

75 PAERPA 2

PROFIL DES TERRITOIRES DE COORDINATION

Septembre 2018



L'essentiel

- Un territoire parisien, dense et urbanisé, qui compte 200 000 habitants, dont près de 17 000 personnes de 75 ans et plus ;
- Une sur-représentation des personnes vivant seules, notamment chez les personnes âgées ;
- Un territoire particulièrement attractif pour les jeunes de 20 à 30 ans ;
- Un territoire très favorisé socialement ;
- Un indicateur conjoncturel de fécondité de 1,3 le plus bas des territoires d'Île-de-France ;
- Un état de santé général très favorable sur le territoire, avec une moindre mortalité générale, prématurée et prématurée évitable ;
- Une moindre mortalité infantile 2,6 ‰ versus 3,8 ‰ en moyenne régionale ;
- Une moindre mortalité générale à tous les âges de la vie ;
- Une moindre mortalité et morbidité pour les pathologies chroniques : maladies cardiovasculaires, cancers notamment cancers du poumon, des VADS et du côlon-rectum (sauf pour la mortalité par cancer de la prostate en surmortalité), le diabète, les troubles mentaux et du comportement ;
- Une moindre mortalité pour les pathologies liées au tabac et à l'alcool, respectivement -17,6 ‰ et -21,0 ‰ par comparaison à la mortalité régionale.

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION
Isabelle Grémy

AUTEURS
Valérie Féron
Catherine Mangeney

CARTOGRAPHIE
Adrien Saunal

DIRECTION ARTISTIQUE
Olivier Cransac

MAQUETTE
Agnès Charles

MISE EN PAGE
Christine Canet
Chahrazed Sellami

Sommaire

Introduction	2	2 • État de santé des populations	13
1 • Contexte socio-démographique	3	État de santé général	13
Caractéristiques géographiques et morphologiques	3	Des mortalités générale, prématurée et prématurée évitable inférieures à celles observées en Île-de-France	13
Un territoire constitué des arrondissements centraux parisiens	3	État de santé par tranche d'âge	13
Un territoire comptant un peu plus de 200 000 habitants	3	Santé des mères et des enfants de moins de 1 an : le plus bas indicateur conjoncturel de fécondité des territoires	13
Un territoire densément urbanisé	4	Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans : des indicateurs de santé très favorables	14
Caractéristiques démographiques des habitants	5	Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans : une moindre mortalité en comparaison de la moyenne régionale	14
Une population en légère décroissance	5	Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : un meilleur état de santé des adultes âgés de 25-64 ans en comparaison des moyennes régionales	15
Un territoire particulièrement attractif pour les jeunes de 20 à 30 ans	6	Santé des personnes âgées de plus de 65 ans : un niveau de mortalité inférieur de -15,7 % au niveau de la mortalité régionale	15
Un vieillissement de population qui reste très modéré	7	État de santé par pathologies	16
Forte sur-représentation des personnes vivant seules	8	Les cancers : une mortalité par cancer moindre qu'au niveau régional notamment pour les cancers du poumon, des VADS et du côlon-rectum mais une plus forte mortalité pour le cancer de la prostate	16
Caractéristiques sociales des habitants	9	Les maladies cardiovasculaires : une moindre mortalité de -15,7 % en comparaison à la moyenne régionale	16
Un territoire très favorisé socialement	9	Le diabète	17
Un indice de développement humain qui confirme le diagnostic	11	Les maladies de l'appareil respiratoire : une moindre mortalité de -23,8 % par comparaison avec la moyenne francilienne	17
Un territoire ne comptant aucun quartier en politique de la ville	11	Les troubles mentaux et du comportement	17
Un territoire qui compte une population immigrée inégalement répartie	11	La mortalité due à des pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac : une mortalité moindre pour les pathologies liées au tabac et l'alcool respectivement -17,6 % et -29 % par rapport aux mortalités régionales	18
Les autres usagers du territoire	12	Les accidents	18
Très nette sur-représentation de cadres parmi les actifs du territoire	12	Les personnes en situation de handicap	18
Des établissements scolaires très attractifs	12	Glossaire	19

Introduction

Les territoires de coordination des prises en charge constituent une maille territoriale d'analyse et d'action issue du programme régional de santé (PRS2) 2018-2022.

Identifiés par l'Agence régionale de santé (ARS) à partir de l'expérience et des propositions des acteurs et porteurs de projets de terrain, ces territoires infra-départementaux ont vocation à structurer l'observation et l'action à une échelle intermédiaire et cohérente avec les usages dans le but d'améliorer et de faciliter la structuration de la réponse aux besoins de proximité en santé.

Le diagnostic présente les principales caractéristiques et dynamiques urbaines, démographiques et sociales du territoire ainsi que les chiffres clés en matière de mortalité et de morbidité.

Un diagnostic structuré de manière identique est réalisé pour l'ensemble des territoires de coordination franciliens, ce qui permettra les comparaisons entre territoires et l'identification des spécificités propres à chacun.

La première partie est consacrée au contexte socio-démographique du territoire et présente ses caractéristiques géographiques et urbaines, puis les dynamiques et spécificités démographiques ainsi que le contexte économique et social. Enfin, puisque les usagers d'un territoire ne se limitent pas aux seules personnes qui y résident, un chapitre est consacré aux actifs et aux élèves et étudiants.

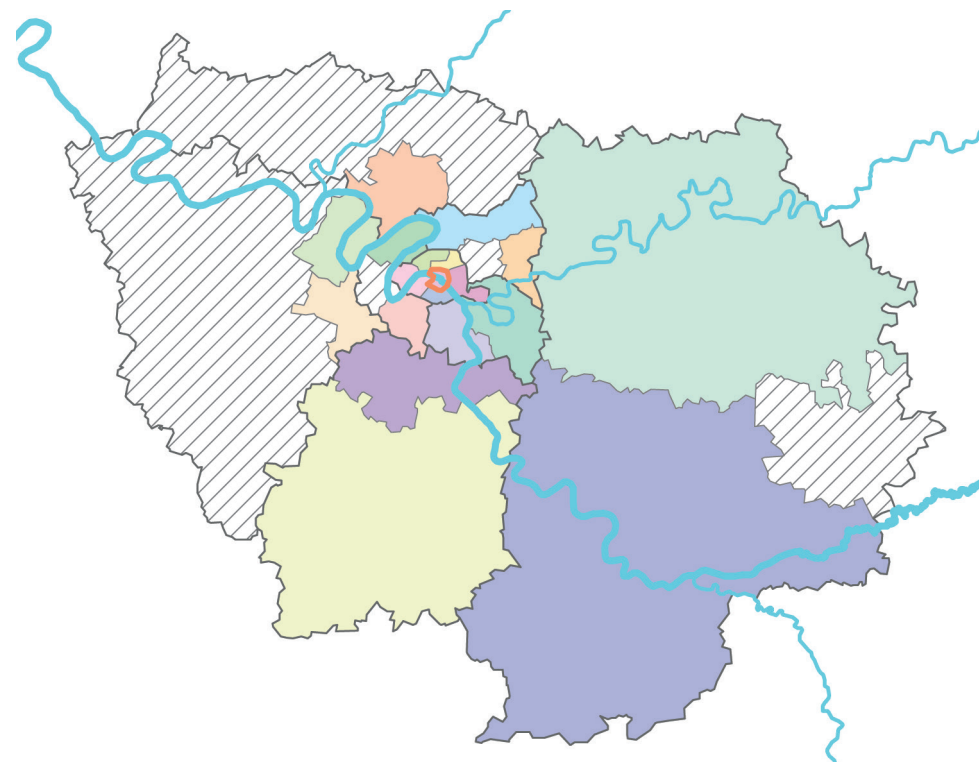
La deuxième partie présente les principaux indicateurs relatifs à l'état de santé des populations du territoire : état de santé général (espérance de vie, mortalité et ALD) décliné par tranches d'âge tout d'abord, puis par pathologies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète...).

Les données sont présentées sous la forme de tableaux. Y sont intégrés :

- les effectifs,
- les taux standardisés et les indices comparatifs (voir glossaire) permettant d'annuler les effets des structures par âge,
- des graphiques permettant, par un code couleur, une lecture rapide de la significativité des indices comparatifs, de la position du territoire par rapport à la moyenne régionale mais aussi par rapport aux autres territoires de coordination (voir page 21 la grille de lecture des tableaux).

Début 2019, ces profils de territoire seront complétés par des indicateurs environnementaux impactant la santé et par une analyse descriptive de l'offre de soins. Début 2020, des éléments de diagnostics infra-territoriaux affineront ces profils de territoire. Par ailleurs, avec l'accès au système national des données de santé (SNDS), les indicateurs de morbidité vont évoluer, permettant à l'avenir de bien meilleures approximations d'incidence et de prévalence des pathologies.

Les territoires de coordination



- Territoire de coordination arrêté
- Territoire étudié dans ce profil
- Territoire encore non défini au 01/09/18

Source : ARS ÎdF 2018

1 . Contexte socio-démographique

CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET MORPHOLOGIQUES

Un territoire constitué des arrondissements centraux parisiens

Le territoire, constitué des six arrondissements centraux parisiens (1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 5^e, 6^e), compte 203 017 habitants.

Le territoire est largement maillé en transport en commun, comme tous les arrondissements parisiens.

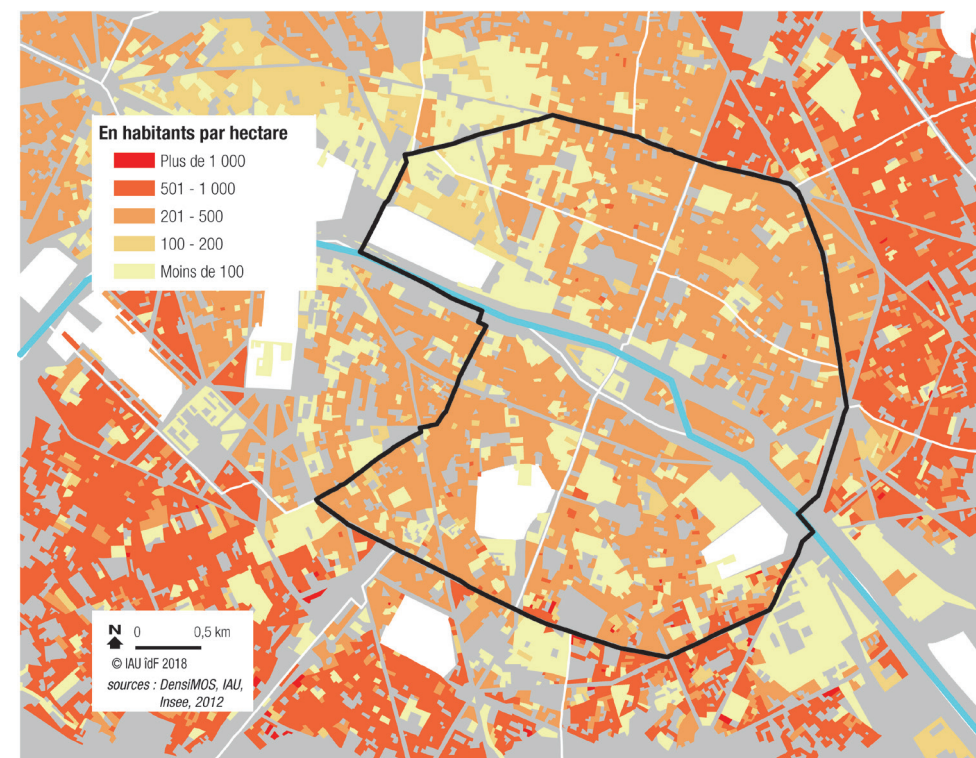
Les intercommunalités du territoire



Un territoire comptant un peu plus de 200 000 habitants

Comparativement aux autres arrondissements parisiens, les arrondissements de ce territoire sont relativement peu peuplés (16 700 habitants dans le 1^{er} arrondissement, 60 000 dans le 5^e, de 21 à 43 000 dans les autres arrondissements du territoire).

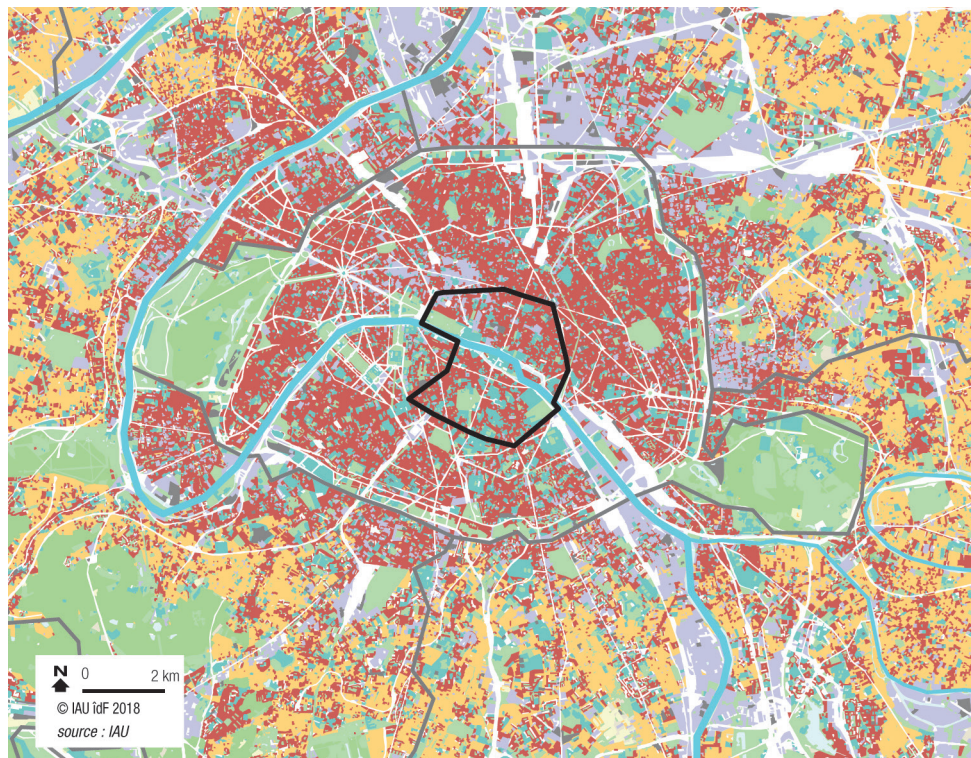
Denisté de population des îlots du territoire



Un territoire densément urbanisé

Le territoire, parisien, est très largement urbanisé.

Mode d'occupation du sol en 2012 (à l'îlot)



Mos 2012 en 11 postes

- Forêts
- Milieux semi-naturels
- Espaces agricoles
- Eau
- Espaces ouverts artificialisés
- Habitat individuel
- Habitat collectif
- Activités
- Equipements
- Transports
- Carrières, décharges et chantiers

Les agglomérations secondaires sont les zones agglomérées de la région qui n'appartiennent pas à l'unité urbaine de Paris (au sens Insee, 2008).

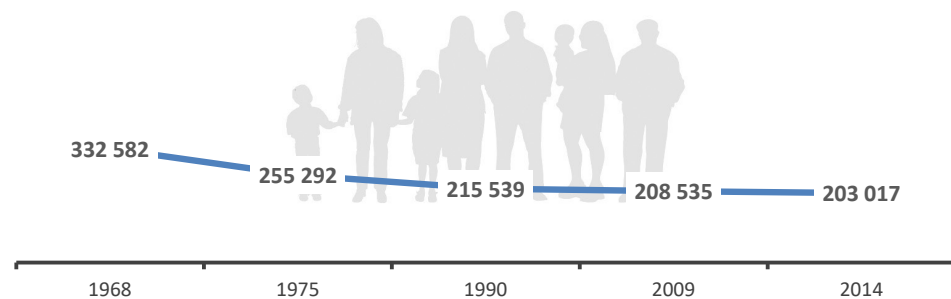
Source : découpage morphologique de l'Île-de-France, IAU îdF, 2008

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES HABITANTS

Une population en légère décroissance

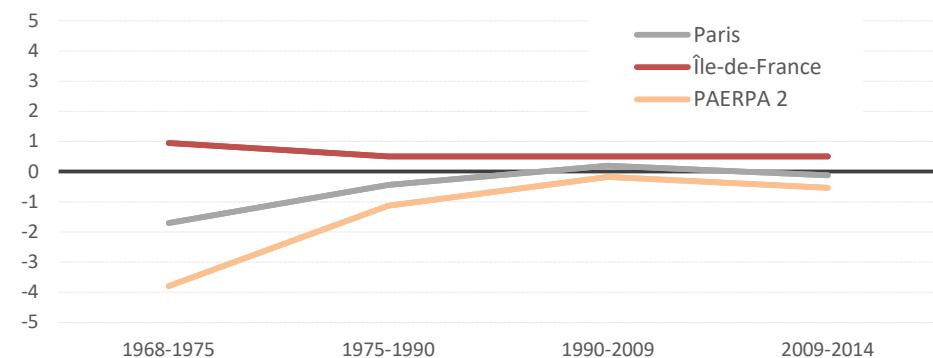
Après avoir diminué assez fortement avant 1975, la population de ces six arrondissements parisiens a eu tendance à se stabiliser depuis (en légère baisse). Les évolutions démographiques du territoire restent ainsi sensiblement en deçà des évolutions moyennes régionales et même départementales.

Évolution de la population totale depuis 1968



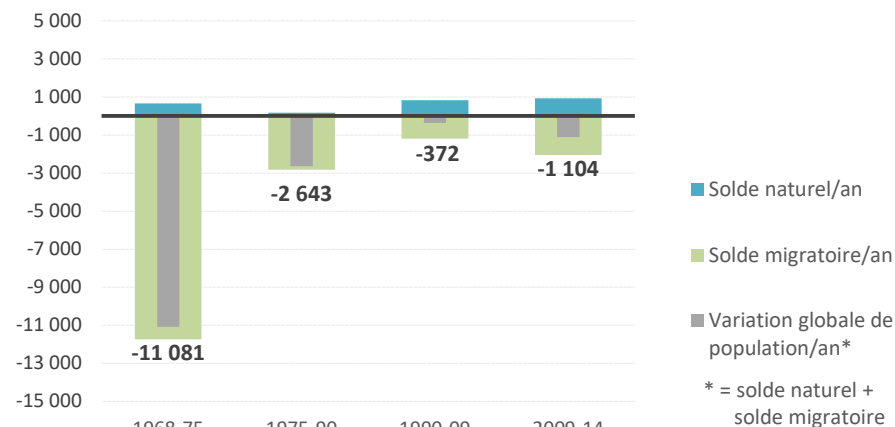
Source : Insee, recensements de la population

Rythme annuel moyen de croissance de la population (en %)

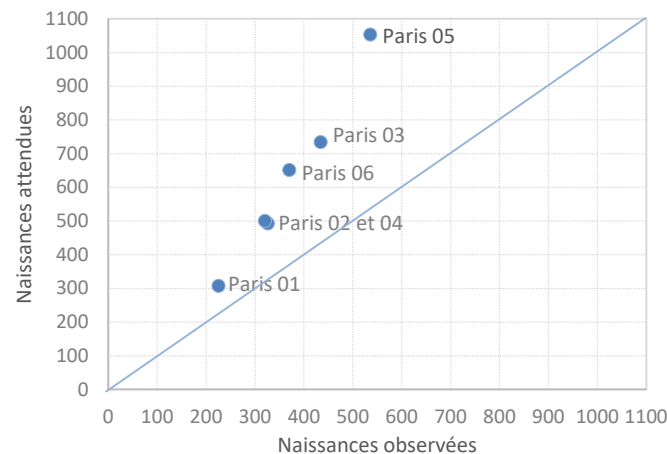


La décroissance démographique de population du territoire résulte d'un solde naturel (naissances moins décès) positif mais faible, qui ne compense pas le déficit migratoire qui s'observe avec le reste de la région, de la France ou de l'étranger. Ce dernier s'est pourtant sensiblement réduit depuis le milieu des années 70.

Les leviers de la dynamique territoriale



Naissances observées et naissances attendues*par commune en 2011



* Naissances attendues : naissances qui auraient été comptabilisées sur le territoire si, à chaque âge, les femmes de ce territoire avaient un comportement de fécondité identique au comportement moyen francilien.

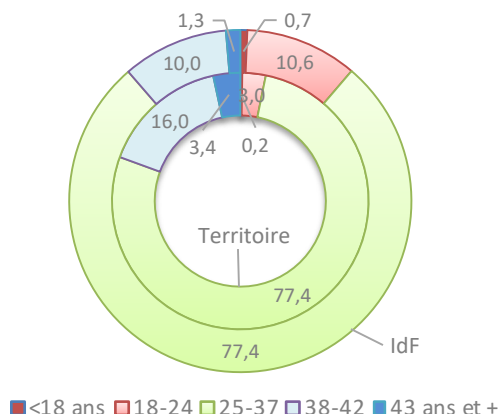
Lecture : si le point est au-dessus de la ligne, la fécondité est moindre qu'attendue. Si le point est en dessous, la fécondité est supérieure.

Source : Insee, recensements de la population et fichiers statistiques de l'état civil.

De fait, en ce qui concerne les niveaux de fécondité des femmes habitant ce territoire, on note une fécondité moins importante que celle observée en moyenne en Île-de-France (après standardisation par la structure par âge). Les arrondissements du territoire présentent en effet un nombre de naissances observé moins important que celui que l'on pourrait attendre si les femmes du territoire avaient, à chaque âge, les mêmes comportements de fécondité que la moyenne régionale.

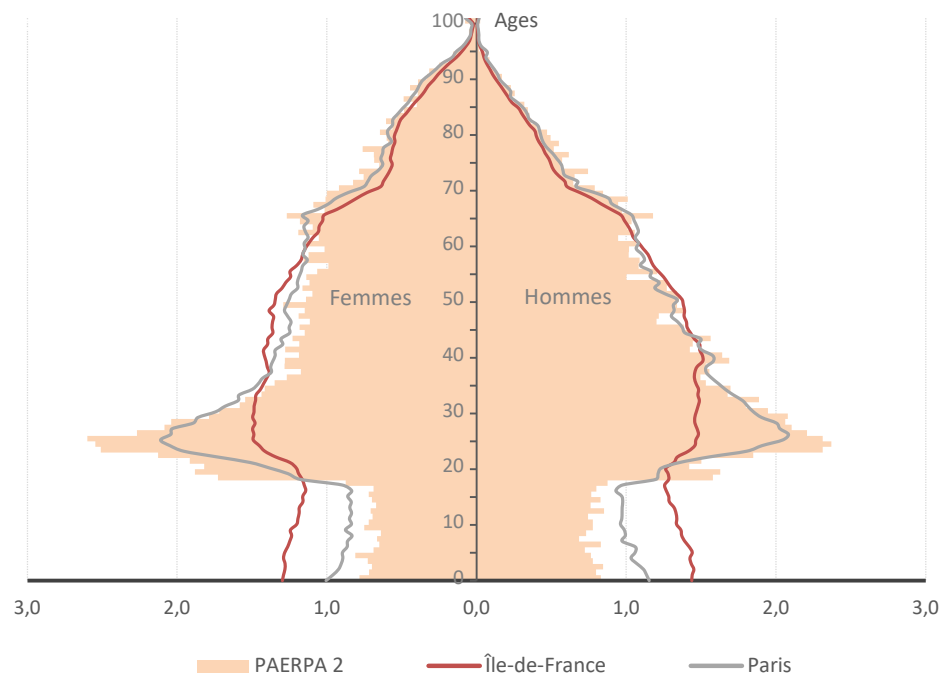
De plus, les femmes du territoire sont sensiblement plus nombreuses à avoir un enfant après 38 ans (19,4 % contre 11,3 % en moyenne en Île-de-France).

Part des naissances observées (2014) selon l'âge de la mère (en %)



■ <18 ans ■ 18-24 ■ 25-37 ■ 38-42 ■ 43 ans et +
Source: Insee, fichiers statistiques de l'État civil

Pyramide des âges de la population (2014)



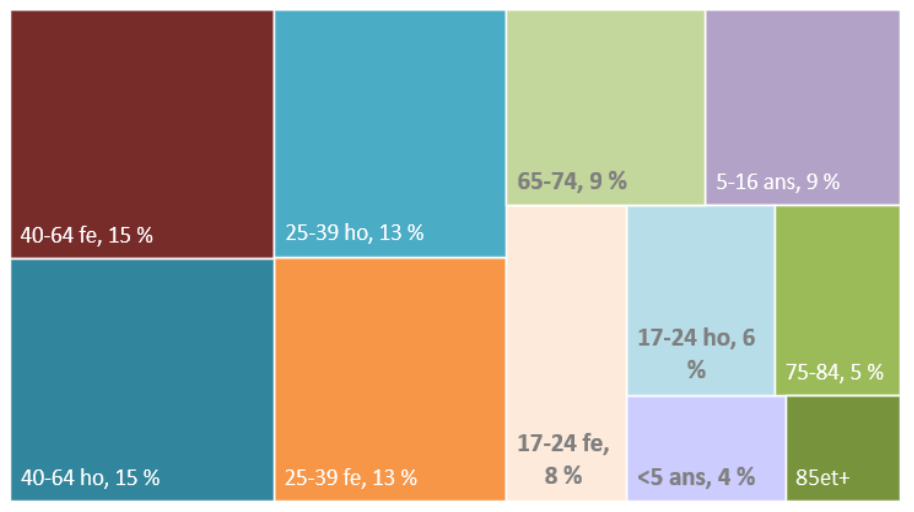
Source: Insee, recensement 2014

Un territoire particulièrement attractif pour les jeunes de 20 à 30 ans

La structure par âge de la population est assez caractéristique de la situation parisienne (sur-représentation des jeunes adultes et des personnes âgées et sous-représentation des moins de 20 ans et des 40-59 ans). Ces caractéristiques sont encore accentuées sur ce territoire avec une très forte sur-représentation des 20-30 ans et une sous-représentation des jeunes enfants de moins de 15 ans, y compris par rapport aux moyennes parisiennes.

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont également sur-représentées sur le territoire.

Structure par âge en 2014



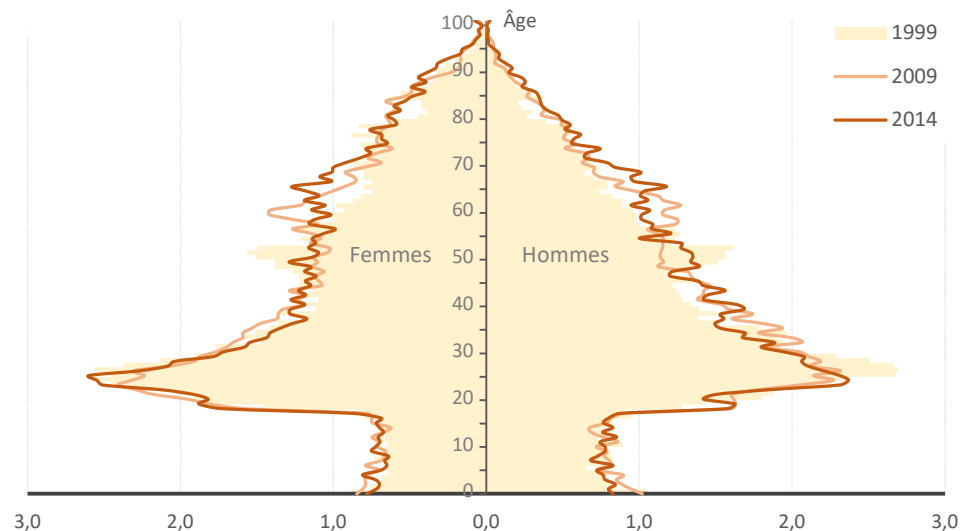
Source: Insee, recensement 2014

- Moins de 5 ans
- 5-16 ans
- 65-74 ans
- 75-84 ans
- 85 ans et +
- 17-24 femme
- 25-39 femme
- 40-64 femme
- 17-24 homme
- 25-39 homme
- 40-64 homme

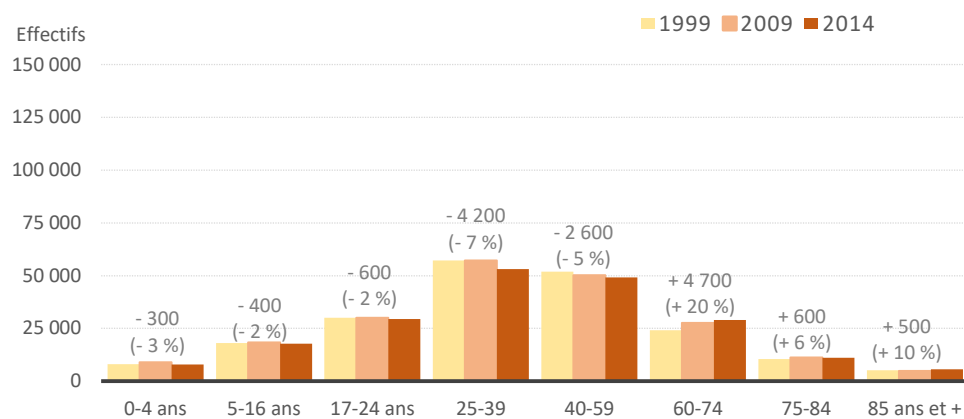
Un vieillissement de population qui reste très modéré

Une structure par âge qui évolue relativement peu au cours du temps, avec une hausse un peu plus marquée des 60-74 ans (+4 700 personnes entre 1999 et 2014).

Évolution de la pyramide des âges de la population depuis 1999 (en %)



Évolution de la population par groupes d'âge depuis 1999



Les chiffres et pourcentages indiquent les évolutions totales de population par groupes d'âge entre 1999 et 2014.

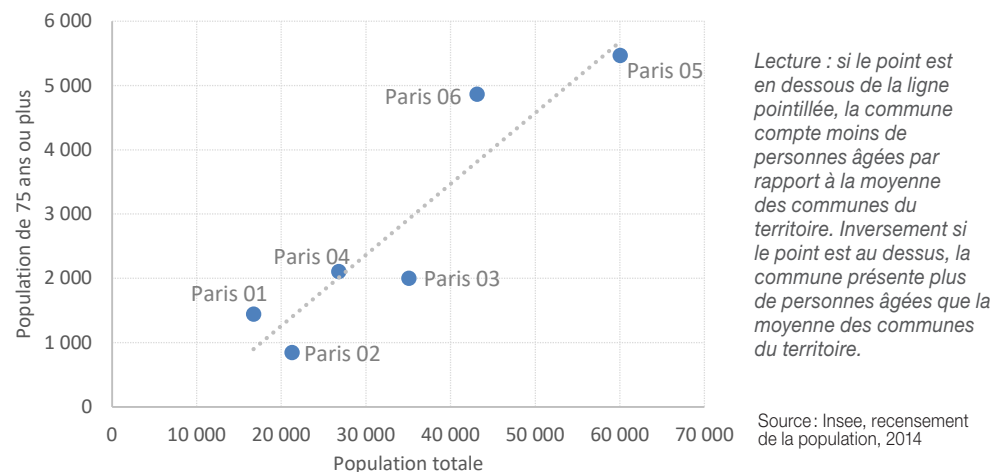
Nombre d'habitants par grands groupes d'âge

Effectifs	1999	2009	2014
0-4 ans	8 136	8 966	7 852
5-16 ans	18 146	18 391	17 782
17-24 ans	30 005	30 095	29 453
25-39 ans	57 288	57 208	53 049
40-59 ans	51 860	50 180	49 219
60-74 ans	24 192	27 568	28 935
75-84 ans	10 436	11 186	11 070
85 ans et +	5 120	4 942	5 657
Total	205 183	208 535	203 017

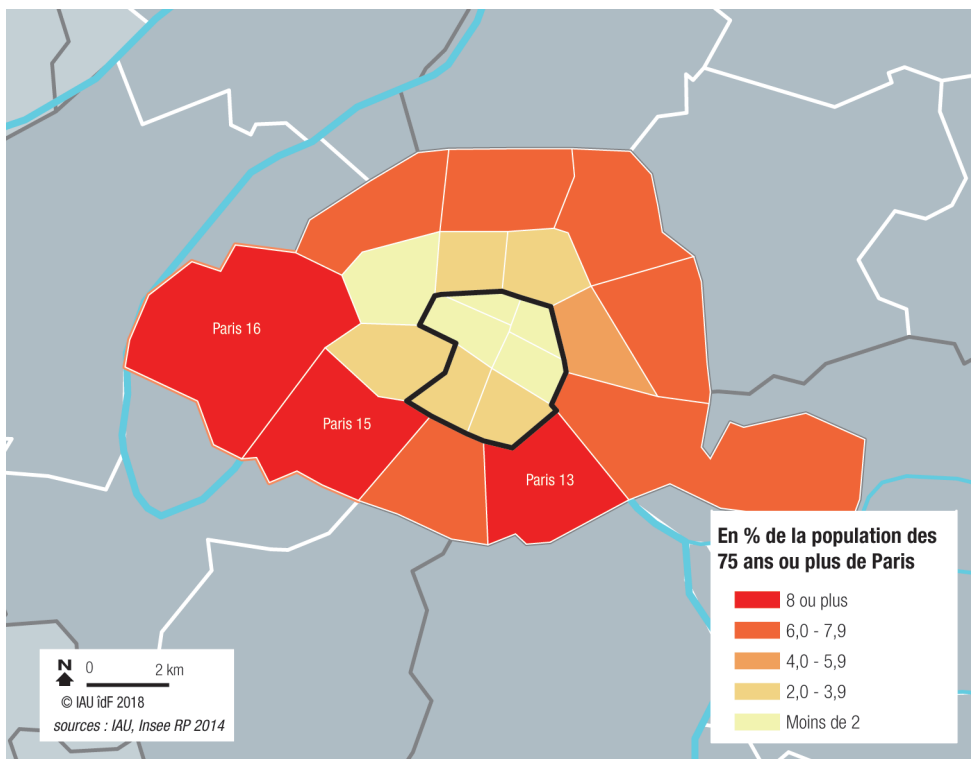
Source: Insee, recensements de la population

Les six arrondissements qui composent ce territoire sont assez hétérogènes sur le plan du vieillissement avec des proportions de personnes âgées relativement plus élevées dans le 1^{er} et le 6^e arrondissement, compte tenu de la taille de la population de chaque arrondissement. Les 2^e et 3^e arrondissements paraissant un peu plus jeunes que la moyenne du territoire.

Population totale des arrondissements du territoire et nombre de personnes âgées de 75 ans et plus



Répartition, au sein des communes du territoire, des personnes âgées (75 ans ou plus) résidant sur le territoire
(% des personnes âgées du territoire qui vivent dans chaque commune)

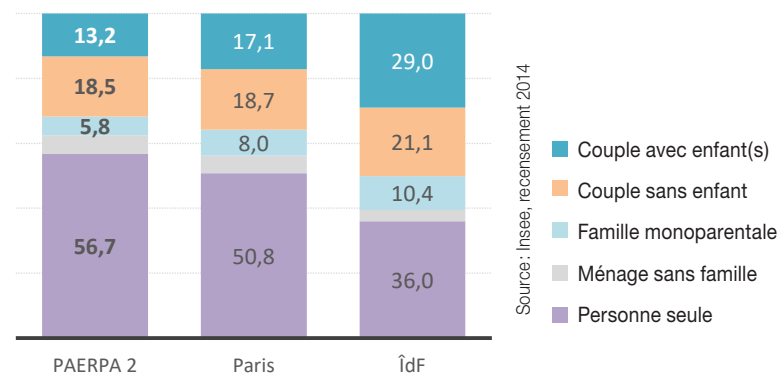


Forte sur-représentation des personnes vivant seules

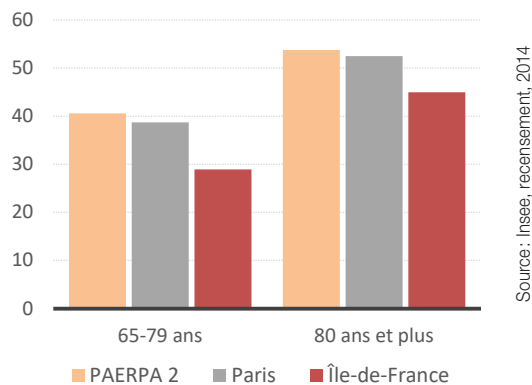
Un territoire qui, comme sa structure par âge le laissait deviner, présente une très nette sur-représentation de personnes seules, assez caractéristique de Paris. Mais cette sur-représentation est encore plus forte que celle observée en moyenne sur l'ensemble de Paris (56,7 % sur le territoire contre 50,8 % sur l'ensemble de Paris et 36 % en moyenne sur l'ensemble de la région).

Les personnes âgées de 65 à 79 ans, quant à elles, sont 41 % à vivre seules (contre 29 % en moyenne sur l'ensemble de l'Île-de-France). Pour les 80 ans et plus, cette proportion monte à 54 % (contre 45 % en moyenne francilienne).

Structure familiale des ménages (en %)



Part des personnes âgées vivant seules (en %)



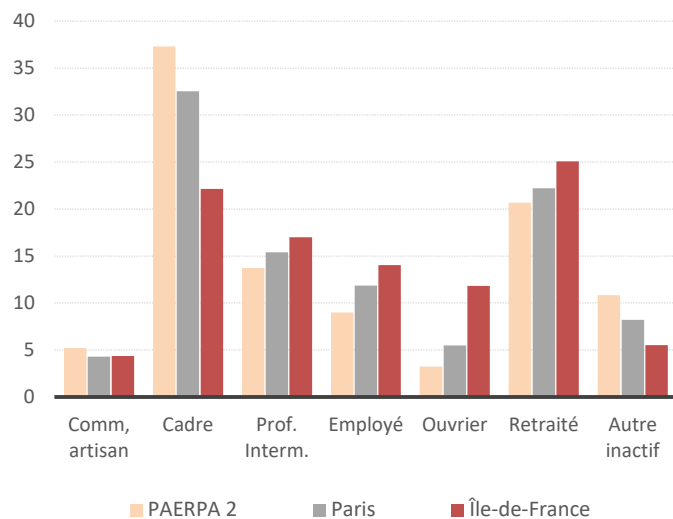
CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES HABITANTS

Un territoire très favorisé socialement

La structure des ménages du territoire par PCS indique une très nette sur-représentation des cadres et, dans une moindre mesure, des inactifs, hors retraités. Ces derniers représentent seulement 21 % de la population totale du territoire (contre 25 % en moyenne en Île-de-France).

Sur le territoire, en moyenne, les ménages les plus pauvres (D1 à D7) sont sous-représentés, tandis que les ménages les plus riches (D9 et surtout D10) sont très largement sur-représentés.

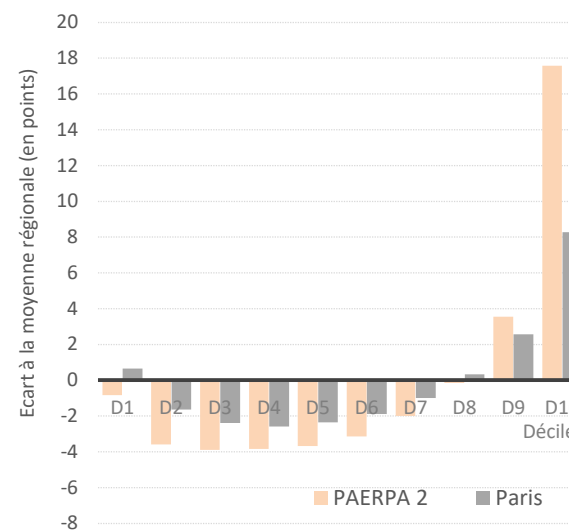
Répartition des ménages par PCS de la personne de référence (en %)



Source : Insee, recensement 2014

Ces six arrondissements présentent un profil social plus favorable que la moyenne régionale mais également que la moyenne parisienne. Le 6^e arrondissement se démarque encore avec la situation sociale la meilleure.

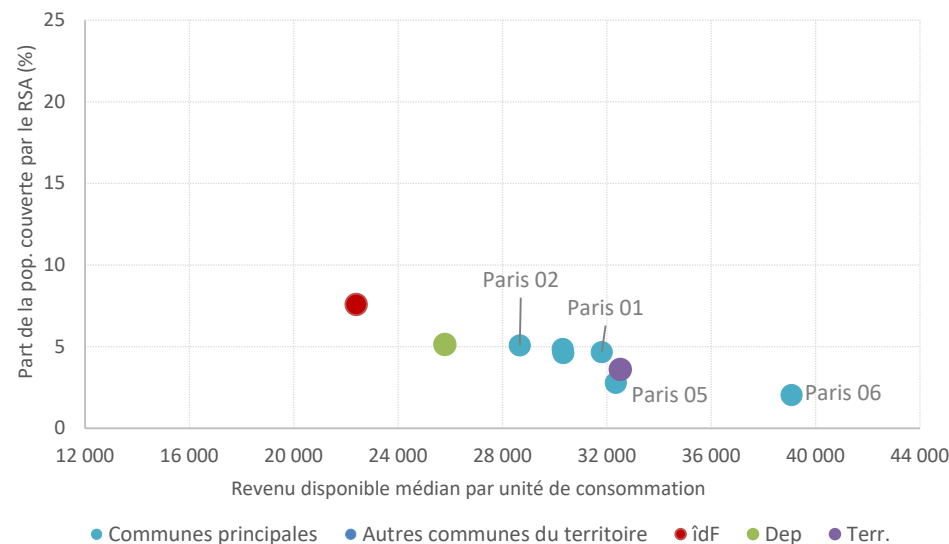
Profil de revenu des ménages-



Source : Insee, Filocom 2013

Note de lecture :
 D1 = le 1^{er} décile de revenu correspond aux ménages les plus pauvres
 D10 = le 10^e décile correspond aux ménages les plus riches
 Les déciles sont calculés par rapport au niveau régional

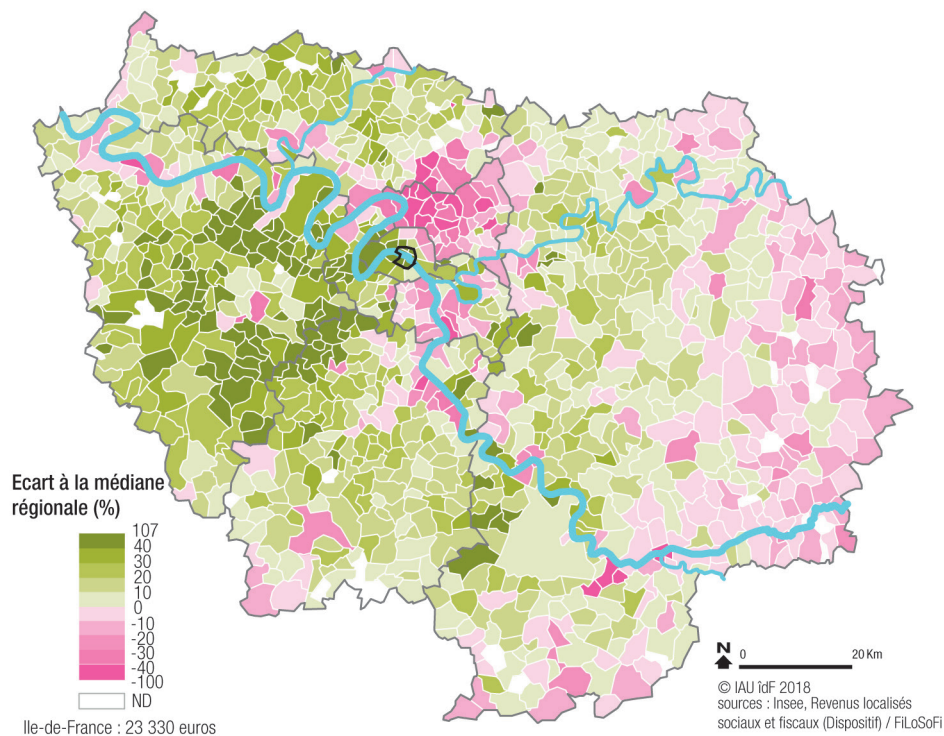
Revenus médians annuels et population couverte par le RSA par commune du territoire



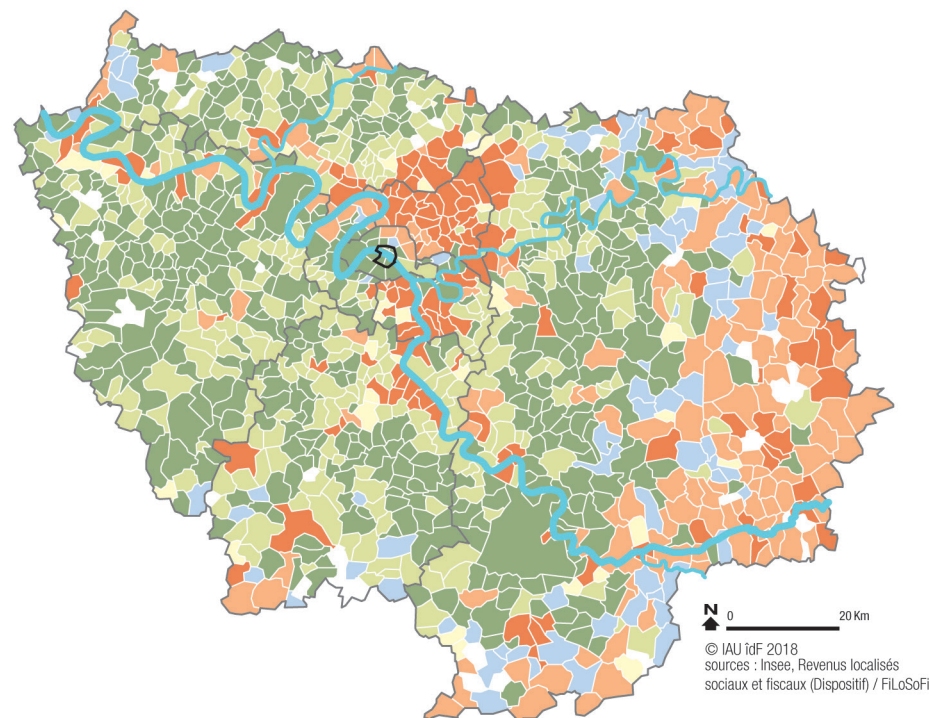
Source : Insee, FLoSoF, 2013

Revenu médian par unité de consommation (UC) des communes (écart à la médiane régionale) et évolution 2006-2015

Revenu médian par UC des communes (écart à la médiane régionale) en 2015



Renforcement du marquage social du territoire entre 2006 et 2015

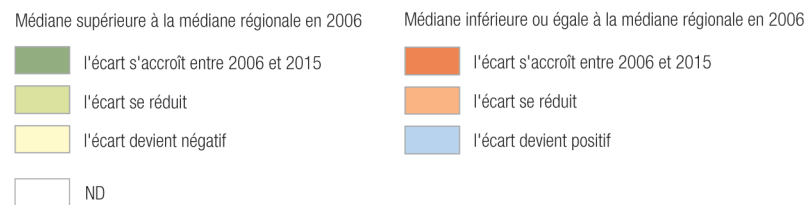


Note de lecture :

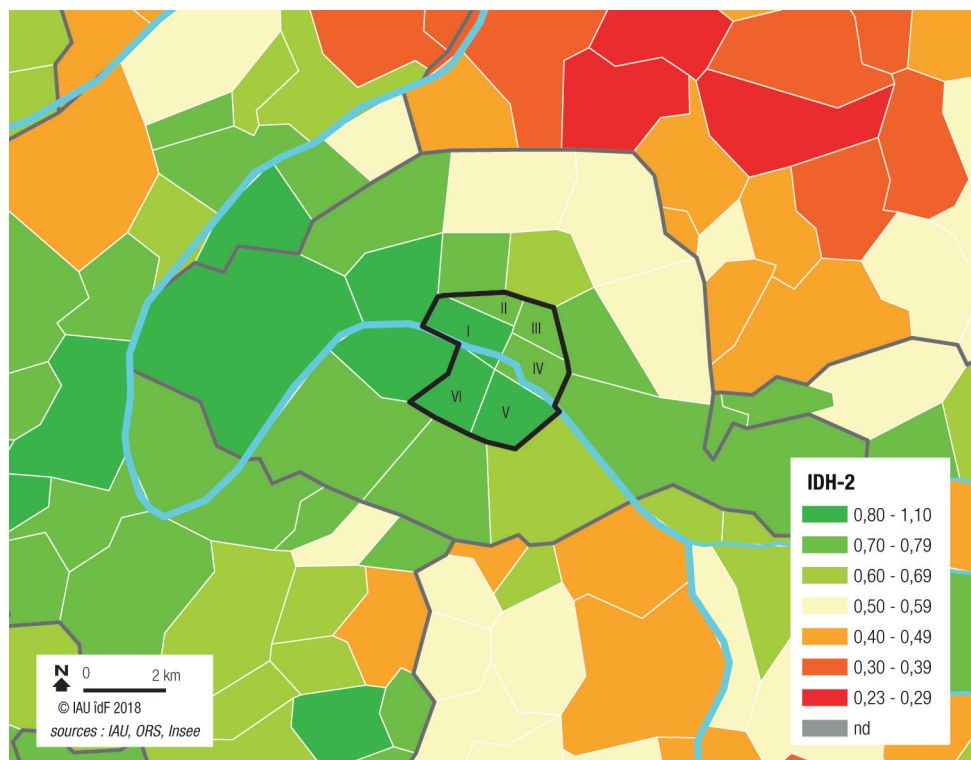
ND : Les communes de moins de 50 ménages ou de moins de 100 habitants ne sont pas représentées.

Socialement homogène, le territoire est très favorisé et dans une dynamique positive depuis 2006 sur le plan du revenu médian de ses ménages.

Typologie d'évolution des revenus médians par UC entre 2006 et 2015



Indicateur de Développement Humain IDH-2



Un indice de développement humain qui confirme le diagnostic

L'indice de développement humain (IDH-2) est un indicateur combinant les dimensions sanitaires (espérance de vie à la naissance), d'éducation (part de la population sortie du système scolaire et ayant un diplôme) et de revenu (revenu médian par unité de consommation). C'est un indicateur synthétique qui combine trois facteurs essentiels déterminant du développement de l'état de santé d'une population. Sur ce territoire, la géographie dessinée par l'IDH2 diffère assez peu de celle fondée uniquement sur les niveaux de revenu.

Un territoire ne comptant aucun quartier en politique de la ville

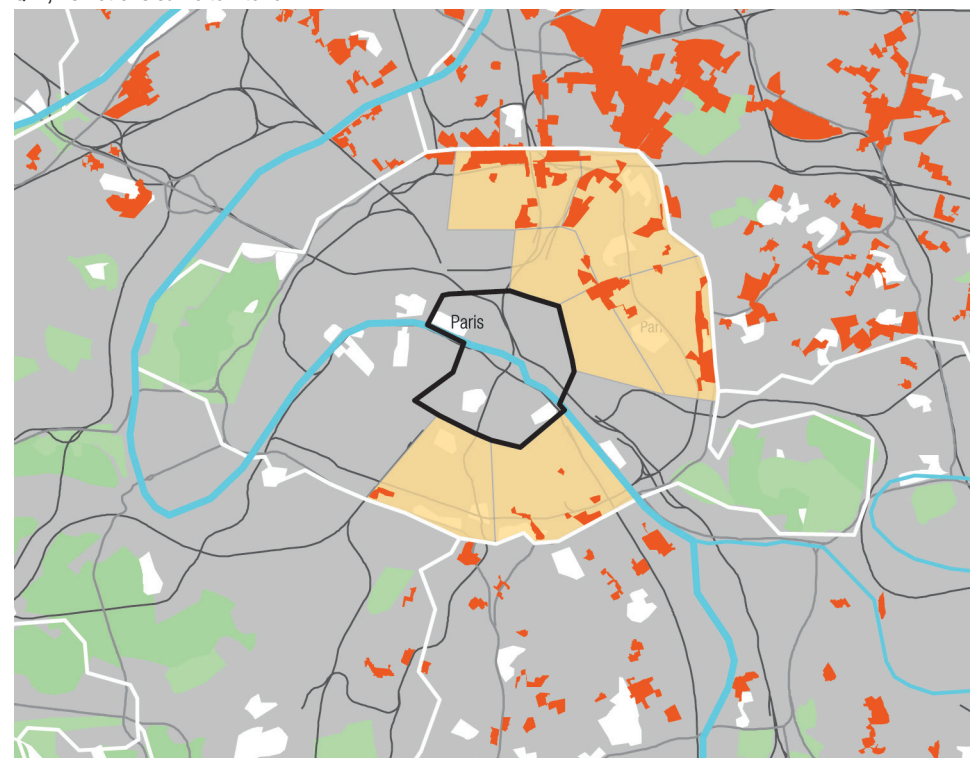
Le territoire ne compte aucun quartier en politique de la ville (QPV), ni, a fortiori, d'atelier santé-ville (ASV). Il n'est couvert que par le contrat local de santé (CLS) parisien, mais parce que ce dernier concerne l'ensemble de la ville de Paris.

Un territoire qui compte une population immigrée inégalement répartie

Comparativement à la moyenne francilienne, le territoire compte relativement peu d'immigrés¹ : en effet, 18 % de sa population est considérée comme immigrée, contre 19 % en moyenne en Île-de-France, avec des proportions qui varient de 16 à 21 % selon les arrondissements.

1. Au sens de l'Insee, personnes nées de nationalité étrangère à l'étranger. Parmi eux, certains ont pu acquérir la nationalité française et sont donc français.

QPV, ASV et CLS sur le territoire

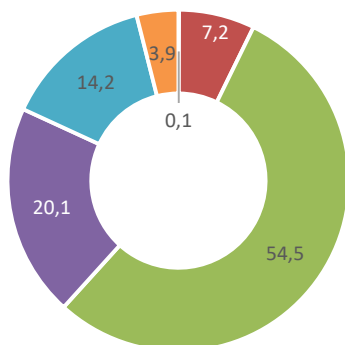


LES AUTRES USAGERS DU TERRITOIRE

Très nette sur-représentation de cadres parmi les actifs du territoire

Sur le territoire résident 103 600 actifs en activité, tandis que le territoire offre 289 200 emplois. Le profil des actifs résidant sur le territoire se démarque de celui des emplois offerts sur le territoire par une forte sur-représentation des cadres chez les résidents.

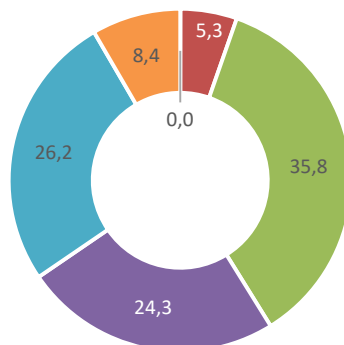
Profil des actifs résidant sur le territoire (en %)
qu'ils y travaillent ou non



■ Agriculteurs
■ Cadres et PIS
■ Employés

Source: Insee, recensement 2014

Profil des actifs travaillant sur le territoire (en %)
qu'ils y résident ou non



■ Artisans, comm., CE
■ Professions intermédiaires
■ Ouvriers

Les actifs résidant sur le territoire sont 52 % à y travailler (72 % pour les artisans, commerçants, 65 et 58 % pour les employés et ouvriers, 55 % pour les professions intermédiaires et 45 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures (PIS)). Les autres actifs résidant sur le territoire vont travailler principalement ailleurs à Paris (43 %) ou dans les Hauts-de-Seine (27 %).

Inversement, les emplois offerts sur le territoire sont occupés qu'à 19 % par les habitants du territoire. Les autres emplois du territoire sont occupés principalement par des actifs résidant ailleurs à Paris (25 %), dans les Hauts-de-Seine (15 %), dans le Val-de-Marne (14 %) ou en Seine-Saint-Denis (13 %).

Des établissements scolaires très attractifs

En primaire (maternelle et élémentaire), la majorité des enfants du territoire sont scolarisés dans le territoire : 94 %. Pour les élèves de collège, la part des enfants scolarisés sur le territoire reste importante (89 %). Les campagnes de prévention ou autre qui pourraient être organisées dans les écoles et collèges du territoire toucheraient ainsi la quasi-totalité des enfants résidant sur le territoire. Les collèges du territoire sont par ailleurs très attractifs : ils accueillent en effet 50 % d'élèves en provenance d'autres territoires franciliens.

A partir du lycée (carte scolaire répartie sur un découpage parisien en quatre grandes zones), et plus encore au niveau de l'enseignement supérieur, les flux entrants sont encore plus importants :

- Au lycée, 74 % des lycéens du territoire restent scolarisés dans un lycée du territoire. Et les lycées du territoire accueillent 73 % de lycéens résidant dans un autre territoire ;
- Au niveau de l'enseignement supérieur, 62 % des étudiants résidant sur le territoire y poursuivent leurs études tandis que les écoles et universités du territoire accueillent 81 % d'élèves qui résident sur un autre territoire.

Taux de scolarisation sur place et taux d'attractivité des établissements scolaires du territoire

Taux de scolarisation sur place				Taux d'attractivité des établissements			
Primaire	Collège	Lycée	Ens. supérieur	Primaire	Collège	Lycée	Ens. supérieur
94 %	89 %	74 %	62 %	28 %	50 %	73 %	81 %

Taux de scolarisation sur place: nombre d'enfants qui étudient ET résident sur le territoire/nombre total d'enfants qui résident sur le territoire (par niveau scolaire).

Taux d'attractivité des établissements: nombre d'enfants qui étudient sur le territoire SANS y résider/nombre total d'enfants qui étudient sur le territoire (par niveau).

Source: Insee, recensement 2014

2. État de santé des populations

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

Des mortalités générale, prématurée et prématurée évitable inférieures à celles observées, en Île-de-France

	Etat de santé	Valeur (en années)		Valeur ÎDF	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
1	Espérance de vie à la naissance - Hommes	83,0		80,6	79,2		83,4
2	Espérance de vie à la naissance - Femmes	88,1		86,2	84,1		88,5
3	Espérance de vie à 35 ans - Hommes	48,7		46,6	45,4		49,4
4	Espérance de vie à 35 ans - Femmes	53,6		51,9	50,6		54,1
5	Espérance de vie à 60 ans - Hommes	25,9		24,1	22,8		26,6
6	Espérance de vie à 60 ans - Femmes	29,9		28,4	27,1		30,4
		Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
7	Mortalité générale - Hommes	586	704,5	847,9	82,5	77,9	112,8
8	Mortalité générale - Femmes	641	439,6	523,4	84,5	80,7	116,9
9	Mortalité prématurée - Hommes (avant 65 ans)	128	160,3	210,0	76,0	73,4	114,4
10	Mortalité prématurée - Femmes (avant 65 ans)	79	91,7	107,8	86,3	78,7	116,7
11	Mortalité prématurée évitable	188	89,0	119,8	74,6	74,6	116,7

Sur le territoire, quels que soient l'âge et le sexe, les espérances de vie sont supérieures à ce qui est observé en moyenne au niveau régional et parmi les plus élevées des territoires de coordination.

De fait, la mortalité générale est inférieure à celle d'Île-de-France de -17,5 % chez les hommes et de -16,5% chez les femmes.

En ce qui concerne la mortalité prématurée, hommes ou femmes, elle est inférieure au niveau régional moyen respectivement de -24,0 % et -13,7 %. Il en est de même pour la mortalité prématurée évitable inférieure de -25,4 % à la moyenne régionale, c'est la plus faible des territoires de coordination.

Taux standardisé pour 100 000 habitants

Sources des données : 1-6/ Données 2012-2014, Inserm CépiDc, Insee 7-11/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) Données 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs correspondent au nombre annuel moyen de décès sur la période de 3 ans, 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014. Pas de tests statistiques effectués sur l'espérance de vie.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

ÉTAT DE SANTÉ PAR TRANCHE D'ÂGE

Santé des mères et des enfants de moins de 1 an : le plus bas indicateur conjoncturel de fécondité des territoires

	Santé des mères et des enfants de moins de 1 an	Valeur		Valeur ÎDF	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
12	Age moyen de la mère à la naissance	33,4		31,0	30,0		33,4
13	Enfants nés de mères âgées de plus de 40 ans (%)	11,7		5,7	4,2		11,7
14	Enfants nés de mères âgées de moins de 18 ans (%)	0,2		0,6	0,1		1,0
15	ICF (15-49 ans)	1,3		2,0	1,3		2,6
		Effectif	Taux	Taux ÎDF	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
16	Mortalité néonatale	ND	ND	2,7	1,9		3,5
17	Mortalité périnatale	ND	ND	1,9	1,3		2,4
18	Mortalité infantile	5,2	2,6	3,8	2,3		4,8

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) du territoire est de 1,3 enfant par femme de 15 à 49 ans. Le territoire présente un âge moyen de la mère à la naissance de 33,4 ans et la plus forte proportion d'enfants nés de mères âgées de plus de 40 ans (11,7 %). La mortalité infantile de 2,6 pour 1 000 enfants nés vivants, est inférieure à la moyenne régionale.

Sources des données : 12-18/ Insee Etat civil 2016

N.B. : Les effectifs correspondent au nombre annuel moyen de décès sur la période de 5 ans, 2012-2016. Les indicateurs sont calculés sur la période de 5 ans, 2012-2016. Pas de tests statistiques effectués sur la mortalité des moins de 1 an
Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans : des indicateurs de santé très favorables

	Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
19	Personne en ALD (0-14 ans)	361	1654,4	2657,2	62,2	62,2		117,0
20	Admission en ALD (0-14 ans)	57	254,0	413,6	61,5	61,5		125,9
21	Mortalité générale (1-14 ans)	6	25,1	37,0	68,7	56,0		134,3
22	Admission en ALD pour affection psychiatrique (0-14 ans)	17	77,6	117,6	66,3	66,3		137,5
23	Admission en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (0-14 ans)	8	33,8	81,1	42,10	42,1		154,7

Taux standardisé pour 100 000 habitants

Sources des données: 19/ Statistiques de l'assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2016. 20,22,23/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014. 21/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Compte tenu des indicateurs présentés, l'état de santé des moins de 15 ans du territoire est particulièrement bon. Les indices comparatifs de mortalité, du nombre de personnes en ALD et des nouvelles admissions en ALD pour affection psychiatrique et pour insuffisance respiratoire chronique grave sont inférieurs aux moyennes régionales et parmi les plus faibles des territoires de coordination.

Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans : une moindre mortalité en comparaison de la moyenne régionale

	Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
24	Mortalité des 15-24 ans	5	15,0	25,7	55,3	55,3		181,9
25	Admission en ALD pr insuffisance resp. chronique grave	ND	ND	21,1	ND	77,0		153,0
26	Admission en ALD pour affection psychiatrique	35	102,7	151,6	67,8	67,8		129,0

Taux standardisé pour 100 000 habitants

ND : données non disponibles

Sources des données: 24/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2012-2014. 25,26/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Comme chez les moins de 15 ans, les jeunes de 15 à 24 ans du territoire présentent des indicateurs sanitaires comparatifs significativement meilleurs que ce qui est observé en moyenne au niveau régional.

Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : un meilleur état de santé des adultes âgés de 25-64 ans en comparaison des moyennes régionales

	Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
27	Mortalité des 25-64 ans	196	188,1	232,2	80,8	76,2		115,4
28	Mortalité des 25-49 ans	60	86,2	94,5	89,4	78,3		120,1
29	Mortalité des 50-64 ans	136	381,1	493,2	77,5	71,5		113,5
30	Admission en ALD cancer (<65 ans)	399	249,0	251,8	97,7	88,6		103,0
31	Mortalité par cancer (<65 ans)	90	54,3	66,5	81,2	75,6		107,7
32	Admission en ALD mal. cardiovasculaires (<65 ans)	221	137,4	202,7	68,6	62,1		114,3
33	Mortalité par mal. cardiovasculaires (<65 ans)	17	10,2	18,6	54,8	54,8		123,4

Taux standardisé pour 100 000 habitants

Sources des données : 27-29, 31, 33/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2012-2014. 30, 32/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

On observe aussi chez les 25-64 ans un état de santé meilleur que celui observé en moyenne chez les Franciliens de la même tranche d'âge. Les indicateurs de mortalité et de nouvelles admissions en ALD sont significativement inférieurs à ceux de la région et parmi les plus faibles des territoires de coordination. La mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires est presque deux fois moindre dans le territoire -45,2 %.

Santé des personnes âgées de plus de 65 ans : un niveau de mortalité inférieur de -15,7 % au niveau de la mortalité régionale

	Santé des personnes âgées de plus de 65 ans	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
34	Mortalité des 65 ans et plus	1020	2680,3	3204,4	84,3	79,3		117,3
35	Admission en ALD pour cancer	559	1735,7	1679,2	103,4	90,6		105,1
36	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	658	1989,6	2270,4	87,8	79,3		105,4
37	Admission en ALD pour diabète	188	586,5	942,7	61,8	57,9		136,1
38	Personne en ALD pour maladie d'Alzheimer	1012	2665,4	3195,4	83,8	83,8		124,6
39	Admission en ALD pour maladie d'Alzheimer	194	551,4	626,2	88,8	86,9		112,8

Taux standardisé pour 100 000 habitants

Sources des données : 34/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2012-2014. 35-37, 39/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014. 38/ Statistiques de l'assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2016

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Les décès des 65 ans et plus représentent 83,1% des décès du territoire.

Le niveau de mortalité chez les 65 ans et plus du territoire est inférieur de -15,7 % au niveau de mortalité régionale.

Les fréquences de nouvelles admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires, pour diabète et pour maladie d'Alzheimer sont significativement inférieures à celles observées en Île-de-France.

ÉTAT DE SANTÉ PAR PATHOLOGIES

Les cancers : une mortalité par cancer moindre qu'au niveau régional notamment pour les cancers du poumon, des VADS et du côlon-rectum mais une plus forte mortalité pour le cancer de la prostate

	Cancers	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
40	Mortalité par cancer	397	187,1	211,6	89,3	87,1	108,5
41	Personne en ALD pour cancer	7361	3728,0	3768,8	98,4	91,9	110,7
42	Admission en ALD pour cancer	958	493,3	486,3	101,0	90,4	102,8
43	Mortalité par cancer des VADS	17	8,6	11,0	77,5	64,7	113,6
44	Admission en ALD pour cancer des VADS	43	22,0	24,3	90,5	70,8	110,7
45	Mortalité par cancer du poumon	68	32,8	42,2	79,6	78,9	113,7
46	Admission en ALD pour cancer du poumon	77	39,3	44,4	90,0	77,7	110,7
47	Mortalité par cancer du sein	36	29,4	30,1	98,3	85,6	109,6
48	Admission en ALD pour cancer du sein	226	220,7	184,9	117,8	81,3	117,8
49	Mortalité par cancer de la prostate	28	35,1	29,4	118,2	84,2	118,2
50	Admission en ALD pour cancer de la prostate	107	129,9	139,4	92,3	89,3	116,1
51	Mortalité par cancer du côlon-rectum	36	16,7	20,8	81,4	81,4	121,6
52	Admission en ALD pour cancer du côlon-rectum	99	50,5	48,8	103,5	86,2	106,7

Taux standardisé pour 100 000 habitants

Sources des données : 40, 43, 45, 47, 49, 51/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2012-2014. 41/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2016. 42, 44, 46, 48, 50, 52/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Le territoire est dans une situation plutôt favorable par rapport à celle observée en Île-de-France en ce qui concerne les cancers. Avec 397 décès par cancer en moyenne par an entre 2012 et 2014 (soit 31,5 % des décès du territoire), le taux standardisé de mortalité du territoire s'élève à 187,1 décès pour 100 000 habitants, un indice comparatif de mortalité significativement inférieur de -10,7 % à la moyenne régionale.

Les indicateurs de mortalité ou de nouvelles admissions en ALD pour cancers et pour les cancers des VADS, du poumon, du sein sont soit inférieurs soit comparables à ceux de la région. Seuls bémols sur le territoire : une sur-mortalité par cancer de la prostate de +18,2 % et une sur-admission en ALD pour cancer du sein de +17,8 %. Sur le territoire, la mortalité par cancer du poumon représente 17,2 % des décès par cancers.

Les maladies cardiovasculaires : une moindre mortalité de -15,7 % en comparaison à la moyenne régionale

	Maladies cardiovasculaires	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
53	Mortalité par maladies cardiovasculaires	281	117,9	143,2	84,3	73,2	122,5
54	Mortalité par cardiopathie ischémique	67	29,3	36,6	81,3	74,1	116,8
55	Mortalité par maladies vasculaires cérébrales	67	28,0	33,1	87,7	72,0	118,6
56	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	879	441,7	542,4	82,1	74,6	106,6

Taux standardisé pour 100 000 habitants

Sources des données : 53, 54, 55/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2012-2014. 56/ Statistiques de l'assurance maladie (RG, RSI, MSA). 2012-2014

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Le territoire est dans une situation plutôt favorable par rapport à celle observée en Île-de-France en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires. Les indicateurs comparatifs de mortalité et de nouvelles admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires sont tous significativement inférieurs à ceux observés en Île-de-France.

Le diabète

	Diabète	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
57	Personne en ALD pour diabète	4198	2124,0	4422,0	48,2	48,7	168,3
58	Admission en ALD pour diabète	383	198,6	384,7	51,6	51,6	156,9

Taux standardisé pour 100 000 habitants

Sources des données : 57/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2016. 58/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

En 2016, le territoire comptait 4 198 personnes en ALD pour diabète, avec un taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour diabète de 198,6 pour 100 000 habitants sur la période 2012-2014. Le territoire se situe ainsi en dessous des niveaux observés en Île-de-France et présente les indices comparatifs les plus faibles des territoires de coordination.

Les maladies de l'appareil respiratoire : une moindre mortalité de -23,8 % par comparaison avec la moyenne francilienne

	Maladies de l'appareil respiratoire	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
59	Mortalité par maladies de l'app. respiratoire	74	30,9	41,8	76,2	74,3	126,6
60	Personne en ALD pour mal. de l'app. respiratoire	959	497,5	865,2	57,2	50,8	149,1
61	Admission en ALD pr mal. de l'app. respiratoire	110	57,9	91,3	64,7	56,8	131,2

Taux standardisé pour 100 000 habitants

Sources des données : 59/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2012-2014. 60/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2016. 61/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Entre 2012 et 2014, en moyenne par an, 74 personnes sont décédées de maladies de l'appareil respiratoire, soit une mortalité significativement inférieure à la moyenne régionale. Les indices comparatifs montrent des fréquences de personnes en ALD et de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire significativement inférieures aux niveaux moyens francilien (respectivement -42,8 % et -35,3 %).

Les troubles mentaux et du comportement

	Troubles mentaux et du comportement	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
62	Personne en ALD pour troubles mentaux et du comportement	3290	1706,0	2105,5	79,7	76,1	121,0
63	Admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement	339	167,5	205,4	82,6	76,7	119,3

Taux standardisé pour 100 000 habitants

Sources des données : 62/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2016. 63/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Avec 3 290 personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement et 339 nouvelles admissions en moyenne par an, les indices comparatifs montrent des fréquences d'ALD inférieures à la moyenne régionale.

La mortalité due à des pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac : une mortalité moindre pour les pathologies liées au tabac et l'alcool respectivement -17,6 % et -29 % par rapport aux mortalités régionales

	Problèmes de santé liés à des comportements	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
64	Mortalité par pathologies liées à l'alcool	26	12,8	21,2	61,0	61,0	123,8
65	Mortalité par pathologies liées à l'usage du tabac	178	80,8	100,3	82,4	77,3	116,3

Taux standardisé pour 100 000 habitants

Sources des données : 64, 65/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Le territoire présente des niveaux de mortalité par pathologies liées à l'alcool et par pathologies liées au tabac significativement inférieurs à ceux observés en Île-de-France. La mortalité par pathologies liées au tabac représente 14,5 % de la mortalité générale du territoire.

Les accidents

	Accidents	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
66	Mortalité par accidents de la vie courante	49	21,302	22,398	94,2	87,8	130,0
67	Mortalité par accidents de la circulation	ND	ND	2,6	ND	60,5	190,2

Taux standardisé pour 100 000 habitants

ND : données non disponibles

Sources des données : 66, 67/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans, 2012-2014.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Entre 2012 et 2014, on observe 49 décès par accidents de la vie courante en moyenne par an sur le territoire. Le niveau de mortalité par accident de la vie courante n'est pas statistiquement différent de celui observé en Île-de-France.

Les personnes en situation de handicap

	Personnes en situation de handicap	Valeur	Valeur ÎDF	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
68	Bénéficiaire de l'AEEH (%)	1,4	1,6	0,9	2,3
69	Bénéficiaire de l'AAH (%)	1,2	1,9	1,2	2,7

Sources des données : 68, 69/ Données de prestation sociale de la CCMSA et de la Cnaf au 31 décembre 2016. Pas de tests statistiques effectués sur les taux de bénéficiaires.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Les proportions de personnes touchant les allocations liées au handicap (AEEH et AAH) sur le territoire sont de 1,4 % pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans et 1,2 % pour les adultes de 20 ans à 59 ans.

Glossaire

AAH : L'allocation aux adultes handicapés, créée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, vise à garantir un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Elle est attribuée, sous conditions de ressources, aux personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % et à celles dont le taux est compris entre 50 et 79 %.

L'AAH concerne les personnes de 20 à 59 ans avec deux cas particuliers (moins 16 ans si la personne n'est plus considérée à la charge de ses parents au sens des prestations familiales et de 60 ans et plus si le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %).

Son versement prend fin à partir de l'âge minimum de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 % à 79 % (l'allocataire bascule dans le régime de retraite pour inaptitude). En cas d'incapacité d'au moins 80 %, la personne peut la percevoir au-delà de l'âge minimum de départ à la retraite en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse.

Accidents de la circulation : Les décès par accident de la circulation correspondent aux codes de la classification internationale des maladies 10^e révision (CIM10) = V011-V99 (cause initiale).

Accidents de la vie courante : Les décès par accident de la vie courante regroupent les causes suivantes (cause initiale) :

- Accidents de transport autres (CIM10 = V90-V94, V96, V98, V99) ;
- Chutes accidentelles (CIM10 = W00-W19 en cause initiale ou X59 en cause initiale avec S72 en cause associée) ;
- Suffocations et autres accidents affectant la respiration (CIM10 = W75-W84) ;
- Intoxications accidentelles par des substances nocives et exposition à ces substances (CIM10 = X40-X49) ;
- Noyades et submersions accidentelles (CIM10 = W65-W74) ;
- Exposition à la fumée, au feu et aux flammes (CIM10 = X00-X09) ;
- Autres accidents de la vie courante (CIM10 = X10-X19, X20-X29, X50, W20-W23, W25-W29, W32-W41, W44-W45, W49-W64, W85-W87, Y86) ;
- Exposition accidentelle à des facteurs autres et sans précision (CIM10 = X58, X59) ;
- Séquelles d'accidents (CIM10 = Y86).

AEEH : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, créée par la loi n°2005-102 du 11 février 2005, est une aide destinée à compenser les frais et l'aide spécifique apportée à un enfant en lien avec son handicap. Elle est attribuée, sans condition de ressources, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) à tout jeune de moins de 20 ans dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80 %, ou compris entre 50 % et 79 % :

- s'il fréquente un établissement ou service médico-social ou un dispositif d'enseignement collectif

dédié à la scolarisation des élèves en situation de handicap ;

- s'il recourt à des mesures d'accompagnement ou à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la CDAPH.

L'AEEH n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale (sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge).

ALD : Les affections de longue durée doivent être utilisées avec une grande prudence en épidémiologie. Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie pourrait fournir une estimation de l'incidence ou de la prévalence de celle-ci. Cependant, les ALD ne sont pas déclarées aux caisses d'assurance maladie dans un but épidémiologique et cet indicateur, parfois qualifié « d'incidence médico-sociale », comporte des biais. Ceux-ci conduisent le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle mais aussi, dans certains cas, à une sur-déclaration. Les motifs de sous-déclaration sont le plus souvent liés au fait que le patient bénéficie déjà d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une autre affection (surtout s'il est âgé), ou bénéficie d'une complémentaire santé suffisante. Le traitement d'un cancer peut par ailleurs être constitué d'un acte chirurgical unique intégralement remboursé par l'assurance maladie. Une autre cause de sous-déclaration réside dans la définition même de la maladie : des critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité de la pathologie non observés chez un patient peuvent conduire le médecin à ne pas entreprendre la démarche d'admission en ALD. Mais dans le cas précis des cancers, ce phénomène peut parfois conduire, au contraire, à une sur-déclaration, en particulier dans le cas d'états précancéreux dont le traitement est lourd, ou lorsque la limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne n'est pas très nette.

Atelier santé ville (ASV) : A la fois démarche locale et dispositif public, l'atelier santé ville se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé. Son objectif est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il s'insère dans le dispositif contractuel de la politique de la ville entre la collectivité territoriale (commune, EPCI) et l'Etat. L'ASV anime, renforce et adapte les différents axes de la politique de santé publique au niveau local.

(Pour en savoir plus, voir notamment <https://www.fabrique-territoires-sante.org/tout-savoir-sur-les-asv/latelier-sante-ville-cest-quoi>).

Cancers : Les cancers correspondent aux codes CIM10 = C00-D48 (cause initiale).

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent les causes suivantes (cause initiale) :

- Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (CIM10 = C00-C14) ;
- Cancer de l'œsophage (CIM10 = C15) ;

- Cancer du larynx (CIM10 = C32).

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon correspond aux codes CIM10 = C33-C34 (cause initiale).

Le cancer du côlon-rectum correspond aux codes CIM10 = C18-C21 (cause initiale).

Le cancer du sein correspond aux codes CIM10 = C50 (cause initiale). Les indicateurs sont présentés pour le cancer du sein chez la femme.

Le cancer de la prostate correspond aux codes CIM10 = C61 (cause initiale).

Contrat local de santé (CLS) : Introduit par la loi HPST de 2009 et réaffirmé par la loi de Modernisation du Système de Santé de 2016, il vise à mettre en œuvre une politique régionale de santé au plus près des besoins des territoires. Sur la base d'un diagnostic de santé partagé, il a pour objectifs de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local. Il est signé par la collectivité territoriale, l'ARS, la Préfecture de département et éventuellement par d'autres partenaires.

Le CLS permet de mobiliser des leviers du champ sanitaire (prévention, soins, médico-social) mais également d'autres politiques publiques (déterminants socio-environnementaux) et s'appuie sur des démarches participatives (démocratie sanitaire et locale).

Diabète : Les admissions en ALD pour diabète correspondent au code ALD n°8.

Espérance de vie : L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

C'est un cas particulier de l'espérance de vie à l'âge x. Cette espérance représente le nombre moyen d'années restant à vivre pour une génération fictive d'âge x qui aurait, à chaque âge, la probabilité de décéder observée cette année-là.

Autrement dit, c'est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge x (ou durée de survie moyenne à l'âge x), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

ICF : L'indice conjoncturel de fécondité est le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge de la période d'observation, en l'absence de mortalité. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans.

ICM : L'indice comparatif de mortalité ou de morbidité est le rapport du nombre de décès observés dans le territoire au nombre de décès qui seraient survenus si les taux de mortalité par âge dans le territoire étaient identiques aux taux régionaux d'Île-de-France. Les décès sont classés en âge révolu.

L'indicateur est calculé sur trois années. Une statistique de test a été calculée pour savoir s'il y a une différence significative entre la population du territoire étudié et la population de référence considérée, ici celle de la région Île-de-France.

IDH-2 : L'IDH-2 est un indicateur francilien, calculé au niveau communal par l'IAU ÎdF, l'ORS ÎdF, l'ex-Mipes et l'Insee. Cet indicateur combine les dimensions sanitaires (espérance de vie à la naissance), d'éducation (part de la population sortie du système scolaire et ayant un diplôme) et de revenu (revenu médian par unité de consommation). Les indicateurs représentatifs de chacune de ces trois dimensions sont chacun ramenés à un indice compris entre 0 et 1. La valeur de l'IDH-2 est la moyenne des trois indices ainsi obtenue. L'indicateur final a donc une valeur sans unité comprise entre 0 (développement humain « nul ») et 1 (développement humain maximal). Pour la région Île-de-France, il est calculé depuis 2007 avec les données du recensement de 1999, les seules disponibles à l'époque. Le principe de mise à jour, commun à la plupart des indicateurs, est d'utiliser les « données les plus récentes disponibles ». Les dates peuvent donc varier selon les dimensions concernées. La dernière mise à jour intègre les données de la période 2005-2010 pour le calcul de l'espérance de vie ; les données du recensement 2010 (Insee) pour l'indicateur éducation; et celles de l'Insee/DGI de 2011 pour l'indicateur revenu.

$L'IDH-2 = (\text{indice santé} + \text{indice éducation} + \text{indice revenu}) / 3.$

Pour en savoir plus : https://www.iau-idf.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_1078/NR_656_web.pdf

Maladie de l'appareil circulatoire : Les décès par maladie de l'appareil circulatoire correspondent aux codes CIM10 = I00-I99 (cause initiale). Les admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire correspondent aux codes ALD n°1, 3, 5, 13. Suite au décret n°2011-726 du 24 juin 2011, l'hypertension artérielle sévère a été supprimée de la liste des affections de longue durée. Cette affection est exclue.

Décès par cardiopathie ischémique : Les décès par cardiopathie ischémique correspondent aux codes CIM10 = I20-I25 (cause initiale).

Décès par maladie vasculaire cérébrale : Les décès par maladie vasculaire cérébrale correspondent aux codes CIM10 = I60-I69 (cause initiale).

Maladie de l'appareil respiratoire : Les décès par maladie de l'appareil respiratoire correspondent aux codes CIM10 = J00-J99. Les admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire correspondent au code ALD n°14.

Ménage sans famille : Ménages comptant plusieurs personnes isolées, en colocation par exemple.

Mortalité « évitable » par des actions de prévention : Toutes les causes de décès qui, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large (en considérant, si justifié, certaines limites d'âge). Des formules spécifiques ont été déployées pour le calcul de la mortalité évitable (ONS 2011) tel que défini dans le rapport du Haut Conseil de la santé publique intitulé Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable » et publié en avril 2013.

Mortalité néonatale : La mortalité néonatale désigne les décès des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28^e jour de vie. Son calcul se fait en comptant le nombre de décès

d'enfants âgés de moins de 28 jours enregistrés durant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes.

Mortalité périnatale : La mortalité périnatale est un indicateur de santé publique qui se définit comme le nombre de mortinaissances (décès d'un fœtus après 28 semaines de gestation) et de décès néonataux précoces (décès d'enfants de moins de 7 jours). Le taux de mortalité périnatale se calcule pour 1 000 naissances totales, y compris les mortinaissances (les mortinaissances dont l'âge gestationnel est inconnu sont exclues).

Mortalité infantile : La mortalité infantile désigne les décès d'enfants âgés de moins d'un an. Ce taux est exprimé pour 1 000 naissances vivantes (%).

Pathologies liées à la consommation d'alcool : Les décès liés à l'alcool regroupent les causes suivantes (cause initiale) :

- Cirrhose du foie (CIM10 = K70 et K74.6) ;
- Psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10) ;
- Cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM10 = C15) et du larynx (CIM10 = C32).

Pathologies liées à l'usage du tabac : Les décès liés au tabac regroupent les causes suivantes :

- Cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-34, cause initiale) ;
- Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (CIM10 = J40-J44 en cause initiale, associée ou de comorbidité) ;
- Cardiopathie ischémique (CIM10 = I20-I25).

PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles.

Quartier en politique de la ville (QPV) : La loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 a introduit une nouvelle géographie prioritaire de la politique de la ville remplaçant les zonages formés par les zones urbaines sensibles (ZUS) et les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS). Celle-ci a pour objectif de recentrer l'action publique sur les quartiers les plus en difficulté. Les quartiers de la politique de la ville (QPV) ont été définis au sein des unités urbaines de 10 000 habitants ou plus sur la base de deux critères : un QPV doit avoir un nombre minimal d'habitants, et un revenu médian très bas comparé à celui de son unité urbaine d'appartenance et au revenu médian national. Le contrat de ville est l'outil de gouvernance et de stratégie territoriale. Il repose sur trois piliers : le développement de l'activité économique et de l'emploi, la cohésion sociale, et l'amélioration du cadre de vie des habitants des QPV. Il coordonne au niveau de chaque ville les orientations et les engagements des partenaires institutionnels, économiques et associatifs (définition Insee).

Taux standardisé : Le taux standardisé est le taux que l'on observerait dans le territoire étudié s'il avait la même structure par âge que la population de référence, population France entière au recensement 2006. Les décès sont classés en âge révolu. L'indicateur est calculé sur trois années et exprimé pour 100 000 habitants. La standardisation est une méthode utilisée lorsque l'on souhaite comparer des populations. Les données sanitaires sont très dépendantes de la structure de la population sous-jacente : ainsi une population plus jeune aura un taux brut de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants) moins élevé qu'une population plus âgée. Des tests de comparaison sont établis entre les différents niveaux géographiques étudiés : les taux des territoires sont comparés à ceux de la région Île-de-France.

Troubles mentaux et du comportement : Les admissions en ALD pour troubles mentaux correspondent au code ALD n°23.

VADS : Voies aérodigestives supérieures.

GRILLE DE LECTURE DES TABLEAUX

Les effectifs (colonne 3) de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les effectifs de personnes en ALD correspondent à ceux de l'année 2016.

La colonne 4 présente le taux standardisé du territoire de coordination étudié et la colonne 5 celui de la région.

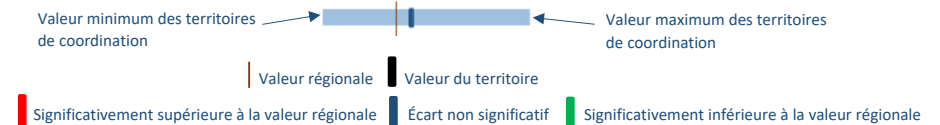
Les tableaux présentent en colonne 6 les indices comparatifs de mortalité (ICM) ou de morbidité du territoire.

Dans les tableaux, les ICM en colonne 6 sont :

- significativement supérieurs à la valeur de l'Île-de-France s'ils sont en gras sur fond rouge ;
- significativement inférieurs à la valeur de l'Île-de-France s'ils sont en gras sur fond vert ;
- sinon comparables à la valeur de l'Île-de-France (pas de différence significative).

Les colonnes 7 et 9 indiquent respectivement l'ICM minimum observé parmi les territoires de coordination et l'ICM maximum observé parmi les territoires de coordination.

Les graphiques indiquent :





Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

Directrice de la publication : Dr. Isabelle Grémy

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.