



DIAGNOSTIC TERRITORIALISÉ DES HAUTS-DE-FRANCE

TERRITOIRES DE PROXIMITÉ



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

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

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

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

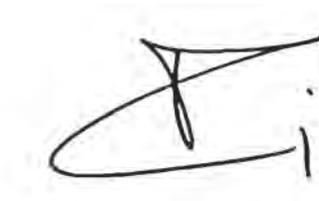
Ce premier diagnostic de la grande région a le mérite de poser les principales problématiques et enjeux de santé auxquels nous serons confrontés dans les années à venir. Il nous permet, outre de situer les Hauts-de-France en regard du niveau national, de comparer les territoires de la région les uns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

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

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

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

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

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Ricomes', written over a light blue circular stamp.

SITUATION SOCIO DÉMOGRAPHIQUE

p. 7

ÉTAT DE SANTÉ

p. 19

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

p. 49

VUE D'ENSEMBLE

p. 75

ANNEXES

p. 79

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

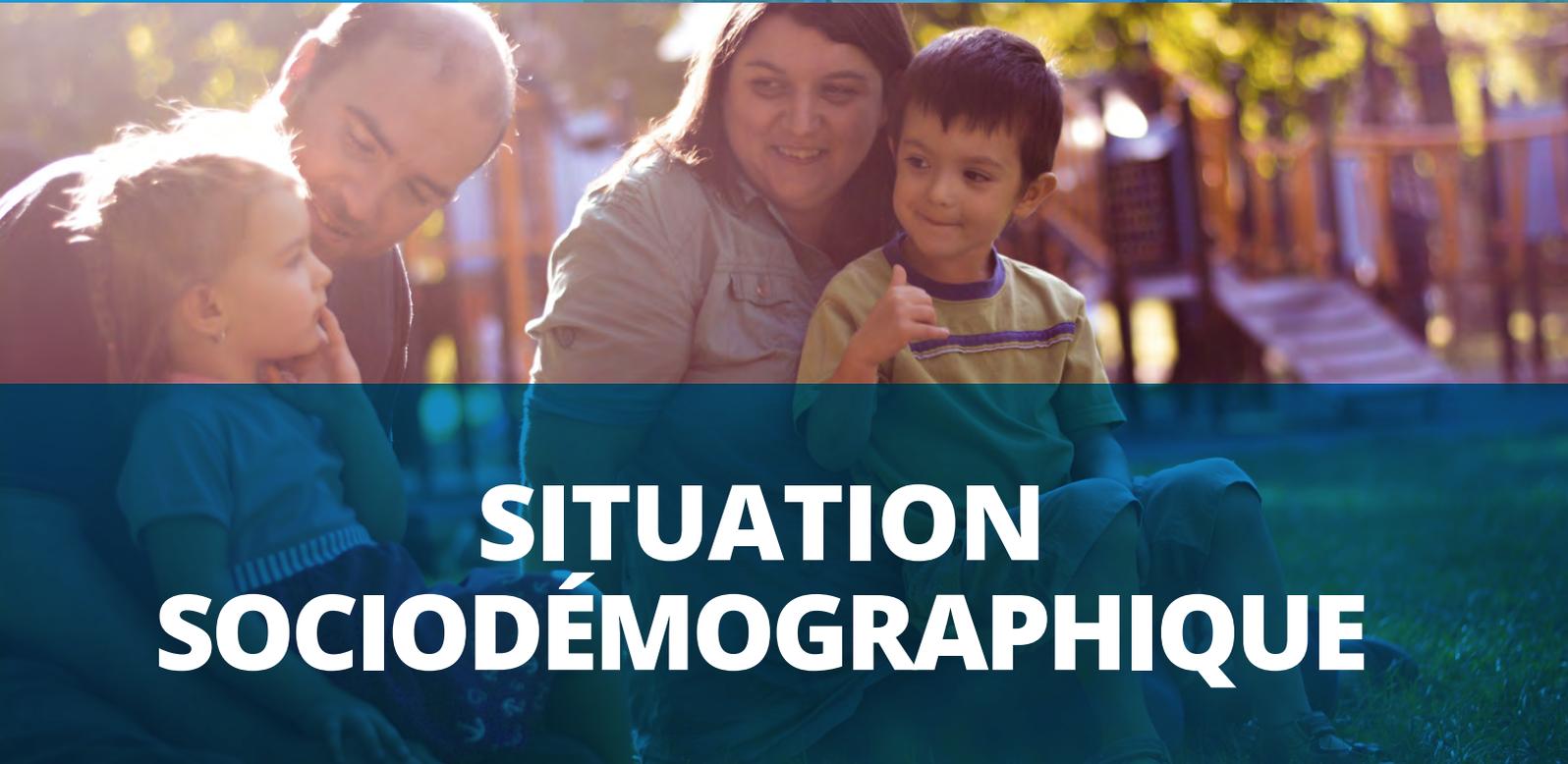
Si ces territoires se sont avérés pertinents pour l'analyse des situations, d'autres choix territoriaux pourront s'opérer pour organiser la réponse aux besoins identifiés. C'est une des missions du PRS que de définir la bonne adéquation entre l'offre et les besoins.

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

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

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

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



SITUATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

La situation sociodémographique est principalement abordée à partir des données de l'Institut national des statistiques et des études économiques (Insee), tout particulièrement celles issues du recensement de la population de 2013¹. L'Insee fournit aussi des informations à travers l'état civil, en ce qui concerne les naissances et les taux de fécondité qui en découlent. Le ministère de l'Économie et des Finances met à disposition des informations sur les revenus des ménages et la part de foyers fiscaux non imposés. Pour tout ce qui a trait aux allocations et prestations sociales, la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole fournissent les données pour leurs affiliés respectifs. Elles sont cumulées dans le présent document. L'Assurance maladie produit les données relatives à la couverture maladie universelle. Enfin, pour le logement social, le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS) provient du ministère du Logement et de l'Habitat durable.

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

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

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

La région en regard du niveau national

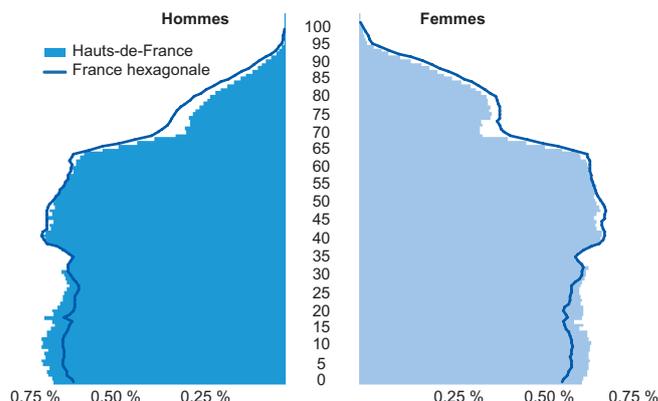
Les Hauts-de-France avec un peu plus de six millions d'habitants au 1^{er} janvier 2017 arrivent au troisième rang des régions les plus peuplées de France hexagonale après l'Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes, et même au deuxième pour la densité après la région francilienne (188 habitants au km² contre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

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

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

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

PYRAMIDE DES ÂGES AU 1^{ER} JANVIER 2013



Source : Insee - Exploitation OR2S

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ taux standardisés sur l'âge et le genre.

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

FAITS MARQUANTS EN RÉGION

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

Population

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

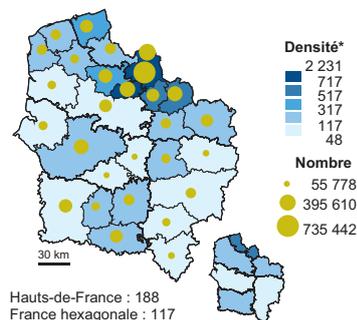
Le peuplement des vingt-huit territoires de proximité est hétérogène, avec une opposition Nord/Sud fortement marquée. Ainsi, au 1^{er} janvier 2013, avec plus de 735 000 habitants recensés, le territoire de proximité de Lille compte à lui seul plus de population que les départements de l'Aisne ou de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

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

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

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

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



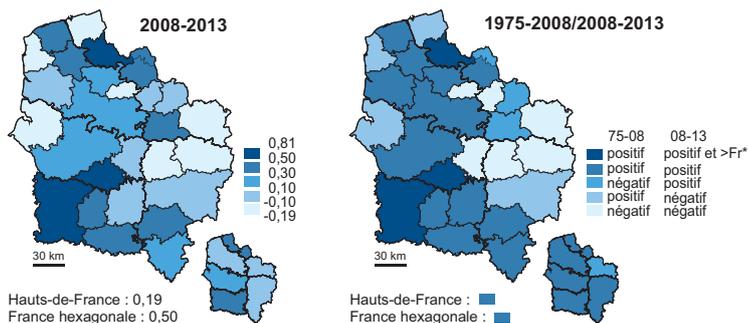
* nombre d'habitants au km²

Source : Insee - Exploitation OR2S

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

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

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



* supérieur au taux d'accroissement de France hexagonale

Source : Insee - Exploitation OR2S

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

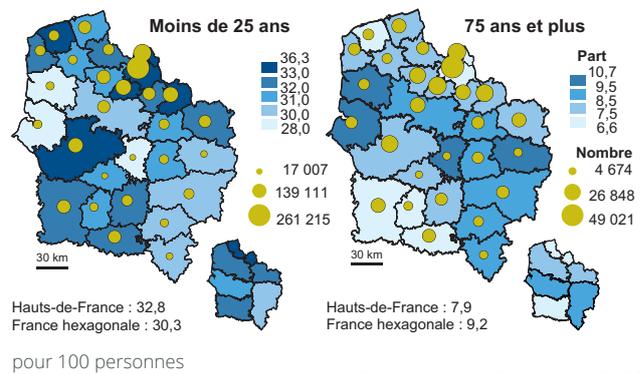
Au 1^{er} janvier 2013, la répartition par grands groupes d'âge (cf. pyramide page 8) souligne une moindre proportion de personnes âgées de 75 ans et plus dans les Hauts-de-France en regard de la moyenne nationale (respectivement 7,9 % et 9,2 %) et une plus grande proportion de moins de 25 ans (32,8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

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

...de même que pour le rapport de dépendance

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

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

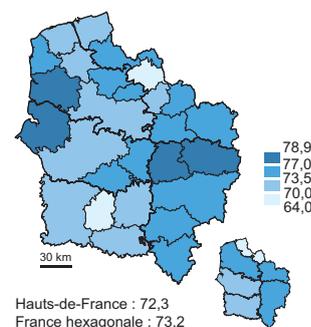


Source : Insee - Exploitation OR2S

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

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

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



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

Source : Insee - Exploitation OR2S

¹ cf. renvoi 1 page 8.

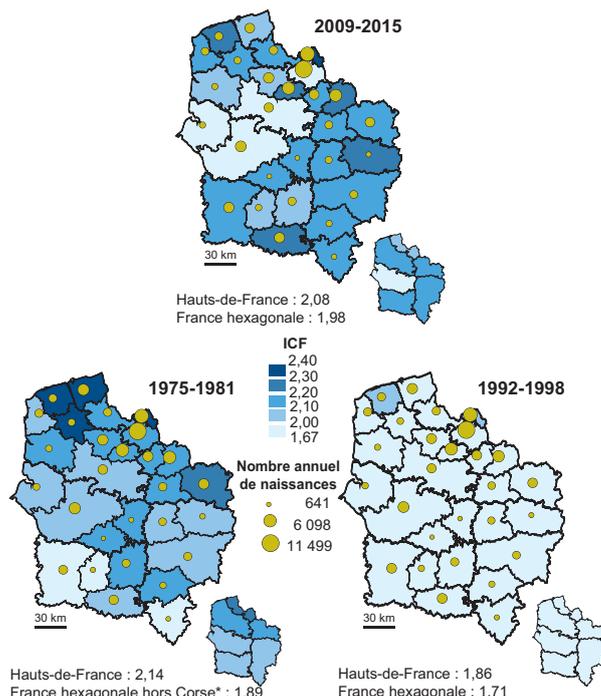
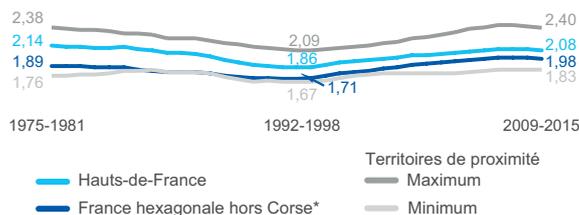
² cf. * du graphique ci-dessus.

Naissances et fécondité

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

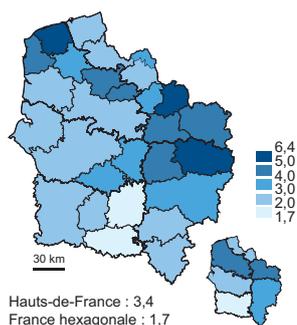
Avec près de 80 000 naissances en moyenne annuelle sur la période 2009-2015, les Hauts-de-France présentent l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) le plus important des régions hexagonales. La courbe ci-contre montre que le territoire de proximité qui présente l'ICF le plus faible a pu se retrouver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

ÉVOLUTION DE L'INDICE CONJONCTUREL DE FÉCONDITÉ



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

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



taux pour 1 000 femmes de 12-17 ans

Source : Insee - Exploitation OR2S

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

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

Ménages et familles

Une opposition Nord-Est/Sud-Ouest fréquente

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

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

Le Sambre Avesnois particulièrement concerné par les différentes fragilités familiales

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

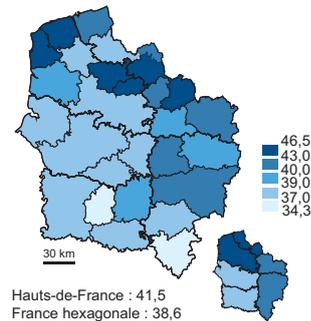
Une **famille** au sens de l'Insee est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée :

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

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

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

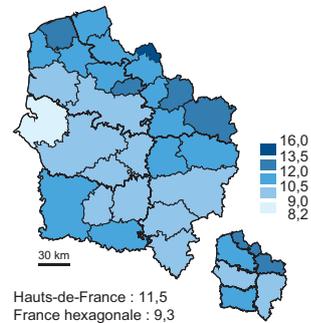
PERSONNES SEULES DE 75 ANS ET PLUS AU 1^{ER} JANVIER 2013



pour 100 personnes de 75 ans et plus

Source : Insee - Exploitation OR2S

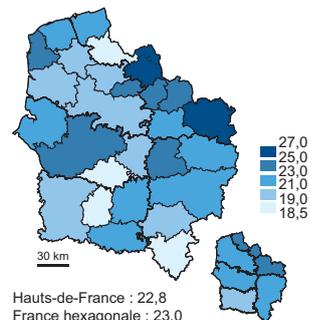
FAMILLES DE TROIS ENFANTS OU PLUS DE MOINS DE 25 ANS AU 1^{ER} JANVIER 2013



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

Source : Insee - Exploitation OR2S

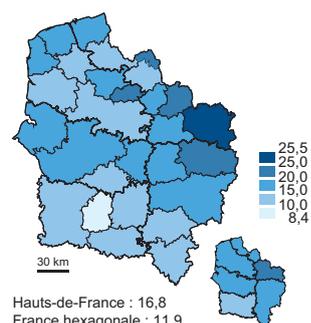
FAMILLES MONOPARENTALES AVEC ENFANTS DE MOINS DE 25 ANS AU 1^{ER} JANVIER 2013



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

Source : Insee - Exploitation OR2S

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



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

Source : Insee - Exploitation OR2S

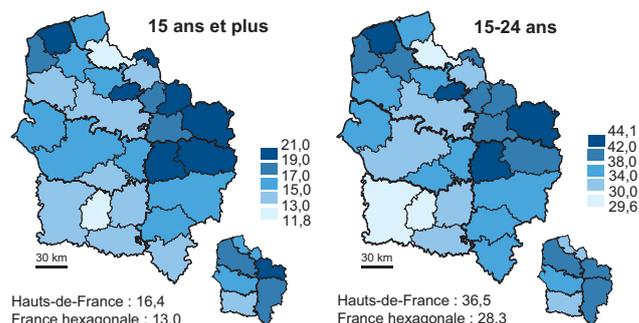
Éducation, emploi et revenus

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

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

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

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

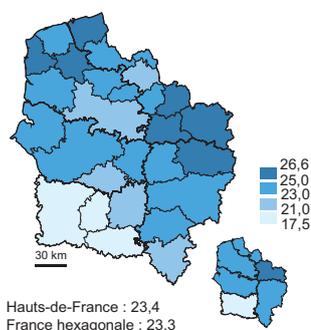


taux pour 100 actifs

Source : Insee - Exploitation OR2S

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

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



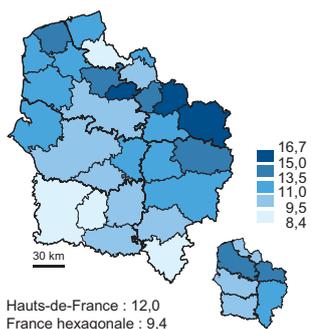
pour 100 actifs de 25-54 ans ayant un emploi salarié
* emploi salarié autre qu'un CDI à temps plein. Cet indicateur ne fait pas la distinction entre les CDI à temps partiel choisis et ceux qui sont subis
Source : Insee - Exploitation OR2S

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

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

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

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



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

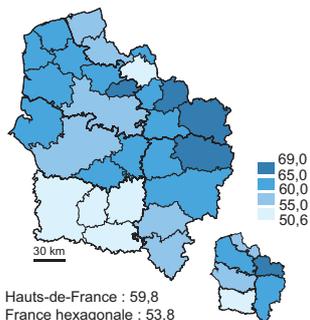
¹ cf. renvoi 2 page 8.

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

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

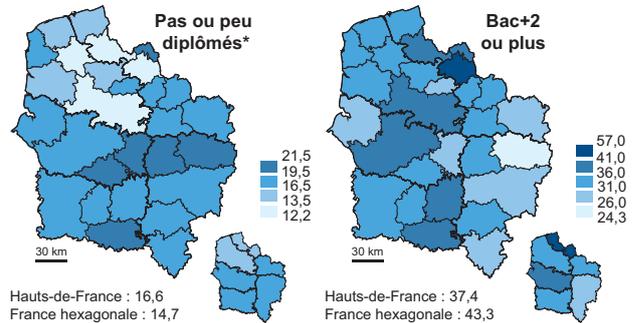
Près de 2 points séparent le pourcentage de personnes de 25-34 ans pas ou peu diplômées des Hauts-de-France de leurs homologues du niveau national (respectivement 16,6 % et 14,7 %). Cela retentit naturellement au niveau des territoires de proximité qui, pour certains, présentent des valeurs très élevées.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

FOYERS FISCAUX NON IMPOSÉS SUR LE REVENU EN 2014



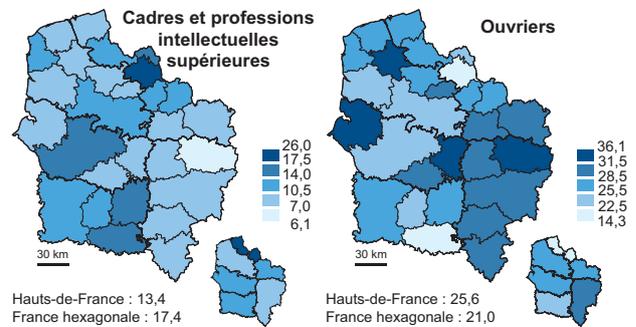
pour 100 foyers fiscaux
Source : Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP - Exploitation OR2S

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



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

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



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

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

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

Allocations et autres prestations

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

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

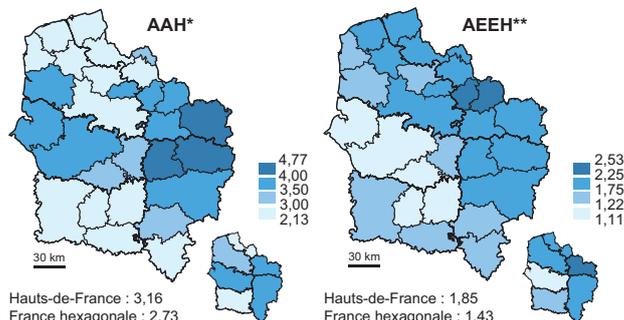
Pour l'AEEH, la Somme présente à l'inverse des valeurs plus faibles avec un prolongement sur la partie nord-est de l'Oise. C'est dans le Douaisis et le Valenciennois que les taux d'AEEH sont les plus élevés : près du double de la moyenne nationale. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)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

...qui ressort aussi pour la CMUC

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

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

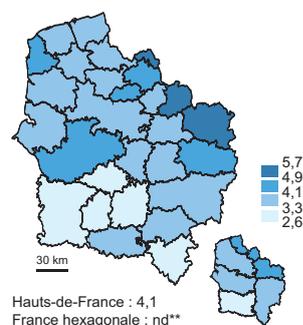
ALLOCATIONS POUR PERSONNES HANDICAPÉES AU 31 DÉCEMBRE 2014



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

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee - Exploitation OR2S

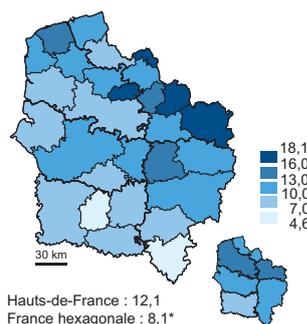
ALLOCATION DE SOLIDARITÉ AUX PERSONNES ÂGÉES* AU 31 DÉCEMBRE 2015



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

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

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE EN 2015



pour 100 habitants
* valeur estimée

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

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

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

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

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

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

Allocations et logement

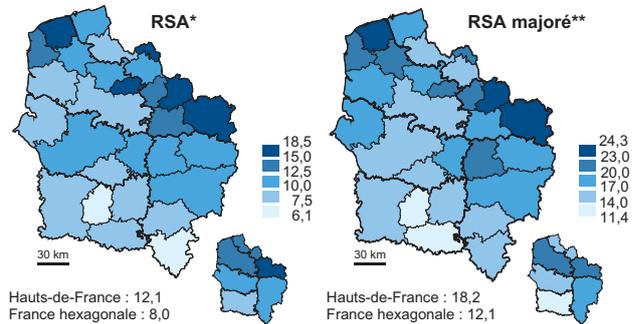
Davantage d'allocataires du RSA dans le Calaisis et dans le Nord-Est

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

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

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

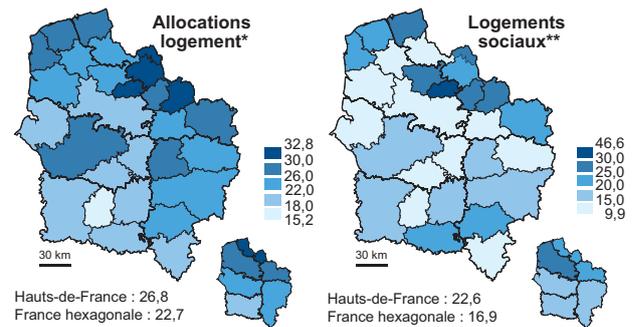
REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE AU 31 DÉCEMBRE 2014



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

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee - Exploitation OR2S

AUTOUR DU LOGEMENT FIN 2014 DÉBUT 2015



* pour 100 ménages, au 31 décembre 2014

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

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

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

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

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

ÉTAT DE SANTÉ

L'état de santé est principalement abordé à partir de deux sources de données, celle établie par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm et celle relative aux affections de longue durée (ALD). Ces dernières données permettent d'approcher une certaine forme de morbidité diagnostiquée : seuls les patients dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisés¹.

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

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

¹ aussi, certains territoires peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation en regard de la pathologie abordée se trouve dans une situation plus favorable sur ces territoires.

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

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

La région en regard du niveau national

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

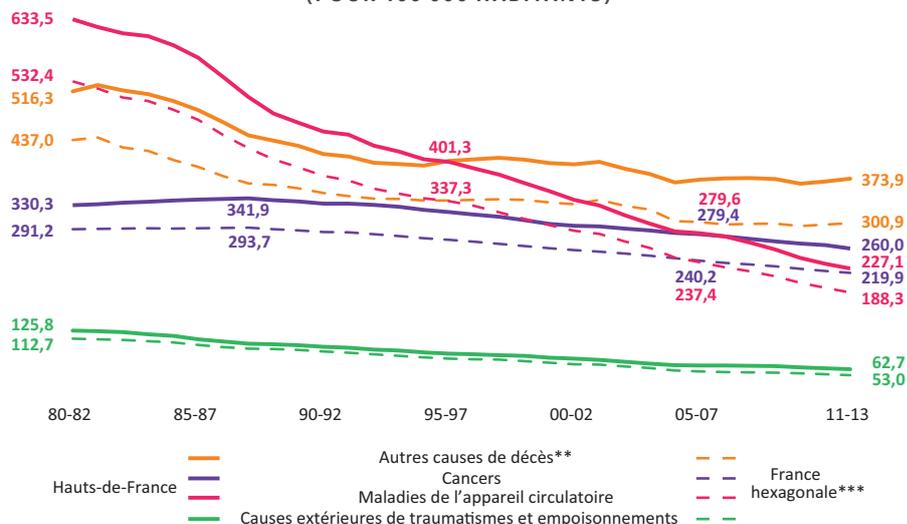
En revanche, l'écart avec le niveau national correspondant est plus faible en zones rurales : un peu plus de 10 % chez les hommes comme chez les femmes.

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

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

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

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



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

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

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

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FAITS MARQUANTS EN RÉGION

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

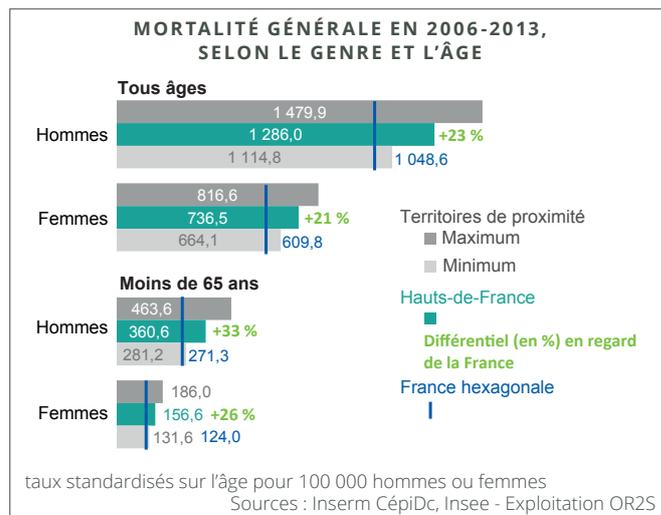
Constat général

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

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

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

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



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

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

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

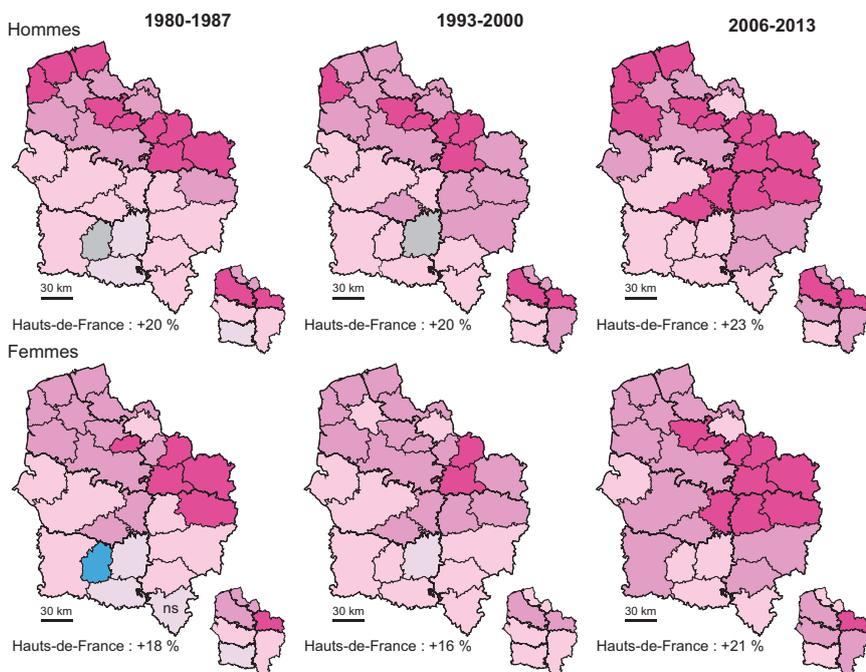
bien retrouvé tous genres confondus que pour chaque genre, Valois - Halatte - Creil se démarque avec un surplus de mortalité en regard de la France un peu plus marqué chez les femmes que chez les hommes (+14 % versus +6 %).

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

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

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

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



En regard du niveau national :

taux plus faible pas de différence significative taux plus élevé

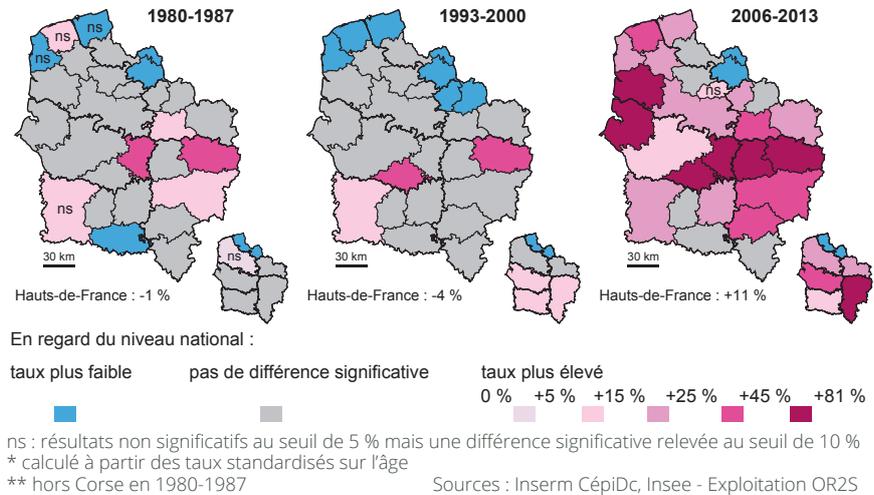
0 % +5 % +15 % +25 % +41 %

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

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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

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



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

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

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

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

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

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

Une mortalité infantile proche du niveau national ces dernières années

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

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

Cancers

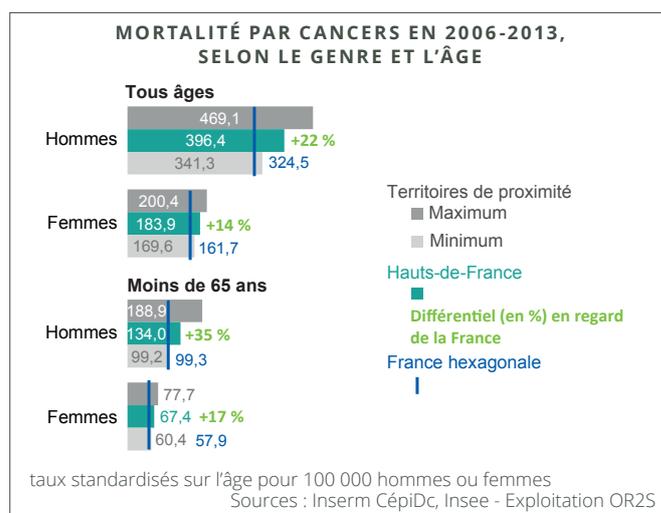
Tant pour les décès que pour les ALD, les cancers davantage présents en région, notamment pour les hommes de moins de 65 ans

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

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

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

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

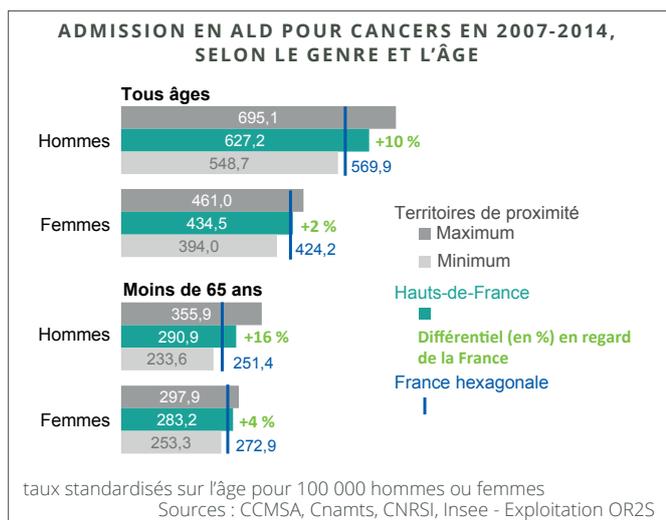


entre +7 % et +34 %. Concernant les admissions en ALD, le constat est un peu différent. Ainsi, un quart des territoires de proximité connaît un taux standardisé qui ne diffère pas de celui de la France. Pour les autres, les taux sont plus élevés (variant de +2 % à +12 %)¹. D'une manière générale, les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

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

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

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



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

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

La **codification des causes médicales** a été modifiée à partir de 2000, la dixième révision de la Classification internationale des maladies (Cim 10) remplaçant la neuvième révision (Cim 9) utilisée depuis 1979. Ces modifications se caractérisent par une réorganisation des chapitres de la classification et par le changement du mode de codage. L'analyse des évolutions par cause de décès a nécessité un travail de correspondance entre la version actuelle et la précédente. Deux autres codifications sont utilisées pour traiter les évolutions : une version réduite de la Cim 9 dite « S9 » et une version pour certaines pathologies non prises en compte dans la S9 dite « non S9 ». Pour présenter l'état des lieux actuel, la codification en Cim 10 a été utilisée mais les analyses d'évolution reposent sur l'équivalent en « S9 » et « non S9 ». Ceci explique que, pour la période 2006-2013, les chiffres peuvent varier légèrement selon qu'il s'agisse de l'état des lieux actuel ou des évolutions.

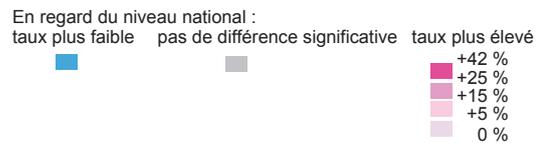
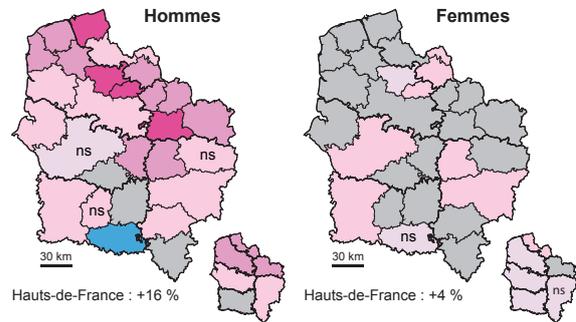
le Montreuillois a une mortalité masculine par cancers particulièrement élevée (+26 % par rapport à la France), ceci étant aussi retrouvé pour les ALD.

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

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

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

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



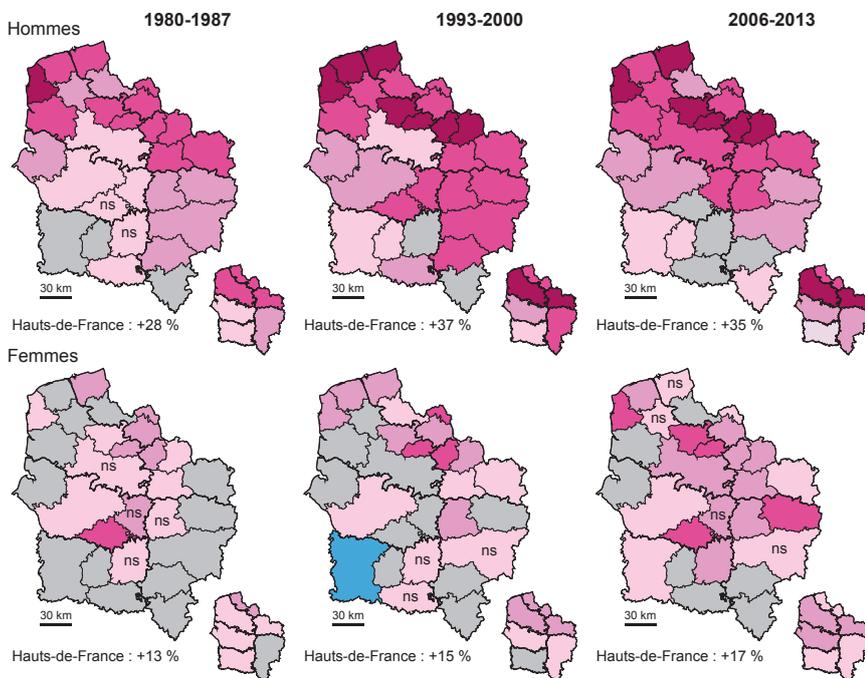
ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

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

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

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



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

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge, chez les personnes de moins de 65 ans

** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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

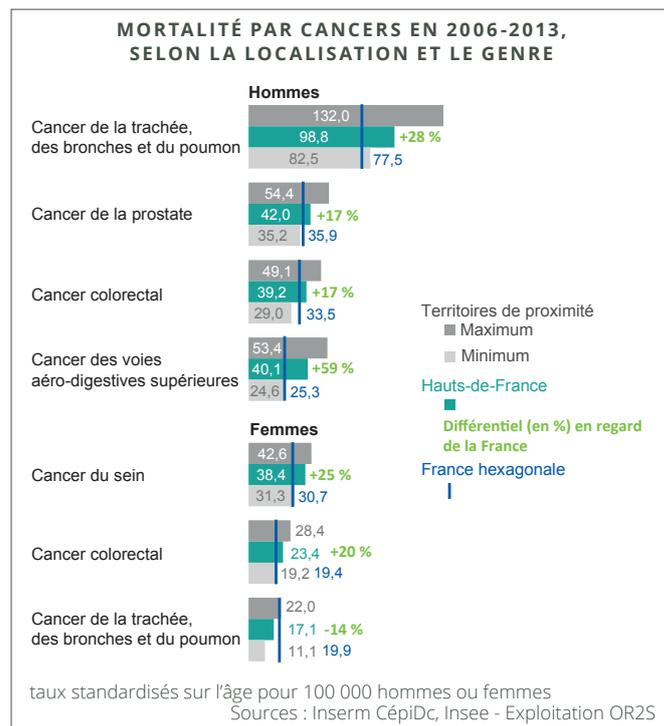
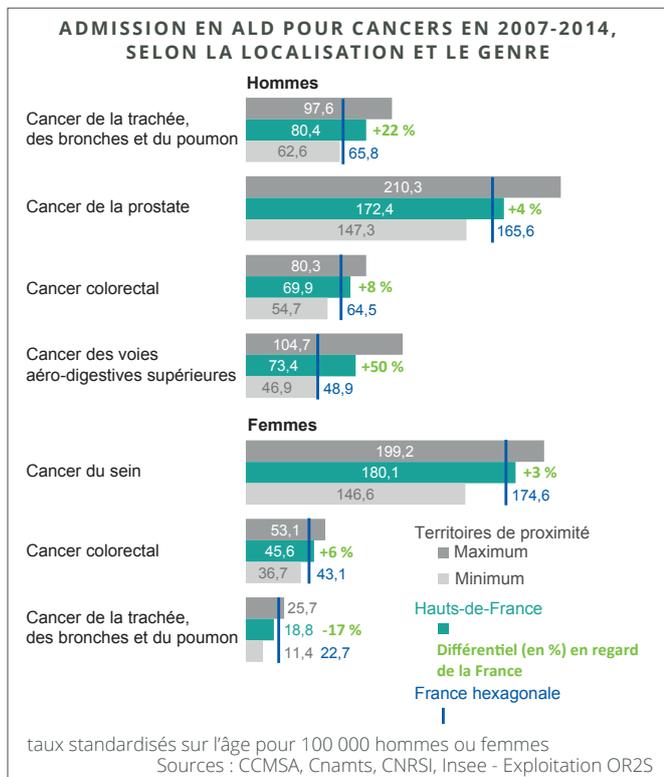
La mortalité par cancers a baissé pour tous les territoires de proximité. En regard de la France, les différentiels de mortalité tous âges et tous genres d'une majorité de territoires ont peu évolué, contrairement à ce qui est relevé pour les moins de 65 ans¹. Ainsi, certains territoires de proximité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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

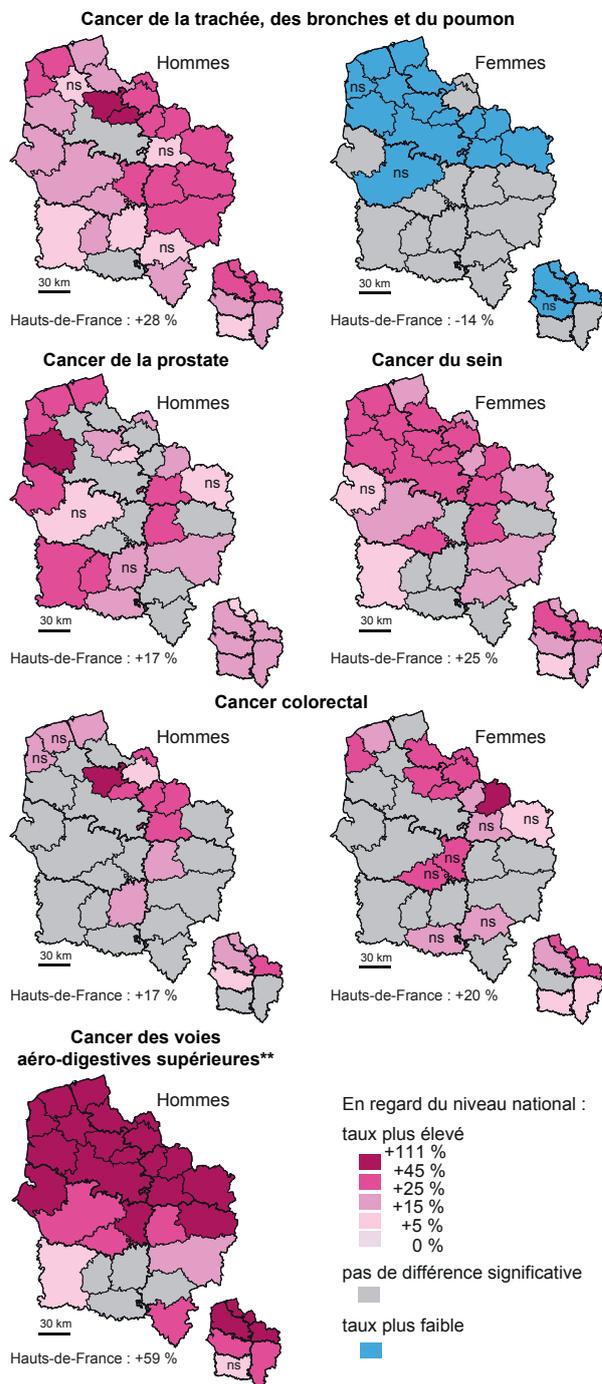
Plus forte mortalité masculine dans l'Est pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et dans le nord de la région pour celui des VADS

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

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

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

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



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

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

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

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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

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

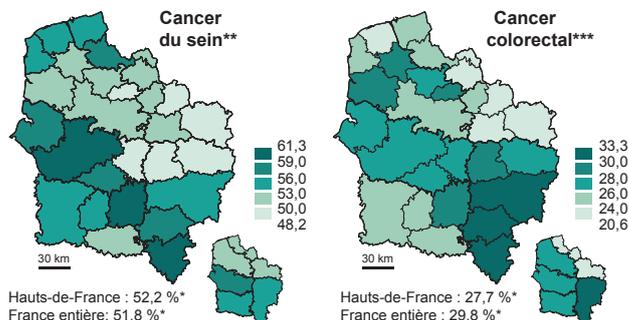
Plus forte mortalité par cancer de la prostate à l'Ouest et taux d'admission en ALD les plus élevés à l'Est

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

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

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

PARTICIPATION AUX DÉPISTAGES ORGANISÉS* DES CANCERS DU SEIN ET COLORECTAL



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

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

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

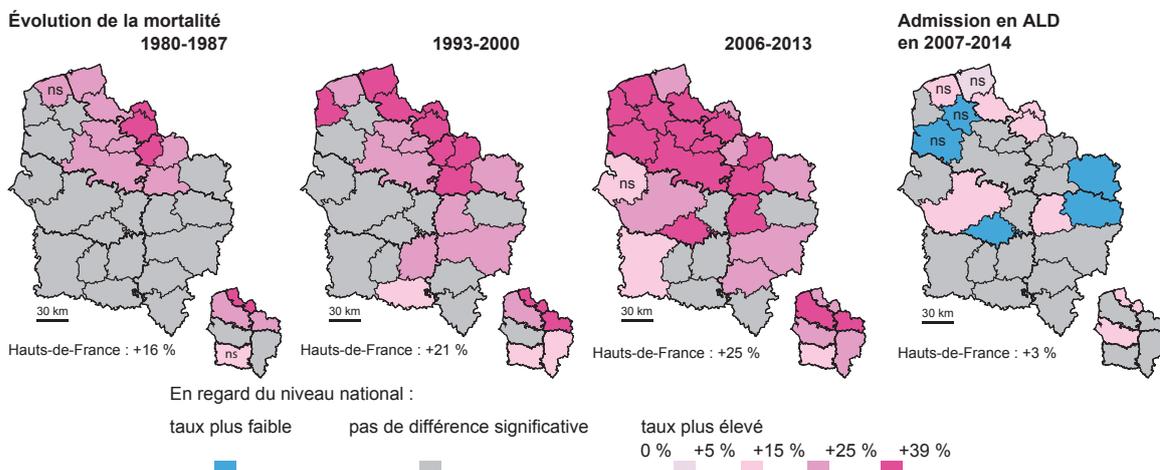
Sources : ADCN, Adécaso, Adema 80, Aisne Préventis, Opaline 62, ARS des Hauts-de-France, InVS, Insee - Exploitation OR2S

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

Faibles participations aux dépistages organisés au Nord

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

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



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

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

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

Maladies de l'appareil circulatoire

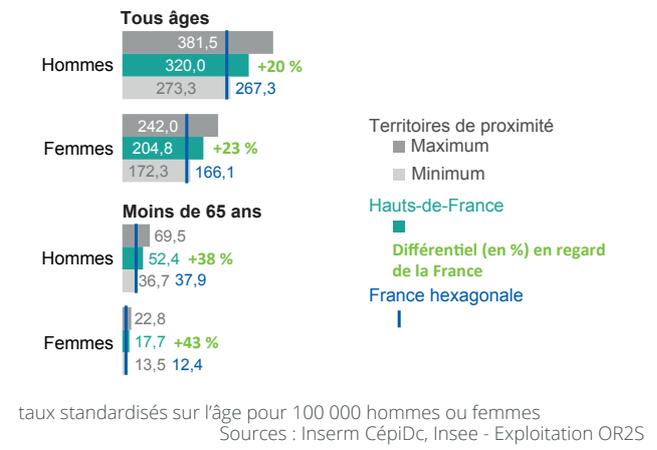
Les maladies cardiovasculaires demeurent la première cause de décès dans quelques territoires de proximité

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

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

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

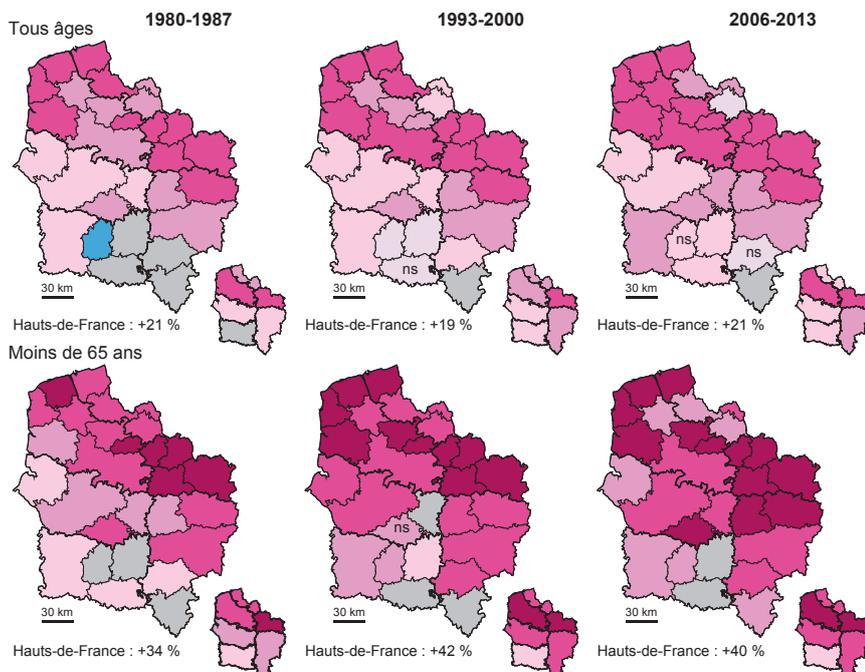
MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN 2006-2013, SELON LE GENRE ET L'ÂGE



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

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

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



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

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

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

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

En regard du niveau national :
 taux plus faible pas de différence significative taux plus élevé
 0 % +5 % +15 % +25 % +45 % +75 %

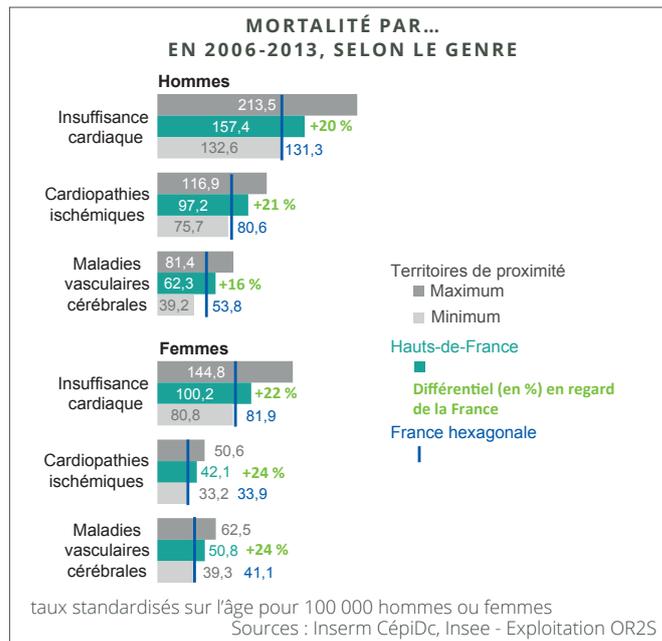
ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
 * calculé à partir des taux standardisés sur l'âge
 ** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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

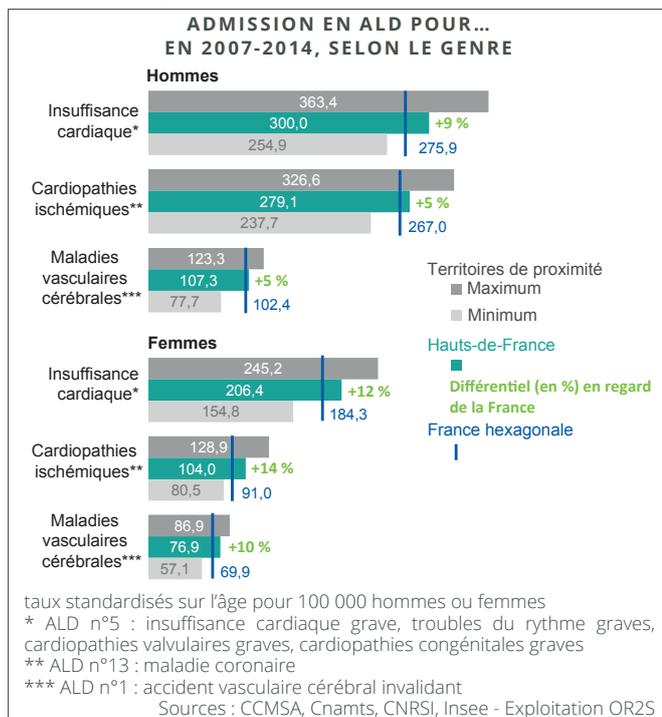
Au sein des maladies cardiovasculaires, les taux de mortalité par insuffisance cardiaque (un peu plus de 6 500 décès¹ en moyenne annuelle en 2006-2013), par cardiopathies ischémiques (3 500 décès) et par maladies vasculaires cérébrales (3 000 décès) sont plus élevés dans les Hauts-de-France que sur l'ensemble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

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



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

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



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

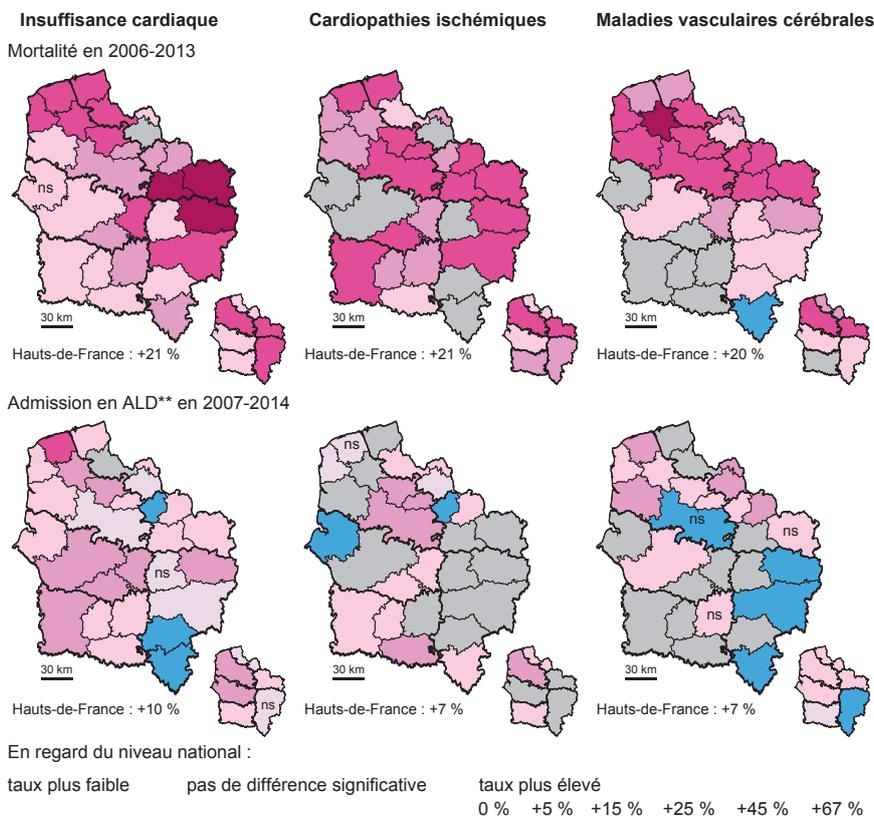
² sur la période 2007-2014, ce sont en moyenne annuelle 13 220 admissions en ALD pour insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD n°5) qui concernent des personnes domiciliées dans les Hauts-de-France, 10 000 pour la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

Une évolution de la mortalité par cardiopathies ischémiques particulièrement hétérogène

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

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

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



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

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

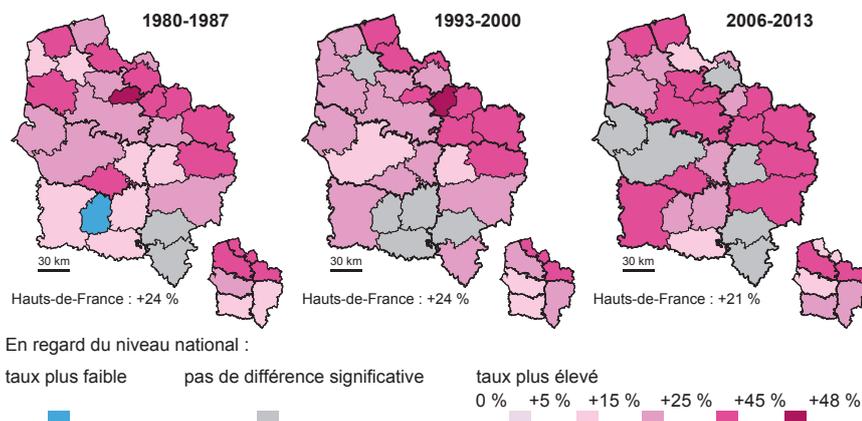
** les intitulés exacts des ALD considérées sont : insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD n°5) ; maladie coronaire (ALD n°13) ; accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n°1)

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

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

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

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



* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Maladies de l'appareil respiratoire

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

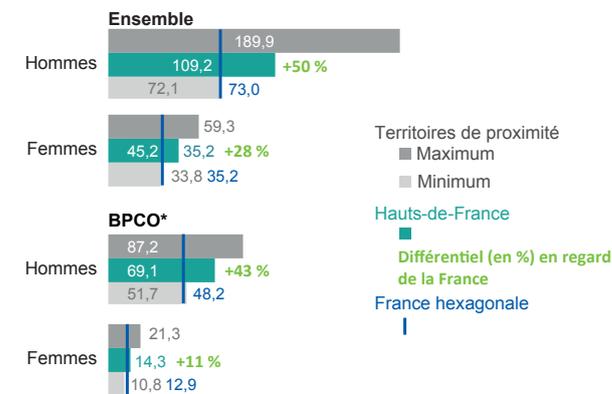
Dans les Hauts-de-France, avec près de 3 700 décès en moyenne annuelle en 2006-2013, les maladies de l'appareil respiratoire arrivent au quatrième rang des causes de décès¹. La surmortalité relevée en région, en regard de la France, est plus marquée que pour la mortalité générale et les trois premières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

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

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

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

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



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

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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

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

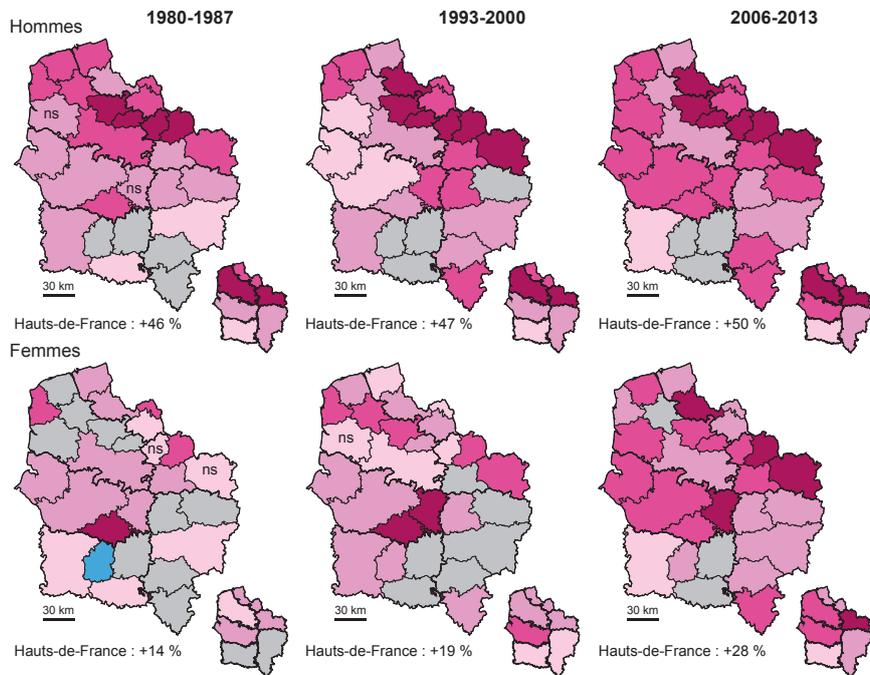
ces quatre territoires et toujours en comparaison avec la France, une forte mortalité masculine est observée depuis le début de la période d'étude. Dans ces territoires correspondant au bassin minier, la mortalité masculine par silicose y est très élevée : le taux de Lens - Hénin est 55 fois plus important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

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

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

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

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



En regard du niveau national :

taux plus faible pas de différence significative taux plus élevé

0 % +5 % +15 % +25 % +45 % +163 %

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

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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

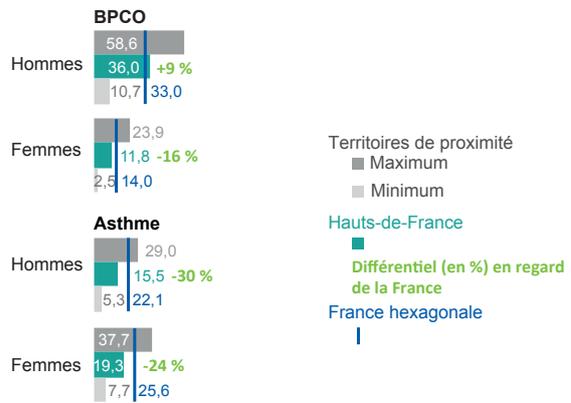
Au sein des maladies de l'appareil respiratoire, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la cause de 1 900 décès¹ en région en moyenne annuelle en 2006-2013, dont 73 % d'hommes pour les Hauts-de-France et 68 % pour l'Hexagone. Chez les hommes, une forte surmortalité est relevée : le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

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

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

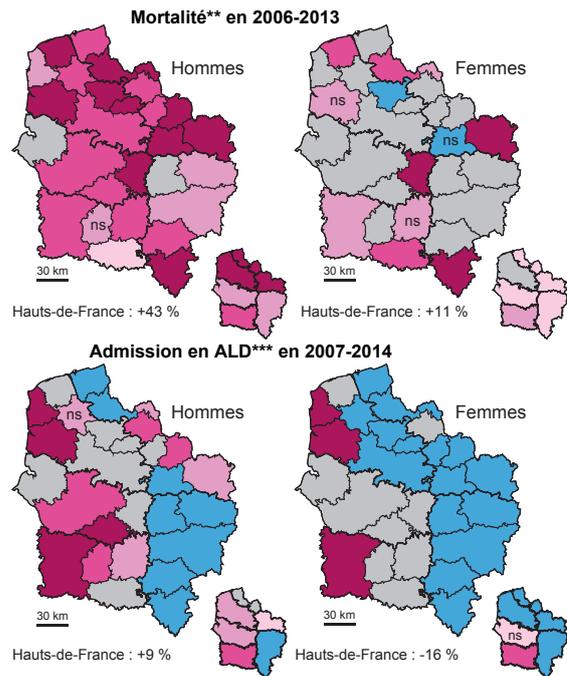
¹ contrairement à l'ensemble des maladies de l'appareil respiratoire considérées en cause principale de décès, ce sont la cause principale, les causes associées et les comorbidités qui sont prises en compte pour la BPCO.
² les plus faibles taux peuvent être le reflet d'une pathologie moins fréquente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

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



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

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



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

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

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

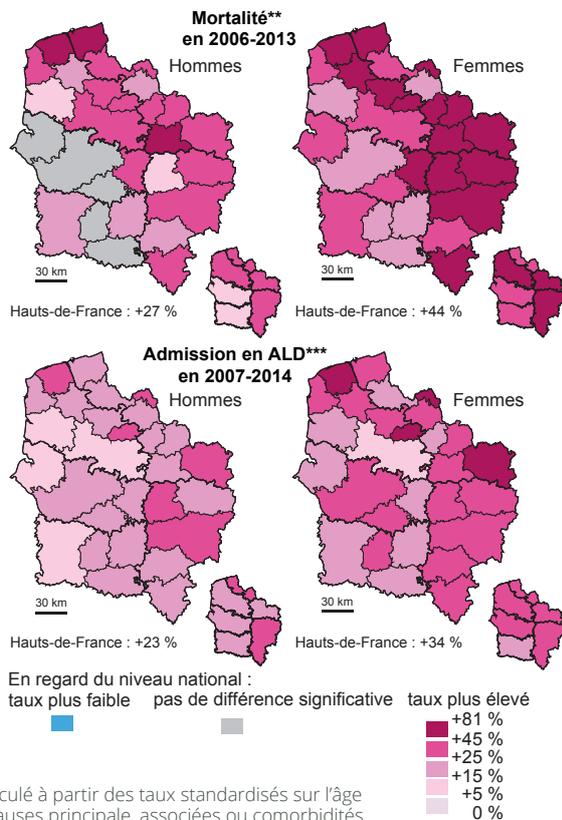
Diabète

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

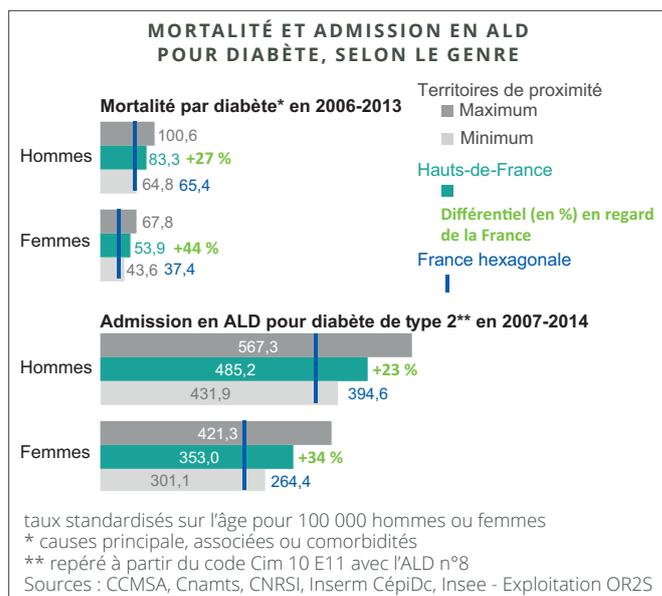
En 2006-2013, avec 3 644 décès par diabète en moyenne annuelle, la région présente une surmortalité par rapport à la France de 35 %. Le différentiel est plus élevé chez les femmes : +44 % *versus* +27 % chez les hommes. Un constat similaire est porté pour les admissions en ALD pour diabète de type 2.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

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

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



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



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

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

Un différentiel entre la région et la France qui se creuse

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

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

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

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

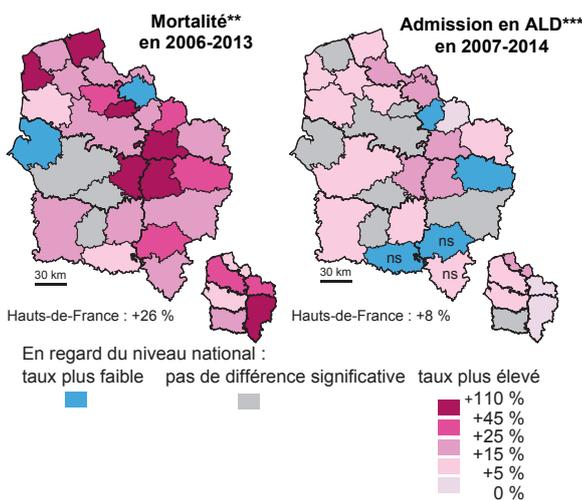
Maladie d'Alzheimer

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

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

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

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



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

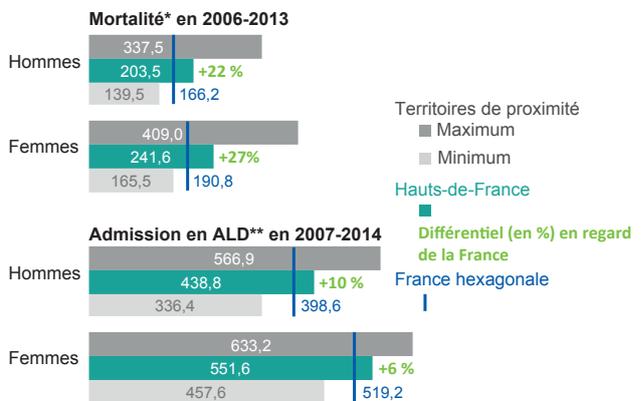
* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** causes principale, associées ou comorbidités

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

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

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



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

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

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

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

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

² 98 admissions sont dénombrées avant 60 ans.

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

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

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

Maladie de Parkinson

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

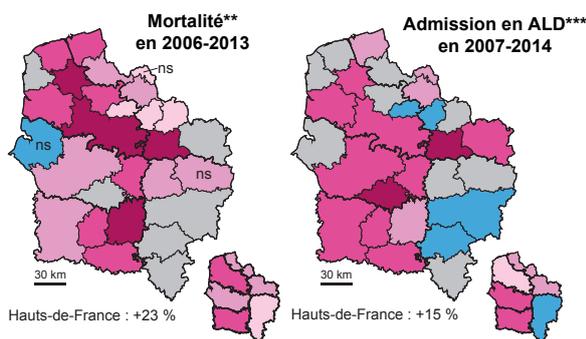
Sur la période 2006-2013, 455 hommes et 412 femmes de 60 ans et plus¹ domiciliés dans les Hauts-de-France sont décédés du fait de la maladie de Parkinson, en moyenne chaque année. Concernant les affections de longue durée, toujours chez les 60 ans et plus, ce sont en moyenne annuelle 722 hommes et 707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

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

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

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

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



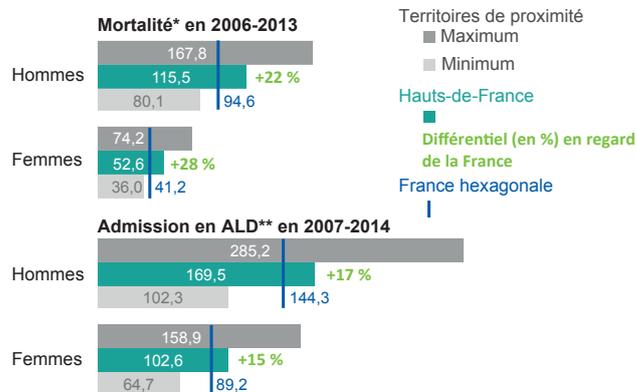
En regard du niveau national :
 ■ taux plus faible ■ pas de différence significative ■ taux plus élevé

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

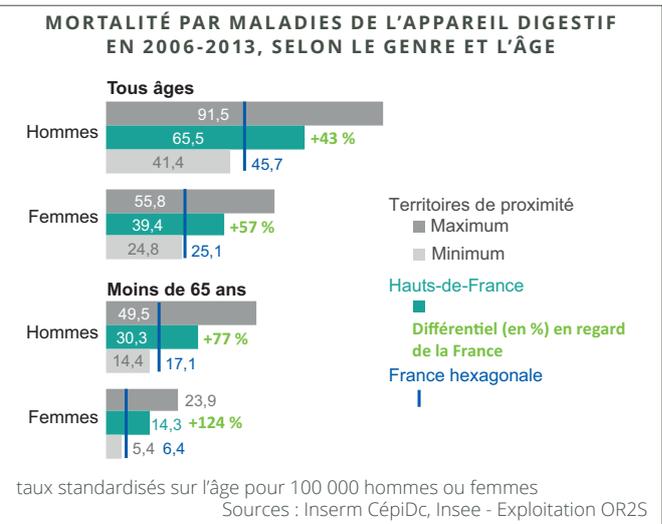
⁴ l'analyse de l'évolution de la mortalité par maladie de Parkinson ne peut pas être effectuée avant 2000 (année du passage à la Cim 10, où les causes associées et comorbidités sont alors disponibles dans les bases traitées).

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

Maladies de l'appareil digestif

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

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



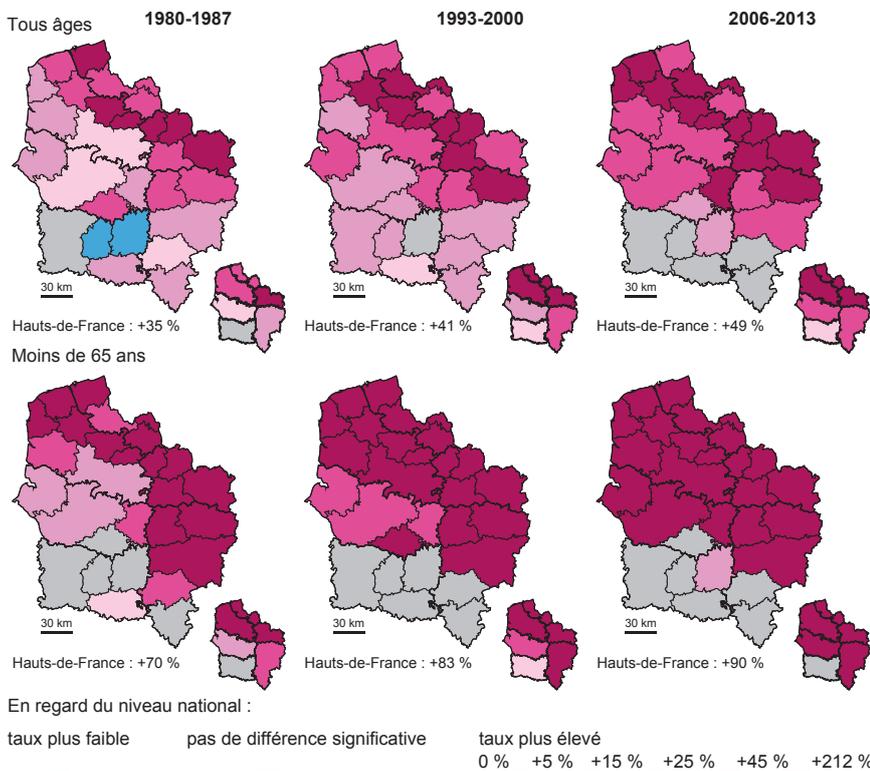
Si la situation s'est améliorée au Sud, le différentiel de mortalité avec la France ne cesse de croître pour une majorité de territoires

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

Des taux d'ALD plus élevés en région

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

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



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

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

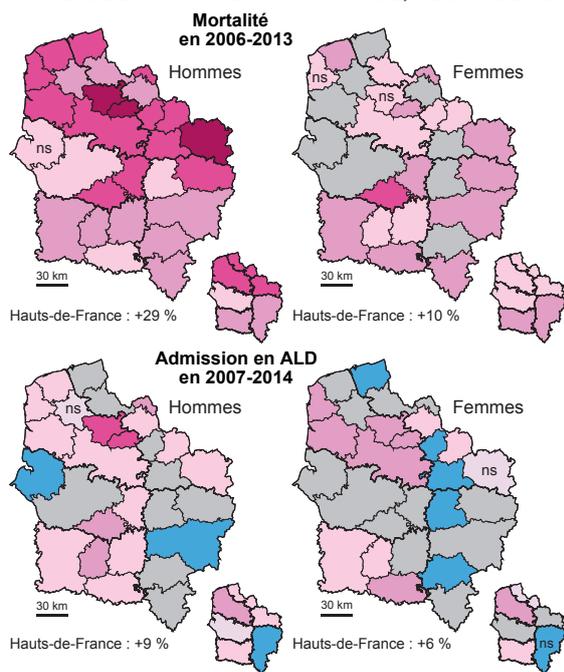
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Tabac

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

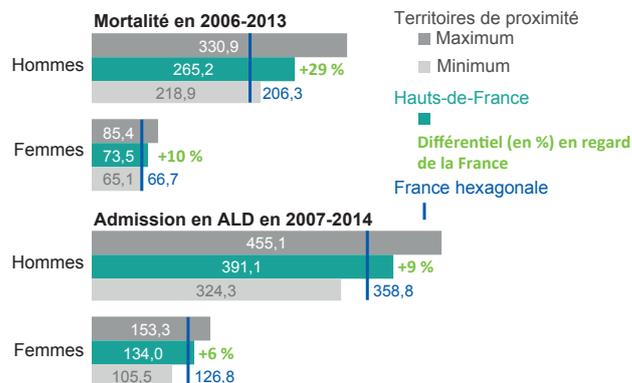
En 2006-2013, un peu plus de 8 300 décès (dont 70 % d'hommes) en lien avec les trois principales pathologies¹ pour lesquelles le tabac est un facteur de risque sont dénombrés chaque année en région, soit un taux de mortalité supérieur à celui de la France de 20 %². Ce différentiel est plus fort chez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

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



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
 * calculé à partir des taux standardisés sur l'âge
 ** cancer de la trachée, des bronches et du poumon, BPCO et cardiopathies ischémiques
 Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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



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

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

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

¹ cancer de la trachée, des bronches et du poumon, BPCO et cardiopathies ischémiques ; cf. encadré ci-dessous pour plus de précision.
² chez les femmes, si la mortalité est plus forte qu'en France pour ces trois pathologies considérées dans leur ensemble, une, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, se distingue du fait d'une sous-mortalité (-14 %, cf. pages 26 à 28) ; un constat similaire est relevé pour les ALD.

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

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

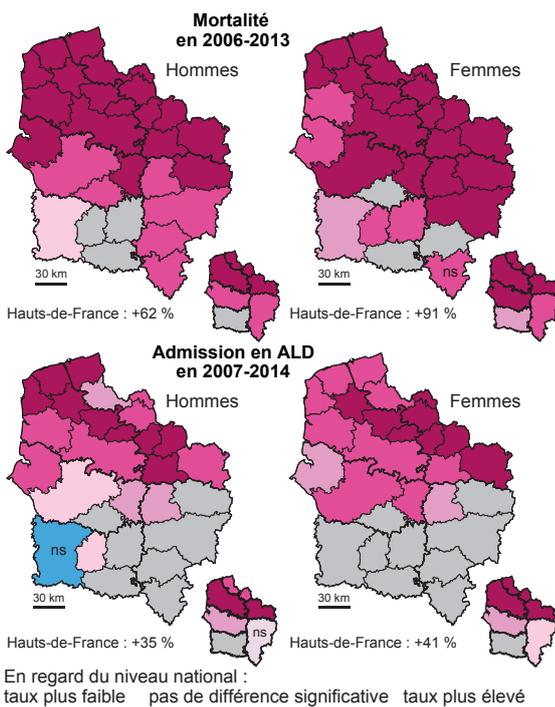
S'il n'y a aucune ALD avec l'intitulé « tabac », les trois pathologies précédemment citées permettent de l'aborder : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (ALD n°30 avec les codes Cim 10 C33-34), la BPCO (ALD n°14 avec les codes Cim 10 J42-J44) et les cardiopathies ischémiques (ALD n°13).

Alcool

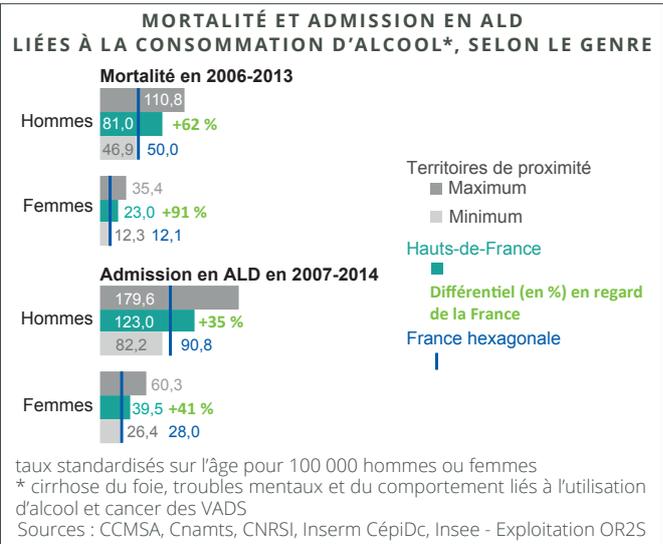
Une très forte mortalité en lien avec l'alcool dans le Nord

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

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



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



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

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

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

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

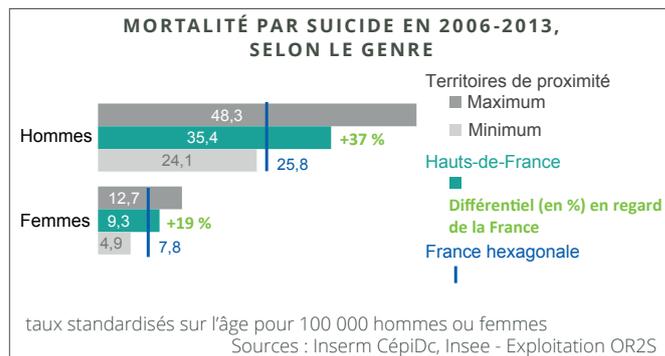
La consommation d'alcool est un facteur étiologique dans plus de deux cents maladies et traumatismes. Elle est associée au risque d'apparition de problèmes de santé tels que les troubles mentaux et comportementaux, y compris la dépendance à l'égard de l'alcool, des maladies non transmissibles majeures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

Suicide

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

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

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



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

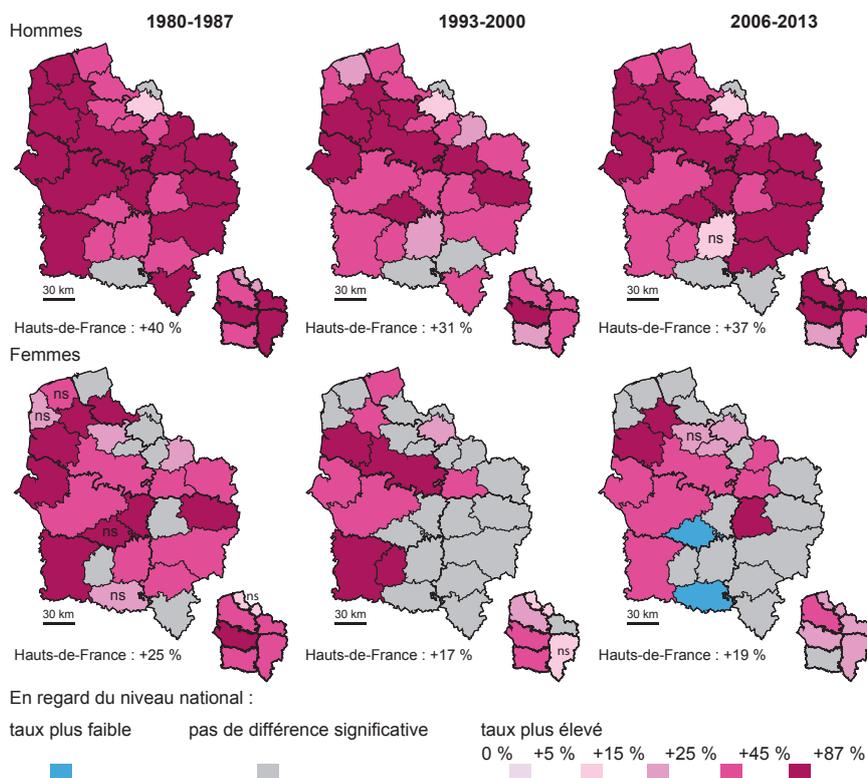
Au niveau des territoires de proximité, Valois - Halatte - Creil se démarque des autres territoires de la région du fait d'une sous-mortalité par suicide en regard de la France ; dans le Sud toujours, ceux de Château-Thierry et Noyon - Compiègne, et dans le Nord, celui de Roubaix - Tourcoing, ont des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

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

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

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

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



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

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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

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

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

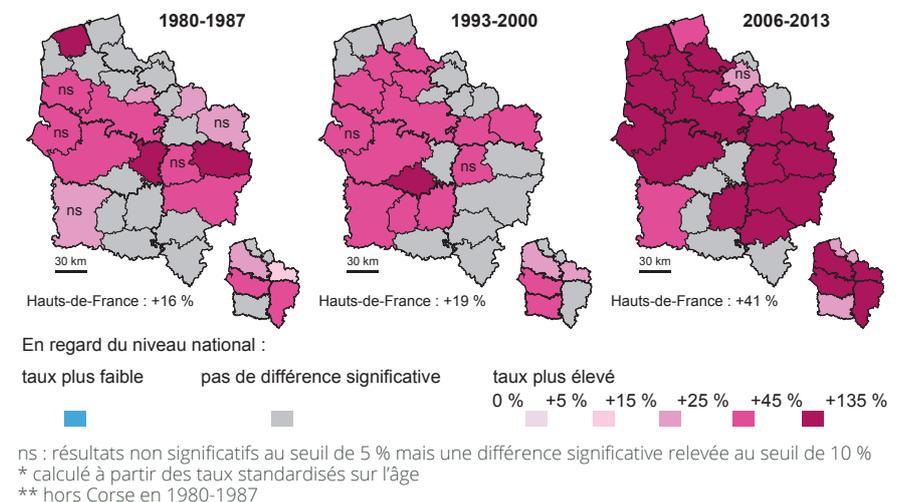
Si le taux de suicide est plus élevé chez les personnes plus âgées, ceci étant encore plus notable pour les hommes, il est plus important chez les jeunes en termes de part. Il constitue en effet la première cause de décès des 15-34 ans (24 % en région et 19 % en France). Pour la région, sur la période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

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

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

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

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



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

La **connaissance des décès par suicide** résulte des mentions portées sur le certificat médical de la cause de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de suicide. En effet, pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre. Par ailleurs, en cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical sur lequel doit figurer la cause de décès n'est pas rempli. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm, les décès concernés étant considérés en cause inconnue.

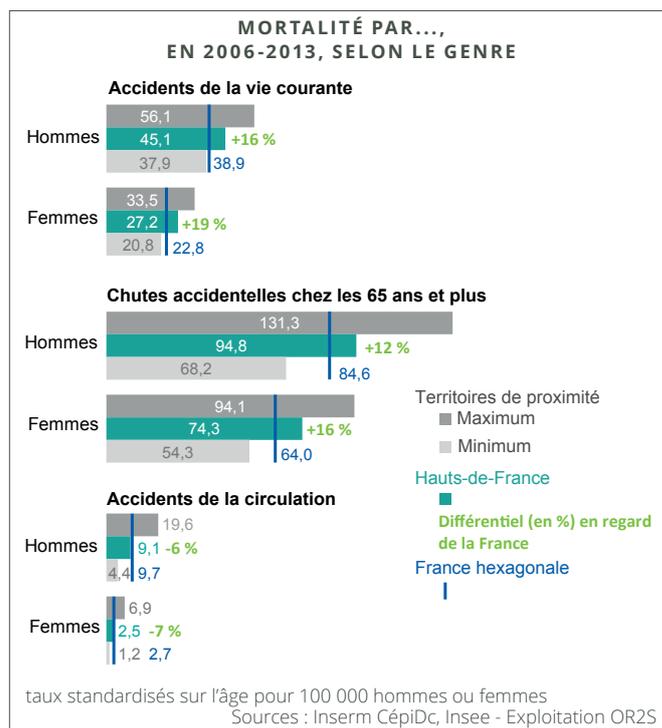
Les **tentatives de suicide** repérées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO) ne sont pas exhaustives. Par exemple, ne sont pas comptabilisées celles qui font l'objet d'un passage aux urgences mais qui ne sont pas suivies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

Accidents

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

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

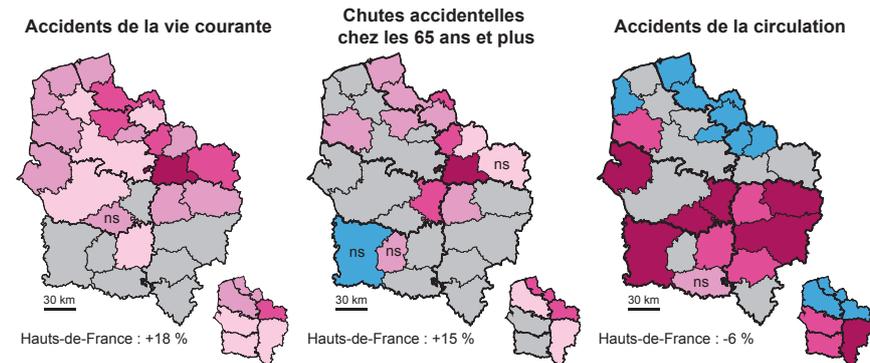
Au niveau des territoires de proximité, la situation est très contrastée concernant les accidents de la circulation. Les territoires du Nord-Est (du Dunkerquois au Valenciennois), ainsi que le Boulonnais ont des taux standardisés plus faibles que celui relevé en France hexagonale. À l'inverse, la majorité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



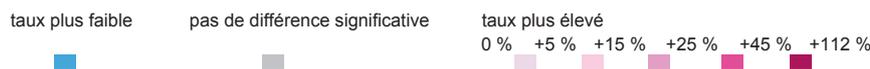
En région comme en France, les accidents de la circulation constituent la seconde cause de décès chez les 15-34 ans (la première chez les 15-24 ans), responsable du décès de près d'un jeune sur cinq (17 % en région et 20 % en France, soit 145 jeunes domiciliés dans les Hauts-de-France).

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

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



En regard du niveau national :



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

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

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

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

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

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