

Mortalité dans les Hauts-de-France : d'importantes disparités territoriales

Insee Analyses Hauts-de-France • n° 213 • Septembre 2026



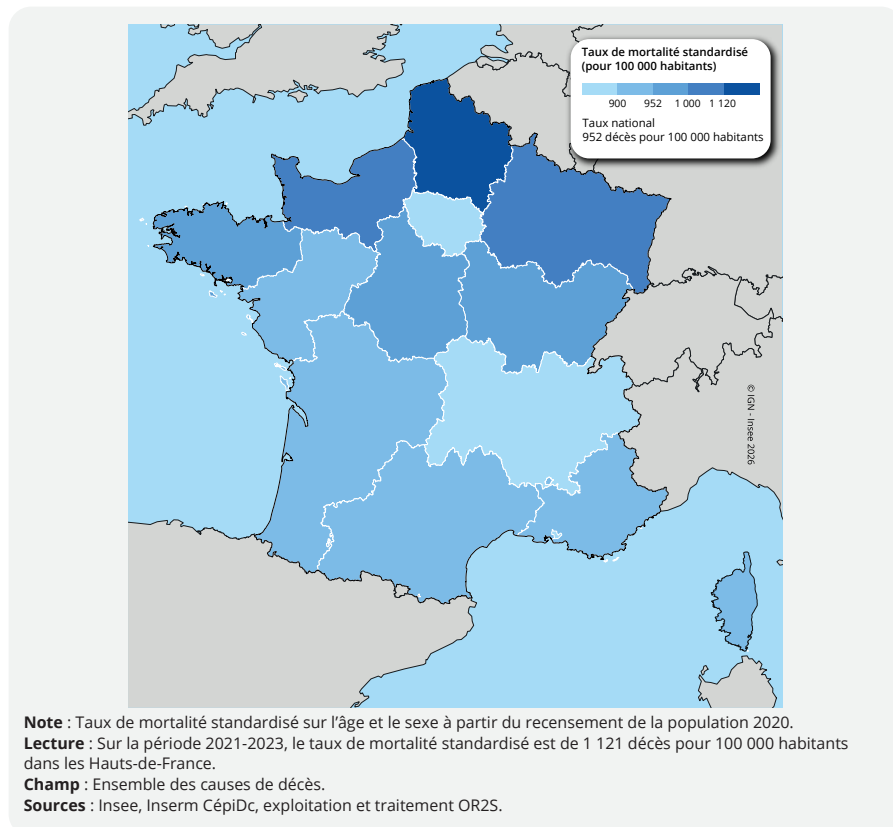
Dans les Hauts-de-France, près de 60 000 personnes décèdent en moyenne chaque année sur la période 2021-2023. Une fois neutralisées les différences de structure par âge et sexe, la région présente le taux de mortalité le plus élevé de France métropolitaine. Celui-ci s'élève à 1 121 décès pour 100 000 habitants, soit une surmortalité de 17,7 % par rapport au niveau national. Les cancers sont la principale cause de décès, devant les maladies de l'appareil circulatoire. En plus de 40 ans, indépendamment des effets du vieillissement et du sexe, le taux de mortalité régional a diminué de 45,0 %, une évolution proche du niveau national. À l'échelle infrarégionale, les taux les plus élevés se concentrent dans les territoires de l'ancien bassin minier, l'Avesnois et la Thiérache, plus exposés aux fragilités sociales. À l'inverse, ils sont plus faibles dans l'Oise et en Pévèle-Carembault, en lien avec une structure sociale plus favorable et une densité médicale plus élevée. La baisse de la mortalité est plus marquée en Pévèle-Carembault et dans l'Aire Cantilienne.



Sur la période 2021-2023, 59 500 décès surviennent en moyenne chaque année dans les Hauts-de-France, dont 82,3 % chez les personnes de 65 ans ou plus. La mortalité augmente avec l'âge et est plus forte chez les hommes. Ainsi, les comparaisons entre les différentes régions nécessitent de tenir compte des différences observées dans les pyramides des âges. Une fois les différences de répartition par sexe et âge neutralisées, le **taux de mortalité standardisé** s'élève sur la période à 1 121 décès pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France, soit une surmortalité de 17,7 % par rapport à la France métropolitaine. Cette surmortalité est plus importante chez les moins de 65 ans (+24,1 %) ainsi que pour la **mortalité évitable par la prévention primaire** (+18,8 %). Cette dernière correspond aux décès dont la fréquence pourrait être diminuée essentiellement par une action sur la prévention et les comportements individuels (consommation de tabac, d'alcool, conduite dangereuse...).

Les Hauts-de-France se distinguent par le taux de mortalité standardisé le plus élevé des régions de France métropolitaine ► **figure 1**, suivis

► 1. Taux de mortalité standardisé par région sur la période 2021-2023



par le Grand Est et la Normandie. De manière générale, les régions du nord de la France affichent des taux de mortalité plus élevés que celles du

Sud. En effet, leur population concentre davantage d'ouvriers et de chômeurs, ce qui contribue à une mortalité plus importante.

Les cancers, première cause de décès

Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire sont les deux principales causes de décès dans les Hauts-de-France comme en France métropolitaine ► **figure 2**. Les maladies de l'appareil respiratoire représentent la troisième cause de décès, suivies des causes externes (accidents, suicides, etc.). Le taux standardisé de mortalité de la région dépasse le taux national pour toutes les causes de décès. Pour autant, la différence est plus marquée pour les maladies de l'appareil génito-urinaire (+42,6 %) et celles de l'appareil digestif (38,9 %). À l'inverse, elle se révèle moins prononcée pour les causes externes (+10,3 %), les maladies du système nerveux (+12,3 %) ou encore les cancers (+14,9 %).

En 40 ans, une baisse de 45 % du taux de mortalité standardisé dans la région

Dans les Hauts-de-France, le taux de mortalité standardisé diminue de 45,0 % entre les périodes 1980-1982 et 2021-2023 passant de 2 038 décès pour 100 000 habitants à 1 121 (–45,6 % pour la France métropolitaine). À l'exception des maladies du système nerveux, la mortalité baisse quelles que soient les causes de décès. Entre les deux périodes, elle diminue de plus de 50,0 % pour les causes externes, les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil respiratoire et de plus de 70 % pour les maladies de l'appareil circulatoire. Les baisses observées sont proches des évolutions nationales, sauf pour les maladies parasitaires et infectieuses (–4,6 % contre –17,4 % en France métropolitaine). Le repli de toutes ces maladies traduit des progrès médicaux dans les traitements, davantage de prévention, des dépistages plus généralisés et une évolution des comportements. Ceux-ci participent à réduire plus fortement la mortalité avant 65 ans (–52,0 %). Toutefois, l'allongement de l'espérance de vie expose aussi plus fortement les individus à des pathologies survenant à des âges plus avancés. Ainsi, le taux de mortalité lié aux maladies du système nerveux (Parkinson, Alzheimer...) a presque doublé dans la région (+74,6 % entre les deux périodes), une hausse plus forte qu'au niveau national (+57,2 %).

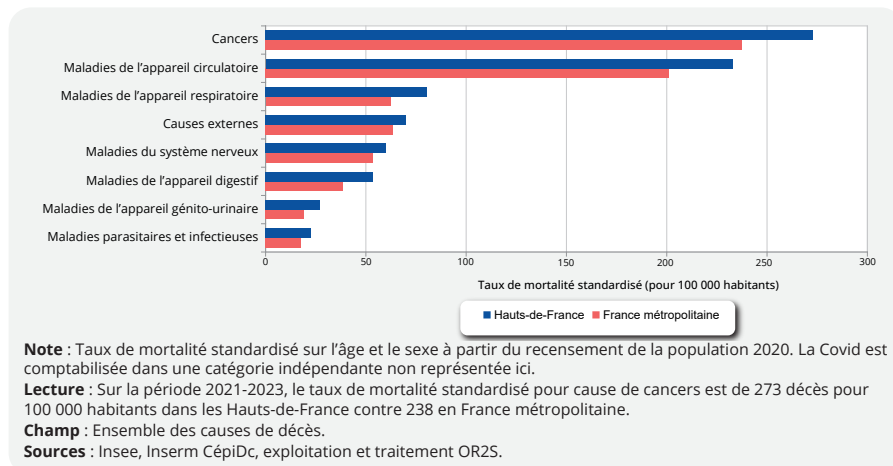
Une mortalité plus élevée dans l'ancien bassin minier, l'Avesnois et la Thiérache

À l'échelle des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), le taux de mortalité varie de 842 décès pour 100 000 habitants dans la communauté de communes (CC) de l'Aire Cantilienne à 1 302 dans la CC du Val

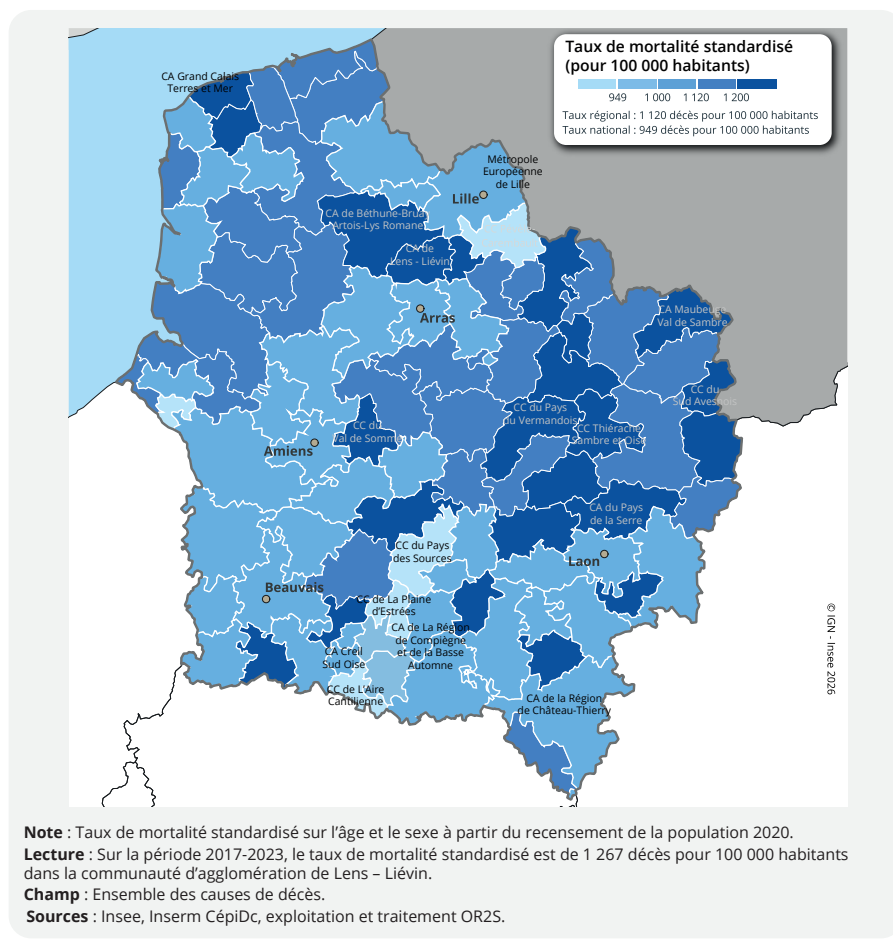
de Somme ► **figure 3**. Certains facteurs socioprofessionnels s'accompagnent d'une plus forte mortalité ► **méthodologie**, notamment la part d'ouvriers, d'employés, de chômeurs ou encore la part de personnes ayant atteint l'âge de la retraite sans jamais avoir travaillé. Ces populations sont plus exposées à des fragilités sociales pouvant se répercuter sur leur état de santé. À l'inverse, une plus forte densité de professionnels de santé, qui peut faciliter l'accès aux soins, est associée à une mortalité plus faible.

Certains territoires de l'ancien bassin minier, de l'Avesnois, de la Thiérache ainsi que la communauté d'agglomération (CA) Grand Calais Terres et Mers présentent des taux de mortalité standardisés particulièrement élevés, dépassant 1 200 décès pour 100 000 habitants. Cette situation peut s'expliquer en partie par une structure socioprofessionnelle moins favorable. En effet, ces territoires concentrent en général davantage d'ouvriers, une catégorie sociale souvent exposée à des conditions de travail plus pénibles. De plus, les ouvriers recourent moins fréquemment aux soins que

► 2. Principales causes de décès sur la période 2021-2023 en Hauts-de-France et en France métropolitaine



► 3. Taux de mortalité standardisé par EPCI sur la période 2017-2023



d'autres catégories socioprofessionnelles ► **pour en savoir plus [2]**. Par ailleurs, dans la plupart de ces EPCI, les proportions d'employés et de chômeurs sont aussi plus élevées ► **figure 4**. Les intercommunalités plutôt rurales situées dans l'Avesnois et la Thiérache se distinguent par une proportion d'ouvriers ou de chômeurs encore plus importante que dans le bassin minier, ce qui contribue à des taux de mortalité standardisés plus élevés. De plus, la densité de professionnels de santé y est souvent plus faible que dans l'ensemble des Hauts-de-France, en particulier dans la CC du Pays de la Serre ou le Pays du Vermandois. C'est aussi le cas du bassin minier ou de la Sambre-Avesnois malgré l'implantation de centres hospitaliers comme à Lens, Hénin-Beaumont ou à Béthune. L'accès plus difficile aux professionnels de santé peut limiter les actions de prévention et favoriser le renoncement aux soins de la population.

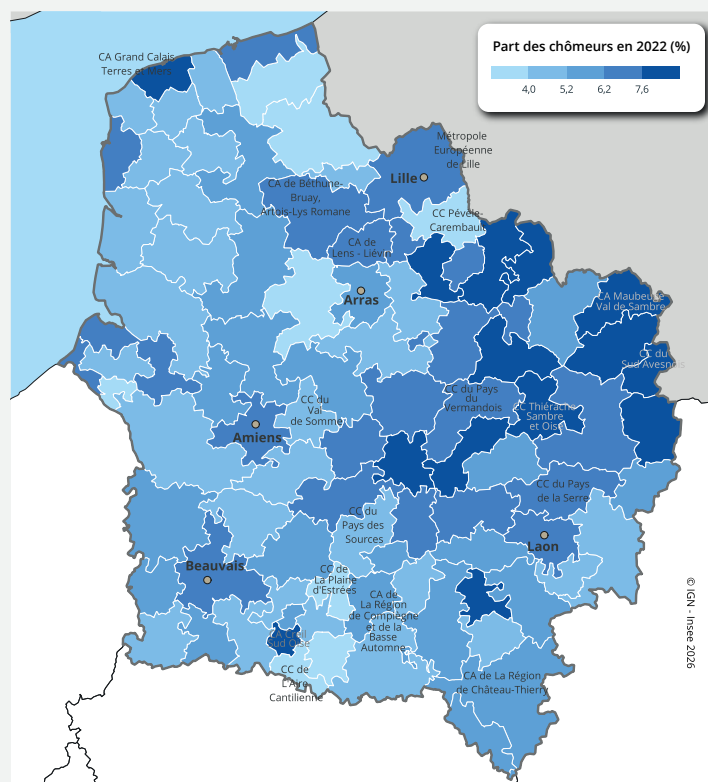
Une mortalité plus faible dans l'Oise et en Pévèle-Carembault

À l'inverse, cinq EPCI des Hauts-de-France présentent des taux de mortalité standardisés nettement inférieurs au taux régional. C'est notamment le cas de la CC Pévèle-Carembault, située en périphérie de la Métropole Européenne de Lille et de plusieurs intercommunalités de l'Oise (CC du Pays des Sources, de la Plaine d'Estrées et de l'Aire Cantilienne) bien desservies par les infrastructures de transports et sous l'influence de l'Île-de-France ► **encadré**. Les habitants de ces territoires plus urbanisés et attractifs bénéficient en général de situations socioprofessionnelles plus favorables, comme en témoignent la part plus importante de cadres, la sous-représentation des ouvriers et des employés ainsi qu'une part de chômeurs nettement plus faible. La proportion de personnes ayant atteint l'âge de la retraite sans jamais avoir travaillé, plus fragiles socialement, y est moindre. Par ailleurs, le nombre de professionnels de santé pour 1 000 habitants dépasse le niveau régional, ce qui contribue également à des taux de mortalité standardisés plus faibles.

Des situations intermédiaires dans les grandes agglomérations

Dans d'autres territoires, les taux de mortalité standardisés dépassent la moyenne nationale mais restent en dessous du niveau régional. C'est notamment le cas de grandes agglomérations telles qu'Amiens, Compiègne, Lille, Beauvais, Arras, Creil et Château-Thierry. Ces territoires se caractérisent par une proportion plus faible d'ouvriers et d'employés ainsi qu'une densité de professionnels de santé supérieure à la moyenne régionale. Celle-ci s'explique en partie par la présence de centres hospitaliers

► 4. Part des chômeurs dans la population des EPCI en 2022

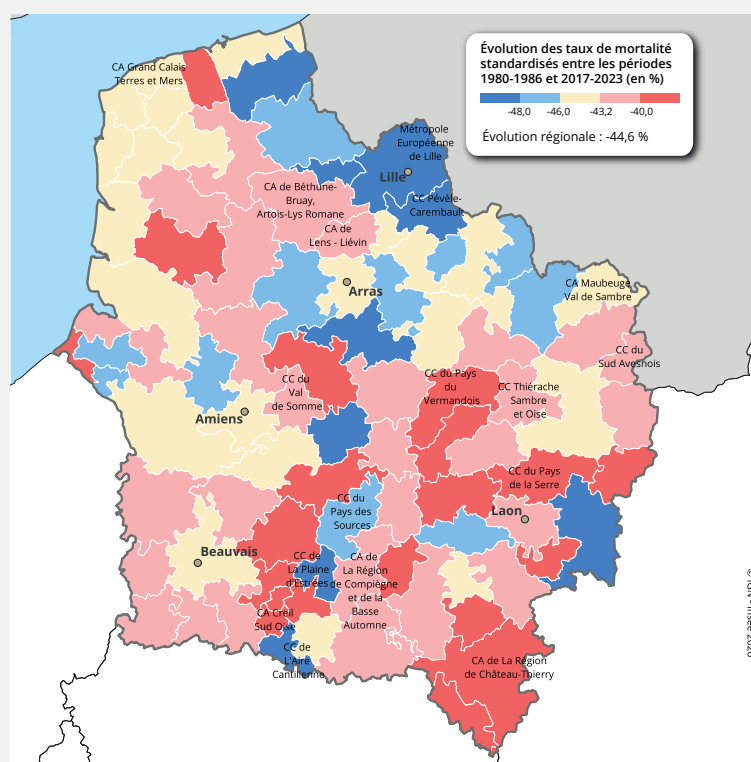


Note : L'indicateur retenu ici ne correspond pas à un taux de chômage qui rapporte le nombre de chômeurs à la population active. Il s'agit du nombre de personnes de 15 ans ou plus se déclarant au chômage dans le recensement de la population rapporté à la population totale.

Lecture : En 2022, les personnes se déclarant au chômage représentent 8,2 % de la population de la communauté d'agglomération (CA) Grand Calais Terres et Mers.

Source : Insee, recensement de la population 2022.

► 5. Évolution du taux de mortalité standardisé par EPCI entre 1980-1986 et 2017-2023



Note : Taux de mortalité standardisé sur l'âge et le sexe à partir du recensement de la population 2020.

Lecture : Entre les périodes 1980-1986 et 2017-2023, le taux de mortalité standardisé a diminué de 55,3 % dans la communauté de communes Pévèle-Carembault.

Champ : Ensemble des causes de décès.

Sources : Insee, Inserm CépiDc, exploitation et traitement OR2S.

à Lille, Amiens, Compiègne ou encore à Beauvais. Cependant, ces territoires présentent également une structure sociale contrastée avec notamment une part plus élevée de chômeurs réduisant les effets positifs des autres facteurs sur le taux de mortalité.

Une baisse de la mortalité plus marquée en Pévèle-Carembault et dans l'Aire Cantilienne

Entre les périodes 1980-1986 et 2017-2023, la mortalité diminue dans toute la région (-44,6 %). Dans neuf EPCI des Hauts-de-France, la baisse dépasse 48,0 % et atteint même 55,3 % pour la CC Pévèle-Carembault ► **figure 5**. Comme dans l'ensemble de la France, la mortalité diminue, notamment du fait des progrès de la médecine. Pourtant, pour ces territoires, les évolutions plus favorables s'expliquent principalement par l'arrivée de nouveaux habitants au niveau de qualification plus élevé, qui de fait participent à la gentrification. Ces territoires sont souvent proches des grandes agglomérations (Paris, Lille, Arras, Dunkerque, Reims). La part de diplômés du supérieur a très fortement

progressé pour deux d'entre eux (CC de l'Aire Cantilienne et de Pévèle-Carembault) avec une hausse au-delà de 27,0 points contre 17,0 points dans la région. Dans la Métropole Européenne de Lille, le niveau de qualification s'est également accru significativement comme en témoigne la hausse de la part de diplômés de l'enseignement supérieur de 22,8 points, soit la 4^e la plus forte dans la région.

Avec une baisse comprise entre 20,0 % et 40,0 %, 20 EPCI connaissent une amélioration vis-à-vis de la mortalité

nettement moins prononcée qu'ailleurs. Ils se situent majoritairement dans l'ex-région picarde. La part des diplômés de l'enseignement supérieur augmente faiblement (+13,9 points) tandis que la part des sans diplômes diminue le moins fortement (-28,7 points contre -29,6 points dans la région). ●

Amélie Fievet, Émilie Garcia, Guilhem Raspaud, Insee Hauts-de-France

Encadré : des taux de mortalité standardisés plus élevés dans les pôles que dans les couronnes

En Hauts-de-France, dans les communes-centres des **aires d'attraction des villes** (AAV), le taux de mortalité standardisé pour l'ensemble des causes de décès dépasse le taux régional moyen de 6,2 % sur la période 2017-2023. Dans ces communes-centres et dans les autres communes du pôle principal, la mortalité évitable par prévention et celle liée aux cancers sont plus élevées que dans l'ensemble de la région. La pauvreté plus répandue y constitue un facteur défavorable pour la santé des habitants.

Dans les couronnes où la population est souvent plus aisée, la situation s'inverse. Ainsi le taux de mortalité standardisé toutes causes confondues est inférieur de 2,0 % au taux régional et de 11,9 % pour la mortalité des moins de 65 ans. La mortalité liée aux cancers et celle évitable par prévention sont également moins élevées.

À l'extérieur des AAV, le taux de mortalité pour l'ensemble des causes de décès avoisine la moyenne régionale. Dans ces territoires, la mortalité liée aux cancers est moins élevée que dans l'ensemble de la région (-4,8 %). A contrario, l'accès aux soins d'urgences moins rapide, constitue une des explications potentielles de la mortalité relativement plus importante des maladies de l'appareil circulatoire.

► Définitions

Le **taux de mortalité** représente le nombre de décès rapporté à la population.

Le **taux de mortalité standardisé** est défini comme le taux que l'on observerait dans la population régionale si elle avait la même structure par âge et sexe que la population nationale. Comme la plupart des causes de décès varient notablement selon l'âge et le sexe des personnes, l'utilisation de taux de mortalité standardisés permet la comparabilité entre périodes et entre territoires. La standardisation sur l'âge et le sexe est réalisée à partir du recensement de la population 2020.

Dans cette étude, les taux de mortalité standardisés ne sont pas tous calculés sur les mêmes périodes. Les données régionales et nationales sont compilées sur 3 ans (2021-2023 pour la période la plus récente). Les taux par EPCI et par type d'AAV sont calculés sur 7 ans (2017-2023 pour la période la plus récente). Lisser sur plusieurs années permet de disposer d'un nombre suffisant de décès à l'échelon de chaque zone.

La **mortalité évitable par des actions de prévention** regroupe une sélection de causes de décès (maladies cardiovasculaires, cancers...) que des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces permettraient essentiellement d'éviter avant 75 ans.

La **densité de professionnels de santé** correspond au nombre de professionnels de santé (secteur A86 de la NAF, services de la santé humaine) pour 1 000 habitants.

Une **aire d'attraction des villes** (AAV) est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué d'un pôle de population et d'emploi, d'éventuels pôles secondaires, et d'une couronne, composée de communes dont au moins 15 % des actifs travaillent dans le pôle. La commune la plus peuplée du pôle est appelée commune-centre.

► Sources

Les données de mortalité sont élaborées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm). Depuis 2000, les causes de décès sont codées suivant la 10^e révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) ; avant elles étaient codées à partir de la 9^e révision (depuis 1979). La cause médicale du décès retenue est la cause principale (ou initiale) du décès. Les données de la dernière période (2021-2023 ou 2017-2023) prennent en compte la crise sanitaire de la Covid-19. Les recensements de la population (RP) 1982 et 2022 permettent de connaître les caractéristiques sociodémographiques des individus.

► Méthodes

Afin d'identifier les facteurs qui influencent la surmortalité, une modélisation du taux de mortalité standardisé a été réalisée à partir des données sur les régions Hauts-de-France, Normandie, Bretagne et Grand-Est ; ces régions présentant des taux de mortalité standardisés plus élevés que dans le reste de la France métropolitaine. Les variables explicatives concernent les caractéristiques socioprofessionnelles de la population (parts standardisées d'ouvriers, d'employés, parts de personnes se déclarant au chômage et de personnes ayant atteint l'âge de la retraite sans jamais avoir travaillé) et la densité de professionnels de santé. Une modélisation de l'évolution du taux de mortalité entre les périodes 1980-1986 et 2017-2023 a également été réalisée avec les variables : évolution de la part des non diplômés, des CAP-BEP et des diplômés du supérieur.

► Pour en savoir plus

- (1) [Portrait socio-sanitaire, situations régionale et infrarégionales](#), OR2S, janvier 2026.
- (2) Blanpain N., « [Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes](#) », Insee Première n°2005, juillet 2024.

