

# 75 RESEAUX ROPE + AGEP

## PROFIL DES TERRITOIRES DE COORDINATION

Septembre 2018



## L'essentiel

---

- Un territoire parisien, dense et urbanisé, qui compte 491 000 habitants, dont plus de 34 000 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.
- Un âge moyen des mères à la naissance supérieur à la moyenne régionale (respectivement 32,2 et 31 ans) et un indicateur conjoncturel de fécondité le plus bas de tous les territoires d'Île-de-France ;
- Une plus forte mortalité prématurée (< avant 65 ans) de plus +7,3 % pour les hommes et +10 % pour les femmes par comparaison aux mortalités prématurées masculine et féminine de la région ;
- Un état de santé hétérogène selon les âges et les pathologies ;
- Des indicateurs de morbidité des enfants plutôt défavorables, de même pour les adultes (25 à 64 ans) qui présentent une mortalité supérieure de +7,8 % à l'attendu et un taux de mortalité prématurée par cancer supérieur de +7,7 % ;
- Les personnes de 65 ans et plus montrent une plus faible mortalité de -4,5 % par rapport à la moyenne de la région.

**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

<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>	<b>2 • État de santé des populations</b> .....	<b>13</b>
<b>1 • Contexte socio-démographique</b> .....	<b>3</b>	<b>État de santé général</b> .....	<b>13</b>
<b>Caractéristiques géographiques et morphologiques</b> .....	<b>3</b>	Une plus forte mortalité prématurée (< 65 ans) de +7,3 % pour les hommes et +10 % pour les femmes par comparaison à la moyenne régionale .....	13
Un territoire de l'est parisien .....	3	<b>État de santé par tranche d'âge</b> .....	<b>13</b>
Près de 500 000 habitants sur le territoire .....	3	Santé des mères et des enfants de moins de 1 an : des mères plus âgées et un indicateur conjoncturel de fécondité de 1,5 inférieur à la région .....	13
Un territoire densément urbanisé .....	4	Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans : une mortalité similaire à la moyenne régionale .....	14
<b>Caractéristiques démographiques des habitants</b> .....	<b>5</b>	Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans : un taux de mortalité comparable à celui observé en moyenne dans la région .....	14
Un territoire qui a connu un léger regain de croissance entre 1990 et 2010 .....	5	Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : une santé des adultes plutôt défavorable avec une mortalité supérieure à l'attendu dans cette tranche d'âge et un taux de mortalité prématurée par cancer supérieur de +7,7 % .....	15
Une structure par âge caractéristique de Paris, quoiqu'un peu plus âgée .....	6	Santé des personnes âgées de plus de 65 ans : une plus faible mortalité sur le territoire de -4,5 % par rapport à celle de la région .....	15
Un vieillissement de population très modéré .....	7	<b>État de santé par pathologies</b> .....	<b>16</b>
Une sur-représentation des personnes seules, assez caractéristique de Paris .....	8	Les cancers : une surmortalité par cancer du poumon de +12,9 % par rapport à la moyenne régionale .....	16
<b>Caractéristiques sociales des habitants</b> .....	<b>9</b>	Les maladies cardiovasculaires : une moindre mortalité, notamment par cardiopathie ischémique .....	16
Un territoire dans une situation sociale globalement favorable .....	9	Le diabète .....	17
Un indice de développement humain qui modifie peu le diagnostic .....	11	Les maladies de l'appareil respiratoire : une moindre mortalité dans le territoire .....	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 par pathologies liées à l'alcool de -9,4 % .....	18
<b>Les autres usagers du territoire</b> .....	<b>12</b>	Les accidents : une mortalité par accident de la circulation inférieure à la région .....	18
Les emplois du territoire occupés à près de 40 % par les actifs résidents .....	12	Les personnes en situation de handicap .....	18
Des établissements scolaires relativement attractifs .....	12	<b>Glossaire</b> .....	<b>19</b>

# 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.

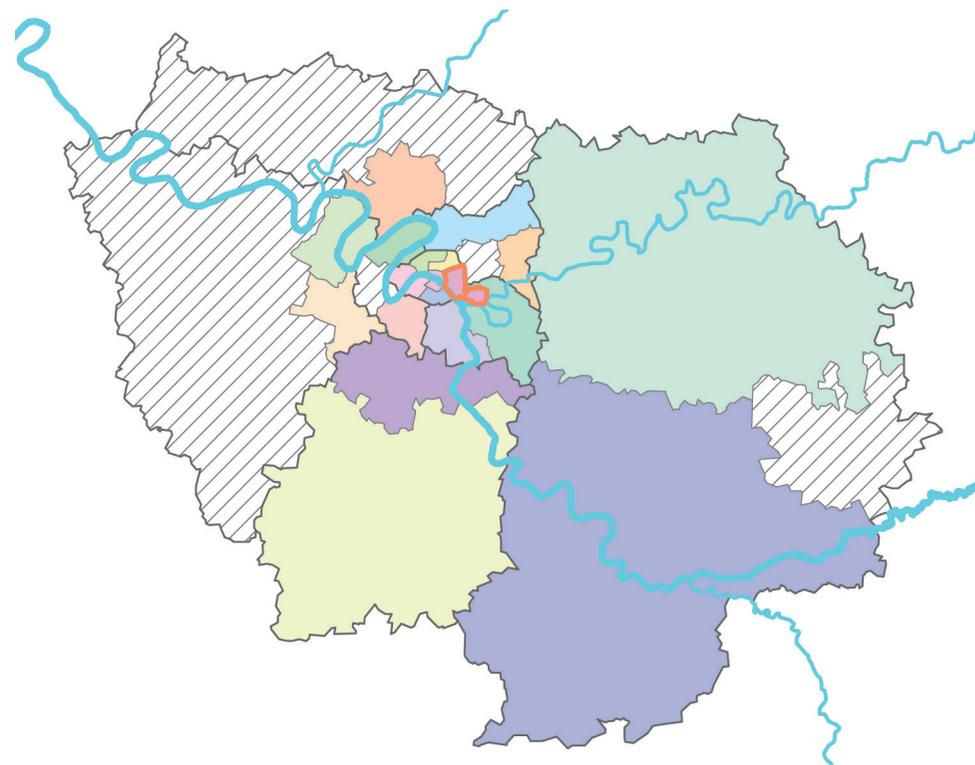
La deuxième partie présente les principaux indicateurs relatifs à l'état de santé des populations du territoire : état de santé général (espérance de vie, mortalité et ALD) décliné par tranches d'âge tout d'abord, puis par pathologies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète...).

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 de l'est parisien

Le territoire, constitué de trois arrondissements parisiens (11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup>), compte 490 932 habitants.

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

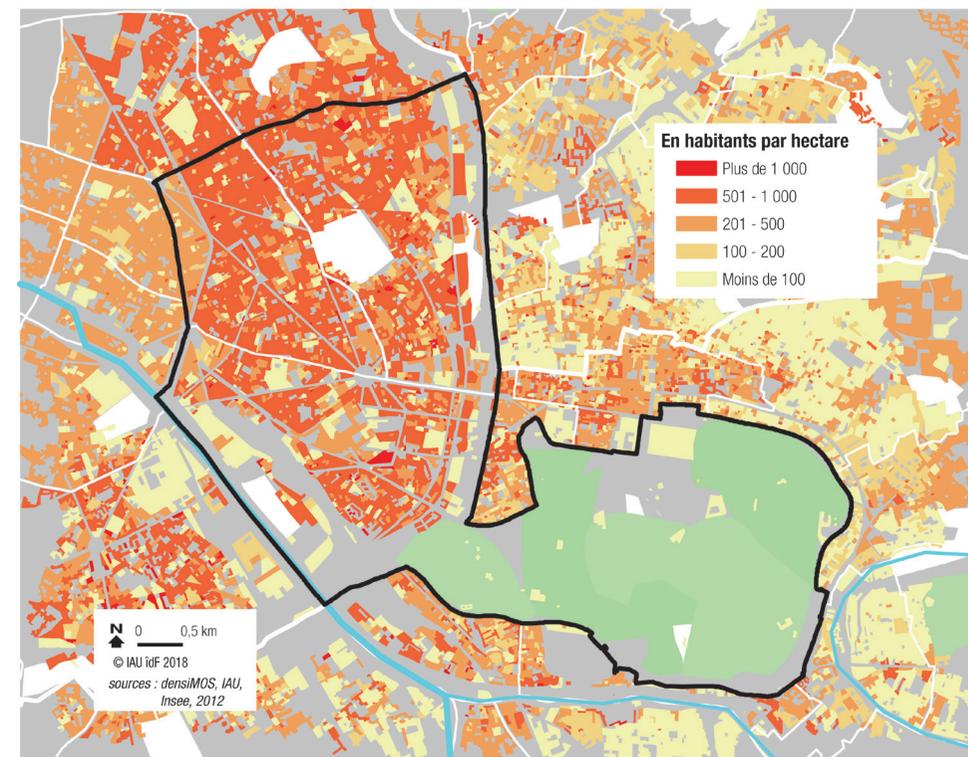
### Les intercommunalités du territoire



### Près de 500 000 habitants sur le territoire

Avec 195 500 habitants, le 20<sup>e</sup> arrondissement est le plus peuplé du territoire. Viennent ensuite le 11<sup>e</sup> arrondissement avec 151 500 habitants, et le 12<sup>e</sup> avec 143 900 habitants en 2014.

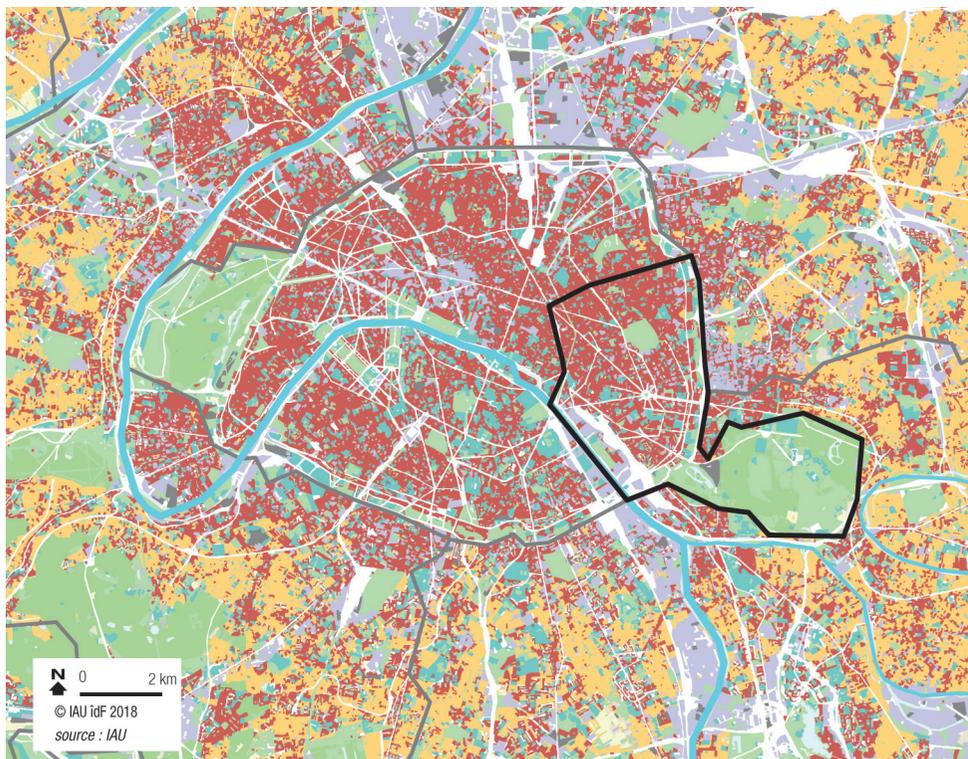
### Densité de population des îlots du territoire



## Un territoire densément urbanisé

Le territoire, parisien, est très largement urbanisé, avec toutefois la présence du bois de Vincennes comme espace de respiration.

### 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).*

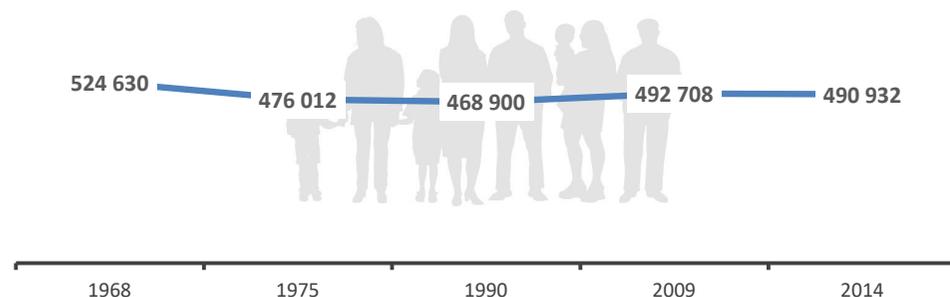
Source : découpage morphologique de l'Île-de-France, IAU îdF, 2008

## CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES HABITANTS

### Un territoire qui a connu un léger regain de croissance entre 1990 et 2010

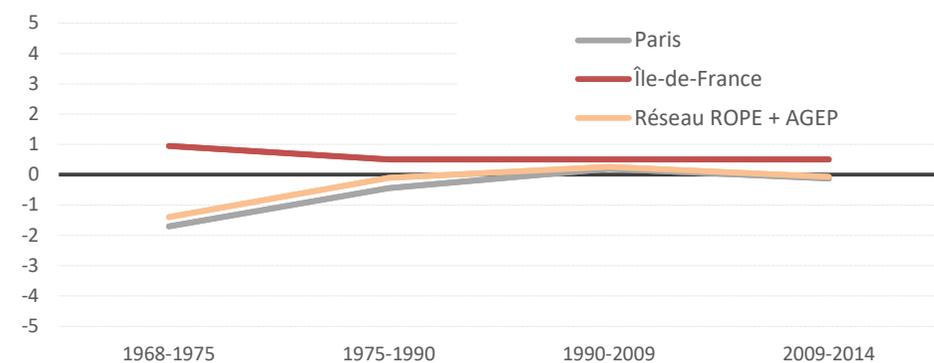
Après avoir diminué entre 1968 et 1990, la population de ces trois arrondissements parisiens s'est de nouveau légèrement accrue entre 1990 et 2009. Sur la dernière période (2009-2014), la population du territoire est restée relativement stable (baisse très faible).

Évolution de la population totale depuis 1968



Source : Insee, recensements de la population

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

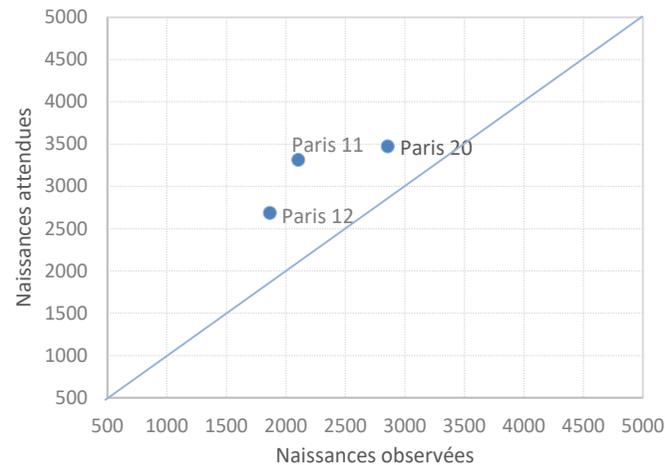


Les dynamiques de croissance démographique de la population du territoire reposent sur son seul solde naturel (naissances moins décès) positif, qui compense le déficit migratoire qui s'observe avec le reste de la région, de la France ou de l'étranger. Ce dernier a eu tendance à diminuer dans les années 1975-2009 mais a légèrement ré-augmenté sur la dernière période.

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.

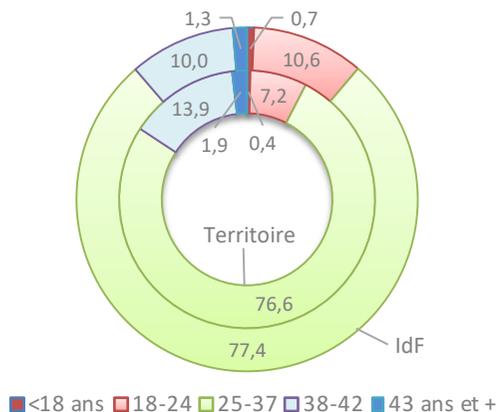
Lecture : si le point est au-dessus de la ligne, la fécondité est moindre qu'attendue. Si le point est en dessous, la fécondité est supérieure.

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

Pour autant, 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). Ces trois 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.

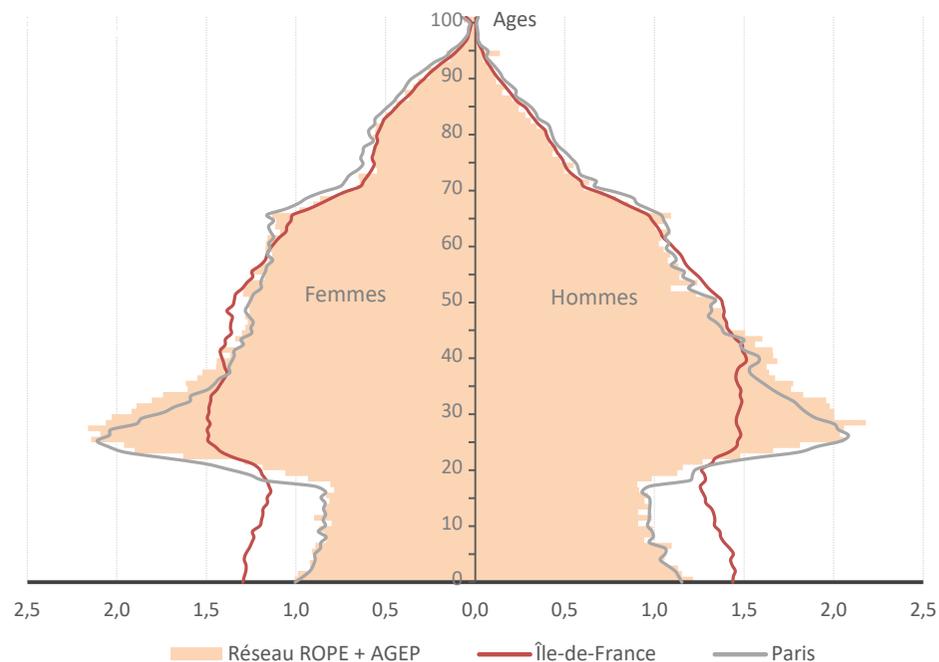
Les femmes du territoire sont peu nombreuses à avoir un enfant avant 25 ans (7,6 % contre 11,3 % en moyenne en Île-de-France). Elles sont par contre plus nombreuses à accoucher après 38 ans (15,8 % contre 11,3 % en moyenne régionale).

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



Source: Insee, fichiers statistiques de l'État civil

Pyramide des âges de la population (2014)

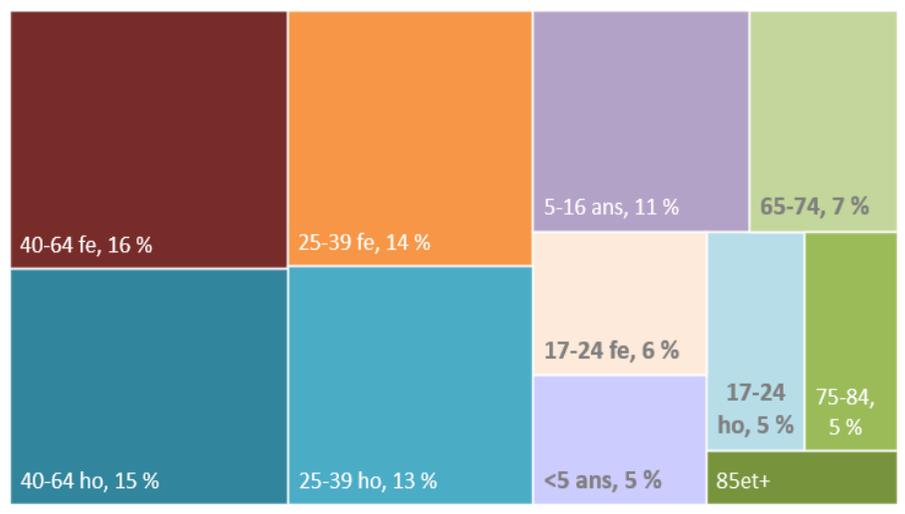


Source: Insee, recensement 2014

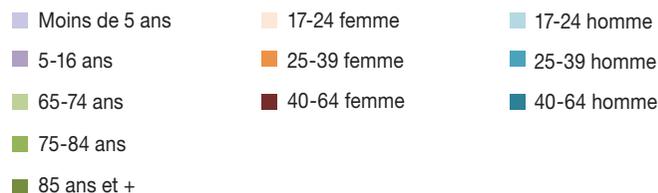
### Une structure par âge caractéristique de Paris, quoiqu'un peu plus âgée

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, les arrondissements de ce territoire se distinguent très légèrement du profil moyen parisien avec une part de personnes âgées légèrement plus faible.

Structure par âge en 2014



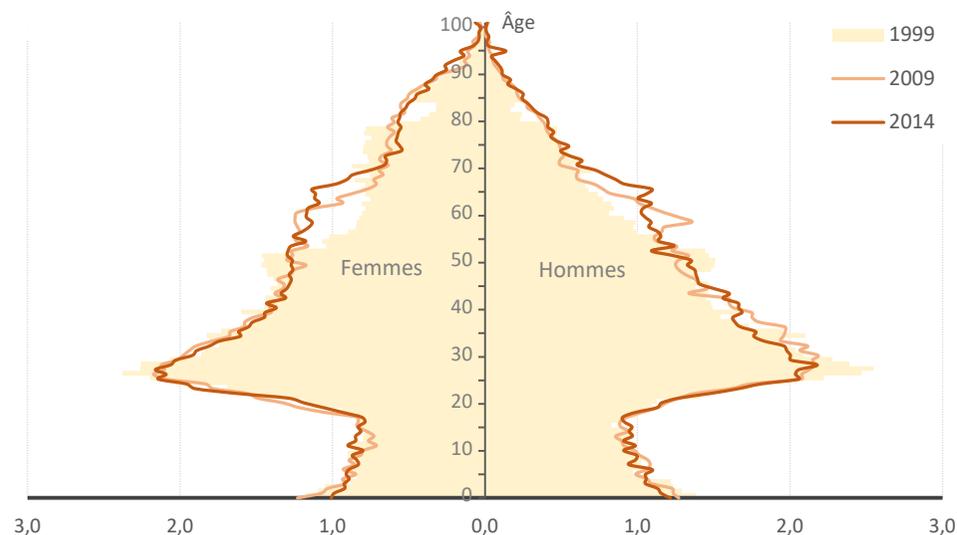
Source: Insee, recensement 2014



## Un vieillissement de population très modéré

La part des personnes âgées de 75 ans ou plus a très peu augmenté, voire même a diminué sur la dernière période (2009-2014). Entre 60 et 74 ans, les effectifs ont tout de même sensiblement augmenté.

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



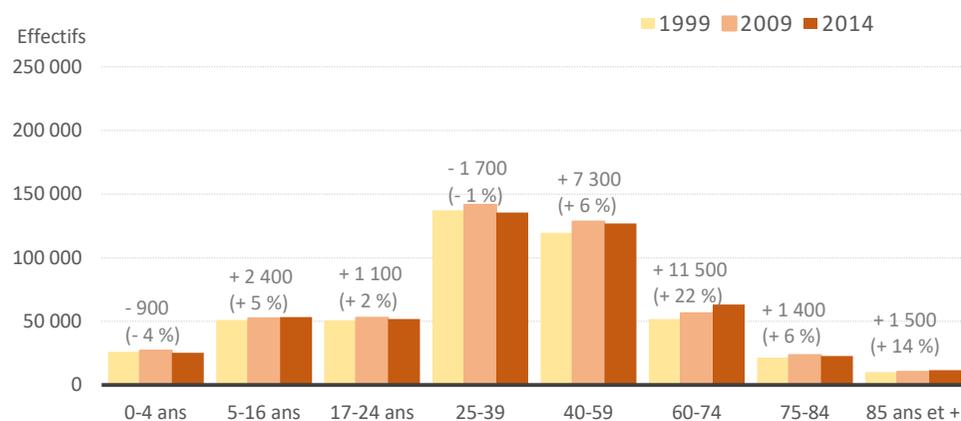
### Nombre d'habitants par grands groupes d'âge

Effectifs	1999	2009	2014
0-4 ans	26 191	27 188	25 270
5-16 ans	51 013	52 368	53 406
17-24 ans	50 901	52 801	52 005
25-39 ans	137 294	141 594	135 560
40-59 ans	119 648	128 398	126 908
60-74 ans	51 834	56 399	63 378
75-84 ans	21 442	23 533	22 825
85 ans et +	10 127	10 428	11 580
<b>Total</b>	<b>468 450</b>	<b>492 708</b>	<b>490 932</b>

Source: Insee, recensements de la population

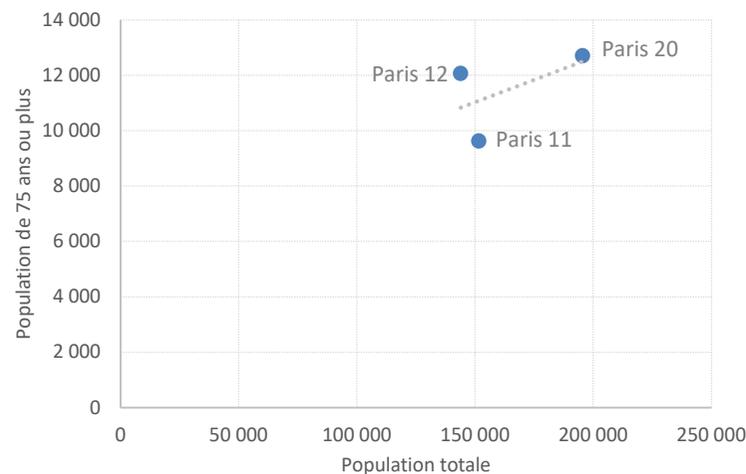
Les trois arrondissements du territoire sont assez homogènes sur le plan du vieillissement avec une proportion de personnes âgées légèrement inférieure toutefois dans le 11<sup>e</sup> et supérieure dans le 12<sup>e</sup>, compte tenu de la taille respective de leurs populations.

### 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.

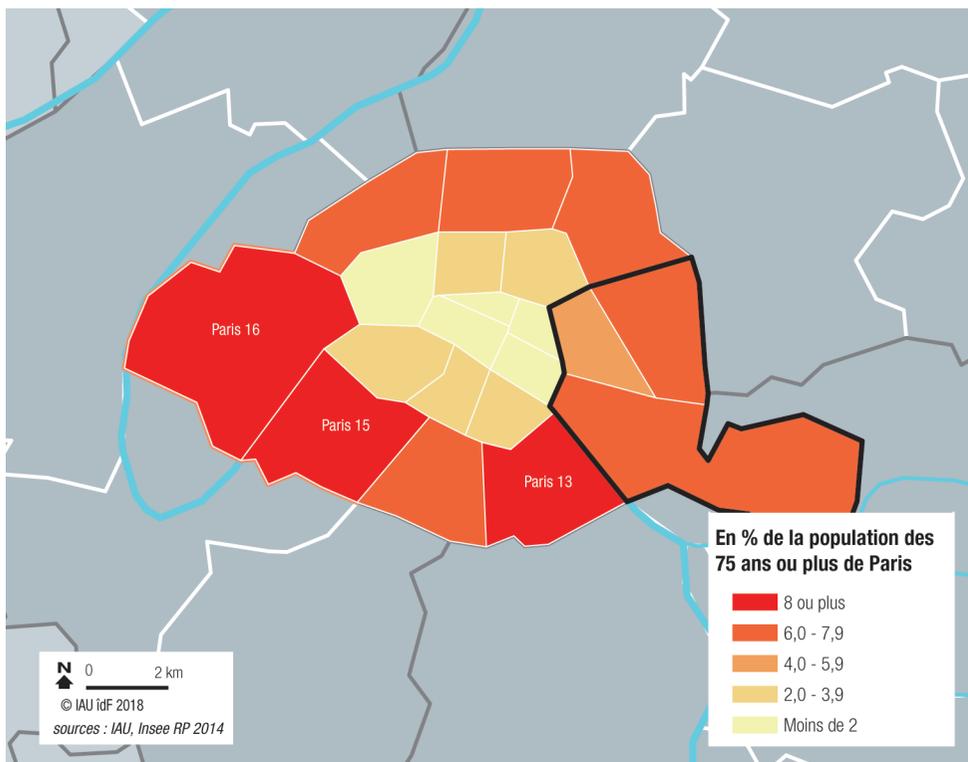
### Population totale des arrondissements du territoire et nombre de personnes âgées de 75 ans et plus



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)

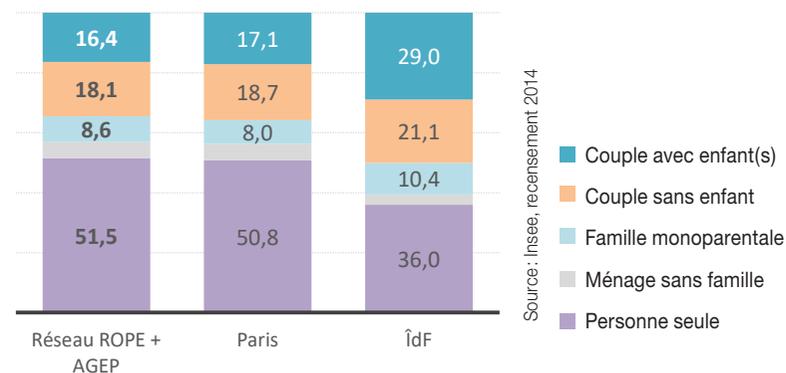


**Une sur-représentation des personnes seules, assez caractéristique de Paris**

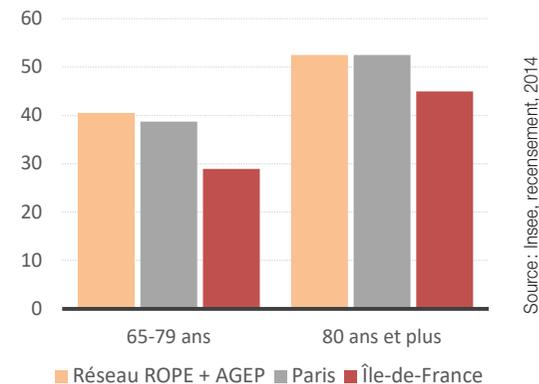
Un territoire qui, comparativement aux moyennes régionales, présente une très nette sur-représentation de personnes vivant seules, assez caractéristique de Paris. Cette sur-représentation est même légèrement plus forte sur le territoire que ce qui est observé en moyenne sur l'ensemble de Paris.

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 53 % (contre 45 % en moyenne francilienne).

**Structure familiale des ménages (en %)**



**Part des personnes âgées vivant seules (en %)**



## CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES HABITANTS

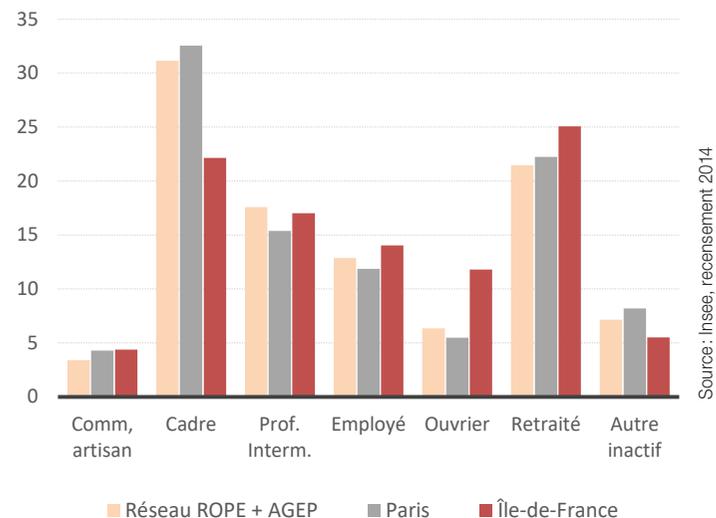
### Un territoire dans une situation sociale globalement favorable

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 21,5 % de la population totale du territoire (contre 25 % en moyenne en Île-de-France).

Sur le territoire, les ménages les plus riches (D8, et surtout D9 et D10) sont légèrement sur-représentés par rapport à la moyenne régionale, tandis que les déciles de revenu D2 à D7 sont légèrement sous-représentés.

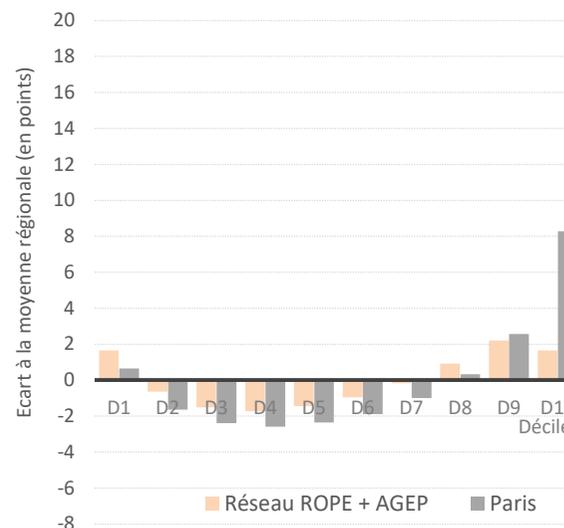
A noter que les ménages les plus pauvres (D1) sont également légèrement sur-représentés, notamment sur la partie nord et les pourtours est du 20<sup>e</sup> arrondissement.

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



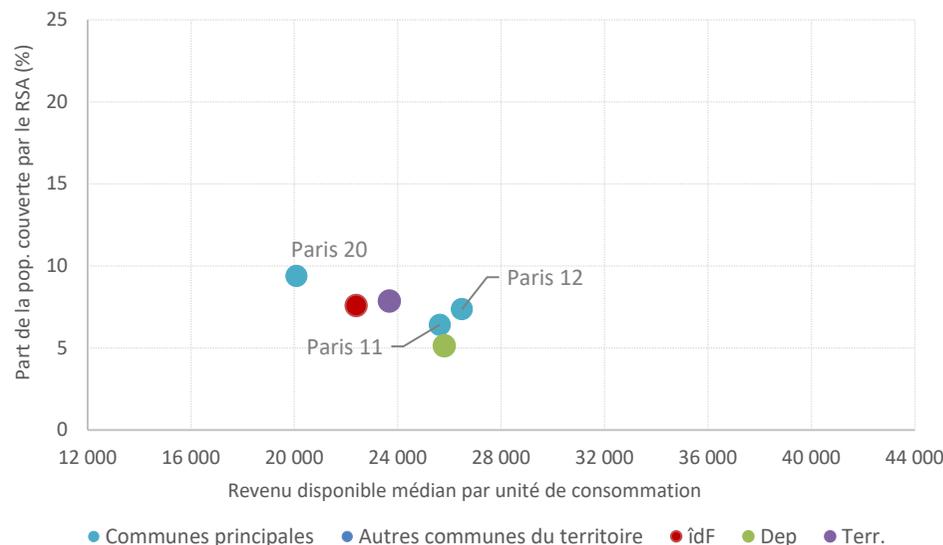
Les arrondissements du territoire sont assez hétérogènes : le 20<sup>e</sup> compte plus de populations défavorisées tandis que les 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> paraissent un peu plus favorisés en moyenne, même si ces moyennes recouvrent des réalités sociales différentes entre des ménages populaires et des ménages aisés ayant contribué à la gentrification de ces arrondissements parisiens.

### Profil de revenu des ménages



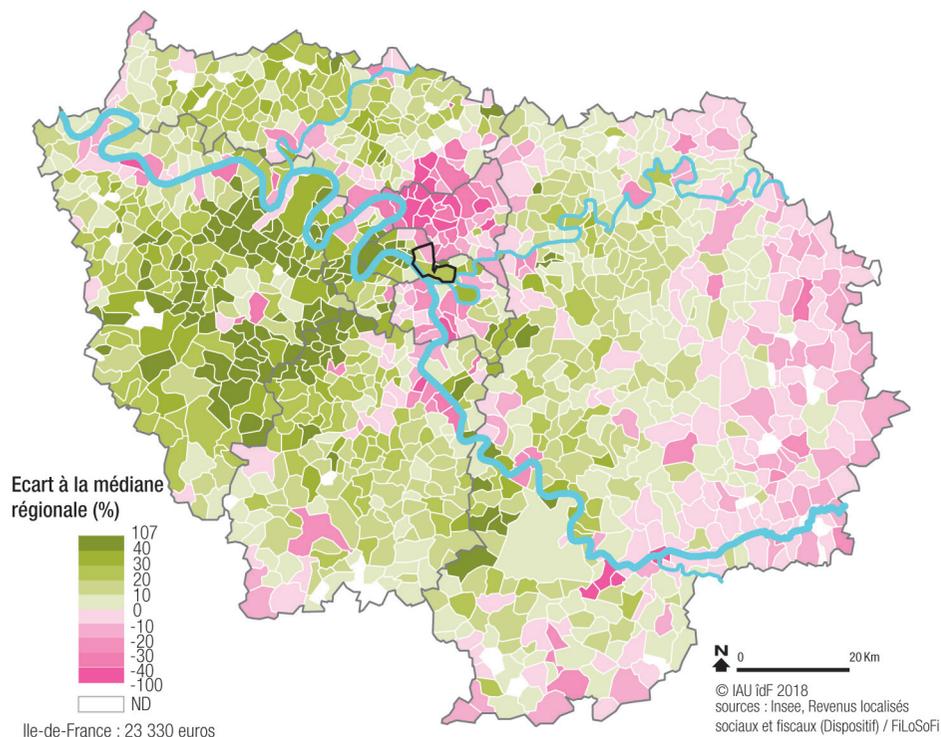
Note de lecture :  
 D1 = le 1<sup>er</sup> décile de revenu correspond aux ménages les plus pauvres  
 D10 = le 10<sup>e</sup> décile correspond aux ménages les plus riches  
 Les déciles sont calculés par rapport au niveau régional

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

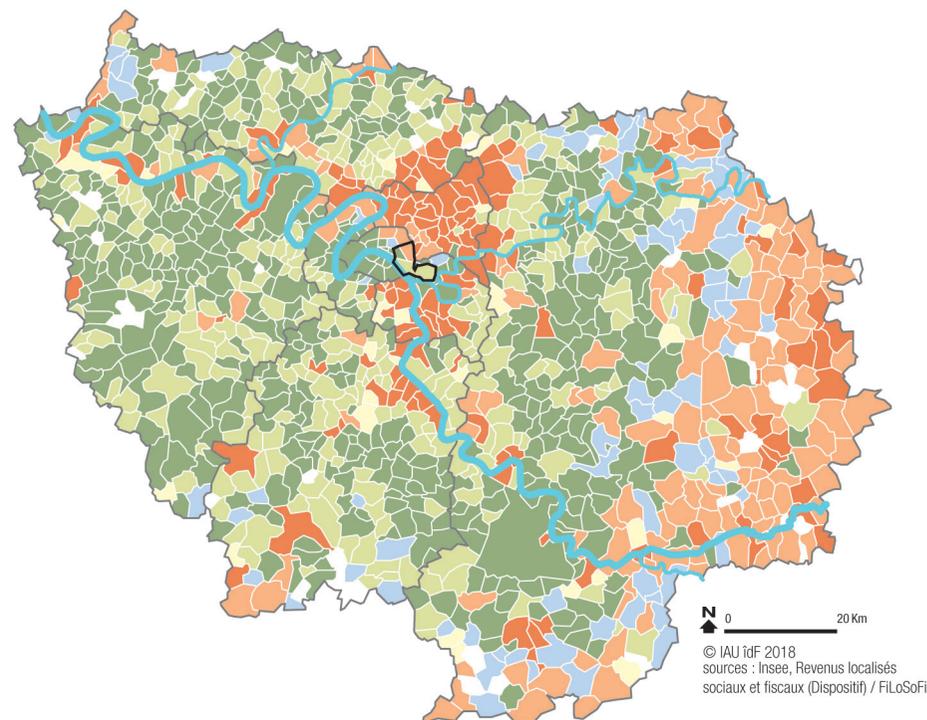


## Revenu médian par unité de consommation (UC) des communes (écart à la médiane régionale) et évolution 2006-2015

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



Renforcement du marquage social du territoire entre 2006 et 2015

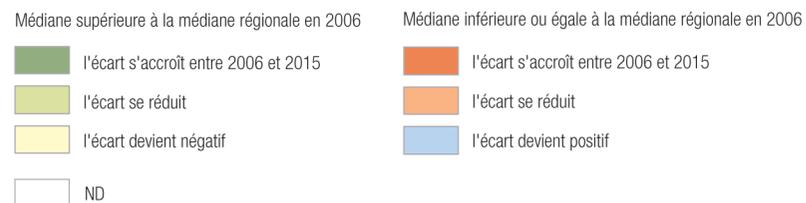


**Note de lecture :**

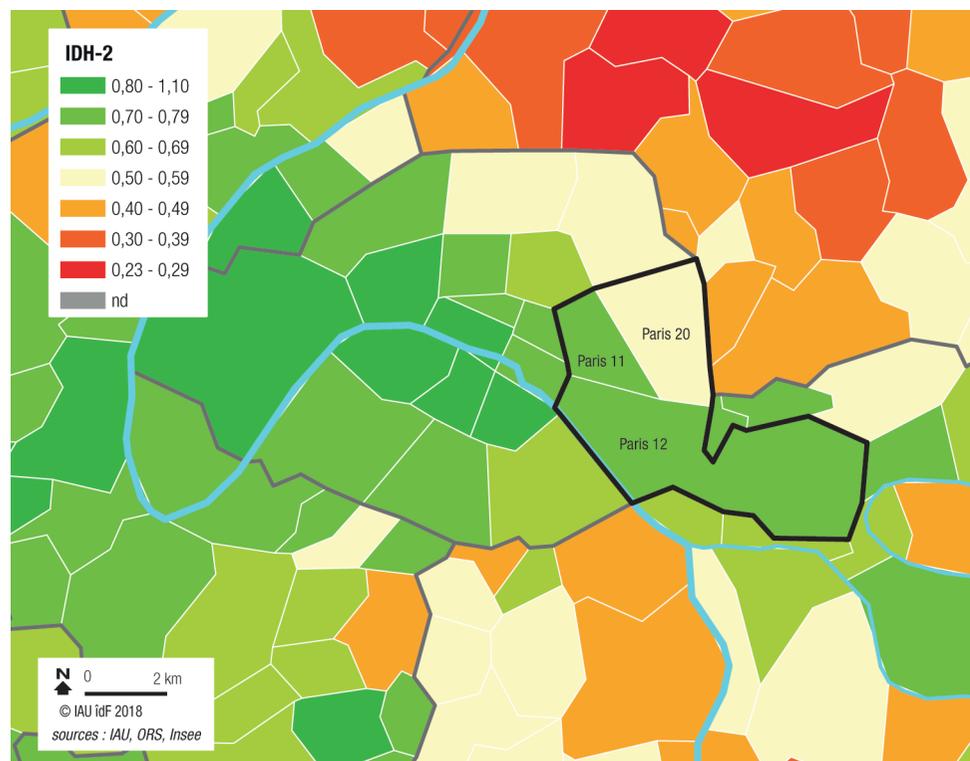
ND : Les communes de moins de 50 ménages ou de moins de 100 habitants ne sont pas représentées.

Malgré des situations socialement assez différentes, la dynamique à l'œuvre depuis 2006 tend à diminuer ces différences. En effet, le département plus défavorisé socialement du 20<sup>e</sup> arrondissement était dans une situation moins favorable en 2006 qu'il ne l'est en 2015. Inversement, le département le plus aisé du territoire, le 12<sup>e</sup>, tend lui, à se rapprocher de la médiane régionale entre 2006 et 2015. Enfin, le 11<sup>e</sup> connaît également une dynamique positive qui rapproche son niveau social de celui du 12<sup>e</sup>. Il reste que certains quartiers du 20<sup>e</sup> arrondissement, et notamment en bordure est, comptent des proportions relativement importantes de personnes défavorisées sur le plan des revenus.

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



## 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.

## Un territoire comptant quelques quartiers en politique de la ville

Le territoire compte quelques quartiers en politique de la ville (QPV), notamment en bordure nord et est. Le 11<sup>e</sup> et le 20<sup>e</sup> sont couverts par des ateliers santé-ville (ASV) et par le contrat local de santé (CLS) parisien.

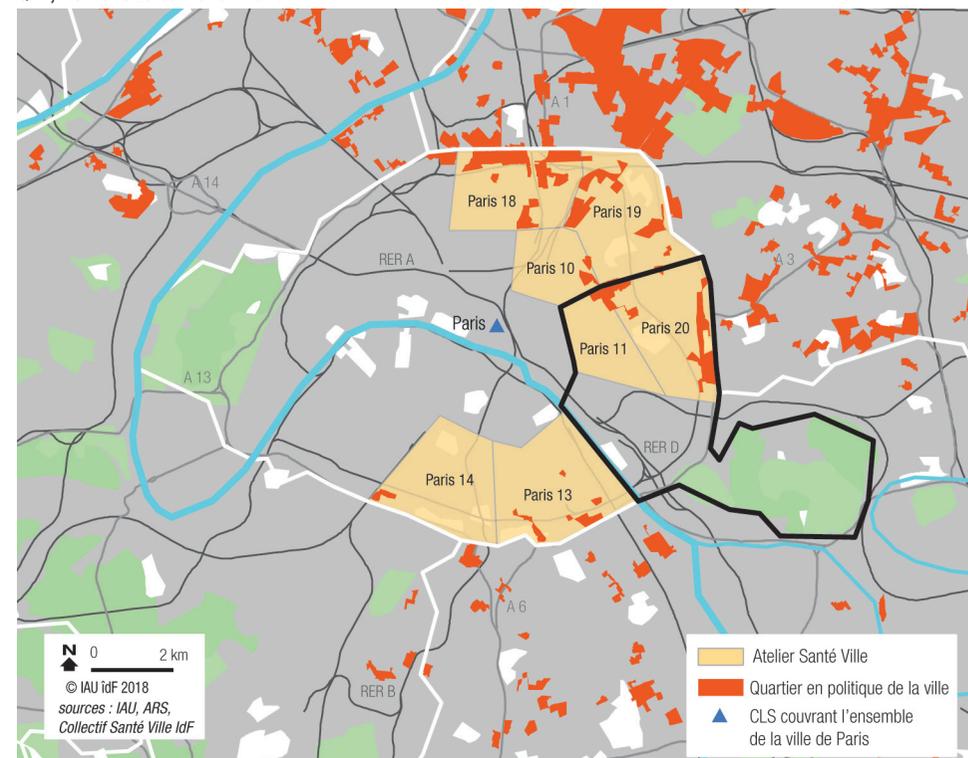
## Un territoire qui compte une population immigrée inégalement répartie

Comparativement à la moyenne francilienne, le territoire présente une part d'immigrés<sup>1</sup> tout à fait comparable à la moyenne régionale : en effet, 19 % de sa population est considérée comme immigrée, comme en moyenne en Île-de-France.

Cette proportion est de 22 % dans le 20<sup>e</sup> arrondissement, de 19 % dans le 11<sup>e</sup> et de 17 % dans le 12<sup>e</sup>.

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

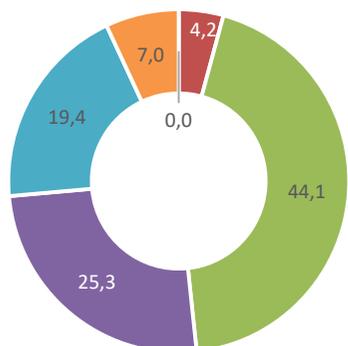


## LES AUTRES USAGERS DU TERRITOIRE

### Les emplois du territoire occupés à près de 40 % par les actifs résidents

Sur le territoire résident 247 400 actifs en activité, tandis que le territoire offre 284 400 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



■ 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 44 % à y travailler (66 % pour les artisans, commerçants, 53 et 49 % pour les employés et ouvriers, 46 % pour les professions intermédiaires et 36 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures (PIS)). Les autres actifs résidant sur le territoire vont travailler principalement ailleurs à Paris (44 %), dans les Hauts-de-Seine (21 %), en Seine-Saint-Denis (13 %) ou dans le Val-de-Marne (10 %).

Inversement, les emplois offerts sur le territoire sont occupés à 38 % par les habitants du territoire. Les autres emplois du territoire sont occupés principalement par des actifs résidant ailleurs à Paris (15 %), dans le Val-de-Marne (19 %), en Seine-Saint-Denis (18 %), dans les Hauts-de-Seine (10 %), en Seine-et-Marne (10 %) ou en Essonne (8 %).

### Des établissements scolaires relativement 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 (87 %). Ainsi, les campagnes de prévention ou autre qui pourraient être organisées dans les écoles et collèges du territoire toucheraient une large part des enfants résidant sur le territoire. Les collèges du territoire accueillent par ailleurs des élèves en provenance d'autres territoires franciliens (17 %).

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 » 69 % des lycéens du territoire sont scolarisés dans un lycée du territoire. Inversement, les lycées du territoire accueillent 38 % de lycéens résidant dans un autre territoire ;
- Au niveau de l'enseignement supérieur, 42 % des étudiants résidant sur le territoire y poursuivent leurs études. Inversement, les écoles et universités du territoire accueillent 69 % 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 %	87 %	69 %	42 %	9 %	17 %	38 %	69 %

*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

Une plus forte mortalité prématurée (< 65 ans) de +7,3 % pour les hommes et +10,0 % pour les femmes par comparaison à la moyenne régionale

	Etat de santé	Valeur			Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
		Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF			
1	Espérance de vie à la naissance - Hommes		80,6	80,6	79,2		83,4
2	Espérance de vie à la naissance- Femmes		86,2	86,2	84,1		88,5
3	Espérance de vie à 35 ans - Hommes		46,6	46,6	45,4		49,4
4	Espérance de vie à 35 ans - Femmes		51,9	51,9	50,6		54,1
5	Espérance de vie à 60 ans - Hommes		24,4	24,1	22,8		26,6
6	Espérance de vie à 60 ans - Femmes		28,5	28,4	27,1		30,4
		Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
7	Mortalité générale - Hommes	1477	831,7	847,9	99,0	77,9	112,8
8	Mortalité générale - Femmes	1602	520,2	523,4	98,4	80,7	116,9
9	Mortalité prématurée - Hommes (avant 65 ans)	442	<b>227,3</b>	210,0	<b>107,3</b>	73,4	114,4
10	Mortalité prématurée - Femmes (avant 65 ans)	261	<b>119,7</b>	107,8	<b>110,0</b>	78,7	116,7
11	Mortalité prématurée évitable	552	116,7	119,8	97,3	74,6	116,7

Sur le territoire, quels que soient l'âge et le sexe, les espérances de vie sont comparables à ce qui est observé en moyenne au niveau régional. De fait, la mortalité générale est analogue à celle observée en Île-de-France chez les hommes et chez les femmes.

En ce qui concerne la mortalité prématurée, elle est supérieure de +7,3 % chez les hommes et +10,0 % chez les femmes 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 : des mères plus âgées et un indicateur conjoncturel de fécondité de 1,5 inférieur à la région

	Santé des mères et des enfants de moins de 1 an	Valeur			Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
		Effectif	Taux	Taux ÎDF			
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 (%)		7,7	5,7	4,2		11,7
14	Enfants nés de mères âgées de moins de 18 ans (%)		0,5	0,6	0,1		1,0
15	ICF (15-49 ans)		1,5	2,0	1,3		2,6
		Effectif	Taux	Taux ÎDF	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
16	Mortalité néonatale	16,4	2,4	2,7	1,9	3,5	
17	Mortalité périnatale	12,0	1,8	1,9	1,3	2,4	
18	Mortalité infantile	22,8	3,4	3,8	2,3	4,8	

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) du territoire est de 1,5 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 (7,7%). La mortalité infantile de 3,4 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 : une mortalité similaire à la moyenne régionale

	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)	1986	<b>2962,7</b>	2657,2	<b>111,6</b>	62,2		117,0
20	Admission en ALD (0-14 ans)	360	<b>518,8</b>	413,6	<b>125,9</b>	61,5		125,9
21	Mortalité générale (1-14 ans)	32	40,0	37,0	107,5	56,0		134,3
22	Admission en ALD pour affection psychiatrique (0-14 ans)	111	<b>162,2</b>	117,6	<b>137,5</b>	66,3		137,5
23	Admission en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (0-14 ans)	67	<b>95,3</b>	81,1	<b>118,5</b>	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 moins bon par rapport à celui en moyenne des Franciliens du même âge. Les fréquences de nouvelles admissions en ALD toutes causes, en ALD pour affection psychiatrique et en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave sont toutes supérieures à celles observées au niveau régional et parmi les plus fortes des territoires de coordination.

## Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans : un taux de mortalité comparable à celui observé en moyenne dans la région

	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	14	21,9	25,7	85,9	55,3		181,9
25	Admission en ALD pr insuffisance resp. chronique grave	10	16,7	21,1	81,2	77,0		153,0
26	Admission en ALD pour affection psychiatrique	107	<b>174,8</b>	151,6	<b>110,4</b>	67,8		129,0

Taux standardisé pour 100 000 habitants

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 comparable à celui observé en moyenne chez les 15-24 ans franciliens. On observe une sur-admission en ALD pour affection psychiatrique de +10,4 %.

### Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : une santé des adultes plutôt défavorable avec une mortalité supérieure à l'attendu dans cette tranche d'âge et un taux de mortalité prématurée par cancer supérieur de +7,7 %

	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	657	<b>252,5</b>	232,2	<b>107,8</b>	76,2		115,4
28	Mortalité des 25-49 ans	182	102,2	94,5	105,3	78,3		120,1
29	Mortalité des 50-64 ans	475	<b>537,4</b>	493,2	<b>108,8</b>	71,5		113,5
30	Admission en ALD cancer (<65 ans)	1010	249,8	251,8	99,0	88,6		103,0
31	Mortalité par cancer (<65 ans)	297	<b>71,6</b>	66,5	<b>107,7</b>	75,6		107,7
32	Admission en ALD mal. cardiovasculaires (<65 ans)	749	<b>187,1</b>	202,7	<b>92,7</b>	62,1		114,3
33	Mortalité par mal. cardiovasculaires (<65 ans)	71	17,3	18,6	92,0	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 une sur-mortalité de +7,8 % chez les 25-64 ans et de +8,8 % chez les 50-64 ans sur le territoire par rapport à celles observées sur les mêmes classes d'âge en Île-de-France. En ce qui concerne les cancers chez les moins de 65 ans, le territoire présente un indicateur comparatif de mortalité significativement supérieur à celui observé en Île-de-France (+7,7 %). Sur les maladies cardiovasculaires de cette tranche d'âge, le territoire présente une sous-admission en ALD de -7,3 % par rapport à ce qui est observé en Île-de-France.

### Santé des personnes âgées de plus de 65 ans : une plus faible mortalité sur le territoire de -4,5 % par rapport à celle de la région

	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	2376	<b>3085,0</b>	3204,4	<b>95,5</b>	79,3		117,3
35	Admission en ALD pour cancer	1079	1648,5	1679,2	98,1	90,6		105,1
36	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	1545	2286,3	2270,4	100,9	79,3		105,4
37	Admission en ALD pour diabète	571	<b>877,9</b>	942,7	<b>92,5</b>	57,9		136,1
38	Personne en ALD pour maladie d'Alzheimer	2383	3105,2	3195,4	<b>95,9</b>	83,8		124,6
39	Admission en ALD pour maladie d'Alzheimer	465	645,5	626,2	103,0	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 77,2% des décès du territoire.

Compte tenu des indicateurs présentés, l'état de santé des 65 ans et plus du territoire est plutôt favorable par rapport à ce qui est observé en moyenne en Île-de-France. Ainsi, on observe chez les 65 ans et plus du territoire une sous-mortalité de -4,5 % par rapport celle de la région et une sous-admission en ALD pour diabète de -4,1 %.

## ÉTAT DE SANTÉ PAR PATHOLOGIES

### Les cancers : une surmortalité par cancer du poumon de +12,9 % par rapport à la moyenne régionale

	Cancers	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
40	Mortalité par cancer	980	216,7	211,6	102,2	87,1		108,5
41	Personne en ALD pour cancer	16845	<b>3884,8</b>	3768,8	<b>102,5</b>	91,9		110,7
42	Admission en ALD pour cancer	2089	479,5	486,3	98,5	90,4		102,8
43	Mortalité par cancer des VADS	47	10,5	11,0	94,0	64,7		113,6
44	Admission en ALD pour cancer des VADS	100	22,7	24,3	94,0	70,8		110,7
45	Mortalité par cancer du poumon	212	<b>47,4</b>	42,2	<b>112,9</b>	78,9		113,7
46	Admission en ALD pour cancer du poumon	200	46,4	44,4	105,2	77,7		110,7
47	Mortalité par cancer du sein	87	32,0	30,1	107,0	85,6		109,6
48	Admission en ALD pour cancer du sein	461	188,2	184,9	101,7	81,3		117,8
49	Mortalité par cancer de la prostate	40	<b>24,7</b>	29,4	<b>84,2</b>	84,2		118,2
50	Admission en ALD pour cancer de la prostate	218	<b>125,8</b>	139,4	<b>89,3</b>	89,3		116,1
51	Mortalité par cancer du côlon-rectum	87	18,8	20,8	91,7	81,4		121,6
52	Admission en ALD pour cancer du côlon-rectum	199	45,9	48,8	95,2	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 légèrement favorable par rapport à celle observée en Île-de-France en ce qui concerne les cancers excepté pour les cancers du poumon. Avec 980 décès par cancer en moyenne par an entre 2012 et 2014 (soit 31,8 % des décès du territoire), le taux standardisé de mortalité du territoire s'élève à 216,7 décès pour 100 000 habitants, un indice comparatif de mortalité comparable à la moyenne régionale. En ce qui concerne la mortalité par cancer du poumon, le territoire présente une sur-mortalité de +12,9 % par rapport à la moyenne régionale. En revanche, on observe la plus faible mortalité par cancer de la prostate parmi les territoires de coordination, inférieure à la moyenne régionale de -15,8 %.

Les indicateurs de nouvelles admissions en ALD pour cancer des VADS, pour cancer du poumon, pour cancer du sein et pour cancer du côlon-rectum sont comparables à ceux régionaux. Sur le territoire, la mortalité par cancer du poumon représente 21,6 % 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	649	<b>133,9</b>	143,2	<b>92,6</b>	73,2		122,5
54	Mortalité par cardiopathie ischémique	162	34,5	36,6	<b>92,9</b>	74,1		116,8
55	Mortalité par maladies vasculaires cérébrales	150	31,2	33,1	93,6	72,0		118,6
56	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	2294	532,0	542,4	<b>98,1</b>	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 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	16934	<b>3878,6</b>	4422,0	<b>86,9</b>	48,7	168,3
58	Admission en ALD pour diabète	1542	<b>348,1</b>	384,7	<b>89,8</b>	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 (colonne 2) 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 16 934 personnes en ALD pour diabète, avec un taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour diabète de 348,1 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 dans le territoire

	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	185	<b>38,2</b>	41,8	<b>91,2</b>	74,3	126,6
60	Personne en ALD pour mal. de l'app. respiratoire	3853	<b>898,7</b>	865,2	101,7	50,8	149,1
61	Admission en ALD pr mal. de l'app. respiratoire	397	93,3	91,3	100,8	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, 185 personnes sont décédées de maladies de l'appareil respiratoire, soit une mortalité significativement inférieure de -8,8 % 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 comparables aux niveaux moyens franciliens.

## 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	11966	<b>2596,8</b>	2105,5	<b>121,0</b>	76,1	121,0
63	Admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement	1179	<b>248,5</b>	205,4	<b>119,3</b>	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 11 966 personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement et 1 179 nouvelles admissions en moyenne par an, les indices comparatifs montrent des fréquences en ALD et de nouvelles admissions en ALD significativement supérieures aux moyennes régionales.

## La mortalité due à des pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac : une moindre mortalité par pathologies liées à l'alcool de -9,4 %

	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	87	19,6	21,2	90,6	61,0	123,8
65	Mortalité par pathologies liées à l'usage du tabac	466	102,4	100,3	101,1	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 (colonne 2) 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 inférieur et par pathologies liées au tabac comparable à ceux observés en Île-de-France. La mortalité par pathologies liées au tabac représente 15,1 % de la mortalité générale du territoire.

## Les accidents : une mortalité par accident de la circulation inférieure à la région

	Accidents	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
66	Mortalité par accidents de la vie courante	104	20,4	22,4	93,5	87,8	130,0
67	Mortalité par accidents de la circulation	8	1,8	2,6	61,3	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 104 décès par accidents de la vie courante et 8 décès par accidents de la circulation. Le niveau de mortalité par accidents 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 (%)	2,3	1,6	0,9	2,3
69	Bénéficiaire de l'AAH (%)	2,2	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

Sur le territoire, les proportions de personnes touchant les allocations liées au handicap sont de 2,3 % pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans (AEEH) et de 2,2 % pour les adultes de 20 ans à 59 ans (AAH).

# 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<sup>e</sup> 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](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<sup>e</sup> 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](http://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.*