

75 RESEAU QUIETUDE

PROFIL DES TERRITOIRES DE COORDINATION

Septembre 2018



L'essentiel

- Un territoire parisien, dense et urbanisé, qui compte près de 410 000 habitants, dont près de 27 000 personnes de 75 ans et plus ;
- Une sur-représentation des personnes vivant seules (notamment chez les personnes âgées), assez caractéristique des moyennes parisiennes ;
- Un territoire relativement favorisé socialement, avec la présence toutefois de ménages très modestes et des disparités sociales qui se sont renforcées au cours de la dernière décennie ;
- Un indicateur conjoncturel de fécondité inférieur à la moyenne régionale et un âge moyen des mères de 32,2 ans à la naissance pour 31 ans en moyenne régionale ;
- Un état de santé plutôt bon dans le territoire avec une mortalité générale inférieure à l'attendu de -5,8 % pour les hommes et de -5,3 % pour les femmes et une mortalité prématurée évitable de -10,9 % ;
- Une mortalité des 15-24 ans inférieure de -33,8 % à la moyenne régionale et un état de santé favorable chez les personnes âgées de 65 ans et plus avec une mortalité générale de -7,6 % en dessous de la moyenne francilienne ;
- Une moindre mortalité générale par cancers (-6 %), par maladies cardiovasculaires (-11,6 %), par maladies de l'appareil respiratoire (-10,2 %), par pathologies liées à l'alcool (-23,1 %) et au tabac (-11,8 %) ;
- Comme beaucoup de territoires parisiens, une moindre mortalité par accident de la circulation.

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	Un état de santé plutôt bon dans le territoire avec une mortalité générale inférieure à l'attendue de -5,8 % pour les hommes et -5,3 % pour les femmes et une mortalité prématurée évitable de -10,9 %	13
Un territoire du nord parisien	3	État de santé par tranche d'âge	13
Plus de 400 000 habitants sur le territoire	3	Santé des mères et des enfants de moins de 1 an : un indicateur conjoncturel de fécondité de 1,6 inférieur à la moyenne francilienne	13
Un territoire densément urbanisé	4	Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans	14
Caractéristiques démographiques des habitants	5	Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans : une mortalité inférieure de -33,8 % comparée à la mortalité moyenne régionale de cette tranche d'âge	14
Une population relativement stable depuis 1990	5	Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : un niveau de mortalité comparable à la région mais une mortalité par cancers et maladies cardiovasculaires inférieure à celle observée pour la région	15
Une structure par âge caractéristique de Paris, quoiqu'un peu plus jeune	6	Santé des personnes âgées de plus de 65 ans : un état de santé très favorable avec notamment une moindre mortalité générale de -7,6 % par rapport à la moyenne francilienne	15
Un vieillissement de population très modéré	7	État de santé par pathologies	16
Une structure familiale qui diffère peu de la moyenne parisienne	8	Les cancers : une moindre mortalité générale par cancers de -6 % par comparaison à la moyenne francilienne	16
Caractéristiques sociales des habitants	9	Les maladies cardiovasculaires : une moindre mortalité notamment par cardiopathie ischémique	16
Un territoire globalement favorisé socialement	9	Le diabète	17
Un indice de développement humain qui modifie peu le diagnostic	11	Les maladies de l'appareil respiratoire : une moindre mortalité de -10,2 %	17
Un territoire comptant quelques quartiers 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 moindre mortalité en relation avec les consommations d'alcool et de tabac sur le territoire	18
Les autres usagers du territoire	12	Les accidents : une moindre mortalité par accident de la circulation	18
Seuls 27 % des emplois du territoire sont occupés par des actifs résidents	12	Les personnes en situation de handicap	18
Des établissements scolaires 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.

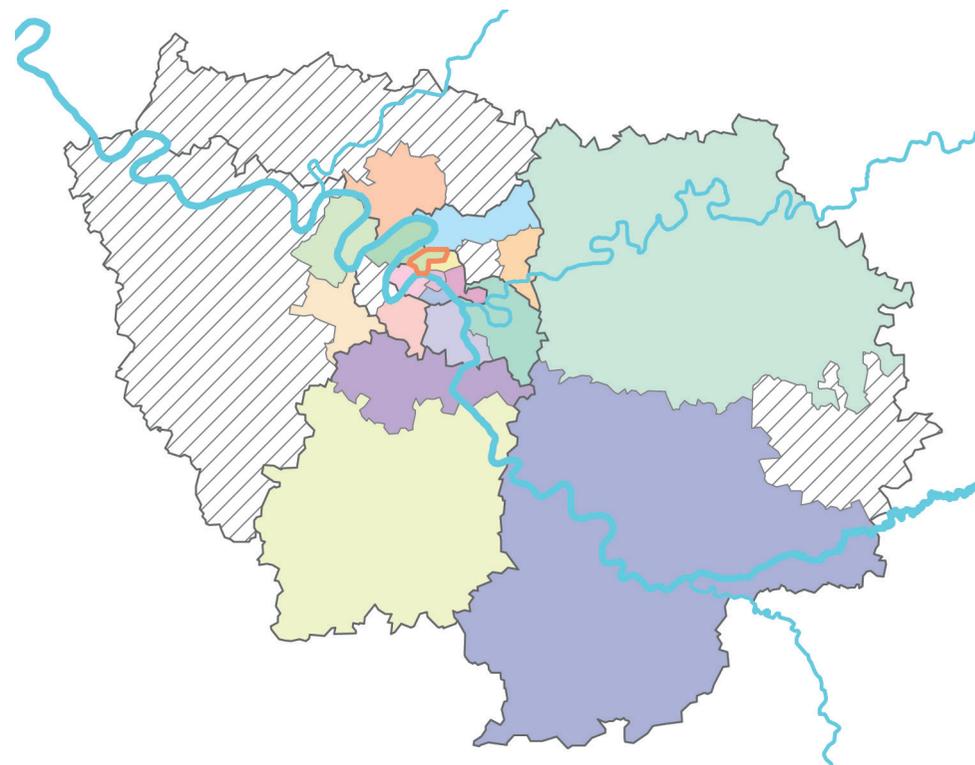
La deuxième partie présente les principaux indicateurs relatifs à l'état de santé des populations du territoire : état de santé général (espérance de vie, mortalité et ALD) décliné par tranches d'âge tout d'abord, puis par pathologies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète...).

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

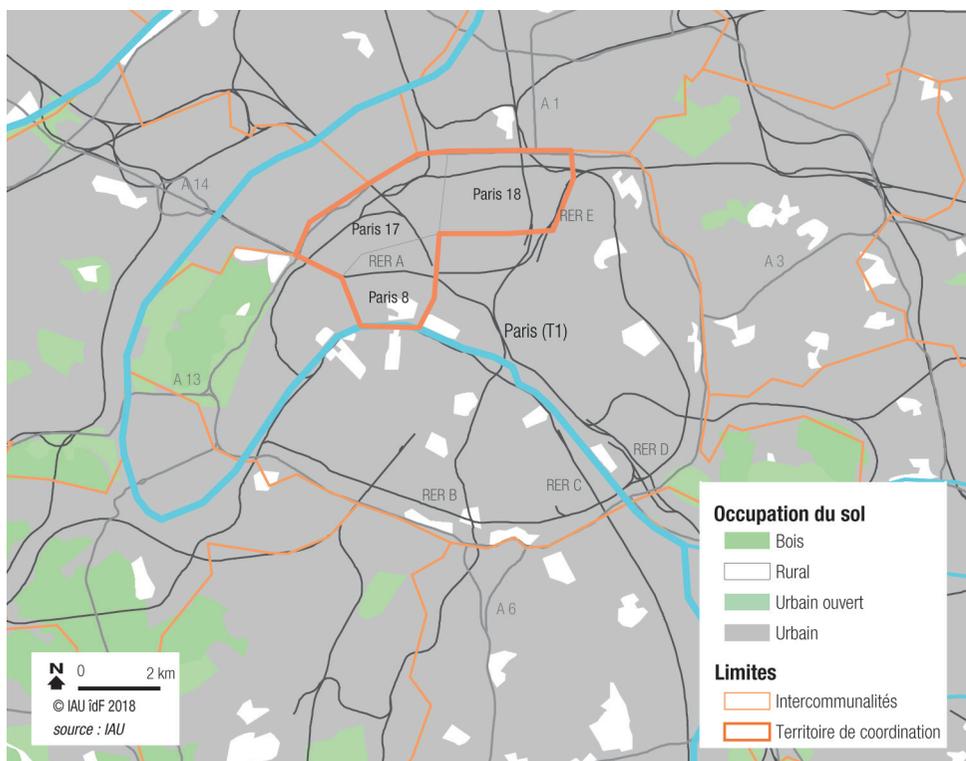
CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET MORPHOLOGIQUES

Un territoire du nord parisien

Le territoire, constitué de trois arrondissements parisiens (8^e, 17^e, et 18^e), compte 407 578 habitants.

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

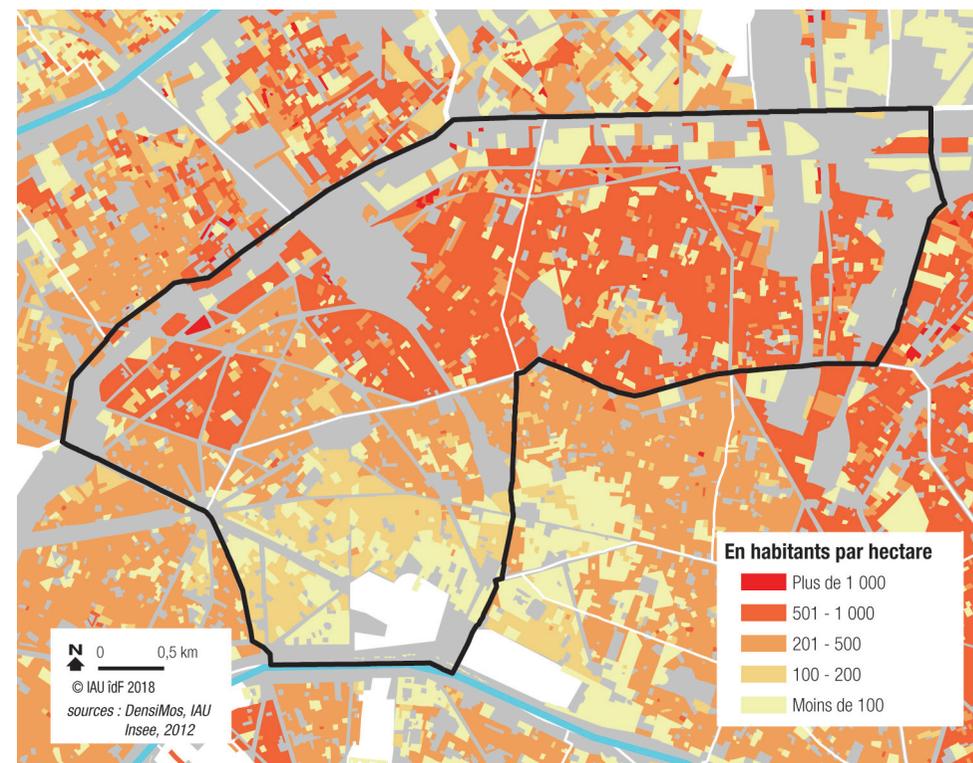
Les intercommunalités du territoire



Plus de 400 000 habitants sur le territoire

Les 18^e et 17^e arrondissements sont densément peuplés avec respectivement 199 100 et 170 200 habitants. Le 8^e arrondissement est nettement moins dense, avec 38 300 habitants.

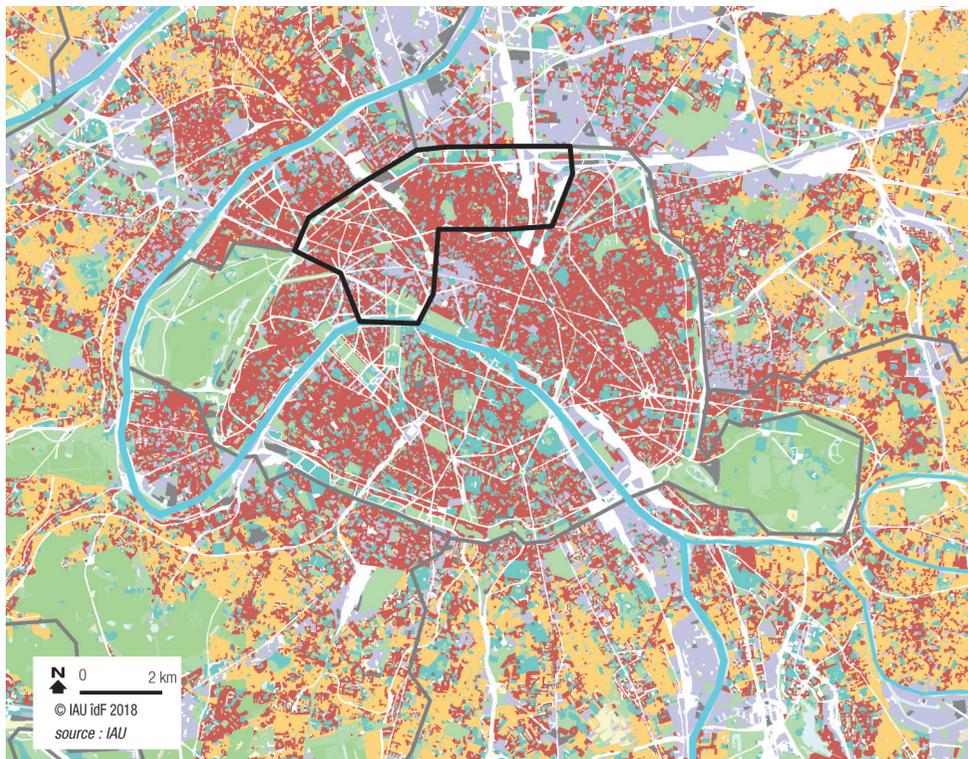
Densité de population des îlots du territoire



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).

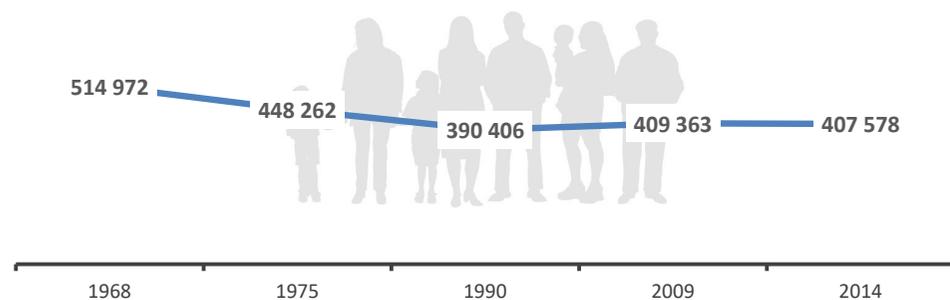
Source : découpage morphologique de l'Île-de-France, IAU ÎdF, 2008

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES HABITANTS

Une population relativement stable depuis 1990

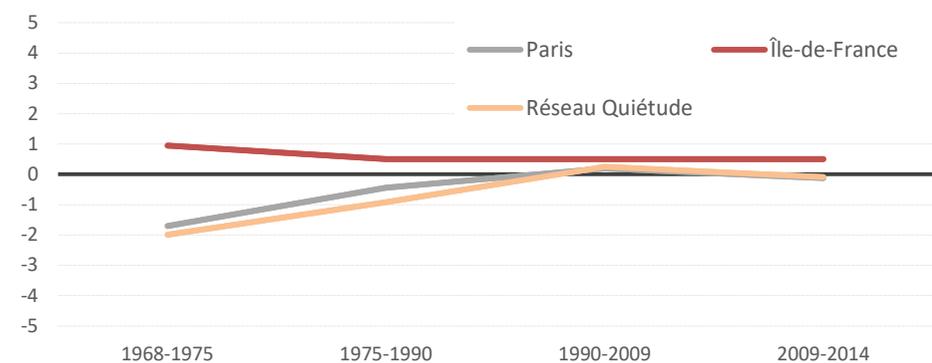
Après avoir diminué entre 1968 et 1990, la population de ces trois arrondissements parisiens s'est sensiblement stabilisée autour de 400 000 habitants. Depuis les années 1990, le rythme d'évolution de la population du territoire est comparable à ce qui a été observé en moyenne sur l'ensemble de la capitale.

Évolution de la population totale depuis 1968



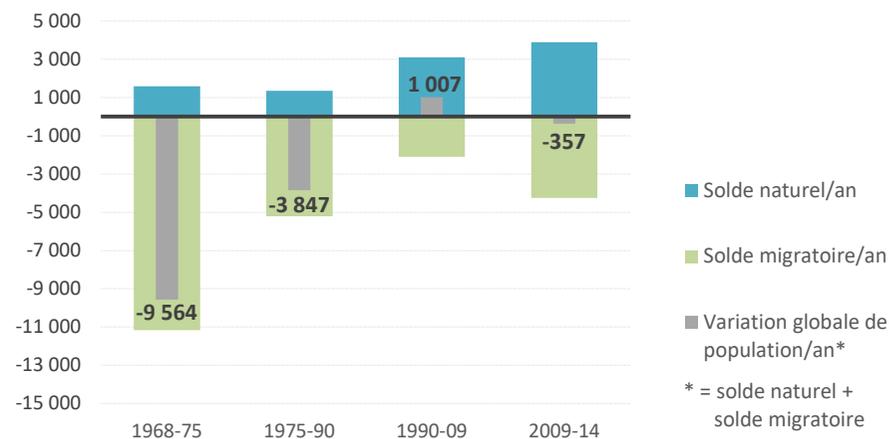
Source : Insee, recensements de la population

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

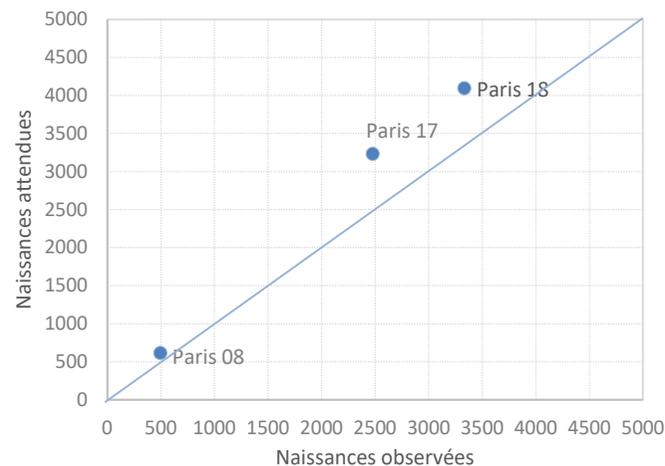


Les dynamiques de croissance démographique de la population du territoire ont reposé sur son seul solde naturel (naissances moins décès) positif qui atténue les effets du déficit migratoire qui s'observe avec le reste de la région, de la France ou de l'étranger. Ce dernier a eu tendance à diminuer après 1975, pour augmenter de nouveau sur la dernière période, conduisant le territoire à une très légère baisse de population de -357 habitants en moyenne par an.

Les leviers de la dynamique territoriale



Naissances observées et naissances attendues* par commune en 2011



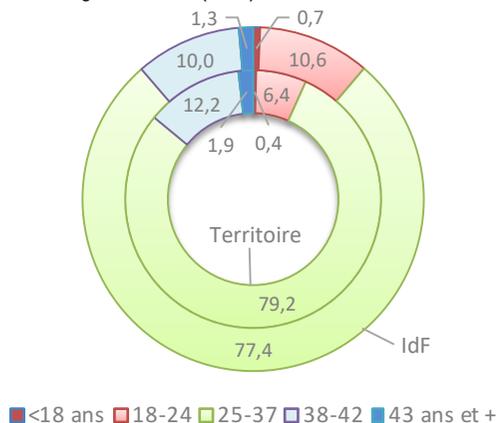
* Naissances attendues : naissances qui auraient été comptabilisées sur le territoire si, à chaque âge, les femmes de ce territoire avaient un comportement de fécondité identique au comportement moyen francilien.

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.

En ce qui concerne les niveaux de fécondité des femmes habitant ce territoire, on note une fécondité légèrement moindre que celle observée en moyenne en Île-de-France (après standardisation par la structure par âge), au moins pour les 17^e et 18^e arrondissements. Ces deux arrondissements 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. Les femmes du territoire sont peu nombreuses à avoir un enfant avant 25 ans (6,8 % contre 11,2 % en moyenne en Île-de-France). Elles sont en revanche plus nombreuses à avoir un enfant après 38 ans (14,1 % contre 11,3 % en moyenne en Île-de-France)

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

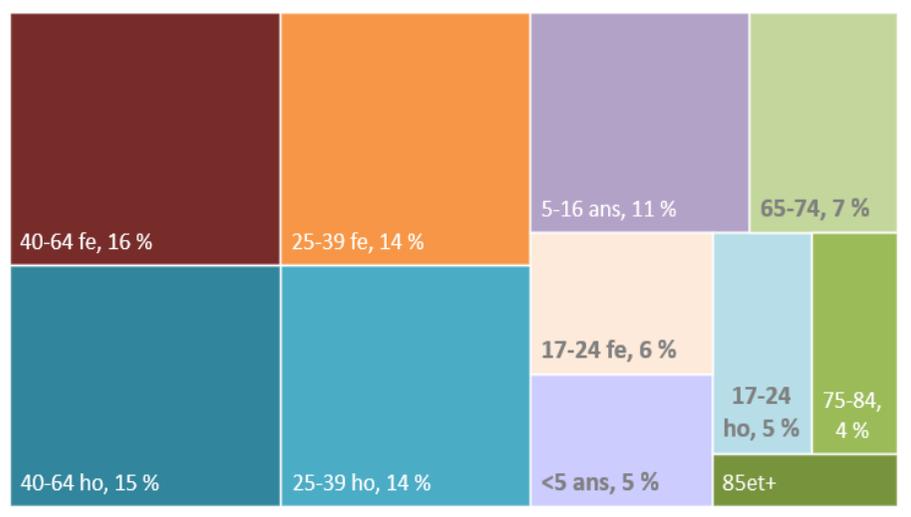


Source: Insee, fichiers statistiques de l'État civil

Une structure par âge caractéristique de Paris, quoiqu'un peu plus jeune

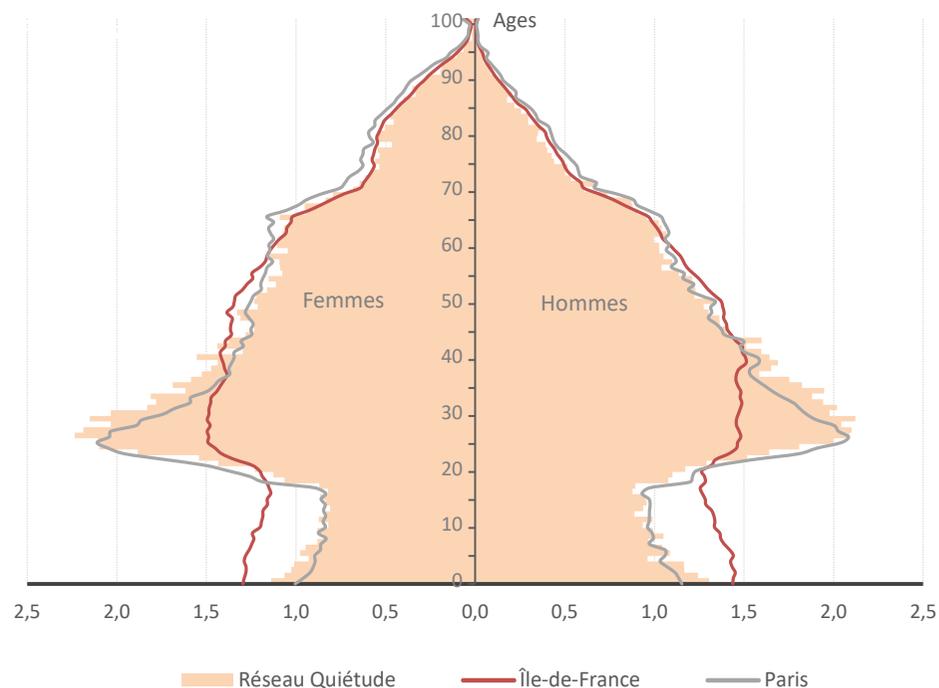
La structure par âge de la population est assez caractéristique de la situation parisienne (sur-représentation des jeunes adultes et des personnes âgées et sous-représentation des moins de 20 ans et des 40-59 ans). Cependant, ces trois arrondissements parisiens se caractérisent également, par rapport à la moyenne parisienne, par des proportions de personnes âgées légèrement inférieures.

Structure par âge en 2014



Source: Insee, recensement 2014

Pyramide des âges de la population (2014)

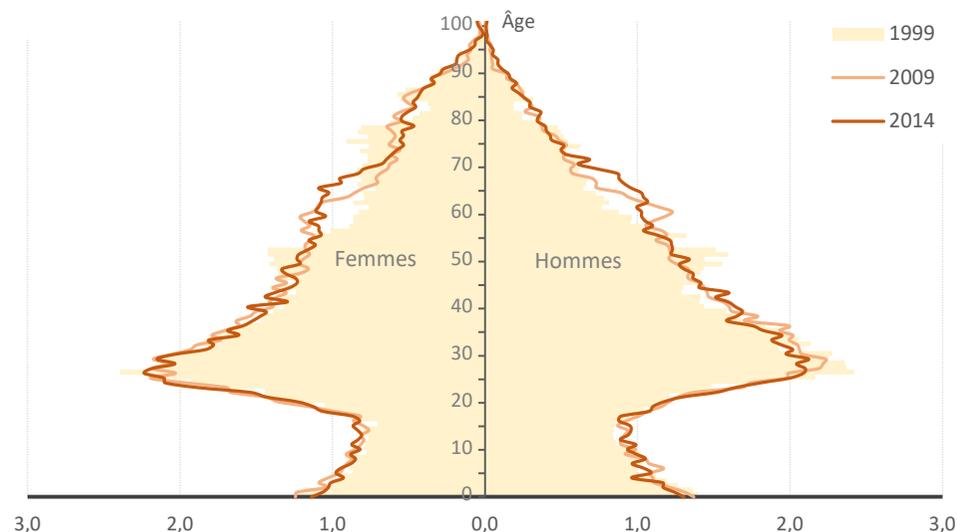


Source: Insee, recensement 2014

Un vieillissement de population très modéré

Le territoire a connu un vieillissement très modéré voire une diminution du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus. Seule la proportion des 60-74 ans a augmenté.

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



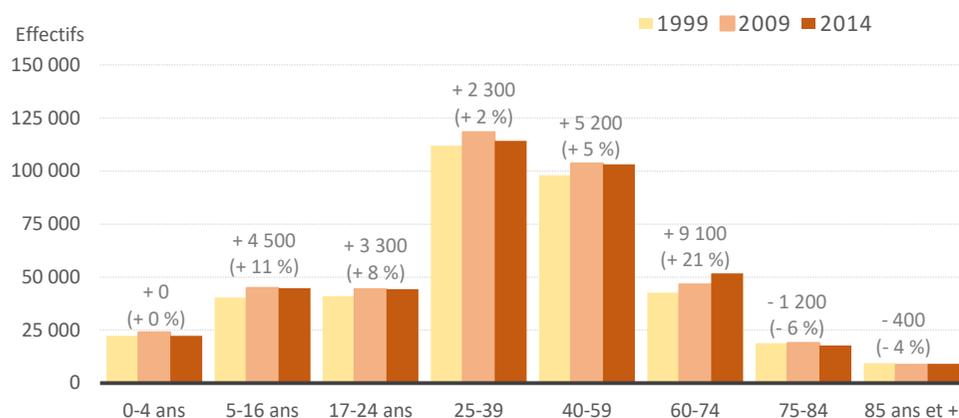
Nombre d'habitants par grands groupes d'âge

Effectifs	1999	2009	2014
0-4 ans	22 338	23 969	22 383
5-16 ans	40 365	44 865	44 852
17-24 ans	41 034	44 261	44 378
25-39 ans	111 945	118 315	114 247
40-59 ans	97 986	103 616	103 145
60-74 ans	42 712	46 675	51 765
75-84 ans	18 907	19 035	17 730
85 ans et +	9 461	8 626	9 079
Total	384 748	409 363	407 578

Source: Insee, recensements de la population

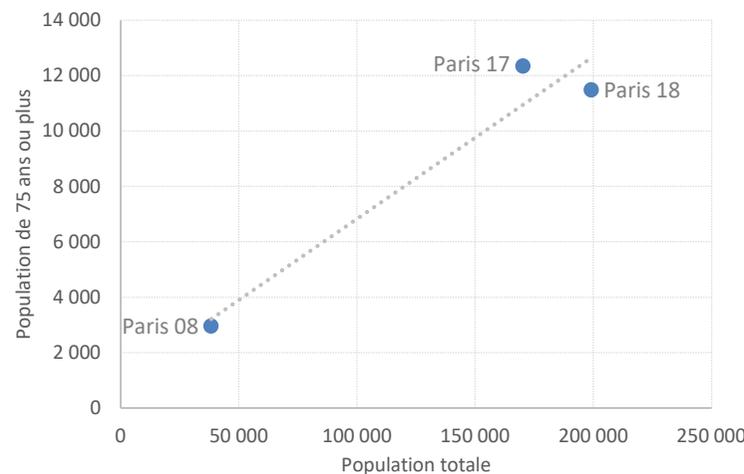
Les trois arrondissements du territoire sont assez homogènes sur le plan du vieillissement avec des proportions de personnes âgées relativement comparables, compte tenu de la taille de leur population, avec cependant un 17^e arrondissement un peu plus âgé et un 18^e un peu plus jeune.

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.

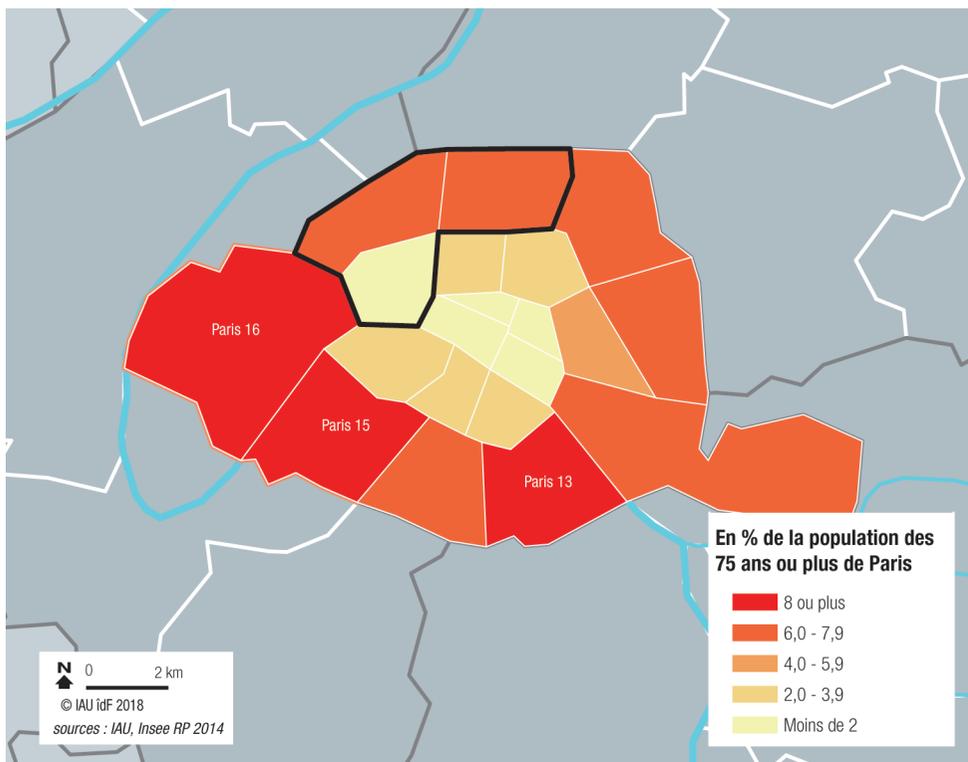
Population totale des arrondissements du territoire et nombre de personnes âgées de 75 ans et plus



Lecture : si le point est en dessous de la ligne pointillée, la commune compte moins de personnes âgées par rapport à la moyenne des communes du territoire. Inversement si le point est au dessus, la commune présente plus de personnes âgées que la moyenne des communes du territoire.

Source: Insee, recensement de la population, 2014

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)

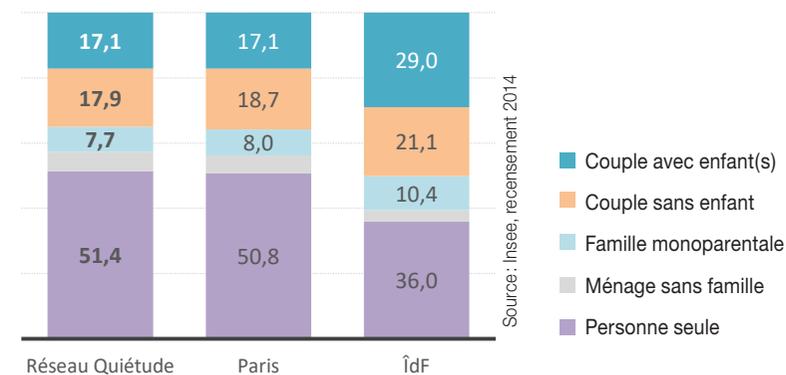


Une structure familiale qui diffère peu de la moyenne parisienne

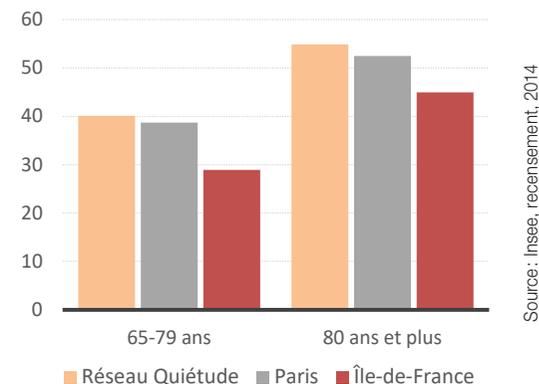
Un territoire qui, comparativement aux moyennes régionales, présente une très nette sur-représentation de personnes vivant seules, assez caractéristique de Paris. Cette sur-représentation est même légèrement plus forte que celle observée en moyenne sur l'ensemble de Paris.

Les personnes âgées de 65 à 79 ans, quant à elles, sont 40 % 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 55 % (contre 45 % en moyenne francilienne).

Structure familiale des ménages (en %)



Part des personnes âgées vivant seules (en %)



CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES HABITANTS

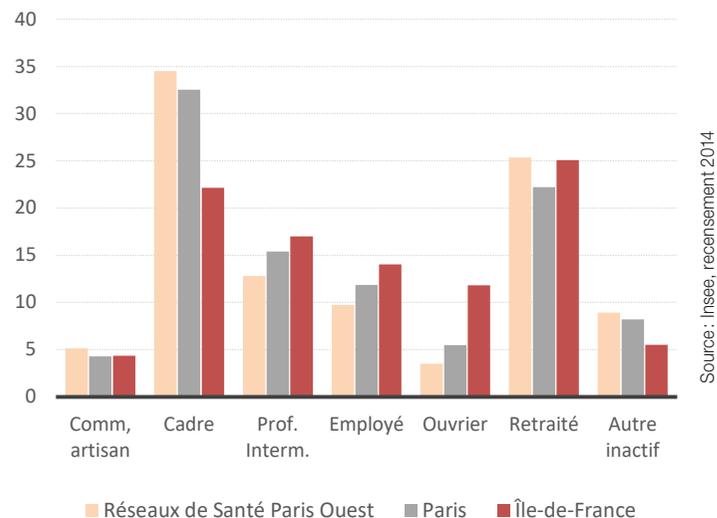
Un territoire globalement favorisé socialement

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 20 % de la population totale du territoire (contre 25 % en moyenne en Île-de-France).

Sur le territoire, les ménages les plus riches (D9 et surtout D10) sont nettement sur-représentés par rapport à la moyenne régionale, tandis que les déciles de revenu D2 à D7 sont légèrement sous-représentés.

A noter cependant que les ménages les plus pauvres (D1) sont également légèrement sur-représentés sur le territoire.

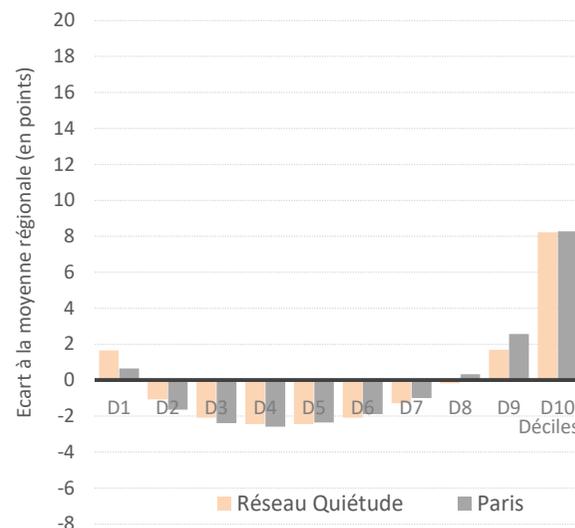
Répartition des ménages par PCS de la personne de référence (en %)



Les trois arrondissements du territoire sont assez différenciés socialement, avec le 18^e arrondissement qui compte un revenu médian par unité de consommation légèrement inférieur à la moyenne régionale et une population couverte par le RSA légèrement supérieure.

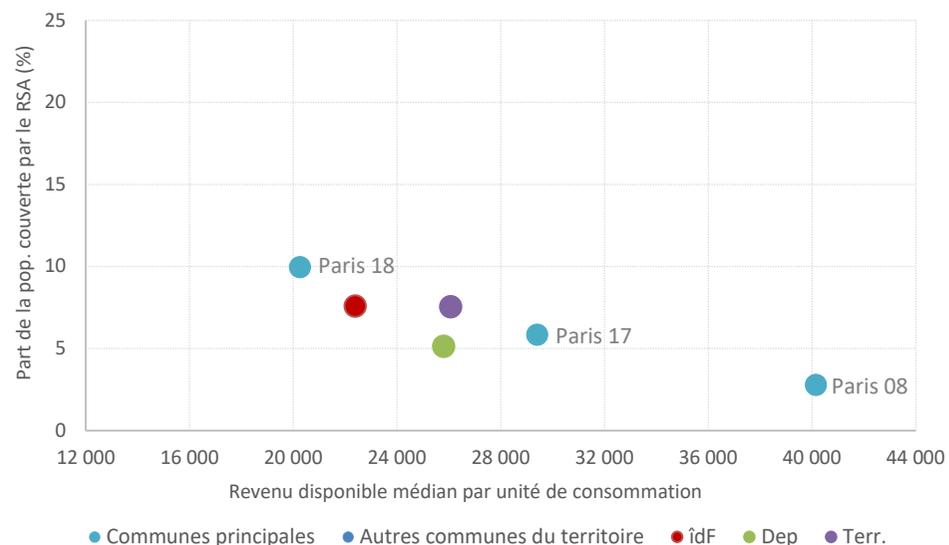
Inversement, le 17^e et surtout le 8^e arrondissement présentent des indicateurs sociaux nettement voire très nettement plus favorables.

Profil de revenu des ménages



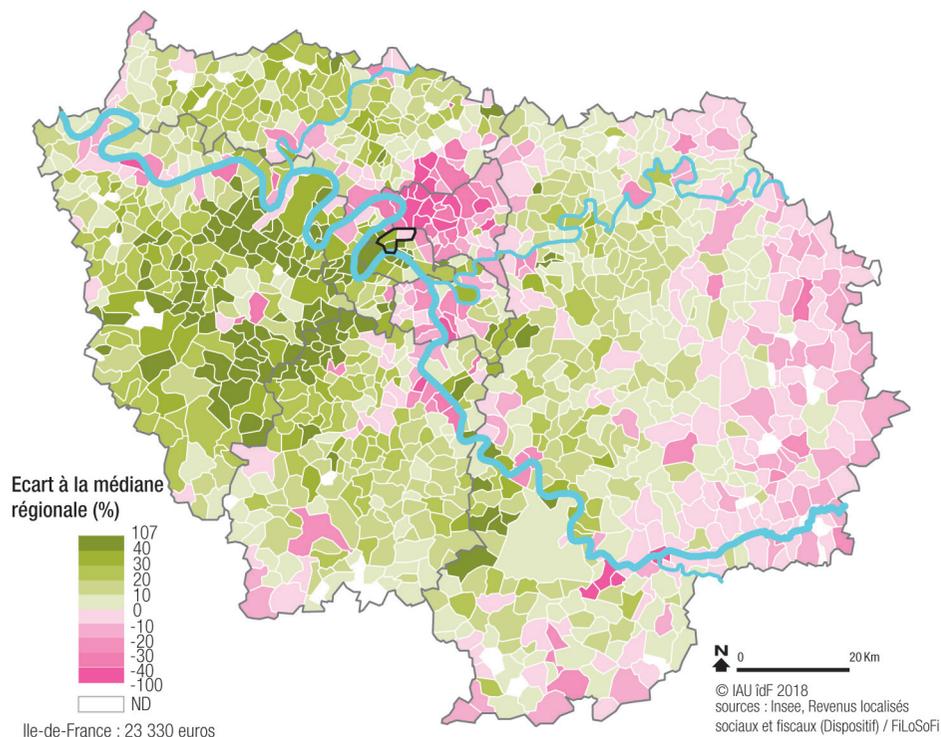
Note de lecture :
 D1 = le 1^{er} décile de revenu correspond aux ménages les plus pauvres
 D10 = le 10^e décile correspond aux ménages les plus riches
 Les déciles sont calculés par rapport au niveau régional

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

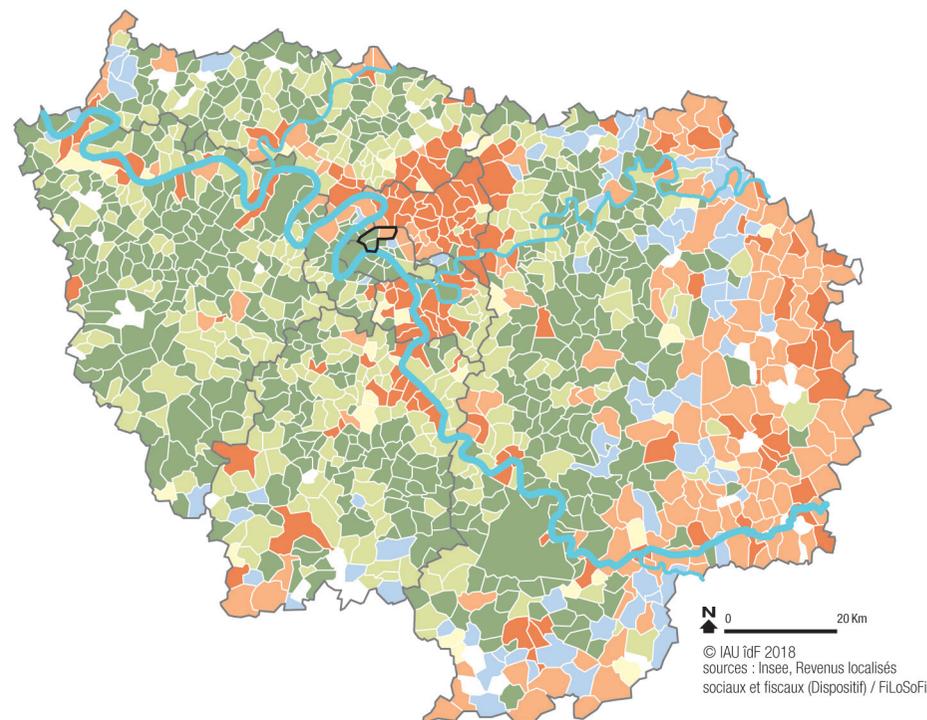


Revenu médian par unité de consommation (UC) des communes (écart à la médiane régionale) et évolution 2006-2015

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



Renforcement du marquage social du territoire entre 2006 et 2015

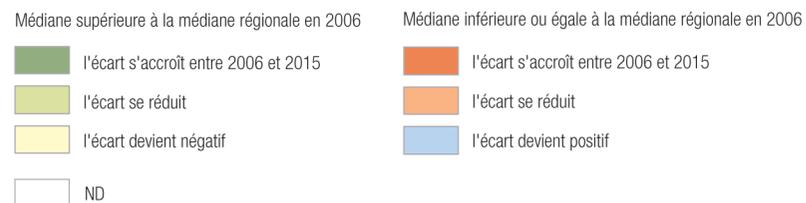


Note de lecture :

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

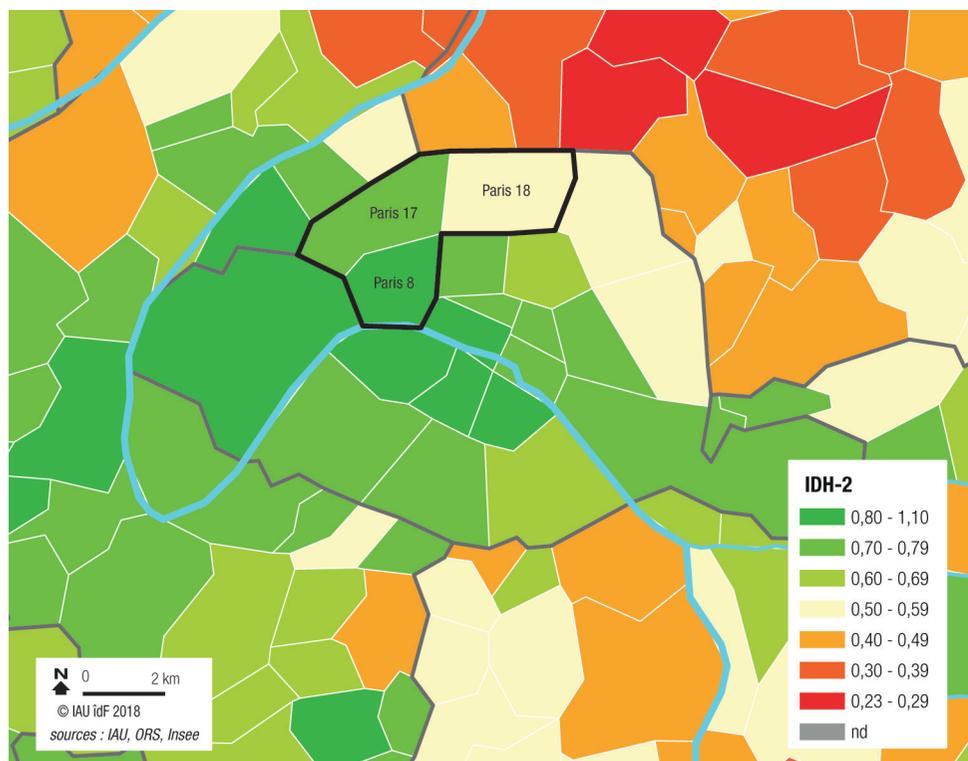
Malgré la situation socialement assez différente de ces trois arrondissements parisiens, la dynamique d'évolution est partout positive depuis 2006 : le 18^e reste, en 2015, en deçà de la médiane régionale en termes de revenu médian par UC de ses ménages, mais sa situation a eu tendance – globalement – à se rapprocher de cette médiane entre 2006 et 2015. Les deux autres arrondissements du territoire étaient, quant à eux, dans une situation plus favorable que la médiane régionale en 2006 et le sont de manière encore plus marquée en 2015.

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



Le renforcement du marquage social est particulièrement net dans ce territoire avec d'une part le 17^e arrondissement qui, en 2006 avait déjà une moyenne de revenus supérieurs à la moyenne régionale, a vu cet écart s'accroître en 2014 et d'autre part le 18^e arrondissement qui avait en 2006 une moyenne de revenus inférieurs à la moyenne régionale a vu cet écart s'accroître encore en 2014.

Indicateur de Développement Humain IDH-2



Un indice de développement humain qui modifie peu 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 et montre des écarts importants entre arrondissements, le 18^e arrondissement étant nettement moins socialement favorisé que les 17^e et 8^e arrondissements.

Un territoire comptant quelques quartiers en politique de la ville

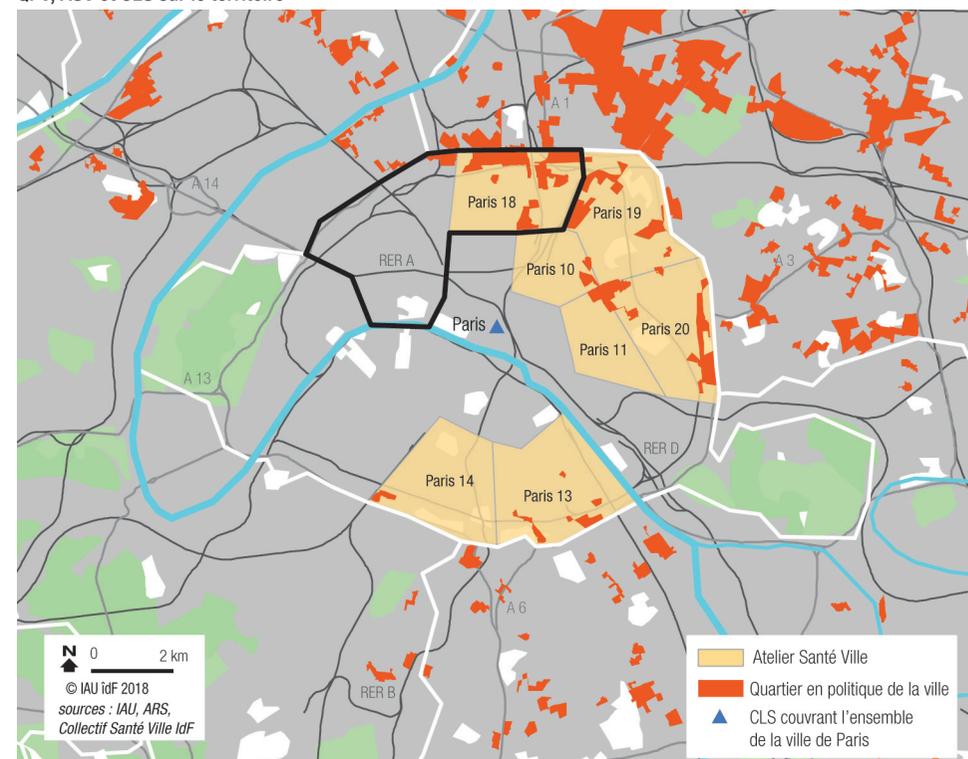
Le territoire compte quelques quartiers en politique de la ville (QPV), principalement localisés dans le 18^e. Cet arrondissement est couvert par un atelier santé-ville (ASV) et par le contrat local de santé (CLS) parisien.

Un territoire qui compte une population immigrée inégalement répartie

Comparativement à la moyenne francilienne, le territoire compte un peu plus d'immigrés¹ : en effet, 21 % de sa population est considérée comme immigrée, contre 19 % en moyenne en Île-de-France. Cette proportion est de 23 % dans le 18^e arrondissement et de 19 % dans les deux autres arrondissements du territoire.

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

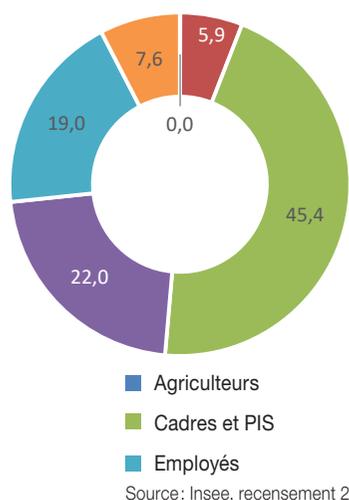


LES AUTRES USAGERS DU TERRITOIRE

Seuls 27 % des emplois du territoire sont occupés par des actifs résidents

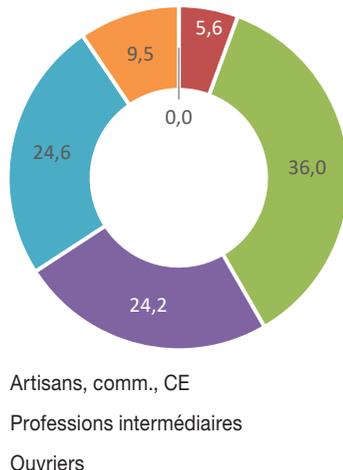
Sur le territoire résident 206 000 actifs en activité, tandis que le territoire offre 364 900 emplois. Le profil des actifs résidant sur le territoire se démarque de celui des emplois offerts sur le territoire par une sur-représentation des cadres chez les résidents.

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



Source: Insee, recensement 2014

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



Les actifs résidant sur le territoire sont 48 % à y travailler (66 % pour les artisans, commerçants, 58 et 52 % pour les employés et ouvriers, 48 % pour les professions intermédiaires et 41 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures (PIS)). Les autres actifs résidant sur le territoire vont travailler principalement ailleurs à Paris (39 %), dans les Hauts-de-Seine (32 %) ou en Seine-Saint-Denis (13 %).

Inversement, les emplois offerts sur le territoire ne sont occupés qu'à 27 % par les habitants du territoire. Les autres emplois du territoire sont occupés principalement par des actifs résidant ailleurs à Paris (19 %), dans les Hauts-de-Seine (20 %), en Seine-Saint-Denis (14 %) ou dans le Val-de-Marne (10 %).

Des établissements scolaires attractifs

En primaire (maternelle et élémentaire), la majorité des enfants du territoire sont scolarisés dans le territoire : 93 %. Pour les élèves de collège, la part des enfants scolarisés sur le territoire reste importante (86 %). 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 accueillent par ailleurs des élèves en provenance d'autres territoires franciliens (20 %).

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 et sortants sont encore plus importants :

- Au lycée, « seuls » 67 % des lycéens du territoire sont scolarisés dans un lycée du territoire. Inversement, les lycées du territoire accueillent 39 % de lycéens résidant dans un autre territoire ;
- Au niveau de l'enseignement supérieur, 41 % des étudiants résidant sur le territoire y poursuivent leurs études. Inversement, les écoles et universités du territoire accueillent 70 % 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
93 %	86 %	67 %	41 %	11 %	20 %	39 %	70 %

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

Un état de santé plutôt bon dans le territoire avec une mortalité générale inférieure à l'attendue de **-5,8 %** pour les hommes et **-5,3 %** pour les femmes et une mortalité prématurée évitable de **-10,9 %**

	Etat de santé	Valeur (en années)		Valeur ÎDF	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
		Effectif	Taux stand.				
1	Espérance de vie à la naissance - Hommes		81,2	80,6	79,2		83,4
2	Espérance de vie à la naissance- Femmes		86,7	86,2	84,1		88,5
3	Espérance de vie à 35 ans - Hommes		47,2	46,6	45,4		49,4
4	Espérance de vie à 35 ans - Femmes		52,3	51,9	50,6		54,1
5	Espérance de vie à 60 ans - Hommes		24,9	24,1	22,8		26,6
6	Espérance de vie à 60 ans - Femmes		28,9	28,4	27,1		30,4
		Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
7	Mortalité générale - Hommes	1145	795,2	847,9	94,2	77,9	112,8
8	Mortalité générale - Femmes	1197	497,3	523,4	94,7	80,7	116,9
9	Mortalité prématurée - Hommes (avant 65 ans)	347	214,1	210,0	101,1	73,4	114,4
10	Mortalité prématurée - Femmes (avant 65 ans)	189	110,1	107,8	100,9	78,7	116,7
11	Mortalité prématurée évitable	409	107,2	119,8	89,1	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. De fait, la mortalité générale est inférieure à celle d'Île-de-France de **-5,8 %** chez les hommes et de **-5,3 %** chez les femmes. Il en est de même pour la mortalité prématurée évitable inférieure de **-10,9 %** à la moyenne régionale. En ce qui concerne la mortalité prématurée, hommes ou femmes, elle est comparable au niveau régional moyen.

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 : un indicateur conjonctuel de fécondité de **1,6** inférieur à la moyenne francilienne

	Santé des mères et des enfants de moins de 1 an	Valeur		Valeur ÎDF	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
		Effectif	Taux				
12	Age moyen de la mère à la naissance		32,2	31,0	30,0		33,4
13	Enfants nés de mères âgées de plus de 40 ans (%)		7,6	5,7	4,2		11,7
14	Enfants nés de mères âgées de moins de 18 ans (%)		0,3	0,6	0,1		1,0
15	ICF (15-49 ans)		1,6	2,0	1,3		2,6
		Effectif	Taux	Taux ÎDF	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires	
16	Mortalité néonatale	16,2	2,7	2,7	1,9	3,5	
17	Mortalité périnatale	11,2	1,9	1,9	1,3	2,4	
18	Mortalité infantile	22,0	3,7	3,8	2,3	4,8	

L'indicateur conjonctuel de fécondité (ICF) du territoire est de **1,6** enfant par femme de 15 à 49 ans. Le territoire présente un âge moyen de la mère à la naissance de **32,2** ans et une forte proportion d'enfants nés de mères âgées de plus de 40 ans (**7,6 %**). La mortalité infantile de **3,7** pour 1 000 enfants nés vivants, est comparable 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

	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)	1423	2496,3	2657,2	94,0	62,2	117,0
20	Admission en ALD (0-14 ans)	264	440,4	413,6	107,0	61,5	125,9
21	Mortalité générale (1-14 ans)	27	37,2	37,0	101,6	56,0	134,3
22	Admission en ALD pour affection psychiatrique (0-14 ans)	73	122,9	117,6	105,9	66,3	137,5
23	Admission en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (0-14 ans)	51	84,6	81,1	103,7	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 comparable à celui en moyenne des Franciliens du même âge. On note quand même une fréquence en ALD inférieure de -6,0 % à la moyenne régionale et, au contraire une fréquence de nouvelles admissions en ALD supérieure de +7,0 % chez les moins de 15 ans de ce territoire.

Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans : une mortalité inférieure de -33,8 % comparée à la mortalité moyenne régionale de cette tranche d'âge

	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	9	17,2	25,7	66,2	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	81	149,4	151,6	99,5	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

Le taux comparatif de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans du territoire est inférieur de -33,8 % par rapport celui observé en moyenne chez les 15-24 ans franciliens.

Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : un niveau de mortalité comparable à la région mais une mortalité par cancers et maladies cardiovasculaires inférieure à celle observée pour la région

	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	500	239,0	232,2	101,9	76,2	115,4
28	Mortalité des 25-49 ans	146	96,2	94,5	101,3	78,3	120,1
29	Mortalité des 50-64 ans	354	509,7	493,2	102,1	71,5	113,5
30	Admission en ALD cancer (<65 ans)	801	246,0	251,8	97,3	88,6	103,0
31	Mortalité par cancer (<65 ans)	209	63,2	66,5	94,2	75,6	107,7
32	Admission en ALD mal. cardiovasculaires (<65 ans)	571	178,0	202,7	87,7	62,1	114,3
33	Mortalité par mal. cardiovasculaires (<65 ans)	51	15,4	18,6	82,3	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 un niveau de mortalité chez les 25-64 ans du territoire comparable à celui observé en Île-de-France. En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires et les cancers chez les moins de 65 ans, le territoire présente des indicateurs de mortalité significativement inférieurs à ceux observés en Île-de-France (respectivement -7,7 % et -5,8 %).

Santé des personnes âgées de plus de 65 ans : un état de santé très favorable notamment avec une moindre mortalité générale de -7,6 % par rapport à la moyenne francilienne

	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	1807	2962,2	3204,4	92,4	79,3	117,3
35	Admission en ALD pour cancer	863	1627,5	1679,2	97,2	90,6	105,1
36	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	1120	2084,9	2270,4	91,6	79,3	105,4
37	Admission en ALD pour diabète	449	848,9	942,7	89,4	57,9	136,1
38	Personne en ALD pour maladie d'Alzheimer	1698	2810,1	3195,4	87,7	83,8	124,6
39	Admission en ALD pour maladie d'Alzheimer	336	592,2	626,2	94,6	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 77,1 % des décès du territoire.

Compte tenu des indicateurs présentés, l'état de santé des 65 ans et plus du territoire est particulièrement favorable par rapport à ce qui est observé en moyenne en Île-de-France.

ÉTAT DE SANTÉ PAR PATHOLOGIES

Les cancers : une moindre mortalité générale par cancers de -6 % par comparaison à la moyenne francilienne

	Cancers	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
40	Mortalité par cancer	721	198,2	211,6	94,0	87,1		108,5
41	Personne en ALD pour cancer	12271	3513,0	3768,8	92,8	91,9		110,7
42	Admission en ALD pour cancer	1664	473,0	486,3	97,2	90,4		102,8
43	Mortalité par cancer des VADS	34	9,3	11,0	86,3	64,7		113,6
44	Admission en ALD pour cancer des VADS	83	23,4	24,3	96,2	70,8		110,7
45	Mortalité par cancer du poumon	151	42,8	42,2	100,0	78,9		113,7
46	Admission en ALD pour cancer du poumon	163	47,7	44,4	106,5	77,7		110,7
47	Mortalité par cancer du sein	60	28,5	30,1	94,0	85,6		109,6
48	Admission en ALD pour cancer du sein	372	191,2	184,9	103,5	81,3		117,8
49	Mortalité par cancer de la prostate	35	26,6	29,4	90,0	84,2		118,2
50	Admission en ALD pour cancer de la prostate	188	134,0	139,4	93,5	89,3		116,1
51	Mortalité par cancer du côlon-rectum	71	19,2	20,8	93,7	81,4		121,6
52	Admission en ALD pour cancer du côlon-rectum	157	45,7	48,8	93,3	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 particulièrement favorable par rapport à celle observée en Île-de-France en ce qui concerne les cancers. Avec 721 décès par cancer en moyenne par an entre 2012 et 2014 (soit 30,8 % des décès du territoire), le taux standardisé de mortalité du territoire s'élève à 198,2 décès pour 100 000 habitants, un indice comparatif de mortalité significativement inférieur de -6,0 % à la moyenne régionale. Cette sous-mortalité par cancer observée sur le territoire est surtout due au cancer des VADS, où l'on observe une sous-mortalité de -13,7 % par rapport à la moyenne régionale.

Les indicateurs de nouvelles admissions en ALD pour cancers des VADS, de la prostate et du côlon-rectum sont inférieurs aux indicateurs régionaux. Sur le territoire, la mortalité par cancer du poumon représente 20,9 % des décès par cancers.

Les maladies cardiovasculaires : une moindre mortalité notamment par cardiopathie ischémique

	Maladies cardiovasculaires	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
53	Mortalité par maladies cardiovasculaires	486	125,3	143,2	88,4	73,2		122,5
54	Mortalité par cardiopathie ischémique	107	28,6	36,6	78,0	74,1		116,8
55	Mortalité par maladies vasculaires cérébrales	124	32,5	33,1	98,2	72,0		118,6
56	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	1691	491,2	542,4	90,2	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 aussi dans une situation favorable par rapport à celle observée en Île-de-France en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires. Les indicateurs comparatifs de mortalité par maladies cardiovasculaires et par cardiopathie ischémique ainsi que ceux 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	12136	3447,8	4422,0	77,2	48,7	168,3
58	Admission en ALD pour diabète	1183	329,4	384,7	85,1	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 12 136 personnes en ALD pour diabète, avec un taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour diabète de 329,4 pour 100 000 habitants sur la période 2012-2014. Le territoire se situe ainsi en dessous des niveaux observés en Île-de-France.

Les maladies de l'appareil respiratoire : une moindre mortalité de -10,2 %

	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	143	37,7	41,8	89,8	74,3	126,6
60	Personne en ALD pour mal. de l'app. respiratoire	2628	757,9	865,2	85,5	50,8	149,1
61	Admission en ALD pr mal. de l'app. respiratoire	292	84,7	91,3	90,9	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, 143 personnes sont décédées de maladies de l'appareil respiratoire, soit une mortalité significativement inférieure de -10,2 % 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 -14,5 % et -9,1 %).

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	7666	2031,4	2105,5	94,7	76,1	121,0
63	Admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement	850	215,0	205,4	104,6	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 7 666 personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement et 850 nouvelles admissions en moyenne par an, les indices comparatifs montrent une fréquence de nouvelles admissions en ALD significativement supérieure de +4,6 % à la moyenne régionale.

La mortalité due à des pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac : une moindre mortalité en relation avec les consommations d'alcool et de tabac sur le territoire

	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	59	16,4	21,2	76,9	61,0	123,8
65	Mortalité par pathologies liées à l'usage du tabac	323	89,1	100,3	88,2	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 13,8 % de la mortalité générale du territoire.

Les accidents : une moindre mortalité par accident de la circulation

	Accidents	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
66	Mortalité par accidents de la vie courante	85	21,6	22,4	97,2	87,8	130,0
67	Mortalité par accidents de la circulation	8	2,0	2,6	74,2	60,5	190,2

Taux standardisé pour 100 000 habitants

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 2

Entre 2012 et 2014, en moyenne par an sur le territoire, on observe 85 décès par accidents de la vie courante et 8 décès par accidents de la circulation. Le niveau de mortalité par accident de la circulation est significativement inférieur à 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 (%)	2,1	1,6	0,9	2,3
69	Bénéficiaire de l'AAH (%)	1,8	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 2,1 % pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans et 1,8 % 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.