

77 SUD

PROFIL DES TERRITOIRES DE COORDINATION

Septembre 2018



L'essentiel

- Un territoire de Seine-et-Marne, multipolarisé et à dominante rurale, avec une frange ouest plus urbanisée ;
- Un territoire, relativement dynamique, qui compte 545 000 habitants, dont plus de 38 000 personnes de 75 ans ou plus ;
- Une sur-représentation des couples avec enfants, caractéristique des territoires de grande couronne ;
- Des ménages aux revenus intermédiaires ;
- Un niveau de fécondité élevé, notamment dans les villes les plus importantes et une plus forte proportion de jeunes mères ;
- Des indicateurs de santé défavorables, voire très défavorables en comparaison avec la moyenne francilienne ;
- Des indicateurs de mortalité générale, prématurée et prématurée évitable très supérieurs à la moyenne régionale : la surmortalité est de +12,8 % chez les hommes et de +16,9 % chez les femmes ;
- Une surmortalité présente à presque tous les âges de la vie, chez les 15-24 ans, de manière particulièrement importante +82 %, chez les 15-64 ans +10 % et chez les personnes âgées de 65 ans et plus, +16,4 % en comparaison des moyennes régionales ;
- Une surmortalité par cancer +4,8 %, par cancer colorectal +9,7 %, par maladies cardiovasculaires +22,5 %, par maladies de l'appareil respiratoire +23,6 %, par pathologies liées à l'alcool +23,8 %, par pathologies liées au tabac +8 %, par accident de la vie courante +30 % et surtout par accident de la circulation +90 % (presque le double de la moyenne régionale).

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION

Isabelle Grémy

AUTEURS

Valérie Féron

Catherine Mangeney

CARTOGRAPHIE

Adrien Saunal

DIRECTION ARTISTIQUE

Olivier Cransac

MAQUETTE

Agnès Charles

MISE EN PAGE

Christine Canet

Chahrazed Sellami

Sommaire

Introduction	2	2 • État de santé des populations	13
1 • Contexte socio-démographique	3	État de santé général	13
Caractéristiques géographiques et morphologiques	3	Des indicateurs de mortalité générale, prématurée et prématurée évitable très défavorables en comparaison avec l'Île-de-France	13
Un territoire à cheval sur 12 intercommunalités	3	État de santé par tranche d'âge	13
Un territoire multipolarisé	3	Santé des mères et des enfants de moins de 1 an : un indicateur conjoncturel de fécondité comparable à la moyenne régionale	13
Un territoire largement rural.....	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 très forte surmortalité des jeunes dans le territoire	14
Une population en croissance.....	5	Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : une mortalité plus élevée par rapport à la tranche d'âge considérée	15
Une structure par âge caractéristique des territoires de grande couronne.....	6	Santé des personnes âgées de plus de 65 ans : une mortalité plus élevée des séniors	15
Un vieillissement relativement marqué.....	7	État de santé par pathologies	16
Une sur-représentation des couples avec enfants	8	Les cancers : une surmortalité par cancer dans le territoire, notamment par cancer du poumon et cancer colorectal	16
Caractéristiques sociales des habitants	9	Les maladies cardiovasculaires : une mortalité par maladies cardiovasculaires la plus forte de tous les territoires de coordination	16
Des ménages aux revenus intermédiaires.....	9	Le diabète : davantage de personnes en ALD diabète sur le territoire	17
Un indice de développement humain qui affine encore le diagnostic	11	Les maladies de l'appareil respiratoire : la plus forte surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire de tous les territoires de coordination	17
Un territoire avec quelques quartiers en politique de la ville.....	11	Les troubles mentaux et du comportement.....	17
Un territoire qui compte peu d'immigrés	11	La mortalité due à des pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac : une mortalité due à l'alcool et au tabac supérieure à l'attendue.....	18
Les autres usagers du territoire	12	Les accidents : une surmortalité par accidents de la circulation ou de la vie courante.....	18
Plus des trois quarts des emplois du territoire occupés par des actifs résidents	12	Les personnes en situation de handicap.....	18
Les élèves largement scolarisés sur le territoire jusqu'au lycée	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

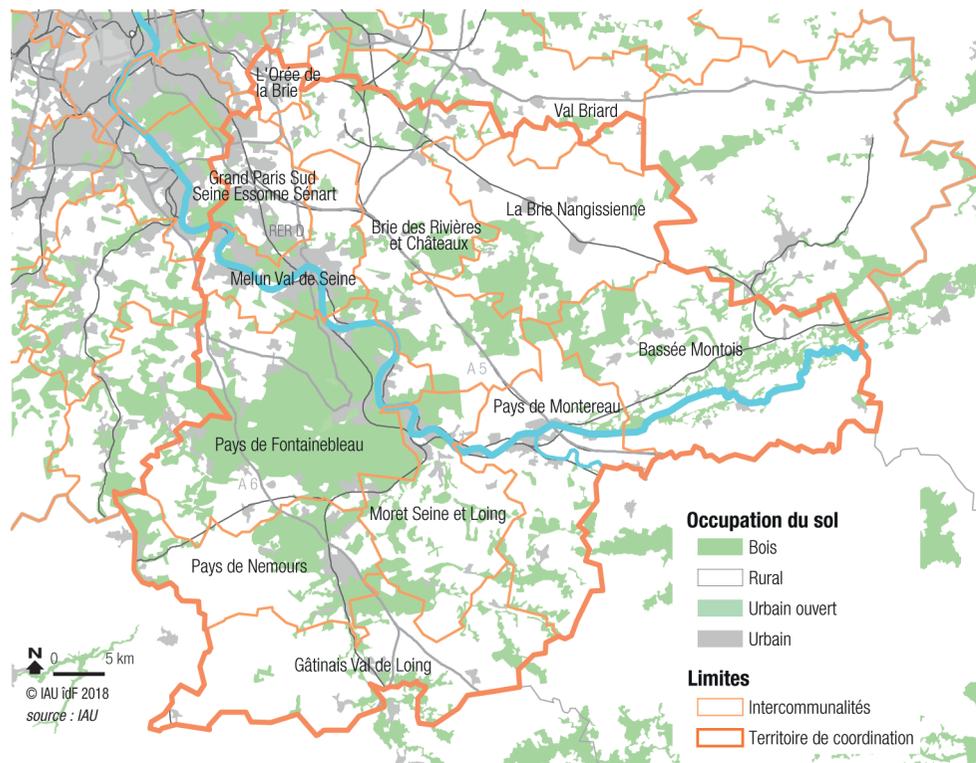
CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET MORPHOLOGIQUES

Un territoire à cheval sur 12 intercommunalités

Le territoire situé au sud-est de la région, dans le département de Seine-et-Marne, compte 544 729 habitants répartis sur 238 communes et concernés par 12 intercommunalités dont certaines ne comptent qu'une ou deux communes sur ce territoire de coordination.

Le territoire est relié au centre de l'agglomération grâce au RER D et deux lignes de Transilien. Les autoroutes A5 et A6 sont les axes routiers majeurs qui traversent le territoire.

Les intercommunalités du territoire

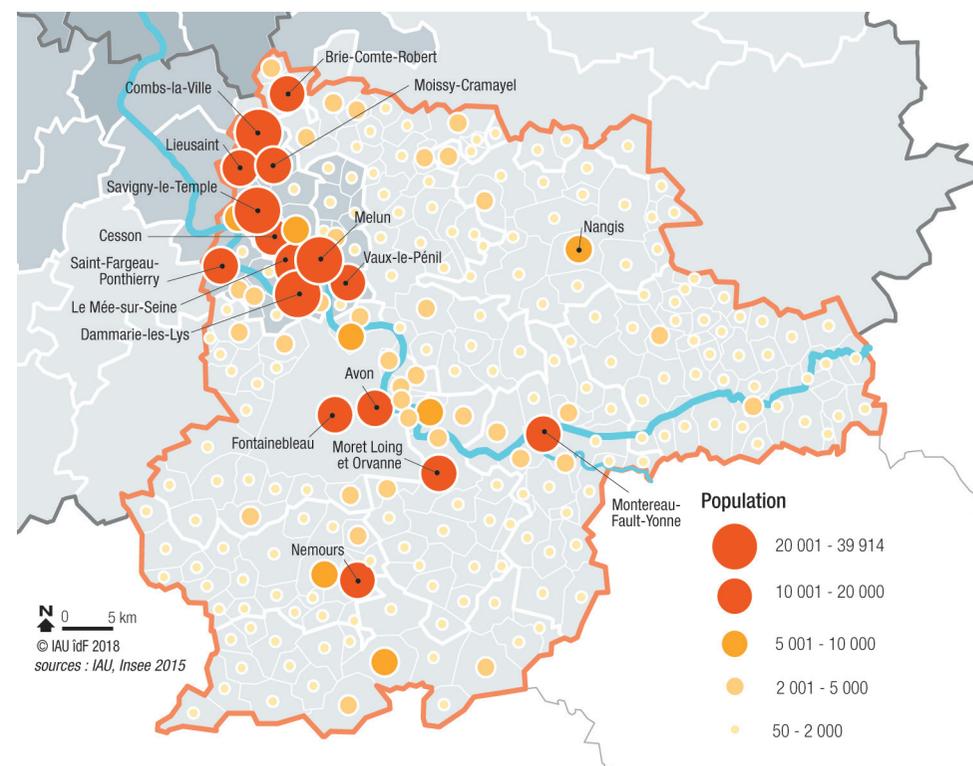


Un territoire multipolarisé

Melun est la ville principale du territoire (40 000 habitants). Les autres villes les plus peuplées du territoire sont pour la plupart concentrées dans sa partie ouest : Savigny-le-Temple (30 170 habitants), Combs-la-Ville (22 110 habitants), Dammarie-les-Lys (21 600 habitants) et Le Mée-sur-Seine (20 770 habitants) sont les plus importantes. Ces cinq communes regroupent, à elles seules, 25 % des habitants du territoire.

D'autres communes structurent également la partie plus rurale du territoire : Montereau-Fault-Yonne (18 300 habitants), Fontainebleau (14 640 habitants), Nemours (13 000 habitants), Moret-Loing et Orvanne (12 400 habitants), ou Nangis (8 500 habitants).

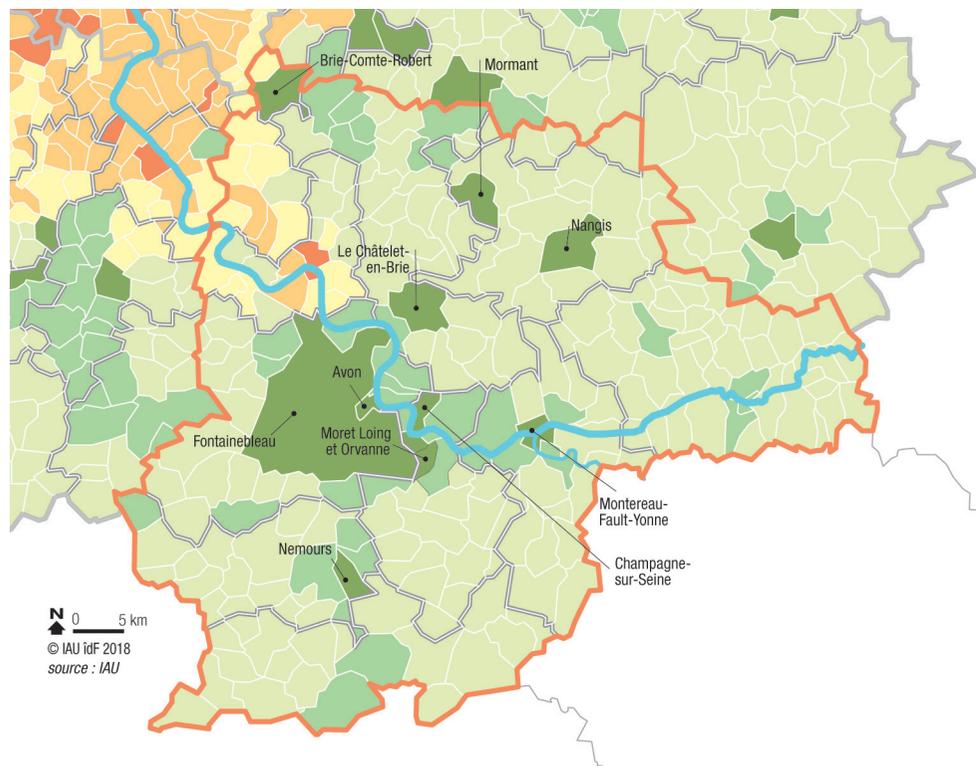
Nombre d'habitants des communes du territoire



Un territoire largement rural

Un territoire largement rural avec un secteur ouest plus urbanisé, appartenant en partie à l'agglomération parisienne.

Caractéristiques morphologiques du territoire



Agglomération parisienne

- Centre
- Communes denses
- Autres communes majoritairement urbanisées
- Autres communes de l'agglomération

Hors agglomération parisienne

- Principales communes des agglomérations secondaires
- Autres communes des agglomérations secondaires
- Communes rurales

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

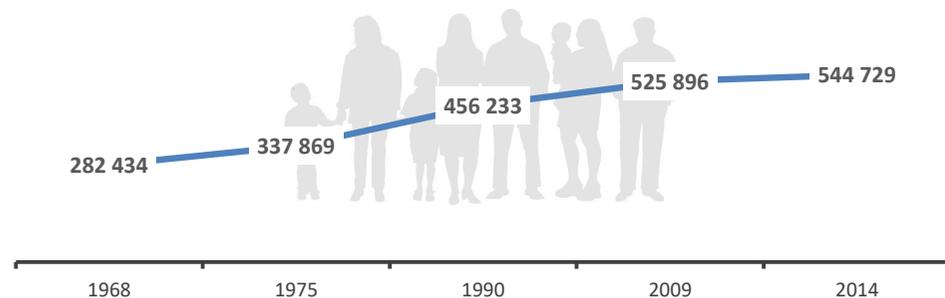
Source : découpage morphologique de l'Île-de-France, IAU îdF, 2008

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES HABITANTS

Une population en croissance

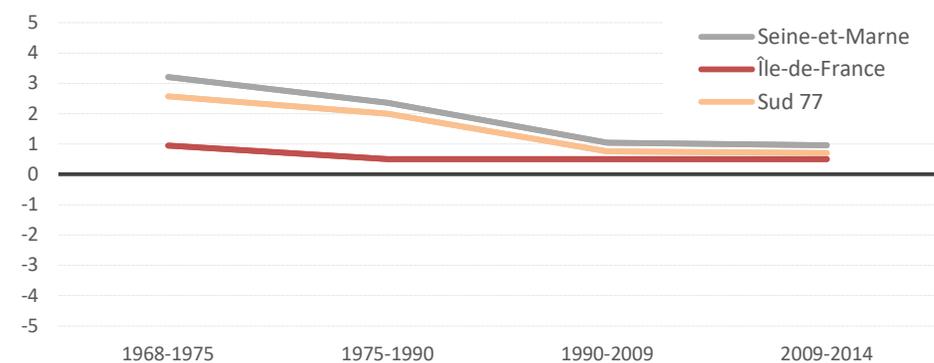
Un territoire qui a connu un fort taux de croissance démographique avant les années 90, et dont la population continue de croître, mais à un rythme plus faible, légèrement inférieur à la moyenne départementale, et sensiblement similaire au rythme annuel moyen de croissance régional. Le territoire continue tout de même de gagner près de 3 800 habitants en moyenne chaque année.

Évolution de la population totale depuis 1968



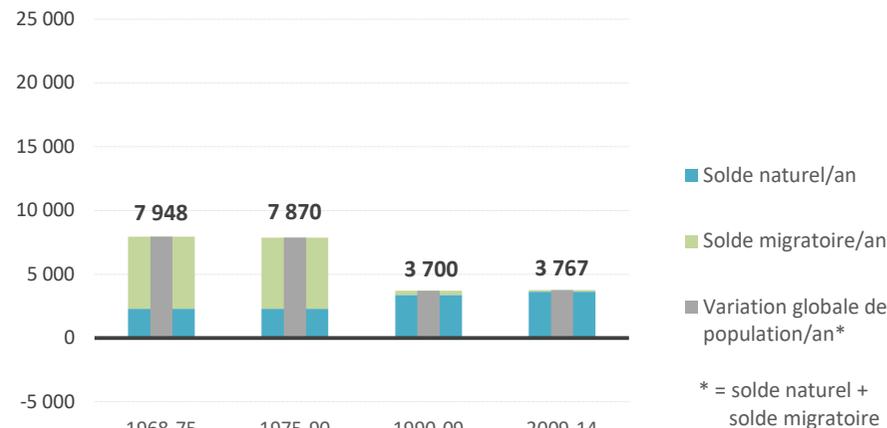
Source : Insee, recensements de la population

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

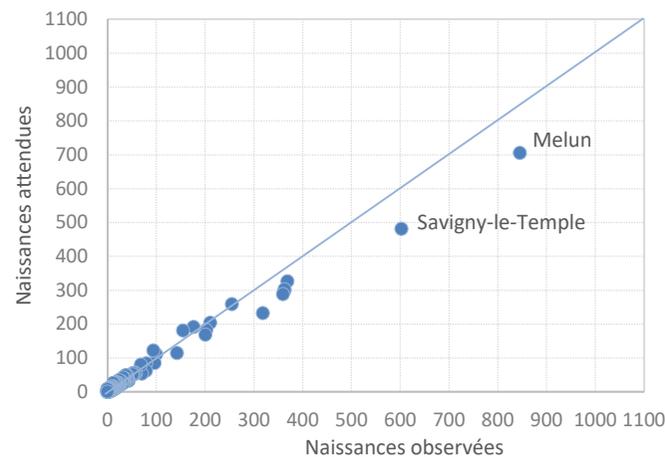


Si, avant 1990, la dynamique démographique du territoire reposait largement sur les apports de population extérieure, le niveau de construction du territoire s'est peu à peu stabilisé, si bien que le moteur de croissance démographique repose, depuis les années 1990, sur le seul solde naturel (naissances moins décès).

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.

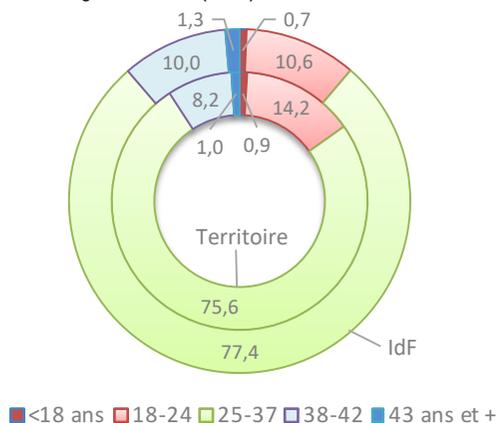
Source : Insee, recensements de la population et fichiers statistiques de l'état civil.

Ce dynamisme naturel est dû à la structure par âge du territoire. En effet, les niveaux de fécondité des femmes habitant ce territoire ne sont pas, dans la majorité des communes, significativement différents de ce qui est observé en moyenne en Île-de-France (après standardisation par la structure par âge).

Les femmes du territoire ont cependant un comportement légèrement différent de ce qui est observé en moyenne en Île-de-France, avec une proportion de femmes ayant un enfant avant 25 ans supérieure à ce qui est observé en moyenne en région.

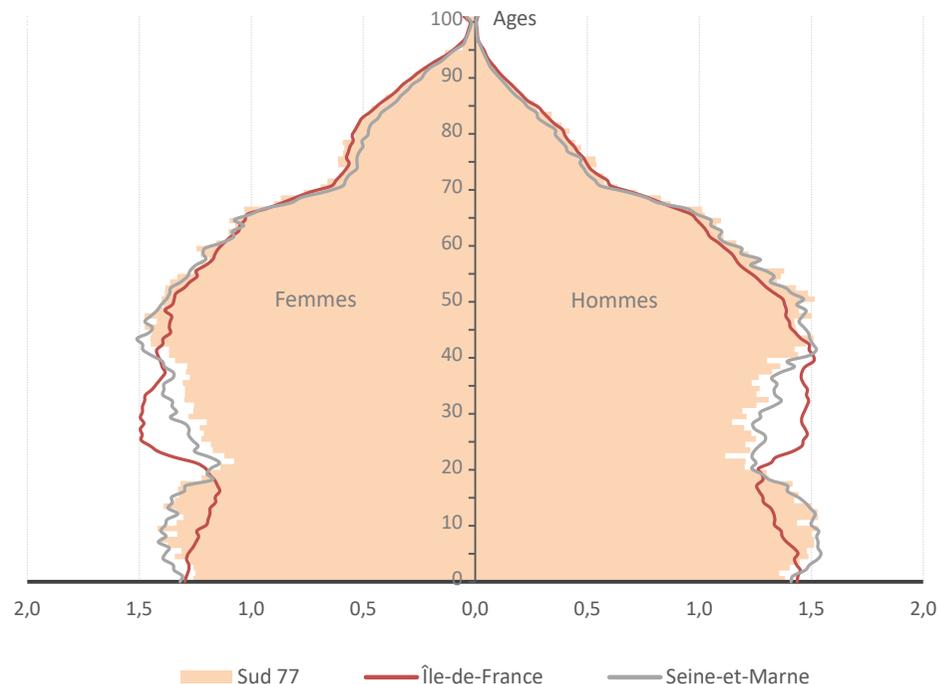
Inversement, le territoire compte, en proportion, moins de femmes donnant naissance à un enfant après leurs 38 ans.

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

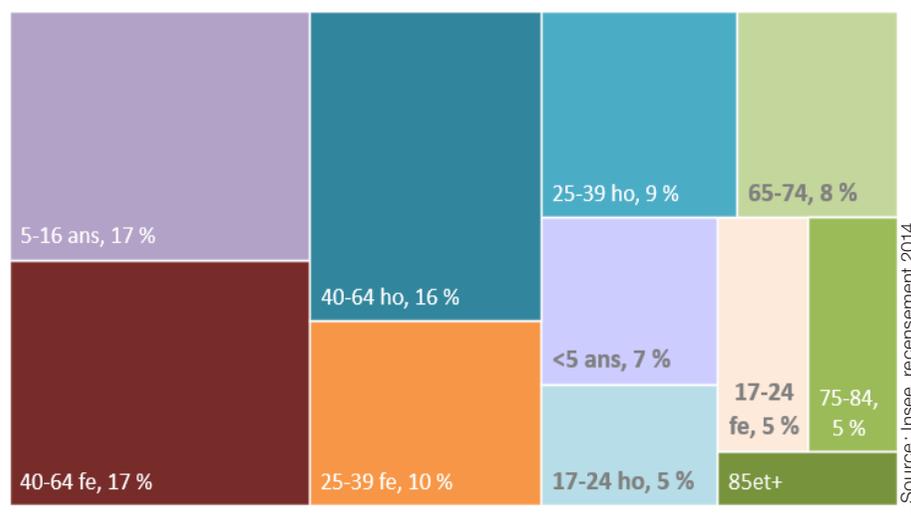


Source: Insee, recensement 2014

Une structure par âge caractéristique des territoires de grande couronne

Une population assez caractéristique des territoires de grande couronne, avec une sous-représentation de jeunes adultes et une sur-représentation de familles avec enfants (40-65 ans et 5-18 ans).

Structure par âge en 2014

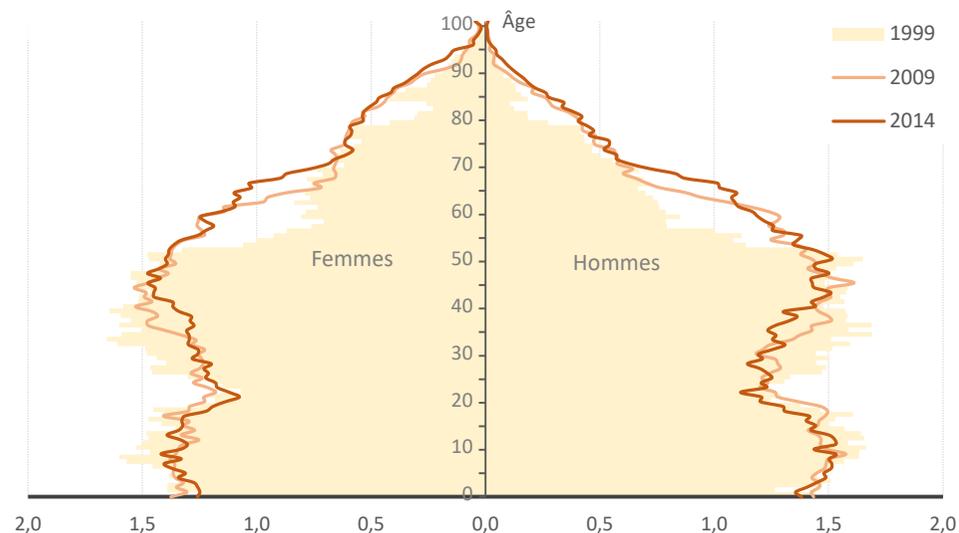


Source: Insee, recensement 2014

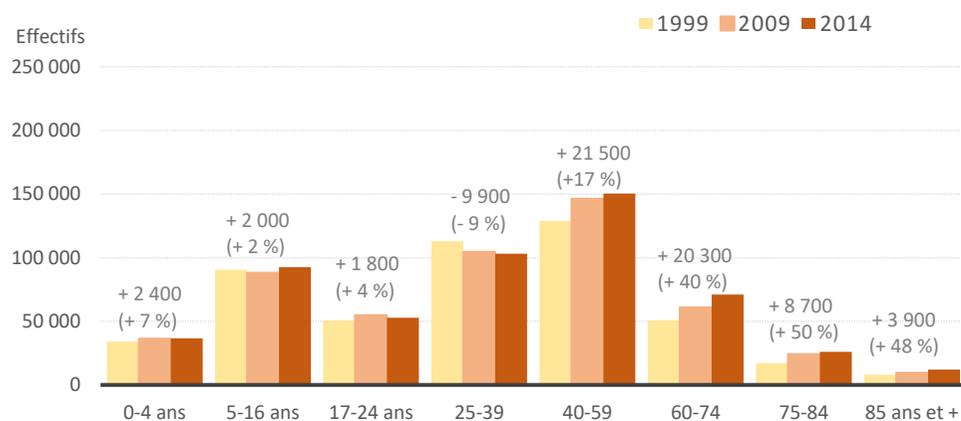
Un vieillissement relativement marqué

Si la part des moins de 40 ans reste stable ou diminue légèrement, la proportion des personnes plus âgées augmente sensiblement.

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



Évolution de la population par groupes d'âge depuis 1999



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

Nombre d'habitants par grands groupes d'âge

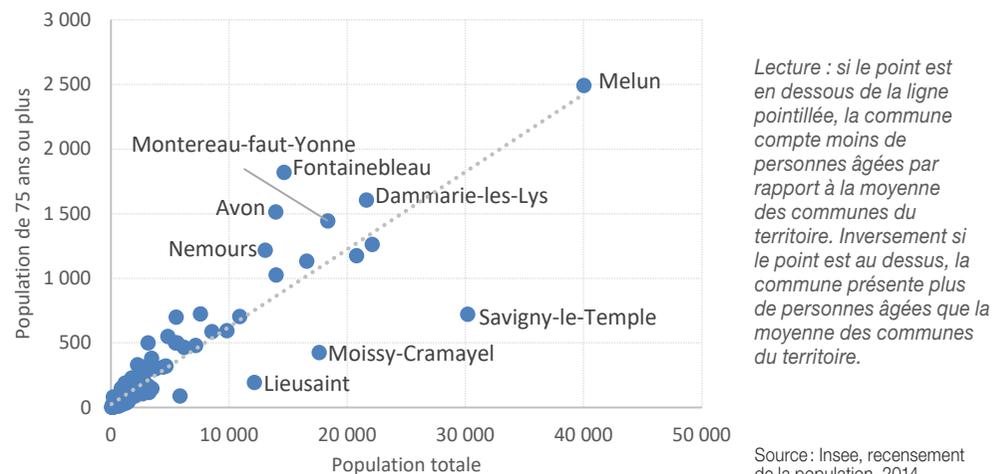
Effectifs	1999	2009	2014
0-4 ans	34 184	36 543	36 610
5-16 ans	90 449	88 383	92 479
17-24 ans	50 984	54 996	52 801
25-39 ans	113 011	104 657	103 134
40-59 ans	128 966	146 375	150 428
60-74 ans	50 763	60 994	71 106
75-84 ans	17 294	24 311	26 007
85 ans et +	8 244	9 637	12 163
Total	493 895	525 896	544 729

Source : Insee, recensements de la population

La répartition de la population âgée de 75 ans et plus sur le territoire suit évidemment la répartition de la population totale : les communes comptant le plus d'habitants comptent aussi, en général, plus de personnes âgées (en volume).

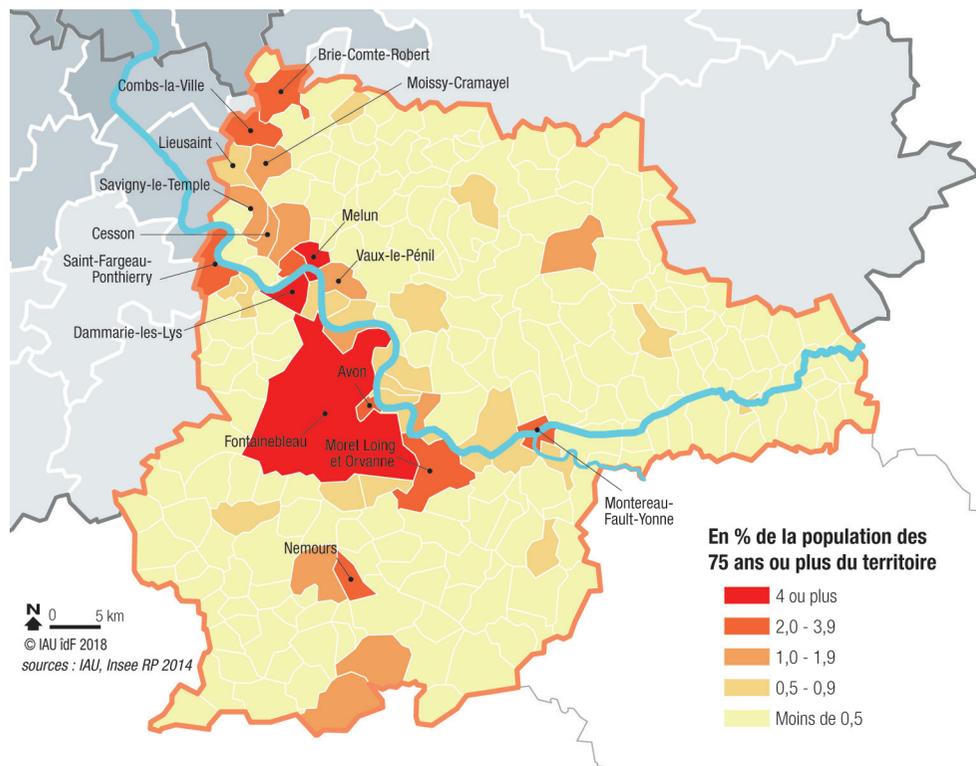
Pour autant, proportionnellement à leur taille, les villes de Fontainebleau, Avon, Montereau-Fault-Yonne ou Nemours comptent un peu plus de personnes âgées que la moyenne du territoire, tandis que les communes de Savigny-le-Temple, Moissy-Cramayel ou Lieusaint sont dans une situation inverse.

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



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 en 2014
(% des personnes âgées du territoire qui vivent dans chaque commune)



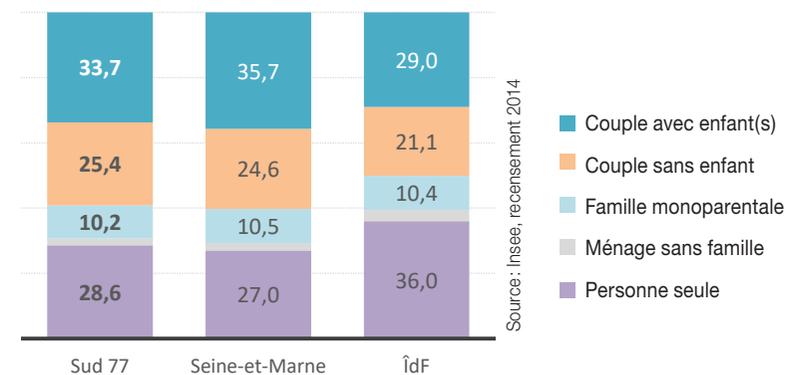
Une sur-représentation des couples avec enfants

Un territoire dont la structure familiale est similaire à celle observée en moyenne au niveau départemental, avec :

- une moindre présence de personnes seules, comparativement à la moyenne régionale ;
- une sur-représentation des couples avec enfants.

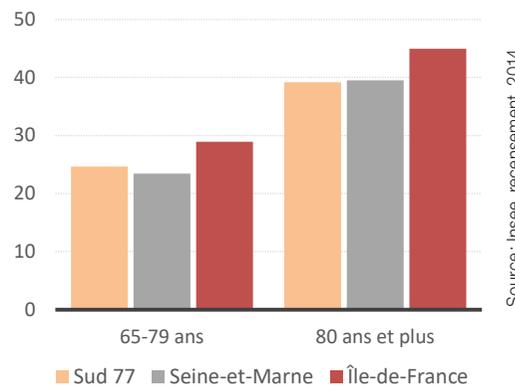
Les personnes âgées de 65 à 79 ans, quant à elles, sont 24 % à vivre seules, tandis que, pour les 80 ans et plus, cette proportion monte à 40 %, mais reste inférieure à la moyenne régionale.

Structure familiale des ménages (en %)



Source: Insee, recensement 2014

Part des personnes âgées vivant seules (en %)



Source: Insee, recensement, 2014

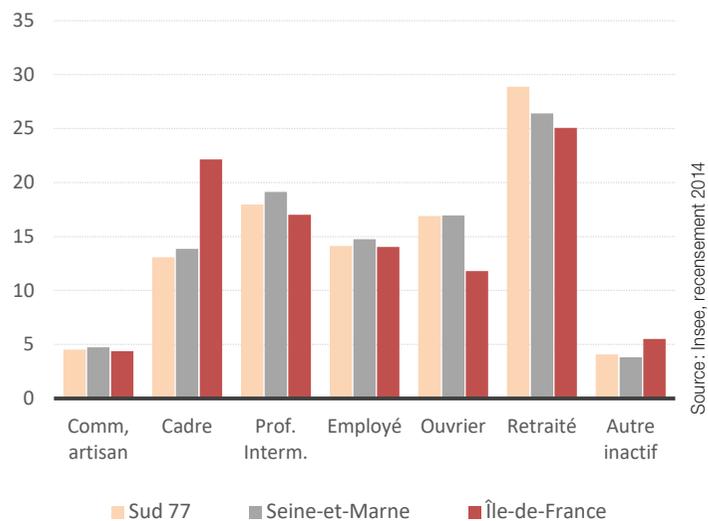
CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES HABITANTS

Des ménages aux revenus intermédiaires

La structure des ménages du territoire par PCS s'apparente à celle observée sur l'ensemble du département, avec moins de cadres et plus d'ouvriers que ce qui est observé en moyenne sur l'ensemble de la région.

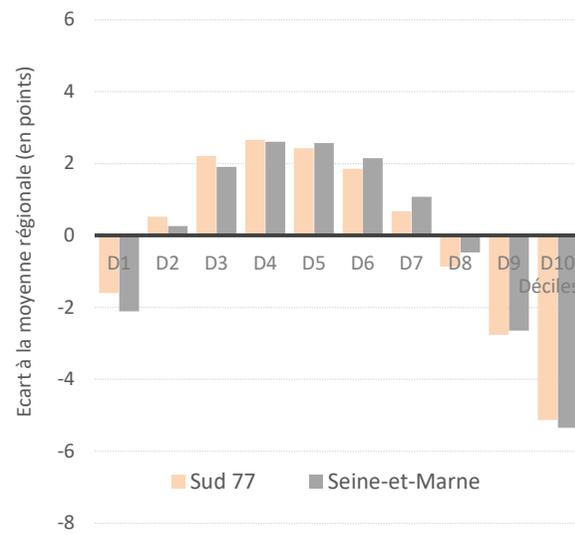
La population retraitée représente, quant à elle, près de 30 % de la population totale du territoire. Sur le territoire, en moyenne, les ménages les plus pauvres (D1) sont sous-représentés par rapport à la moyenne régionale, de même que les ménages les plus riches (D9 et D10). En revanche, comme ce qui s'observe en moyenne sur l'ensemble du département, les ménages aux revenus intermédiaires sont sur-représentés.

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



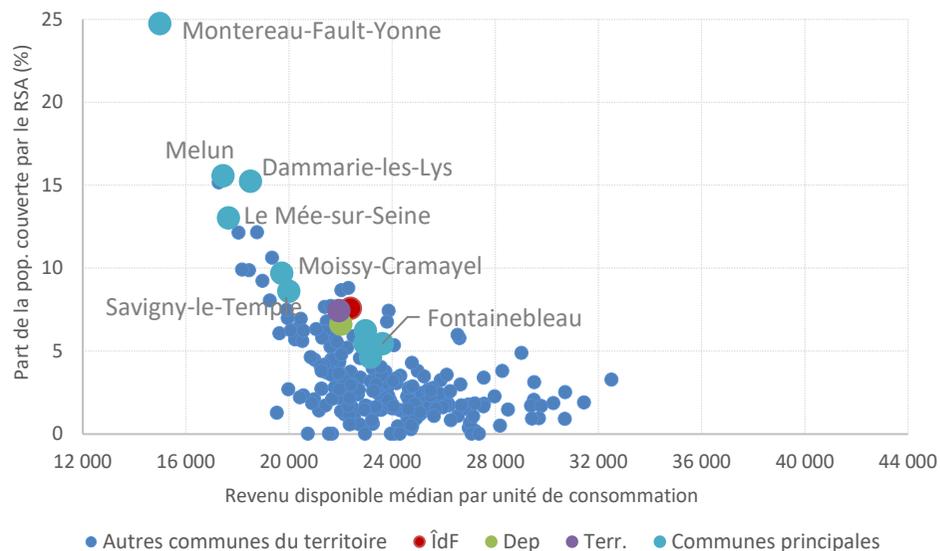
Un territoire assez peu homogène sur le plan social avec des communes comme Montereau-Fault-Yonne, Melun ou Dammarie-les-Lys, Le Mée-sur-Seine, Moissy-Cramayel ou Savigny-le-Temple, plus pauvres que la moyenne régionale et avec une plus forte proportion de population couverte par le RSA, et inversement d'autres communes plus favorisées socialement, comme Fontainebleau, Saint-Fargeau-Ponthierry ou d'autres communes de plus petite taille.

Profil de revenu des ménages



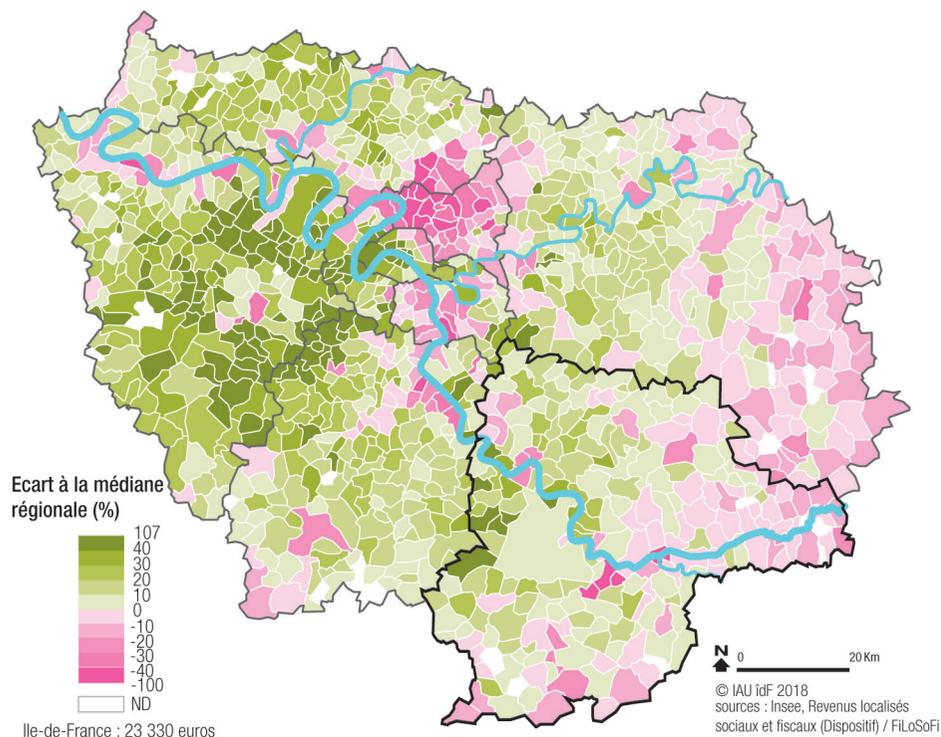
Note de lecture :
 D1 = le 1^{er} décile de revenu correspond aux ménages les plus pauvres
 D10 = le 10^e décile correspond aux ménages les plus riches
 Les déciles sont calculés par rapport au niveau régional

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

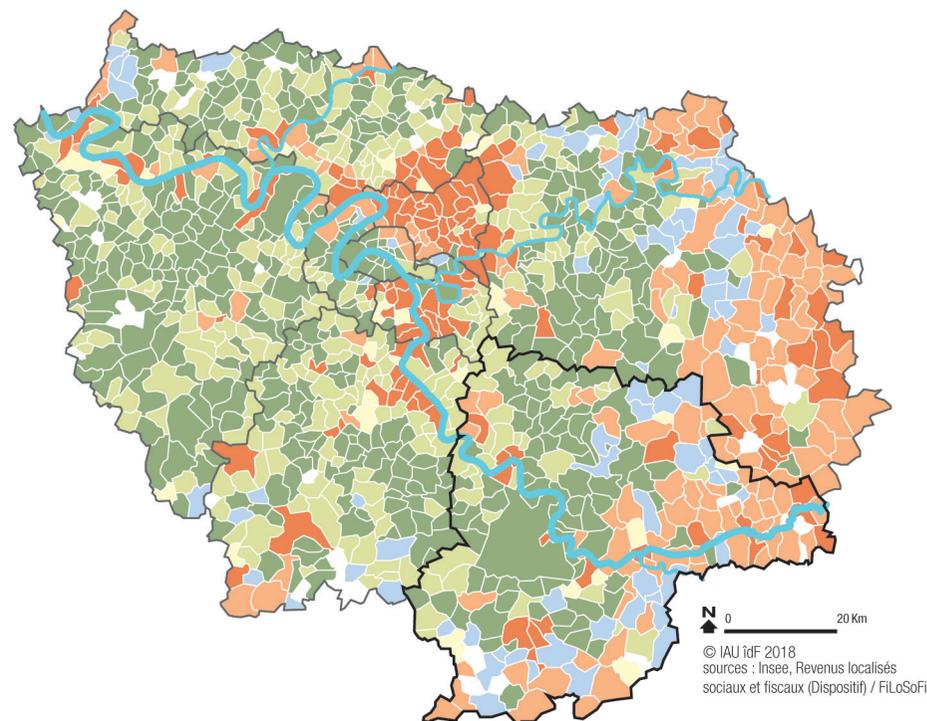


Revenu médian par unité de consommation (UC) des communes (écart à la médiane régionale) et évolution 2006-2015

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



Renforcement du marquage social du territoire entre 2006 et 2015



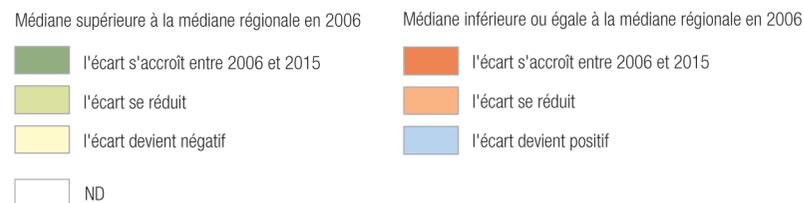
Note de lecture :

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

Le territoire est constitué de communes plutôt favorisées socialement au nord et bordure ouest du territoire. Globalement, la dynamique d'évolution est assez positive, avec les communes présentant, en 2006, un niveau médian de revenu par UC supérieur à la médiane régionale, qui voient leur situation s'améliorer encore en 2015. De plus, une large part des communes moins favorisées que la médiane régionale en 2006 voient également leur situation s'améliorer même si certaines restent encore, en 2015, en deçà de la médiane régionale, comme à Egreville, Souppes-sur-Loing ou Château-Landon par exemple.

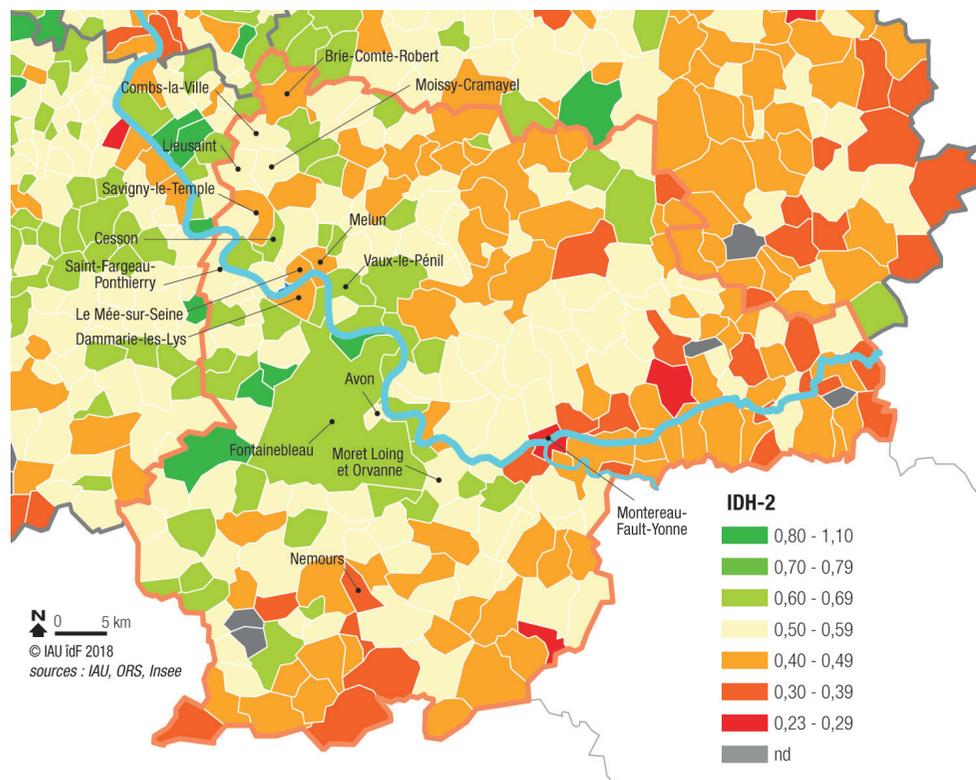
D'autres communes connaissent au contraire des situations socialement défavorables, et de manière accentuée en 2015. Citons par exemple les cas de Montereau-Fault-Yonne, ou encore

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



d'Ecuelles, de Nangis, de Melun, Dammarie-les-Lys et Le Mée-sur-Seine, de Nemours ou de Savigny-le-Temple.

Indicateur de Développement Humain IDH-2



Un indice de développement humain qui affine encore 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. Cet indicateur laisse entrevoir dans certaines communes, notamment celles situées entre Nangis et Fontainebleau par exemple, des situations moins favorables que ne laisserait penser un indicateur uniquement fondé sur les niveaux de revenu.

Un territoire avec quelques quartiers en politique de la ville

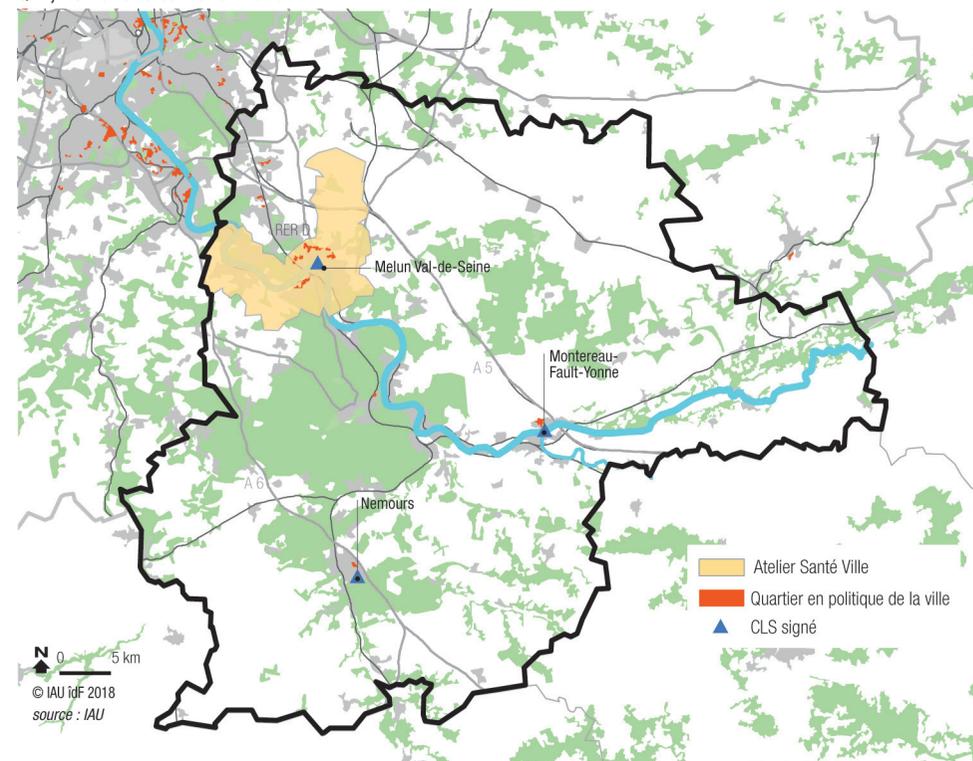
Le territoire compte quelques quartiers en politique de la ville (QPV), principalement situés dans la communauté d'agglomération de Melun Val de Seine, à Montereau-Fault-Yonne et à Nemours. Un atelier santé-ville (ASV) sont opérationnels sur l'intercommunalité Melun Val-de-Seine. Trois contrats locaux de santé (CLS) sont signés, à Montereau-Fault-Yonne, Nemours et sur l'intercommunalité Melun Val de Seine.

Un territoire qui compte peu d'immigrés

Comparativement à la moyenne francilienne, le territoire compte relativement peu d'immigrés¹ : en effet, 12 % de sa population est considérée comme immigrée, contre 19 % en moyenne en Île-de-France.

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

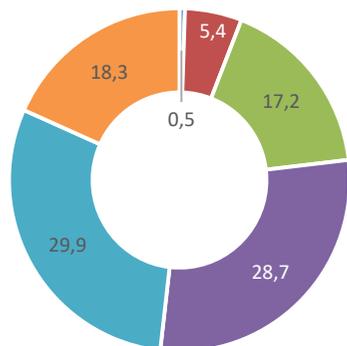


LES AUTRES USAGERS DU TERRITOIRE

Plus des trois quarts des emplois du territoire occupés par des actifs résidents

Sur le territoire résident 236 200 actifs en activité, tandis que le territoire offre 177 400 emplois. Le profil des emplois occupés par les résidents est sensiblement équivalent à celui des emplois offerts sur le territoire.

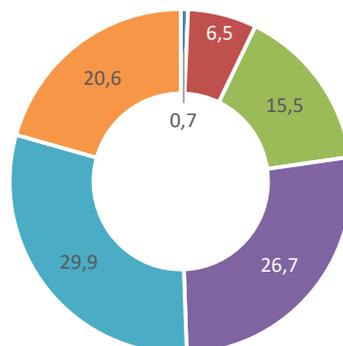
Profil des actifs résidant sur le territoire (en %) qu'ils y travaillent ou non



■ 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

De fait, les actifs résidant sur le territoire sont 58 % à y travailler (77 % pour les artisans, commerçants, 64 et 62 % pour les employés et ouvriers, 53 % pour les professions intermédiaires et 45 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures). Les autres actifs résidant sur le territoire vont travailler principalement à Paris (29 %), dans l'Essonne (23 %), dans le Val-de-Marne (16 %) ou ailleurs en Seine-et-Marne (12 %).

Inversement, les emplois offerts sur le territoire sont occupés majoritairement par les habitants du territoire (77 %). Les autres emplois du territoire sont occupés principalement par des actifs résidant en Essonne (26 %) ou ailleurs en Seine-et-Marne (21 %), ou encore dans l'Yonne ou le Loiret (respectivement 12 et 9 %).

Les élèves largement scolarisés sur le territoire jusqu'au lycée

Jusqu'au collège, la majorité des enfants du territoire sont scolarisés dans une commune du territoire : 98 % pour les élèves de primaire (maternelle et élémentaire) et 95 % pour les élèves de collège. Les campagnes de prévention ou autre qui pourraient être organisées dans les écoles et collèges du territoire toucheraient donc la quasi-totalité des enfants résidant sur le territoire.

Les écoles et collèges du territoire n'accueillent, inversement, que peu d'élèves en provenance d'autres territoires franciliens.

A partir du lycée, et plus encore au niveau de l'enseignement supérieur, les flux entrants et sortants sont plus importants :

- Au lycée, 89 % des lycéens du territoire sont scolarisés dans un lycée du territoire. Inversement, les lycées du territoire accueillent 9 % de lycéens résidant dans un autre territoire.
- Au niveau de l'enseignement supérieur, seuls 49 % des étudiants résidant sur le territoire y poursuivent leurs études. Inversement, les écoles et universités du territoire accueillent 25 % 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
98 %	95 %	89 %	49 %	2 %	3 %	9 %	25 %

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

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

Source : Insee, recensement 2014

2 . État de santé des populations

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

Des indicateurs de mortalité générale, prématurée et prématurée évitable très défavorables en comparaison avec l'Île-de-France

	Etat de santé	Valeur (en années)		Valeur ÎDF	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
		Effectif	Taux stand.				
1	Espérance de vie a la naissance - Hommes		79,2	80,6	79,2		83,4
2	Espérance de vie à la naissance- Femmes		84,8	86,2	84,1		88,5
3	Espérance de vie à 35 ans - Hommes		45,4	46,6	45,4		49,4
4	Espérance de vie à 35 ans - Femmes		50,6	51,9	50,6		54,1
5	Espérance de vie à 60 ans - Hommes		23,0	24,1	22,8		26,6
6	Espérance de vie à 60 ans - Femmes		27,1	28,4	27,1		30,4
		Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
7	Mortalité générale - Hommes	1931	956,9	847,9	112,8	77,9	112,8
8	Mortalité générale - Femmes	1959	607,7	523,4	116,9	80,7	116,9
9	Mortalité prématurée - Hommes (avant 65 ans)	552	236,3	210,0	112,5	73,4	114,4
10	Mortalité prématurée - Femmes (avant 65 ans)	277	115,6	107,8	107,1	78,7	116,7
11	Mortalité prématurée évitable	735	139,1	119,8	116,7	74,6	116,7

ÉTAT DE SANTÉ PAR TRANCHE D'ÂGE

Santé des mères et des enfants de moins de 1 an : un indicateur conjoncturel de fécondité comparable à la moyenne régionale

	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		30,0	31,0	30,0		33,4
13	Enfants nés de mères âgées de plus de 40 ans (%)		4,6	5,7	4,2		11,7
14	Enfants nés de mères âgées de moins de 18 ans (%)		0,9	0,6	0,1		1,0
15	ICF (15-49 ans)		2,1	2,0	1,3		2,6
		Effectif	Taux	Taux ÎDF	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
16	Mortalité néonatale	20,4	2,8	2,7	1,9	3,5	
17	Mortalité périnatale	15,6	2,1	1,9	1,3	2,4	
18	Mortalité infantile	28,4	3,9	3,8	2,3	4,8	

Sur le territoire, quels que soient l'âge et le sexe, les espérances de vie sont inférieures à ce qui est observé au niveau régional.

De fait, la mortalité générale est supérieure à celle observée en moyenne en Île-de-France (+12,8 % chez les hommes et +16,9 % chez les femmes) et la plus élevée, chez les hommes comme chez les femmes, des autres territoires de coordination.

En ce qui concerne la mortalité prématurée, elle est également supérieure au niveau régional de +12,5 % chez les hommes et de +7,1 % chez les femmes. Il en est de même pour la mortalité prématurée évitable supérieure de 16,7 % à la moyenne régionale et la plus élevée des territoires de coordination.

Taux standardisé pour 100 000 habitants

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

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

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) du territoire est de 2,1 enfants par femme de 15 à 49 ans. La mortalité infantile, de 3,9 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)	2907	2608,0	2657,2	98,2	62,2		117,0
20	Admission en ALD (0-14 ans)	419	381,5	413,6	92,4	61,5		125,9
21	Mortalité générale (1-14 ans)	122	36,7	37,0	99,5	56,0		134,3
22	Admission en ALD pour affection psychiatrique (0-14 ans)	146	132,3	117,6	112,4	66,3		137,5
23	Admission en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (0-14 ans)	74	66,9	81,1	83,0	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

Les jeunes de moins de 15 ans du territoire présentent des indicateurs sanitaires comme les nouvelles admissions en ALD total et en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave meilleurs qu'en moyenne en Île-de-France (respectivement -7,6 % et -17,0 %). Le nombre de jeunes de moins de 15 ans en ALD et le niveau de mortalité de ces jeunes sont quant à eux comparables à la moyenne régionale. Seules les nouvelles admissions en ALD pour affection psychiatrique sont, sur le territoire, supérieures de +12,4 % à la moyenne francilienne.

Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans : une très forte surmortalité des jeunes dans le territoire

	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	31	46,6	25,7	182,0	55,3		182,0
25	Admission en ALD pr insuffisance resp. chronique grave	20	30,9	21,1	145,6	77,0		153,0
26	Admission en ALD pour affection psychiatrique	94	144,5	151,6	95,6	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

Chez les jeunes de 15 à 24 ans, les indicateurs sanitaires sont défavorables. Le territoire présente l'indice comparatif de mortalité le plus élevé des territoires de coordination, supérieur de +82,0 % à la moyenne francilienne. De plus, le nombre de nouvelles admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave est supérieur de +45,6 % au niveau régional.

Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : une mortalité plus élevée par rapport à la tranche d'âge considérée

	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	757	255,9	232,2	110,4	76,2	115,4
28	Mortalité des 25-49 ans	199	107,1	94,5	113,5	78,3	120,1
29	Mortalité des 50-64 ans	557	538,1	493,2	109,3	71,5	113,5
30	Admission en ALD cancer (<65 ans)	1154	254,0	251,8	100,9	88,6	103,0
31	Mortalité par cancer (<65 ans)	330	69,3	66,5	104,3	75,6	107,7
32	Admission en ALD mal. cardiovasculaires (<65 ans)	979	214,8	202,7	105,7	62,1	114,3
33	Mortalité par mal. cardiovasculaires (<65 ans)	105	22,0	18,6	119,0	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

Compte tenu des indicateurs présentés, l'état de santé des 25-64 ans du territoire est particulièrement défavorable par rapport à ce qui est observé en moyenne en Île-de-France. Les niveaux de mortalité par tranches d'âge et la mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires ainsi que le nombre d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires sont significativement supérieurs aux niveaux franciliens. En ce qui concerne la mortalité et les nouvelles admissions en ALD pour cancer chez les habitants de moins de 65 ans, elles sont comparables à celles d'Île-de-France.

Santé des personnes âgées de plus de 65 ans : une mortalité plus élevée des séniors

	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	3061	3723,0	3204,4	116,4	79,3	117,3
35	Admission en ALD pour cancer	1175	1621,1	1679,2	96,4	90,6	105,1
36	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	1635	2230,6	2270,4	97,9	79,3	105,4
37	Admission en ALD pour diabète	710	970,8	942,7	103,2	57,9	136,1
38	Personne en ALD pour maladie d'Alzheimer	2784	3375,8	3195,4	104,7	83,8	124,6
39	Admission en ALD pour maladie d'Alzheimer	468	613,9	626,2	97,9	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 78,7 % des décès du territoire.

Les indicateurs de mortalité des 65 ans et plus du territoire semblent relativement défavorables (le taux comparatif de mortalité des 65 ans et plus du territoire est significativement supérieur au taux régional et parmi les plus élevés des territoires de coordination).

Les indices comparatifs d'admission en ALD pour différentes causes sont sensiblement comparables aux moyennes franciliennes.

ÉTAT DE SANTÉ PAR PATHOLOGIES

Les cancers : une surmortalité par cancer dans le territoire, notamment par cancer du poumon et cancer colorectal

	Cancers	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
40	Mortalité par cancer	1116	223,4	211,6	105,2	87,1	108,5
41	Personne en ALD pour cancer	19979	4074,4	3768,8	108,2	91,9	110,7
42	Admission en ALD pour cancer	2329	478,6	486,3	98,6	90,4	102,8
43	Mortalité par cancer des VADS	62	11,9	11,0	110,1	64,7	113,6
44	Admission en ALD pour cancer des VADS	134	26,9	24,3	110,7	70,8	110,7
45	Mortalité par cancer du poumon	209	41,4	42,2	98,8	78,9	113,7
46	Admission en ALD pour cancer du poumon	193	39,4	44,4	89,5	77,7	110,7
47	Mortalité par cancer du sein	90	31,2	30,1	104,5	85,6	109,6
48	Admission en ALD pour cancer du sein	460	173,9	184,9	93,8	81,3	117,8
49	Mortalité par cancer de la prostate	57	31,6	29,4	105,7	84,2	118,2
50	Admission en ALD pour cancer de la prostate	304	143,1	139,4	104,5	89,3	116,1
51	Mortalité par cancer du côlon-rectum	114	22,7	20,8	109,7	81,4	121,6
52	Admission en ALD pour cancer du côlon-rectum	241	50,6	48,8	103,4	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 défavorable en ce qui concerne les cancers. Avec 1 116 décès par cancer en moyenne par an entre 2012 et 2014 (soit 28,7% des décès du territoire), le taux standardisé de mortalité du territoire s'élève à 223,4 décès pour 100 000 habitants, un indice comparatif de mortalité supérieur de 5,2 % à la moyenne régionale.

Cette surmortalité par cancer observée sur le territoire est surtout due au cancer du côlon-rectum, où l'on observe une surmortalité de 9,7 % par rapport à la moyenne régionale. Pour les autres types de cancer, les niveaux de la mortalité sont comparables aux niveaux régionaux. Sur le territoire, la mortalité par cancer du poumon représente 18,7 % des décès par cancer du territoire, la mortalité par cancer du côlon-rectum 10,2 %.

On observe aussi une fréquence d'ALD pour cancer supérieure de +8,2 % par rapport au niveau moyen régional. Cependant les indices comparatif de nouvelles admissions en ALD pour cancer du poumon et du sein sont inférieurs respectivement de -10,5 % et de -6,2% à celui de la région.

Les maladies cardiovasculaires : une mortalité par maladies cardiovasculaires la plus forte de tous les territoires de coordination

	Maladies cardiovasculaires	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
53	Mortalité par maladies cardiovasculaires	906	174,6	143,2	122,5	73,2	122,5
54	Mortalité par cardiopathie ischémique	218	42,6	36,6	116,8	74,1	116,8
55	Mortalité par maladies vasculaires cérébrales	202	39,0	33,1	118,6	72,0	118,6
56	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	2614	546,0	542,4	100,7	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 présente des niveaux de mortalité par maladies cardiovasculaires, par cardiopathie ischémique et par maladies vasculaires cérébrales supérieurs à la moyenne francilienne (respectivement de +22,5 %, +16,8 % et +18,6 %). Les décès par maladies cardiovasculaires représentent 23,3 % des décès du territoire.

Le diabète : davantage de personnes en ALD diabète sur le territoire

	Diabète	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires	Valeur maximum territoires
57	Personne en ALD pour diabète	23885	4803,2	4422,0	108,3	48,7	168,3
58	Admission en ALD pour diabète	1954	389,7	384,7	101,2	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 23 885 personnes en ALD pour diabète, avec un taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour diabète de 389,7 pour 100 000 habitants sur la période 2012-2014. Le territoire se situe ainsi au-dessus des moyennes régionales de +8,3 % en fréquence d'ALD pour diabète.

Les maladies de l'appareil respiratoire : la plus forte surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire de tous les territoires de coordination

	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	271	53,6	41,8	126,6	74,3	126,6
60	Personne en ALD pour mal. de l'app. respiratoire	4935	973,0	865,2	112,5	50,8	149,1
61	Admission en ALD pr mal. de l'app. respiratoire	521	103,6	91,3	113,3	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, 271 personnes sont décédées de maladies de l'appareil respiratoire, soit une surmortalité de +26,6 % par rapport à la moyenne régionale. Les taux comparatifs de personnes en ALD et de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire sont également significativement supérieurs 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	12195	2343,8	2105,5	110,9	76,1	121,0
63	Admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement	1104	213,3	205,4	103,6	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 12 195 personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement et 1 104 nouvelles admissions en moyenne par an, les indices comparatifs montrent des fréquences d'ALD et de nouvelles admissions en ALD supérieures de +10,9 % et de +3,6 % aux moyennes régionales.

La mortalité due à des pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac : une mortalité due à l'alcool et au tabac supérieure à l'attendue

	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	135	26,0	21,2	123,8	61,0		123,8
65	Mortalité par pathologies liées à l'usage du tabac	546	108,2	100,3	108,0	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 surmortalités par pathologies liées à l'alcool et au tabac (+23,8 % et +8,0 % par rapport à la moyenne régionale). La mortalité par pathologies liées au tabac représente 14,0 % de la mortalité générale du territoire.

Les accidents : une surmortalité par accidents de la circulation ou de la vie courante

	Accidents	Effectif	Taux stand.	Taux stand. ÎDF	ICM	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
66	Mortalité par accidents de la vie courante	152	28,7	22,4	130,0	87,8		130,0
67	Mortalité par accidents de la circulation	26	5,0	2,6	190,2	60,5		190,2

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 (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

Entre 2012 et 2014, on observe 152 décès par accidents de la vie courante et 26 décès par accidents de la circulation, en moyenne par an sur le territoire. Les niveaux de mortalité pour ces deux types d'accidents sont supérieurs à la moyenne régionale (respectivement +30,0 % et +90,2 %).

Les personnes en situation de handicap

	Personnes en situation de handicap	Valeur	Valeur ÎDF	Valeur minimum territoires		Valeur maximum territoires
68	Bénéficiaire de l'AEEH (%)	1,8	1,6	0,9		2,3
69	Bénéficiaire de l'AAH (%)	2,1	1,9	1,2		2,7

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

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 21

Les proportions de personnes touchant les allocations liées au handicap (AEEH et AAH) sur le territoire sont de 1,8 % pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans et 2,1 % pour les adultes de 20 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.