

Diagnostic territorial

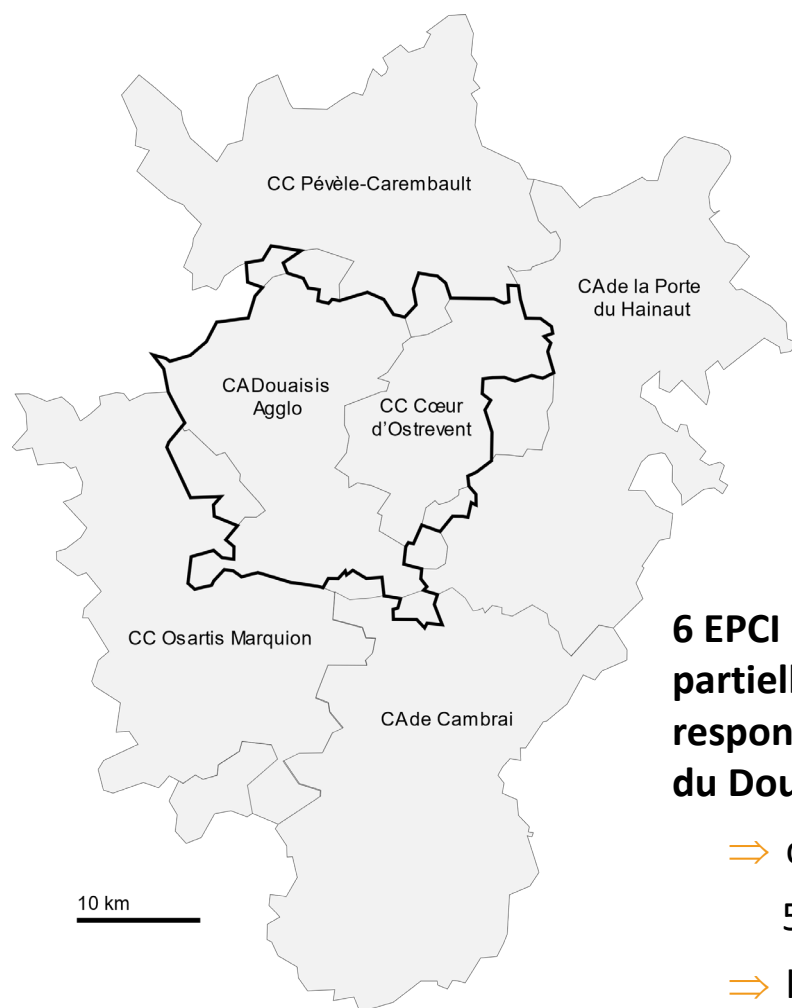
Douaisis



13 juillet 2021



● Présentation du territoire de responsabilité populationnel du Douaisis



6 EPCI (intercommunalités) couvrent partiellement le territoire de responsabilité populationnelle (TRP) du Douaisis

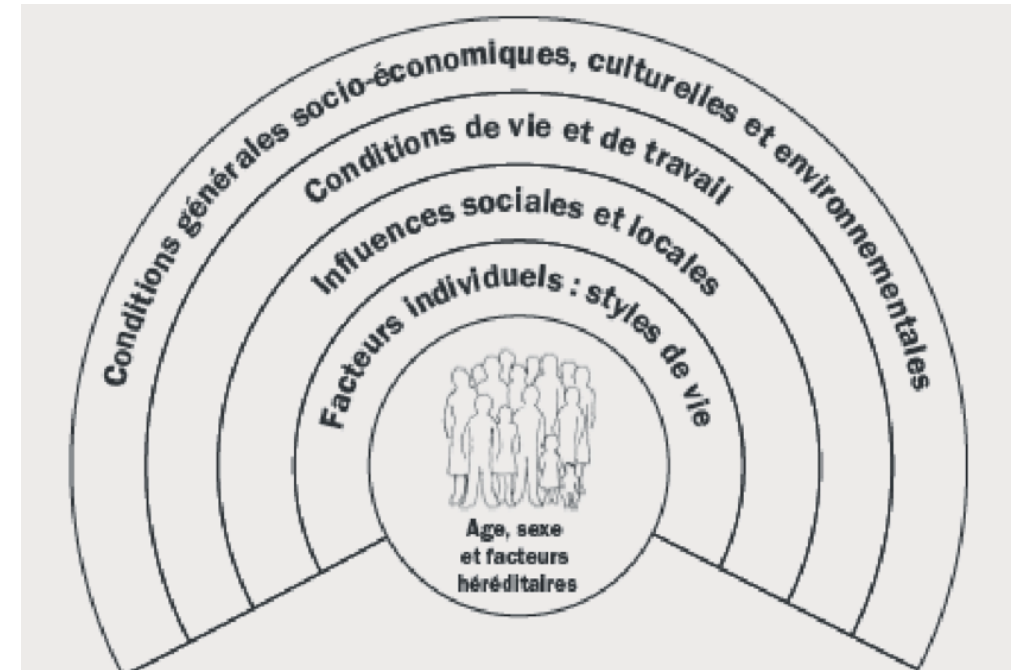
- ⇒ ces 6 EPCI regroupent 598 320 habitants au RP 2017,
- ⇒ le TRP du Douaisis regroupe 36,6 % de la population des 6 EPCI

Villes de 10 000 habitants ou plus en 2017



Introduction

Plusieurs facteurs déterminent la santé des populations : les facteurs individuels (âge, sexe, hérédité, habitudes de vie), le milieu de vie (hébergement, famille, communauté), les systèmes (aménagement du territoire, offre de soins et services sociaux), ou encore le contexte global (démographique, environnemental, économique, politique) et, ces différents déterminants de la santé sont inter-reliés.



Source : d'après Whitehead et Dahlgren

Réaliser un diagnostic territorial en santé repose sur l'analyse de données de santé mais aussi de ces déterminants. Aussi vous trouverez dans ce document des indicateurs divers portant sur :

- la démographie,
- l'environnement social,
- l'état de santé et la consommation de soins,
- l'offre de santé,

- et avant tout une présentation succincte du territoire concerné par ce diagnostic territorial.

Démographie

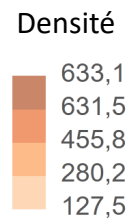
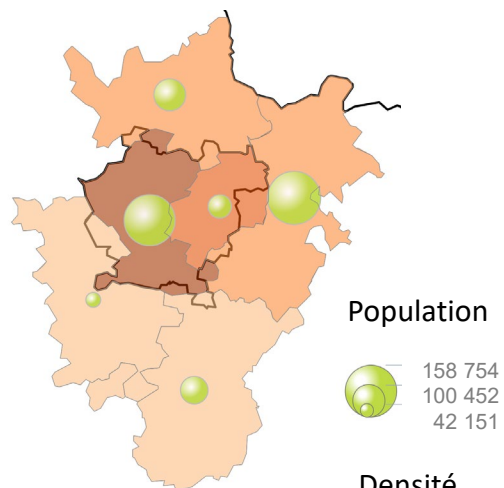
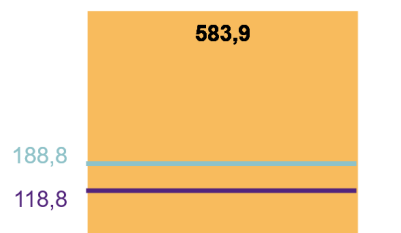
Le volume de la population, la manière dont elle se répartit géographiquement et les dynamiques du peuplement dans le temps esquissent les premiers contours du portrait de territoire. En lien aux questions de santé, ces indicateurs permettent une première approche des besoins en matière d'offre de santé.

Démographie

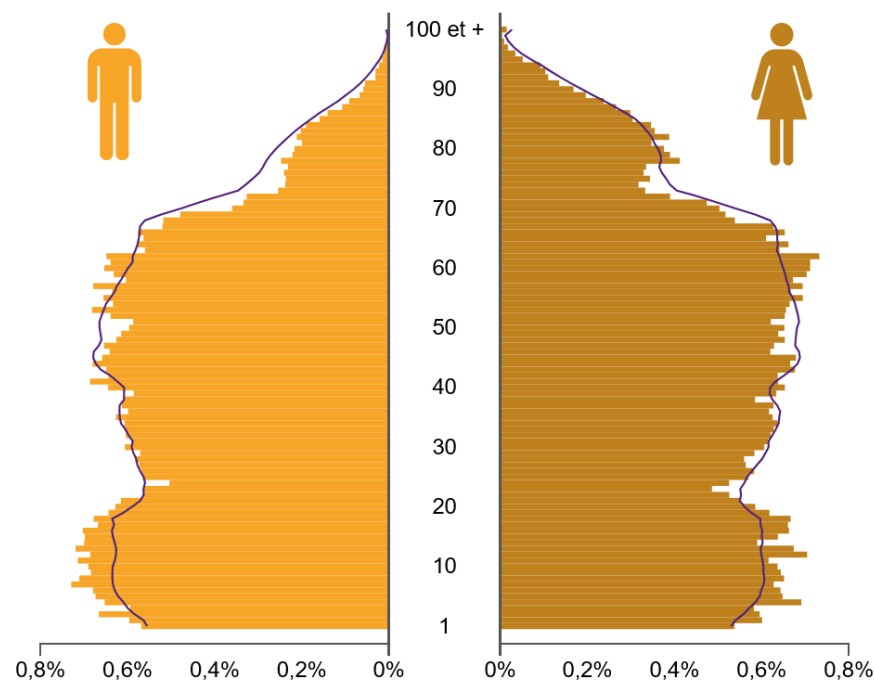
218 878 habitants

en 2017

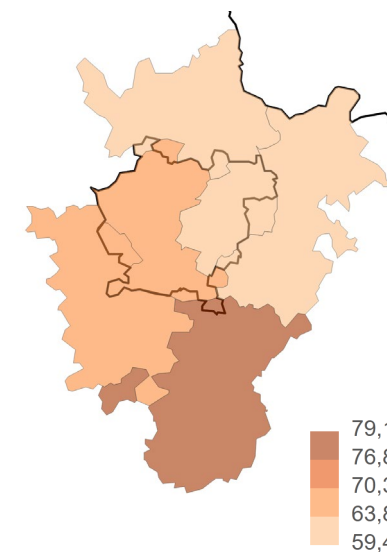
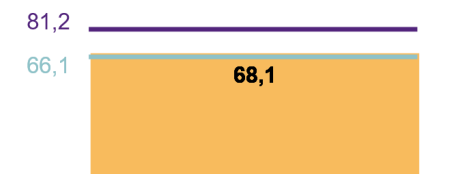
Densité de la population en 2017
nombre d'habitants au km²



- Douaisis
- France hexagonale
- Hauts-de-France



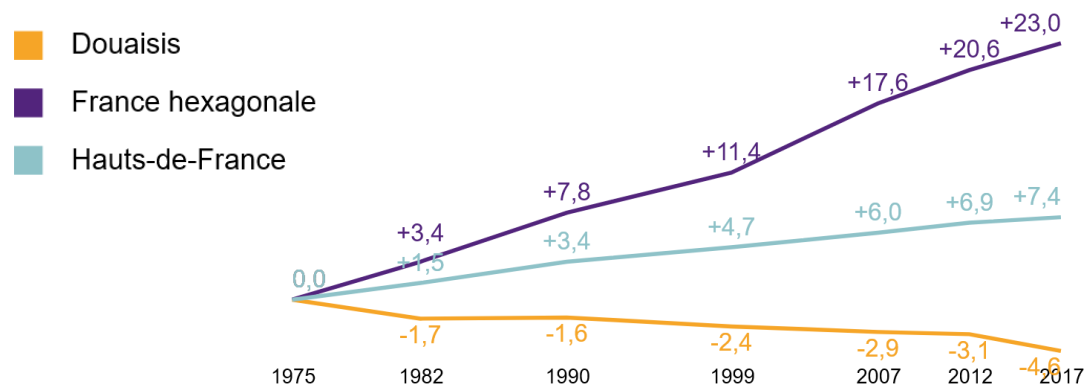
Indice de vieillissement en 2017
nombre de personnes de 65 ans et plus
sur le nombre de personnes
de moins de 20 ans * 100



- À l'instar des Hauts-de-France, **davantage de jeunes de moins de 20 ans** : 26,1 % vs 24,1 % en France (26,2 % en région)

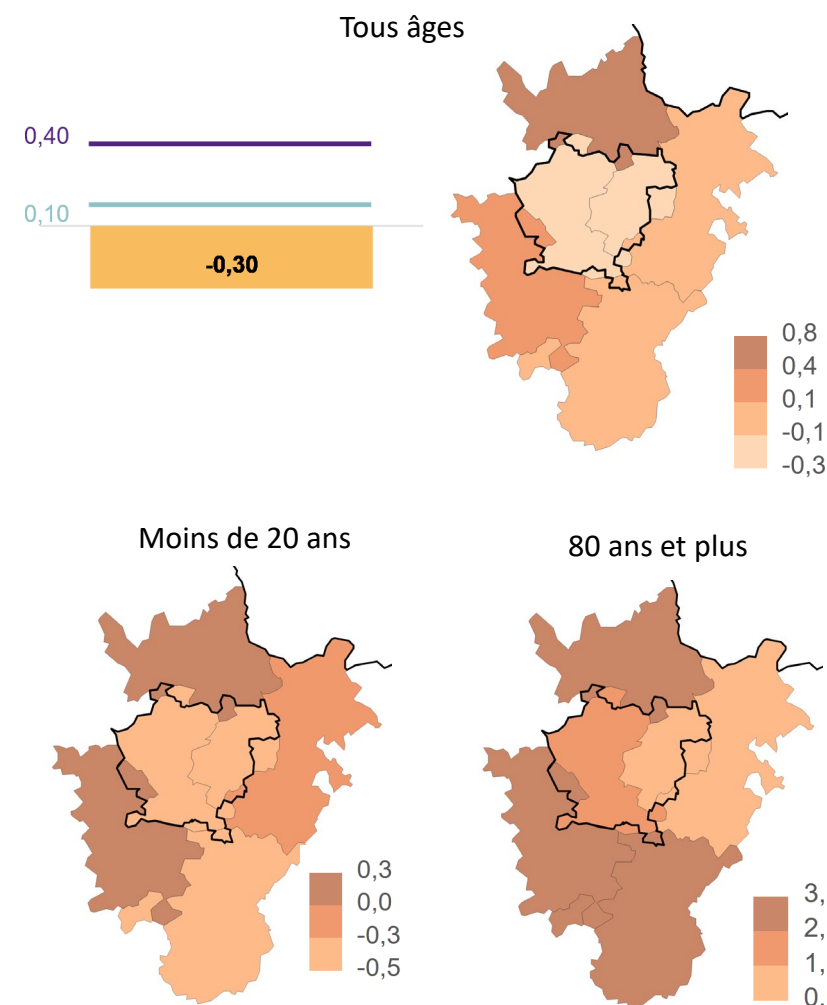
Démographie

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



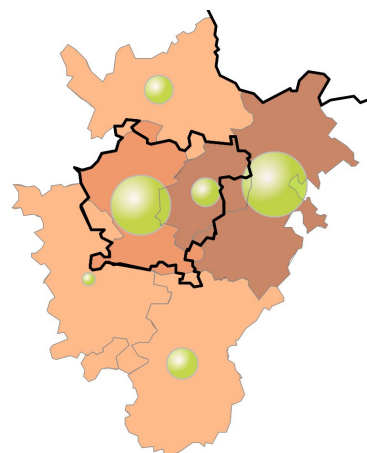
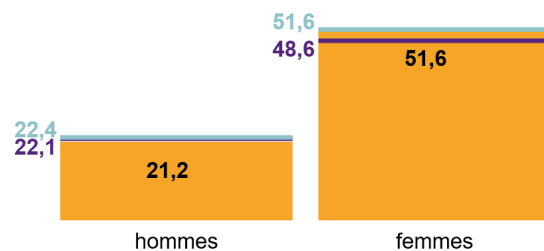
- **-3 323 habitants** entre 2012 et 2017 dans le Douaisis, alors que la population augmente aux niveaux national et régional
- Une **diminution de la population encore plus marquée pour les moins de 20 ans** : taux d'accroissement annuel moyen en 2012-2017 de **-0,48 %** (vs **-0,10 %** en région) alors qu'elle augmente en France (**+0,18 %**)
- **La population des 80 ans et plus ne cesse d'augmenter** : taux d'accroissement annuel moyen de **+1,72 %** en 2012-2017, soit à un niveau proche de celui de la région (**+1,75 %**) et un peu plus faible qu'en France (**+1,95 %**)

Taux d'accroissement annuel moyen de la population en 2012-2017 (en %)



Démographie

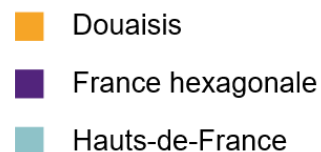
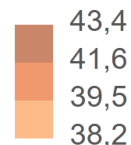
Part de personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile en 2017 (en %)



Nombre de personnes 75 ans et plus vivant seules



Part (en %)



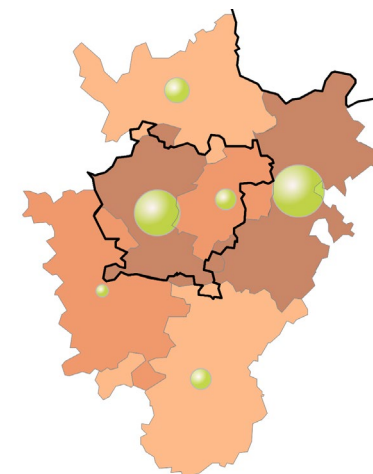
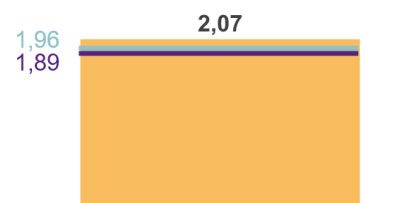
- 7 801 personnes de 75 ans et plus vivent seules à domicile, soit 41,1 % des 75 ans et plus ; une part un peu plus importante qu'en France (38,4 %)

Source : Insee RP - Exploitation Fnors, OR2S

2 704 naissances vivantes en moyenne annuelle en 2013-2019



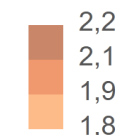
Indice conjoncturel de fécondité (ICF) en 2013-2019 (nombre d'enfant(s) par femmes)



Nombre de naissances en moyenne annuelle



ICF



- un ICF plus élevé dans le Douaisis qu'en région et qu'en France, mais qui demeure un peu plus faible que le seuil de remplacement des générations (2,10 enfants par femmes)

Source : Insee état civil - Exploitation Fnors, OR2S

● Environnement social et économique

Les déterminants socio-économiques (ou environnement social et économique) sont des déterminants majeurs de l'état de santé. Des études de l'Insee le confirment ; des écarts d'espérance de vie sont observés selon la catégorie socio-professionnelle des habitants (ex : les cadres ont une espérance de vie plus importante que les ouvriers), selon les niveaux de diplômes ou encore selon les revenus.

Le niveau de vie peut aussi par exemple conditionner l'accès aux soins.

De plus, les personnes avec un niveau de vie plus faible ont plus fréquemment que les autres des comportements défavorables pour leur santé.

Chiffres clés*

6,4 ans

Écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes ouvriers et hommes cadres

7,5 ans

Écart d'espérance de vie à 35 ans entre les hommes sans diplôme et les hommes diplômés du supérieur

12,7 ans

Écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % d'hommes ayant les plus faibles revenus et les 5 % ayant les plus importants

11 %

Les adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1 % des plus aisés

59 %

Des personnes à bas revenus ont eu au moins une activité sportive dans l'année contre 77 % des personnes à hauts revenus

* Résultats nationaux

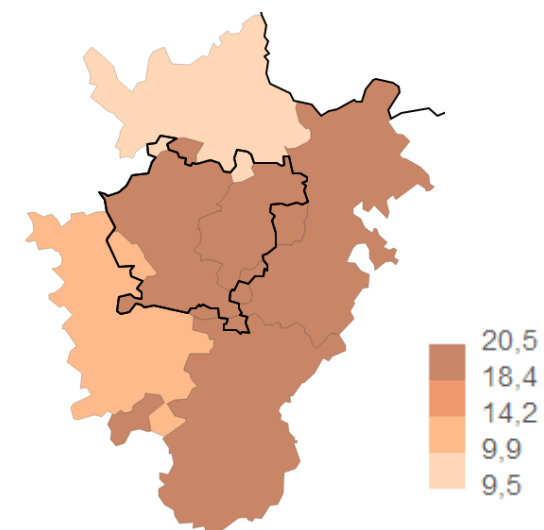
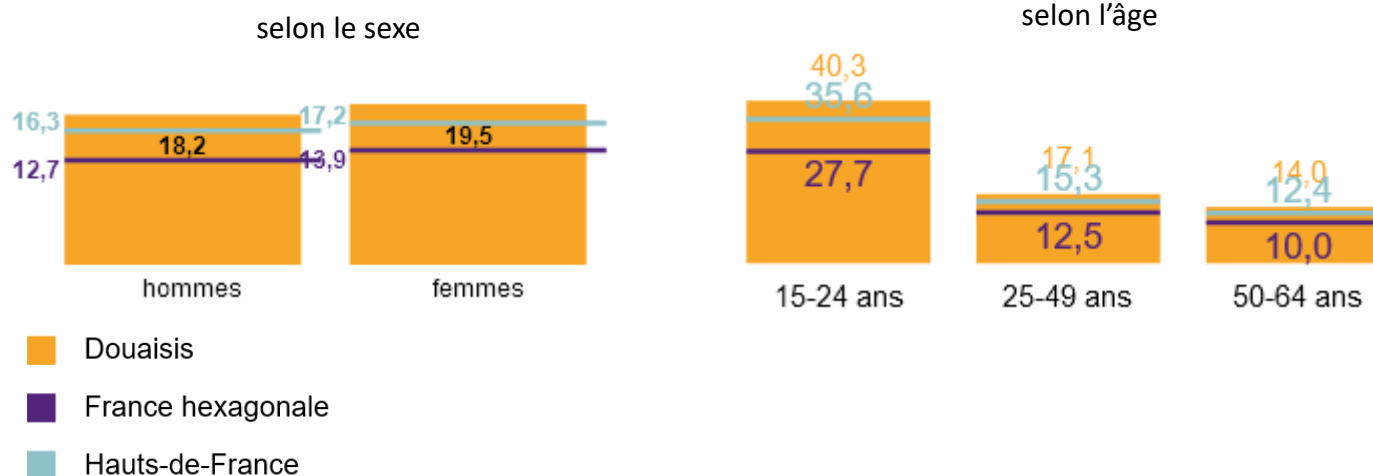
Environnement social : chômage

17 985 chômeurs, soit 18,8 % des actifs de 15 ans et plus

Le taux de chômage est :

- plus élevé qu'en Hauts-de-France (16,7 %) et qu'en France (13,3 %)
- un peu plus élevé chez les femmes que les hommes
- très élevé chez les jeunes
- plus élevé dans la CA Douaisis Agglo, la CC Cœur d'Ostrevent et la CA de la Porte du Hainaut

Taux de chômage au sens du RP en 2017 (en %)



Définition & Précision méthodologique :

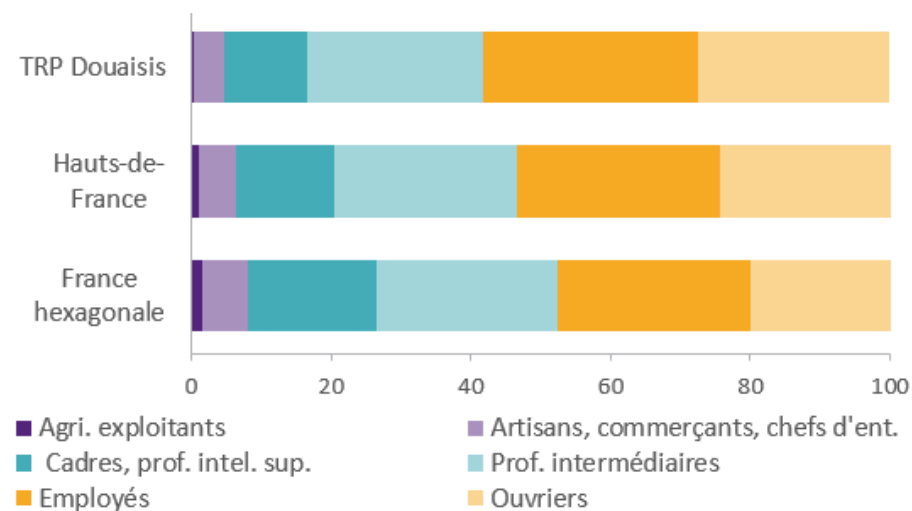
Les chômeurs au sens du recensement de la population sont les personnes (de 15 ans et plus) qui se sont déclarées chômeurs (inscrits ou non à Pôle Emploi) sauf si elles ont, en outre, déclaré explicitement ne pas rechercher de travail ; et, d'autre part, les personnes (âgées de 15 ans ou plus) qui ne se sont déclarées spontanément ni en emploi, ni en chômage, mais qui ont néanmoins déclaré rechercher un emploi.

Environnement social : professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)

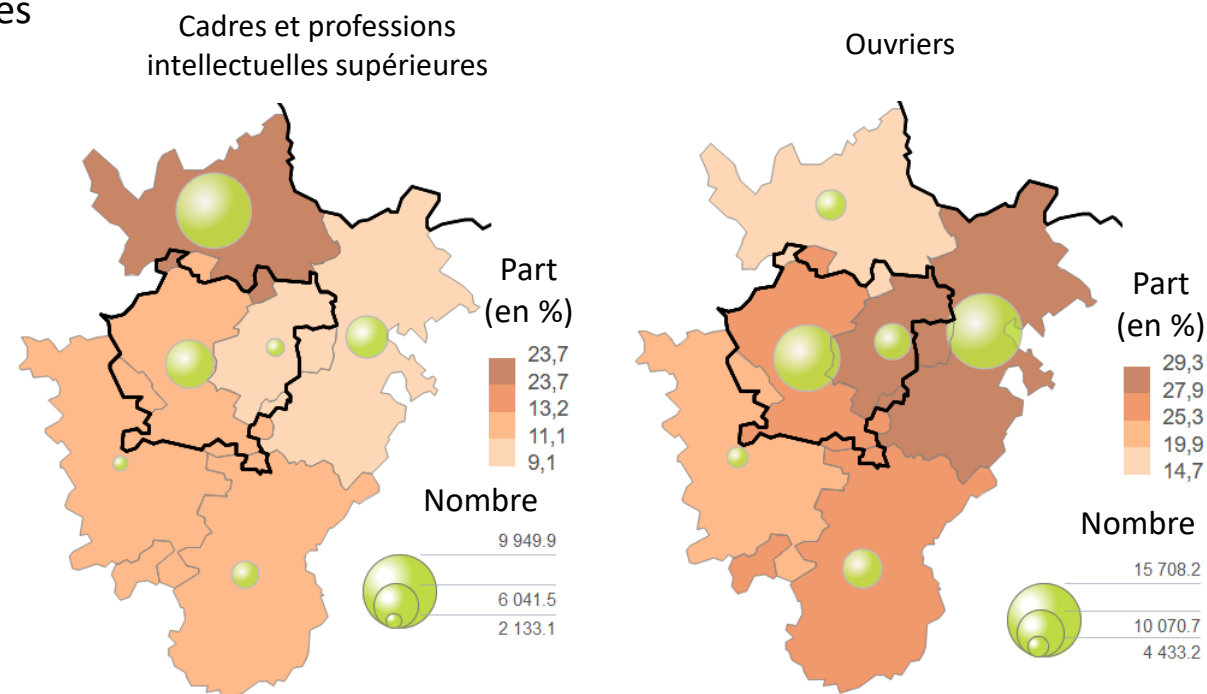
76 490 actifs ayant un emploi

- Plus d'ouvriers (27,4 %) et d'employés (30,6 %)
- Moins d'agriculteurs exploitants (0,4 %) et de cadres et professions intellectuelles supérieures (11,8 %)

Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi par professions et catégories socioprofessionnelles en 2017 (en %)



Actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi en 2017



Les ouvriers représentent jusqu'à 29 % des actifs occupés dans la CA de la Porte du Hainaut et la CC Cœur d'Ostrevent

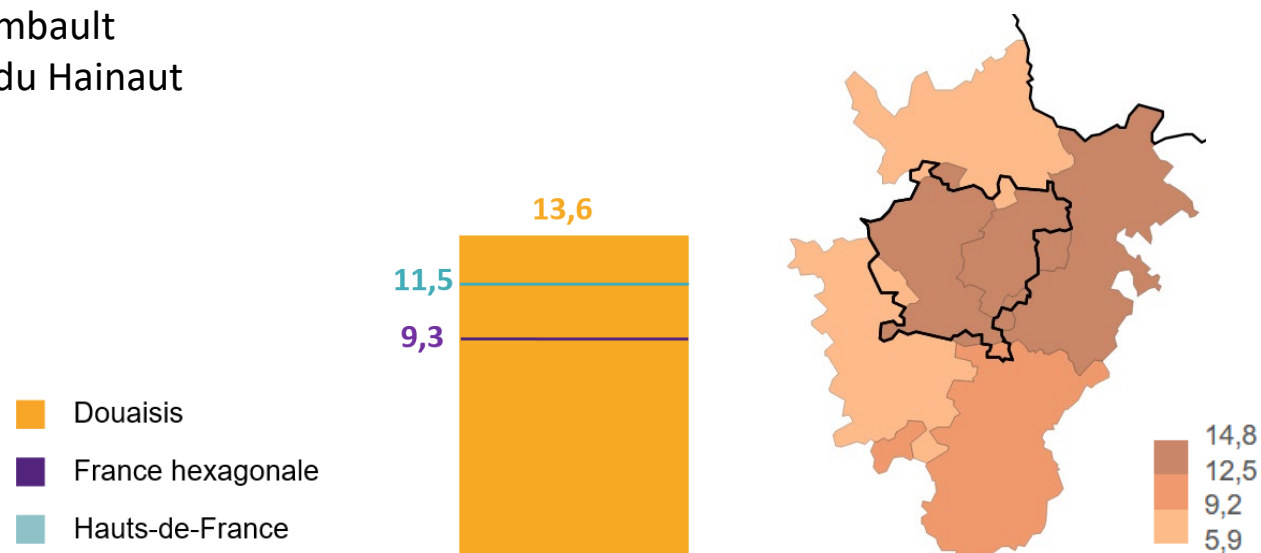
● Environnement social : inactivité

11 040 personnes de 25-54 ans ni en emploi, ni au chômage, soit 13,6 % de ce groupe d'âge

Le taux standardisé d'inactifs des 25-54 ans est :

- plus élevé qu'en Hauts-de-France et France
- minimal dans la CC Pévèle-Carembault
- maximal dans la CA de la Porte du Hainaut

Taux standardisé sur l'âge des inactifs de 25-54 ans au sens du RP en 2017 (en %)

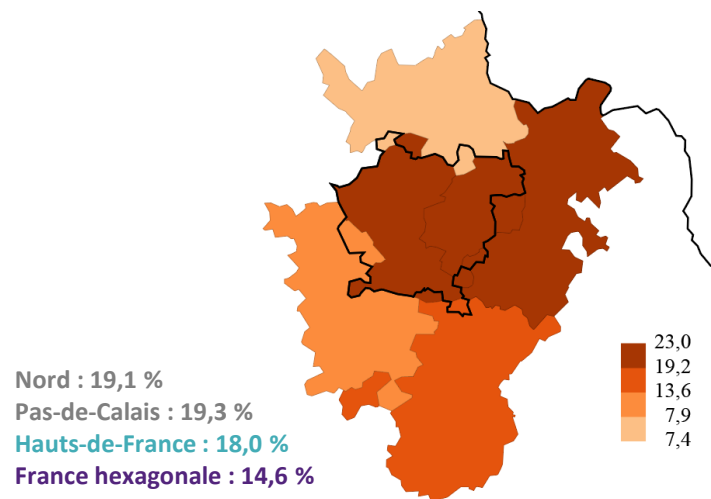


Définition & Précision méthodologique :

Les inactifs sont par convention les personnes qui ne sont ni en emploi (BIT) ni au chômage : jeunes de moins de 15 ans, étudiants et retraités ne travaillant pas en complément de leurs études ou de leur retraite, hommes et femmes au foyer, personnes en incapacité de travailler... Ici : seules les personnes de 25-54 ans sont prises en compte, excluant ainsi les jeunes de moins de 25 ans et les retraités.

Environnement social : niveau de vie

Taux de pauvreté en 2018 (en %)



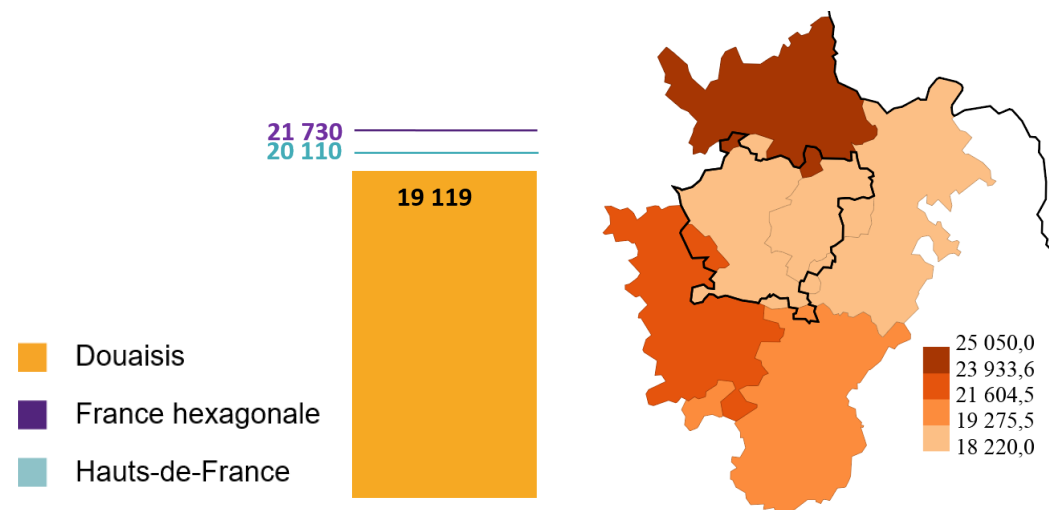
- Des taux de pauvreté variables selon les EPCI, compris dans une fourchette allant d'un minimum de 7,4 % dans la CC Pévèle-Carembault à un maximum de 23,0 % dans la CA de la Porte du Hainaut

Définition et précision méthodologique :

Le taux de pauvreté monétaire correspond à la part d'individus dont le niveau de vie est inférieur à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (fixé à 60 % du niveau de vie médian en France, soit à un revenu inférieur à 1 063 € par mois en 2018).

En l'absence de données disponibles suffisantes au niveau communal du fait du secret statistique, le taux de pauvreté n'a pas pu être calculé à l'échelle du TRP. En effet, il n'est disponible que pour 48,2 % de l'ensemble des communes du TRP.

Revenu disponible médian en 2018 (en euros)



- En moyenne, un revenu médian inférieur dans le TRP par rapport aux niveaux régional et national
- Logiquement, une géographie inverse à celle du taux de pauvreté

Définition et précision méthodologique :

Le revenu médian est le revenu qui divise la population en deux parties égales, telles que 50 % de la population aient un revenu supérieur et 50 % un revenu inférieur.

Le revenu médian du TRP est égal à la moyenne des revenus médians des communes composant le TRP, pondérés par la population des personnes des ménages fiscaux des communes le composant. Ici, la totalité des communes du TRP sont disponibles.

Environnement social : niveau de diplôme

4 220 jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés, soit 16,8 % de la classe d'âge

Une part

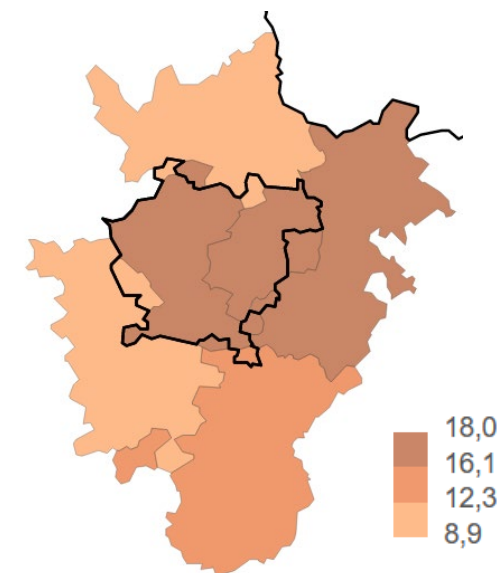
- supérieure aux valeurs de référence (15,3 % en région et 12,8 % en France)
- un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes
- plus élevée dans la CA de la Porte du Hainaut et la CC Cœur d'Ostrevent

8 040 jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac + 2, soit 31,9 % de la classe d'âge

Une part

- plus faible qu'en région (38,6 %) et qu'en France (45,8 %)
- plus élevée chez les femmes que chez les hommes

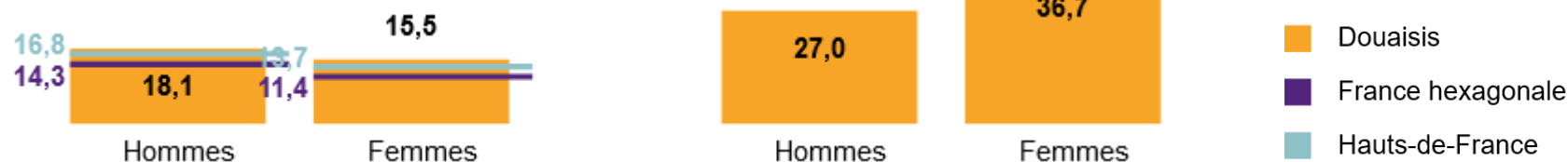
Part des jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés en 2017 (en %)



Part des jeunes de 25-34 ans... en 2017 (en %)

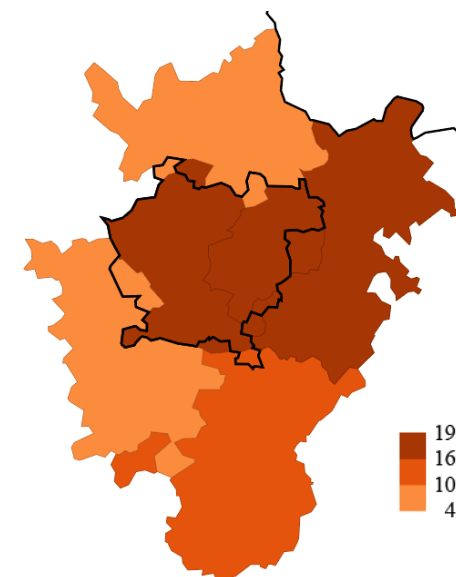
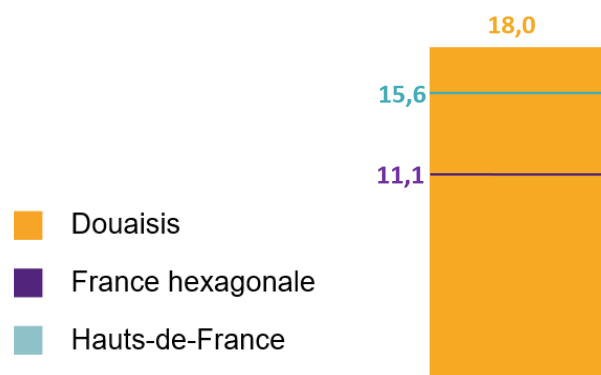
pas ou peu diplômés

ayant un bac+2 ou plus



● Environnement social : précarité d'accès aux soins

Part de bénéficiaires de la CSS parmi les consommateurs affiliés au régime général (RG)*
au 31 décembre 2019 (en %)



34 000 bénéficiaires de la CSS, soit 18,0 % des consommateurs de soins affiliés au RG

- Une part plus élevée qu'en France (11,1 %)
- Des disparités infra-territoriales importantes

Définition :

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). La CSS est une aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer. Elle donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.

- * Les consommateurs de soins affiliés au régime général (RG) couvrent :
- 84 % des consommateurs du TRP du Douaisis
 - 84 % des consommateurs de la région Hauts-de-France
 - 81 % des consommateurs au niveau national

Diagnostic territorial : Douaisis

Environnement social : allocations

9 630 allocataires du RSA fin 2019,
soit 10,7 % des ménages

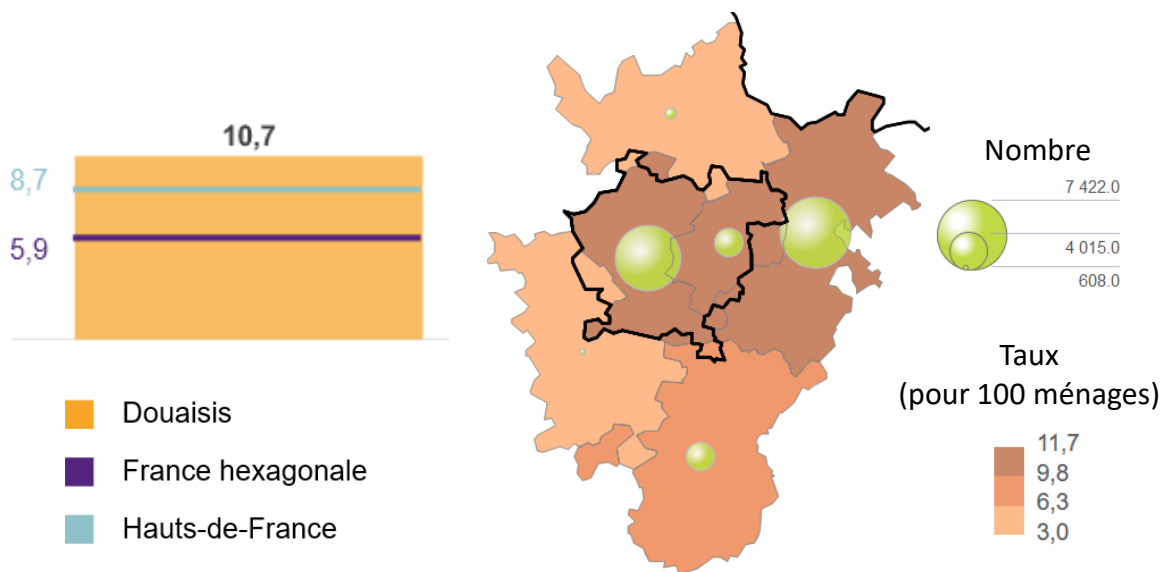
Le taux est :

- plus élevé qu'en Hauts-de-France et France
- faible dans les CC Pévèle-Carembault et Osartis Marquion

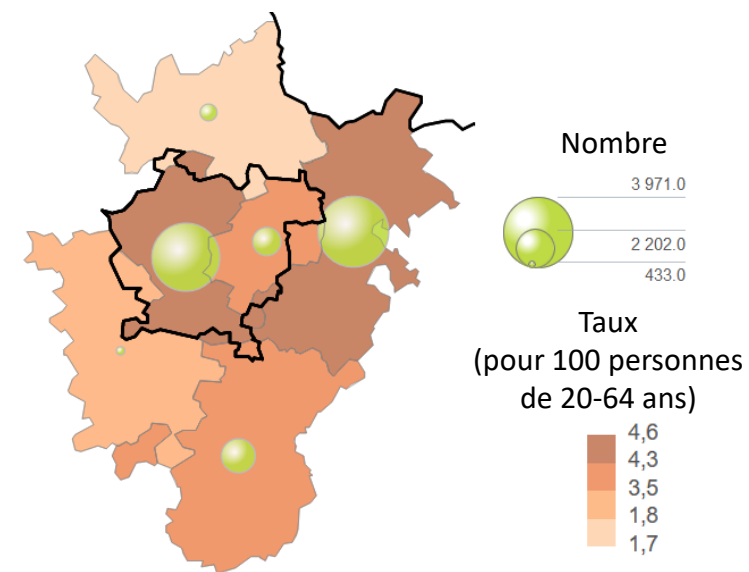
5 290 allocataires de 20-64 ans de l'AAH fin 2019,
soit 4,3 % des habitants de ce groupe d'âge

- Le taux est supérieur à ceux des Hauts-de-France (3,6 %) et de la France (3,1 %)

Allocataires du RSA au 31 décembre 2019



Allocataires de 20-64 ans de l'AAH au 31 décembre 2019



Définition & Précision méthodologique :

Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux personnes disposant de faibles ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Ce niveau minimum pour une personne vivant seule sans enfant est de 565 euros, pour un couple avec deux enfant de 1 187 euros.

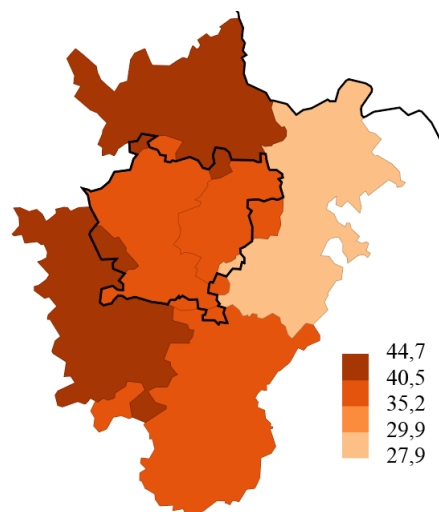
Définition & Précision méthodologique :

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'assurer un revenu minimum aux personnes en situation de handicap. Accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), l'AAH est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Son montant vient compléter les autres ressources. Le montant maximal est de 904 euros.

Autres déterminants de santé : équipements sportifs et licences sportives

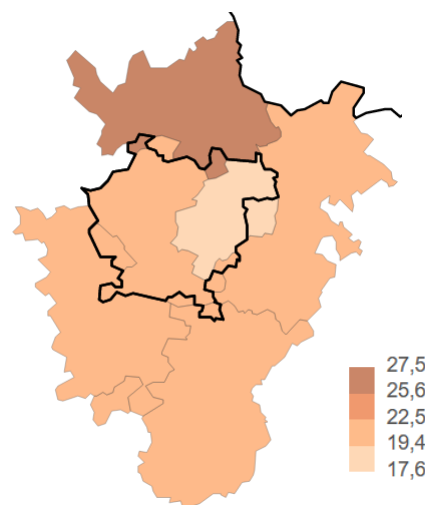
- Un taux d'équipement plus faible dans la CA des Portes du Hainaut
- Davantage de licencié(e)s dans la CC Pévèle Carembault

Taux d'équipements sportifs
en avril 2021
(pour 10 000 habitants)

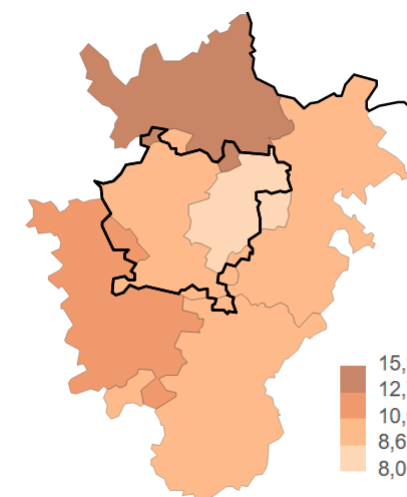


Taux standardisés selon l'âge de licences sportives délivrées en 2017
(pour 100 habitants)

Hommes



Femmes



Définition & Précision méthodologique :

Le recensement des licences et des clubs sportifs est réalisé annuellement par la MEDES auprès des fédérations sportives agréées par le ministère en charge des sports. Celles-ci fournissent des données sur les licences qu'elles délivrent et sur les clubs qui leur sont affiliés. Ces fichiers sont retraités par l'INJEP. Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois qui ne sont pas répertoriées au lieu de domicile du licencié. Il est à noter que le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés, des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois s'ils sont licenciés dans plusieurs fédérations.

État de santé

L'examen de l'état de santé d'une population peut être abordé au travers de différents éléments que sont notamment l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité (ici, total des affections de longue durée -ALD- au 31 décembre), la santé ressentie (non étudiée ici) et la consommation de soins.

Sont ainsi présentés ici des indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé auxquelles ont accès la Fnors et les ORS, grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant et au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

Les indicateurs sont notamment des taux standardisés sur l'âge qui s'affranchissent des effets liés à l'âge et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes. Sont aussi présentés des indicateurs évaluant par exemple le différentiel de mortalité entre le territoire étudié et la France hexagonale et sa significativité statistique.

Sont d'abord abordés des indicateurs de santé générale, de santé mentale puis des *focus* sur les pathologies faisant l'objet des travaux de responsabilité populationnelle de la FHF, à savoir le diabète et l'insuffisance cardiaque et enfin des indicateurs de recours à certains professionnels de santé.

La FHF produit également des indicateurs complémentaires provenant de l'exploitation des données du PMSI soit des hospitalisations.

État de santé : vue d'ensemble

1 096



+265
décès

nombre de décès
annuel moyen
en 2009-2015

1 092



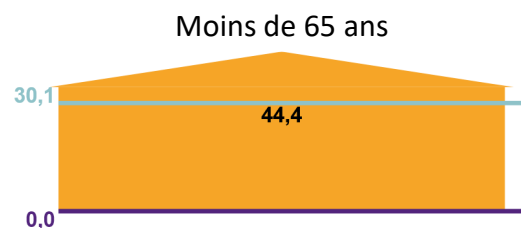
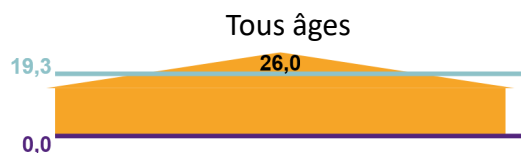
+228
décès

Écart entre le nombre de décès
relevé et celui qui serait observé
avec la même mortalité qu'en
France

Une espérance de vie à la naissance en 2009-2015,
de **75,3 ans chez les hommes**
et de **82,7 ans chez les femmes**

- soit des valeurs bien moindres qu'en France :
-3,4 ans pour les hommes et -2,5 ans pour les femmes
- et, à un degré moindre, qu'en région :
-0,8 an pour les hommes et -0,6 an pour les femmes

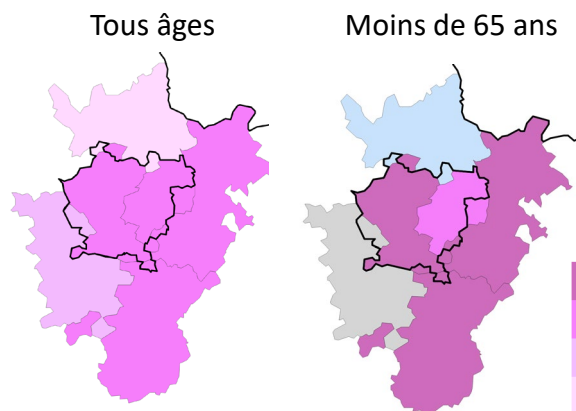
Différentiel de mortalité* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



pas de différence significative

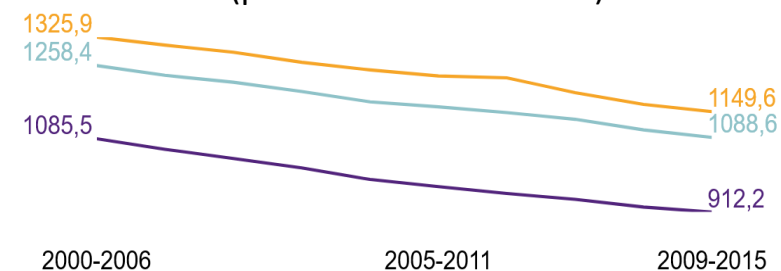
sous-mortalité surmortalité

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité



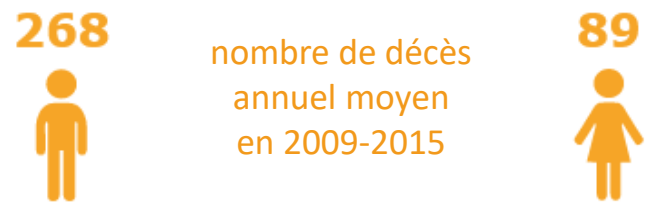
surmortalité > à 45 %
surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
pas de différence significative
sous-mortalité comprise entre -5 % et -15 %
sous-mortalité < à -15 %

Évolution du taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)

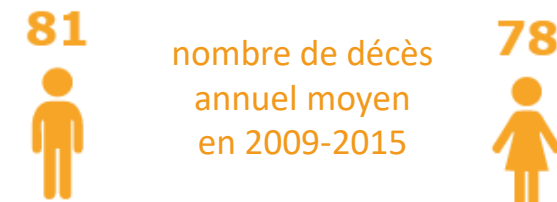


Douaisis
France hexagonale
Hauts-de-France

État de santé : mortalité évitable chez les moins de 75 ans liée à la prévention



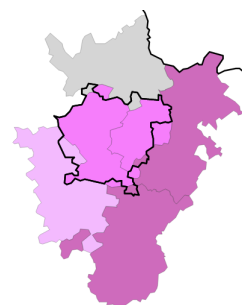
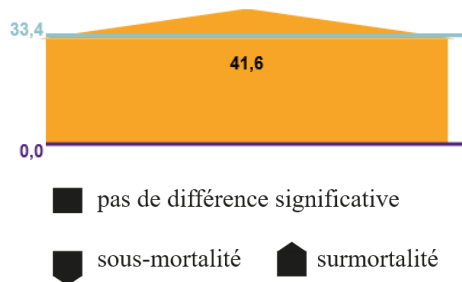
liée au système de soins



Évolution du taux standardisé de mortalité évitable (pour 100 000 habitants de moins de 75 ans)

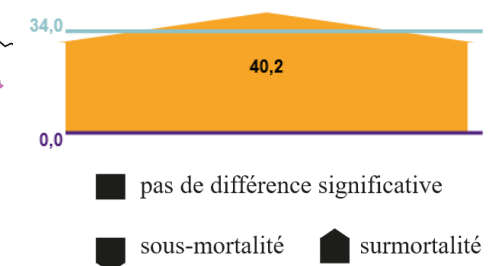
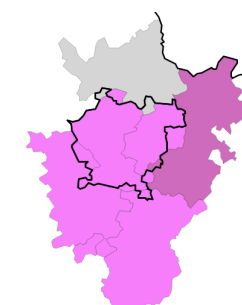


Différentiel de mortalité évitable* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



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

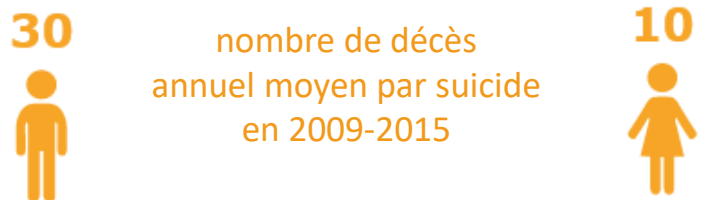
* calculé à partir du taux standardisé de mortalité



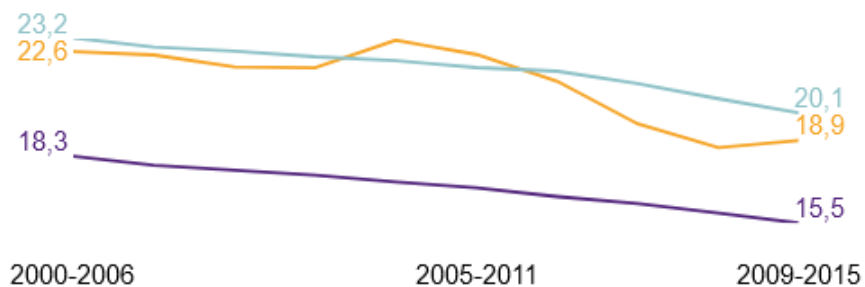
Précisions méthodologiques :

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

État de santé : focus santé mentale - suicide



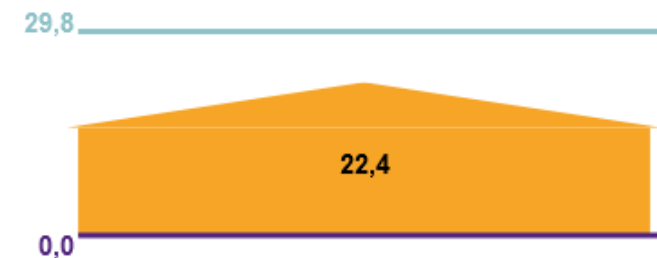
Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants)



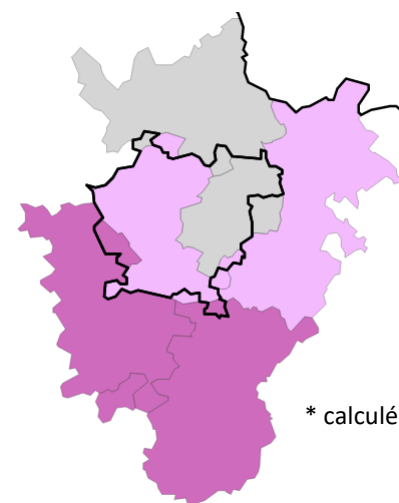
Précisions méthodologiques :

Différentes études ont pu mettre en évidence que des biais pouvaient entraîner une sous-estimation des décès par suicide. Selon la dernière évaluation réalisée par le CépiDc, certains suicides seraient en particulier enregistrés en tant que causes inconnues de décès (code R99) ou morts violentes dont l'intention n'a pas été déterminée (codes Y10-Y34). Ce défaut d'identification pourrait entraîner, selon l'étude, une sous-estimation potentielle des décès par suicide de 9,4 % en France (données 2006). Cette sous-estimation semble variable selon les territoires.

Différentiel de mortalité par suicide* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



- pas de différence significative
- sous-mortalité
- surmortalité



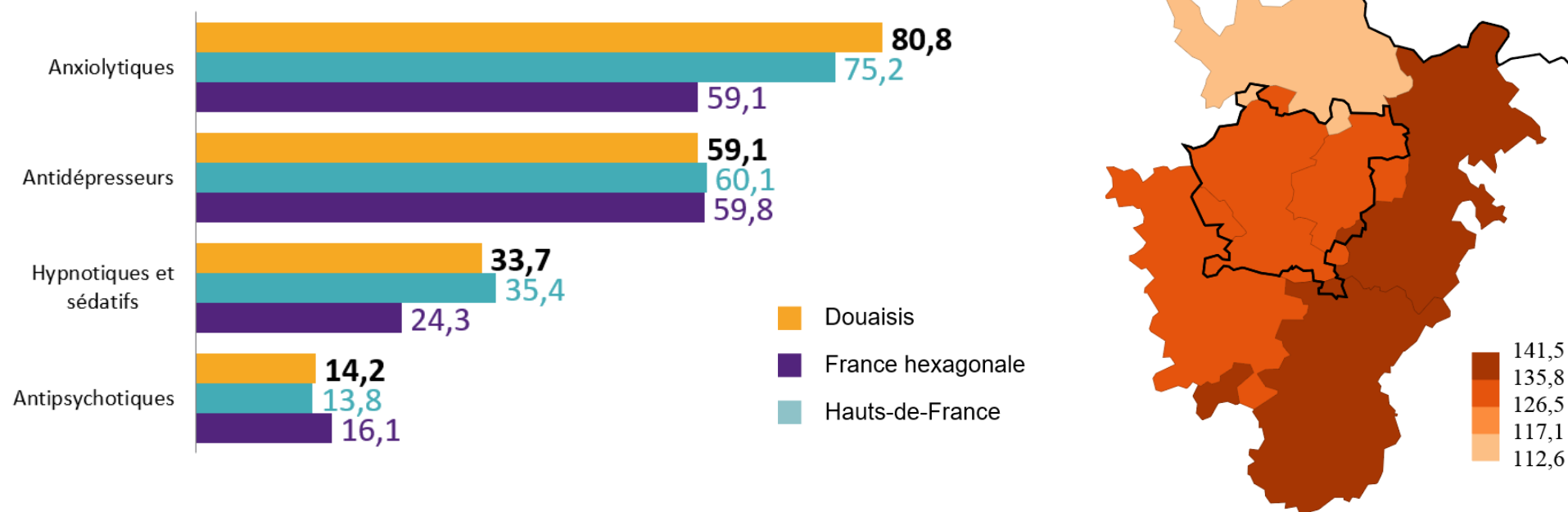
- surmortalité > à 45 %
- surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
- surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
- surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
- pas de différence significative
- sous-mortalité comprise entre -5 % et -15 %
- sous-mortalité < à -15 %
- effectif trop faible pour présenter la valeur

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

- Douaisis
- France hexagonale
- Hauts-de-France

État de santé : focus santé mentale - consommation de psychotropes

Patients pris en charge par traitements psychotropes en 2019
(taux standardisés pour 1 000 consommateurs de soins)



29 340 patients traités par psychotropes, soit 131,3 pour 1 000 consommateurs de soins

- Un taux plus important qu'en France (110,8 pour 1 000)

Précisions méthodologiques :

Les personnes prises en charge pour les différentes classes de traitements psychotropes (antipsychotiques N05A, anxiolytiques N05B, hypnotiques et sédatifs N05C, antidépresseurs N06A, psycholeptiques N05A/N05B/N05C) correspondent aux personnes ayant reçu au moins 3 délivrances des traitements de la classe ATC concernée dans l'année.

État de santé : mortalité liée au diabète

75

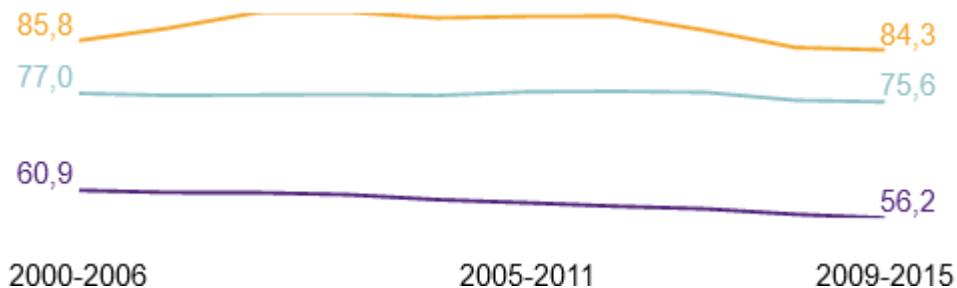


nombre de décès
annuel moyen par diabète
en 2009-2015

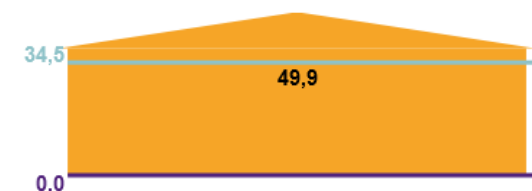
87



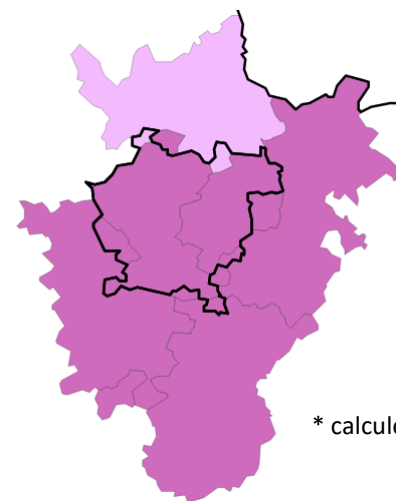
Évolution du taux standardisé de mortalité par diabète (pour 100 000 habitants)



Différentiel de mortalité par diabète* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



■ pas de différence significative
 ▼ sous-mortalité ▲ surmortalité



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

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

Précision méthodologique :

La mortalité liée au diabète est étudiée en tant que causes initiale, associée et comorbidité.

■ Douaisis
 ■ France hexagonale
 ■ Hauts-de-France

État de santé : affections longue durée (ALD) pour diabète

diabète de type 1

671



nombre total d'ALD
au 31 décembre 2019
(2,5 % du total d'ALD)

612



diabète de type 2

6 004

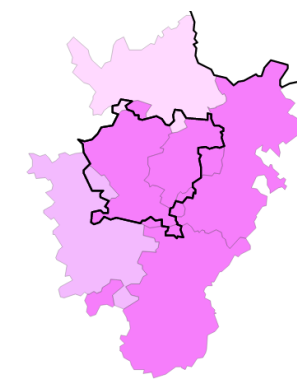
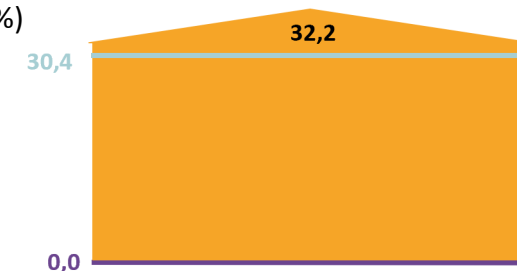
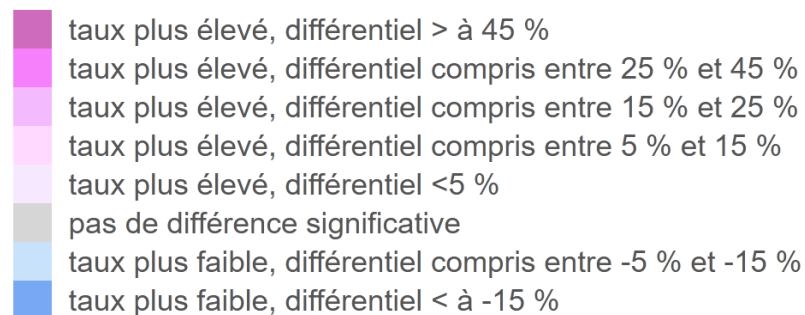
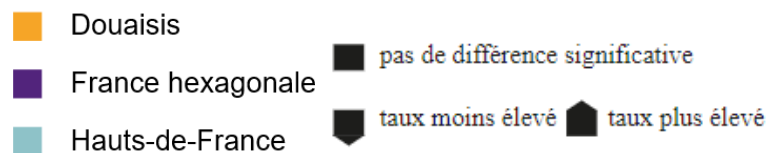
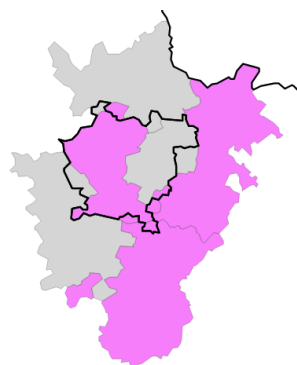
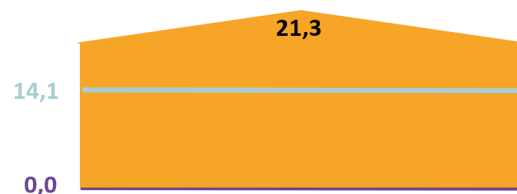


nombre total d'ALD
au 31 décembre 2019
(21,9 % du total d'ALD)

5 335



Différentiel d'ALD pour diabète* en regard de la France hexagonale (en %)



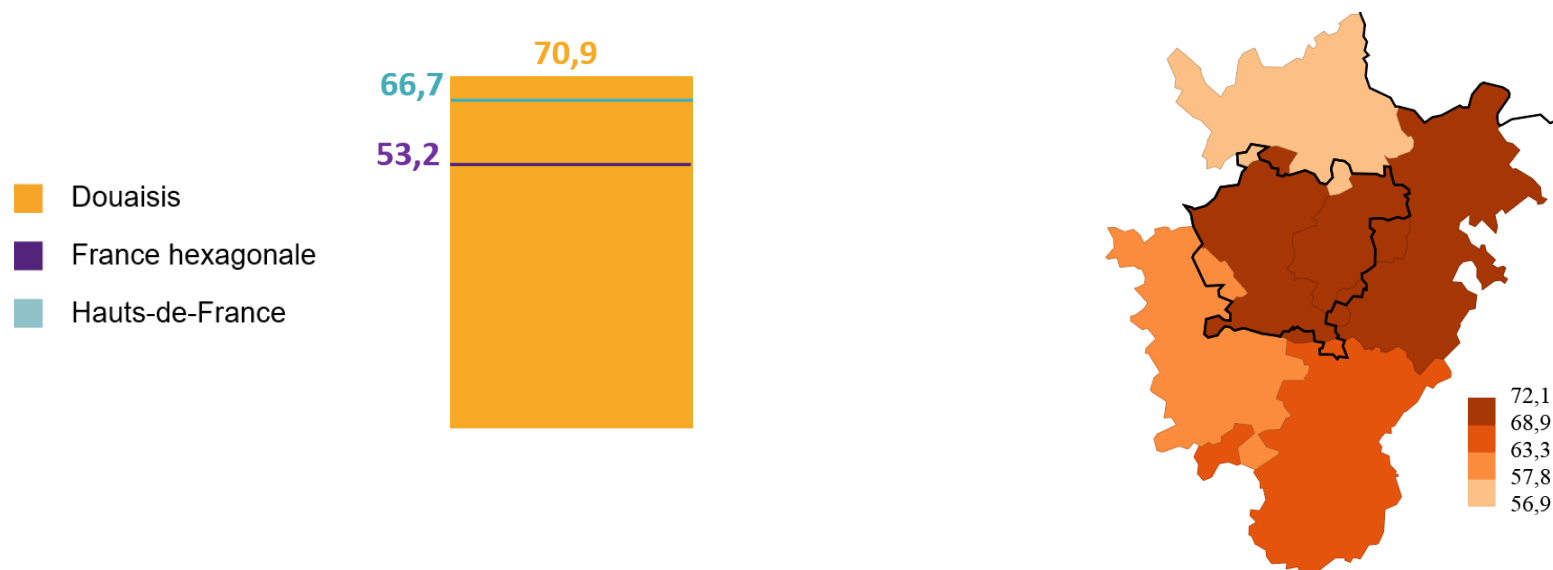
* calculé à partir du taux standardisé

Précision méthodologique :

Il faut noter que les données d'ALD dépendent naturellement de la situation de la population face à la pathologie, mais également des modalités d'attribution de la part du service médical de l'Assurance maladie et de la demande des personnes *via* leur médecin. De plus, certaines personnes ne sont pas forcément diagnostiquées et ne sont, de fait, pas comptabilisées dans ce recueil. Aussi, les indicateurs calculés à partir des données d'ALD ne reflètent pas la morbidité réelle, mais constitue une approche d'une certaine morbidité diagnostiquée et prise en charge.

État de santé : diabète pris en charge par le système de soins

Patients pris en charge pour diabète en 2019
(taux standardisés pour 1 000 consommateurs de soins)



15 690 patients diabétiques, soit 70,9 pour 1 000 consommateurs de soins

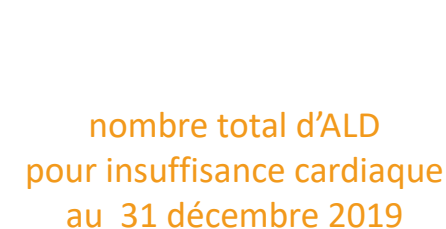
- Un taux plus important qu'en France (53,2 pour 1 000) et ceci pour les 6 EPCI
- Les CA de la Porte du Hainaut et Douaisis Agglo avec des taux supérieurs à 70 pour 1 000

Précisions méthodologiques :

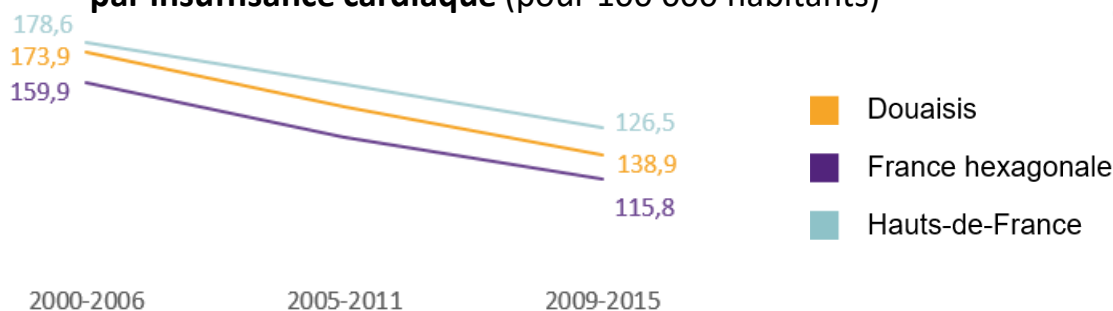
Les personnes prises en charge pour diabète correspondent :

- aux personnes ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année, et/ou personnes ayant une ALD (affection de longue durée) au cours de l'année avec codes Cim 10 de diabète,
- et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année avec codes Cim 10 de diabète (diagnostic principal -DP- ou diagnostic relié -DR-),
- et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année pour une complication du diabète (DP ou DR) avec un code Cim 10 de diabète en diagnostic associé (DA), ou en DP ou DR de RUM (résumé d'unité médicale).

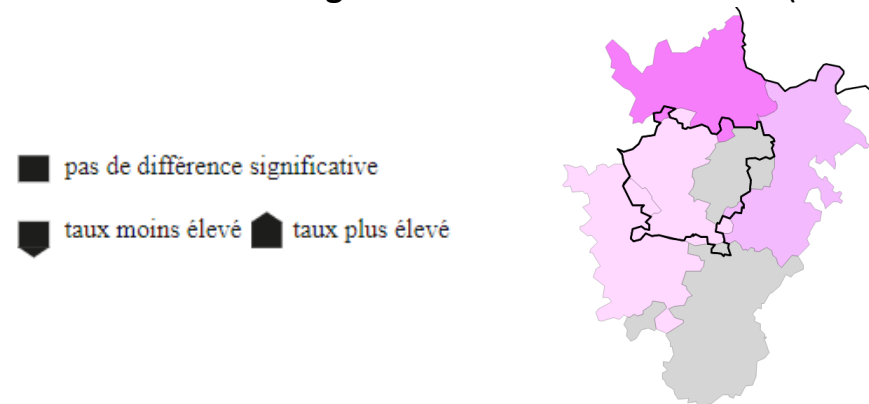
État de santé : mortalité et ALD pour insuffisance cardiaque



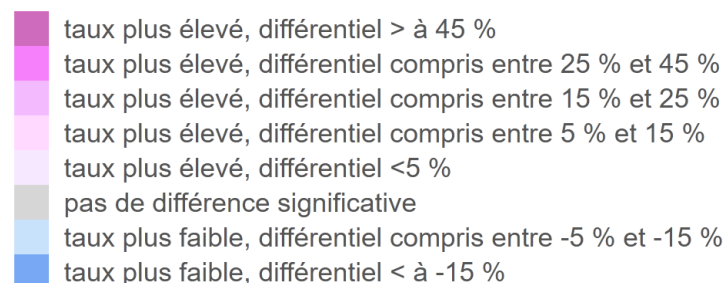
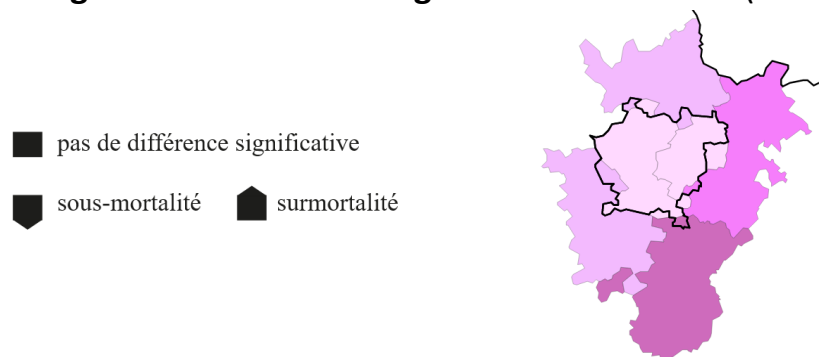
Évolution du taux standardisé de mortalité par insuffisance cardiaque (pour 100 000 habitants)



Différentiel du total des ALD pour insuffisance cardiaque* en regard de la France hexagonale au 31 décembre 2019 (en %)



Différentiel de mortalité par insuffisance cardiaque* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)

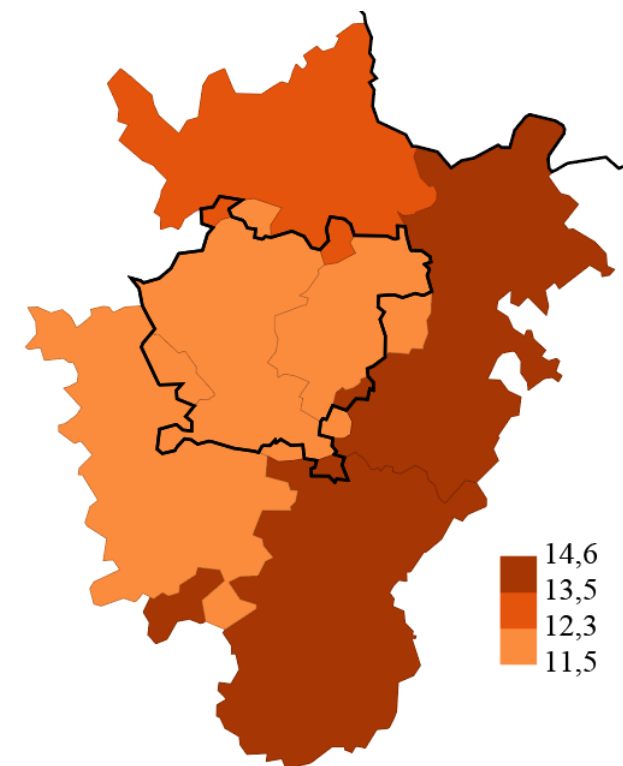
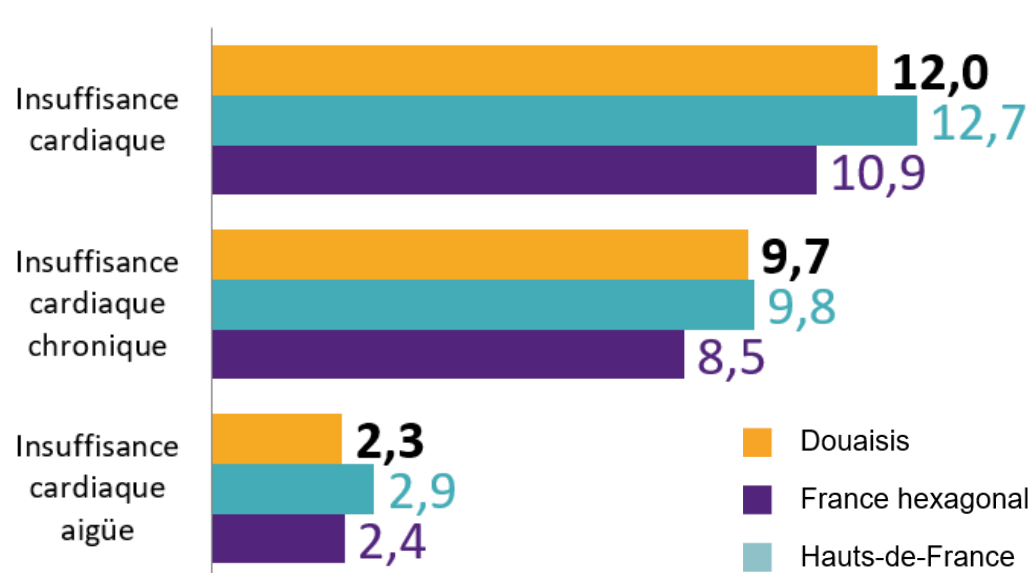


* calculé à partir du taux standardisé

Précision méthodologique :
 La mortalité liée à l'insuffisance cardiaque est étudiée ici en tant que causes initiale, associée et comorbidité.
 Les ALD sont une estimation du nombre de patients a minima atteints (cf. page XX) et sont relativement imprécises pour l'insuffisance cardiaque.

État de santé : Insuffisance cardiaque prise en charge par le système de soins

Patients pris en charge pour insuffisance cardiaque (IC) en 2018
(taux standardisés pour 1 000 consommateurs de soins du régime général)



1 900 patients traités pour IC, soit 12,0 pour 1 000 consommateurs de soins

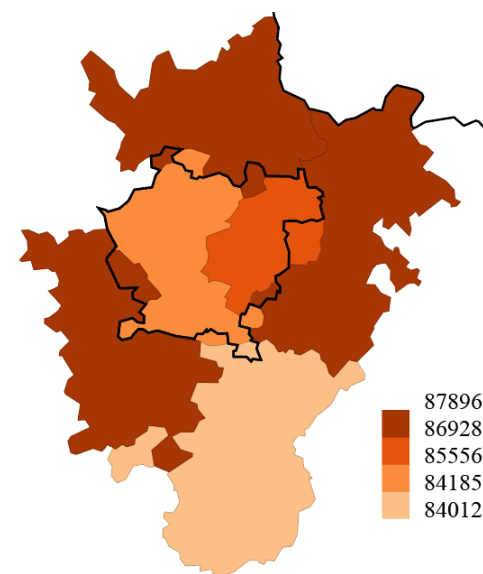
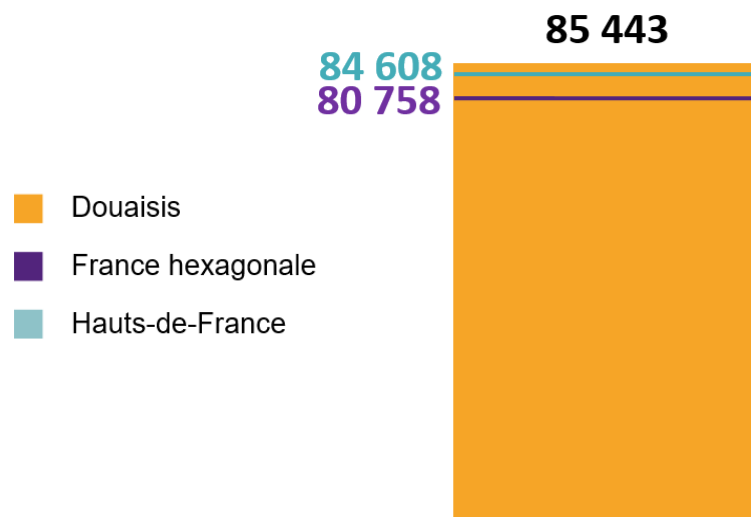
- Un taux plus important qu'en France (10,9 pour 1 000)

Précisions méthodologiques :

Les données sur les personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque aiguë et/ou insuffisance cardiaque chronique sont issues de la cartographie des pathologies disponible dans le portail SNDS de l'Assurance Maladie.

État de santé : recours aux soins de médecins généralistes

Personnes ayant eu recours à un médecin généraliste (MG) de ville en 2019
(taux standardisés pour 100 000 consommateurs de soins)



193 000 personnes ont eu recours à un MG de ville, soit 85 443 pour 100 000 consommateurs de soins

- Un taux plus important qu'en France (80 758 pour 100 000)
- Des taux plus élevés dans les CC Pévèle-Carembault et Osartis Marquion

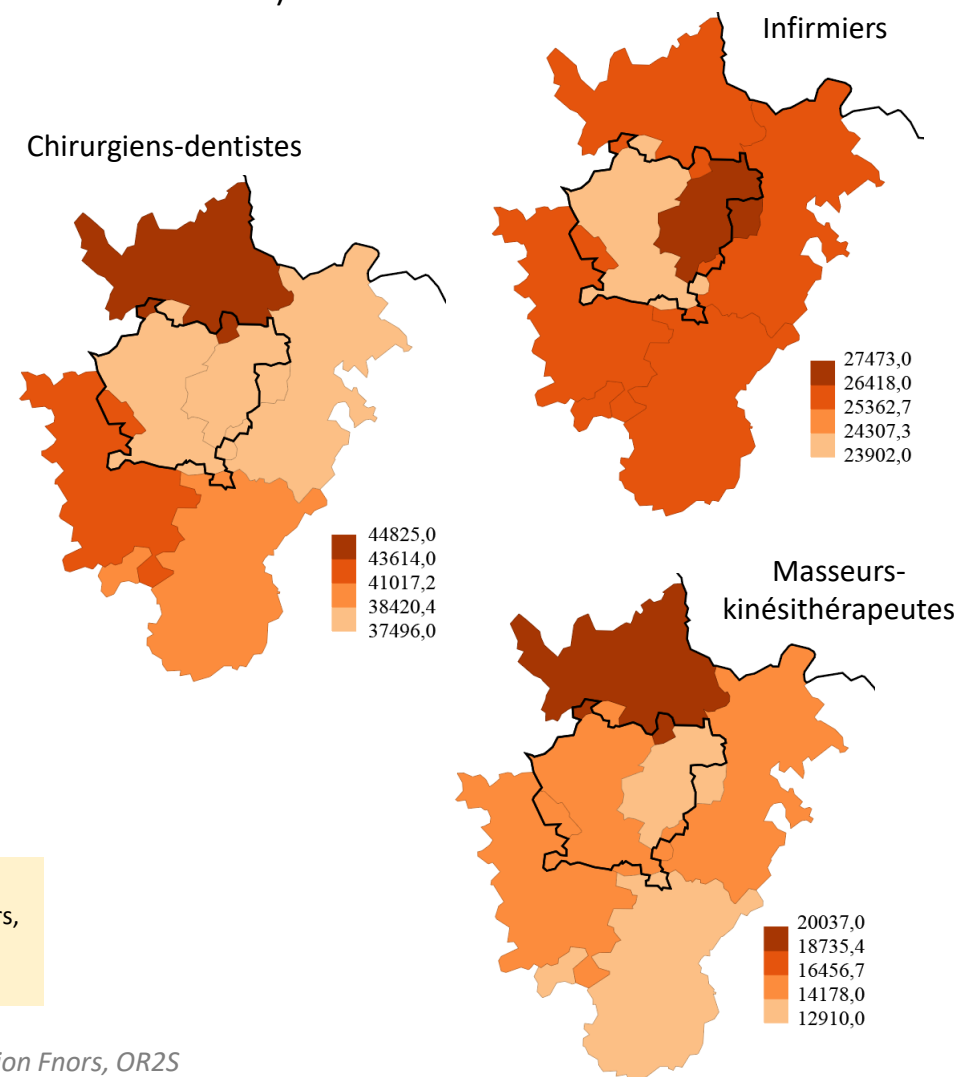
Précisions méthodologiques :

Sont pris en compte ici les recours aux médecins généralistes libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou aux médecins généralistes salariés d'un centre de santé.

État de santé : recours aux soins d'autres professionnels de santé

Personnes ayant eu recours à un infirmier, un chirurgien-dentiste et/ou un masseur-kinésithérapeute de ville en 2019
(taux standardisés pour 100 000 consommateurs de soins)

Recours aux soins de proximité	TRP douaisis		Hauts-de-France	France hexagonale
	Nombre de patients	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000
Infirmiers	55 209	24 618	22 481	17 023
Chirurgiens-dentistes	86 278	38 242	38 031	40 558
Masseurs-kinésithérapeutes	32 946	14 674	14 130	14 503



- Taux de recours aux infirmiers nettement > taux national
- Taux de recours aux chirurgiens-dentistes < taux national

Précisions méthodologiques :

Les professionnels de santé de proximité (autres que les médecins généralistes) considérés ici, sont les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes. Sont pris en compte les recours à ces 3 types de professionnels de santé libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou salariés d'un centre de santé.

État de santé : recours aux soins d'autres spécialités médicales de ville

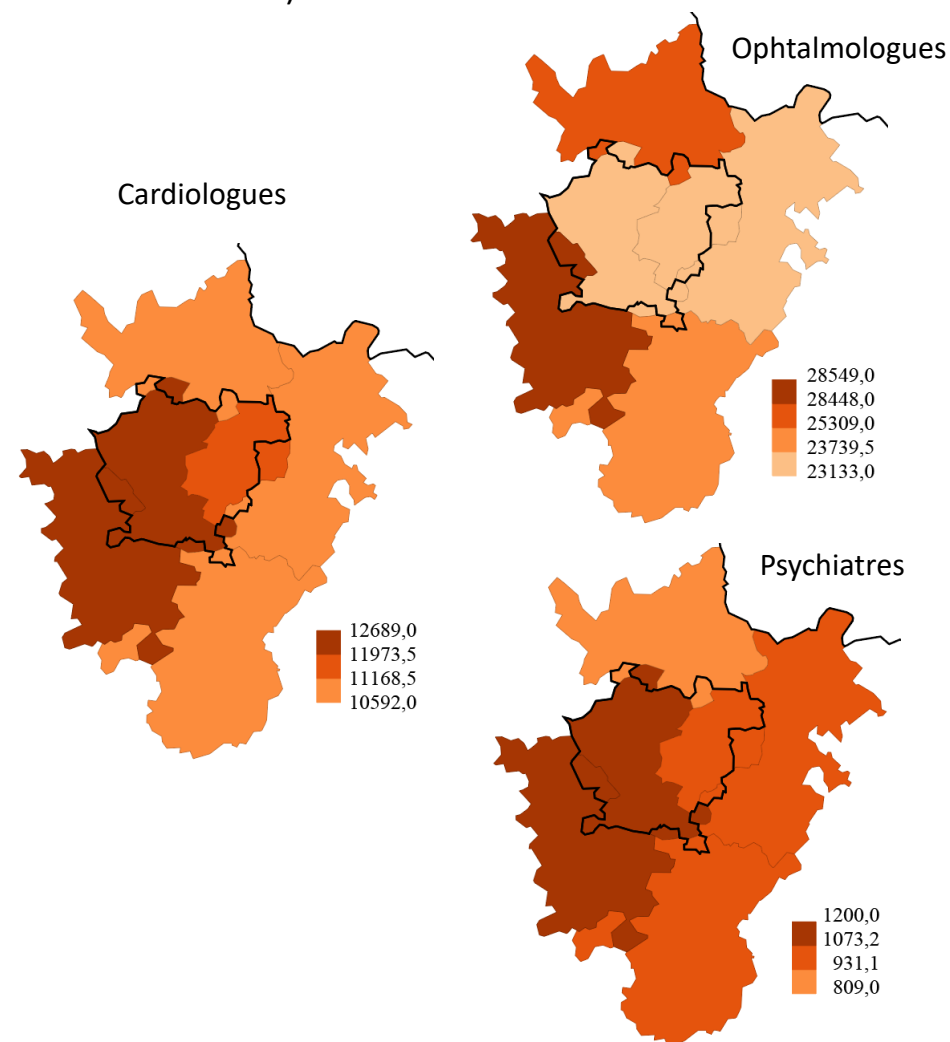
Personnes ayant eu recours à un cardiologue, un ophtalmologue et/ou un psychiatre de ville en 2019
(taux standardisés pour 100 000 consommateurs de soins)

Recours aux PS de ville	TRP douaisis		Hauts-de-France	France hexagonale
	Nombre de patients	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000
Ophtalmologues	53 279	23 652	25 565	27 295
Cardiologues	27 918	12 493	9 261	8 931
Psychiatres	2 510	1 131	1 222	2 162

- Un taux de recours à un cardiologue plus élevé qu'au niveau national
- Des taux de recours à un ophtalmologue et à un psychiatre plus faibles qu'au niveau national

Précisions méthodologiques :

Sont pris en compte les recours aux cardiologues, ophtalmologues et psychiatres libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou salariés d'un centre de santé.



Offre de soins, offre de santé

Même si, dans la constitution des inégalités de santé, la part attribuable aux soins apparaît plus limitée que celle attribuable aux facteurs sociaux et environnementaux, l'accès aux soins reste néanmoins un élément central des politiques de santé et constitue un axe important dans le cadre des travaux de responsabilité populationnels de la FHF qui souhaite s'appuyer sur les ressources présentes sur les territoires.

Les professionnels libéraux sont *a priori* les principaux acteurs de la prise en charge organisée des « soins primaires », dits aussi de premier recours ou de proximité, centrés autour des médecins généralistes, qui assurent également l'orientation de leurs patients, vers des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes voire de troisième recours en établissement de santé ou en structure adaptée.

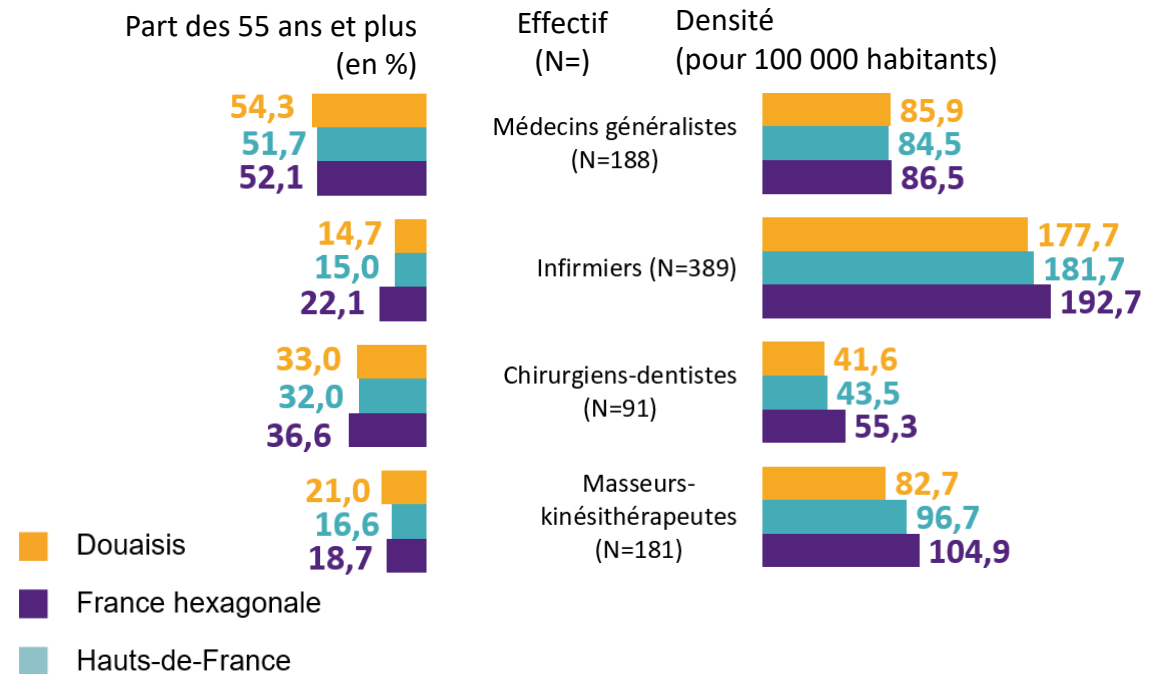
Vous trouverez ainsi des éléments sur la densité de professionnels de santé libéraux ou mixtes et leur accessibilité (en durée) sur les territoires étudiés.

Sont également présentés des éléments en matière d'offres d'accompagnements/hébergements médico-sociaux pour les personnes âgées.

Offres de soins de 1^{er} recours

- **Globalement, un territoire moins doté en offre libérale de premier recours**, sauf pour les médecins généralistes où la densité est proche du niveau national
- Des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux âgés de 55 ans et plus proportionnellement un peu plus nombreux, à l'inverse des infirmiers et des chirurgiens-dentistes libéraux
- Une très **grande proximité de l'ensemble des professionnels de 1^{er} recours** sur le territoire comme au niveau régional et national

Professionnels de santé libéraux (ou mixtes) au 1^{er} janvier 2020



Précision méthodologique :

Depuis 2016, les distances et temps d'accès aux professionnels de santé et aux structures sont calculées à partir des distances routières fournies par le distancier Métrix de l'Insee. Ils ont donc un caractère théorique car, en pratique, les trajets ne se font pas forcément en voiture, et certains critères ne sont pas pris en compte dans la modélisation (recherche d'une place de parking, feux rouges...). Ils permettent cependant d'appréhender des situations très diverses en matière d'accessibilité et d'enclavement des territoires. Pour chaque commune, le temps d'accès à un équipement, par exemple un professionnel de santé, est le temps d'accès entre le chef-lieu de la commune et celui de la commune équipée la plus proche. Lorsque le professionnel est présent dans la commune, le temps d'accès est alors considéré comme étant nul.

Le temps moyen d'accès pour un territoire supracommunal -par exemple une région- représente la moyenne des temps d'accès communaux de ce territoire pondérée par la population. La population de chaque commune est prise en compte de sorte qu'une commune très peuplée pèse davantage dans le calcul qu'une commune moins peuplée.

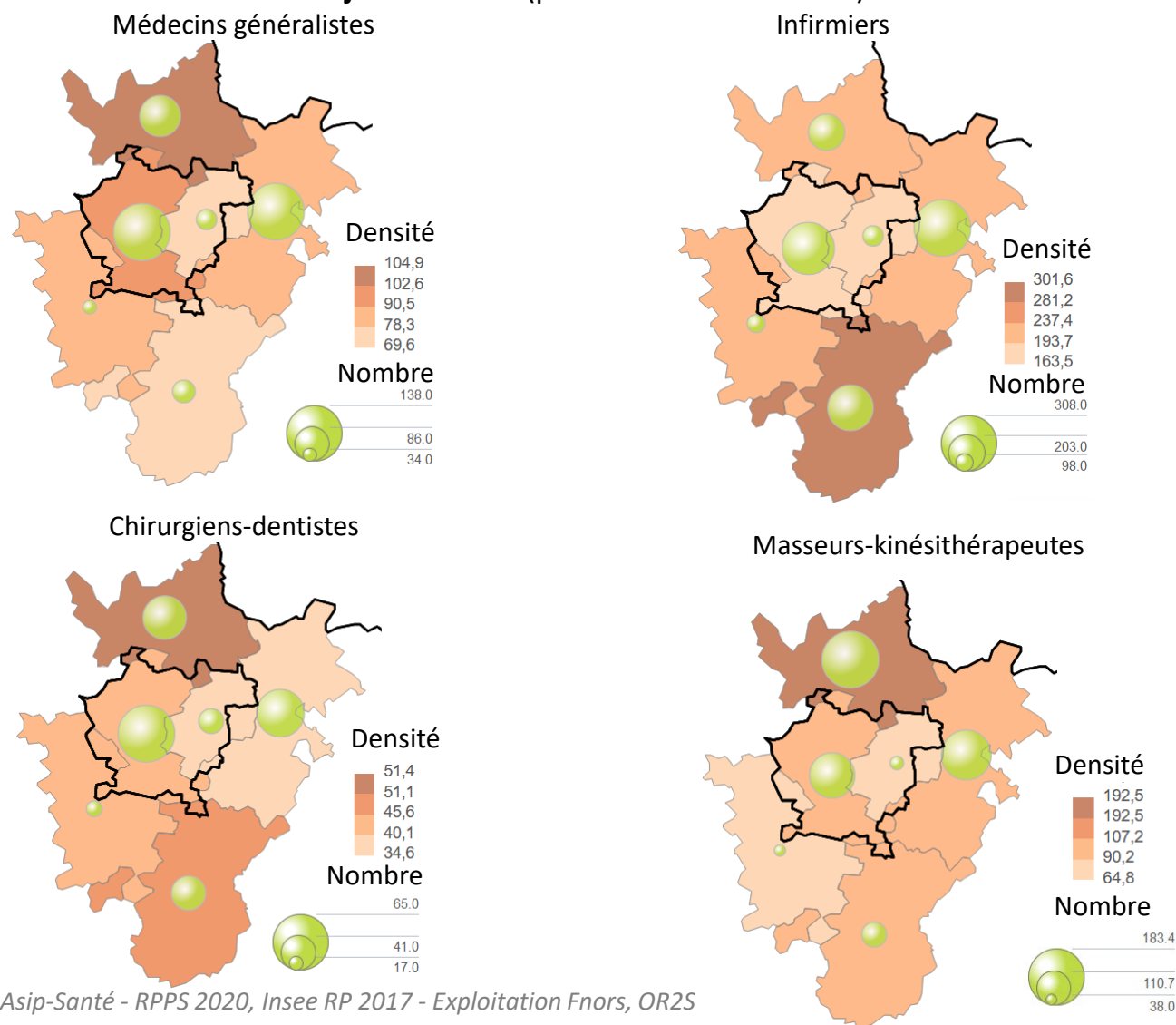
Part de la population à moins de 5 minutes (en %) et temps moyen d'accès (en minutes)

Professionnels de santé libéraux (ou mixtes)	TRP douaisis		Hauts-de-France	France hexagonale
	% population à moins de 5 minutes	Temps moyen d'accès en minutes	Temps moyen d'accès en minutes	Temps moyen d'accès en minutes
Médecins généralistes	93,1	0,5	1,2	1,2
Infirmiers	99,0	0,1	0,8	0,9
Chirurgiens-dentistes	77,9	1,5	2,4	2,1
Masseurs-kinésithérapeutes	95,1	0,4	1,4	1,3
Officines de ville	94,0	0,5	1,3	1,3

Offres de soins de 1er recours : les disparités intra-territoriales...

- Des disparités géographiques d'implantation variables selon les professionnels :
- Une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne nationale pour la moitié des EPCI
- Pour les infirmiers, toutes les EPCI du TRP ont des densités plus élevées qu'en France sauf la CC Cœur d'Ostrevent (CA Douaisis Agglo proche du national)
- Tous les EPCI moins dotés en chirurgiens-dentistes qu'en moyenne nationale
- Seule la CC Pévèle-Carembault dépasse la France pour la densité en masseurs-kinésithérapeutes (CA de la Porte du Hainaut proche du national)

Nombre et densité des professionnels de santé libéraux (ou mixtes) au 1^{er} janvier 2020 (pour 100 000 habitants)



Offres de soins en médecine de spécialités et professionnels paramédicaux

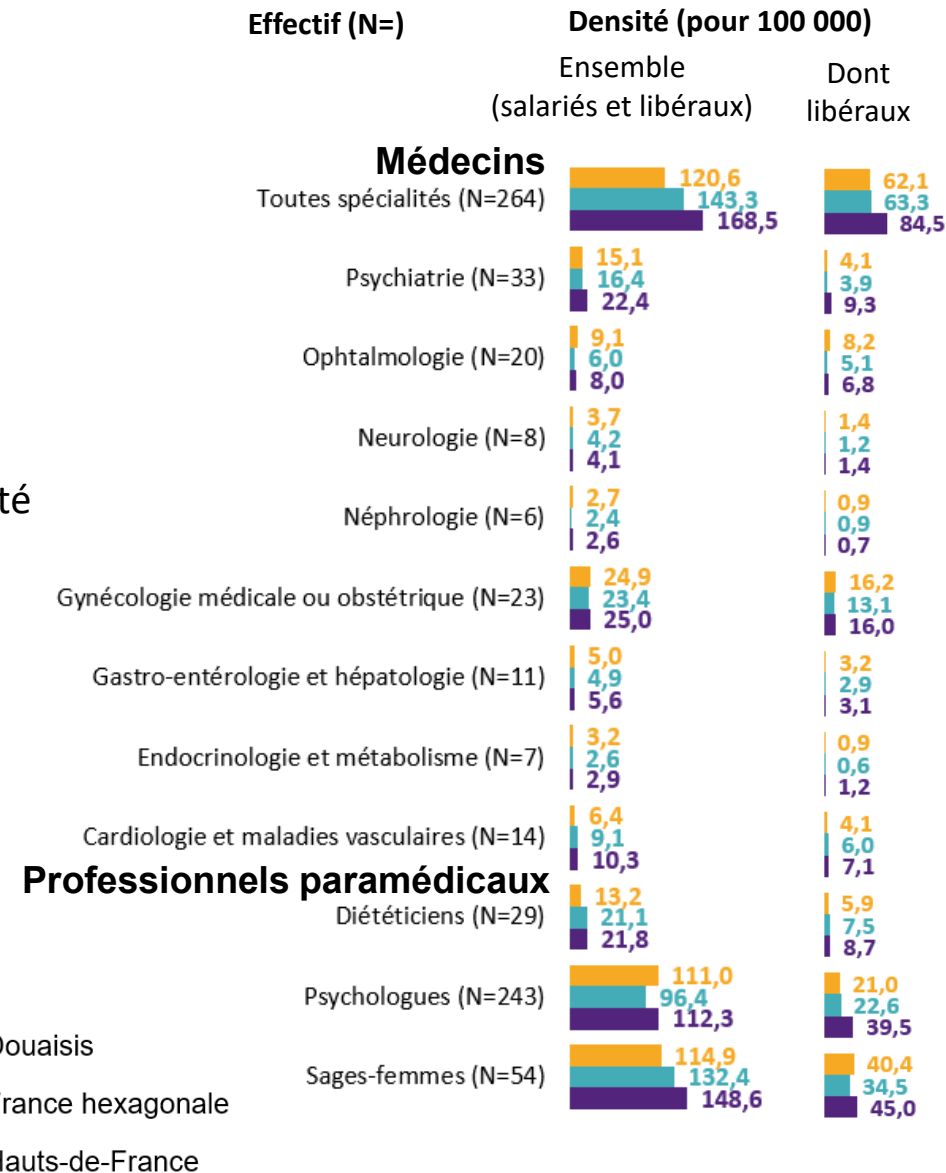
- Globalement, **un territoire moins doté en offre libérale et salariée pour la médecine de spécialité**, avec une densité de médecins spécialistes (120,6 pour 100 000 habitants) inférieure à celles de la région (143,3) et de la France (168,5)
- Un déficit en cardiologues, en psychiatres, en diététiciens et sages-femmes par rapport à la France. Les autres spécialités et professionnels paramédicaux affichent des niveaux proches
- Une **proximité variable des professionnels libéraux** selon la spécialité

Part de la population à moins de 5 minutes (en %)* et temps moyen d'accès (en minutes)

Professionnels de santé libéraux	TRP douaisis		Hauts-de-France	France hexagonale
	% population à moins de 5 minutes	Temps moyen d'accès en minutes		
Sages-femmes	45,9	4,4	5,0	4,6
Cardiologues	31,5	7,2	8,9	9,5
Gynécologues	31,8	7,4	9,6	10,1
Psychiatres	25,9	8,4	11,8	10,7
Ophthalmologues	23,7	10,1	9,9	8,6
Gastro-entérologues	20,5	12,2	10,8	12,5
Neurologues	18,1	14,5	14,6	16,7

* par fréquence décroissante

Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2020



Offres de soins : dispositifs pour les personnes âgées

La vie en établissements

- 21 Ehpad ; 1 720 places d'hébergement
- 7 résidences autonomie ; 430 places

Des taux de places en Ehpad et en résidence autonomie inférieurs aux valeurs régionales

La vie à domicile

- Accueil temporaire en Ehpad : 23 places
- Accueil de jour en Ehpad : 58 places
- Ssiad : 460 places

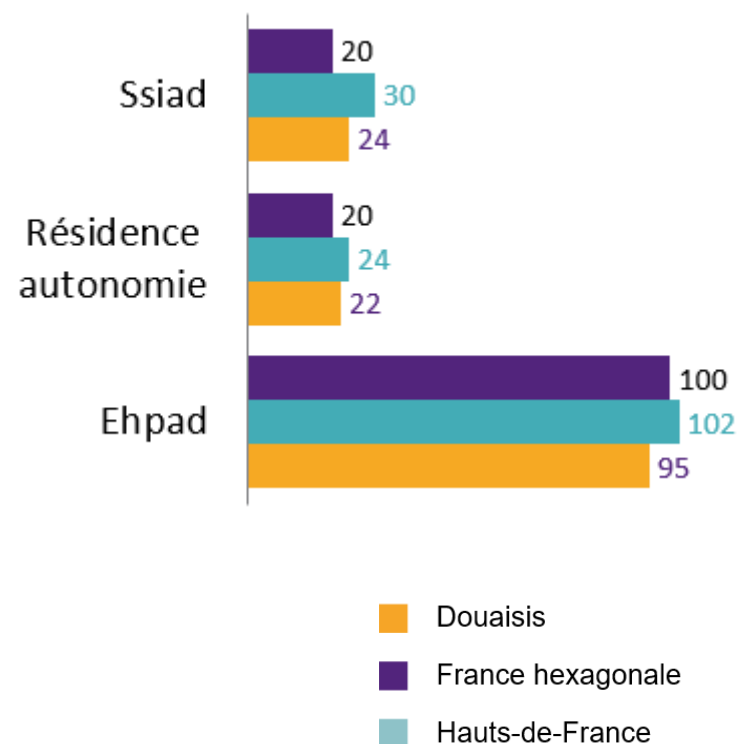
Un taux de places de Ssiad entre les niveaux national et régional

Définition :

Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Ssiad : services de soins infirmiers à domicile et services polyvalents d'aide et de soin à domicile.

Taux de places d'accompagnement en 2021
(pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)



Offres de soins : exercice coordonné et coordinations

Exercice coordonné de professionnels de santé

- 6 Maisons de santé pluridisciplinaires
- 12 Centres de santé polyvalents
- Maison Sport Santé du douaisis

Dispositif d'appui à la coordination (DAC) :

Mise en place DAC Lille Sud-Est, Douaisis

simplification et consolidation des dispositifs d'appui à la coordination des parcours (Maia, réseaux de santé territoriaux, PTA, ...)

- À consulter

<https://www.sante-douaisis.fr/>

Plateforme santé Douaisis : lieu d'accueil, de conseil et d'accompagnement pour les patients

<https://acteursantedudouaisis.fr/>

Définition :

PTA : plateforme territoriale d'appui

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

● Offres de soins : éducation thérapeutique du patient (ETP)

Programmes d'ETP recensés sur le territoire

Diabète : 10 programmes dont 1 pour les enfants et adolescents et 1 spécifique au diabète gestationnel

Obésité : 8 programmes dont 2 pour les enfants et adolescents

Maladies respiratoires : 4 programmes dont 1 pour les enfants et adolescents

Maladies cardiovasculaires : 2 programmes

Insuffisance rénale chronique : 1 programme

Affections psychiatriques : 1 programme

Dans les CA Douaisis Agglo et CC Cœur d'Ostrevent

Plus de 400 programmes d'ETP autorisés dans la région, dont 26 sur le TRP douaisis

- CH Douai et de Somain
- Cliniques de l'Escrebieux et Saint Amé
- SISA Jules Ferry, Faubourg santé, Avenir Santé Douaisis, MSP de Aniche,
- Association Plateforme Santé Douaisis
- Centre Hélène Borel

Merci de votre attention

Observatoire régional de la santé et du social - OR2S

Faculté de médecine

3 rue des Louvels

80036 Amiens Cedex 1

www.or2s.fr

Téléphone : 03 22 82 77 24

E-mail : info@or2s.fr

