zones urbaines et leurs banlieues.

## ... ET EN PSYCHIATRES LIBÉRAUX, MÊME SI LA DENSITÉ A UN PEU AUGMENTÉ

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, avec 262 psychiatres libéraux (et mixtes), la région affiche un fort déficit pour ces praticiens, la densité étant plus de deux fois plus faible que celle relevée en France :

4,4 pour 100 000 habitants contre 9,3. Ainsi, la densité des Hauts-de-France est la plus faible des treize régions de l'Hexagone, position constante depuis nombre d'années. Il est cependant à noter que les Hauts-de-France font partie des trois régions hexagonales à avoir vu la densité augmenter entre les 1<sup>ers</sup> janvier 2015 et 2025<sup>1</sup> : +18,8 % contre +20,1 % en Normandie et +27,7 % en Corse. En France, une diminution de 4,9 % entre les deux mêmes périodes est observée ; à noter que la densité augmente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Le constat portant sur le type d'habitat est le même que pour les deux autres praticiens : 11 exercent en zone rurale. Là encore, et en concordance avec la dichotomie zone rurale/secteur urbain, les EPCI moins urbanisés sont les moins pourvus. La MEL se trouve bien placée, avec deux cinquièmes des psychiatres libéraux. Concernant les temps d'accès au psychiatre le plus proche, ils varient fortement d'un territoire à l'autre. C'est ainsi en Thiérache que les temps d'accès théoriques moyens au psychiatre libéral sont les plus élevés.

## MOINS D'UN SUR DEUX À 55 ANS OU PLUS

Si la situation en matière de densité médicale est préoccupante dans la région pour, notamment, les deux dernières spécialités étudiées précédemment, la part de psychiatres libéraux âgés de 55 ans et plus est la plus faible des régions hexagonales au 1<sup>er</sup> janvier 2025 : 38,9 % dans la région (contre 55,6 % en France), mais près de huit sur dix de ces médecins plus âgés (77,5 %) appartiennent au groupe des 60 ans ou plus. Pour les ophtalmologues libéraux, la part de 55 ans et plus situe les Hauts-de-France au troisième rang des régions parmi les valeurs les plus faibles au 1<sup>er</sup> janvier 2025, s'élevant à 40,1 % (contre 45,8 % en France hexagonale) en prenant en compte que 78,3 % d'entre eux sont âgés de 60 ans ou plus. Pour les gynécologues libéraux, la part de praticiens âgés de 55 ans et plus place les Hauts-de-France en position intermédiaire parmi les régions de l'Hexagone : 45,6 % sont ainsi âgés de 55 ans et plus (43,4 % en France) au 1<sup>er</sup> janvier 2025. Parmi eux, la part des plus âgés (60 ans ou plus) est plus élevée que celles des deux autres praticiens : 85,4 % en région appartiennent à ce dernier groupe d'âge. Pour ces trois praticiens, la part de 60 ans et plus au sein du groupe des 55 ans et plus est du même ordre dans l'Hexagone : près de huit praticiens sur dix.

<sup>2</sup> à noter que pour les psychiatres ayant une activité salariée exclusive, si une augmentation a été observée entre les 1<sup>ers</sup> janvier 2015 et 2020, une importante baisse est relevée depuis, accentuant les écarts avec le niveau national (densité de 11,5 pour 100 000 habitants en région et 12,9 en France au 1<sup>er</sup> janvier 2025).



# Médecins spécialistes

## DES DENSITÉS DE MÉDECINS SPÉCIALISTES SOUVENT EN DEÇÀ DES VALEURS NATIONALES...

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, dans les Hauts-de-France, 9 180 médecins spécialistes pratiquent leur profession en tant que praticiens libéraux et/ou salariés, quelle que soit la discipline d'exercice. Ainsi, comme le renseigne le tableau ci-dessous, les Hauts-de-France ressortent au neuvième rang des régions de l'Hexagone pour la valeur de cette densité. Pour celle-ci, l'écart entre les deux unités géographiques était plus important dix ans plus tôt, car l'augmentation continue depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 a été plus soutenue d'un peu plus de quatre points en région en regard de l'Hexagone. Dans les Hauts-de-France, le manque de médecins spécialistes s'observe particulièrement pour les spécialités chirurgicales (-18,5 % entre les densités régionale et nationale), mais aussi pour les spécialités médicales (-11,3 %). Pour ces dernières, des densités en deçà des moyennes nationales sont particulièrement retrouvées pour la rhumatologie (-34,4 % à l'avant-dernier rang des régions hexagonales) et pour la dermatologie et la vénéréologie (-42,4 % à la dernière place des régions) ; mais nombre de disciplines enregistrent des écarts de l'ordre de -10 % au détriment de l'échelon régional. En revanche, la gériatrie (+18,2 %) apparaît comme une spécialité plutôt bien pourvue et, dans une moindre mesure, la pneumologie (+5,5 %). Les Hauts-de-France présentent ainsi la deuxième densité la plus forte des régions pour la gériatrie derrière l'Île-de-France et la troisième pour la pneumologie. En ce qui concerne les spécialités chirurgicales énumérées dans le tableau ci-dessous, les densités en deçà des moyennes nationales sont trouvées particulièrement pour l'ophtalmologie (-21,4 % au troisième rang des régions hexagonales devancé par la Normandie, et la Bourgogne-Franche-Comté), et surtout pour la gynécologie-obstétrique et la chirurgie O.R.L. et cervico-faciale (dans les deux cas au dernier rang des régions hexagonales). À l'opposé, la chirurgie générale s'avère plutôt bien placée (+20,7 % par

rapport à la France), enregistrant la deuxième plus forte densité, à quasi-égalité avec la Région Sud Provence- Alpes-Côte d'Azur mais devancée plus nettement par l'Île-de-France. Par ailleurs, le manque ressort comme criant pour les psychiatres (-39,8 %, plus faible densité après Centre-Val de Loire) et la biologie médicale (-29,8 % par rapport à l'Hexagone et au troisième rang des régions hexagonales derrière le Centre-Val de Loire et l'Occitanie).

## ... AVEC UNE GRANDE PART D'ENTRE EUX SUR LES PÔLES LILLOIS ET AMIÉNOIS...

Toutefois, ces valeurs régionales masquent de fortes disparités territoriales, selon le degré d'urbanisation du territoire et de fait de la présence ou non d'établissements de santé : 99,0 % des médecins spécialistes salariés ou libéraux dans les Hauts-de-France exercent en secteur urbain ; ils sont 97,9 % dans l'Hexagone. Au niveau des EPCI, ceux de plus de 20 000 habitants (75 sur 92) rassemblent 99,4 % des médecins spécialistes ; de plus, la Métropole européenne de Lille et la CA Amiens Métropole concentrent, quant à elles, 44,2 % des médecins spécialistes exerçant dans les Hauts-de-France.

## ... MAIS DES PARTS DE SPÉCIALISTES DE 55 ANS ET PLUS MOINDRES À CELLES DU RESTE DU PAYS

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, la proportion de médecins spécialistes âgés de 55 ans et plus est moindre dans les Hauts-de-France qu'en France hexagonale, se situant au neuvième rang des régions. Concernant ce classement, quelle que soit la spécialité, les Hauts-de-France ne se retrouvent jamais dans les cinq régions ayant les parts les plus élevées ; la région présente même la part la plus faible pour la chirurgie générale et la troisième plus faible derrière les Pays de la Loire et l'Auvergne-Rhône-Alpes pour la dermatologie et la vénéréologie.

### MÉDECINS SPÉCIALISTES (SALARIÉS ET LIBÉRAUX), SELON LE TYPE DE SPÉCIALITÉ

	Hauts-de-France			Régions de France hexagonale						France hexagonale	
	Nombre	Densité*	% de 55 ans et plus	Densité*			% de 55 ans et plus			Densité*	% de 55 ans et plus
				Min	Rang**	Max	Min	Rang**	Max		
<b>Spécialités médicales, dont :</b>	5 902	98,4	33,8	80,4	8	141,3	28,9	9	52,4	109,5	36,2
Anesthésie-réanimation	890	14,8	28,0	10,4	7	21,0	24,9	10	50,9	16,0	29,7
Radiodiagnostic	665	11,1	39,7	8,1	8	15,1	35,8	11	51,3	11,6	42,4
Pédiatrie	643	53,9	31,7	47,4	8	89,1	21,7	7	37,8	65,3	32,0
Cardiologie et maladies vasculaires	560	9,3	44,1	7,6	7	14,2	34,4	6	55,3	10,3	45,4
Gastro-entérologie et hépatologie	303	5,1	38,6	3,9	9	6,9	27,6	10	75,0	5,5	41,8
Gynécologie médicale	136	5,3	50,7	2,7	4	10,6	25,0	10	81,8	5,4	59,1
Pneumologie	291	4,9	36,1	3,4	3	5,4	31,3	11	50,0	4,6	40,6
Dermatologie et vénéréologie	204	3,4	40,2	3,4	13	6,8	35,2	11	76,9	4,8	50,8
Neurologie	264	4,4	31,1	2,0	7	5,8	20,4	8	57,1	4,6	31,8
Médecin physique et réadaptation	195	3,3	39,5	1,7	9	4,9	29,2	5	58,3	3,5	37,0
Rhumatologie	159	2,7	45,9	2,6	12	4,5	32,7	5	63,6	3,6	45,6
Gériatrie	265	52,8	30,9	21,7	2	92,0	30,7	12	45,1	43,2	36,1
Endocrinologie et métabolisme	171	2,9	25,1	2,0	7	4,1	19,8	11	45,0	3,2	34,4
<b>Spécialités chirurgicales, dont :</b>	2 030	33,8	34,7	32,2	11	53,9	30,1	10	45,7	40,1	37,7
Ophtalmologie	388	6,5	37,9	5,8	11	11,0	36,2	12	51,9	7,9	45,8
Gynécologie-obstétrique	409	31,4	28,9	31,4	13	51,7	17,4	8	38,6	38,2	29,9
Chirurgie générale	236	3,9	25,4	1,6	2	4,4	25,4	13	50,0	3,1	37,9
Chirurgie orthopédique et traumatologie	284	4,7	38,0	4,6	12	7,8	29,6	6	60,9	5,8	36,6
ORL et chirurgie cervico-faciale	170	2,8	44,1	2,8	13	6,1	28,8	10	64,7	4,0	47,9
Psychiatrie	952	15,9	38,2	14,9	12	32,1	33,8	11	52,9	22,2	44,7
Biologie médicale	199	3,3	47,2	3,2	11	6,1	31,8	5	54,5	4,3	46,2
<b>Ensemble des spécialistes***</b>	9 180	153,0	34,7	131,9	9	231,7	30,5	9	50,3	178,1	37,9

\* 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)

\*\* rang des Hauts-de-France en regard des treize régions de France hexagonale, par ordre décroissant

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

au 1<sup>er</sup> janvier 2025

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2025, Insee RP - Exploitation OR25

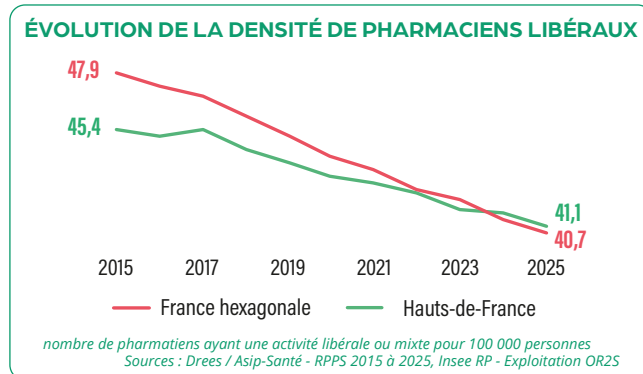
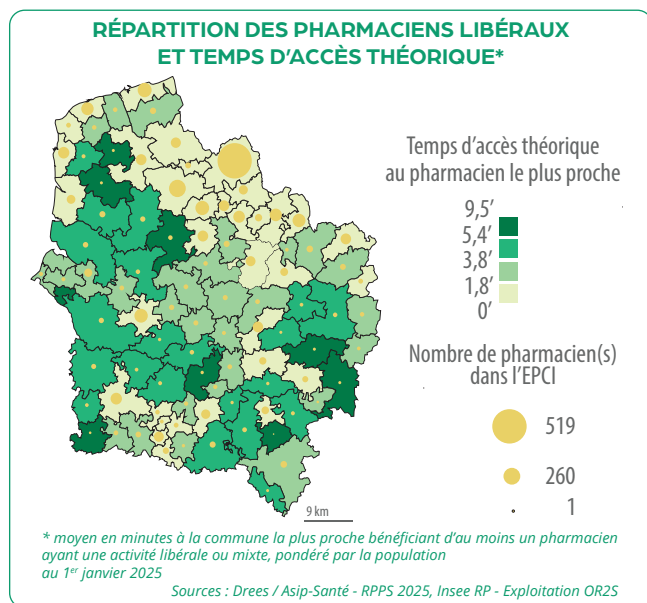
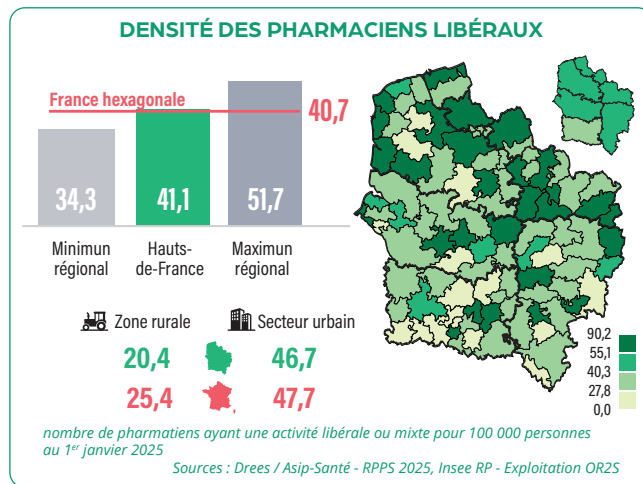


# Pharmaciens

## UNE DENSITÉ PROCHE DE LA VALEUR NATIONALE, MAIS AVEC DES DIFFÉRENCES INFRARÉGIONALES

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, 2 464 pharmaciens libéraux (ou mixtes) exercent dans les Hauts-de-France, soit une densité de 41,1 pour 100 000 habitants ; cette densité proche de la valeur nationale (40,7) les situe au milieu des régions de l'Hexagone. À l'instar de nombre de régions, la densité n'a cessé de diminuer au cours des dix dernières années ; toutefois, cette baisse constitue la deuxième plus faible des régions hexagonales (-9,6 %) après Grand Est (-8,9 %). Quelle que soit l'unité géographique, la densité de pharmaciens est plus élevée en secteur urbain qu'en zone rurale, mais le différentiel est plus marqué en région : respectivement 46,7 pour 100 000 habitants *versus* 20,4 en région et 47,7 contre 25,4 dans l'Hexagone. Sur le plan infrarégional, l'Oise se distingue en présentant des densités par EPCI particulièrement faibles, puisque seuls quatre d'entre eux dépassent les 40 pour 100 000 habitants.

Pour ce qui a trait à l'âge, tant en regard des 55 ans et plus que pour les 60 ans et plus, les Hauts-de-France présentent les secondes parts les plus faibles des régions derrière la voisine normande dans les deux cas : respectivement 30,6 % et 17,4 % à comparer aux 34,8 % et 21,4 % de France hexagonale.



Pour les EPCI, six présentent une part de 55 ans et plus supérieure à un pharmacien sur deux : les CC de Retz en Valois, du Vexin-Thelle et de la Haute Somme (plus de trois pharmaciens sur cinq appartiennent à cette tranche d'âge), les CA Grand Soissons Agglomérations et Creil Sud Oise, et la CC Terre de Picardie. De plus, pour la CC de la Haute Somme, la part de 60 ans et plus est de plus d'un pharmacien sur deux. Les temps d'accès théoriques moyens au pharmacien le plus proche sont comme pour les médecins généralistes libéraux plus faibles dans les zones urbanisées, comme permet de la visualiser la carte ci-contre avec la partie centrale du Nord. À l'opposé, ils sont notamment très élevés dans le nord de l'Aisne.

# Autres professionnels de santé

## LA DENSITÉ DE CHIRURGIENS-DENTISTES EN AUGMENTATION DEPUIS PLUS LONGTEMPS EN RÉGION QU'AU NIVEAU NATIONAL

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, les Hauts-de-France comptent 2 834 chirurgiens-dentistes libéraux (ou mixtes), soit une densité de 47,2 pour 100 000 habitants. Inférieure de dix points à la France hexagonale, cette densité place la région au quatrième rang des plus faibles de l'Hexagone. Parmi ces professionnels, 16,6 % ont 60 ans ou plus, soit en deçà de la moyenne nationale (-2,7 points). Contrairement au niveau national, où la densité de

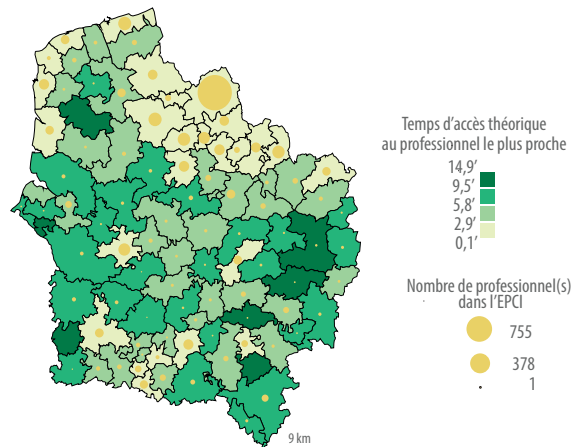
dentistes n'a commencé à augmenter qu'en 2021 (+5,1 % entre 2021 et 2025), les Hauts-de-France enregistrent une hausse quasi continue depuis dix ans, avec une progression de 10,6 % depuis 2013, la plus forte de toutes les régions. Les densités de chirurgiens-dentistes varient fortement selon le type d'habitat. En secteur urbain, elle est 4,6 fois plus élevée qu'en zone rurale, contre un écart de 3,9 fois au niveau national (hors unité urbaine de Paris). Des disparités existent également au sein de la région. Dans l'ex-Nord-Pas-de-Calais, tous les territoires de démocraties sanitaires ont une densité dépassant les 43 pour 100 000 habitants, avec un pic à 60,8 dans la Métropole-Flandres.



En revanche, dans l'ex-Picardie, seule l'Aisne atteint les 41,9 pour 100 000, tandis que l'Oise et la Somme affichent des densités nettement plus faibles, respectivement 38,6 et 33,9. Ces faibles densités s'accompagnent le plus souvent d'une proportion élevée de praticiens âgés : 22 % dans l'Oise et la Somme, contre moins de 17 % dans les territoires de l'ex-Nord-Pas-de-Calais. Les disparités sont également notables au sein même des départements. Par exemple, l'Oise a les EPCI avec les plus fortes densités, comme la CC Senlis Sud-Oise (100,0 pour 100 000 habitants) et la CC de l'Aire Cantilienne (95,9), mais aussi les plus faibles, à l'image de la CC du Pays de Bray, qui ne compte aucun dentiste.

Les temps d'accès au chirurgien-dentiste le plus proche, tout comme pour les médecins généralistes, sont nettement plus courts dans les territoires davantage urbanisés, comme le montre la carte ci-contre, avec la partie centrale nord de la région. En outre, les temps d'accès sont plus longs dans les CC du Haut-Pays du Montreuillois, du Pays de Bray ou du Canton d'Oulchy-le-Château.

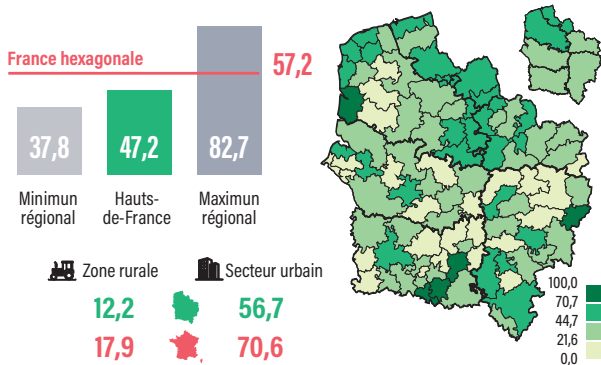
RÉPARTITION DES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX ET TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE\*



\* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un chirurgien-dentiste ayant une activité libérale ou mixte, pondéré par la population au 1<sup>er</sup> janvier 2025

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2025, Insee RP - Exploitation OR2S

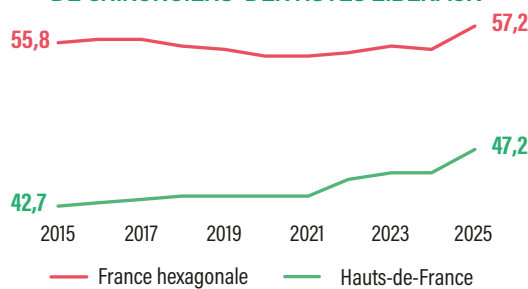
DENSITÉ DE CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX



nombre de chirurgiens-dentistes ayant une activité libérale ou mixte pour 100 000 personnes au 1<sup>er</sup> janvier 2025

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2025, Insee RP - Exploitation OR2S

ÉVOLUTION DE LA DENTISTE DE CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX



nombre de chirurgiens-dentistes ayant une activité libérale ou mixte pour 100 000 personnes

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2015 à 2025, Insee RP - Exploitation OR2S

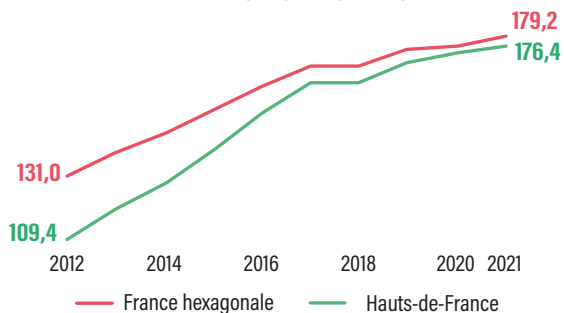
DES DENSITÉS D'INFIRMIERS ET DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES AVEC DES ÉVOLUTIONS DIFFÉRENTES EN REGARD DE L'HEXAGONE

En raison de la transition progressive du répertoire Adeli vers le RPPS, les données relatives aux masseurs-kinésithérapeutes et aux infirmiers libéraux ne sont pas encore disponibles au 1<sup>er</sup> janvier 2025. Les données les plus récentes sont celles au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour les infirmiers. Il n'existe pas davantage d'informations sur la répartition régionale de ce professionnel de santé que celle présentée dans l'état des lieux produit en

2021, c'est pourquoi le lecteur est renvoyé au texte qui leur est consacré à la page 14 de celui-ci<sup>1</sup>. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'information est plus récente : disponible au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Comme cela apparait sur les quatre courbes en bas de la page ci-contre, les densités de ces deux professionnels, pour l'activité libérale ou mixte, sont en augmentation, mais de façon différente en regard de l'Hexagone, ce qui fait que l'écart entre les deux niveaux géographiques a tendance à se réduire chez les premiers (à valider toutefois lors des prochaines années) et à augmenter chez les seconds.

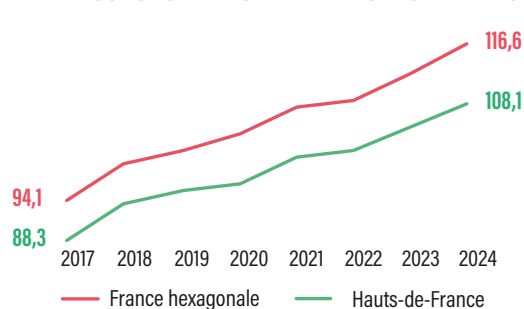
ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ D'INFIRMIERS LIBÉRAUX DE MOINS DE 62 ANS



nombre d'infirmiers de moins de 62 ans ayant une activité libérale ou mixte pour 100 000 personnes

Sources : Adeli, Drees, Insee RP - Exploitation OR2S

ÉVOLUTION DE LA DENSITÉ DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX



nombre de masseurs-kinésithérapeutes ayant une activité libérale ou mixte pour 100 000 personnes

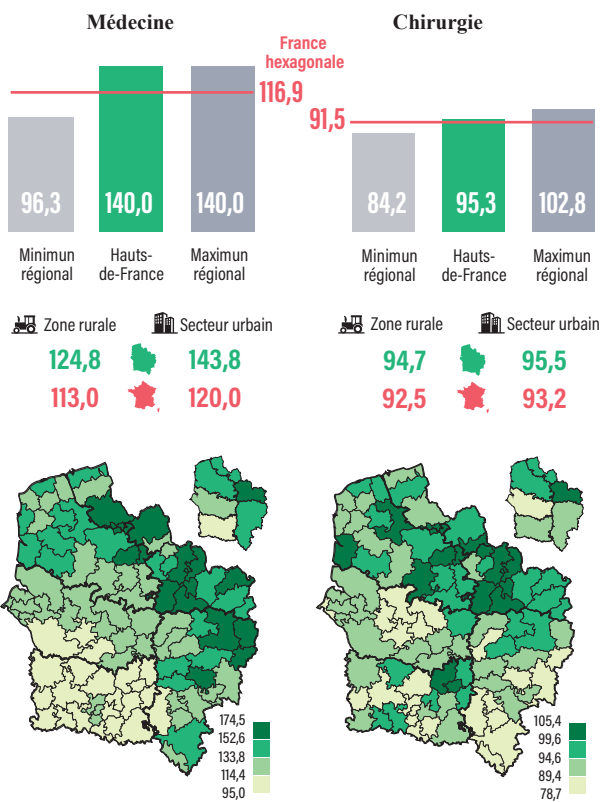
Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2017 à 2024, Insee RP - Exploitation OR2S

<sup>1</sup>le document est téléchargeable sur le site internet de l'OR2S (www.or2s.fr).



# ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

## TAUX DE SÉJOURS EN MCO



taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes, au lieu de domicile du patient, en 2023  
Sources : PMSI MCO - Atih, Insee - Exploitation OR2S

## LE TAUX DE SÉJOURS EN MÉDECINE LE PLUS ÉLEVÉ DES RÉGIONS DE L'HEXAGONE ET LE TROISIÈME EN CHIRURGIE

En 2023, les Hauts-de-France ont enregistré plus de 1,88 million de séjours en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), soit le taux le plus élevé des régions de l'Hexagone avec 324,2 séjours pour 1 000 habitants. Si la pandémie de la Covid-19 a entraîné une chute de 13,3 % des séjours entre 2019 et 2020 (-12,1 % en France), ceux-ci sont repartis à la hausse depuis : +18,9 % en région, +17,0 % en France en trois ans.

En 2023, parmi le total des séjours, 801 804 l'ont été en médecine, soit 140,0 pour 1 000 habitants. Dépassant de 19,8 % la moyenne nationale, le taux des Hauts-de-France est également le plus élevé des treize régions hexagonales. Après une baisse de 11,8 % entre 2019 et 2020 (-10,1 % en France), l'activité a progressé de 15,8 % en région et 13,4 % au niveau national, retrouvant ainsi les valeurs des taux de 2010. Comme le montre l'illustration ci-contre, les taux sont plus élevés en milieu urbain : 143,8 séjours pour 1 000 habitants contre 124,8 ‰ en zone rurale ; en France hexagonale, les taux respectifs sont de 120,0 ‰ et 113,0 ‰, soit des valeurs moindres, tout particulièrement en secteur urbain (hors unité urbaine de Paris).

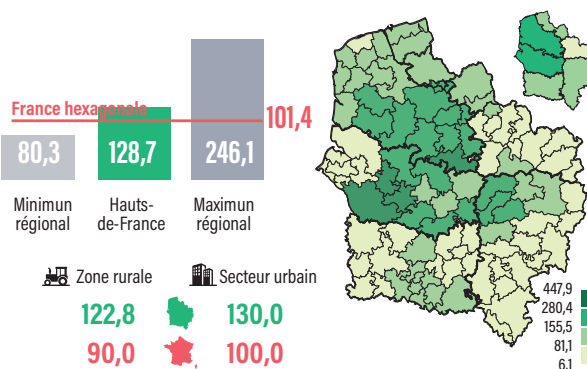
En 2023, toujours parmi le total des séjours MCO, 552 347 l'ont été en chirurgie, soit 95,3 séjours pour 1 000 habitants. La région affiche un taux au-dessus de la moyenne nationale de 4,3 points, se classant au troisième rang des régions hexagonales derrière Région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire. Si la baisse de 2020 a été marquée (-17,4 % en région, -16,4 % en France hexagonale), cela n'a pas empêché que les taux de 2023 soient les plus élevés depuis une quinzaine d'années. Les écarts entre secteur urbain et zone rurale sont faibles : 94,7 séjours pour 1 000 habitants en zone rurale contre 95,5 ‰ en secteur urbain ; en France, ils sont d'un peu plus de deux points de moins, respectivement de 92,5 ‰ et 93,2 ‰, hors unité urbaine de Paris pour le secteur urbain français. D'importantes disparités subsistent entre les anciennes régions : en ex-Picardie, les taux sont inférieurs ou proches de la moyenne nationale, tandis qu'en ex-Nord-Pas-de-Calais, ils dépassent d'au moins 5 % la moyenne hexagonale. Ce contraste est particulièrement visible à l'échelle des EPCI (cf. illustration ci-contre) où la majorité de la bande nord-est affiche des taux supérieurs à la moyenne nationale.

## LE DEUXIÈME TAUX DE JOURNÉES EN HAD DES RÉGIONS

En 2023, les Hauts-de-France ont comptabilisé 706 586 journées d'hospitalisation à domicile (HAD), soit 128,7 journées pour 1 000 habitants. Ce taux, de 27 % supérieur à la moyenne nationale, situe les Hauts-de-France au deuxième rang des valeurs les plus élevées des régions de l'Hexagone (derrière la Corse qui affiche un taux presque doublé de 246,1 en regard de la région). Le taux de journées en HAD est un peu plus élevé en secteur urbain qu'en zone rurale, avec un écart moindre en région (respectivement 130,0 ‰ contre 122,8 ‰) qu'en France hexagonale (100,0 ‰ et 90,0 ‰). Trois territoires de démocratie sanitaire (Aisne, Oise, Hainaut) affichent des taux inférieurs de plus de 15 % à la moyenne nationale, atteignant jusqu'à -31 % dans le Hainaut. À l'inverse, le Pas-de-Calais (+71 %) et la Somme (+134 %) enregistrent de forts écarts.

Depuis 2009, le nombre de journées en HAD a progressé de 62,2 % en région (+86,3 % en France hexagonale). La croissance est plus forte en zone rurale : +79,4 % contre +58,1 % en secteur urbain. Toutefois, cette augmentation en quinze ans est très relative en regard des autres régions, puisqu'elle est la troisième plus faible après les voisines normande et francilienne. Elle se trouve bien loin du triplement du taux de journées en HAD d'une autre région voisine qu'est le Grand Est.

## TAUX DE JOURNÉES EN HAD

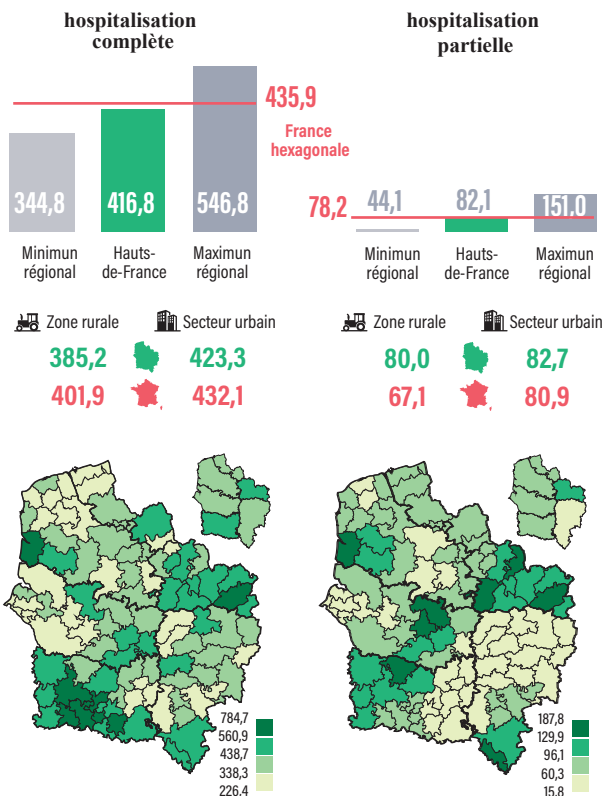


taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes, au lieu de domicile du patient, en 2023  
Sources : PMSI HAD - Atih, Insee - Exploitation OR2S





## TAUX DE JOURNÉE EN SMR



## EN SMR, LES HOSPITALISATIONS COMPLÈTES EN BAISSÉ ET LES PARTIELLES EN HAUSSE

En 2023, les habitants des Hauts-de-France ont totalisé 2,74 millions de journées en soins médicaux et de réadaptation (SMR), dont 2,26 millions en hospitalisation complète et 0,48 million en hospitalisation partielle ; les taux de journées s'élevaient respectivement à 416,8 et 82,1 pour 1 000 habitants. Par rapport à la moyenne nationale, les hospitalisations complètes sont inférieures de 4 %, alors que les hospitalisations partielles sont supérieures de 5 %, mais les deux types d'hospitalisation placent les Hauts-de-France en milieu de classement des régions hexagonales. Les taux sont plus élevés en secteur urbain (respectivement 423,3 journées pour 1 000 habitants et 82,7 ‰ pour les hospitalisations complètes et partielles) qu'en zone rurale (385,2 ‰ et 80,0 ‰) ; cette tendance est également observée à l'échelle nationale avec respectivement 432,1 ‰ et 80,9 ‰ en secteur urbain (hors unité urbaine de Paris) et 401,9 ‰ et 67,1 ‰ en zone rurale. Entre 2015 et 2021, les hospitalisations complètes en SSR ont diminué, baisse accentuée par la crise Covid-19 : -25,2 % en région contre -22,6 % en France hexagonale ; elles ont repris une tendance à la hausse entre 2021 et 2023 : respectivement 5,4 % et 4,0 %. À l'inverse, malgré un recul temporaire de -36,1 % en 2020 par rapport à 2019 lié à la pandémie, les hospitalisations partielles ont plus que doublé depuis 2009 (+107,3 % en région, +99,3 % dans l'Hexagone).

## DES FORTES DISPARITÉS AU SEIN DE LA RÉGION POUR LES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES

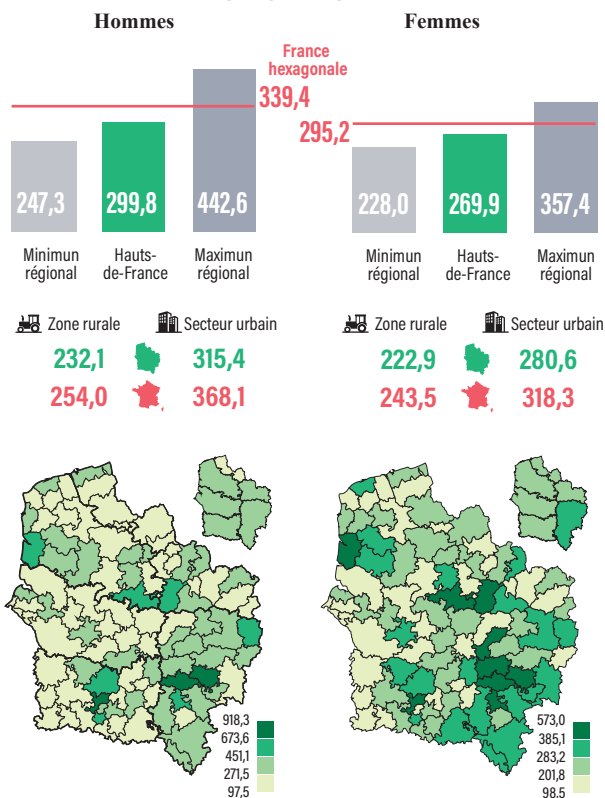
En 2023, les Hauts-de-France ont enregistré 1,40 million de journées en hospitalisation complète en psychiatrie (soit 234,5 journées pour 1 000 habitants) et un plus de 300 000 journées en hospitalisation partielle (soit 50,7 pour 1 000 habitants). Ces taux sont inférieurs à ceux de la France hexagonale, avec un écart de -8,3 % pour les hospitalisations complètes et -17,9 % pour les hospitalisations partielles.

Les hospitalisations complètes diminuent de façon régulière depuis 2012, de 22,7 % dans la région et de 16,1 % au niveau national. Les hospitalisations partielles ont été particulièrement impactées par la pandémie, enregistrant une chute de 41,2 % entre 2019 et 2020. En 2023, bien que l'augmentation ait été importante (+45,7 %), elles ne retrouvent pas le niveau d'avant la pandémie : -14,4 % séparent les taux de 2023 et 2019 en région et -15,5 % au niveau national.

Quel que soit le type d'hospitalisation, les taux sont plus élevés en secteur urbain qu'en zone rurale. Ainsi, les taux d'hospitalisations complètes en psychiatrie en secteur urbain de la région sont de 243,7 journées pour 1 000 habitants (279,7 ‰ en France hors unité urbaine de Paris) et 191,8 ‰ en zone rurale (200,5 ‰ pour celle de la France). Les taux d'hospitalisations partielles en psychiatrie sont en secteur urbain en région de 54,7 journées pour 1 000 habitants (63,8 ‰ au niveau national hors unité urbaine de Paris) et de 35,7 ‰ en zone rurale (48,0 ‰ nationalement).

Au sein de la région, à l'échelle des EPCI, l'analyse montre que les taux élevés observés dans l'Oise et l'Aisne se concentrent sur certains EPCI spécifiques (cf. illustration ci-contre). Dans l'Oise, la CC du Plateau Picard, celle du Clermontois et la CA Creil Sud Oise affichent toutes un différentiel supérieur à +45 % par rapport à la moyenne nationale. Dans l'Aisne, ce sont les CA du Grand Soissons Agglomération, du Pays de Laon et la CC Picardie des Châteaux qui sont dans ce cas. Pour les hospitalisations partielles, près de trois EPCI sur quatre présentent des taux au moins inférieurs de 15 % à la moyenne nationale. Toutefois, certains territoires affichent des valeurs nettement plus élevées, notamment la CA d'Amiens Métropole, celle du Saint-Quentinois, ainsi que la région du Montreuillois.

## TAUX DE JOURNÉES EN SOINS PSYCHIATRIQUES, SELON LE SEXE





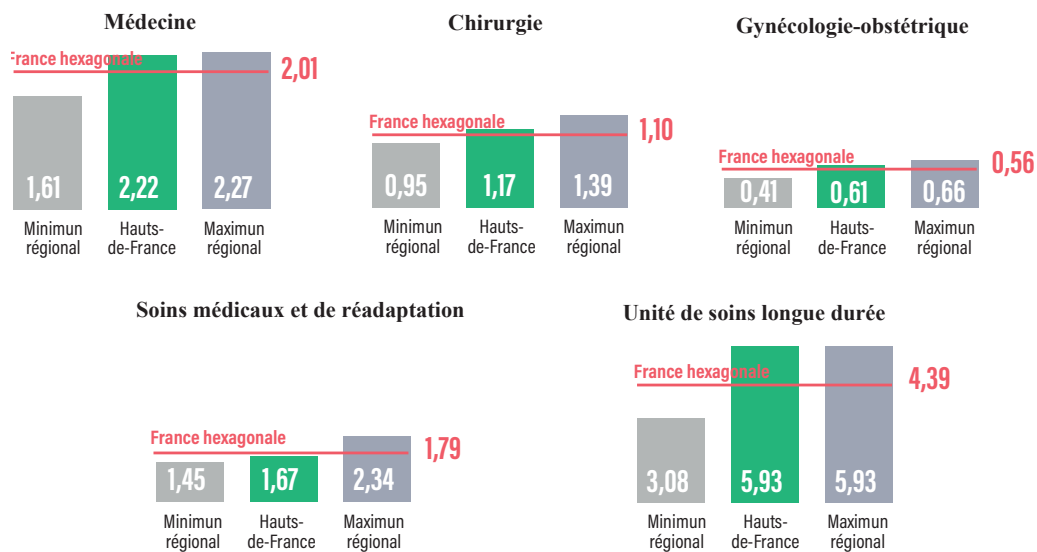
**UN ÉQUIPEMENT EN SOINS DE COURTE DURÉE PROCHE DU NIVEAU NATIONAL...**

Au 31 décembre 2024, un peu plus de 21 800 lits ou places en soins de courte durée (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) sont comptabilisés dans les Hauts-de-France, que ce soit en établissements privés ou publics. Les services de médecine cumulent un peu plus de 13 300 lits ou places, ceux de chirurgie près de 7 000 et ceux de gynécologie-obstétrique un peu moins de 1 600. L'hospitalisation complète représente 87 % de la capacité en médecine et 92 % de la capacité en gynécologie-obstétrique ; en chirurgie, son poids est un peu moindre (70 %). Rapporté à la population, le taux d'équipement s'élève ainsi à 2,22 lits ou places pour 1 000 habitants (2,01 ‰ dans l'Hexagone) pour la médecine et à 1,17 lit ou place pour 1 000 habitants pour la chirurgie (1,10 ‰ dans l'Hexagone). Les Hauts-de-France présentent le second taux d'équipement le plus élevé pour la médecine (derrière Bourgogne-Franche Comté) et le quatrième pour la chirurgie. Concernant la gynécologie-obstétrique, l'équipement s'élève à 0,61 lit ou place pour 1 000 femmes âgées de 15 ans ou plus contre 0,56 ‰ dans l'Hexagone, c'est le deuxième taux le plus élevé des treize régions derrière l'Île-de-France. Au niveau infrarégional, l'offre est particulièrement importante dans les territoires des grands centres urbains (Lille, Amiens, Valenciennes...), mais elle a vocation à concerner un public plus large géographiquement. L'offre de soins de courte durée existe également hors établissement et peut prendre la forme d'une hospitalisation à domicile (HAD). Au 31 décembre 2024, la capacité des établissements de santé implantés dans les Hauts-de-France disposant d'une autorisation en HAD s'élève à près de 2 300 patients pouvant être pris en charge en même temps. Le taux d'équipement des Hauts-de-France (0,39 place pour 1 000 habitants) est très légèrement au-dessus de celui de l'Hexagone (0,36 ‰), se plaçant au sixième rang du classement des taux régionaux les plus élevés.

**... MAIS EN DEÇÀ POUR LES SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION**

Au 31 décembre 2024, les établissements de santé implantés dans les Hauts-de-France disposant d'une autorisation en soins médicaux et de réadaptation (SMR) offrent près de 10 000 lits ou places : 8 200 lits en hospitalisation complète et 1 800 places en hospitalisation partielle. Le taux d'équipement global en SMR s'élève ainsi à 1,67 lit ou place pour 1 000 habitants contre 1,79 ‰ dans l'Hexagone. Il s'agit du quatrième taux le plus faible des régions hexagonales. La répartition géographique des établissements SMR est moins concentrée autour des grands pôles que pour les soins de courte durée, avec la présence d'établissements dans des zones urbaines de moindre taille, voire en zone rurale. Berck et Villiers-Saint-Denis présentent ainsi respectivement les seconde et quatrième capacités les plus élevées en SMR par commune dans la région, Lille et Villeneuve d'Ascq complétant le classement. La commune de Berck rassemble 6 % de la capacité régionale en SSR. La région compte également une cinquantaine d'unités de soins de longue durée (USLD) au 31 décembre 2024 pour une capacité de près 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. Le taux d'équipement régional (5,9 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) place les Hauts-de-France au premier rang des régions les mieux équipées (4,4 ‰ dans l'Hexagone). Ces unités étant adossées à un établissement hospitalier, les places en USLD sont situées au sein des grandes villes de la région.

**ÉQUIPEMENTS EN LITS OU PLACES EN...**



nombre de lits ou de places pour 1 000 personnes

Sources : SAE 2024 - base administrative, Drees, Insee RP - Exploitation OR2S

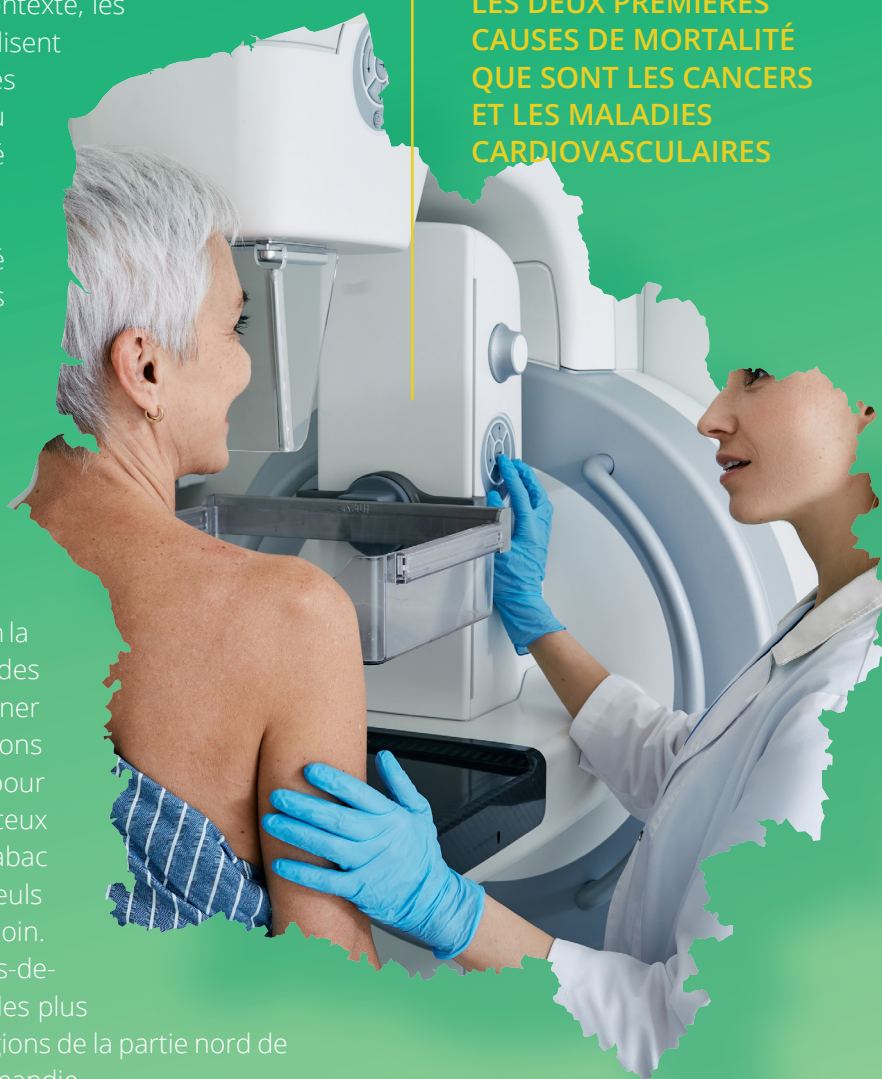


# État de santé, déterminants de santé, prévention

Indicateur de mesure synthétique, l'espérance de vie à tout âge, particulièrement à la naissance, constitue paradoxalement une bonne mesure de l'état de santé d'une population. L'écart entre niveaux national et régional est important : plus de deux ans d'écart chez les hommes entre les deux niveaux territoriaux, près de deux ans chez les femmes situant les Hauts-de-France au dernier rang des régions de l'Hexagone pour chaque sexe, tant en secteur urbain qu'en zone rurale. Ce constat global est la conséquence logique d'une situation défavorable pour nombre de pathologies. Dans ce contexte, les illustrations des pages 30 et 32 matérialisent cet état de fait, tant l'effectif mesurant les écarts entre échelon régional et niveau national s'avère le plus souvent marqué d'une importante positivité.

Les deux premières causes de mortalité que constituent les cancers et les maladies cardiovasculaires n'échappent pas à ce schéma. Ainsi, ce seraient près de 3 800 décès qui pourraient être évités annuellement si la mortalité dans les Hauts-de-France correspondait à celle de la France hexagonale. Concernant les cancers, les illustrations des pages 36 et 37 permettent là encore de mesurer combien la région paye un lourd tribut pour la plupart des localisations. Enfin, il faut aussi mentionner les prévalences les plus élevées des régions de l'Hexagone chez chacun des sexes pour le diabète, les maladies respiratoires et ceux liés à la consommation d'alcool ; le tabac ne classe au premier rang que les seuls hommes, les femmes se trouvant plus loin. Pour bien d'autres pathologies, les Hauts-de-France se situent parmi les trois régions les plus touchées, seulement devancés par les régions de la partie nord de l'Hexagone : Bretagne, Grand Est ou Normandie.

UNE MORTALITÉ DANS  
LES HAUTS-DE-FRANCE  
LA PLUS ÉLEVÉE DES  
RÉGIONS HEXAGONALES,  
NOTAMMENT DU FAIT  
DES NOMBRES DE DÉCÈS  
IMPORTANTES POUR  
LES DEUX PREMIÈRES  
CAUSES DE MORTALITÉ  
QUE SONT LES CANCERS  
ET LES MALADIES  
CARDIOVASCULAIRES





# Espérance de vie

## LES ESPÉRANCES DE VIE DES HAUTS-DE-FRANCE LES PLUS FAIBLES DES RÉGIONS HEXAGONALES...

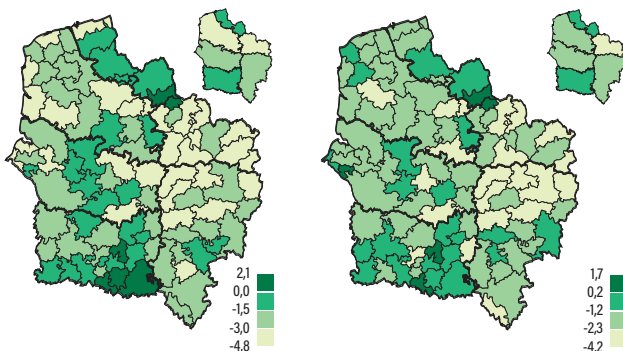
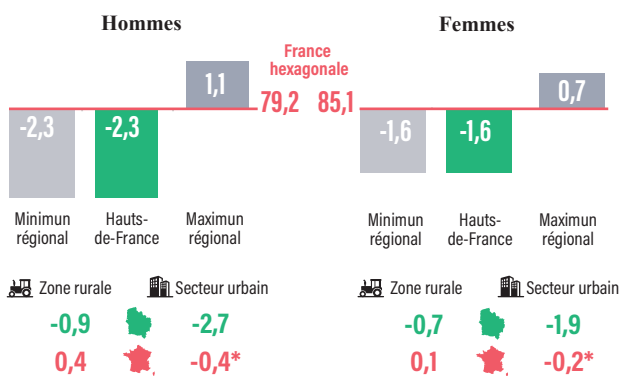
L'espérance de vie constitue un bon indicateur de mesure synthétique de l'état de santé d'une population.

En 2020-2022, les espérances de vie à la naissance des hommes et des femmes domiciliés dans les Hauts-de-France sont respectivement de 76,9 ans et de 83,5 ans (cf. illustration ci-contre). Pour chacun des sexes, cela les situe au dernier rang des régions hexagonales. Pour mieux comprendre le retard, chez les hommes comme chez les femmes, la mortalité 2020-2022 dans les Hauts-de-France correspond à celle de la France hexagonale dix-sept ans plus tôt. Autre constat, l'espérance de vie est supérieure en zone rurale par rapport au secteur urbain, chez les hommes comme chez les femmes, pour les deux types d'habitat, même si les écarts sont moindres en France qu'en région.

L'espérance de vie à 65 ans positionne les Hauts-de-France dans la même situation que celle à la naissance, à savoir le dernier rang des régions de l'Hexagone pour chacun des sexes. Le retour en arrière mentionné ci-dessus entre les deux types d'habitat est même de dix-huit ans pour cette espérance de vie. Comme à la naissance, l'espérance de vie à 65 ans est plus élevée en zone rurale qu'en secteur urbain, mais ce constat n'est en revanche retrouvé que dans les Hauts-de-France.

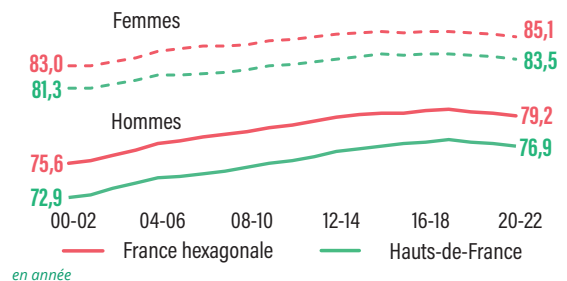
Les cartes ci-dessous portent sur sept années pour permettre une puissance statistique nécessaire à une interprétation acceptable. Ce regroupement d'années intègre à la fois une phase de progression de l'espérance de vie et la période de la Covid-19 où cette espérance de vie a régressé. Ces cartes matérialisent les différences très importantes d'un EPCI à l'autre.

### ÉCART AVEC LE NIVEAU NATIONAL POUR L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, SELON LE SEXE



\* hors unité urbaine de Paris  
les histogrammes portent sur la période 2020-2022 et les cartes sur la période 2016-2022  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, SELON LE SEXE



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

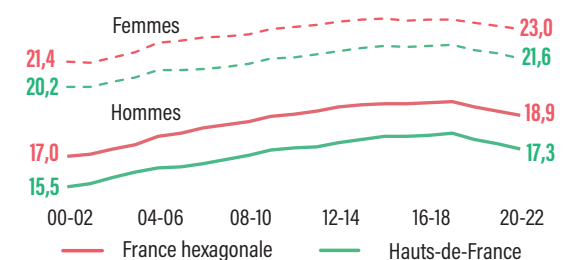
Premier constat, seuls quatre EPCI chez les femmes et cinq chez les hommes enregistrent une espérance de vie à la naissance supérieure à celles de la France. L'écart entre la 9<sup>e</sup> valeur la plus haute et la 9<sup>e</sup> la plus basse est considérable : 2,2 ans pour les femmes et à 3,4 ans pour les hommes. Par ailleurs, le différentiel hommes/femmes varie sensiblement entre les EPCI présentant les valeurs extrêmes (4,1 ans et 9,7 ans) ; ces écarts sont de 6,6 ans en région et de 6,0 ans dans l'Hexagone.

### ... QUI, PAR AILLEURS, ENREGISTRENT UNE DIMINUTION DEPUIS LA PANDÉMIE

Dans les Hauts-de-France comme en Hexagone, les espérances de vie à la naissance des hommes comme des femmes ont augmenté depuis nombre d'années. Toutefois, ces hausses se sont arrêtées en 2020, puisque la période charnière comme cela peut se voir sur le graphique ci-dessus montre une valeur maximale en 2017-2019 pour chacun des sexes. Ainsi, entre 2000-2002 et 2017-2019, ce sont 4,5 années qui ont été gagnées chez les hommes des Hauts-de-France et 2,6 ans chez leurs homologues féminines ; en France, ces valeurs sont proches, voire identiques, respectivement de 4,1 ans et de 2,6 ans. Mais depuis cette dernière période, ces espérances de vie ont diminué, là encore de façon proche entre les deux unités géographiques, de l'ordre d'une demi-année, un peu plus pour les hommes et un peu moins pour les femmes.

À 65 ans, l'espérance de vie a suivi le même schéma que celle à la naissance, à savoir une augmentation jusqu'en 2017-2019, suivie depuis d'une diminution. L'augmentation entre 2000-2002 et 2017-2019 a été plus sensible côté masculin en France comme en région : 2,5 ans contre 2,0 ans. Depuis, la diminution est de l'ordre de 6/7 mois chez les femmes des deux unités géographiques, d'un mois de plus pour les hommes. En région, la baisse de l'espérance de vie à 65 ans est plus faible en zone rurale, contrairement aux tendances dans l'Hexagone.

### ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, SELON LE SEXE



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



# Spécificités liées à la Covid-19

## DES TAUX D'HOSPITALISATION EN RÉGION BIEN SUPÉRIEURS À CEUX DU NIVEAU NATIONAL

En 2020, la France, à l'instar de l'ensemble du monde, a dû faire face à la Covid-19. Cet épisode pandémique s'est poursuivi au-delà de cette seule année (en 2021 et 2022 notamment), comme le montrent les illustrations de cette page.

Le recours aux établissements hospitaliers a été extrêmement important au cours de cette période marquée par la pandémie. La cartographie des pathologies (cf. page 30) permet de concrétiser statistiquement cette réalité à partir de deux effectifs : les personnes prises en charge pour séjour hospitalier pour la Covid-19 et celles prises en charge en soins critiques au cours d'un séjour hospitalier, ces dernières étant incluses dans les premières. Ainsi, en 2020, 2021 et 2022, ce sont respectivement 9 440, 11 835 et 10 173 femmes résidant dans les Hauts-de-France qui ont été admises à l'hôpital pour la Covid-19, dont 2 028, 3 055 et 1 109 en soins intensifs. Chez les hommes, ces nombres sont respectivement de 10 316, 12 741 et 9 787 ayant été pris en charge pour un séjour hospitalier, dont 3 315, 4 531 et 1 661 en soins critiques. Pour chacun des sexes, l'illustration ci-contre permet la comparaison pour les deux types de taux entre les Hauts-de-France et la France avec des valeurs régionales toujours supérieures à celles comparables en matière d'habitat à celles du niveau national. Même si les taux restent plus élevés en région, l'écart entre les Hauts-de-France et le niveau national s'est réduit d'année en année. Par ailleurs, quels que soient l'année, le sexe et le type d'habitat, les taux sont plus élevés en secteur urbain qu'en zone rurale avec un facteur multiplicatif variant entre 1,1 et 1,8.

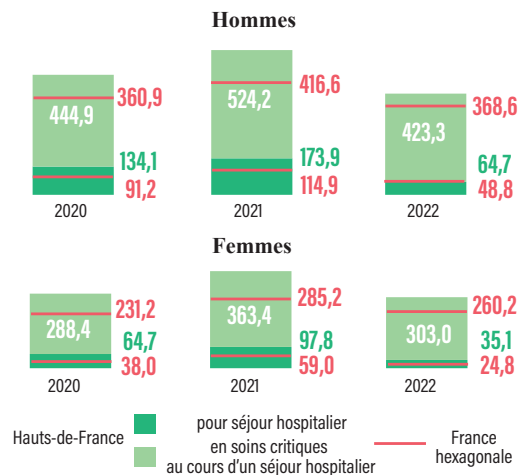
## UNE MORTALITÉ PAR COVID-19 SUPÉRIEURE À CELLE DE LA FRANCE...

Les Antilles et la Guyane ont payé un lourd tribut pour cette pandémie en matière de mortalité, mais c'est également le cas dans certaines régions de l'Hexagone. Ainsi, avec 8 132 décès masculins et 7 954 féminins cumulés sur la période 2020-2022 en cause principale pour la Covid-19, les Hauts-de-France sont situés au troisième rang des régions de l'Hexagone pour son taux élevé de mortalité derrière l'Île-de-France et le Grand Est pour chacun des sexes ; le taux de mortalité régional est ainsi supérieur de 25 % à la moyenne nationale, pour les deux sexes.

## ... AVEC UN ÉCART AMPLIFIÉ EN ZONE RURALE, PREMIÈRE RÉGION POUR CE TAUX

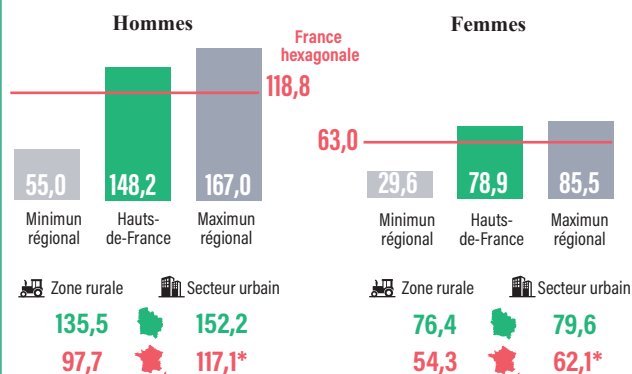
À l'instar de l'ensemble du pays, les taux de décès masculin et féminin relevés en zone rurale sont inférieurs à ceux de leurs homologues de secteur urbain ; les écarts sont toutefois réduits par rapport à ceux retrouvés au niveau national : +12 % contre +20 % chez les hommes et +4 % contre +14 % chez les femmes. Par groupe d'âge, ce sont les 65 ans et plus qui ont largement contribué à l'ensemble des décès féminins (19 décès sur 20) et des décès masculins (9 décès sur 10). En ce qui concerne le classement des Hauts-de-France parmi les régions hexagonales, que ce soit chez les moins de 65 ans ou chez les 65 ans et plus, tant chez les hommes que chez les femmes, ils occupent la première place dans la zone rurale, avec un écart par rapport à la France hexagonale de +40 % (voire de +60 % chez les moins de 65 ans). En secteur urbain, les Hauts-de-France se trouvent le plus souvent au troisième ou quatrième rang, devancés notamment par l'Île-de-France, le Grand Est avec un écart avec l'Hexagone de l'ordre de +30 %.

## PRISES EN CHARGE POUR COVID-19, SELON LE SEXE ET L'ANNÉE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 consommateurs dans l'année (hommes ou femmes)  
Source : SNDS - cartographie des pathologies G11 - Exploitation OR2S

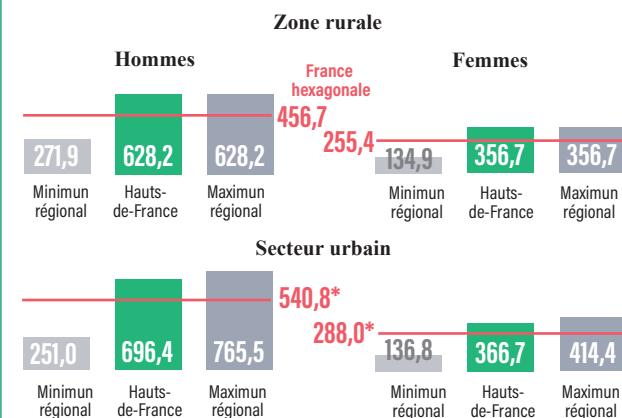
## MORTALITÉ PAR COVID-19, SELON LE SEXE



\* hors unité urbaine de Paris  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)  
en 2020-2022

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

## MORTALITÉ PAR COVID-19 CHEZ LES 65 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET LE TYPE D'HABITAT



\* hors unité urbaine de Paris  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)  
en 2020-2022

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



# Mortalité toutes causes

## LA MORTALITÉ LA PLUS ÉLEVÉE DES RÉGIONS, QUELS QUE SOIENT LE TYPE D'HABITAT ET LE SEXE

La mortalité toutes causes telle que présentée à travers le taux standardisé de mortalité fournit une autre représentation de la situation sanitaire que l'espérance de vie à la naissance. Mais, le constat reste le même, à savoir une population (des populations) dans les Hauts-de-France qui présente(nt) une grande fragilité en matière de santé. Ainsi, tant chez les hommes que chez les femmes, le taux standardisé de mortalité est le plus élevé des treize régions hexagonales, l'écart étant de plus important avec celle située au deuxième rang qu'est le Grand Est. Ainsi, chez les hommes, avec 30 559 décès en moyenne annuelle sur la période 2020-2022 dans la région, soit un taux standardisé de 1 514,7 pour 100 000 habitants, ce qui fait un différentiel de mortalité par rapport à la France de +19 %. Chez les femmes, l'écart est de +17 % sur la même période, différentiel correspondant aux 30 542 décès et à un taux de 914,5 pour 100 000.

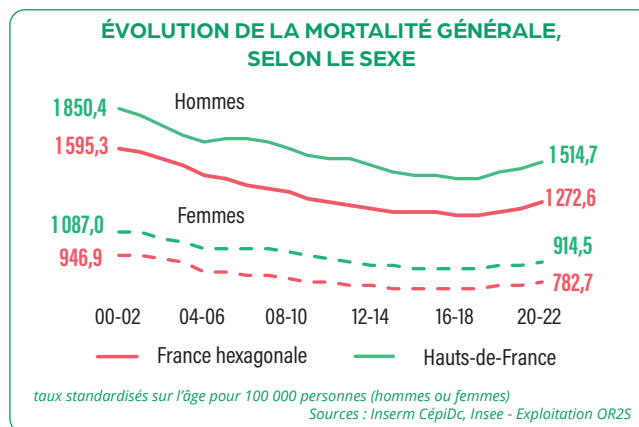
Quels que soient le type d'habitat (zone rurale et secteur urbain) et le sexe, les Hauts-de-France enregistrent le taux le plus élevé des régions de l'Hexagone : de l'ordre de +20 % chez les hommes et de +10 % chez les femmes pour chacun des deux habitats en regard de la moyenne nationale.

De ce fait, la quasi-totalité des EPCI de la région est en situation défavorable. En 2016-2022, seule la CC de l'Aire Cantilienne présente une sous-mortalité par rapport à la France tant chez les hommes que chez les femmes ; les taux sont de 1 032,6 pour 100 000 habitants, soit -16 % en regard de la moyenne nationale chez les premiers, et de 703,4, soit -8 % chez les secondes. L'intervalle interdécile est élevé ; il dépasse les 330 pour 100 000 hommes et les 200 pour 100 000 femmes, ce qui représente, dans les deux cas, 27 % de la valeur nationale.

Depuis nombre d'années, la mortalité générale diminuait de façon continue ; ainsi, entre 2000-2002 et 2017-2019, la baisse est d'un peu plus de 20 % chez les hommes, de l'ordre de 25 %, chez les femmes sur les deux unités géographiques. Mais avec la pandémie, une hausse est retrouvée : elle est d'un peu plus de 5 % chez les femmes et autour de 7 % chez les hommes entre 2017-2019 et 2020-2022, en région comme en France.

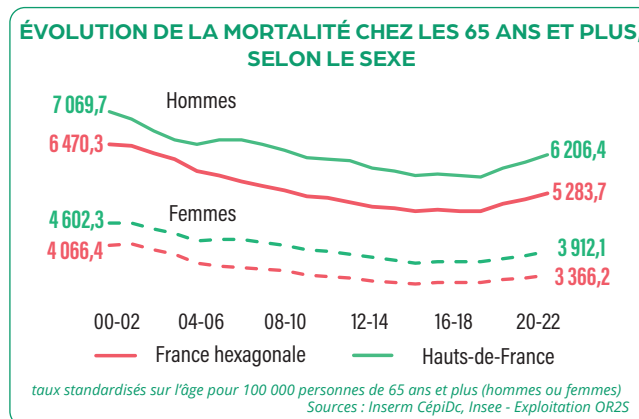
## UNE HAUSSE DE LA MORTALITÉ CHEZ LES 65 ANS ET PLUS À L'ORIGINE DE CELLE TOUTS ÂGES

Sur les 61 100 décès comptabilisés en moyenne chaque année dans les Hauts-de-France sur la période 2020-2022, 81,9 % sont survenus chez des personnes de 65 ans et plus ; ces décès concernent davantage les femmes (26 754, soit 87,6 % des décès féminins) que les hommes (23 283, soit 76,2 % des décès masculins). En matière de taux standardisés, les valeurs (6 200



pour 100 000 habitants de 65 ans et plus chez les hommes et 3 900 chez les femmes) placent les Hauts-de-France au premier rang des mortalités régionales les plus fortes, chez les hommes comme chez les femmes et, dans les deux cas, en devançant le Grand Est. Ce classement est retrouvé lorsqu'il est décliné par type d'habitat. De plus, alors que dans l'Hexagone, il n'est pas constaté de différence entre zone rurale et secteur urbain, dans les Hauts-de-France, la mortalité dans le premier type d'habitat est plus faible que dans le second.

Par rapport à la mortalité tous âges, le différentiel avec la France est un peu inférieur chez les 65 ans et plus, alors qu'il était plus important par le passé. En 2020-2022, la surmortalité avec la France est de +17 % chez les hommes et +16 % chez les femmes. En déclinant à un niveau plus fin, seuls deux EPCI chez les hommes affichent une valeur en deçà de la moyenne nationale masculine et trois chez les femmes vis-à-vis de celle comparable française. Parmi les EPCI du premier décile (les niveaux de mortalité les plus faibles), la majorité se trouve dans la partie sud de la région ; la seule CC Pévèle-Carembault se situe dans la partie nord, tant chez les femmes que chez les hommes. De l'autre côté de l'échelle, chez les femmes ne sont retrouvées que des CC que de l'ex-Picardie, alors que, chez les hommes, des CA de l'ex-Nord-Pas-de-Calais sont mélangés avec des CC des deux ex-régions. Comme pour la mortalité tous âges, celle des 65 ans et plus était en diminution régulière jusqu'à l'apparition de la pandémie. Ainsi, alors qu'entre 2000-2002 et 2017-2019, des diminutions d'un peu plus de 20 % pour les deux sexes et unités géographiques étaient retrouvées, une augmentation depuis est constatée, plus élevée en région et chez les hommes compris entre 6 % et 9 % (cf. courbes ci-dessus).



Une **standardisation** suivant l'âge (méthode directe) a été effectuée pour construire les indicateurs présentés dans ce chapitre. La standardisation permet de prendre en compte le fait que la structure démographique des territoires analysés est différente et qu'elle a évolué au cours du temps (vieillessement de la population). En outre, cela rend possibles les comparaisons entre territoires et entre périodes en neutralisant l'effet lié à l'« âge ». La population de référence utilisée est celle de la France hexagonale au RP 2020.

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



# Mortalités prématurée et infantile

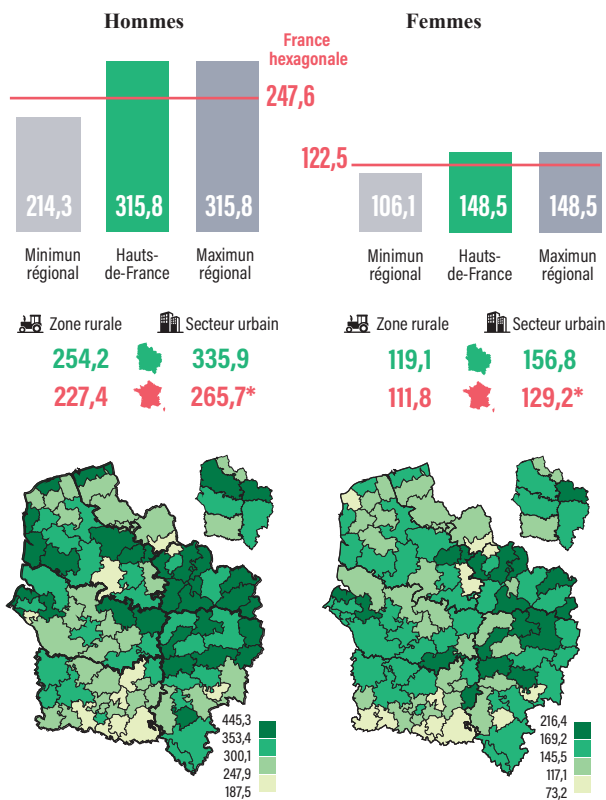
## UN GRADIENT NORD/SUD TRÈS IMPORTANT POUR CE QUI CONCERNE LES DÉCÈS DE MOINS DE 65 ANS

La mortalité prématurée se rapporte aux décès survenus avant 65 ans. Elle concerne plus les hommes que les femmes : près d'un quart des premiers, un huitième des secondes dans les Hauts-de-France. Le taux standardisé masculin est de 315,8 pour 100 000 habitants, soit 28 % supérieur à celui de l'Hexagone correspondant. Il dépasse aussi les 20 % chez les femmes domiciliées dans les Hauts-de-France en regard de la France hexagonale féminine (+21 %). Quel que soit le sexe, ces deux taux s'avèrent les plus élevés des régions hexagonales, les Hauts-de-France devant sa voisine de Normandie.

Déclinés en zone rurale ou en secteur urbain, les Hauts-de-France se situent toujours dans les deux premiers rangs des valeurs les plus élevées, plus importantes en secteur urbain. Ainsi, les hommes et les femmes de zone rurale positionnent les Hauts-de-France au deuxième rang des régions de l'Hexagone, derrière la Bretagne chez les premiers et le Centre-Val de Loire pour les secondes. Cette position parmi les régions de l'Hexagone est aussi retrouvée en secteur urbain chez les hommes, devancés par la Normandie alors que, chez les femmes de ce même type d'habitat, le classement est inversé, celles des Hauts-de-France présentant le taux le plus élevé des régions hexagonales.

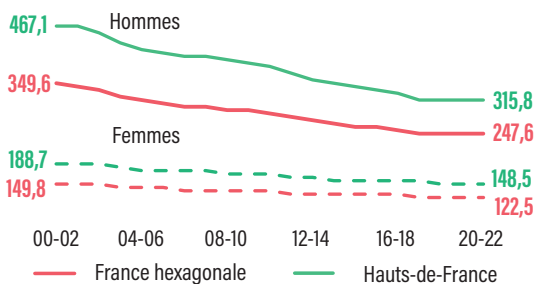
Au niveau des EPCI, il existe un très grand écart entre les valeurs extrêmes, comme le montrent les cartes ci-contre. Cela se matérialise par des différentiels entre les deux déciles extrêmes de plus de 50 % de la moyenne nationale pour chacun des sexes. Parmi le dixième des valeurs les plus faibles, sont

### MORTALITÉ PRÉMATURÉE, SELON LE SEXE



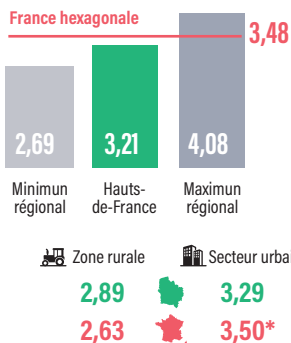
\* hors unité urbaine de Paris  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes de moins de 65 ans (hommes ou femmes)  
les histogrammes portent sur la période 2020-2022 et les cartes sur la période 2016-2022  
Sources : Insee - Exploitation OR2S

### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes de moins de 65 ans (hommes ou femmes)  
Sources : Insee - Exploitation OR2S

### MORTALITÉ INFANTILE



\* hors unité urbaine de Paris  
nombre d'enfants décédés à moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants en 2020-2022

Source : Insee - Exploitation OR2S

retrouvées sept communautés de communes de l'Oise chez les hommes et six chez les femmes. À l'autre extrémité de l'échelle, à savoir les taux les plus élevés, sont retrouvées des communautés d'agglomération du nord de la région : six sur neuf chez les hommes et cinq sur neuf chez les femmes auxquelles sont associées des communautés de communes de Thiérache. En ce qui concerne les évolutions au cours des vingt dernières années, il n'est pas retrouvé, comme pour les 65 ans et plus, une augmentation entre 2017-2019 et 2020-2022 du taux de mortalité prématurée. En vingt ans, la diminution de la mortalité prématurée a été importante : de l'ordre de -30 % chez les hommes et de -20 % chez les femmes. Elle est également plus importante en zone rurale qu'en secteur urbain, quels que soient le sexe et le niveau géographique.

## UNE SITUATION PLUS FAVORABLE QU'EN FRANCE POUR LA MORTALITÉ INFANTILE

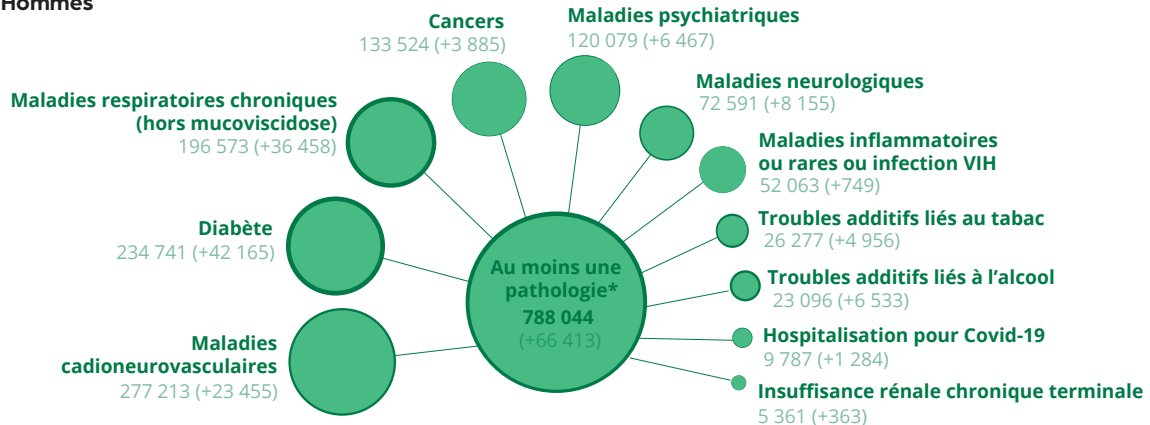
En complément de la mortalité prématurée, la mortalité infantile est un bon indicateur pour mesurer la situation sanitaire en prenant en compte qui plus est le gradient social. Sur la période 2020-2022, sur 1 000 enfants nés vivants, 3,2 sont décédés au cours de leur première année, un taux à comparer à la moyenne nationale de 3,5 sur cette même période. Les Hauts-de-France se classent ainsi au septième rang des régions hexagonales pour le taux de mortalité infantile. Comme le montre le graphique ci-contre, les taux de mortalité ressortent en dessous en zone rurale en regard du secteur urbain, différentiel plus important au niveau national.



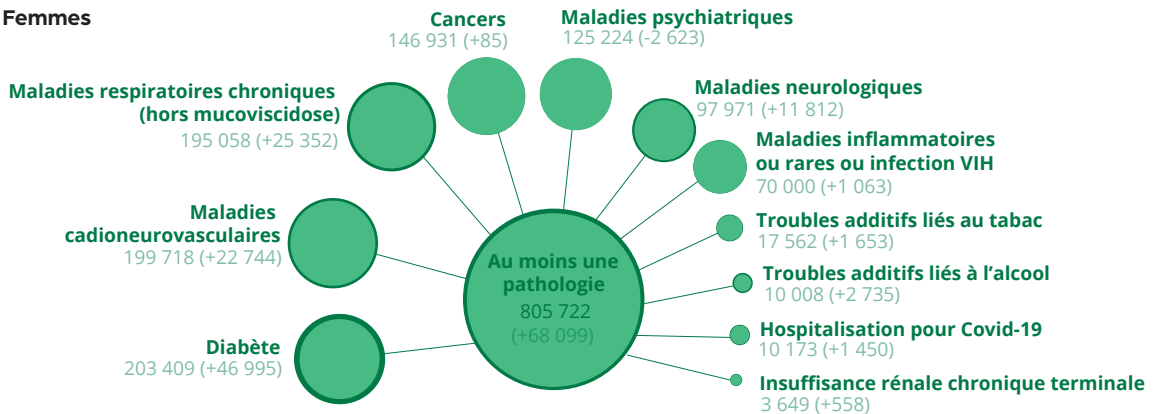
# Vue d'ensemble des pathologies

## RÉPARTITION DES PRINCIPALES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE\* DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, SELON LE SEXE

### Hommes



### Femmes



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

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

...plus élevé que celui de la France hexagonale

Plus l'écart entre le niveau régional et le niveau national est élevé, plus le contour foncé du cercle est épais.

La valeur présentée correspond au nombre de personnes prises en charge en Hauts-de-France et

celle qui figure entre parenthèses au nombre de personnes en plus (ou en moins) en Hauts-de-France du fait des taux plus élevés (ou plus faibles) observés au regard de la France.

**Aide à la lecture du graphique :** en 2022, 788 044 hommes sont pris en charge pour au moins une pathologie (parmi les 49 pathologies identifiées dans la cartographie des pathologies) dans les Hauts-de-France. La région présente un taux standardisé supérieur à celui de la France hexagonale ; elle enregistre 66 413 cas de moins si la prévalence de la région était similaire à celle du pays (en standardisant suivant l'âge).

\* parmi 49 pathologies identifiées dans la cartographie des pathologies. en 2022

Source : SNDS - Cartographie des pathologies G11 - Exploitation OR2S

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

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

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

Chaque année, une nouvelle version est publiée pour tenir compte des évolutions méthodologiques et épidémiologiques, ce qui permet de suivre dans le temps l'évolution de la prévalence des pathologies repérées. Les informations présentées dans ce document reposent sur la « G11 ».

L'année la plus ancienne disponible pour mesurer les évolutions à partir de cette source est 2015.





## LES MALADIES CARDIONEUROVASCULAIRES, LES MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES ET LE DIABÈTE EN TRIO DE TÊTE

Les hommes et les femmes ne sont pas affectés de la même manière par les différentes pathologies.

Chez les hommes, les maladies cardioneurovasculaires sont les plus fréquentes, avec 277 213 patients pris en charge en 2022, suivies du diabète et des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) qui touchent respectivement 234 741 et 196 573 hommes. Pour ces trois pathologies, les taux régionaux sont plus élevés que ceux de la France. Ceci se traduit par un écart positif entre le nombre de cas observé et le nombre de cas attendu en appliquant la prévalence nationale : +23 455 cas pour les maladies cardioneurovasculaires (soit 8,5 % du total régional pour ce groupe de pathologies), +42 165 pour le diabète (18,0 %) et +36 458 cas pour les maladies respiratoires chroniques (18,5 %).

Chez les femmes, le diabète est la pathologie la plus fréquente, avec 203 409 patientes prises en charge en 2022, surpassant de peu les maladies cardioneurovasculaires (199 718 patientes). Les maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) complètent ce trio avec 195 058 patientes. Comme pour les hommes, les taux correspondants sont supérieurs en région à ceux de la France : +46 955 cas de diabète (soit 23,1 % du total de cas observé pour cette pathologie), +22 744 cas pour les maladies cardioneurovasculaires (11,4 %) et +23 352 cas pour les maladies respiratoires chroniques (13,0 %).

## SUVIS DES CANCERS ET DES MALADIES PSYCHIATRIQUES...

En quatrième position des pathologies les plus fréquentes, les cancers touchent 133 524 hommes et 146 931 femmes en 2022. Il est à noter que le taux standardisé féminin relevé en région est proche de celui de l'Hexagone. Ceci implique un plus faible écart entre les nombres prévalents de cas observé et théorique (85) ; chez les hommes, ce sont 3 885 cas en plus qui sont relevés dans les Hauts-de-France du fait du taux régional plus élevé. Viennent ensuite les maladies psychiatriques avec 120 079 hommes pris en charge et 125 224 femmes. Pour ces dernières, le taux standardisé régional est plus faible que celui de la France. Ainsi, le différentiel entre le nombre de cas observé et attendu est cette fois négatif : -2 623 cas ; à l'inverse, les hommes enregistrent un excédent de 6 467 cas.

## ... PUIS DES MALADIES NEUROLOGIQUES ET DES MALADIES INFLAMMATOIRES OU RARES

Les maladies neurologiques concernent moins de 100 000 personnes pour chaque sexe : 72 591 chez les hommes et 97 971 chez les femmes en 2022. Les taux régionaux sont plus élevés que ceux de la France ; ceci se traduit par un écart entre les nombres observés et attendus de +8 155 cas masculins et +11 812 cas féminins (représentant plus de 10 % des cas totaux). Les maladies inflammatoires, rares ou infection VIH<sup>1</sup> totalisent 52 063 cas chez les hommes et 70 000 chez les femmes.

## LES TROUBLES ADDICTIFS ET LES INSUFFISANCES RÉNALES TERMINENT LE CLASSEMENT

En 2022, 73 889 personnes sont prises en charge pour des troubles addictifs dans les Hauts-de-France, 46 826 hommes et 27 063 femmes. Parmi ceux-ci, les troubles liés au tabac sont les plus fréquents avec 26 277 cas masculins et 17 562 cas féminins. Les troubles liés à l'alcool arrivent ensuite, avec 23 096 cas masculins et 10 008 cas féminin<sup>2</sup>. Tant pour les hommes que pour les femmes, les écarts entre les taux régionaux et nationaux sont particulièrement marqués pour les troubles addictifs liés à l'alcool. De fait, des écarts positifs sont relevés entre les nombres de cas observés dans les Hauts-de-France et ceux attendus en appliquant la prévalence nationale : +6 533 cas pour les hommes (représentant 28 % du total masculin pour ce trouble) et +2 735 pour les femmes (27 %). Pour le tabac, les taux régionaux sont également plus élevés, mais les écarts avec la France moins marqués, notamment pour les femmes ; la part du nombre de cas en plus est de 18,9 % pour les hommes et de 9,4 % pour les femmes.

Enfin, l'insuffisance rénale chronique terminale clôt ce classement avec 5 361 cas recensés chez les hommes et 3 649 chez les femmes. Parmi toutes les pathologies susmentionnées, celle-ci affiche une prévalence relativement proche de celle observée dans le reste du pays : +363 cas masculins et +558 cas féminins.

## DAVANTAGE D'HOSPITALISATIONS POUR LA COVID-19 DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

En 2022, la Covid-19 reste fortement présente, notamment dans la région. Comme mentionné précédemment, 9 787 hommes et 10 173 femmes ont été hospitalisés pour cette pathologie. Si la prévalence régionale avait été identique à celle de la France hexagonale, les hospitalisations attendues auraient dû être de 8 503 pour les hommes et 8 723 pour les femmes.

<sup>1</sup> Regroupement des pathologies : maladies inflammatoires chroniques intestinales, polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées, spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées, autres maladies inflammatoires chroniques, maladies métaboliques héréditaires ou amylose, mucoviscidose, hémophilie ou troubles de l'hémostase graves et VIH ou SIDA.

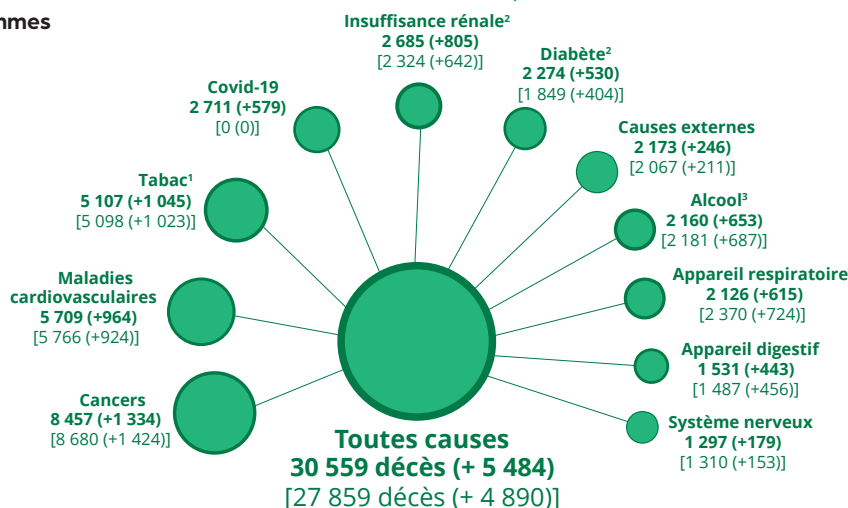
<sup>2</sup> Une personne peut être prise en charge pour plusieurs types de troubles addictifs.



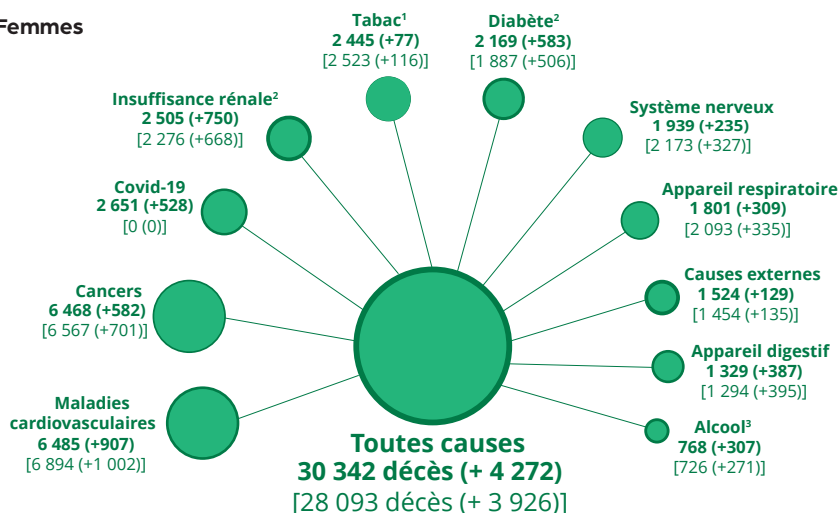
# Répartition des causes de décès

## RÉPARTITION DES PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, SELON LE SEXE

### Hommes



### Femmes



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

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

● ...plus élevé que celui de la France hexagonale

Plus l'écart entre le niveau régional et le niveau national est élevé, plus le contour foncé du cercle est épais.

La valeur présentée correspond

au nombre annuel moyen de personnes décédées en Hauts-de-France et

celle qui figure entre parenthèses au nombre annuel moyen de personnes décédées en plus (ou en moins) en Hauts-de-France du fait des taux plus élevés (ou plus faibles) observés au regard de la France.

**Aide à la lecture du graphique :** en moyenne annuelle sur la période 2020-2022, 30 559 décès sont dénombrés chez les hommes dans les Hauts-de-France (27 859 en 2017-2019). La région se trouvant en situation de surmortalité par rapport à la France, elle enregistre 5 484 décès masculins de plus que si la mortalité de la région était similaire à celle du pays (en standardisant suivant l'âge ; +4 890 décès en plus en moyenne annuelle en 2017-2019).

Du fait que certaines pathologies peuvent être imputées à un même décès, la somme des décès par pathologie est supérieure au nombre total de décès.

<sup>1</sup> sont considérées, les trois causes de décès majoritairement imputables au tabagisme : le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les cardiopathies ischémiques. Cette approche ne prend pas en compte tous les décès en lien avec une consommation de tabac : ne sont ainsi pas comptabilisés le cancer des voies aéro-digestives supérieures, également très lié à la consommation d'alcool, ainsi que d'autres causes de décès ayant une fraction attribuable au tabagisme plus faible, dont les cancers de l'estomac et de la vessie, les autres maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire, etc. En outre, une partie des décès pour chacune des trois causes considérées n'est pas attribuable à la consommation de tabac.

<sup>2</sup> décès considérés en cause principale, causes associées et comorbidités.

<sup>3</sup> sont considérées, les trois causes de décès majoritairement imputables à l'alcool : cirrhose du foie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool ainsi que le cancer des voies aéro-digestives supérieures. Cette approche ne comptabilise pas tous les décès en lien avec une consommation d'alcool, ceux en l'occurrence pour lesquels la fraction attribuable à l'alcool est plus faible. De plus, il est à prendre en compte qu'une fraction de chacune des trois causes retenues n'est pas attribuable à la consommation d'alcool.

en 2020-2022, [2017-2019]

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### Codification des causes médicales de décès

La codification des causes médicales a été modifiée à partir de 2000, la dixième révision de la Classification internationale des maladies (Cim 10) élaborée par l'Organisation mondiale de la santé remplaçant la neuvième révision (Cim 9) utilisée entre 1979 et 1999. Ces modifications se caractérisent par une réorganisation des chapitres de la classification et par le changement du mode de codage. Hormis quelques références dans le texte, les données présentées le sont en regard de la Cim10.



### UN CANCER OU UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE IMPLIQUÉ DANS MOINS D'UN DÉCÈS SUR DEUX...

Tous âges et sexes confondus, sur la période 2020-2022, 44,5 % des décès sont attribués à un cancer ou à une maladie de l'appareil circulatoire en région (43,5 % en France hexagonale). Si la Covid-19 n'était pas survenue, le pourcentage pourrait être estimé à 47 %/48 %, soit, même sans la pandémie, une confirmation de cette part en baisse régulière depuis nombre d'années. En effet, à titre d'exemple, au début des années quatre-vingt, ces deux groupes de pathologies rassemblaient en proportion davantage de décès : près de 60 % dans la région comme dans l'Hexagone. D'autre part, le poids de chacun de ces deux groupes de pathologies a évolué de façon différente. Ainsi, la part des décès attribués à une maladie cardiovasculaire a diminué (passant de 36,7 % en 1980-1982 à 20,0 % en 2020-2022) alors que celle relative aux cancers a progressé (passant de 22,4 % à 24,5 % sur cette même période). De plus, alors que la part des maladies cardiovasculaires n'a pas cessé de diminuer ces quarante dernières années, la part des cancers a connu deux évolutions différentes : une augmentation constante passant par un maximum de 29,0 % en 2004-2006, suivie depuis d'une baisse régulière. La part de ces deux groupes de pathologies diminuant, cela implique que d'autres causes de mortalité ont vu leur part s'accroître. C'est ainsi le cas pour l'insuffisance rénale qui a augmenté de 2,9 points entre 2000-2002 et 2020-2022, des pathologies du système nerveux qui ont crû sur cette même période de 1,6 point et du diabète qui, au cours de ces mêmes vingt ans, a également enregistré une augmentation de cette part (1,3 point). Mais, l'augmentation la plus importante est bien évidemment l'apparition de la Covid-19 qui représente en 2020-2022 la quatrième cause de décès (plus de 16 000 décès en trois ans tous sexes confondus) après les cancers, les maladies cardiovasculaires et les causes liées au tabagisme.

### ... AVEC DES EFFECTIFS FÉMININS DÉSORMAIS VOISINS ENTRE CES DEUX PATHOLOGIES

Les illustrations de la page précédente permettent de visualiser la répartition des principales causes de décès suivant le sexe. Ainsi sont retrouvées les mêmes causes apparaissant aux onze premiers rangs, mais suivant un classement quelque peu différent. En tout premier lieu, les maladies cardiovasculaires en région comme en France demeurent la première cause de décès chez les femmes, mais de très peu comme l'illustrent les effectifs affichés à côté de chaque cercle (17 décès d'écart en région en moyenne annuelle en 2020-2022 entre les deux groupes de causes, 688 en France hexagonale). D'ailleurs, l'inversion attendue du cancer comme première cause de mortalité féminine s'est bien produite au cours de ces trois dernières années, mais a concerné la seule année 2020, tant dans les Hauts-de-France qu'en Hexagone : 15 décès de plus en région, 1 567 en France. Mais, les années 2021 et 2022 ont vu les maladies de l'appareil circulatoire devancer à nouveau les pathologies cancéreuses dans les deux unités géographiques ; la Covid-19 pourrait notamment être suspectée d'avoir un effet plus important sur les premières que sur les secondes, mais ce n'est pas si évident lorsque la focale se porte sur la différence des effectifs d'une année sur l'autre.

### PRÈS D'UN DÉCÈS SUR ONZE LIÉ À LA COVID-19

Un jeu de chaises musicales entre les causes masculines et féminines est également retrouvé entre les troisième, quatrième

et cinquième rangs. Ainsi, même si la Covid-19 a entraîné moins de décès féminins que masculins (60 décès d'écart en moyenne annuelle en 2020-2022), la pandémie apparaît au troisième rang chez les femmes et au quatrième chez les hommes. Les causes liées au tabac, notamment le cancer du poumon, sont plus prégnantes chez ces derniers, ce qui explique les différences entre les sexes, tant en matière de classement que d'effectif.

### DES ÉCARTS IMPORTANTS ENTRE LES SEXES POUR LES CAUSES EXTERNES ET LIÉES À L'ALCOOL PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES HOMMES...

Dans la suite du classement, il existe encore d'importantes différences quant au classement en regard des pathologies entre les sexes. Alors que l'insuffisance rénale et le diabète s'inscrivent dans un certain parallélisme pour chacun des sexes, il n'en va pas de même pour les deux causes suivantes (non liées à une pathologie et en regard d'une consommation importante d'alcool) pour lesquelles les décès sont plus importants chez les hommes. En matière d'effectifs, les décès par causes externes sont près d'une moitié supérieure chez les hommes vis-à-vis des femmes et les décès féminins représentent un tiers des décès masculins pour les causes liées à une consommation d'alcool.

### ... ET LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES FEMMES

À l'inverse, les décès causés par des maladies du système nerveux touchent davantage les femmes que les hommes (50 % de plus). Les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif complètent les deux arborescences avec des effectifs de décès voisins pour chacune des deux populations.

### EN REGARD DE 2017-2019, MOINS DE DÉCÈS EN 2020-2022 PAR CANCERS ET PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Les dernières informations à ressortir des illustrations ci-contre portent sur le différentiel concernant chacune des pathologies entre les deux groupes d'années : 2017-2019 et 2020-2022. Cependant, ce n'est pas si simple, car certaines personnes décédées de la Covid-19 auraient pu l'être à cause d'une autre pathologie, sans bien évidemment le déterminer de façon précise. Chez les hommes comme chez les femmes, le nombre de personnes décédées en cause principale d'un cancer a diminué en 2020-2022 par rapport à 2017-2019. La baisse pour chacun des sexes est également importante pour les maladies de l'appareil respiratoire (lien avec la Covid-19) ; elle l'est aussi, mais de moindre ampleur, pour les maladies de l'appareil circulatoire. Enfin, il faut mentionner la diminution de la mortalité par maladies du système nerveux chez les femmes, retrouvée *a minima* chez leurs homologues masculins.

**Nota bene :** Comme mentionné sur l'illustration de la page ci-contre, l'insuffisance rénale et le diabète comprennent les causes principale, associées et les comorbidités. Celles liées à l'alcool et au tabac additionnent tantôt la seule cause principale et, d'autre fois, des causes principale, associées et comorbidités. Pour toutes les autres causes, seule la principale est retenue pour les effectifs. La Covid-19, dans certains cas, a minoré des décès d'autres pathologies comme c'est le cas, à titre d'exemple, pour les maladies de l'appareil respiratoire et en a majoré comme pour le diabète ou l'insuffisance rénale.



# CANCERS

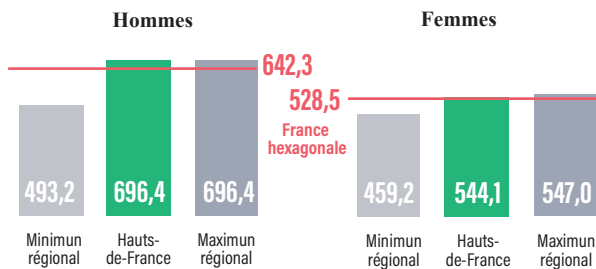
## UN NIVEAU DE PRÉVALENCE DES CANCERS PRIS EN CHARGE PROCHES EN RÉGION ET EN FRANCE

En 2022, 133 524 hommes et 146 931 femmes sont pris en charge pour un cancer dans les Hauts-de-France, soit des taux standardisés de prévalences proches de ceux du niveau national, particulièrement chez ces dernières, comme le montre l'illustration ci-dessous. Avec ces taux, les Hauts-de-France se classent pour sa valeur élevée au quatrième rang des régions hexagonales chez les premiers (différentiel avec la France de +3 %) et en milieu de classement chez les secondes.

Au sein de la région, pour chacun des sexes, les personnes domiciliées en secteur urbain sont plus nombreuses à être prises en charge pour un cancer que celles habitant en zone rurale. De plus, le taux relevé pour les femmes de zone rurale de la région est plus faible que celui de l'ensemble des Françaises de l'Hexagone ; ce différentiel est positif pour les hommes de secteur urbain en regard du taux masculin relevé en France. En revanche, aucune différence avec le niveau national n'est retrouvée dans les deux autres cas de figure (femme de la région du secteur urbain en regard du taux féminin de l'Hexagone et homme de la région en zone rurale en regard du taux masculin de l'Hexagone).

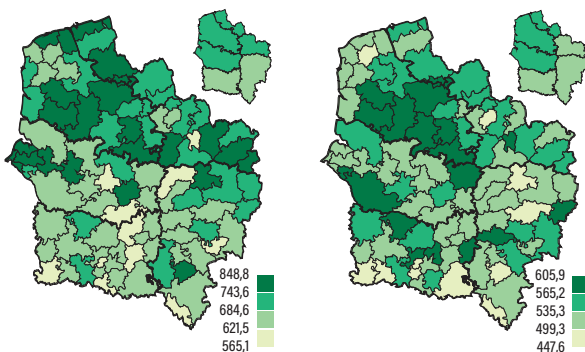
Comme cela peut être visualisé sur les cartes ci-dessous, il existe des différences sensibles entre les EPCI présentant les valeurs les plus faibles et ceux qui ont les prévalences les plus élevées. Ainsi, chez les hommes comme chez les femmes, les intervalles entre la fin du premier décile et le début du dernier décile sont de plus de 700 pour 100 000, soit une valeur représentant 14 % de la prévalence nationale chez les hommes et 17 % chez les femmes.

### ADMISSIONS EN ALD POUR CANCERS, SELON LE SEXE



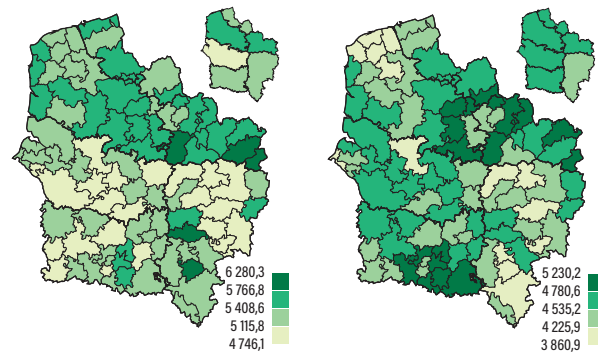
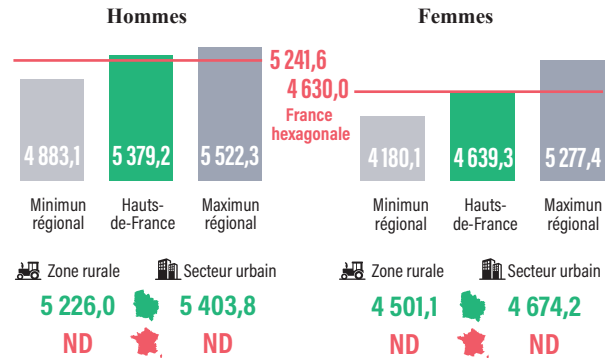
654,3 (Zone rurale) / 650,1\* (Secteur urbain) - Hommes

534,3 (Zone rurale) / 531,0\* (Secteur urbain) - Femmes



\* hors unité urbaine de Paris  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)  
les histogrammes portent sur la période 2020-2022 et les cartes sur la période 2017-2022  
Sources : CCMSA, Cnam, Insee - Exploitation OR25

### PRÉVALENCE DES CANCERS PRIS EN CHARGE, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 consommateurs dans l'année (hommes ou femmes) en 2022  
Source : SNDS - Cartographie des pathologies G11 - Exploitation OR25

Depuis 2016, la prévalence des cancers en région évolue de manière similaire à celle observée en France, avec toutefois une gradation de nature différente selon le sexe. Ainsi, entre 2016 et 2019, le taux masculin a augmenté de 1,8 % (2,1 % en France) et celui des femmes de 4,1% (3,8 % en France). Cette hausse a ensuite été suivie d'une baisse entre 2019 et 2022 de 3,8 % chez les hommes (3,6 % dans l'Hexagone) ; chez les femmes, elle est de 3,1 % (2,6 % en France). Ces évolutions sont de même nature en zone rurale et en secteur urbain en région.

### UN GRADIENT DES TAUX D'ADMISSION EN ALD FORT MARQUÉ NORD/SUD

En 2020-2022, en moyenne annuelle, 16 567 hommes ont été admis en affection longue durée (ALD) pour cancers, soit un taux de 696,4 pour 100 000 hommes. Le différentiel par rapport

Les **affections de longue durée** ont été abordées en matière de flux, c'est-à-dire d'admission annuelle en ALD. Ces données ne reflètent pas la morbidité réelle, mais rendent compte d'une certaine forme de morbidité diagnostiquée. En effet, seules les personnes diagnostiquées et dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certains territoires peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation au regard de la pathologie abordée soit plus favorable sur ces territoires.

La **prévalence des cancers pris en charge** dans le système de soins est repérée à partir des diagnostics des ALD en cours de l'année n et des séjours en MCO (diagnostics principal, relié ou associé(s); diagnostics principal ou relié d'un des résumés d'unité médicale) dans les 5 dernières années. De plus, les médicaments spécifiques du cancer de la prostate délivrés chez un homme de plus de 40 ans peuvent suffire à repérer le cancer de la prostate. En outre, des règles de gestion permettent de reclasser des métastases codées probablement à tort, comme des cancers primitifs dans le PMSI, lorsqu'il n'y a pas d'ALD confirmant l'existence de ce cancer primitif.

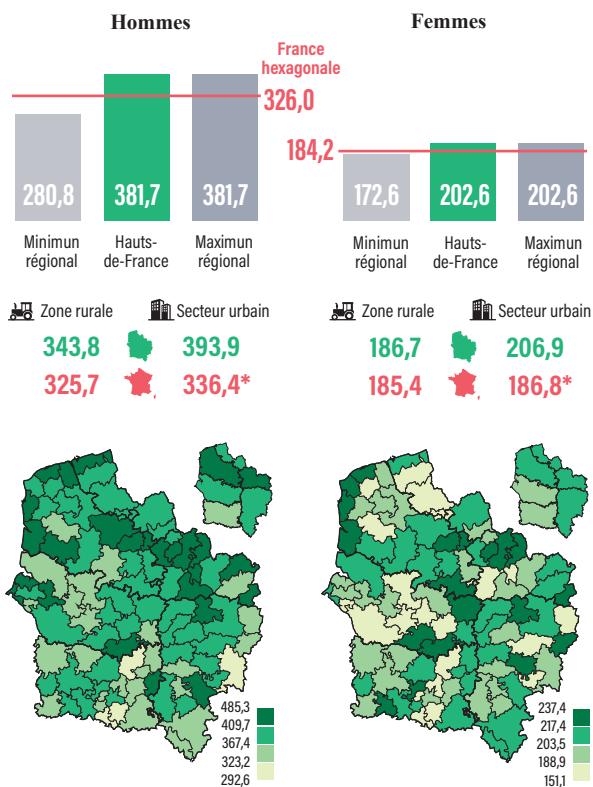


à la France est de +8 %, plaçant les Hauts-de-France en tête de classement des régions de l'Hexagone présentant la plus forte valeur. Concernant les femmes, 16 178 ont été admises en ALD en moyenne annuelle sur la même période, soit un taux standardisé de cancers de 544,1 pour 100 000 femmes. Cela place les Hauts-de-France au deuxième rang des régions, juste derrière la Nouvelle-Aquitaine, avec un écart par rapport au niveau national de +3 %. Si ce différentiel est similaire en zone rurale et secteur urbain chez ces dernières, il est plus élevé côté masculin en zone urbaine (+9 %) qu'en zone rurale (+6 %). Au niveau des EPCI, comme le font ressortir les cartes de la page ci-contre, il existe un important gradient Nord/Sud : chez les hommes, la majorité des EPCI avec un différentiel significativement élevé se trouve dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais (28 sur 35). Chez les femmes, ces deux mêmes départements comptent onze EPCI avec un différentiel élevé, l'Oise en a deux, et l'Aisne et la Somme un chacun. En ce qui concerne les évolutions, disponibles depuis 2017, une baisse du taux est retrouvée chez les hommes entre 2017-2019 et 2020-2022 (-6,5 %), du même ordre que celle de l'Hexagone ; la baisse est plus marquée en secteur urbain qu'en zone rurale. Chez les femmes, le taux d'admission en ALD est en légère augmentation en région (+1,1 %) et plutôt stable au niveau national. L'augmentation régionale est surtout le fait des femmes domiciliées en zone rurale (+4,0 %).

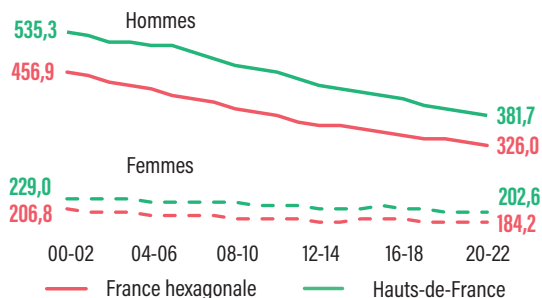
## LA MORTALITÉ PAR CANCERS LA PLUS FORTE DES RÉGIONS DE L'HEXAGONE, QUEL QUE SOIT LE SEXE

Sur la période 2020-2022 en moyenne annuelle, 8 457 décès masculins et 6 468 décès féminins sont dus à un cancer. Cela situe les Hauts-de-France au premier rang des régions hexagonales pour les forts taux standardisés de mortalité par cancers. Des surmortalités par rapport à la France de +17 % chez les hommes et de +10 % chez les femmes sont ainsi relevés.

### MORTALITÉ PAR CANCERS, SELON LE SEXE



### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCERS, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)  
 Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR25

Concernant le type d'habitat, tant chez les hommes que chez les femmes et en région qu'en France, les taux sont plus élevés en secteur urbain qu'en zone rurale, avec des écarts plus ou moins marqués (cf. illustration ci-dessous). Il est à souligner que le différentiel de mortalité par cancers entre la zone rurale de la région et celle de la France est moins marqué chez les hommes (+6 %) ; les taux sont très proches chez les femmes (+1 %). À un niveau plus fin, sur la période 2016-2022, la moitié des EPCI de la région chez les hommes et le tiers chez les femmes présentent une surmortalité en regard de la France. Les écarts varient entre +9 % et +44 % chez les premiers et entre +10 % et +27 % chez les seconds. Les EPCI qui enregistrent les neuf taux les plus élevés chez les hommes appartiennent tous aux départements du Nord et du Pas-de-Calais ; pour les vingt plus fortes valeurs, trois se retrouvent en ex-Picardie. Chez les femmes, les EPCI de la partie sud de la région sont plus présents : huit parmi les vingt plus fortes valeurs et quatre parmi les neuf, répartis dans les deux cas équitablement entre les trois départements. À l'opposé, un seul EPCI, la CC de l'Aire Cantilienne, chez les hommes, présente une sous-mortalité en regard de la France ; les taux sont très proches chez les femmes.

## UN DIFFÉRENTIEL AVEC LA FRANCE HEXAGONALE REVENU À CE QU'IL ÉTAIT VINGT ANS PLUS TÔT

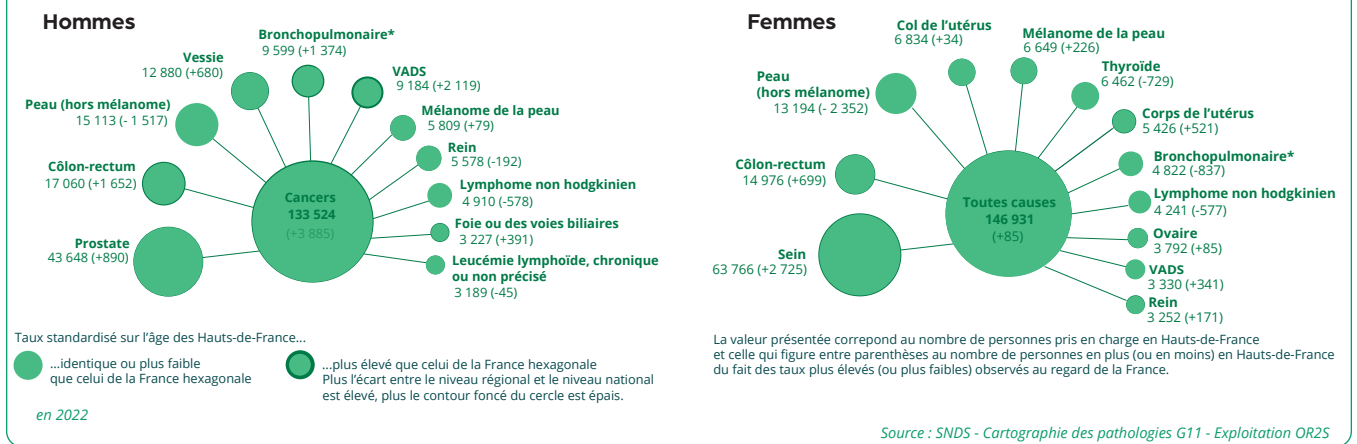
Depuis le début des années deux mille, en région comme en France hexagonale, le taux standardisé de mortalité masculin par cancers a diminué de manière régulière d'un peu moins de 30 %. Cette même évolution est retrouvée dans l'ensemble pour la dichotomie masculine secteur urbain/zone rurale. Chez les femmes, la diminution est trois fois moins importante : de l'ordre de 11 % en région comme en France. De plus, quels que soient l'unité géographique et le type d'habitat, certaines périodes, le plus souvent brèves, ont vu le taux de mortalité féminin par cancers croître. L'illustration de ce constat la plus emblématique concerne la France hexagonale de zone rurale qui a vu, entre 2015-2017 et 2020-2022, le taux augmenter, même si c'est de façon légère (+0,7 %).

Par ailleurs, cette évolution globale masque deux périodes de dix ans différentes entre les Hauts-de-France et la France, ce qui fait que le différentiel par rapport au niveau national a évolué au cours du temps. Il est ainsi passé par un maximum en 2010-2012, de +21 % chez les hommes et de +14 % chez les femmes. Depuis, en dix ans, entre ce regroupement de trois années et 2020-2022, la diminution a été plus importante en région qu'en Hexagone, d'un peu plus de trois points d'écart pour chacun des sexes. Cette différence dans les évolutions se concrétise par une situation en regard de la mortalité par cancers revenue à ce qu'elle était vingt ans plus tôt, à savoir un écart de l'ordre dans l'ensemble de +17 % chez les hommes et de +10 % chez les femmes avec les valeurs mentionnées ci-dessus pour le clivage entre secteur urbain et zone rurale.



# LOCALISATIONS CANCÉREUSES

## RÉPARTITION DES PRINCIPAUX CANCERS PRIS EN CHARGE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, SELON LE SEXE



### EN MATIÈRE DE CAS PRÉVALENT, LE CANCER DE LA PROSTATE EST LE PLUS FRÉQUENT CHEZ LES HOMMES...

L'illustration ci-dessus permet d'ordonner par fréquence de prise en charge les localisations cancéreuses chez les hommes et chez les femmes ; une même personne peut être comptabilisée pour plusieurs types de cancers. En 2022, dans les Hauts-de-France, près de 46 650 hommes sont pris en charge pour un cancer de la prostate, soit un tiers des cas de cancers masculins de la région (32,7 %). Le taux correspondant est plus élevé dans les Hauts-de-France : avec la même prévalence qu'en France, ce sont 890 cas en moins qui seraient dénombrés. Le cancer colorectal est le deuxième plus fréquent, représentant 12,8 % des cancers masculins pris en charge (un peu plus de 17 000 cas), soit 1 652 cas de plus que la tendance nationale. Le cancer de la peau (hors mélanome) complète le trio de tête : 11,3 % des cancers masculins, soit un peu plus de 15 100 hommes. Contrairement aux deux premières localisations, la région présente un taux plus faible qu'en France, se matérialisant par un écart négatif entre nombre de cas observés et nombre de cas attendu avec la même prévalence qu'en France (-1 517 cas).

### ... LE CANCER BRONCHOPULMONAIRE SE SITUE EN CINQUIÈME POSITION

Viennent ensuite les cancers de la vessie (9,7 % des cancers masculins de la région), bronchopulmonaires (7,2 %) et des VADS (6,9 %). Les taux respectifs relevés en région sont tous plus élevés que ceux correspondants de France, avec un écart particulièrement marqué pour celui des VADS. Les autres localisations cancéreuses représentent chacune moins de 5 % des cancers masculins.

### CHEZ LES FEMMES, LE CANCER DU SEIN EST, DE LOIN, LE PLUS FRÉQUENT...

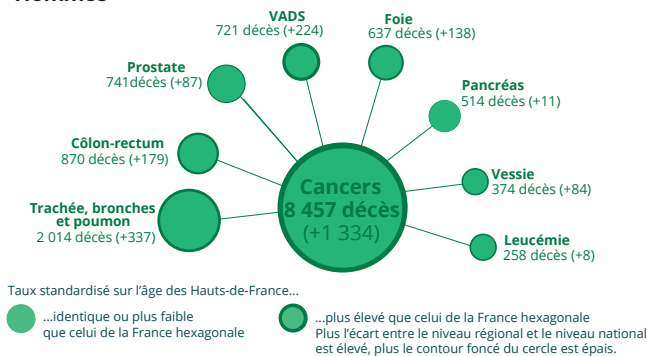
En 2022, dans les Hauts-de-France, près de 64 000 femmes sont prises en charge pour un cancer du sein, représentant plus de deux cancers féminins sur cinq (43,4 %). Le taux correspond est plus important que celui relevé au niveau national. Ainsi, si la prévalence régionale était similaire à celle de la France hexagonale, 2 725 cas de moins seraient recensés.

### ... SUIVI DU CÔLON-RECTUM ET DE LA PEAU

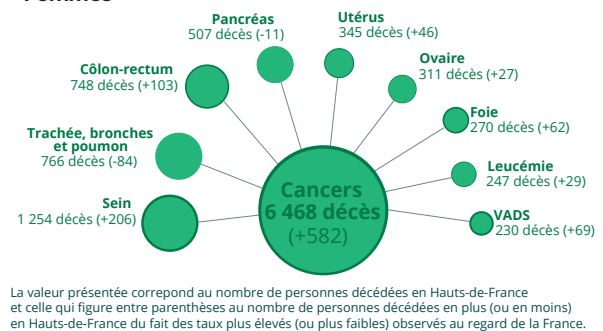
Les cancers colorectaux suivent, avec près de 15 000 femmes prises en charge (10,2 % des cancers féminins) ; là encore, le taux régional est plus élevé que ce lui de la France (+699 cas). Le cancer de la peau (hors mélanome) se place en troisième position, avec près de 13 200 femmes prises en charge (9,0 %). Contrairement aux deux premières localisations, la prévalence est plus faible qu'au niveau national (-2 352 cas). Les données disponibles dans le SNDS permettent de dissocier pour le cancer de l'utérus, le col et le corps. Ainsi, ce sont respectivement 6 834 et 5 426 femmes qui sont prises en charge pour la région. Si le taux régional est assez proche du taux national pour le col de l'utérus (matérialisé par un écart entre nombre de cas observés et attendu avec la même prévalence qu'en France de +34 cas), le différentiel avec le niveau national est plus marqué pour le corps (+521 cas). Les autres localisations cancéreuses représentent chacune moins de 5 % des cancers féminins.

### DES TAUX DE CANCERS PLUS FAIBLES QU'EN FRANCE POUR CERTAINES LOCALISATIONS ET PLUS FORTES POUR D'AUTRES

En outre, tant chez les hommes que chez les femmes, les faibles différentiels avec la France hexagonale relevés pour l'ensemble des cancers (+3 % pour les hommes et +0 % pour les femmes, cf. page 34) sont la composante de situations fortes différentes selon les localisations, avec des taux parfois nettement plus importants qu'en Hexagone et d'autres plus faibles. Ainsi, les taux prévalents de prise en charge sont plus faibles en région, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, pour le cancer de la peau (hors mélanome) et le lymphome non hodgkinien. Pour les hommes, il est également plus faible pour le cancer du rein, mais il est plus élevé chez les femmes de la région que chez celles de l'ensemble du pays ; un constat assez proche est retrouvé pour le mélanome de la peau, avec cependant un taux régional un peu plus élevé que le taux national pour les hommes, mais un différentiel un peu plus conséquent pour les femmes. Une situation inverse est retrouvée pour le cancer bronchopulmonaire, avec, cette fois, un taux régional plus élevé que celui de la France pour les hommes et plus faible pour les femmes. Enfin, le taux féminin pour le cancer de la thyroïde est également plus faible en région qu'en France.


**RÉPARTITION DES PRINCIPAUX CANCERS RESPONSABLES DE DÉCÈS DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, SELON LE SEXE**
**Hommes**


en 2020-2022

**Femmes**


Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

**CHEZ LES HOMMES, SI LE CANCER LE PLUS FRÉQUENT CONCERNE LA PROSTATE, LE PLUS MORTEL EST LE BRONCHOPULMONAIRE...**

En 2020-2022, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est la localisation cancéreuse qui a entraîné le plus de décès chez les hommes ; cela représente près d'un décès masculin par cancers sur quatre (23,8 %). Comme permet de le visualiser l'illustration ci-dessus, ce cancer est particulièrement important en région, puisqu'il a occasionné 337 décès de plus que si la mortalité régionale était la même qu'en France ; soit l'écart le plus élevé de toutes les localisations cancéreuses.

**... SUIVENT LE CÔLON-RECTUM PUIS LA PROSTATE ET, À UN NIVEAU PROCHE EN RÉGION, LES VADS**

Le cancer colorectal ressort comme la deuxième localisation mortifère, représentant un dixième des décès masculins par cancers en région (10,3 %), avec un différentiel également important avec le niveau national : 179 décès auraient ainsi pu être évités avec une mortalité équivalente à celle de l'Hexagone. Les cancers de la prostate et des VADS (voies aérodigestives supérieures) représentent respectivement 8,8 % et 8,5 % des décès par cancers avec un surplus de mortalité en regard de la France plus élevée pour cette dernière localisation (+224 décès contre +87 pour la prostate). Cet écart entre les nombres de décès attendus et observés est d'ailleurs le plus important après celui du cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

**UNE MORTALITÉ POUR LES CANCERS DU FOIE ET DE LA VESSIE MARQUÉE EN RÉGION**

Toujours en moyenne annuelle en 2020-2022, le cancer du foie vient ensuite avec certes quelque 200 décès de moins que le cancer de la prostate, mais avec 50 décès de plus en ce qui concerne l'écart avec la moyenne nationale.

Le pancréas est la dernière localisation à avoir entraîné plus de 500 décès en moyenne annuelle, mais avec une différence minimale en matière d'écart avec la France. Il est à noter que ce cancer tend à augmenter au cours du temps, en région comme en France depuis.

Le cancer de la vessie dénombre un décès par jour dans les Hauts-de-France, mais il présente un différentiel de mortalité important avec la France. En effet, l'écart entre les nombres de décès observés et attendus est du même ordre que pour la prostate, alors que le nombre de décès est moitié moindre. La leucémie complète la liste des localisations de l'illustration ci-dessus, avec 3,1 % des décès masculins par cancers.

**CHEZ LES FEMMES, UNE FORTE SURMORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN...**

En moyenne annuelle en 2020-2022, 1 254 femmes sont décédées d'un cancer du sein, soit près d'un cinquième des décès féminins par cancers (19,4 %). Les Hauts-de-France présentent une surmortalité élevée pour ce cancer : 206 décès de moins auraient pu être dénombrés si la mortalité était la même qu'en France hexagonale. Par rapport au surplus régional de décès pour l'ensemble des cancers féminins, cette localisation contribue pour plus d'un tiers.

**... DE MÊME QUE POUR LE CÔLON-RECTUM, CONTRIBUANT À EUX DEUX À PLUS DE LA MOITIÉ DU SURPLUS RÉGIONAL DES CANCERS FÉMININS**

Viennent ensuite, à quasi-part égale, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (en deuxième), et ceux du côlon-rectum (en troisième ; respectivement 11,8 % et 11,6 % des décès par cancers féminins). Toutefois, la situation régionale est fort différente selon la localisation : une sous-mortalité en regard de la France est observée pour le premier alors qu'une surmortalité est relevée pour le second. Ainsi, si la mortalité observée dans le pays était similaire dans les Hauts-de-France, 103 décès de moins pour le cancer côlon-rectum seraient relevés. Par ailleurs, il est à noter que le cancer féminin de la trachée, des bronches et du poumon augmente au cours du temps, 2020-2022 constitue la première période pour la région où le nombre de décès observé est plus important pour cette localisation que pour celle du côlon-rectum (en France, c'est le cas depuis 2012-2014).

Toujours chez les femmes, le cancer du pancréas, quatrième localisation la plus mortelle, engendre un peu plus de 500 décès en moyenne annuelle sur la période 2020-2022 dans les Hauts-de-France (soit 7,8 % de l'ensemble des cancers féminins) ; le taux régional est assez proche du taux national. Il est à noter, tant en région qu'en France, que la mortalité pour le cancer du pancréas tend à croître avec le temps, et ce de manière encore plus soutenue que ce qui est relevé chez les hommes.

Les deux localisations qui viennent ensuite sont spécifiques aux femmes avec, pour toutes les deux, un nombre annuel moyen de décès supérieur à 300, à savoir l'utérus et les ovaires. Avec moins de 300 décès chacun, viennent ensuite le foie, les leucémies et les VADS. En regard du niveau national, tous ces types de cancers présentent un surplus de mortalité, mais il est plus élevé pour les cancers des VADS et du foie ; ces deux derniers contribuent pour chacun à plus de 10 % du surplus régional des décès féminins pour l'ensemble des cancers.



# CANCER BRONCHOPULMONAIRE

## LES HOMMES DOMICILIÉS EN SECTEUR URBAIN PARTICULIÈREMENT CONCERNÉS...

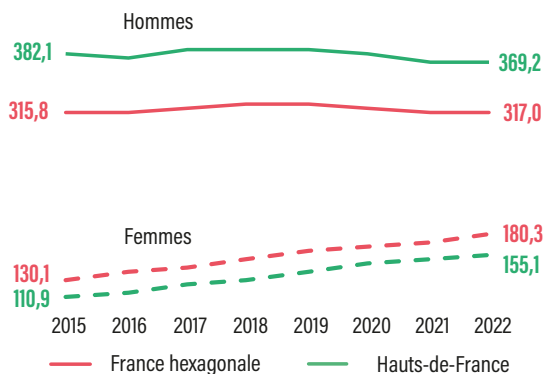
En 2022, les Hauts-de-France comptent 9 599 hommes et 4 822 femmes pris en charge pour un cancer bronchopulmonaire, soit des taux standardisés de 369,2 pour 100 000 hommes et de 155,1 pour 100 000 femmes. Ces taux diffèrent de façon diamétralement opposée à ceux de la France hexagonale : +16 % pour les hommes et -14 % chez les femmes. Ainsi, les Hauts-de-France se classent avec la deuxième prévalence la plus élevée des régions de l'Hexagone après la Corse chez les hommes et la deuxième prévalence la plus faible derrière les Pays de la Loire chez les femmes.

Par ailleurs, alors qu'il n'est pas noté de différence entre zone rurale et secteur urbain en région pour la prévalence féminine en regard du taux relevé sur l'ensemble du pays, les disparités sont marquées chez les hommes : ceux domiciliés en secteur urbain présentent un différentiel de +20 % en regard de la France alors qu'il est de +4 % pour les hommes de zone rurale.

## ... MAIS LES FEMMES DE ZONE RURALE VOIENT LEUR TAUX EN TRÈS FORTE AUGMENTATION

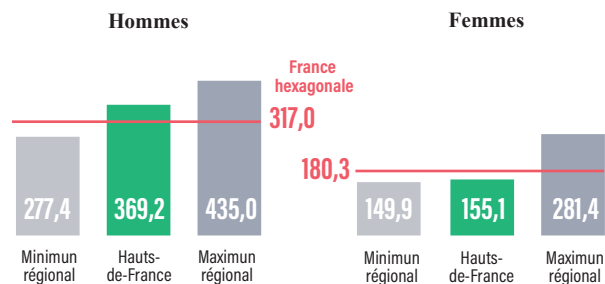
Depuis 2015, la prévalence masculine pour le cancer bronchopulmonaire connaît une baisse de 3,4 % dans les Hauts-de-France, alors que la tendance est à la stabilité pour l'ensemble du pays. À noter toutefois que cette baisse ne concerne que les hommes domiciliés en secteur urbain : -4,6 % contre +1,6 % en zone rurale. Chez les femmes, la tendance préoccupante ressortant à travers les autres indicateurs de ces deux pages se confirme sur le nombre de femmes prises en charge pour ce cancer ; en hausse continue depuis 2015, le taux de prévalence a augmenté de près de 40 % en région, soit une évolution comparable à celle de la France. Sur cette même période, cette croissance du taux féminin est particulièrement marquée en zone rurale régionale, où l'augmentation est de près de 50 %, soit dix points de plus que celle de secteur urbain de la région.

### ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DES CANCERS BRONCHOPULMONAIRES PRIS EN CHARGE, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 consommateurs dans l'année (hommes ou femmes)  
Source : SNDS - Cartographie des pathologies G11 - Exploitation OR2S

### PRÉVALENCE DES CANCERS BRONCHOPULMONAIRES PRIS EN CHARGE, SELON LE SEXE



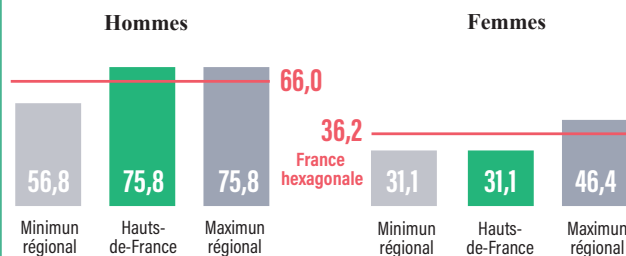
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 consommateurs dans l'année (hommes ou femmes) en 2022

Source : SNDS - Cartographie des pathologies G11 - Exploitation OR2S

## QUELLE QUE SOIT LA SOURCE DE DONNÉES, DES TAUX RÉGIONAUX PLUS ÉLEVÉS QU'EN FRANCE CHEZ LES HOMMES ET MOINS CHEZ LES FEMMES

En 2020-2022 en moyenne annuelle, 1 851 hommes et 921 femmes ont été admis en ALD pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon, soit des taux standardisés respectifs de 75,8 et 31,1 pour 100 000. Comme pour la prévalence, la région comparée à la France hexagonale présente selon le sexe des écarts inversés : +15 % chez les hommes et -14 % chez les femmes. De plus, ce constat est retrouvé dans le classement des régions hexagonales, les Hauts-de-France ayant le taux le plus élevé chez les hommes et le plus faible chez les femmes. Les différentiels en regard du niveau national pour les admissions en ALD sont similaires à ceux retrouvés pour la prévalence en ce qui concerne le type d'habitat. Ainsi, il n'y a pas de différence entre zone rurale et secteur urbain des Hauts-de-France chez les femmes (avec un différentiel en regard de la France de l'ordre de -14 %). En revanche, chez les hommes, le différentiel au regard du taux national d'admission en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon est plus marqué dans le secteur urbain de la région (+18 %) que dans la zone rurale régionale (+3 %).

### ADMISSIONS EN ALD POUR CANCER DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes) en 2020-2022

Sources : CCMSA, Cnam, Insee - Exploitation OR2S

#### Cancer bronchopulmonaire et cancer de la trachée, des bronches et du poumon

Dans la **cartographie des pathologies** du SNDS, (cf. page 30) la terminologie « bronchopulmonaire » regroupe également la trachée. Ainsi, sont comptabilisées, les tumeurs malignes de la trachée (code Cim 10 C33), des bronches et du poumon (C34), les carcinomes *in situ* de la trachée (D02.1) et des bronches et du poumon (D02.2).

Pour les **admissions en ALD** et la **mortalité**, la terminologie la plus souvent employée dans ce document est « cancer de la trachée, des bronches et du poumon », mais il peut arriver ponctuellement de trouver le terme « bronchopulmonaire » pour ces deux sources. Seules les tumeurs malignes sont comptabilisées (à savoir les codes Cim 10 C33 et C34).

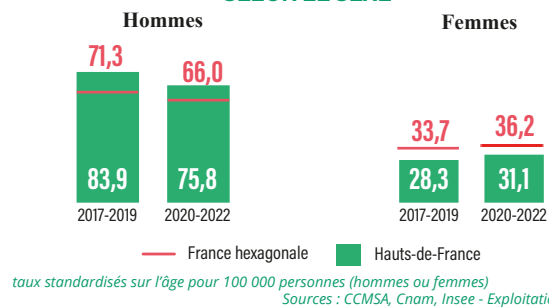




## UNE HAUSSE DU TAUX D'ADMISSION EN ALD PARTICULIÈREMENT MARQUÉE CHEZ LES FEMMES DOMICILIÉES EN ZONE RURALE DE LA RÉGION

Comme pour la prévalence, les taux d'admission en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon ont évolué de manière opposée selon le sexe. Ainsi, entre 2017-2019 et 2020-2022 dans les Hauts-de-France, le taux masculin a diminué de 9,6 %, alors qu'il augmentait de ce même pourcentage chez les femmes. En France hexagonale, une valeur absolue identique est retrouvée, mais à un niveau un peu plus faible qu'en région (7,3 %), négative chez les hommes et positive chez les femmes. Il est à noter que la diminution du taux chez les hommes des Hauts-de-France est la deuxième plus importante des régions hexagonales (derrière l'Île-de-France), ce qui ne l'empêche toutefois pas de demeurer le taux le plus élevé parmi celles-ci. Par ailleurs, l'augmentation relevée chez les femmes est particulièrement importante pour celles domiciliées en zone rurale : +18 % en région, soit cinq points de plus qu'en France hexagonale rurale, alors que celle en secteur urbain est de l'ordre de +7 %. Chez les hommes, quels que soient l'unité géographique et le type d'habitat, la tendance est à la baisse, variant entre -4 % et -10 %.

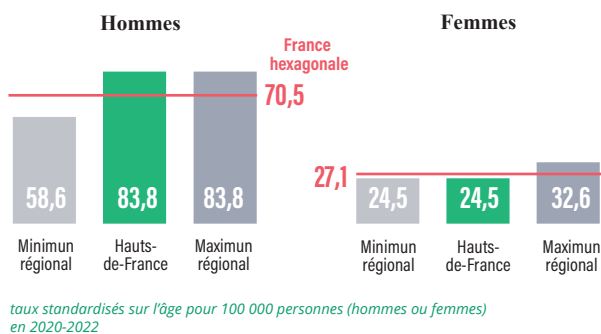
## ÉVOLUTION DES ADMISSIONS EN ALD POUR CANCERS DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON, SELON LE SEXE



## QUATRE FOIS MOINS DE DÉCÈS CHEZ LES FEMMES DOMICILIÉES EN ZONE RURALE QUE CHEZ LES HOMMES DE SECTEUR URBAIN...

À l'instar des constats observés à partir des données de morbidité (prévalence prise en charge et admissions en ALD), la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon se différencie nettement suivant le sexe. Ainsi, en 2020-2022, les hommes domiciliés dans les Hauts-de-France enregistrent le taux de mortalité le plus élevé des régions hexagonales : 83,8 pour 100 000 hommes, correspondant à 2 014 décès en moyenne par an. À l'opposé, les femmes affichent la valeur la plus faible parmi ces mêmes régions : 24,5 décès pour 100 000 femmes, soit un nombre de 766 décès annuels moyens. La mortalité masculine est particulièrement importante dans les Hauts-de-France en secteur urbain : un tiers en plus en regard de celle des hommes domiciliés en zone rurale et près d'un cinquième en plus par rapport à leurs homologues de France hexagonale. Chez les femmes, le différentiel est moins important en région entre les deux types d'habitat : un huitième de plus au détriment du secteur urbain. De plus, quel que soit le type d'habitat, le différentiel avec le niveau national correspondant est plus favorable en région, d'au moins 10 %.

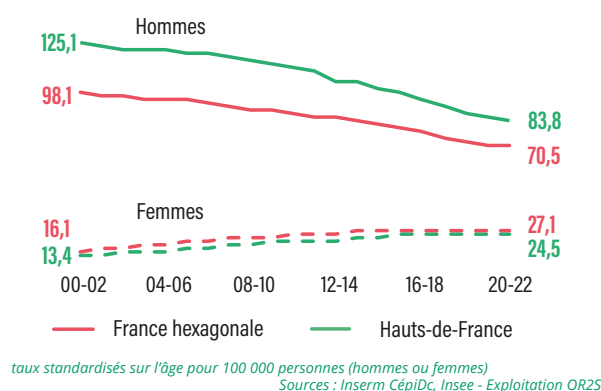
## MORTALITÉ PAR CANCER DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON, SELON LE SEXE



## ...MAIS DANS UN CONTEXTE DE MORTALITÉS FÉMININE EN FORTE CROISSANCE ET MASCULINE EN SENSIBLE RÉDUCTION

En portant le regard sur l'évolution de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon depuis le début de la codification en Cim 10 (à savoir l'année 2000), la mortalité diminue chez les hommes et progresse chez les femmes (cf. courbes ci-contre). Ce constat est observable autant dans la région qu'en France hexagonale, mais il se déroule à un rythme plus faible sur le plan national. Ainsi, chez les hommes, le taux s'est réduit d'un tiers en vingt ans dans les Hauts-de-France, soit une baisse plus marquée qu'au niveau national (-28,1 %). Chez les femmes, l'augmentation dépasse les quatre cinquièmes en région contre les deux tiers dans l'Hexagone. Chez les hommes, la diminution est relativement comparable selon le type d'habitat en région, ce qui est un peu moins vrai au niveau national. En revanche, chez les femmes, la hausse est particulièrement importante en secteur urbain régional alors que ce constat est retrouvé en France hexagonale rurale, dans les deux cas de l'ordre des neuf dixièmes en vingt ans ; elle est toujours chez les femmes, de trois cinquièmes en zone rurale des Hauts-de-France et de trois quarts en France urbaine.

## ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON, SELON LE SEXE





# CANCER DU CÔLON-RECTUM

## UNE PRÉVALENCE ÉLEVÉE EN RÉGION, MAIS EN SECONDE POSITION DERRIÈRE LA BRETAGNE

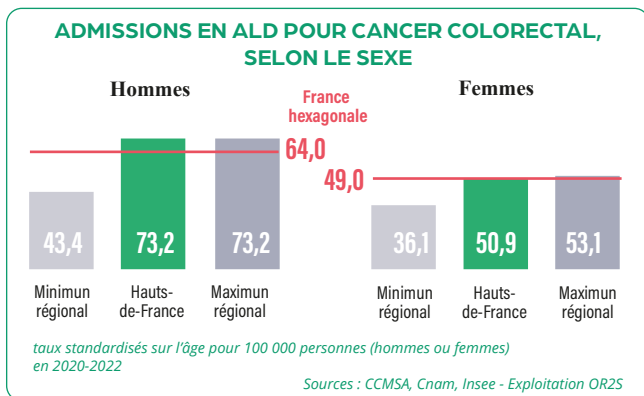
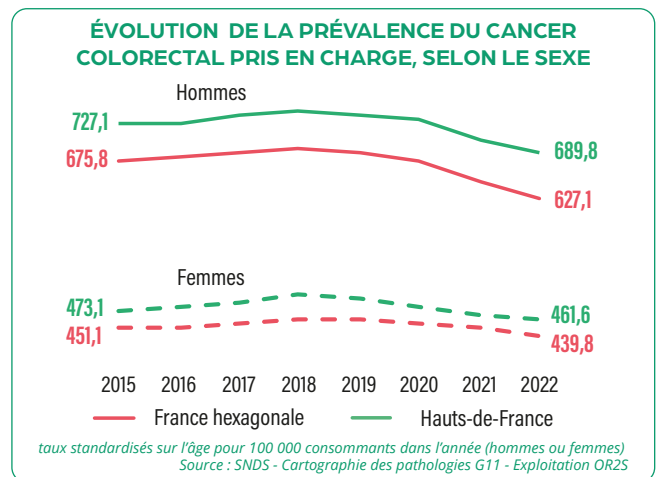
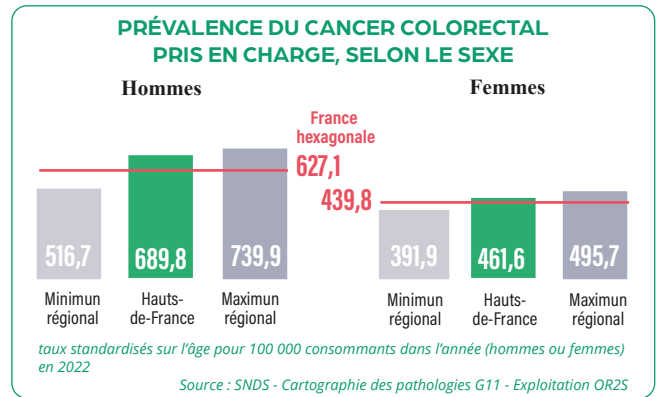
En 2022, les Hauts-de-France dénombrent un peu plus de 17 000 hommes pris en charge pour un cancer colorectal et près de 15 000 femmes. Les taux standardisés respectifs sont de 689,8 et de 461,6 pour 100 000, soit des écarts avec la France de +10 % et de +5 %. La Bretagne est particulièrement concernée par ce cancer, ressortant au premier rang des régions hexagonales pour son taux de prévalence élevé, tant chez les hommes que chez les femmes. Les Hauts-de-France viennent juste après chez les hommes et au troisième rang chez les femmes, devancés également par le Grand Est.

Des différences existent suivant le type d'habitat en région, plus marquées chez les hommes que chez les femmes, toujours au détriment du secteur urbain. Ainsi, le taux relevé en secteur urbain est supérieur de 9,3 % à celui de la zone rurale pour les hommes et de 5,9 % chez les femmes.

## UNE TENDANCE À LA BAISSÉ DES TAUX DE PRÉVALENCE DEPUIS 2018

Depuis 2018, les taux de prévalence régionaux du cancer colorectal sont en baisse, de manière un peu plus soutenue chez les hommes (-7,8 %) que chez les femmes (-6,8 %). En France hexagonale, cette tendance est similaire, mais l'écart entre les sexes est plus important, avec des baisses respectives de -9,6 % et de -5,3 %.

Dans les Hauts-de-France, la baisse relevée en secteur urbain est identique pour chacun des sexes (-7,0 % entre 2018 et 2022) alors qu'elle passe du simple au double en zone rurale : -10,3 % pour les hommes et -5,2 % chez les femmes.



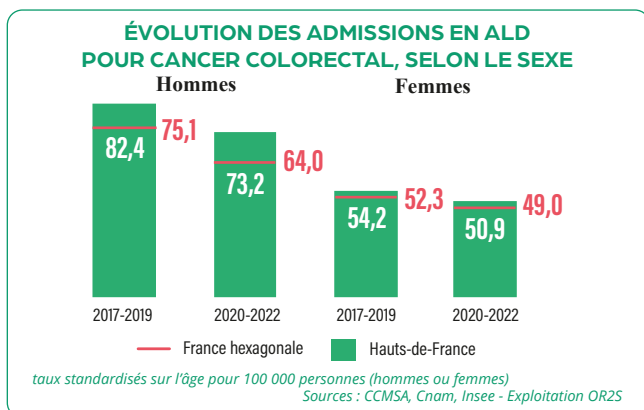
## LE TAUX D'ADMISSION EN ALD LE PLUS ÉLEVÉ DES RÉGIONS POUR LES HOMMES...

En moyenne annuelle en 2020-2022, 1 711 hommes et 1 527 femmes ont été admis en ALD pour un cancer colorectal, soit respectivement des taux standardisés de 73,2 et 50,9 pour 100 000 habitants. Seul au-dessus de 70 pour 100 000, le taux masculin des Hauts-de-France est le plus élevé des régions de l'Hexagone ; le taux féminin classe quant à lui la région au cinquième rang pour sa valeur élevée.

Concernant le type d'habitat, les hommes de la région vivant en secteur urbain sont davantage admis en ALD pour ce cancer que ceux de la France urbaine (hors UU de Paris) : +17 %. Ce différentiel est moins élevé pour la zone rurale ; ainsi, le différentiel entre les taux masculins régional et national pour ce type d'habitat est de +3 %. Chez les femmes, l'écart est plus modéré : +3 % en secteur urbain et +1 % en zone rurale.

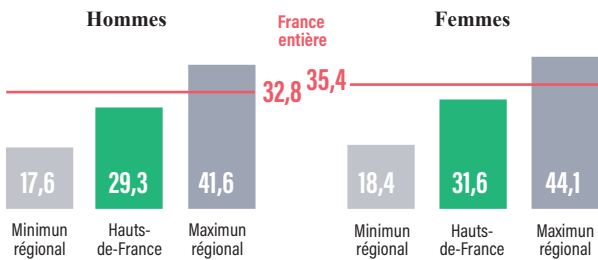
## ... AVEC UNE BAISSÉ QUI RESTE EN DEÇÀ DE CELLES D'AUTRES RÉGIONS

Entre 2017-2019 et 2020-2022, la baisse des admissions en ALD est plus importante chez les hommes que chez les femmes, quels que soient l'unité géographique et le type d'habitat. Ainsi, cette baisse varie suivant les cas de figure entre -10 % et -16 % chez les premiers et entre -4 % et -8 % chez les secondes. Elle est la troisième la plus faible des régions hexagonales chez les hommes, après la Bourgogne-Franche-Comté et la Corse, et la sixième plus faible chez les femmes, mais avec des écarts avec les régions qui précèdent les Hauts-de-France très faibles.





### DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL, SELON LE SEXE



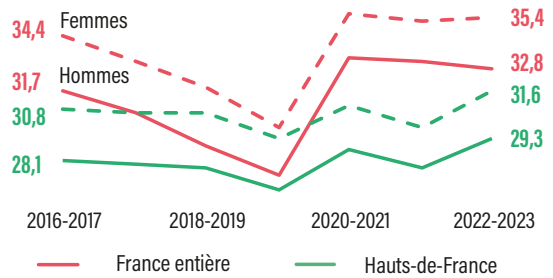
taux standardisés sur l'âge pour 100 personnes de 50-74 ans (hommes ou femmes) en 2022-2023

Source : Santé publique France - Données issues des CRCDc et ELP de l'Insee

### UNE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ LA DEUXIÈME PLUS FAIBLE DES RÉGIONS...

En 2022-2023, d'après les données publiées par Santé publique France, 29,3 % des hommes et 31,6 % des femmes âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal contre, respectivement, 32,8 % et 35,4 % en France entière. Cela place les Hauts-de-France à l'avant-dernière place du classement des régions de France hexagonale, tant pour les hommes que pour les femmes, devant seulement la Corse (taux de participation pour chacun des sexes de l'ordre de 18 %).

### ÉVOLUTION DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL, SELON LE SEXE



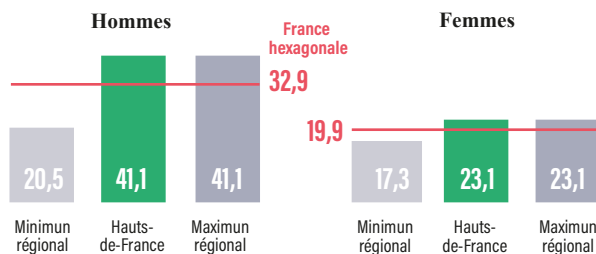
taux standardisés sur l'âge pour 100 personnes de 50-74 ans (hommes ou femmes)

Source : Santé publique France - Données issues des CRCDc et ELP de l'Insee

### ... AVEC UNE DIMINUTION PENDANT LA PANDÉMIE, QUI A REMONTÉ DEPUIS

Au cours des six dernières années, après une baisse qui a fait passer la région comme la France par un minimum en 2019-2020 (respectivement 29,2 % et 29,9 % pour les femmes et 26,8 % et 27,5 % pour les hommes) due à la Covid-19 en 2020, la remontée depuis fait que les taux de participation enregistrés se situent un point au-dessus de ce qu'ils étaient en 2016-2017, quels que soient l'unité géographique et le sexe.

### MORTALITÉ PAR CANCER COLORECTAL, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes) en 2020-2022

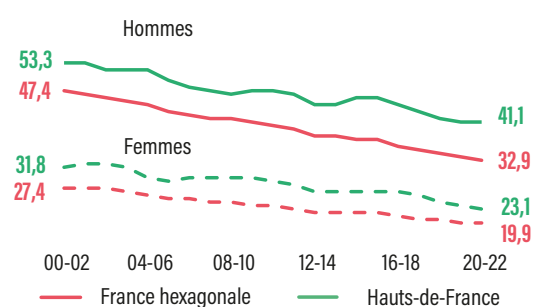
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### UN ÉCART DE MORTALITÉ MASCULINE AVEC LA FRANCE DOUBLÉ EN VINGT ANS

En 2020-2022, les cancers colorectaux ont été particulièrement importants en matière de décès, se classant parmi les trois cancers les plus mortels en région, comme en France hexagonale. Ainsi, en moyenne annuelle dans les Hauts-de-France, 870 hommes (41,1 décès pour 100 000) et 748 femmes (23,1 décès pour 100 000) en ont été victimes ; les taux standardisés relevés dans les Hauts-de-France sont les plus élevés des régions hexagonales.

Depuis 2000-2002, la mortalité par cancer colorectal a globalement diminué, de 23,0 % chez les hommes et de 27,3 % chez les femmes dans les Hauts-de-France. Cependant, ces diminutions masculine et féminine, relativement proches, masquent une différence lorsqu'elles sont comparées avec les évolutions constatées en France hexagonale. En effet, sur ces mêmes vingt ans, la baisse nationale masculine est plus soutenue ; au-dessus de 30 % à celle relevée en région. Par contre, pour les femmes, les diminutions nationale et régionale sont identiques. Chez les hommes, cela a pour conséquence que l'écart entre les taux standardisés de mortalité pour ce cancer n'a quasiment

### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER COLORECTAL, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

jamais cessé de croître entre les niveaux géographiques : un quart de mortalité en plus en région en 2020-2022 contre un huitième au début des années deux mille. En regard du niveau national, cet écart est d'un sixième en plus chez les femmes en 2020-2022 comme cela était déjà le cas en 2000-2002.

### UNE MORTALITÉ DES FEMMES DE ZONE RURALE RÉGIONALE PROCHE DE CELLES DES FRANÇAISES COMPARABLES

Concernant le type d'habitat, à l'inverse de ce qui est retrouvé au niveau national, dans les Hauts-de-France, le taux de mortalité par cancer colorectal est inférieur en zone rurale à celui du secteur urbain : peu différencié chez les hommes (-2 %), plus marqué chez les femmes (-7 %). Entre France rurale et France urbaine (hors unité urbaine de Paris), les valeurs respectives sont de +3 % et +4 %.

En examinant cette fois les taux régionaux et nationaux pour chaque type d'habitat et pour chaque sexe, les écarts approchent, voire dépassent, le cinquième de décès en plus en région, à l'exception des femmes de zone rurale pour lesquelles l'écart est proche de +4 %.

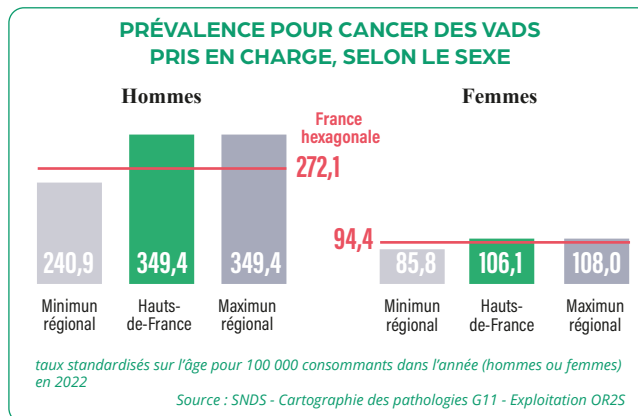


# CANCER DES VADS

## UNE PRÉVALENCE PLUS ÉLEVÉE EN SECTEUR URBAIN, PARTICULIÈREMENT CHEZ LES HOMMES

En 2022, 9 184 hommes sont pris en charge pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) dans les Hauts-de-France, soit un taux standardisé de 349,1 pour 100 000 habitants. Ce taux place les Hauts-de-France au premier rang des régions hexagonales avec la plus forte prévalence masculine. Chez les femmes, elles sont 3 330 à être prises en charge pour un cancer des VADS, soit un taux de 106,1 pour 100 000 habitantes ; il s'agit du deuxième taux le plus élevé des régions de l'Hexagone, derrière la Corse. Ces taux dépassent significativement ceux de la France correspondante, avec des prévalences masculine et féminine supérieures respectivement de 28 % et de 12 %.

Les écarts sont particulièrement marqués dans le secteur urbain, où les prévalences régionales sont supérieures de 35 % chez les hommes et de 17 % chez les femmes à celles des hommes et des femmes de l'ensemble de la France hexagonale (sans distinction du type d'habitat). Pour la zone rurale des Hauts-de-France, si la prévalence masculine se situe au-dessus du taux masculin relevé sur l'ensemble du pays (mais avec un écart moindre que celui du secteur urbain, à savoir de +8 %), celle des femmes est en deçà de la moyenne nationale (-7 %).



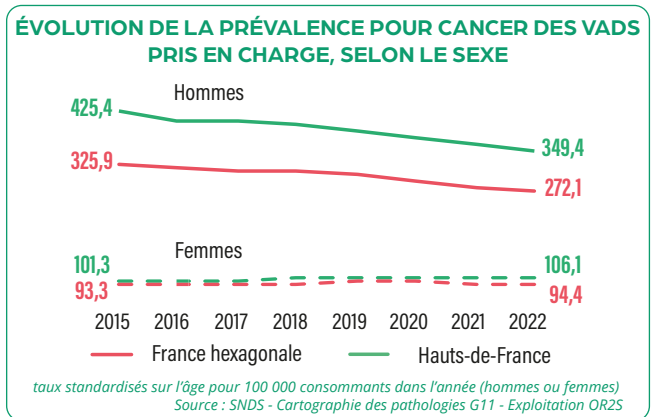
## UN ÉCART HOMMES/FEMMES TRÈS MARQUÉ POUR LE CANCER DES VADS, AU DÉTRIMENT DE LA GENT MASCULINE

En 2020-2022, en moyenne annuelle dans les Hauts-de-France, 1 563 hommes et 518 femmes ont bénéficié d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour un cancer des VADS. Les taux standardisés correspondants sont de 62,1 admissions pour 100 000 habitants et de 17,4 pour 100 000 habitantes. Ainsi, comme pour les taux de prévalence précédemment cités, un fort écart entre les hommes et les femmes est relevé, au détriment des premiers. Ainsi, en région, le taux d'admission en ALD des hommes est 3,6 fois plus important que celui des femmes (3,2 fois en France hexagonale). Pour la prévalence estimée en 2022, ce rapport est de 3,3 (2,9 en France) et, pour la mortalité observée en 2020-2022, il est de 4,0 (4,0 également pour la France ; cf. page suivante).

## AU PREMIER RANG DES RÉGIONS POUR LE TAUX D'ADMISSION EN ALD, QUEL QUE SOIT LE SEXE

Pour revenir aux admissions en ALD, les taux masculins et féminins relevés pour le cancer des VADS dans les Hauts-de-France sont les plus élevés des régions hexagonales, taux supérieur de 37 % à celui de la France chez les hommes et de 24 % chez les femmes.

Concernant les évolutions entre 2017-2019 et 2020-2022 (cf. graphique à la page suivante), une diminution est constatée pour les hommes, de -13,4 % en région (-11,5 % en France), et le taux est relativement stable chez les femmes : variation de -0,1 % (-1,9 % en France hexagonale).

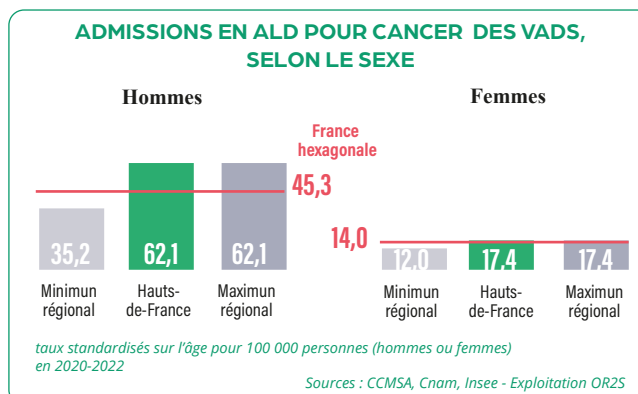


## UNE BAISSÉ RÉGULIÈRE DE LA PRÉVALENCE CHEZ LES HOMMES DEPUIS 2015...

Chez les hommes, le taux de personnes prises en charge pour un cancer des VADS est en diminution. Ainsi, entre 2015 et 2022, la baisse a été régulière d'une année sur l'autre, étant au total sur l'ensemble de la période de 17,9 %, soit une diminution légèrement supérieure à celle observée en France hexagonale (-16,5 %).

## ... ET UNE HAUSSE POUR LES FEMMES, PLUS MARQUÉE EN RÉGION, MÊME SI DERNIÈREMENT LA TENDANCE EST À LA BAISSÉ

En revanche, le taux de prévalence féminin n'a cessé de croître entre 2016 et 2020 : +8,6 % en région et +3,5 % dans l'Hexagone, ce qui a fait passer le surplus de prévalence entre la région et le niveau national de +7 % à +12 %. Ces deux dernières années, la tendance est plutôt à la baisse (-2,6 % en région comme en France hexagonale), mais sans retrouver les valeurs observées en 2016.



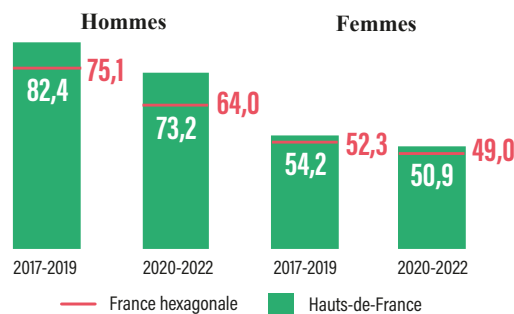


## UN TAUX D'ADMISSION EN ALD PLUS ÉLEVÉ EN SECTEUR URBAIN QU'EN ZONE RURALE

Les disparités entre secteur urbain et zone rurale sont importantes : le taux d'admission pour un cancer des VADS relevé dans le premier type d'habitat cité est plus élevé que celui du second. Ainsi, en 2020-2022 dans les Hauts-de-France, le taux masculin relevé en secteur urbain est de 30 % supérieur à celui de la zone rurale ; chez les femmes, ce différentiel est de +18 %. Au niveau national, les écarts sont moins marqués, de l'ordre de +9 % tant chez les hommes que chez les femmes, au détriment donc du secteur urbain (hors UU de Paris).

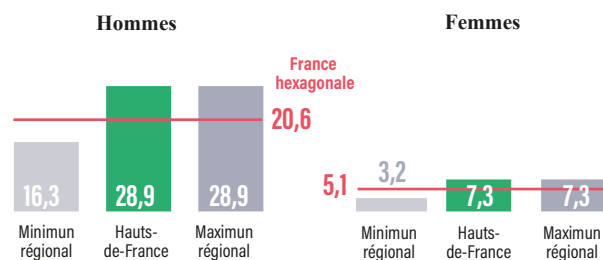
En matière d'évolution, dans les Hauts-de-France et chez les hommes, la baisse approche les 15 % entre 2017-2019 et 2020-2022 pour la zone rurale et elle est de -13,0 % en secteur urbain. Chez les femmes, toujours en région, ces pourcentages sont respectivement de +1,9 % et -1,2 %. Au niveau national, la diminution est moindre de deux points chez les hommes et peu différente chez les femmes.

## ÉVOLUTION DES ADMISSIONS EN ALD POUR CANCER DES VADS, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)  
Sources : CCMSA, Cnam, Insee - Exploitation OR2S

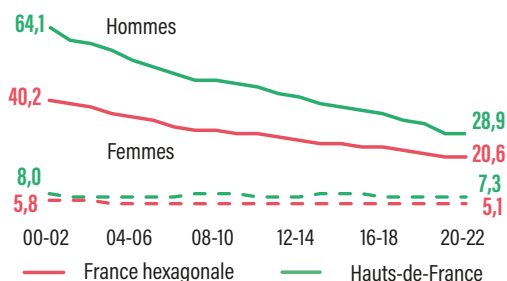
## MORTALITÉ PAR CANCER DES VADS, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes) en 2020-2022

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

## ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER DES VADS, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

## UNE MORTALITÉ MASCULINE QUI DÉCROÎT FORTEMENT, MÊME SI ELLE RESTE TRÈS PRÉGNANTE

En 2020-2022, en moyenne annuelle, 721 hommes et 230 femmes sont décédés des suites d'un cancer des VADS. Cela correspond à des taux standardisés de mortalité de 28,9 décès pour 100 000 hommes et 7,3 décès pour 100 000 femmes. Tant chez les hommes que chez les femmes, les Hauts-de-France présentent ainsi une surmortalité en regard de la France supérieure à 40 %, se plaçant pour chaque sexe au premier rang des régions les plus impactées par cette pathologie.

Bien que le taux masculin reste élevé, il diminue de manière continue depuis le début des années deux mille, et ce, de façon plus marquée en région qu'en France hexagonale : respectivement -54,9 % et -48,7 % entre 2000-2002 et 2020-2022 (cf. courbes ci-contre). Cela a pour conséquence que l'écart entre les deux niveaux géographiques se resserre, passant de +60 % de surmortalité masculine à +40 % vingt ans plus tard. Chez les femmes, le taux de mortalité est plus faible et les évolutions sont moins marquées. En effet, si la diminution au cours de ces mêmes vingt années existe, elle est nettement moins soutenue que pour la population masculine, avec des taux fluctuant entre 7 et 8 pour 100 000 femmes en région et 5 et 6 pour 100 000 femmes dans l'Hexagone tout au long de ces vingt années.

## UNE FORTE SURMORTALITÉ RÉGIONALE POUR LES HABITANTS DE SECTEUR URBAIN

Au sein de la région, tant chez les hommes que chez les femmes, les habitants domiciliés en secteur urbain présentent une surmortalité particulièrement élevée en regard des habitants de zone rurale ; cela est retrouvé également en regard de la population nationale correspondante. Ainsi, le différentiel entre la zone rurale et le secteur urbain des Hauts-de-France dépasse les 40 % chez les hommes et approche les 50 % chez les femmes au détriment de ce dernier type d'habitat.

En comparant, cette fois, la région à la France pour un même type d'habitat, les constats suivants sont à noter : en secteur urbain (hors unité urbaine de Paris pour la France), l'écart pour chacun des sexes est de l'ordre de +45 % au détriment des Hauts-de-France ; le différentiel est moins conséquent en zone rurale ; de 11 % chez les femmes et de 6 % chez les hommes.





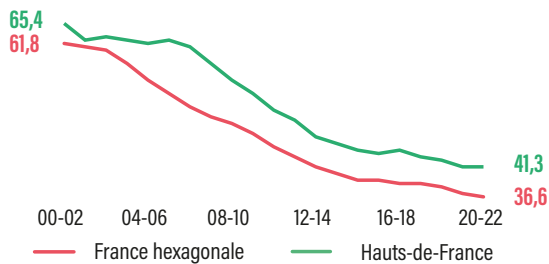
## LA MORTALITÉ LA PLUS ÉLEVÉE DES RÉGIONS DE FRANCE HEXAGONALE...

En 2020-2022, 741 hommes sont décédés des suites d'un cancer de la prostate, représentant un taux standardisé de mortalité de 41,3 pour 100 000 hommes. Ce taux s'avère supérieur à celui de la France hexagonale, qui s'établit à 36,6 décès pour 100 000 hommes, soit un excédent de +13 %. Différence avec la prévalence et les admissions en ALD, les Hauts-de-France ne se situent pas en position intermédiaire puisque le taux de mortalité par cancer de la prostate est le plus élevé des régions de France hexagonale.

De plus, au sein de la région, les taux de mortalité sont plus homogènes entre le secteur urbain et la zone rurale que ce qui est observé au niveau national. Ainsi, l'écart entre les deux taux est de 2,1 % en région contre 8,7 % au niveau national, dans les deux cas au détriment de la population masculine domiciliée en zone rurale.

Les décès par cancer de la prostate concernent essentiellement les seniors, puisqu'ils sont plus de 94 % à mourir après 65 ans, quel que soit le territoire. Le taux de mortalité chez les 65 ans et plus situe également les Hauts-de-France comme la région hexagonale avec la valeur la plus élevée (195,7 pour 100 000 hommes âgés de 65 ans et plus en région et 172,8 au niveau national). Le ratio entre secteur urbain et zone rurale est du même ordre chez les 65 ans et plus que pour les hommes de tous âges.

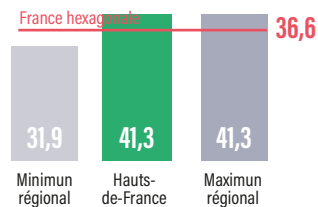
### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER DE LA PROSTATE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 hommes

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### MORTALITÉ PAR CANCER DE LA PROSTATE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 hommes en 2020-2022

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

## ... MAIS, LA DIMINUTION LA DEUXIÈME PLUS FAIBLE DES RÉGIONS DE L'HEXAGONE

Depuis le début des années deux mille, la mortalité par cancer de la prostate n'a cessé de diminuer dans la région comme au niveau national, comme le montrent les courbes ci-dessus. Cette diminution est toutefois un peu moins soutenue dans les Hauts-de-France que dans l'ensemble du pays : -36,8 % contre -40,8 % entre 2000-2002 et 2020-2022. Il s'agit d'ailleurs d'une des plus faibles baisses au niveau des régions hexagonales, devancée seulement par la Corse.

En affinant un peu l'analyse, il est constaté que cette baisse moindre au niveau régional est le seul fait du secteur urbain. Celui-ci, effectivement en vingt ans, n'a enregistré une diminution que de 35,8 % en région alors que celle-ci approchait les 42 % en France (secteur urbain hors unité urbaine de Paris). En zone rurale, la diminution est identique, d'un peu plus de 40 % dans les Hauts-de-France et dans l'ensemble de la France. Chez les 65 ans et plus, les mêmes caractéristiques mentionnées pour tous les âges sont retrouvées.



# CANCER DU SEIN

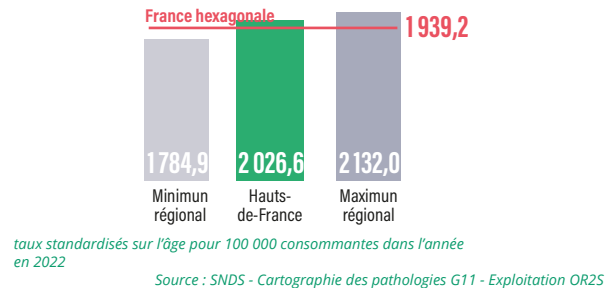
## LES FEMMES DOMICILIÉES EN SECTEUR URBAIN PLUS CONCERNÉES...

En 2022 dans les Hauts-de-France, 63 766 femmes sont prises en charge pour un cancer du sein, soit un taux standardisé de 2 027 sur 100 000 habitantes. Ainsi, les Hauts-de-France présentent le troisième taux le plus élevé des régions de l'Hexagone derrière l'Île-de-France et la Corse, avec un différentiel de +5 % par rapport à la moyenne nationale. Cet écart de prévalence en regard de la France provient exclusivement des femmes domiciliées en secteur urbain (+5 %), celles habitant en zone rurale ne présentant pas de différences significatives avec l'ensemble des Françaises.

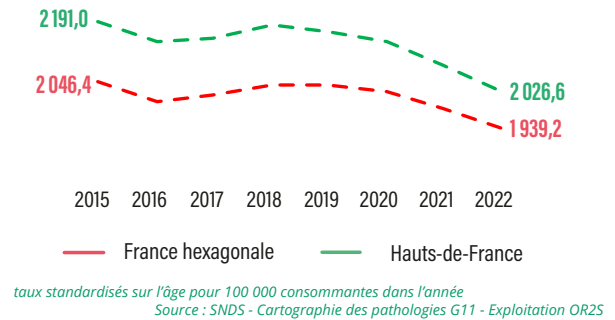
## ... AVEC TOUTEFOIS UNE BAISSÉ RÉCENTE PLUS IMPORTANTE POUR CES FEMMES

Alors que les années qui ont précédé 2018, la tendance était plutôt à la stagnation, le taux de femmes concernées par un cancer du sein diminue de façon régulière depuis. Ainsi, entre 2018 et 2022, la baisse est de 7,2 % en région et 5,0 % en France hexagonale ; il s'agit de la baisse la plus importante des régions de l'Hexagone. Cette diminution est le fait de la prévalence chez les femmes de zone urbaine (-7,6 %, soit deux points de moins qu'en zone rurale).

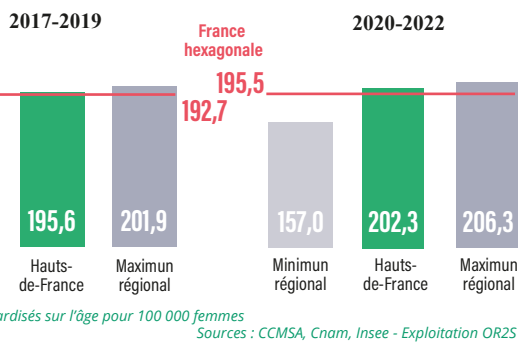
### PRÉVALENCE POUR CANCER DU SEIN PRIS EN CHARGE



### ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE POUR CANCER DU SEIN PRIS EN CHARGE



### ÉVOLUTION DES ADMISSIONS EN ALD POUR CANCER DU SEIN



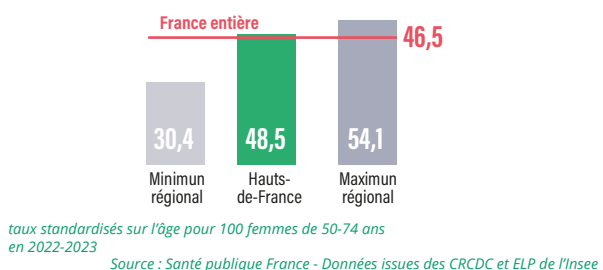
## LE DEUXIÈME TAUX D'ADMISSION EN ALD DES RÉGIONS...

En moyenne annuelle en 2020-2022, 5 986 femmes ont été admises en ALD pour un cancer du sein, soit un taux de 202,3 pour 100 000 habitantes. Ce taux, qui correspond à un surplus de 4 % avec la France, place les Hauts-de-France au deuxième rang des régions hexagonales derrière les Pays de la Loire. Il est à noter que ce cancer concerne des femmes jeunes, puisque 54,3 % qui sont concernées ont moins de 65 ans dans les Hauts-de-France ; cela constitue le deuxième pourcentage le plus élevé des régions de l'Hexagone derrière l'Île-de-France (qui se démarque avec près de 60 % des femmes appartenant à ce groupe d'âge).

## ... ET UNE AUGMENTATION ENTRE 2017-2019 ET 2020-2022 PLUS MARQUÉE EN ZONE RURALE

Pour ce qui a trait à l'évolution, entre 2017-2019 et 2020-2022, l'augmentation en région du taux d'admission en ALD pour un cancer du sein est de 3,7 %, ce qui situe les Hauts-de-France au troisième rang des régions hexagonales pour sa valeur, devancés par deux régions de l'Ouest (Bretagne et Pays de la Loire avec plus de 5 %). Cette augmentation régionale est notamment le fait des femmes domiciliées en zone rurale pour lesquelles l'augmentation est de 7,4 % entre les deux groupes d'années (+2,7 % en secteur urbain). Toutefois, pour le moment, ces évolutions différentes entre les deux types d'habitat n'impliquent pas des taux différenciés.

### DÉPISTAGE POUR CANCER DU SEIN







## MOINS D'UNE FEMME DE 50 À 74 ANS SUR DEUX A PARTICIPÉ AU DÉPISTAGE ORGANISÉ

En 2022-2023, selon les informations publiées par Santé publique France, plus de 450 000 femmes âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein dans les Hauts-de-France, représentant ainsi 48,5 % des femmes appartenant à ce groupe d'âge. Ce taux, plus élevé que la moyenne nationale (incluant les départements d'outre-mer), place les Hauts-de-France au huitième rang des régions. Après une baisse légère entre 2016-2017 et 2018-2019 suivie d'une baisse plus prononcée entre 2018-2019 et 2019-2020, due à la crise de la Covid-19, tant à l'échelon régional qu'au niveau national, les taux de participation ont progressé en 2022-2023, sans toutefois retrouver la participation d'avant la pandémie.

## PLUS D'UN DÉCÈS SUR QUATRE PAR CANCER DU SEIN A LIEU AVANT 65 ANS...

En moyenne annuelle en 2020-2022, 1 254 femmes domiciliées dans les Hauts-de-France sont décédées d'un cancer du sein, soit près d'un décès féminin par cancer sur cinq, comme permet de le visualiser l'illustration de la page 37. Ce nombre entraîne un taux de 39,4 décès pour 100 000 femmes des Hauts-de-France, constituant la plus forte valeur des régions hexagonales ; le surplus avec la France hexagonale est de 20 %. Si la surmortalité existe en région en zone rurale en regard de la France du même type d'habitat (+8 %), elle est réduite par rapport à celle des deux unités géographiques correspondantes en secteur urbain ; l'écart est alors de +21 % au détriment des Hauts-de-France.

Les décès par cancer du sein, à l'image de ce qui a été montré pour les admissions en ALD, touchent des femmes jeunes ; elles sont ainsi onze sur quarante (27,5 % en région) à être décédée d'un cancer du sein avant 65 ans. Comme tous âges, le taux de mortalité prématurée par cancer du sein situent les Hauts-de-France au premier rang des régions hexagonales, avec un différentiel avec la France qui est réduit de moitié par rapport à celui tous âges (+10 %).

## ... EN FORTE DIMINUTION DEPUIS VINGT ANS...

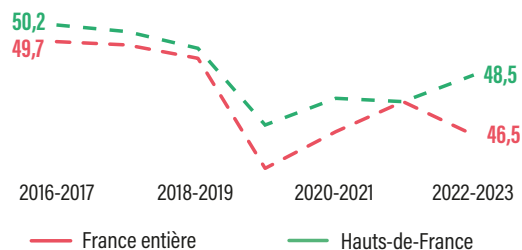
Hormis quelques courtes périodes de stagnation, le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes de la région et de France hexagonale a globalement diminué depuis le début des années deux mille (cf. courbes ci-contre). Ainsi, entre 2000-2002 et 2020-2022, la baisse est dans les Hauts-de-France de 19,0 %, plus marquée qu'au niveau national (-16,8 %), se retrouvant au quatrième rang des régions hexagonales parmi les plus fortes diminutions.

Si la mortalité en secteur urbain a diminué de manière continue depuis 2000-2002, de 19,7 % en région et 16,5 % en France hexagonale hors unité urbaine de Paris, son évolution est plus irrégulière en zone rurale, marquée par des périodes d'augmentation et de stagnation. Malgré cela, le taux de mortalité en zone rurale régionale a baissé de 15,7 % ; 12,3 % pour celle de France hexagonale.

## ... DE MANIÈRE ENCORE PLUS NOTABLE CHEZ LES FEMMES DE MOINS DE 65 ANS DE LA RÉGION

Pour la mortalité prématurée (survenant avant 65 ans), en vingt ans, le taux de mortalité a continuellement diminué et a ainsi chuté de 38,4 %, une baisse supérieure à celle perçue en France (30,9 %) atteignant même les 40 % dans la région en secteur urbain. Il est à noter que cette baisse a permis une réduction importante de la surmortalité : le différentiel avec la France était de l'ordre de +30 % au début des années 2000 (comme mentionné précédemment, il est maintenant de +10 %).

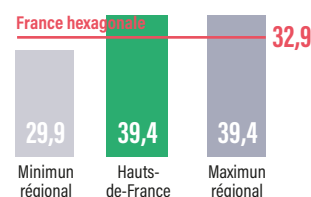
### ÉVOLUTION DU DÉPISTAGE POUR CANCER DU SEIN



taux standardisés sur l'âge pour 100 femmes de 50-74 ans

Source : Santé publique France - Données issues des CRDC et ELP de l'Insee

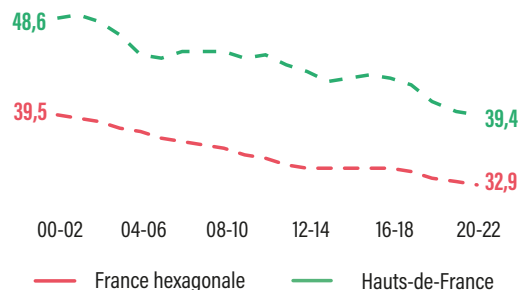
### MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes en 2020-2022

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR2S

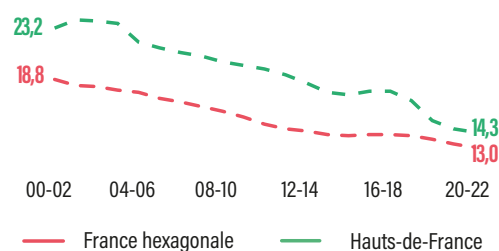
### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR2S

### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE PAR CANCER DU SEIN



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de moins de 65 ans

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR2S



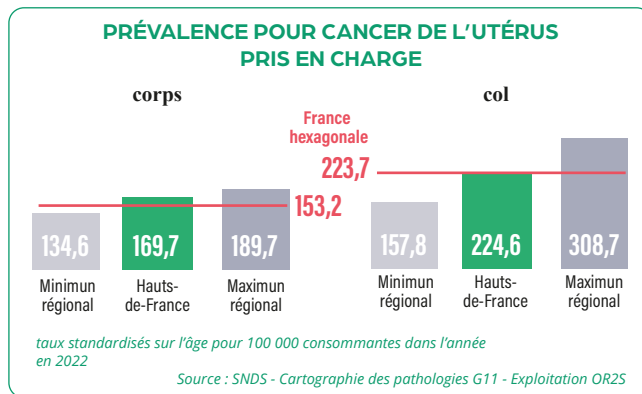
# CANCER DE L'UTÉRUS

## UN TAUX DE PRÉVALENCE EN AUGMENTATION POUR LE COL, MÊME SI UNE STABILISATION SEMBLE SE DESSINER,...

Avec 6 834 femmes prises en charge pour un cancer du col de l'utérus dans les Hauts-de-France en 2022, le taux de prévalence s'élève à 224,6 pour 100 000 femmes, soit une valeur au niveau de la moyenne nationale (223,7). Ce taux place les Hauts-de-France en position intermédiaire parmi les régions de l'Hexagone (septième rang). Concernant le type d'habitat, il existe une différence sensible ; les femmes se situant en zone rurale présentent un taux moindre (208,8) à celui de leurs homologues domiciliées en secteur urbain (229,1). L'évolution de la prévalence du cancer du col de l'utérus est à surveiller avec attention dans les Hauts-de-France, dans la mesure où le taux était en 2016 bien inférieur à celui du niveau national (-7 %). Ainsi, entre 2016 et 2021, l'augmentation a été en région de 10,6 % contre 2,4 % dans l'Hexagone. Les baisses récentes, mais minimes, entre 2021 (voire 2019 au niveau de l'Hexagone) et 2022 observées sur les deux unités géographiques semblent marquer une nouvelle dynamique ; les prochaines années seront éclairantes à ce sujet.

## ... ET EN DIMINUTION POUR LE CORPS

Le cancer du corps de l'utérus est un peu moins fréquent que celui du col. Ainsi, dans les Hauts-de-France en 2022, le nombre de femmes prises en charge est de 5 424, soit un taux de prévalence de 169,7 pour 100 000, valeur supérieure à la moyenne nationale (153,2). D'ailleurs, ce taux place les Hauts-de-France au deuxième rang parmi les régions de l'Hexagone pour sa valeur élevée, après le Grand Est. Concernant l'habitat, il existe peu de différence entre les deux types. Par ailleurs, contrairement au cancer du col, le cancer du corps est en baisse régulière ces dernières années, et ce, tant en région qu'en France hexagonale. Ainsi, entre 2015 et 2022, la diminution relevée dans les Hauts-de-France est la plus importante des régions hexagonales avec -14,8 % (-12,4 % en France). Il est de plus à noter que le taux de prévalence de l'ensemble des cancers de l'utérus n'est pas nécessairement l'addition des taux de prévalence du col et du corps, dans la mesure où certaines femmes peuvent être prises en charge pour les deux et que, d'autre part, les femmes dont la localisation n'est pas précisée ne peuvent être dénombrées dans cette version de la cartographie des pathologies (G11).



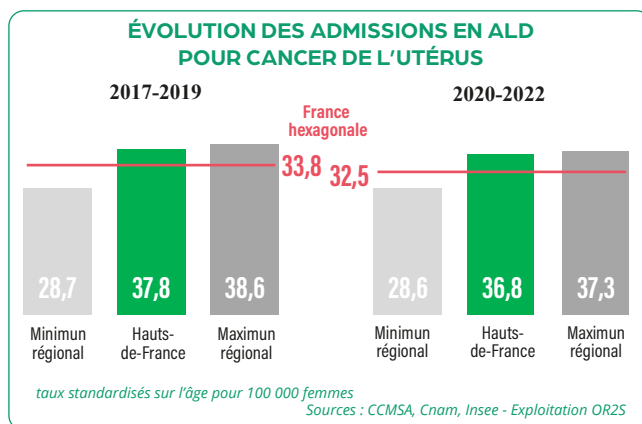
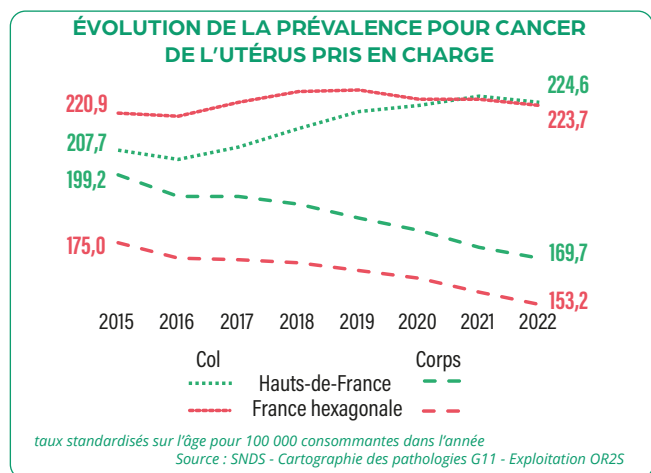
## UNE AUGMENTATION DES ADMISSIONS EN ALD DES FEMMES DOMICILIÉES EN ZONE RURALE, PARTICULIÈREMENT CELLES DE MOINS DE 65 ANS

Comme pour la mortalité dans les paragraphes suivants, les données d'admission en ALD pour un cancer de l'utérus ne permettent pas d'isoler, comme pour la prévalence, les cancers du col de ceux du corps.

En moyenne en 2020-2022 dans les Hauts-de-France, 1 090 femmes ont été admises en ALD pour un cancer de l'utérus, soit un taux standardisé de 36,8 admissions pour 100 000 femmes. Ce chiffre, supérieur de 13 % à la moyenne nationale, place les Hauts-de-France au deuxième rang des régions de l'Hexagone derrière Grand Est.

En ce qui concerne l'âge, ce cancer touche plus d'une femme de moins de 65 ans sur deux. Dans ce groupe d'âge, le taux dans les Hauts-de-France est le plus élevé des régions hexagonales avec une valeur supérieure de 19 % à la moyenne nationale.

Il est à noter que le type d'habitat ne fait pas ressortir de différence, tant en région que sur l'ensemble de l'Hexagone. Le graphique ci-dessous permet également de mesurer les évolutions récentes en matière d'admission en ALD pour ce cancer. La diminution moins importante en région qu'en France a, pour conséquence, une augmentation du différentiel entre les deux unités géographiques. Ce niveau faible de diminution en région est surtout le fait des femmes domiciliées en zone rurale, notamment de celles âgées de moins de 65 ans qui ont vu le taux d'admission en ALD croître en trois ans de 11,8 % (3,7 % en France hexagonale rurale).





## UN TAUX DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS QUI S'AMÉLIORE

En 2025, Santé publique France a fait évoluer la méthodologie pour le calcul du taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus<sup>1</sup>. Ainsi, pour l'année 2023, ce sont 858 224 femmes de 25-65 ans qui ont eu, dans les Hauts-de-France, un remboursement pour au moins un examen cytologique ou un test HPV, ce qui correspond à un taux standardisé de 56,3 %. Cette valeur est très proche de celle relevée en France entière (55,8 % ; Mayotte comprise) et place les Hauts-de-France en milieu de classement des régions hexagonales (huitième valeur la plus élevée sur treize).

En termes d'évolution depuis 2017, la situation régionale s'améliore, que ça soit en termes d'évolution du taux, qui augmente (+8 points), que de comparaison avec la situation nationale. Ainsi, 2023 est la première année où le taux régional est plus élevé que celui de la France entière (+0,5 point) ; en 2017, -2,8 points séparaient les deux taux.

## UNE PARTICIPATION DIFFÉRENTIÉE AVEC L'ÂGE

Comme le montre le graphique ci-contre, à partir de 35-39 ans, la participation diminue progressivement avec l'avancée en âge, atteignant des niveaux de moins d'une femme sur deux pour les 55-65 ans. Les Hauts-de-France figurent parmi les trois plus faibles régions hexagonales, occupant même la dernière place pour les seules 60-65 ans. À l'inverse, les femmes les plus jeunes (25-34 ans) affichent des valeurs élevées, plaçant la région en cinquième position des régions pour ces deux tranches d'âge.

En six ans, les taux de participation ont augmenté pour toutes les classes d'âge quinquennales, avec une progression moyenne de plus de 15 %. Les 25-29 ans, à égalité avec les 40-44 ans, enregistrent la hausse la plus marquée (+17,9 %), tandis que les 30-34 ans ont connu la plus modeste (+12,1 %). Enfin, bien que toujours faible, le taux pour les femmes de 60-65 ans a progressé de 17,7 % dans les Hauts-de-France, représentant la cinquième meilleure augmentation des régions de l'Hexagone.

## UNE SURMORTALITÉ QUI RESTE ÉLEVÉE, MALGRÉ UNE BAISSÉ PARMIS LES PLUS IMPORTANTES

En moyenne annuelle en 2020-2022 dans les Hauts-de-France, 345 décès par cancer de l'utérus sont survenus, soit un taux standardisé de mortalité de 10,9 pour 100 000 femmes. Cette valeur place les Hauts-de-France au deuxième rang des régions de l'Hexagone derrière Grand Est. Le taux régional est supérieur de 16 % à celui de la France. Ce différentiel entre les deux niveaux géographiques comparables est plus marqué en secteur urbain (+18 %) qu'en zone rurale (+10 %).

Si les admissions en ALD concernent plus d'une femme de moins de 65 ans sur deux, la part des décès par cancer de l'utérus de ce groupe d'âge est supérieure à une sur quatre dans la région (27,1 % ; 24,5 % en France) ; cette part est particulièrement le fait des femmes domiciliées en secteur urbain.

Pour ce qui concerne les évolutions, notamment depuis le début des années deux mille, elles sont en baisse, même si, au cours de toute cette période, une augmentation a pu être relevée : 7,0 % entre 2012-2014 et 2017-2019. Malgré cette augmentation, la mortalité régionale par cancer de l'utérus a connu une baisse de 16,7 % entre 2001-2003 et 2020-2022. Cette diminution est plus élevée de neuf points que celle du niveau national (-7,6 %) ; elle constitue, d'ailleurs, la deuxième baisse la plus importante des régions de l'Hexagone après Bourgogne-Franche-Comté, en sachant que certaines régions ont vu croître ce taux, à l'image tout particulièrement de la Corse.

<sup>1</sup> Pour plus de précisions, se référer au Bulletin publié par Santé publique France : Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Année 2023 et évolution depuis 2017. Bulletin. Édition nationale. Juin 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 10 p.

### DÉPISTAGE POUR CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

France entière

55,8

48,3

56,3

64,3

Minimum régional

Hauts-de-France

Maximum régional

taux standardisés sur l'âge pour 100 femmes de 25-65 ans en 2020-2022

Source : Santé publique France - Données issues du SNDS et ELP de l'Insee

### DÉPISTAGE POUR CANCER DE L'UTÉRUS



2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023

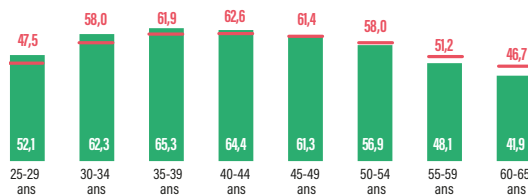
France entière

Hauts-de-France

taux standardisés sur l'âge pour 100 femmes de 25-65 ans

Source : Santé publique France - Données issues du SNDS et ELP de l'Insee

### DÉPISTAGE POUR CANCER DE L'UTÉRUS SELON L'ÂGE



France entière

Hauts-de-France

taux bruts par groupe d'âge en 2020-2022

Source : Santé publique France - Données issues du SNDS et ELP de l'Insee

### Dépistage du cancer du col de l'utérus

Selon la stratégie de dépistage définie par la HAS, une femme est considérée comme couverte si elle a réalisé un test de dépistage dans l'intervalle recommandé pour sa tranche d'âge : pour les 25-29 ans, avoir effectué un dépistage dans une période de 3 ans précédant l'année de référence et, pour les 30-65 ans, avoir effectué un dépistage dans une période de 5 ans.

### MORTALITÉ PAR CANCER DE L'UTÉRUS

France hexagonale

9,4

7,8

10,9

11,2

Minimum régional

Hauts-de-France

Maximum régional

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes en 2020-2022

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR25

### MORTALITÉ PAR CANCER DE L'UTÉRUS



00-02 04-06 08-10 12-14 16-18 20-22

France hexagonale

Hauts-de-France

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR25



# MALADIES CARDIOVASCULAIRES

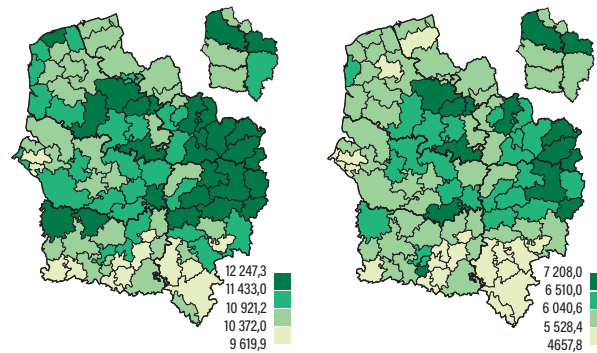
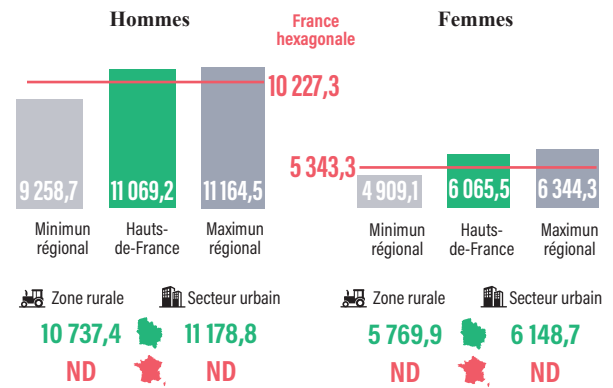
## PRÈS DE DEUX FOIS PLUS D'HOMMES QUE DE FEMMES PRISES EN CHARGE POUR UNE MALADIE CARDIONEUROVASCULAIRE

En 2022, dans les Hauts-de-France, 199 718 femmes et 277 213 hommes sont pris en charge pour au moins une maladie cardioneurovasculaire, soit des taux standardisés respectifs de 6 065,5 pour 100 000 et de 11 069,2 pour 100 000. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, l'écart entre les hommes et les femmes, au détriment des premiers, est notamment le fait des maladies coronaires et l'artériopathie périphérique.

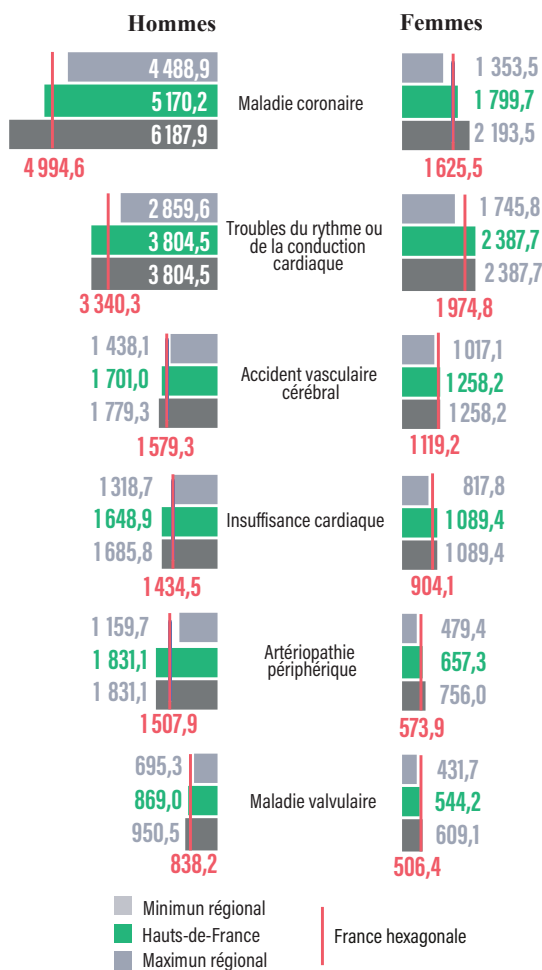
## DES TAUX DANS LES PLUS ÉLEVÉS DES RÉGIONS

Avec des taux supérieurs de 14 % pour les femmes et de 8 % pour les hommes à ceux de la France, les Hauts-de-France occupent la deuxième place des régions pour les premières, derrière la Corse, et la troisième place pour les seconds, derrière le Grand Est et la Corse. Quel que soit le sexe, les taux régionaux en secteur urbain présentent un différentiel avec leurs homologues du niveau national plus élevé que celui retrouvé en zone rurale : respectivement 9 % contre 5 % chez les hommes et 15 % contre 8 % chez les femmes.

## PRÉVALENCE DES MALADIES CARDIONEUROVASCULAIRES PRISES EN CHARGE, SELON LE SEXE



## PRÉVALENCE PRISE EN CHARGE, SELON LE SEXE DE/D'...



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 consommateurs dans l'année (hommes ou femmes) en 2022

Source : SNDS - Cartographie des pathologies G11 - Exploitation OR25

## LE CLASSEMENT DU TYPE DE MALADIES CARDIONEUROVASCULAIRES VARIE AVEC LE SEXE

La prise en charge pour maladies cardioneurovasculaires diffère entre les hommes et les femmes, tant en termes de fréquence du type de pathologie que de hiérarchisation. Toutefois, un élément les rapproche dans les Hauts-de-France, se trouvant la plupart du temps parmi les quatre régions hexagonales ayant les taux standardisés les plus élevés, voire ayant le taux le plus élevé, comme c'est le cas pour les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque pour l'un et l'autre des sexes, pour les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance cardiaque chez les femmes et l'artériopathie périphérique chez les hommes.

Chez ces derniers, les maladies coronaires sont les plus fréquentes, avec 130 103 cas dans les Hauts-de-France en 2022, soit un écart de +4 % avec le taux national. Il s'agit du plus petit différentiel pour les pathologies présentées dans l'illustration ci-contre, plaçant les Hauts-de-France en milieu de classement des régions. Chez les femmes, cette pathologie ressort en deuxième position avec 59 032 cas (soit un écart de +11 % avec la France) ; elle est devancée par les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque (80 289 cas ; écart de +21 % avec la France). Ces troubles représentent la deuxième pathologie masculine la plus fréquente : 90 558 cas (écart de +14 % avec la France). Ensuite, les artériopathies périphériques différencient sensiblement les deux sexes. En effet, si ces pathologies ressortent au troisième rang chez les hommes en région (46 399 hommes ; écart de +21 % avec la France), elles n'apparaissent qu'au cinquième rang chez les femmes



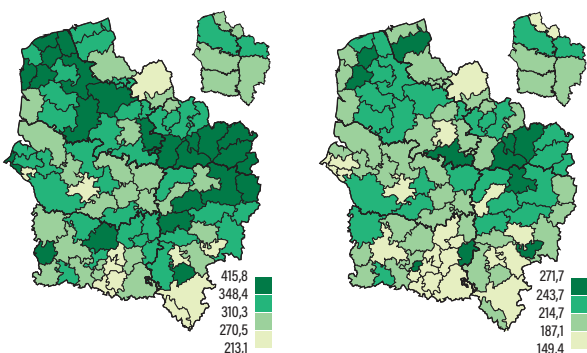
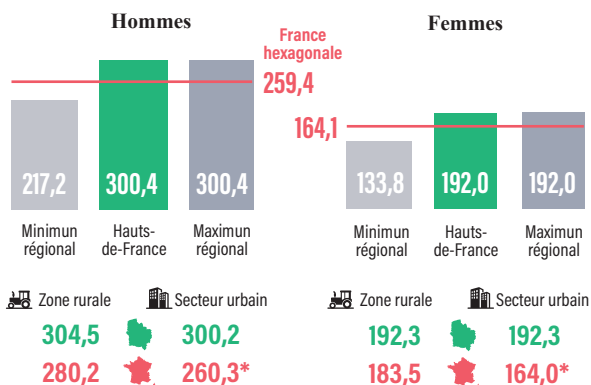
(21 536 cas ; écart de +15 % avec la France). Les accidents vasculaires cérébraux (AVC, avec 41 836 cas et un écart de +8 % avec la France), et les insuffisances cardiaques (38 200 cas ; écart de +15 %) viennent ensuite dans le classement masculin. Chez les femmes, l'ordre est différent, les AVC (41 309 cas ; écart de +12 %) devant l'insuffisance cardiaque (37 656 cas ; écart de +20 %) suivie des artériopathies périphériques. Les maladies valvulaires et les embolies pulmonaires clôturent le classement pour les deux sexes, avec 20 689 hommes pris en charge (écart de +4 % avec la France) et 18 247 femmes (écart de +8 %).

### LES HAUTS-DE-FRANCE AU PREMIER RANG POUR LA MORTALITÉ POUR CHACUN DES SEXES

Dans les Hauts-de-France, en 2020-2022, en moyenne annuelle, 5 709 hommes et 6 485 femmes sont décédés de maladies cardiovasculaires. Comparés à l'ensemble de la France hexagonale, les Hauts-de-France connaissent une surmortalité de 16 % chez les hommes et de 17 % chez les femmes, ce qui en fait la région la plus touchée par les maladies cardiovasculaires, pour chacun des sexes.

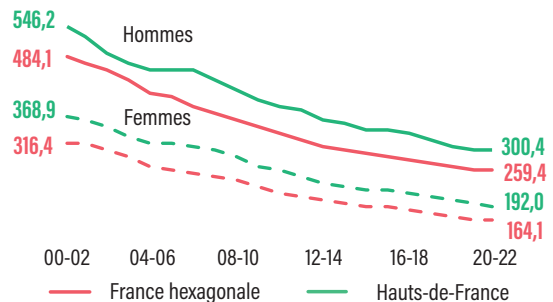
Contrairement à ce qui est observé en France, les taux relevés dans les Hauts-de-France ne se distinguent pas entre secteur urbain et zone rurale, tant pour les hommes que les femmes. Ces pathologies touchent plus particulièrement les personnes âgées. Toutefois, la mortalité chez des hommes de moins de 65 ans n'est pas négligeable, puisque 18,0 % des décès masculins surviennent dans ce groupe d'âge ; ce pourcentage est de 5,7 % chez leurs homologues féminines régionales. Au niveau national, ces parts sont moindres, respectivement de 13,2 % et de 4,2 %. De plus, avec un taux de mortalité chez les moins de 65 ans de 44,9 pour 100 000 chez les hommes et de 15,2 pour 100 000 chez les femmes (taux les plus élevés des régions de France), le différentiel avec le niveau national est supérieur dans les deux cas à +35 %.

### MORTALITÉ PAR MALADIES CARDIOVASCULAIRES, SELON LE SEXE



\* hors unité urbaine de Paris  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)  
les histogrammes portent sur la période 2020-2022 et les cartes sur la période 2016-2022  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR MALADIES CARDIOVASCULAIRES, SELON LE SEXE



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

### NOTE POSITIVE, LES ÉCARTS DE MORTALITÉ AVEC L'HEXAGONE ONT TENDANCE À SE RÉDUIRE

Depuis nombre d'années, la mortalité due aux maladies cardiovasculaires diminue de façon régulière, quels que soient le niveau géographique et le sexe. Ainsi, dans les Hauts-de-France entre 2000-2002 et 2020-2022, la mortalité a chuté de 45,0 % chez les hommes et 47,9 % chez les femmes ; la baisse est de l'ordre de celle de l'Hexagone. Pour les hommes, la région est devenue la plus touchée à partir de 2005-2007, devancée par le passé par la Bretagne. En regardant l'écart en 2020-2022 entre les Hauts-de-France et l'Hexagone, une note positive à ce constat dans l'ensemble s'observe : la réduction du différentiel de manière régulière ces dernières années ; cette réduction est différenciée en fonction du sexe et du groupe d'âge. Ainsi, chez les hommes de tous âges, l'écart maximal observé était de +18 % en 2011-2013 et, chez les femmes de tous âges, le maximum a été constaté en 2006-2008 avec +22 %. Chez les moins de 65 ans, les maxima d'écart ont été retrouvés en 2012-2014 avec près de +40 % chez les hommes, dépassant les +47 % en 2010-2012 chez les femmes.

Les baisses de mortalité observées en secteur urbain et en zone rurale entre 2000-2002 et 2020-2022 chez les hommes ne se différencient pas, tant à l'échelon régional qu'au niveau national. Chez les femmes, la mortalité a diminué en région de façon plus importante en zone rurale qu'en secteur urbain : -50,7 % contre -47,2 %, constat non retrouvé entre les deux déclinaisons de la France hexagonale.

### UN GRADIENT NORD-SUD TRÈS MARQUÉ DANS LA PARTIE EST DE LA RÉGION

Comme l'illustrent les cartes de cette page et de la précédente, de fortes variations sont observées au sein de la région. Ainsi, pour la prévalence, chez les hommes comme chez les femmes, les six EPCI présentant les taux les plus faibles sont tous situés dans la partie sud de la région (quatre dans l'Oise et deux dans l'Aisne chez les hommes, l'inverse chez les femmes). De plus, chez les hommes, ce sont trois CC de l'Aisne qui se retrouvent également de l'autre côté de l'échelle avec les valeurs les plus élevées. Chez les femmes, l'EPCI présentant la valeur la plus élevée de l'Aisne n'arrive qu'en cinquième position mais les deux CC qui enregistrent les valeurs les plus élevées sont limitrophes avec le département axonais.

Pour la mortalité, le constat est quasi le même avec les sept plus faibles valeurs qui sont, pour quatre d'entre elles, situées dans le sud-est de l'Oise et, pour les trois autres, dans l'Aisne. Chez les femmes, les quatre plus faibles valeurs appartiennent à la même partie sud-est de l'Oise. De l'autre côté de l'échelle, ce sont des EPCI de la partie est du département du Nord qui se retrouvent aux premiers rangs pour les valeurs élevées, tant chez les hommes que chez les femmes.



### LES PLUS FORTES MORTALITÉS DES RÉGIONS POUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE, TANT EN TOUS ÂGES QUE CHEZ LES MOINS DE 65 ANS

En 2020-2022 en moyenne annuelle, 2 823 décès masculins et 3 604 décès féminins concernent des personnes domiciliées dans les Hauts-de-France ayant, entre autres, pour cause une insuffisance cardiaque. Les Hauts-de-France présentent des surmortalités par rapport à la France hexagonale de 17 % chez les hommes et de 19 % chez les femmes, ce qui les place au premier rang des régions de l'Hexagone, quel que soit le sexe. Il est à noter que, chez les seuls moins de 65 ans, les Hauts-de-France se retrouvent également aux premiers rangs des régions de l'Hexagone avec des taux supérieurs de plus de 40 % en regard de la moyenne nationale, quel que soit le sexe.

### UNE SURMORTALITÉ UN PEU MOINS PRONONCÉE POUR LES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES ET MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES...

Chez les hommes, le deuxième groupe de pathologies cardiaques responsables du plus grand nombre de décès correspond aux cardiopathies ischémiques. Les décès sont cette fois uniquement considérés en cause principale, ils sont le fait de 1 724 décès masculins contre 1 083 pour les maladies vasculaires cérébrales en moyenne annuelle en 2020-2022. Sur ces mêmes périodes et temporalités, c'est l'inverse chez les femmes, avec davantage de maladies vasculaires cérébrales (1 546 décès en moyenne par an) que de cardiopathies ischémiques (1 058 décès). Mais que cela soit pour les maladies vasculaires cérébrales ou les cardiopathies ischémiques, la situation régionale est significativement plus défavorable qu'en France. La surmortalité par cardiopathies ischémiques s'élève à 14 % chez les hommes comme chez les femmes, plaçant la région au troisième rang des plus fortes mortalités pour les deux sexes, derrière la Bretagne et la Normandie. Pour ce qui concerne les maladies vasculaires cérébrales, la surmortalité régionale sur la période 2020-2022 se porte à 9 % chez les hommes et à 12 % chez les femmes. Les Hauts-de-France présentent la troisième mortalité par maladies vasculaires cérébrales la plus élevée de l'Hexagone chez les hommes derrière, là encore, la Normandie et la Bretagne. Chez les femmes, il s'agit de la seconde mortalité la plus élevée, derrière la Bretagne.

### ... MAIS LES MORTALITÉS PRÉMATURÉES LES PLUS FORTES DES RÉGIONS

Chez les seuls moins de 65 ans, pour les deux pathologies détaillées précédemment et pour chacun des sexes, les Hauts-de-France se situent au premier rang des régions de l'Hexagone avec un différentiel vis-à-vis de ce dernier niveau géographique toujours supérieur d'au moins 30 %.

Pour ce qui est du type d'habitat, les taux de mortalité des trois composantes des maladies cardiovasculaires détaillées ci-dessus sont, pour la France hexagonale, plus élevés en zone rurale qu'en secteur urbain. Dans les Hauts-de-France, ce constat n'est retrouvé que pour l'insuffisance cardiaque ;

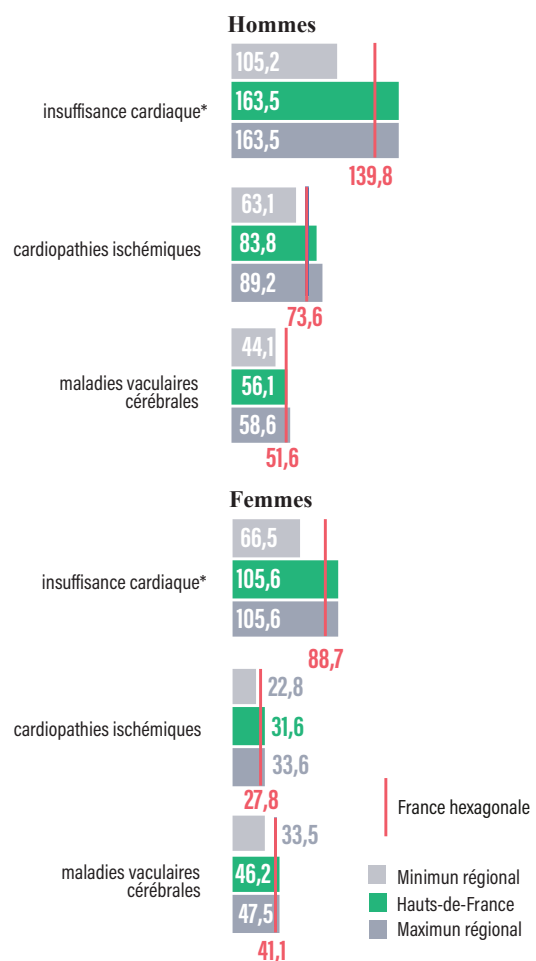
La **prévalence des maladies cardiovasculaires** prises en charge dans le système de soins est repérée à partir des épisodes aigus et chroniques. L'épisode aigu est recherché uniquement dans le PMSI MCO par un code en diagnostic principal durant l'année n, ou par un diagnostic principal d'un des résumés d'unité médicale (RUM) lorsque le séjour est constitué de plusieurs RUM. La prise en compte des diagnostics principaux des RUM permet de repérer les personnes ayant présenté un événement cardiovasculaire aigu au cours d'une hospitalisation pour un autre motif. Les maladies cardiovasculaires chroniques sont recherchées dans le PMSI MCO par les diagnostics principal ou relié d'un des résumés d'unité médicale codés lors d'un séjour sur les 5 dernières années (l'année en cours incluse), ou par un code en diagnostic associé (ou diagnostics principal ou relié des RUM) uniquement sur l'année n, ainsi que dans le SSR l'année n et par les ALD.

à l'inverse, les taux ont tendance à être plus importants en secteur urbain qu'en zone rurale pour les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux.

### UNE DIMINUTION RÉCENTE DU DIFFÉRENTIEL DE MORTALITÉ RÉGION/HEXAGONE RETROUVÉE POUR CHACUNE DES PATHOLOGIES

Entre 2000-2002 et 2020-2022, les taux de mortalité des trois composantes des maladies cardiovasculaires présentées sur l'illustration ci-dessous ont diminué sensiblement, mais avec des pourcentages qui varient cependant du simple au double. Ainsi, la diminution pour la mortalité par insuffisance cardiaque chez les hommes en région est la moins importante (-37 % contre -41 % en France hexagonale) ; celle des femmes pour cette même pathologie est de -40 % en région et de -43 % au niveau national. À l'opposé, la diminution la plus importante concerne les femmes pour les cardiopathies ischémiques : -65 % en région et -62 % dans l'Hexagone ; celle des hommes pour cette pathologie est de -52 % en région et -51 % en France hexagonale. Ces pourcentages, de l'ordre de 50 % de diminution, sont retrouvés, tant pour les hommes que pour les femmes, tant à l'échelon régional qu'au niveau national, pour les accidents vasculaires cérébraux. Pour ce qui concerne les évolutions depuis 2011-2013, elles sont le plus souvent meilleures de trois/quatre points en région par rapport au niveau national, ce qui a pour conséquence une réduction des différentiels de mortalité entre les deux unités géographiques.

#### MORTALITÉ, SELON LE SEXE PAR...



\* les décès sont comptabilisés en cause initiale, causes associées et comorbidités  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)  
en 2020-2022

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



# DIABÈTE

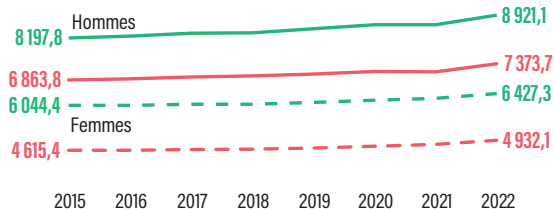
## LES PLUS FORTS TAUX DE PRÉVALENCE ET D'ADMISSION EN ALD DES RÉGIONS

En 2022, 234 741 hommes et 203 409 femmes sont pris en charge pour un diabète dans les Hauts-de-France, soit des taux respectifs de 8 921,1 et 6 427,3 pour 100 000. Avec ces valeurs, les Hauts-de-France se classent au premier rang des régions hexagonales, avec un différentiel important par rapport à la France : +21 % chez les hommes et de +30 % chez les femmes. Les personnes domiciliées en secteur urbain sont particulièrement concernées, avec des différentiels en regard de l'ensemble de la France de +24 % chez les hommes (+11 % en zone rurale) et de +35 % (+14 %) chez leurs homologues féminines.

La prévalence du diabète a augmenté dans toutes régions. Ainsi, entre 2015 et 2022 dans les Hauts-de-France, l'augmentation est de 8,8 % chez les hommes et de 6,3 % pour les femmes.

En moyenne annuelle en 2020-2022, 14 034 hommes et 12 678 femmes sont admis en ALD pour diabète dans la région, les taux sont respectivement de 533,6 et 426,6 pour 100 000. Ceux-ci placent, de loin, les Hauts-de-France au haut du classement des régions hexagonales. Le différentiel avec la France est ainsi de +28 % pour les femmes et de +18 % pour les hommes, les régions qui arrivent en deuxième position présentent une valeur moins conséquente : +13 % pour les femmes de Grand Est et +10 % pour les hommes d'Île-de-France.

### ÉVOLUTION DE PRÉVALENCE DU DIABÈTE PRIS EN CHARGE, SELON LE SEXE



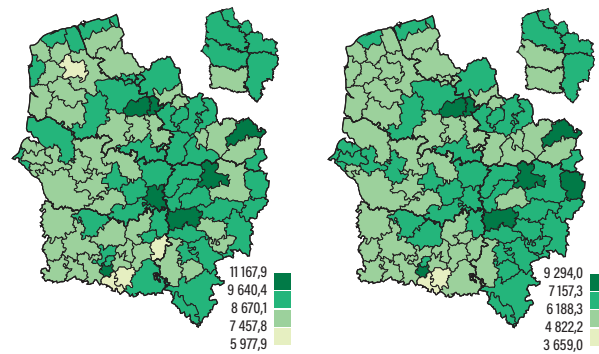
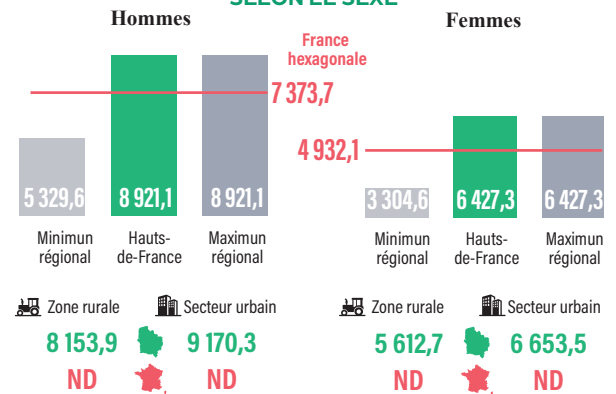
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 consommateurs dans l'année (hommes ou femmes)  
Source : SNDS - Cartographie des pathologies G11 - Exploitation OR25

## UN FORT IMPACT DE LA COVID-19 SUR LA MORTALITÉ PAR DIABÈTE

En 2020-2022, en moyenne annuelle dans les Hauts-de-France, 2 274 hommes et 2 169 femmes sont décédés ayant, entre autres pour cause, un diabète, soit des taux de mortalité respectifs de 111,9 et de 65,7 pour 100 000. Les Hauts-de-France ne sont pas bien placés en regard des autres régions, même si le taux le plus élevé pour chacun des sexes appartient au Grand Est qui devance de très peu la région nordiste. Les différentiels par rapport à la France sont importants : +25 % chez les hommes et +38 % chez les femmes.

Les personnes diabétiques hospitalisées pour Covid-19 connaissent un risque de décès et de complications supérieur à celui des personnes non diabétiques hospitalisées pour la même raison. Parmi les décès par diabète, il est possible de connaître le nombre dont la Covid-19 constitue la cause principale : 277 décès masculins et 245 décès féminins en moyenne annuelle sur la période 2020-2022 (soit respectivement 12 % et 11 % des décès respectifs par diabète). Ces données permettent de faire une estimation basse de la mortalité par diabète sur les périodes impactées par la Covid-19 (cf. courbes ci-contre). Ainsi, entre 2017-2019 et 2020-2022, l'augmentation en région est de 19,0 % chez les hommes et de 12,9 % chez les femmes (+16,6 % et de +12,7 % en France si l'ensemble des décès par diabète est

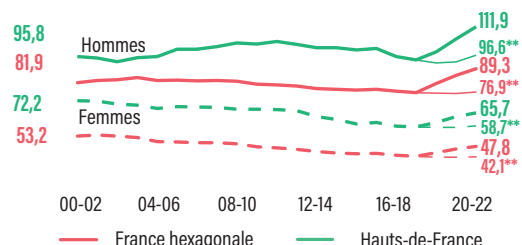
### PRÉVALENCE DU DIABÈTE PRIS EN CHARGE, SELON LE SEXE



Source : SNDS - Cartographie des pathologies G11 - Exploitation OR25

Les personnes prises en charge dans le système de soins pour diabète sont celles ayant reçu au moins trois délivrances d'antidiabétiques oraux ou d'insuline au cours de l'année n, et/ou ayant reçu au moins trois délivrances d'antidiabétiques oraux ou d'insuline au cours de l'année n-1, et/ou ayant une ALD au cours de l'année n avec codes Cim 10 de diabète et/ou personnes hospitalisées au cours des années n à n-1 avec codes Cim 10 de diabète (diagnostics principal ou relié), et/ou personnes hospitalisées au cours des années n à n-1 pour une complication du diabète (diagnostics principal ou relié) avec un code Cim 10 de diabète en diagnostic associé, ou en diagnostics ou relié d'un des résumés d'unité médicale.

### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR DIABÈTE\*, SELON LE SEXE



\* Les décès sont comptabilisés en cause initiale, causes associées et comorbidités  
\*\* taux de mortalité par diabète en excluant les décès ayant en cause principale la Covid-19  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR25

considéré) ; en excluant les décès dont la Covid-19 constitue la cause principale, ces évolutions sont respectivement de +2,7 % et +0,9 % (+0,4 % et -0,6 % pour la France hexagonale). Il est à noter qu'entre 2008-2010 et 2017-2019, la tendance a été à la baisse : -9,0 % chez les hommes et -13,9 % chez les femmes (respectivement -7,3 % et -13,5 % en France).



# MALADIES RESPIRATOIRES

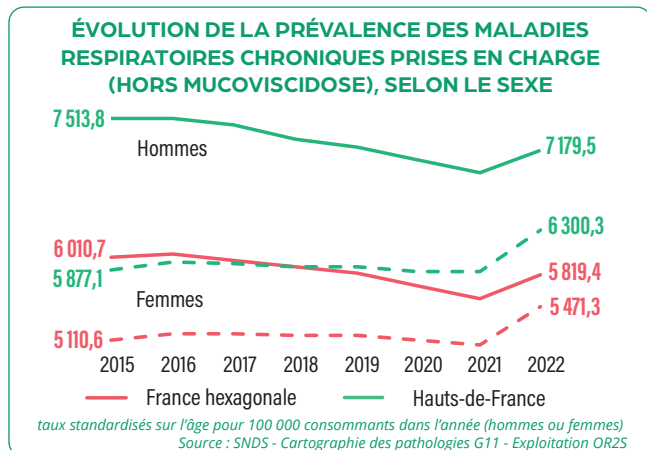
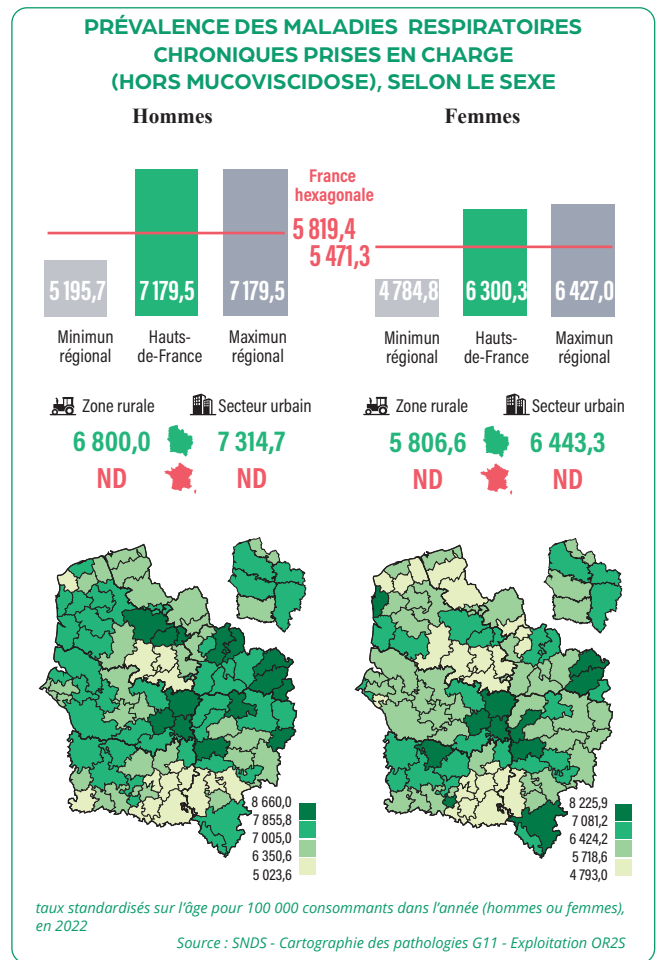
## DES TAUX DE PRÉVALENCE TRÈS ÉLEVÉS, NOTAMMENT DES HOMMES EN SECTEUR URBAIN

En 2022 dans les Hauts-de-France, d'après la cartographie des pathologies, les nombres d'hommes et de femmes pris en charge pour une maladie respiratoire chronique (hors mucoviscidose) sont de 196 573 hommes et 195 058 femmes ; cela correspond à des taux standardisés respectivement de 7 179,5 et 6 300,3 pour 100 000 (cf. illustration ci-contre). Ces taux, élevés par rapport à la France (différentiels de +23 % chez les hommes et de +15 % chez les femmes), placent les Hauts-de-France au premier rang des régions hexagonales chez les hommes et quasi au second rang, *ex aequo* avec la Normandie derrière la Corse chez les femmes.

Pour ce qui concerne le type d'habitat dans les Hauts-de-France, les taux de la zone rurale sont plus faibles que ceux du secteur urbain : -7 % chez les hommes et -10 % chez les femmes.

## UNE ÉVOLUTION DIFFÉRENTE QUI FAIT QUE LES ÉCARTS HOMMES/FEMMES SE RESSERRENT

Entre 2016 et 2021, les taux de prévalence pour les maladies respiratoires chroniques ont diminué de façon sensible ; cette baisse est retrouvée chez les hommes comme chez les femmes, mais de façon plus soutenue chez les premiers que chez les secondes. Ainsi, en cinq ans, quelle que soit l'unité géographique, la baisse chez les hommes est de l'ordre de 8 % contre 2 % chez les femmes. La diminution s'est toutefois arrêtée depuis, puisqu'entre 2021 et 2022, une tendance à la hausse est observée, affectant plus les secondes que les premiers. Ainsi, quelle que soit l'unité géographique, l'augmentation masculine est de l'ordre de 4 % contre le double chez les femmes. Cette évolution a pour conséquence un resserrement du différentiel hommes/femmes. En six ans, depuis 2016, il s'est réduit de 40 % en région et de près de 60 % en France hexagonale. La réduction est, dans les Hauts-de-France, de l'ordre d'un tiers en zone rurale et d'un peu plus de 40 % en zone urbaine.



## DES TAUX DE MORTALITÉ MASCULIN ET FÉMININ LES PLUS ÉLEVÉS DES RÉGIONS HEXAGONALES

En moyenne annuelle en 2020-2022, 2 126 hommes domiciliés dans les Hauts-de-France sont décédés des suites d'une maladie de l'appareil respiratoire, ce qui correspond à un taux standardisé de 115,9 pour 100 000. Ce taux est supérieur de 37 % à celui de la France hexagonale. Il place les Hauts-de-France en tête des régions de l'Hexagone, devant le Grand Est, qui se trouve au deuxième rang avec un taux de 97,7 décès pour 100 000. Chez les femmes, sur la même période, le nombre annuel moyen de décès est de 1 801, soit un taux standardisé de 53,7 pour 100 000 ; cela représente un écart de +21 % par rapport au niveau hexagonal. Comme pour les hommes, les Hauts-de-France détiennent le taux de mortalité féminin le plus élevé des régions, devançant une nouvelle fois le Grand Est, mais avec un écart moins important : 51,2 décès pour 100 000 femmes.

Entre les deux types d'habitat, le différentiel du taux de mortalité est particulièrement marqué chez les hommes de secteur urbain, au détriment de la région en regard du niveau national comparable, atteignant +38 % et +22 % en zone rurale. Chez les femmes, la différenciation entre les deux types d'habitat suit le même ordonnancement, avec des valeurs moindres, mais toujours au détriment de la région : +20 % en secteur urbain et +18 % en zone rurale.

Les personnes prises en charge dans le système de soins pour maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) sont celles ayant une ALD au cours de l'année n, avec codes Cim 10 de maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, insuffisance respiratoire, et autres troubles respiratoires et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs au cours des années n à n-4 (diagnostics principal ou relié), et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs au cours de l'année n (diagnostics principal ou relié d'un des résumés d'unité médicale ou diagnostic associé), et/ou personnes ayant reçu au moins trois délivrances au cours de l'année n de médicaments spécifiques. Les personnes ayant une mucoviscidose sont exclues de ce groupe.





## DES TAUX DE MORTALITÉ À NOUVEAU EN BAISSÉ SUR LES TOUTES DERNIÈRES ANNÉES

Depuis vingt ans, le taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoires est dans l'ensemble à la baisse chez les hommes et chez les femmes, moindre chez ces dernières de huit points en région et de six points en France hexagonale. Toutefois, ces vingt années ont été marquées par des périodes de hausse, comme permet de le visualiser le graphique ci-contre. Cette période, plus courte chez les hommes (3 ans) que chez les femmes (8 ans), s'est terminée dans les deux cas en 2017-2019. Depuis, une baisse est observée de l'ordre de 15 % pour chacun des sexes en région ; elle est plus différenciée au niveau national : -12 % chez les hommes et -17 % chez les femmes.

Quels que soient l'unité géographique et le sexe, la diminution est plus élevée en zone rurale qu'en secteur urbain.

## LA CA DE LA RÉGION DE CHÂTEAU-THIERRY SE DISTINGUE AVEC UN TAUX DE PRÉVALENCE PLUS ÉLEVÉ CHEZ LES FEMMES QUE CHEZ LES HOMMES

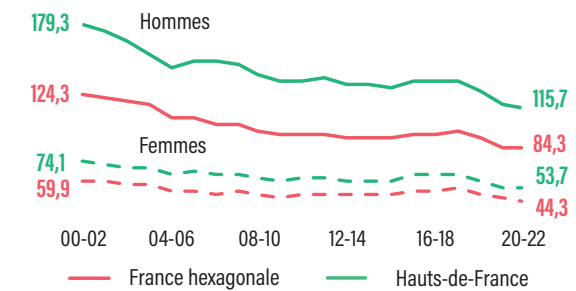
Le Nord enregistre une nette séparation vis-à-vis de la prévalence des maladies respiratoires chroniques prises en charge. Ainsi, au niveau des TDS, celui du Hainaut est en haut de classement pour ses taux les plus élevés : en premier chez les hommes (écart avec la France de +33 % en 2022, suivi par le Pas-de-Calais avec un différentiel de +31 %) et en deuxième chez les femmes (+20 %, l'Aisne arrivant en premier avec un écart de +23 %). Celui de Métropole - Flandres est, à l'inverse, situé en fin de classement : le taux féminin est le plus faible (écart avec la France de +8 %) et le taux masculin le deuxième plus faible (+17 % ; celui de l'Oise est de +8 %).

Parmi l'ensemble des EPCI, trois communautés de communes présentent des taux de prévalence plus faibles que ceux de France : la CC Senlis-Sud Oise, la CC de l'Aire Cantilienne (pour chacun des deux sexes) et la CC des Hauts de Flandre (chez les femmes uniquement). De plus, toutes les communautés d'agglomérations ont des taux plus élevés que ceux de France, hormis la CA de la Région de Compiègne et de la Basse Automne (pour les hommes et les femmes) et la CA Cœur de Flandre (chez les femmes uniquement) qui ont des taux proches de ceux relevés en France. En outre, les EPCI qui présentent les plus forts taux de la région, avec un différentiel avec le niveau national qui avoisine les +50 %, sont les CA de Chauny Tergnier La Fère, de Maubeuge Val de Sambre et de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane (uniquement pour les hommes pour ce dernier). Enfin, si les taux de prévalence sont généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, une CA se démarque avec une situation inverse, celle de la région de Château-Thierry : taux féminin de 7 778,3 pour 100 000 contre 7 422,0 pour les hommes. Quatre EPCI présentent des taux féminin et masculin assez proches : les CA Creil Sud Oise et du Saint-Quentinois, et les CC du Pays de Bray et du Plateau Picard.

## UNE MORTALITÉ PARTICULIÈREMENT MARQUÉE DANS LE HAINAUT

Comme précédemment observé pour la prévalence, le Nord est divisé pour la mortalité (cf. cartes ci-contre). Le Hainaut enregistre les différentiels de mortalité avec la France les plus élevés des TDS de la région : +61 % chez les hommes et +36 % chez les femmes en 2016-2022 ; ils sont sensiblement plus élevés que ceux des TDS arrivant en deuxième position (+54 % chez les hommes pour le Pas-de-Calais et +27 % chez les femmes pour l'Aisne). À l'inverse, ceux de Métropole-Flandres sont dans les plus faibles (+28 % chez les hommes, soit le deuxième plus faible après l'Oise dont la surmortalité en regard de la France est de 14 %, et +11 % pour les femmes, soit le plus faible avec l'Oise enregistre le même différentiel).

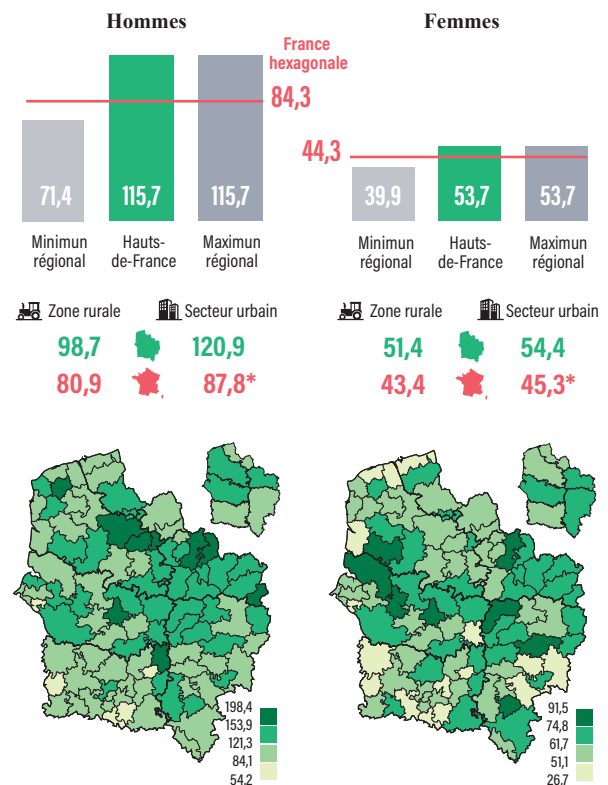
### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRES, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRES, SELON LE SEXE



\* hors unité urbaine de Paris

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)

Les histogrammes portent sur la période 2020-2022 et les cartes sur la période 2016-2022

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

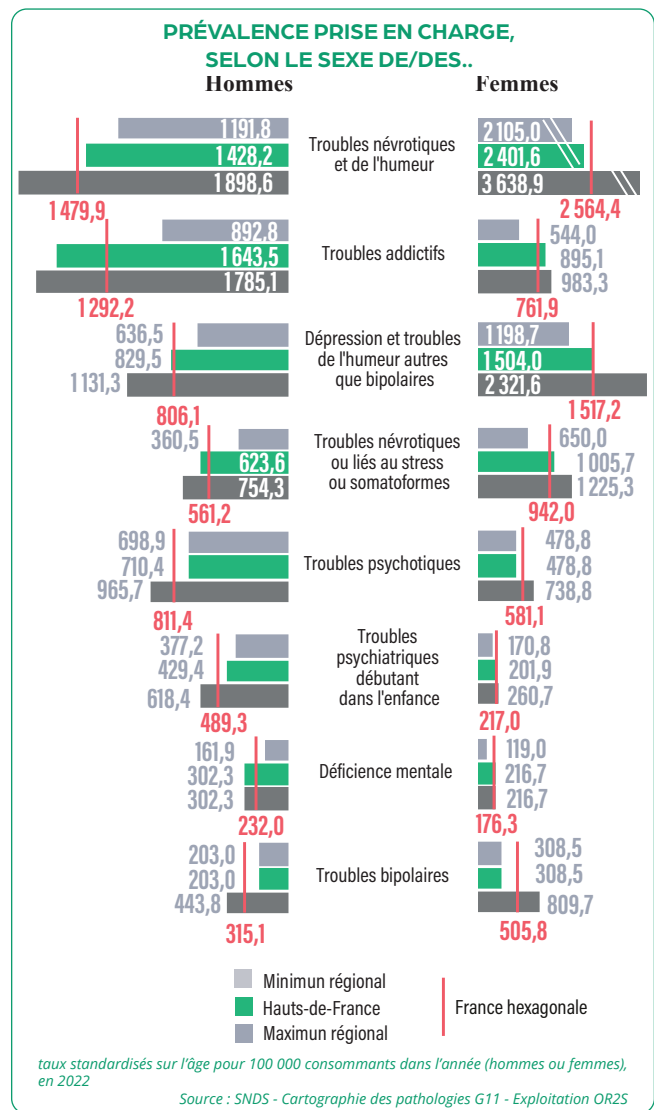
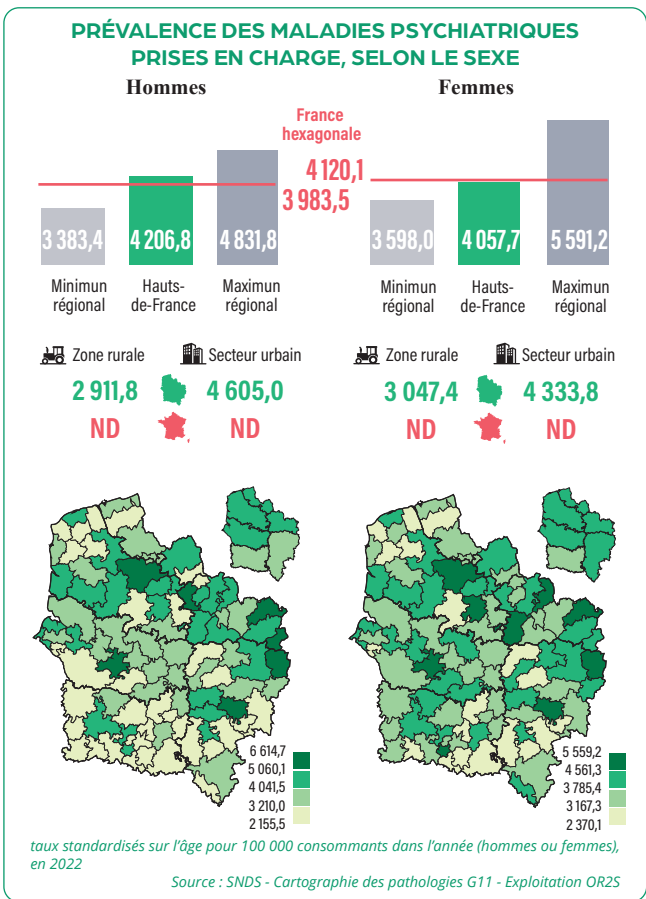
Au niveau des EPCI, plus de la moitié présente un différentiel de mortalité avec la France supérieur à +25 % chez les hommes (pour un quart des EPCI il est supérieur à +45 %). Chez les femmes, le nombre d'EPCI dont le différentiel est supérieur à 45 % est moitié moindre que chez les hommes (12 EPCI contre 24). Ainsi, la part d'EPCI ayant un différentiel supérieur à 25 % est un peu plus d'un sur trois. La frontière Pas-de-Calais/Somme est plus touchée chez les femmes que chez les hommes. Les femmes se démarquent également par un plus grand nombre de zones où les EPCI à taux faibles sont regroupés, comme dans le nord de la région, l'ouest de l'Oise, ainsi que l'est de l'Aisne. Les minimums régionaux sont atteints dans deux EPCI de l'Oise : la CC de l'Aire Cantilienne chez les hommes (-25 % par rapport à la France) et la CC Thelloise chez les femmes (-22 %).



# Troubles et maladies psychiatriques

## DES MALADIES PSYCHIATRIQUES PLUS PRÉSENTES EN ZONE URBAINE, NOTAMMENT CÔTÉ MASCULIN

En 2022, dans les Hauts-de-France, un peu plus de 120 000 hommes et 125 000 femmes sont pris en charge pour une maladie psychiatrique, avec des taux respectifs de 4 206,8 et 4 057,7 pour 100 000. Ces valeurs placent les Hauts-de-France en position intermédiaire des régions hexagonales, au sixième rang pour les hommes et au neuvième pour les femmes. Ces dernières enregistrent une prévalence en deçà de 2 % vis-à-vis de la moyenne nationale féminine et celle des hommes est, quant à elle, de 6 % supérieure à celle de leurs homologues masculins hexagonaux. Il est d'ailleurs à souligner, comme permet de le constater l'illustration ci-contre, que la prévalence féminine est supérieure à la prévalence masculine dans l'Hexagone alors que l'inverse est constaté dans les Hauts-de-France (constat non retrouvé en zone rurale). Concernant le type d'habitat, les taux régionaux en zone rurale sont moins élevés que ceux de l'ensemble de la France : -26 % pour chacun des sexes. En secteur urbain, les deux sexes enregistrent une prévalence plus élevée, l'écart étant plus important côté masculin : +16 % contre +5 % pour les femmes.



## UNE DIMINUTION PONCTUELLE AU COURS DES ANNÉES COVID-19 QUI NE S'EST PAS POURSUIVIE

La prévalence des maladies psychiatriques a augmenté de façon régulière entre 2015 et 2019, de façon plus importante côté masculin et au niveau national : +21,5 % pour les hommes et +18,2 % pour les femmes en région contre respectivement +15,9 % et +12,2 % dans l'Hexagone. Les deux années suivantes, marquées tout particulièrement par l'épisode pandémique, ont, quant à elles, connu une baisse avec un certain rééquilibrage suivant le sexe et l'unité géographique. Une légère augmentation est observée en 2022, celle-ci ne permettant pas pour autant de retrouver les valeurs de 2019. Selon le type d'habitat, les évolutions ne sont guère différenciées avec des valeurs masculines toujours supérieures au moins de la moitié en plus en secteur urbain par rapport à la zone rurale ; chez les femmes, le surplus est d'au moins un tiers en plus entre les deux types d'habitat au détriment du secteur urbain.

Les personnes prises en charges pour maladies psychiatriques correspondent au regroupement des pathologies troubles psychotiques, troubles névrotiques et de l'humeur, déficience mentale, troubles addictifs, troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et autres troubles psychiatriques.



## DES VARIATIONS SENSIBLES SUIVANT LES COMPOSANTES DES MALADIES PSYCHIATRIQUES

Comme le montre l'illustration ci-contre, la décomposition par principales causes au sein des maladies psychiatriques montre des différences sexuées importantes. Ainsi, chez les hommes, les troubles addictifs sont les plus fréquents, avec un taux de prévalence de 1 643,5 pour 100 000. En revanche, chez les femmes, ces troubles sont quasi moitié moindres des hommes avec 895,1 pour 100 000, soit au quatrième rang. Les troubles névrotiques et de l'humeur sont les plus courants chez les femmes, avec 2 401,6 pour 100 000, suivis des dépressions (1 504,0 pour 100 000) et des troubles névrotiques, liés au stress ou somatoformes (1 005,7 pour 100 000). Chez les hommes, les troubles névrotiques et de l'humeur (1 428,5 pour 100 000) et les dépressions (829,5 pour 100 000) arrivent respectivement en deuxième et troisième positions, suivis des troubles névrotiques, liés au stress ou somatoformes. Il est également à souligner que, outre le classement entre les différentes pathologies au sein des maladies psychiatriques, certains taux sont supérieurs chez les hommes à ceux des femmes et, pour d'autres, c'est l'inverse.

## TAUX LE PLUS IMPORTANT DES RÉGIONS POUR LA DÉFICIENCE MENTALE ET PLUS ÉLEVÉ QU'EN FRANCE POUR LES TROUBLES ADDICTIFS

Comparativement aux autres régions de l'Hexagone, les Hauts-de-France se classent rarement parmi celles présentant les plus fortes prévalences de maladies psychiatriques, sauf pour la déficience mentale (premier rang des régions pour chacun des sexes). Pour les troubles addictifs, tant chez les hommes que chez les femmes, les taux régionaux sont plus élevés que ceux du niveau national ; les Hauts-de-France se classent au deuxième rang pour les hommes, derrière la Bretagne, et au troisième rang pour les femmes, derrière la région de l'Ouest et l'Occitanie. De l'autre côté de l'échelle, quel que soit le sexe, les Hauts-de-France se situent au dernier rang des treize régions de l'Hexagone pour les troubles bipolaires. Pour les autres pathologies, hormis les troubles psychotiques où la région ne dépasse que le Centre-Val de Loire, les Hauts-de-France oscillent entre le cinquième et le dixième rang.

## DES ÉCARTS SUIVANT LE TYPE D'HABITAT

Quels que soient la pathologie au sein des maladies psychiatriques et le sexe, le rapport entre zone rurale et secteur urbain est toujours défavorable à ce dernier, mais les écarts varient du simple au quintuple. Ainsi, le différentiel est particulièrement marqué chez les hommes pour les troubles psychotiques : +170 % en secteur urbain par rapport à la zone rurale ; il dépasse également les 100 % chez les femmes et ce double dépassement des 100 % pour les deux sexes est également retrouvé pour la déficience mentale. Les troubles névrotiques ou liés au stress ou somatoformes sont aussi fort différenciés, mais ne dépassent les 100 % que chez les femmes.

## DES FAIBLES TAUX D'ADMISSION EN ALD, PARTICULIÈREMENT CHEZ LES HOMMES...

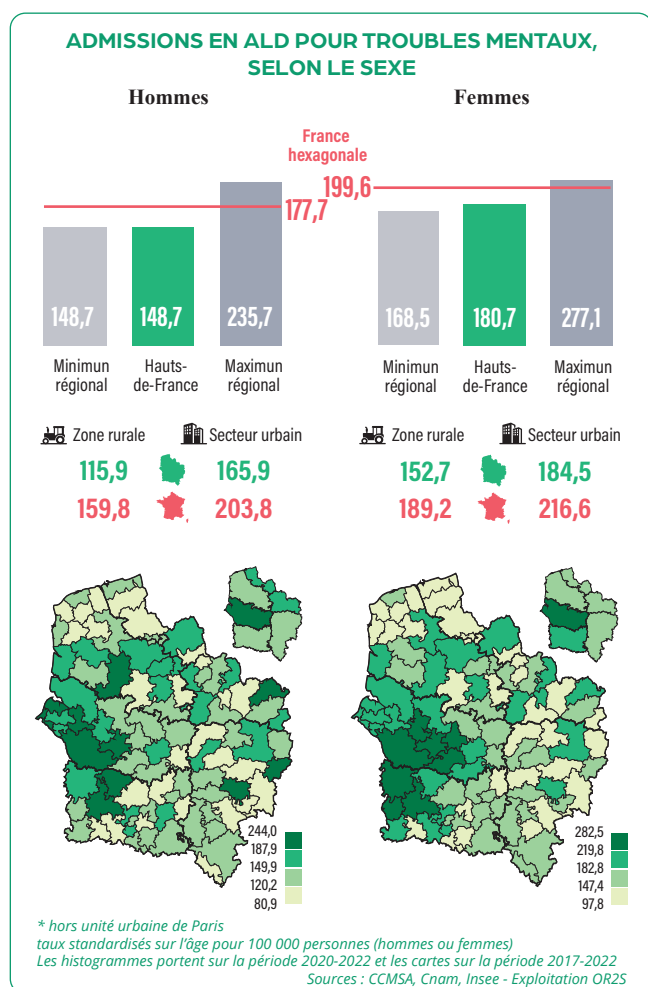
En moyenne annuelle sur 2020-2022, 4 314 hommes et 5 378 femmes ont été admis en affection longue durée (ALD) pour troubles mentaux, soit des taux respectifs de 148,7 et 180,7 pour 100 000. Comparativement aux autres régions, ces taux sont faibles : les hommes ont le taux le plus bas des régions de l'Hexagone et les femmes le cinquième.

Les taux d'admission en ALD sont plus faibles en zone rurale qu'en secteur urbain, chez les hommes comme chez les femmes : pour les Hauts-de-France, 115,9 pour 100 000 en zone rurale contre 165,9 en secteur urbain chez les premiers et 152,7 pour 100 000 en zone rurale contre 184,5 en secteur urbain chez les secondes. Ces valeurs sont toujours en deçà des moyennes nationales comparables (cf. illustration ci-contre).

## ... ET UNE DIMINUTION PLUS MARQUÉE EN SECTEUR URBAIN ET CHEZ LES HOMMES

Chez les hommes, les taux d'admission en ALD pour troubles mentaux sont en baisse entre 2017-2019 et 2020-2022, d'un peu plus de 20 % en région comme dans l'Hexagone. Cette baisse est plus marquée en secteur urbain (-21,5 % en région et -22,8 % en France hexagonale) qu'en zone rurale (respectivement -13,1 % et -15,5 %). Chez les femmes, les diminutions observées vont dans le même sens, mais sont moins soutenues que chez les hommes. Ainsi, entre les deux périodes triennales, les taux ont diminué de 7,9 % chez les femmes de la région et de 14,5 % pour les Françaises de l'Hexagone.

Cette baisse est également plus marquée en secteur urbain qu'en zone rurale (respectivement -9,5 % et -0,2 % en région et -15,7 % et -8,7 % en France hexagonale).





### UNE ADMISSION SUR DEUX POUR DES TROUBLES LIÉS À L'HUMEUR

Le motif le plus fréquent d'admission en ALD pour troubles mentaux est lié aux troubles de l'humeur (cf. illustration ci-contre) ; elles représentent plus de 60 % des admissions pour troubles mentaux chez les femmes et près de 40 % chez les hommes. La seconde cause la plus fréquente, tant pour les hommes que pour les femmes, est liée à la schizophrénie, aux troubles schizotypiques et aux troubles délirants (15,1 % des admissions masculines et 7,7 % chez les femmes). Toutes les autres causes représentent moins de 10 % des admissions en ALD pour troubles mentaux chez les femmes. Chez les hommes, les troubles du développement psychologique et des acquisitions représentent 13,5 %.

Hormis les troubles du comportement et émotionnels apparaissant dans l'enfance chez les hommes, et les troubles des conduites alimentaires et les psychoses alcooliques chez les femmes, tous les autres taux d'admission sont plus élevés pour les habitants de secteur urbain que ceux de zone rurale.

### SEULS LES TAUX POUR RETARD MENTAL RESSORTENT PARMIS L'ENSEMBLE DES RÉGIONS

En dehors des taux d'admission en ALD pour retard mental, où les Hauts-de-France se classent à la troisième place des régions hexagonales, chez les hommes comme chez les femmes, derrière le Grand Est et la Nouvelle Aquitaine, les taux d'admission se situent toujours parmi les sept régions présentant les valeurs les plus faibles. Deux pathologies se retrouvent sur le podium des plus faibles valeurs régionales pour les hommes comme pour les femmes : psychose alcoolique, d'une part, et schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants, d'autre part. Les troubles du développement psychologique et des acquisitions, les troubles du comportement et émotionnels apparaissant dans l'enfance et les troubles du développement psychologique et des acquisitions suivent de près.

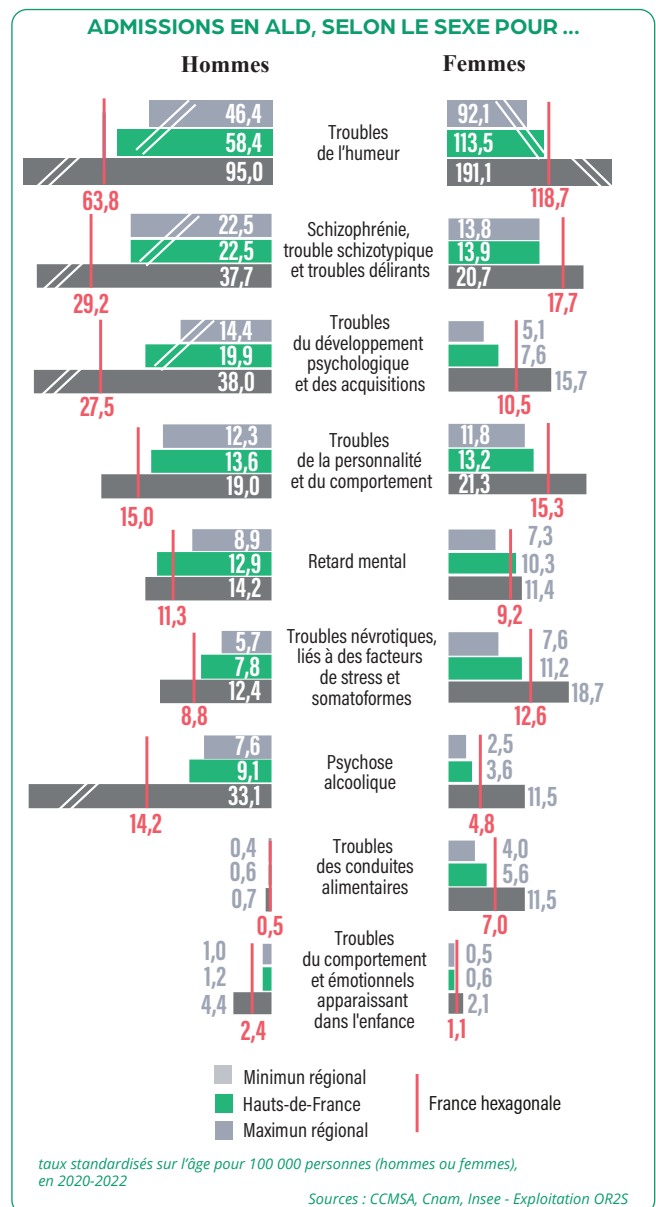
### DE FORTS ÉCARTS DE MORTALITÉ ENTRE SECTEUR URBAIN ET ZONE RURALE

En moyenne annuelle en 2020-2022, 2 792 hommes et 2 929 femmes de la région sont décédés ayant, entre autres, pour cause un trouble mental et du comportement, soit des taux respectifs de 132,9 pour 100 000 (+7 % en regard de la France) et de 87,4 pour 100 000 (+2 %). Ainsi, les Hauts-de-France se placent en cinquième position des régions hexagonales chez les hommes et en sixième pour les femmes.

Quelle que soit l'unité géographique considérée, le secteur urbain présente des taux supérieurs à ceux retrouvés en zone rurale avec un écart entre les deux types d'habitat supérieur en région par rapport à l'ensemble du pays (de l'ordre de 40 %, quel que soit le sexe en région contre 5 % et 12 % au niveau national). En secteur urbain, le différentiel de mortalité en regard de la France urbaine (hors unité urbaine de Paris) est de +8 % chez les hommes ; il est de +5 % chez les femmes. À l'inverse, la mortalité en zone rurale des Hauts-de-France est moindre à celle comparable au niveau national. Ainsi, chez les hommes, le taux de mortalité est de -14 % par rapport à celui de la France rurale masculine, tandis qu'il est de -24 % chez les femmes de la région en regard du niveau national comparable.

### UNE OPPOSITION SEXUÉE SELON QUE LES TROUBLES SOIENT ORGANIQUES OU NON

Parmi les décès par troubles mentaux survenus en 2020-2022 dans les Hauts-de-France, plus de deux décès masculins sur trois correspondent à des décès par troubles mentaux non organiques, une proportion plus forte qu'en France (plus de deux sur cinq), peu importe le type d'habitat.



Chez les femmes, ce sont les décès par troubles mentaux organiques qui prédominent avec deux décès sur trois en région, valeur identique à la moyenne hexagonale. Comme pour les hommes, que les troubles mentaux soient organiques ou non, les parts de mortalité par troubles mentaux ne diffèrent pas selon que les femmes vivent en secteur urbain ou en zone rurale, tant en région qu'au niveau national.

### UNE DIMINUTION MASCULINE PLUS IMPORTANTE, EN RÉGION COMME EN FRANCE HEXAGONALE

Depuis vingt ans, la mortalité masculine n'a quasiment jamais cessé de diminuer, avec une baisse plus marquée en région (-24,8 %) qu'en France (-19,0 %). Chez les femmes, bien que les deux dernières décennies aient dans l'ensemble été marquées par une diminution de la mortalité, celle-ci a connu des fluctuations et des différences entre la région et la France. Ainsi, si la baisse a été voisine pour les deux unités géographiques entre 2000-2002 et 2012-2014, il n'en va pas de même pour les dernières années avec une poursuite de la baisse en région (-2,9 % entre 2012-2014 et 2020-2022) et une augmentation au niveau national sur la même période de 4,2 %. Quels que soient l'unité géographique et le sexe, la baisse est plus importante en zone rurale qu'en secteur urbain.



# Suicide

## UN SUICIDE IMPORTANT DES HOMMES DE ZONE RURALE ET DES FEMMES DE SECTEUR URBAIN...

En moyenne annuelle en 2020-2022, 702 hommes et 213 femmes domiciliés dans les Hauts-de-France se sont suicidés, soit des taux respectifs de 27,2 et 6,9 pour 100 000 (différentiel de mortalité avec la France respectivement de +22 % et +10 %). Ces valeurs classent les Hauts-de-France au troisième rang des régions de l'Hexagone derrière la Bretagne et la Normandie chez les premiers et au quatrième chez les secondes derrière les régions mentionnées chez les hommes auxquelles s'ajoutent les Pays de la Loire.

Quelle que soit l'unité géographique, les hommes vivant en zone rurale sont plus impactés par le suicide que ceux de secteur urbain, différentiel de l'ordre de +30 %. Chez les femmes, c'est l'inverse qui est retrouvé avec un taux inférieur en zone rurale, avec un écart plus marqué en région : -20 % contre -5 % en France. Par ailleurs, la mortalité en région est inférieure de 9 % en zone rurale à celle de la France comparable alors qu'elle est supérieure de 9 % en secteur urbain.

## ... AVEC DES ÉVOLUTIONS DIFFÉRENCIÉES SUIVANT LE SEXE, LE TYPE D'HABITAT ET LA PÉRIODE

Depuis le début des années deux mille, le suicide est dans l'ensemble en baisse, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, entre 2000-2002 et 2017-2019, dans les Hauts-de-France, la diminution est de 39 % chez les hommes et de 40 % chez les femmes ; au niveau de l'Hexagone, les baisses sont un peu moins soutenues, respectivement de 30 % et 35 %. Tout récemment, la tendance est plutôt à la stagnation, voire à une légère hausse<sup>1</sup>. Ainsi, ces dernières années, le taux masculin régional fluctue autour des 26/27 pour 100 000 et celui des femmes autour des 7 ; pour ces dernières la tendance à la stagnation est plus ancienne (2014-2016).

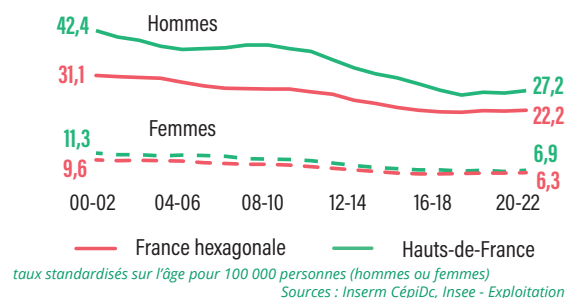
Concernant le type d'habitat, en région chez les hommes, la diminution entre 2000-2002 et 2017-2019 est de 40 % en secteur urbain et de 34 % en zone rurale ; en France comparable elles sont respectivement de 32 % et de 28 %. Chez les femmes, ces tendances, sur la même période, sont inversées entre zone rurale et secteur urbain : respectivement, baisse de 39 % et 46 % en région et de 36 % et 41 % dans l'Hexagone.

## FORTE SURMORTALITÉ CHEZ LES HOMMES DE 75 ANS ET PLUS

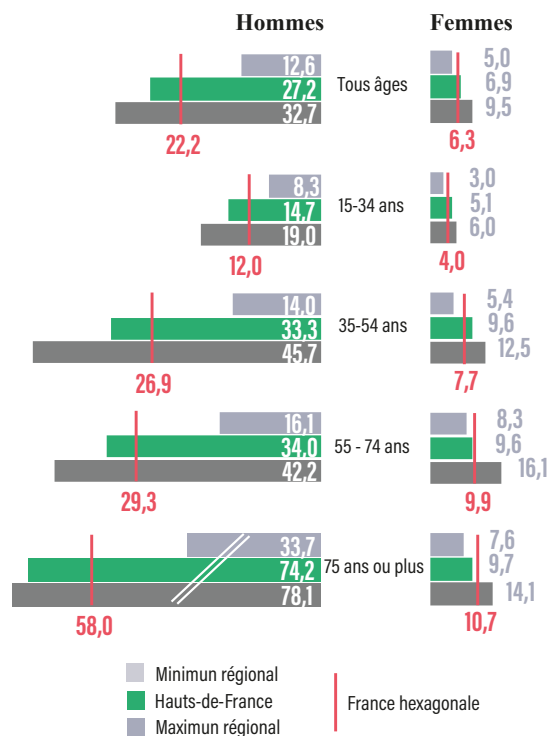
Comme le montre le graphique ci-contre, le taux de suicide augmente avec l'âge chez les hommes, bien que les groupes 35-54 ans et 55-74 ans ont des taux assez proches ; il est particulièrement élevé chez les hommes de 75 ans et plus. Chez les femmes, hormis chez les plus jeunes, le suicide présente des taux constants en région. En revanche, il augmente avec l'âge en France, même si l'évolution est moins sensible que chez les hommes. La situation régionale est particulièrement préoccupante chez les aînés masculins, puisque les Hauts-de-France se situent au deuxième rang des régions derrière la Normandie. Ce classement n'est pas retrouvé chez les femmes : elles se situent de l'autre côté de l'échelle avec le troisième taux le plus faible après ceux de l'Occitanie et du Grand Est.

En portant son regard sur le type d'habitat, pour les 75 ans et plus, c'est un facteur dix qui différencie les taux de suicide des hommes et des femmes de zone rurale, soit le facteur le plus important, à comparer à ceux variant de trois à sept se retrouvant dans les autres unités géographiques.

### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR SUICIDE, SELON LE SEXE



### TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, SELON LE SEXE ET L'ÂGE



### Limites quant à la certification d'un décès comme étant un suicide

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 suicides. En effet, pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, une nouvelle version du certificat a été mise en circulation. Celle-ci contient des informations complémentaires concernant notamment les circonstances apparentes de décès. Le médecin peut désormais renseigner s'il semble s'agir d'un suicide, un accident, une atteinte à la vie d'autrui, une mort naturelle (maladie) en cochant une case.

<sup>1</sup> Ces tendances s'inscrivent dans un contexte d'évolution de la manière de remonter les décès (cf. encadré ci-dessus). Les régions ayant vu le plus le taux de suicide augmenter sont celles pour lesquelles il était bas (notamment la Corse et Île-de-France) ; d'autres régions continuent d'enregistrer une baisse du suicide.



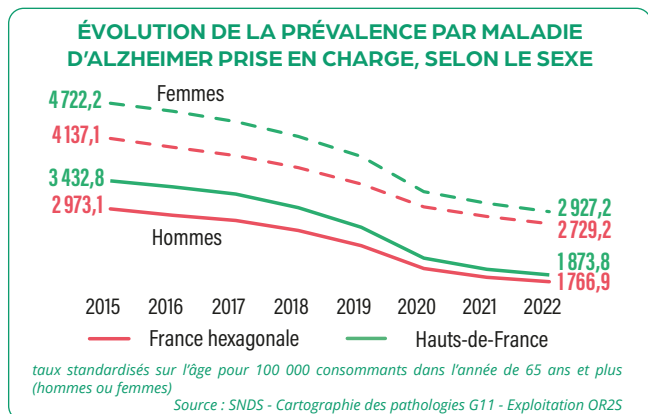
# MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES

## DES TAUX MASCULIN ET FÉMININ DE PRISE EN CHARGE POUR LA MALADIE D'ALZHEIMER DANS LES TROIS PLUS ÉLEVÉS DES RÉGIONS...

Dans les Hauts-de-France, 7 921 hommes et 21 509 femmes sont pris en charge pour la maladie d'Alzheimer en 2022. La très grande majorité à au moins 65 ans, 96,7 % pour les premiers et 98,5 % pour les secondes. Le taux standardisé régional de prévalence chez les hommes de 65 ans et plus est le deuxième le plus élevé des régions hexagonales, derrière la région francilienne, et celui des femmes est le troisième plus élevé, la région francilienne restant en tête suivie de l'Occitanie. Compte tenu des établissements d'accueil et, plus largement, des possibilités d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le taux de prévalence est supérieur en secteur urbain vis-à-vis de celui retrouvé en zone rurale : écart entre les deux types d'habitat des Hauts-de-France de +13 % chez les hommes et de +6 % chez les femmes.

## ... ET UNE ÉVOLUTION IMPACTÉE PAR LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS DE 2016 ET 2018

Concernant les évolutions, tant en région qu'en France, le taux de prévalence n'a cessé de diminuer depuis 2015 (cf. illustration ci-dessous). Cette baisse a été particulièrement marquée entre 2019 et 2020, dans un contexte où la HAS a publié en mai 2018 un guide de prise en charge à destination des professionnels de santé<sup>1</sup>. D'une année sur l'autre, hormis entre 2015 et 2016, la diminution est toujours plus soutenue en région que dans l'ensemble du pays. De fait, de sensibles réductions des différentiels entre les Hauts-de-France et l'Hexagone sont constatées.



## DES TAUX D'ADMISSION EN ALD POUR MALADIE D'ALZHEIMER PROCHES DE CEUX DE LA FRANCE

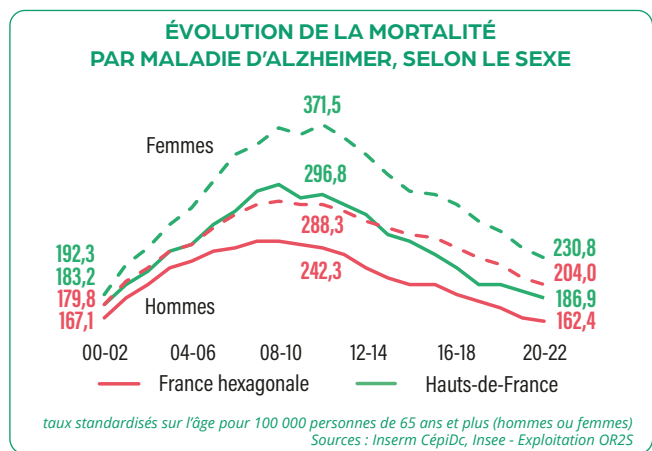
Dans les Hauts-de-France, en 2020-2022 en moyenne annuelle, 1 642 hommes et 4 012 femmes de 65 ans et plus ont été admis pour une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour maladie d'Alzheimer, soit respectivement 455,0 pour 100 000 et 620,3 pour 100 000. Ces taux sont proches de ceux de la France, avec des écarts masculins de +1 % et féminins de -1 %. La région se classe ainsi au cinquième rang des régions hexagonales pour les hommes et au septième pour les femmes.

<sup>1</sup> La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en mai 2018 un « Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée ». Préalablement à ce guide, en 2016, la HAS a considéré que le service médical rendu par quatre médicaments pour le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer avaient une efficacité au mieux modeste, avec un risque de survenue d'effets indésirables.

## DEUXIÈME RÉGION POUR SON TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIE D'ALZHEIMER

En 2020-2022, chez les 65 ans et plus, 616 hommes sont décédés des suites de la maladie d'Alzheimer et 1 607 femmes. Les taux standardisés relevés en région (186,9 et 230,8 pour 100 000 hommes et femmes de 65 ans et plus) sont plus élevés que ceux relevés en France de l'ordre de 15 % (+15 % pour les hommes et +13 % pour les femmes). Ainsi, quel que soit le sexe, les Hauts-de-France se classent en deuxième position des régions hexagonales, derrière l'Occitanie. L'approche suivant le type d'habitat montre que, quel qu'il soit, les taux sont toujours supérieurs en région à la France comparable, de façon plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

Comme l'illustrent les courbes ci-dessous, le taux de mortalité par maladie d'Alzheimer est passé par un maximum en 2008-2010/2010-2012. Depuis, les taux ne cessent de diminuer, quels que soient le niveau géographique et le sexe. Ainsi, en dix ans, la mortalité a baissé de 37 % dans la région, pour les hommes comme pour les femmes, une diminution plus marquée qu'au niveau national (-33,0 % chez les hommes, -29,2 % chez les femmes). Cette baisse est plus prononcée en secteur urbain, particulièrement chez les femmes (-39,1 % en secteur urbain contre -31,0 % en zone rurale), tandis que chez les hommes, elle atteint -37,4 % en secteur urbain contre -35,4 %.



Les **personnes prises en charge dans le système de soins pour maladie d'Alzheimer** sont celles ayant une ALD au cours de l'année n avec codes Cim 10 de maladie d'Alzheimer, et/ou personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments de la maladie d'Alzheimer au cours de l'année n, et/ou personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments de la maladie d'Alzheimer au cours de l'année n-1, et/ou personnes hospitalisées pour maladie d'Alzheimer au cours des années n à n-4 (diagnostics principal ou relié du PMSI MCO), et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année n pour tout autre motif avec une maladie d'Alzheimer comme complication ou morbidité associée (diagnostics principal ou relié d'un des résumés d'unité médicale ou diagnostic associé du PMSI-MCO), et/ou personnes hospitalisées pour maladie d'Alzheimer au cours des années n à n-4 (diagnostics principal ou associé(s) du RIM-P).

Les **personnes prises en charge dans le système de soins pour maladie de Parkinson** sont celles ayant une ALD au cours de l'année n avec code Cim 10 de maladie de Parkinson, et/ou personnes ayant reçu au moins trois délivrances d'un médicament spécifique au cours de l'année n, et/ou personnes hospitalisées MCO (diagnostics principal ou relié) ou RIM-P (diagnostics principal ou associé(s)) pour maladie de Parkinson ou démente de la maladie de Parkinson au cours des années n à n-4 (diagnostics principal ou relié), et/ou personnes hospitalisées MCO au cours de l'année n pour tout autre motif avec une maladie de Parkinson comme complication ou morbidité associée (diagnostics principal ou relié d'un des résumés d'unité médicale ou diagnostic associé(s)).



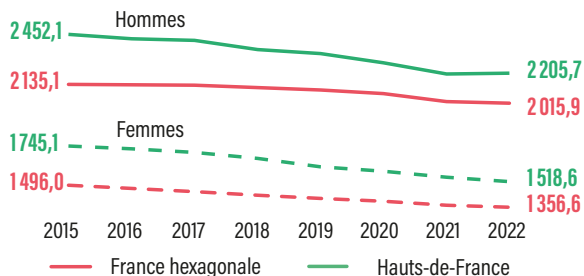
## UNE BAISSÉ DE LA PRÉVALENCE PAR MALADIE DE PARKINSON PLUS SOUTENUE EN RÉGION

En 2022 dans les Hauts-de-France, 12 006 hommes (85,0 % ont au moins 65 ans) et 12 011 femmes (86,4 % ayant 65 ans ou plus) sont pris en charge pour la maladie de Parkinson. Les taux régionaux de prévalence relevés chez les 65 ans et plus dépassant les taux nationaux de 9 % chez les hommes et de 12 % chez les femmes (cf. illustration ci-dessous).

Si les taux féminins sont peu différenciés entre secteur urbain (1 514,1 pour 100 000) et zone rurale (1 539,9), les différences sont légèrement plus marquées chez les hommes : respectivement 2 213,1 pour 100 000 et 2 197,7.

En matière d'évolution, le taux de prise en charge pour la maladie de Parkinson connaît une baisse généralisée, plus prononcée dans les Hauts-de-France qu'en France : -9,0 % contre -5,5 % pour les hommes, et -12,0 % contre -8,0 % pour les femmes.

### ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE PAR MALADIE DE PARKINSON PRISE EN CHARGE, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 consommateurs dans l'année de 65 ans et plus (hommes ou femmes)

Source : SNDS - Cartographie des pathologies G11 - Exploitation OR2S

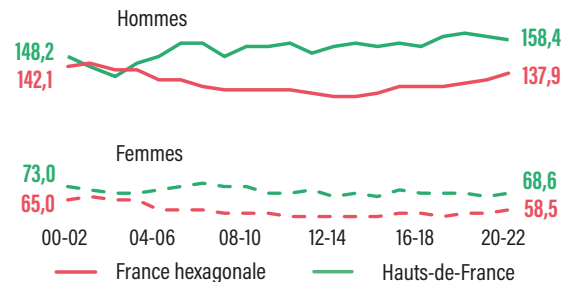
## DES TAUX D'ADMISSION EN ALD POUR MALADIE DE PARKINSON SUPÉRIEURS EN ZONE RURALE, Y COMPRIS AVEC LA ZONE RURALE NATIONALE...

Dans les Hauts-de-France, entre 2020-2022, 630 hommes et 556 femmes âgés de 65 ans et plus ont été admis en moyenne annuelle en ALD pour la maladie de Parkinson. Ces chiffres correspondent à des taux respectifs de 147,8 pour 100 000 (+5 % en regard de l'Hexagone) et de 90,5 pour 100 000 (+5 %). Les Hauts-de-France se classent au troisième rang des régions hexagonales pour les taux d'admission en ALD derrière les Pays de la Loire et l'Auvergne-Rhône-Alpes pour les deux sexes. Les taux sont nettement plus élevés en zone rurale. Ainsi, l'écart entre les taux des zones rurales régionale et hexagonale est de l'ordre d'un sixième en plus chez les hommes et d'un dixième en plus chez les femmes. En secteur urbain, les différences entre les deux échelons géographiques sont très faibles. En matière d'évolution entre 2017-2019 et 2020-2022, la tendance est à une forte baisse, du même ordre entre les deux niveaux géographiques, mais plus élevée chez les hommes ; elle est ainsi proche de -20 % chez ces derniers et de -14 % chez les femmes entre les deux groupes d'années.

## ... ET DES TAUX DE MORTALITÉ QUI TENDENT À SE RAPPROCHER DU NIVEAU NATIONAL

En 2020-2022, avec 567 hommes et 465 femmes décédés en moyenne annuelle, la mortalité par maladie de Parkinson chez les 65 ans et plus est plus élevée en région qu'en France. Ainsi, les Hauts-de-France présentent une surmortalité en regard de la France de 15 % pour les hommes et de 17 % pour les femmes. Si, dans l'ensemble, il n'existe pas de différence chez les femmes entre zone rurale et secteur urbain, tant en région qu'au niveau national, le taux est plus élevé en secteur urbain chez les hommes dans les deux unités géographiques.

### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR MALADIE DE PARKINSON, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes de 65 ans et plus (hommes ou femmes)  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Pour ce qui est des évolutions au cours du XXI<sup>e</sup> siècle, des hausses et baisses d'une année sur l'autre sont observées (cf. illustration ci-dessus). Toutefois, la tendance au cours de ces dix dernières années est plutôt à la hausse, à l'exception des femmes des Hauts-de-France, dont le taux demeure stable. La hausse est maximale chez les hommes de secteur urbain au niveau national, de l'ordre de +10 % en une dizaine d'années.

## UNE AUGMENTATION DES TAUX DE SCLÉROSE EN PLAQUES, NOTAMMENT CHEZ LES FEMMES

En 2022, la région compte 3 875 hommes et 9 270 femmes pris en charge pour sclérose en plaques, soit des taux standardisés respectifs de 135,8 et 307,0 pour 100 000. Ces valeurs sont supérieures à celles de la France, avec des écarts de +24 % chez les hommes et de +17 % chez les femmes. La prévalence varie selon le type d'habitat et le sexe : elle est plus élevée en secteur urbain chez les hommes (140,6 pour 100 000 contre 121,3 en zone rurale), mais c'est l'inverse chez les femmes, avec 315,9 cas en zone rurale contre 304,5 en secteur urbain.

Entre 2015 et 2022, le taux de personnes prises en charge pour sclérose en plaques a augmenté dans les Hauts-de-France comme en France, de façon plus sensible chez les femmes que chez leurs homologues masculins. En région, l'augmentation est de 10,8 % chez les hommes et de 14,2 % chez les femmes et, en France hexagonale, de 11,7 % et de 15,8 % respectivement.

## DES TAUX ÉLEVÉS D'ADMISSION EN ALD POUR SCLÉROSE EN PLAQUES...

En 2020-2022, avec 180 hommes et 432 femmes admis en moyenne annuelle, les taux respectifs d'admission en ALD pour sclérose en plaques dans les Hauts-de-France sont de 6,3 et 14,6 pour 100 000 (contre 5,8 et 13,8 en France hexagonale). Cela situe les Hauts-de-France au deuxième rang des régions hexagonales pour ses taux élevés derrière le Grand Est, pour chacun des sexes. Par ailleurs, il n'existe pas de différence quant au type d'habitat, en France comme en région.

## ... DE MÊME QUE CEUX DE MORTALITÉ

En moyenne annuelle en 2020-2022, 52 hommes et 89 femmes sont décédés des suites d'une sclérose en plaques dans les Hauts-de-France. Les taux standardisés correspondants sont de 2,1 pour 100 000 hommes et de 2,9 pour 100 000 femmes, ce qui place la région avec les plus fortes mortalités des régions de l'Hexagone avec un surplus en regard de la France de l'ordre de +50 % chez les hommes comme chez les femmes.

Les **personnes prises en charge pour sclérose en plaques** sont celles ayant une ALD au cours de l'année n avec code Cim 10 de sclérose en plaques, et/ou personnes hospitalisées pour sclérose en plaques au cours des années n à n-4 (diagnostics principal ou relié).



# ALCOOL

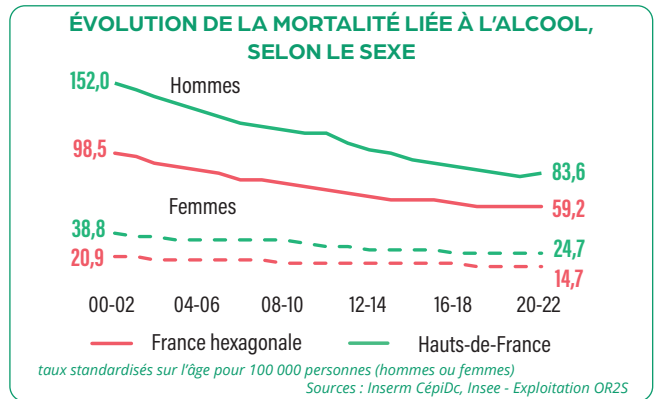
## DE FORTES DISPARITÉS ENTRE TYPES D'HABITAT...

En 2022, 23 096 hommes et 10 008 femmes sont pris en charge pour des troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool ; cela correspond à des taux standardisés respectifs de 810,6 et 327,5 pour 100 000. Les différentiels par rapport à la France sont très élevés (+40 % chez les hommes et +37 % chez les femmes), mais bien inférieurs à ceux de la Bretagne (987,3 pour les hommes et 405,3 pour les femmes), qui est la seule région à devancer les Hauts-de-France pour la valeur élevée de ce taux.

Les disparités entre secteur urbain et zone rurale sont marquées. Ainsi, les taux sont très élevés dans le premier type d'habitat, avec des différentiels en regard de la France de +57 % chez les hommes et de +52 % chez les femmes. À l'inverse, en zone rurale, les taux sont inférieurs à ceux de France, avec des écarts de -16 % chez les hommes et de -18 % chez les femmes.

## ... ET DES TAUX DE PRÉVALENCE QUI DIMINUENT, MAIS DE FAÇON MOINS SOUTENUE QU'EN FRANCE

Depuis 2025, dans les Hauts-de-France, les prévalences masculine et féminine ont atteint leur maximum en 2019, respectivement 956,6 pour 100 000 et 367,4. Depuis, elles ont diminué de 15,3 % chez les hommes et de 10,9 % chez les femmes. En France, avant 2019, la tendance était différente : la prévalence était en baisse constante depuis 2015 ; puis les taux ont diminué de façon identique avec la région : 15,3 % chez les hommes et 11,0 % chez les femmes. Ainsi, les différentiels entre la région et la France sont restés identiques à ceux de 2019.



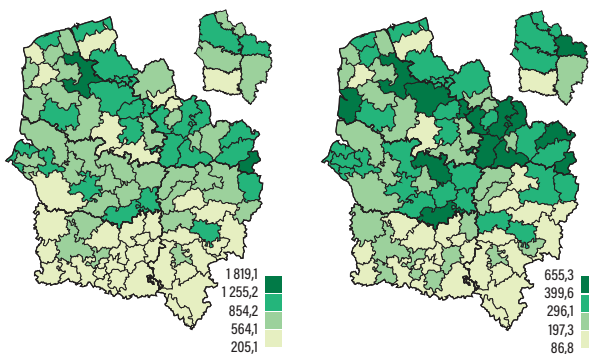
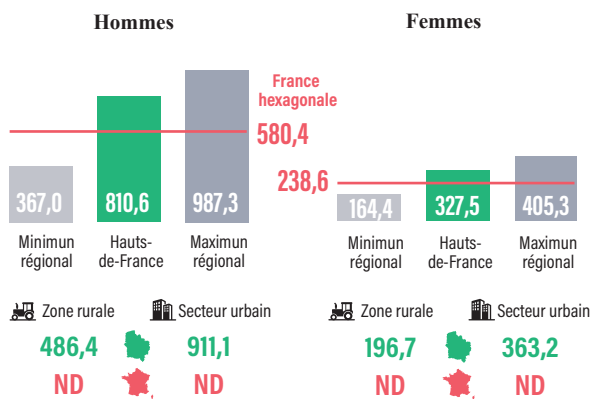
## LA MORTALITÉ LA PLUS FORTE DES RÉGIONS

En 2020-2022, en moyenne annuelle en région, 2 160 hommes sont décédés des suites de pathologies liées à l'alcool, soit un taux de 83,6 pour 100 000 et un écart avec la France de +41 %. Les Hauts-de-France occupent la première place des régions hexagonales, devançant la Bretagne (81,8 pour 100 000). Chez les femmes, bien que le taux soit moins élevé, il demeure préoccupant au regard de la situation nationale féminine. En effet, les 768 décès féminins survenus en moyenne annuelle en 2020-2022 représentent un taux de 24,7 pour 100 000 et un écart avec la France de +67 %. Là encore, il s'agit du taux de mortalité le plus élevé des treize régions de l'Hexagone, devançant sa voisine normande (20,7 pour 100 000).

Les disparités observées entre secteur urbain et zone rurale pour la prévalence se retrouvent pour la mortalité. Les habitants de secteur urbain sont ainsi plus concernés que ceux en zone rurale, avec des différentiels en regard de la France de +54 % chez les hommes et de +81 % chez les femmes. Ces écarts très importants ne sont pas retrouvés en zone rurale, tout particulièrement chez les hommes, puisque leur taux se situe au niveau de la moyenne nationale masculine. Chez les femmes de zone rurale, l'écart entre les deux unités géographiques existe, mais est moins marqué (+17 %).

Depuis vingt ans, la mortalité liée à l'alcool a diminué de façon régulière d'une année sur l'autre. Entre 2000-2002 et 2020-2022, la baisse est de 45 % chez les hommes et de 36 % chez les femmes en région ; elle est un peu moins marquée en France chez les hommes (-40 %) et un peu plus chez les femmes (-39 %). Une remontée récente (entre 2019-2021 et 2020-2022) est toutefois observée, chez les hommes et les femmes, quel que soit le niveau géographique (en incluant le type d'habitat) ; cette remontée, d'un peu moins d'un point, nécessitera d'en mesurer le caractère conjoncturel ou non à partir des futures données.

## TROUBLES ADDICTIFS LIÉS À L'UTILISATION D'ALCOOL PRIS EN CHARGE, SELON LE SEXE



Les personnes prises en charge dans le système de soins pour des troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool sont celles ayant une ALD au cours de l'année n avec codes Cim 10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostics principal ou relié) et/ou psychiatrique (diagnostics principal ou associé(s)) - au cours des années n à n-1

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.





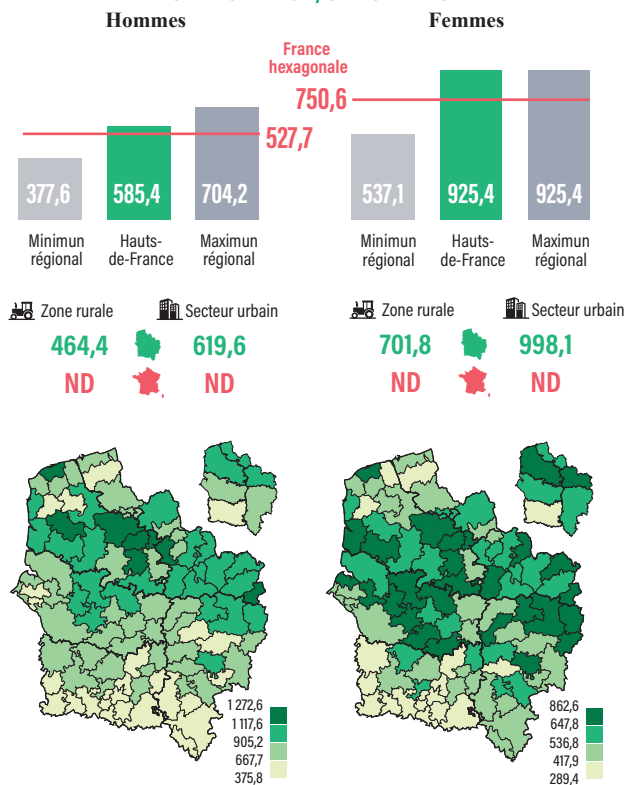
# TABAC

## LES HAUTS-DE-FRANCE AU PREMIER RANG DES RÉGIONS POUR LA PRÉVALENCE MASCULINE

En 2022, dans les Hauts-de-France, 26 227 hommes et 17 562 femmes sont pris en charge pour des troubles addictifs liés à l'utilisation de tabac, ce qui représente des taux respectifs de 925,4 et 585,4 pour 100 000. Avec ces valeurs, les Hauts-de-France se classent en tête des régions hexagonales pour la prévalence chez les hommes, tandis que les femmes se retrouvent au cinquième rang.

Les disparités entre secteur urbain et zone rurale observées pour les troubles liés à l'alcool se retrouvent de façon similaire, quoique moins marquées, pour les troubles addictifs liés à la consommation de tabac. Ainsi, en secteur urbain, les différentiels régionaux de prévalence masculine et féminine sont respectivement de +33 % et de +17 % en regard du niveau national. À l'inverse, en zone rurale, les différentiels de prévalence en regard de la France sont inférieurs : -7 % pour les hommes et -12 % chez leurs homologues féminines.

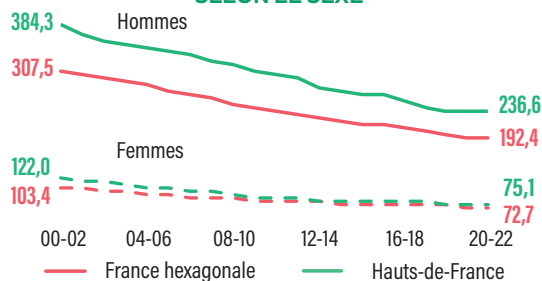
### TROUBLES ADDICTIFS LIÉS À L'UTILISATION DU TABAC PRIS EN CHARGE, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 consommateurs dans l'année (hommes ou femmes), en 2022

Source : SNDS - Cartographie des pathologies G11 - Exploitation OR25

### ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ LIÉE AU TABAC, SELON LE SEXE



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR25

### DES MORTALITÉS DIFFÉRENTES SELON LE SEXE ET LE TYPE D'HABITAT

En moyenne annuelle en 2020-2022, dans les Hauts-de-France, 5 107 hommes sont décédés de pathologies liées au tabac, tandis que les femmes concernées sont un peu moins de la moitié (2 445), soit des taux respectifs de mortalité de 236,6 et 75,1 pour 100 000. La valeur de ce taux masculin est la plus élevée des régions hexagonales et celle du taux féminin est la cinquième plus importante.

En adéquation avec le constat posé pour la prévalence, le secteur urbain s'avère plus impacté par cette mortalité que la zone rurale. Ainsi, chez les hommes, le surplus par rapport à la moyenne nationale est de 28 % en secteur urbain contre 8 % en zone rurale. Quoique l'écart entre les deux types d'habitat soit moins marqué chez les femmes que chez les hommes, il existe bel et bien une différence significative : +5 % en milieu urbain et -2 % en milieu rural par rapport à la moyenne nationale.

### QUID DE L'ÉVOLUTION RÉCENTE À LA HAUSSE ?

Quel que soit le sexe, l'évolution de la mortalité par pathologies liées au tabac est similaire selon le niveau géographique. Dans les Hauts-de-France, le taux standardisé de mortalité a diminué presque continuellement pendant la période d'étude, avec une diminution de 38,6 % pour chacun des deux sexes entre 2000-2002 et 2019-2021 (identique chez les hommes, dix points de moins chez les femmes au niveau national). Toutefois, en 2020-2022 par rapport au groupe d'années précédent, l'évolution en région se traduit par une légère augmentation, alors qu'au niveau national la tendance à la baisse se poursuit. Cette évolution récente en région est, comme pour les pathologies liées à l'alcool, à surveiller pour les prochaines données pour voir si cette nouvelle tendance sera passagère ou s'inscrira dans le temps.

Les **personnes prises en charge dans le système de soins pour des troubles addictifs liés à l'utilisation de tabac** sont celles ayant une ALD au cours de l'année n avec des codes Cim 10 de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation du tabac, et/ou les personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostics principal ou relié) et/ou psychiatrique (diagnostics principal ou associé(s)) - au cours des années n à n-1.

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 due 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.



# MORTALITÉ ÉVITABLE

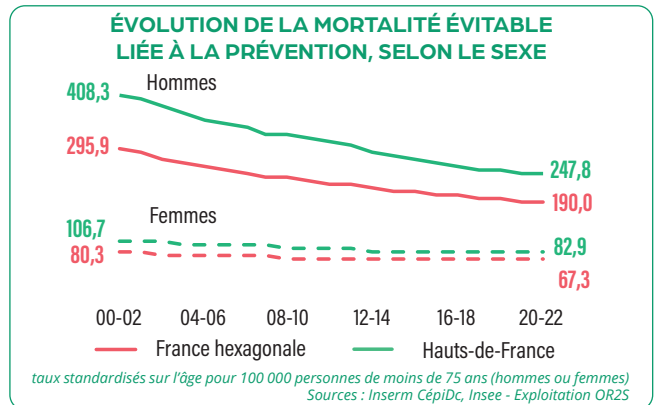
## LA MORTALITÉ ÉVITABLE NE SE DIFFÉRENCIE PAS DE LA FRANCE POUR LA SEULE ZONE RURALE

En moyenne annuelle en 2020-2022, dans les Hauts-de-France, les nombres moyens de décès qui auraient pu être évités chez les moins de 75 ans par des actions de prévention sont, chez les hommes, de 6 230 et, chez les femmes, de 2 307. Cela correspond à des taux standardisés de mortalité qui sont supérieurs à ceux de la France hexagonale, de 30 % pour les hommes et de 23 % pour les femmes. Pour chacun des sexes, le taux standardisé de mortalité évitable par des actions de prévention des Hauts-de-France est le plus élevé des treize régions de l'hexagone.

Le secteur urbain, tant en région qu'en France, affiche un taux de mortalité plus important qu'en zone rurale. Concernant les Hauts-de-France, les différentiels avec l'ensemble de la France s'élevaient à +39 % chez les hommes vivant en secteur urbain et +29 % pour les femmes de ce type d'habitat. Ces pourcentages sont à comparer aux 5 % chez les hommes et 1 % chez les femmes (non significatif) domiciliés en zone rurale.

## UNE MORTALITÉ EN BAISSE DEPUIS NOMBRE D'ANNÉES...

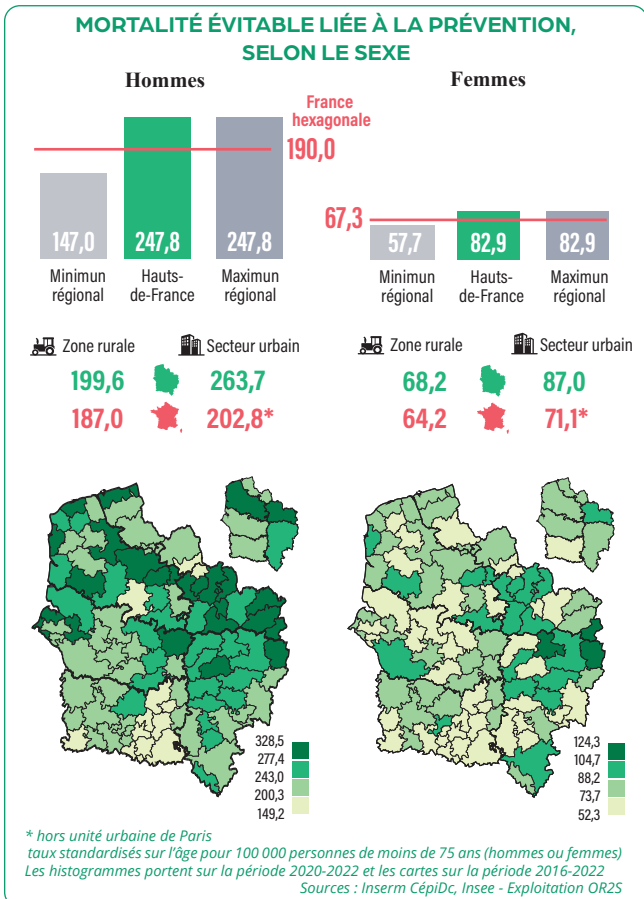
En l'espace d'une vingtaine d'années, la mortalité liée à la prévention a fortement diminué dans les Hauts-de-France, plus chez les hommes (-39,3 %) que chez les femmes (-22,4 %), de manière plus modérée qu'en France (-35,8 % pour les hommes, -16,2 % pour les femmes).



Les diminutions sont plus marquées en zone rurale. Chez les hommes, la baisse est en région de 43,3 % en zone rurale (37,1 % pour celle de la France rurale) contre 37,9 % en secteur urbain (34,6 % pour celle de la France urbaine, hors unité urbaine de Paris). Chez les femmes, la diminution est de 22,3 % en zone rurale (22,1 % pour celle de la France rurale) contre 18,1 % en secteur urbain (14,0 % en France urbaine).

## ... MAIS QUI A AUGMENTÉ RÉCEMMENT

Comme pour d'autres pathologies, la période 2020-2022 voit ses taux de mortalité augmenter légèrement par rapport à la période précédente, et ce, quels que soient le territoire et le sexe. L'augmentation est plus marquée chez les femmes, de l'ordre de 2 %, quel que soit le territoire, contre environ un demi pour cent chez les hommes.



### Mortalité évitable liée à la prévention

La mortalité évitable considérée (OCDE/Eurostat - novembre 2019) est celle définie dans le document intitulé *Avoidable mortality : OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death* publié en novembre 2019. Deux types de mortalité évitable peuvent être calculés, l'une liée au système de soins et l'autre à la prévention. Cette dernière regroupe toutes les causes de décès qui, chez les moins de 75 ans, compte tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large.

- Considéré pour 50 % comme lié à la prévention : Tuberculose, Cancer du col de l'utérus, Diabète, Maladies hypertensives, Cardiopathies ischémiques, Maladies cérébrovasculaires, Autres athérosclérose, Anévrisme aortique et dissection ;

- Considéré en entier : Maladies intestinales infectieuses, Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Infection à méningocoques, Septicémie à streptococcus pneumonie et Septicémie à Haemophilus influenzae, Infection à Haemophilus influenzae, Infections sexuellement transmissibles, VIH/SIDA, Varicelle, Rougeole, Rubéole, Hépatite virale, Malaria, Méningite à Haemophilus ou à pneumocoques, Grippe, Pneumonie due à Streptococcus pneumonie ou Haemophilus influenzae, BPCO, Maladies du poumon dues à des agents externes, Certaines malformations congénitales (anomalies de fermeture du tube neural), Cancers de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, du foie, des poumons, du mésothéliome, de la vessie, Mélanome malin de la peau, Anémies nutritionnelles, Troubles spécifiquement liés à la consommation d'alcool et autres troubles liés à la consommation d'alcool, Troubles liés à la consommation de drogues ou de médicaments, Accidents de transport, Accidents, Auto-intoxication par des drogues ou des médicaments, Lésions auto-infligées, Agressions, Événements dont l'intention n'est pas déterminée.

La mortalité par Covid-19 intègre désormais la mortalité évitable liée à la prévention -OCDE/Eurostat (2022) -. Un zoom sur la mortalité liée à la Covid-19 est présenté en page 45. La définition de la mortalité évitable ici présentée repose sur la définition de novembre 2019 (sans la Covid-19). À noter qu'avec la définition élargie, ce sont 38 717 décès masculins et 26 752 féminins (respectivement 7 678 et 4 910 en zone rurale et 31 040 et 22 042 en secteur urbain), dont 21,0 % des décès masculins et 29,7 % des décès féminins uniquement liés à la Covid-19 en région (respectivement 21,9 % et 28,4 % pour la France hexagonale).



# Synthèse

**UNE RÉGION JEUNE  
APPELÉE À VIEILLIR  
ET À DIMINUER  
QUI DOIT REPOSER,  
SUR LE PLAN SANITAIRE,  
D'UN RENFORCEMENT DES  
ACTIONS DE PRÉVENTION,  
COMPTE TENU D'INDICATEURS  
DE SANTÉ QUI DEMEURENT  
GLOBALEMENT MÉDIOGRES**

**La** population des Hauts-de-France est actuellement plus jeune que celle des autres régions, mais elle est appelée à vieillir et à diminuer, ce qu'elle a déjà commencé à faire. Selon les projections de l'Insee, si les tendances démographiques récentes se poursuivent, la région perdrait environ 600 000 habitants d'ici 2070, pour atteindre 5,4 millions de résidents. Cette baisse serait alimentée à la fois par un solde migratoire négatif et par un déséquilibre croissant entre naissances et décès, ces derniers dépassant les premiers à partir d'environ 2040. Aujourd'hui, la baisse de la natalité touche surtout les zones urbaines. Par ailleurs, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus devrait doubler, dépassant celui des moins de 20 ans. L'avancée en âge généralisée en France met en évidence l'urgence de bien vieillir et de l'hébergement en structures collectives, médicalisées ou non, pour les personnes âgées ne pouvant plus rester chez elles.

Sur le plan économique, la région affiche le taux de chômage le plus élevé de France, ce qui rend l'attractivité du marché de l'emploi particulièrement stratégique dans un contexte de diminution démographique. D'après le rapport « Métiers 2030 de la région Hauts-de-France », 634 000 postes devront être pourvus d'ici 2030, soit 35 % des emplois actuels, en raison des créations d'emplois et des départs en fin de carrière. Toutefois, les créations nettes d'emplois resteraient modestes, avec une progression de seulement 1 % par rapport à 2019, contre 4 % au niveau national.

Le chômage important, la forte part de jeunes peu ou pas diplômés et la précarité financière de certains ménages expliquent en partie un écart défavorable de deux ans d'espérance de vie à la naissance entre la région et la France.





Les comportements liés à la santé, l'exposition aux facteurs environnementaux et l'accès aux soins influencent la mortalité prématurée qui demeure la plus élevée de France. Parallèlement, la mortalité évitable par de la prévention est la plus importante de France avec près de 8 500 décès évitables par an en moyenne sur la période 2020-2022. Les cancers et les maladies cardiovasculaires constituent les deux principales causes de mortalité, à l'instar du reste du pays, tandis que les prévalences du diabète et des maladies respiratoires y sont les plus élevées.

Ces données appellent à un renforcement massif des actions de prévention, qu'il s'agisse de prévention primaire (lutte contre le tabac, l'alcool, amélioration de l'alimentation, promotion de l'activité physique) ou de prévention secondaire et tertiaire (dépistages organisés des cancers, suivi des patients atteints de maladies chroniques). Ainsi, environ 33 000 personnes sont prises en charge pour des troubles addictifs à l'alcool (70 % d'hommes) et environ 44 000 pour les troubles addictifs au tabac (60 % d'hommes). Plus largement, en matière de troubles et maladies psychiatriques, la région se situe dans la moyenne du pays en matière de prévalences, à deux exceptions près : les déficiences mentales où la prévalence est la plus élevée et les troubles bipolaires où la prévalence est la moins élevée de France. Enfin, avec environ 900 suicides (700 hommes et 200 femmes environ) par an en moyenne sur la période 2020-2022, les Hauts-de-France se placent au troisième rang des régions les plus concernées.

Sur un plan plus positif, la région bénéficie d'une bonne prise en charge globale de la maternité, avec un taux de mortalité infantile situé dans la moyenne nationale.

Pour répondre aux besoins croissants de santé liés au vieillissement, même si ceux-ci seront en partie atténués par la baisse démographique, la région, comme le reste de la France, fait face à une mauvaise répartition des médecins sur son territoire. Les projections de la Drees, malgré leurs limites, indiquent à l'horizon de 2030, une légère augmentation du nombre de médecins dans l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais, tandis que la Picardie connaîtrait une stagnation. Cependant, au-delà du nombre de praticiens, c'est le temps médical disponible par rapport aux besoins croissants qui constitue un enjeu majeur, tout comme leur répartition géographique. Par ailleurs, le développement des pratiques à exercice collectif et de la responsabilité populationnelle dans la prise en charge des besoins de santé invite à mieux intégrer dans ces projections les autres professionnels de santé, tels que les pharmaciens d'officine, les infirmières en pratique avancée ou non, les biologistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les psychologues... Enfin, la montée en puissance d'une médecine plus préventive et d'un exercice médical s'appuyant sur plus ou moins d'outils d'intelligence artificielle renouvelle profondément l'organisation de l'offre de soins primaires afin de mieux répondre aux besoins des territoires.

Dans les Hauts-de-France, l'accès aux médecins spécialistes reste plus facile dans les zones urbaines, notamment dans les pôles lillois et amiénois. La région bénéficie d'une densité relativement élevée de gériatres, un atout précieux face au vieillissement inévitable de la population. En revanche, elle présente des densités plus faibles en ophtalmologues, psychiatres, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes.

Enfin, face à la rareté des ressources, il est essentiel d'assurer une bonne gradation des prises en charge, en évitant autant que possible le recours à l'hôpital lorsque d'autres solutions, tout aussi efficaces, existent. À cet égard, il est encourageant de constater que l'hospitalisation à domicile (HAD) progresse dans la région, avec un taux de recours supérieur à la moyenne nationale, tandis que les hospitalisations complètes en soins de suite et de réadaptation (SSR) diminuent.



# Annexes

Ces annexes sont découpées en quatre parties.

La première est méthodologique en mentionnant le recours aux données les plus récentes qui sont mises dans les bases de données de l'ORS.

La deuxième est cartographique, plus particulièrement au niveau des EPCI qui permet au lecteur d'associer un nom au découpage territorial associé dans les cartes du corps du document pour les indicateurs présentés à ce niveau géographique.

La troisième est également cartographique, scindant la France hexagonale et les Hauts-de-France en deux territoires : secteur urbain et zone rurale ; elle permet de mesurer l'opposition en matière populationnelle et de superficie.

La dernière décrypte les sigles, si nombreux dans les milieux de la santé et du social.





# CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

Bien que non mentionnée explicitement, la santé est devenue incontournable en matière de connaissance pour ce qui concerne l'accompagnement des politiques publiques. D'autant que la pandémie a révélé que la santé publique ne devait plus seulement être inscrite comme une spécialité de la santé, mais que cette dernière était en réalité une composante de la santé publique au même titre que d'autres dimensions (logement, éducation, emploi, environnement...).

Le présent document s'inscrit ainsi dans ce contexte plus général en mettant en exergue dans la première partie le gradient social et les aspects démographiques. Ainsi, il constitue un état des lieux socio-sanitaire de la région des Hauts-de-France le mieux actualisé possible. En effet, cela repose sur un dispositif qui permet la production d'indicateurs issus des nombreuses bases de données actualisées en temps réel dans les outils internes de l'observatoire régional de la santé et du social. Cela est rendu possible grâce aux soutiens de nombre de partenaires parmi lesquels s'inscrivent tout particulièrement l'ARS et le conseil régional Hauts-de-France.

## LES MAILLAGES GÉOGRAPHIQUES POUR DES COMPARAISONS INTERRÉGION ET INFRARÉGIONAL

Pour offrir la meilleure analyse de la situation des Hauts-de-France dans les thématiques abordées, le parti pris de ce document est de donner deux axes de comparaison, un de dimension externe à la région et l'autre de dimension interne. Ainsi, concernant les indicateurs pour lesquels la robustesse des données le permet, se trouvent sur une même illustration :

- un graphique présentant la donnée régionale, les valeurs minimale et maximale des régions de l'Hexagone et la moyenne française (le plus souvent il s'agit de la valeur de France hexagonale, mais, pour une minorité d'indicateurs, cette valeur n'était pas disponible et a été remplacée par celle de la France entière) ;
- une illustration permettant de disposer des valeurs régionales et nationales selon le type d'habitat, à savoir la zone rurale et le secteur urbain (hors unité urbaine de Paris, pour la France hexagonale) ;
- deux cartes, l'une, par établissement public de coopération intercommunale dans leur découpage de 2021 et, l'autre, par territoire de démocratie sanitaire (pour ces derniers, il est à noter qu'ils correspondent au département, hormis pour le Nord qui est scindé en deux).

Cela permet de situer les Hauts-de-France au regard de ses homologues régionales, mais aussi de mesurer combien les différences peuvent être importantes au sein même de la région, parfois dans un périmètre restreint.

## LES DONNÉES MOBILISABLES POUR LA PRODUCTION D'INDICATEURS EN ROUTINE

La majorité des informations traitées étant disponible au niveau communal sur l'ensemble de la France, cela rend possibles des comparaisons entre de nombreux territoires infrarégionaux (et, dans le cas présent, entre EPCI et territoire de démocratie sanitaire), mais aussi avec chacune des régions et naturellement avec le niveau national. Ceci est le fruit :

- des conventions signées entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) et les principaux producteurs de données du niveau national ;
- d'autorisations spécifiques : d'une part, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, à travers son décret du 26 décembre, qui permet aux observatoires régionaux de la santé de bénéficier d'une autorisation d'accès aux données individuelles du système national des données de santé (SNDS), et ce, de façon permanente et, d'autre part, du fait que la Fnors et l'OR2S sont système fils des données de mortalité au sein du SNDS suite à la reconduction de l'autorisation unique de la Cnil le 14 mars 2024 pour une durée de 5 ans ;
- du traitement de données disponibles en *Open data*.

Les indicateurs de nature sociodémographique sont issus du recensement de la population (RP, Insee), des données d'état civil et du chômage localisé (Insee), des prestations sociales (CCMSA et Cnaf), des données des impôts (ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP). Différentes bases de données permettent de mesurer l'état de santé de la population et d'analyser le recours aux soins : la mortalité (CépiDc-Inserm ; pour plus de précisions, cf. encadrés en pages 32, 59 et de 62 à 64), les affections de longue durée (CCMSA et Cnam ; cf. page 34), de prévalence de prise en charge (SNDS, Cartographie des pathologies ; cf. pages 30, 34, 52, 54, 56 et de 60 à 63), des établissements de santé (PMSI, Atih), de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), du répertoire partagé des professionnels de santé (Drees / Asip-Santé - RPPS), de la base Adeli et du SNDS (pour le recours aux médecins généralistes). Enfin, les données autour du dépistage des cancers proviennent des informations mises à disposition par Santé publique France. Les multiples indicateurs produits en routine à partir de ces données ont permis d'alimenter ce document. Afin de rendre les comparaisons possibles entre les différentes zones géographiques et de suivre les évolutions dans le temps, bon nombre d'indicateurs ont été standardisés suivant l'âge (cf. page 28). Les indicateurs sont calculés, le plus souvent possibles, à partir des dernières données disponibles par les producteurs de données, sans toutefois occulter la dimension temporelle. En effet, celle-ci est tellement essentielle pour la mesure de la dynamique territoriale (comme l'attestent d'ailleurs plusieurs illustrations de ce document).

Le plus souvent, les bases de données ainsi disponibles ne permettent pas de disposer d'informations sur les déterminants de santé. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place des enquêtes en populations (le lecteur est dirigé, entre autres, vers les publications sur le sujet, disponibles sur le site internet de l'OR2S [www.or2s.fr](http://www.or2s.fr)). Ces enquêtes en population, du fait de leur coût, permettent plus difficilement de territorialiser l'information comme qui peut être fait à partir des bases de données pérennes.

## VOCABLE UTILISÉ DANS CE DOCUMENT POUR LA VALEUR NATIONALE

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 hors Dom. 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.



# CARTOGRAPHIE DES EPCI

## TDS du Pas-de-Calais

- 18 - CC de la Région d'Audruicq
- 19 - CA Grand Calais Terres et Mers
- 20 - CC de la Terre des Deux Caps
- 21 - CA du Boulonnais
- 22 - CA des Deux Baies en Montreuillois
- 23 - CC Pays d'Opale
- 24 - CC de Desvres-Samer
- 25 - CC du Pays de Lumbres
- 26 - CA du Pays de Saint-Omer
- 27 - CC du Haut Pays du Montreuillois
- 28 - CC des 7 Vallées
- 29 - CC du Ternois (à cheval avec le TDS de la Somme)
- 30 - CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane
- 31 - CA de Lens - Liévin
- 32 - CA d'Hénin-Carvin
- 33 - CC Osartis Marquion
- 34 - CU d'Arras
- 35 - CC des Campagnes de l'Artois
- 36 - CC du Sud-Artois

## TDS Métropole - Flandres

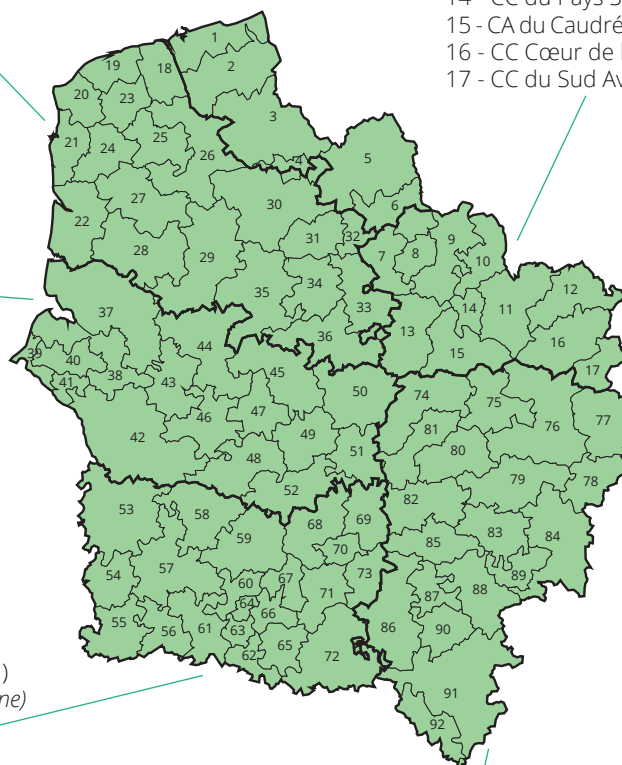
- 1 - CU de Dunkerque
- 2 - CC des Hauts de Flandre
- 3 - CA Cœur de Flandre
- 4 - CC Flandre Lys (à cheval avec le TDS du Pas-de-Calais)
- 5 - Métropole Européenne de Lille
- 6 - CC Pévèle-Carembault (à cheval avec le TDS du Hainaut)

## TDS du Hainaut

- 7 - CA Douaisis Agglo
- 8 - CC Cœur d'Ostrevent (CCCO)
- 9 - CA de la Porte du Hainaut
- 10 - CA Valenciennes Métropole
- 11 - CC du Pays de Mormal
- 12 - CA Maubeuge Val de Sambre
- 13 - CA de Cambrai
- 14 - CC du Pays Solesmois
- 15 - CA du Caudrésis et du Catésis
- 16 - CC Cœur de l'Avesnois
- 17 - CC du Sud Avesnois

## TDS du Somme

- 37 - CC Ponthieu-Marquenterre
- 38 - CA de la Baie de Somme
- 39 - CC des Villes Sœurs (zone des Hauts-de-France)
- 40 - CC du Vimeu
- 41 - CC interrégionale Aumale - Blangy-sur-Bresle (zone des Hauts-de-France)
- 42 - CC Somme sud-ouest
- 43 - CC Nièvre et Somme
- 44 - CC du Territoire Nord Picardie
- 45 - CC du Pays du Coquelicot
- 46 - CA Amiens Métropole
- 47 - CC du Val de Somme
- 48 - CC Avre Luce Noye
- 49 - CC Terre de Picardie
- 50 - CC de la Haute Somme (Combles - Péronne - Roisel)
- 51 - CC de l'Est de la Somme (à cheval avec le TDS de l'Aisne)
- 52 - CC du Grand Roye



## TDS de l'Oise

- 53 - CC de la Picardie Verte
- 54 - CC du Pays de Bray
- 55 - CC du Vexin-Thelle
- 56 - CC des Sablons
- 57 - CA du Beauvaisis
- 58 - CC de l'Oise Picarde
- 59 - CC du Plateau Picard
- 60 - CC du Clermontois
- 61 - CC Thelloise
- 62 - CC de l'Aire Cantilienne
- 63 - CA Creil Sud Oise
- 64 - CC du Liancourtois
- 65 - CC Senlis Sud Oise
- 66 - CC des Pays d'Oise et d'Halatte
- 67 - CC de la Plaine d'Estrées
- 68 - CC du Pays des Sources
- 69 - CC du Pays Noyonnais
- 70 - CC des Deux Vallées
- 71 - CA de la Région de Compiègne et de la Basse Automne
- 72 - CC du Pays de Valois
- 73 - CC des Lisières de l'Oise

## TDS de l'Aisne

- 74 - CC du Pays du Vermandois
- 75 - CC Thiérache Sambre et Oise
- 76 - CC de la Thiérache du Centre
- 77 - CC des Trois Rivières
- 78 - CC des Portes de la Thiérache
- 79 - CC du Pays de la Serre
- 80 - CC du Val de l'Oise
- 81 - CA du Saint-Quentinois
- 82 - CA Chauny Tergnier La Fère
- 83 - CA du Pays de Laon
- 84 - CC de la Champagne Picarde
- 85 - CC Picardie des Châteaux
- 86 - CC Retz en Valois
- 87 - CA GrandSoissons Agglomération
- 88 - CC du Val de l'Aisne
- 89 - CC du Chemin des Dames
- 90 - CC du Canton d'Oulchy le Château
- 91 - CA de la Région de Château-Thierry
- 92 - CC du Canton de Charly sur Marne



# ZONE RURALE ET SECTEUR URBAIN

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. Les unités urbaines sont construites d'après la définition suivante : une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte(nt) au moins 2 000 habitants.

Le calcul de l'espace entre deux constructions est réalisé par l'analyse des bases de données sur le bâti de l'Institut national de l'information géographique et forestière (IGN). Il tient compte des coupures du tissu urbain, telles que cours d'eau en l'absence de ponts, gravières, dénivelés importants. Depuis le découpage de 2010, certains espaces publics (cimetières, stades, aéroports, parcs de stationnement...), terrains industriels ou commerciaux (usines, zones d'activités, centres commerciaux...) ont été traités comme des bâtis avec la règle des 200 mètres pour relier des zones de construction habitées, à la différence des découpages précédents où ces espaces étaient seulement annulés dans le calcul des distances entre bâtis.

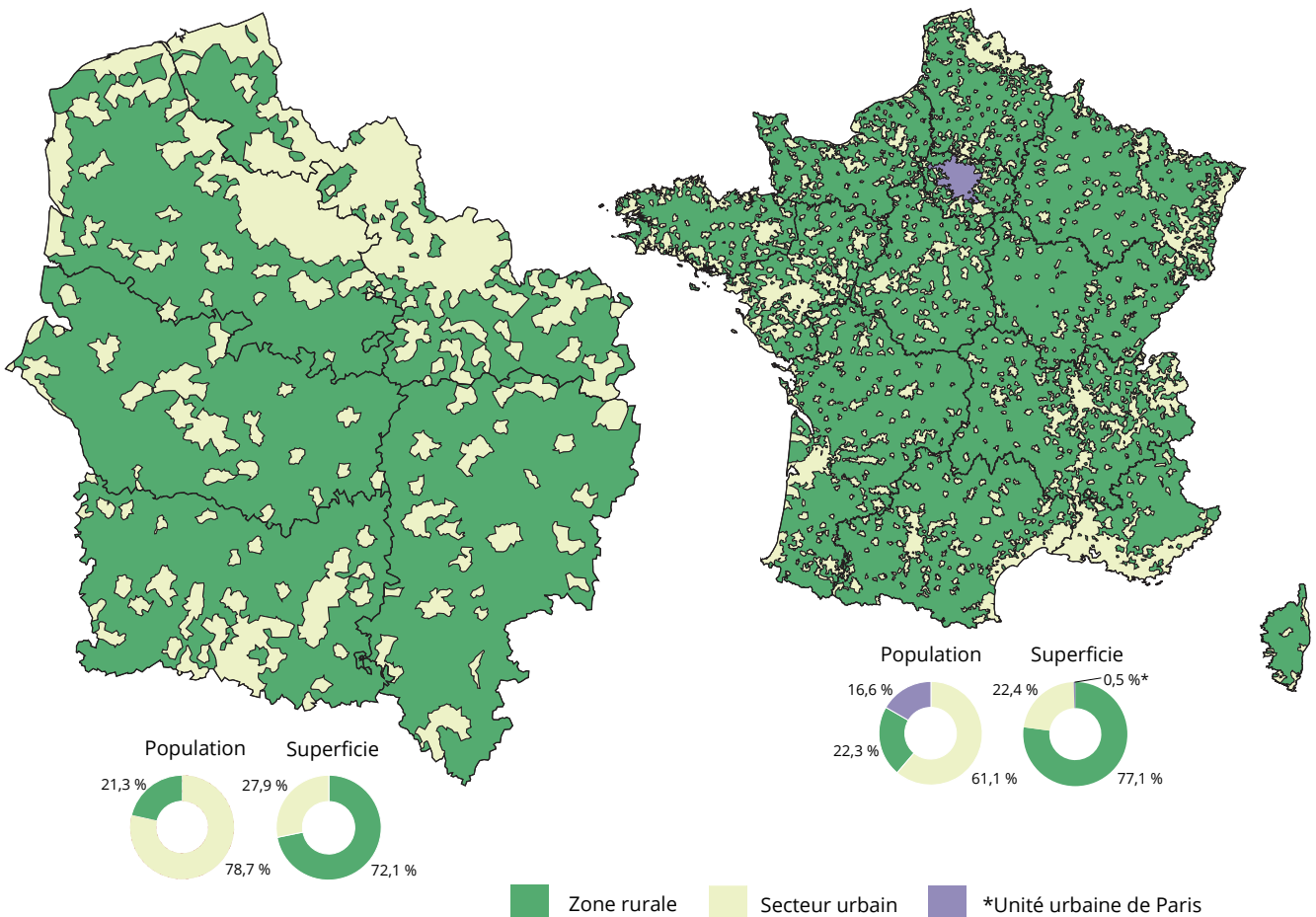
Les unités urbaines sont redéfinies périodiquement. L'actuel zonage, daté de 2020, est établi en référence à la population connue au recensement de 2017 et sur la géographie administrative du territoire au 1<sup>er</sup> janvier 2020. L'exercice précédent, daté de 2010, reposait sur le recensement de 2007 et la géographie administrative du territoire au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

La tranche d'unité urbaine 2017 indique la tranche de taille de l'unité urbaine selon le recensement de la population 2017. L'Insee fournit la version en huit modalités suivantes :

- 1 - Unité urbaine de 2 000 à 4 999 habitants
- 2 - Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants
- 3 - Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants
- 4 - Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants
- 5 - Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants
- 6 - Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants
- 7 - Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants
- 8 - Unité urbaine de Paris

Le secteur urbain considéré dans ce document correspond aux modalités 1 à 7 ; pour la France hexagonale, l'unité urbaine de Paris a été exclue du fait des caractéristiques spécifiques de sa population.

La zone rurale est composée des communes qui n'appartiennent pas à une unité urbaine.







# SIGLAIRE

---

- AAH** : Allocation aux adultes handicapés
- Adeli** : Automatisation des listes
- ALD** : Affection de longue durée
- Asip - Santé** : Agence des systèmes d'information partagés de santé
- Atih** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- Bac** : Baccalauréat
- BEPC** : Brevet d'études du premier cycle
- BIT** : Bureau international du travail
- CA** : Communauté d'agglomération
- CC** : Communauté de communes
- CCMSA** : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
- CépiDc** : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
- CH** : Centre hospitalier
- Cim** : Classification internationale des maladies
- Cnaf** : Caisse nationale d'allocations familiales
- Cnam** : Caisse nationale de l'assurance maladie
- CNRSI** : Caisse nationale du régime social des indépendants
- CU** : Communauté urbaine
- DGFIP** : Direction générale des Finances publiques
- Drees** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EPCI** : Établissement public de coopération intercommunale
- Fnors** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
- HAD** : Hospitalisation à domicile
- HAS** : Haute Autorité de santé
- ICF** : Indice conjoncturel de fécondité
- Insee** : Institut national de la statistique et des études économiques
- Inserm** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- Max** : Maximum
- MCO** : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- Mel** : Métropole européenne de Lille
- Min** : Minimum
- Notre** : Nouvelle organisation territoriale de la République (loi du 7 août 2015)
- O.R.L** : Oto-Rhino-Laryngologie
- OR2S** : Observatoire régional de la santé et du social
- PCS** : Profession et catégorie socio-professionnelle
- PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- RP** : Recensement de la population
- RPPS** : Répertoire partagé des professionnels de santé
- RSA** : Revenu de solidarité active
- RUM** : Résumé d'unité médicale
- SAE** : Statistique annuelle des établissements
- SNDS** : Système national des données de santé
- SMR** : Soins médicaux et de réadaptation
- TDS** : Territoire de démocratie sanitaire
- USLD** : Unité de soins de longue durée
- VADS** : Voies aérodigestives supérieures

Ce document a été réalisé en janvier 2026 par Romain Dussauçoy, Alain Trugeon,  
Cindy Alix, Thibaut Balcaen, Sophie Debuissier et Nadège Thomas.  
Il a été mis en page par Sylvie Bonin.

Une grande partie des éléments quantitatifs présentés dans ce document  
ont été élaborés en s'appuyant sur les outils de traitement de l'information développés au sein de l'OR2S,  
outils financés dans les Hauts-de-France par le Conseil régional et l'Agence régionale de santé.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL  
Faculté de médecine, 3, rue des Louvels - 80036 AMIENS Cedex 1 - Tél : 03 22 82 77 24  
E-Mail : [info@or2s.fr](mailto:info@or2s.fr) - Site Internet : [www.or2s.fr](http://www.or2s.fr)

CONSEIL RÉGIONAL HAUTS-DE-FRANCE  
151, avenue du président Hoover - 59555 LILLE Cedex - Tél : 03 74 27 00 00  
Site Internet : [www.hautsdefrance.fr](http://www.hautsdefrance.fr)

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE  
556 avenue Willy Brandt - 59777 EURALILLE - Tél : 0 809 40 20 32  
Site Internet : [www.hauts-de-france.ars.sante.fr](http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr)





# PORTRAIT SOCIO-SANITAIRE

## HAUTS-DE-FRANCE

### SITUATIONS RÉGIONALE ET INFRARÉGIONALES

JANVIER 2026

**AU** 1<sup>er</sup> janvier 2026, la population estimée des Hauts-de-France est de 5,95 millions d'habitants, en légère décroissance depuis une dizaine d'années. C'est dans ce contexte démographique qu'est réalisé ce nouveau portrait socio-sanitaire présentant les situations régionales et infrarégionales. Il présente les différents indicateurs sur l'« après » Covid-19, mais les évolutions sur de plus ou moins longues années antérieures permettent de mesurer l'impact de la crise sanitaire dans la région. Ce document a pour objet de faire ressortir toutes les fragilités et forces des Hauts-de-France prenant en compte ces particularités que ce soit en termes démographiques, de gradient social ou territoriales.