



77 SUD

PROFIL DES TERRITOIRES DE COORDINATION

Décembre 2019



L'essentiel

Un territoire de 580 000 habitants, à dominante rurale, en croissance très modérée et au profil social intermédiaire

- Un territoire, à dominante rurale avec une frange ouest plus urbanisée, qui compte près de 581 000 habitants, dont plus de 42 000 personnes de 75 ans ou plus ;
- Une sur-représentation des couples avec enfants, caractéristique des territoires de grande couronne ;
- Un profil social intermédiaire, avec des disparités infra-territoriales relativement marquées.

Un territoire peu impacté par les pollutions et nuisances environnementales, sauf en ce qui concerne la qualité de l'eau distribuée

- Un territoire peu impacté par la pollution atmosphérique et par les nuisances sonores et dont seulement 0,2 % de la surface est potentiellement concernée par la pollution des sols ;
- Un territoire où la qualité de l'eau distribuée, notamment dans sa frange est, ne répond pas toujours aux normes de qualité en vigueur.

Des indicateurs sanitaires particulièrement défavorables par rapport aux moyennes régionales

- Des indicateurs de mortalité générale, prématurée et prématurée évitable très supérieurs aux moyennes régionales ;
- Une surmortalité présente à tous les âges de la vie (sauf avant 1 an) et pour toutes les causes de décès (sauf pour les cancers du poumon et du sein) ;
- Une situation quant au VIH/Sida plus favorable que les moyennes régionales, et même que la moyenne nationale (métropolitaine) chez les hommes.

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION
Isabelle Grémy

AUTEURS
Catherine Mangeney (coordination)
Valérie Féron
Sabine Host
Jean-Philippe Camard
Juliette Dupoizat

CARTOGRAPHIE
Adrien Saunal

DIRECTION ARTISTIQUE
Olivier Cransac

MAQUETTE
Agnès Charles

MISE EN PAGE
Christine Canet
Chahrazed Sellami

@ crédit photo : bludone/Shutterstock.com - Rudy and Peter Skitterians de Pixabay
pp 17-18 Karolina Grabowska, Michael Gaida, Pexels,
pasja1000 de Pixabay

Sommaire

Introduction	2	État de santé par pathologies	23
1 . Contexte socio-démographique	3	Les cancers	23
Caractéristiques géographiques et morphologiques.....	3	Les maladies cardiovasculaires	23
Caractéristiques démographiques des habitants.....	5	Le diabète	24
Caractéristiques sociales des habitants.....	9	Les maladies de l'appareil respiratoire	24
Les autres usagers du territoire.....	12	Les troubles mentaux et du comportement.....	24
2 . Déterminants liés à l'environnement	13	Les pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac.....	25
Qualité de l'eau de consommation.....	13	Les accidents.....	25
Sites et sols pollués.....	13	Les personnes en situation de handicap.....	25
Qualité de l'air.....	14	Le VIH sida.....	26
Exposition au bruit.....	15	Glossaire	27
Zones de multi-exposition environnementale.....	16		
Habitat potentiellement indigne.....	16		
Contextes et enjeux sanitaires de l'environnement.....	17		
3 . État de santé	19		
Espérance de vie à la naissance.....	19		
État de santé général.....	20		
Mortalité générale, prématurée et prématurée évitable.....	20		
État de santé par tranche d'âge.....	20		
Santé des mères et des enfants de moins de 1 an.....	20		
Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans	21		
Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans	21		
Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans.....	22		
Santé des personnes âgées de 65 ans et plus	22		

Introduction

Les territoires de coordination des prises en charge constituent une maille territoriale d'analyse et d'action issue du projet 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 22 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 décrit la situation du territoire par rapport aux risques environnementaux susceptibles d'impacter la santé des habitants.

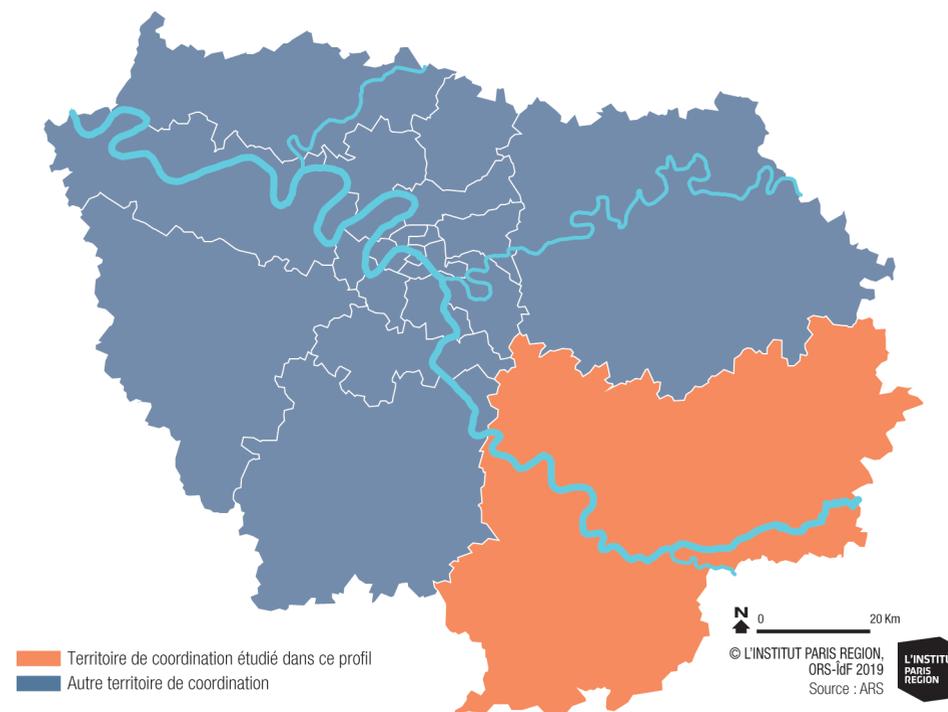
La troisième partie présente les principaux indicateurs relatifs à l'état de santé des populations du territoire : état de santé général (espérance de vie, mortalité et ALD) décliné par tranches d'âge tout d'abord, puis par pathologies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète...).

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 31 la grille de lecture des tableaux).

En 2020, ces profils de territoire seront complétés par une analyse descriptive de l'offre de soins. 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



1. Contexte socio-démographique

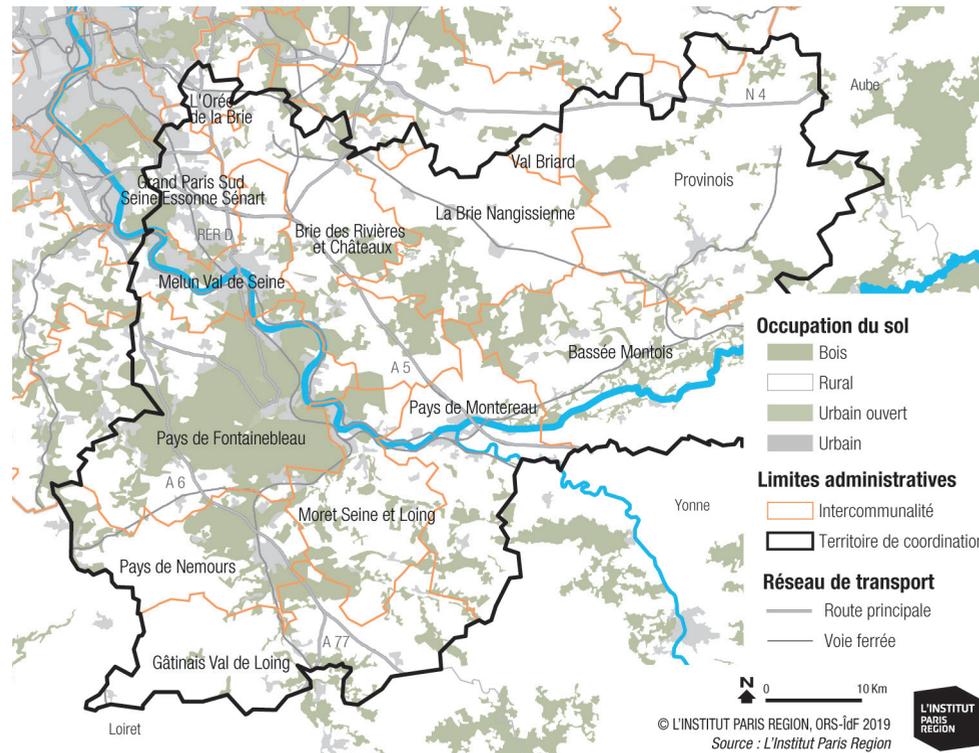
CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET MORPHOLOGIQUES

Un territoire à cheval sur treize intercommunalités

Le territoire, situé au sud-est de la région dans le département de Seine-et-Marne, compte 581 300 habitants répartis sur 275 communes. Il est concerné par 13 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 à deux lignes de Transilien. Les autoroutes A5 et A6 sont les axes routiers majeurs qui traversent le territoire.

Les intercommunalités du territoire en 2019

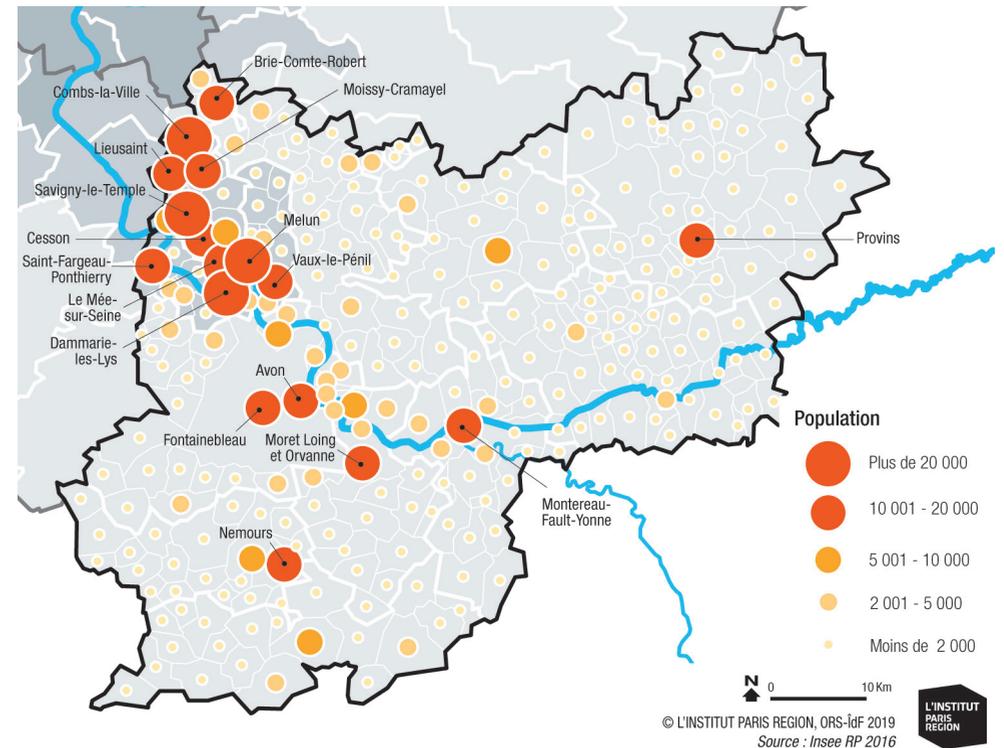


Un territoire multipolarisé

Melun est la ville principale du territoire (40 230 habitants). Les autres villes les plus peuplées du territoire sont pour la plupart concentrées dans sa partie ouest : Savigny-le-Temple (30 100 habitants), Combs-la-Ville (22 210 habitants), Dammarie-les-Lys (21 900 habitants) et Le Mée-sur-Seine (20 750 habitants) sont les plus importantes. Ces cinq communes regroupent, à elles seules, 23 % de la population totale du territoire.

D'autres communes structurent également la partie plus rurale du territoire : Montereau-Fault-Yonne (19 360 habitants), Fontainebleau (14 910 habitants), Avon (14 000 habitants), Nemours (13 170 habitants), Moret-Loing et Orvanne (12 460 habitants) ou Provins (11 860 habitants).

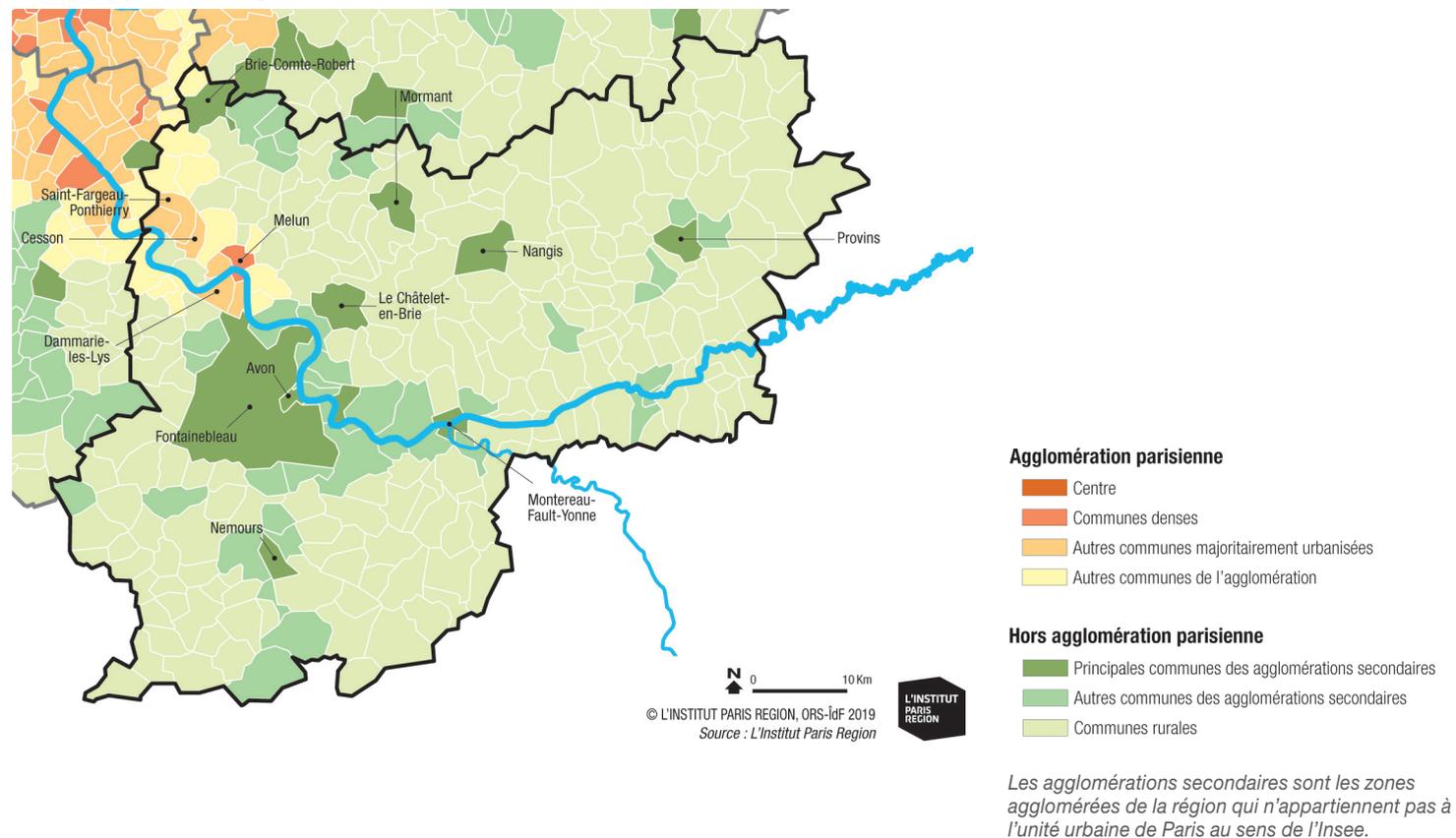
Nombre d'habitants des communes du territoire en 2016



Un territoire largement rural

Le territoire est largement rural, avec des communes comme Provins, Nangis, Nemours, Fontainebleau ou Montereau-Fault-Yonne qui structurent l'espace rural. Un secteur ouest, allant de Melun à Saint-Fargeau-Ponthierry, est plus urbanisé, et appartient en partie à l'agglomération parisienne.

Caractéristiques morphologiques du territoire en 2016



CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES HABITANTS

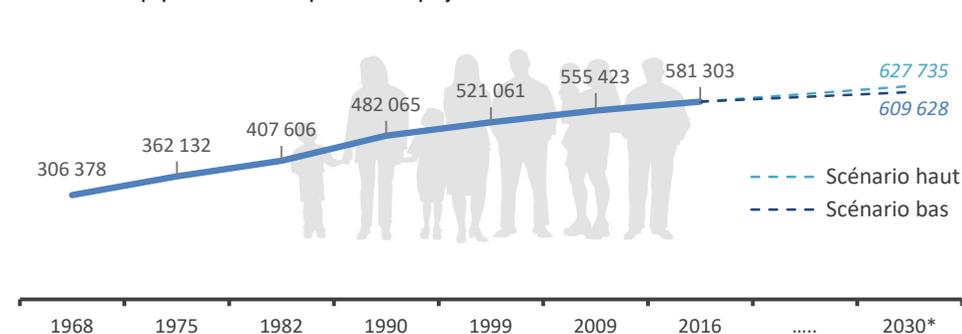
Une population en croissance

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 3 700 habitants en moyenne chaque année.

Une croissance modérée qui devrait se poursuivre d'ici 2030

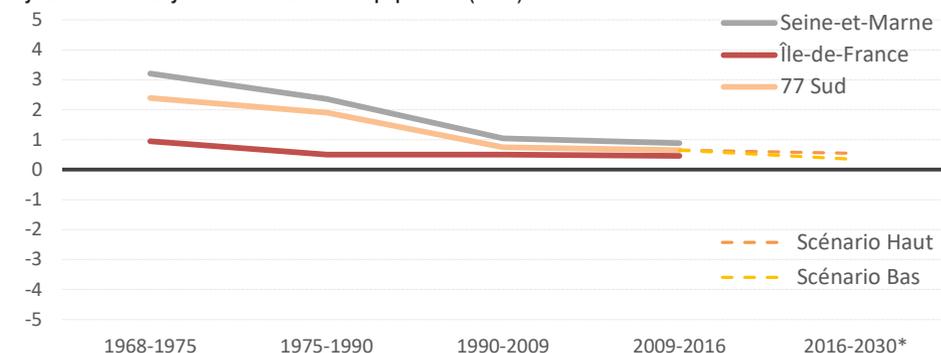
Selon les projections de population de l'Institut Paris Région (voir éléments de méthode page 31), la population du territoire devrait continuer d'augmenter d'ici 2030, mais à un rythme légèrement moindre que celui observé entre 2009 et 2016.

Évolution de la population totale depuis 1968 et projections à l'horizon 2030



Sources : Insee, recensements de la population. Projections de population Institut Paris Région pour 2030.

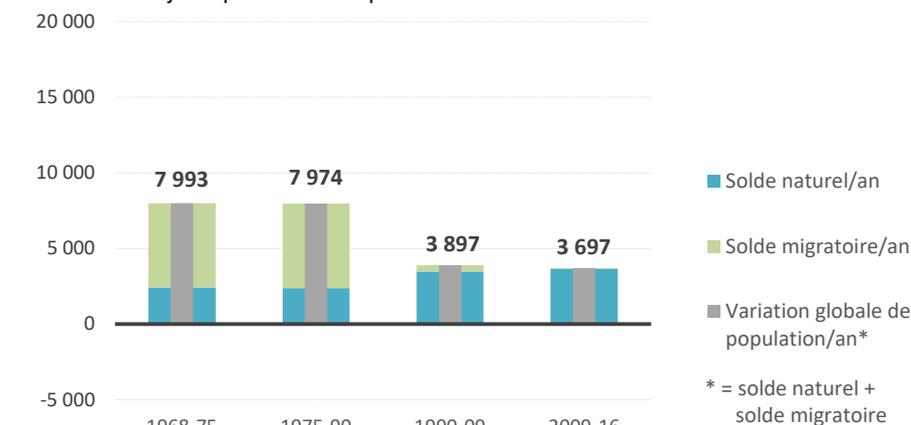
Rythme annuel moyen de croissance de la population (en %)



* Les chiffres indiqués pour 2030 reposent sur les deux scénarios (haut et bas) des projections de population réalisées par l'Institut Paris Région (voir éléments de méthode page 31).
Sources : Insee, recensements de la population jusqu'en 2016 - Projections de population Institut Paris Région pour 2030.

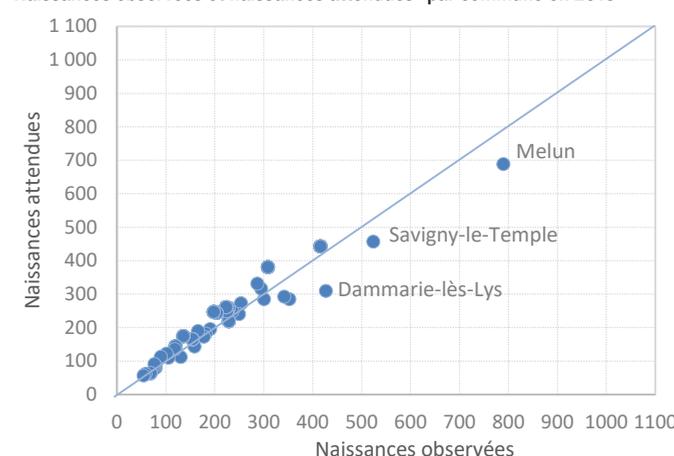
Si, avant 1990, la dynamique démographique du territoire reposait largement sur les apports de population extérieure, le niveau de construction du territoire s'est peu à peu stabilisé, si bien que le moteur de la croissance démographique repose, depuis les années 1990, sur le seul solde naturel (naissances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

Les leviers de la dynamique territoriale depuis 1968



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

Naissances observées et naissances attendues* par commune en 2015



* 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.

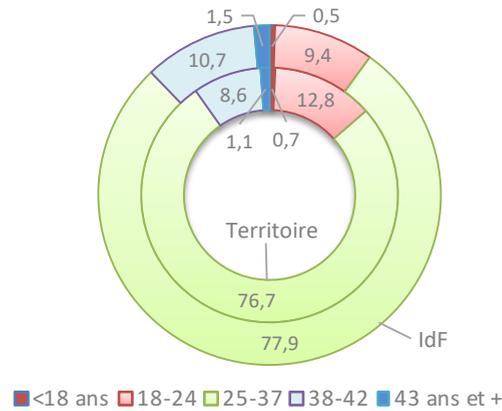
Lecture : si le point est au-dessus de la ligne, la fécondité est moindre qu'attendue. Si le point est en dessous, la fécondité est supérieure.

Sources : Insee, recensement 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 du territoire ne sont généralement pas différents de ce qui est observé en moyenne en Île-de-France (après standardisation par la structure par âge), si ce n'est dans des communes telles que Melun ou Dammarieles-Lys où le nombre de naissances observé est plus important que ce que l'on pourrait attendre si les femmes de ces communes avaient, à chaque âge, les mêmes comportements de fécondité que la moyenne régionale.

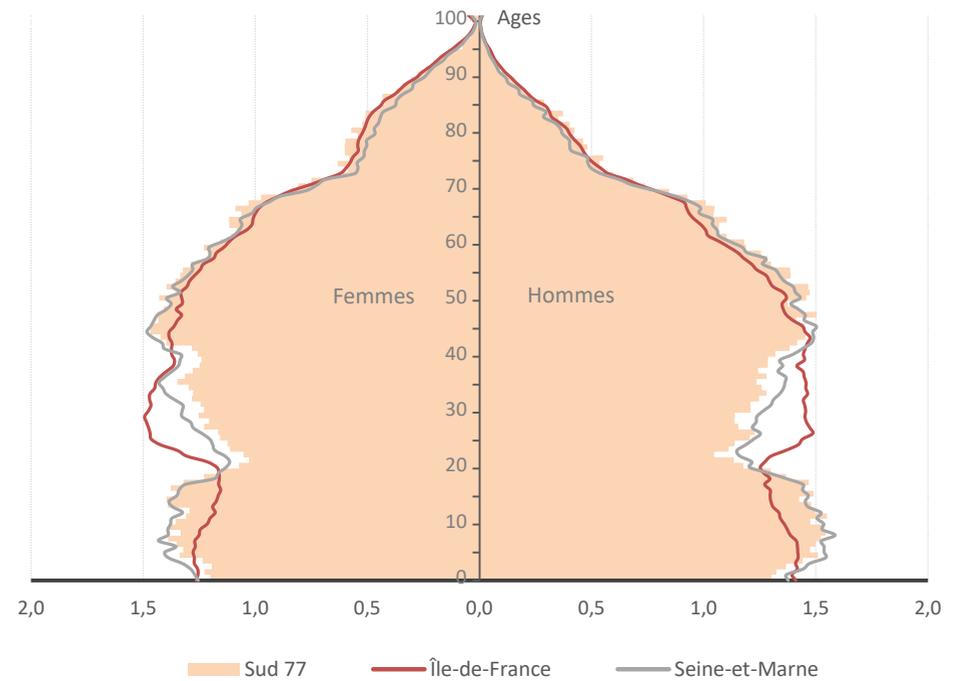
Les femmes du territoire ont cependant un comportement légèrement différent de ce qui est observé en moyenne en Île-de-France, avec une proportion de femmes ayant un enfant avant 25 ans supérieure à ce qui observé en moyenne en région (13,5 % contre 9,9 %). Inversement, le territoire compte, en proportion, moins de femmes donnant naissance à un enfant après leurs 38 ans.

Part des naissances observées (2017) selon l'âge de la mère (en %)



Source : Insee, fichiers statistiques de l'État civil.

Pyramide des âges de la population 2016

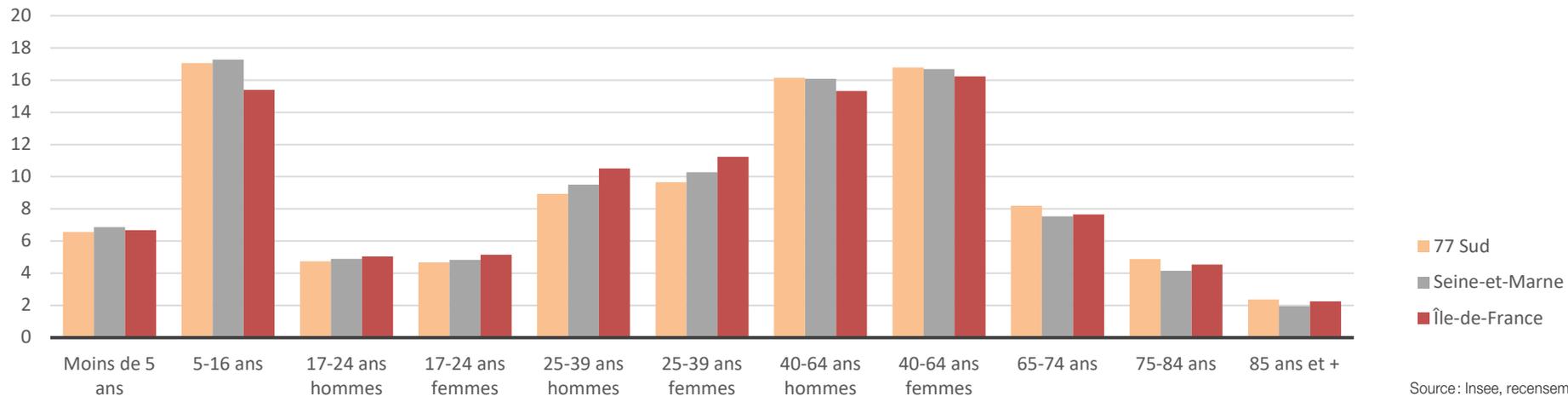


Source : Insee, recensement 2016.

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). Cependant, sur ce territoire, les personnes âgées ne sont pas sous-représentées, au contraire.

Structure par âge en 2016



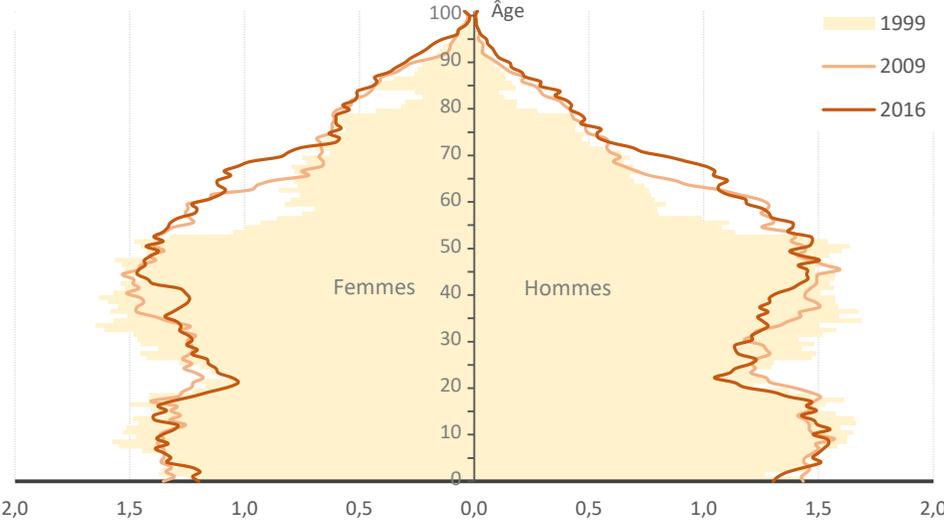
Source : Insee, recensement 2016.

Un vieillissement relativement marqué

Avec une augmentation de 40 000 personnes de plus de 60 ans sur le territoire depuis 1999 (dont près de 21 000 depuis 2009), le territoire connaît une augmentation non négligeable de la part de personnes âgées qu'il abrite.

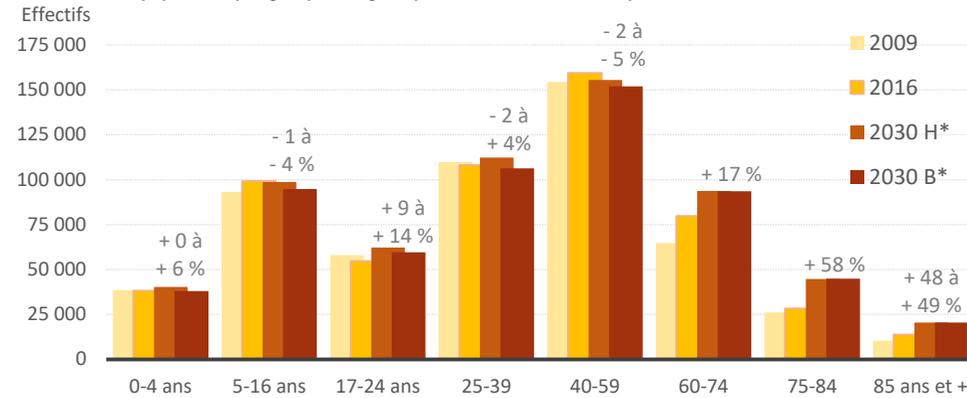
A l'horizon 2030, le territoire devrait compter encore près de 14 000 personnes de 60-74 ans et environ 23 000 personnes de 75 ans et plus supplémentaires.

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



Source: Insee, recensements de la population.

Évolution de la population par groupes d'âge depuis 2009 et estimations pour 2030



Sources: Insee, recensements de la population jusqu'en 2016 - Institut Paris Région pour les projections 2030.

* H : scénario haut - B : scénario bas. Voir page 31 pour la note méthodologique.

Les pourcentages indiquent les évolutions de population entre 2014 et 2030 (scénarios bas et haut).

Nombre d'habitants par grands groupes d'âge

Effectifs	1999	2009	2016	2030 H*	2030 B*
0-4 ans	35 780	38 542	38 124	40 292	38 022
5-16 ans	95 317	93 215	99 195	98 676	94 772
17-24 ans	53 506	58 010	54 699	62 169	59 568
25-39	118 576	109 878	108 048	112 332	106 286
40-59	135 994	154 492	159 300	155 505	151 996
60-74	54 407	64 777	79 837	93 673	93 589
75-84	18 646	26 108	28 313	44 645	44 866
85 ans et +	8 848	10 401	13 787	20 441	20 529
Total	521 074	555 423	581 303	627 735	609 628

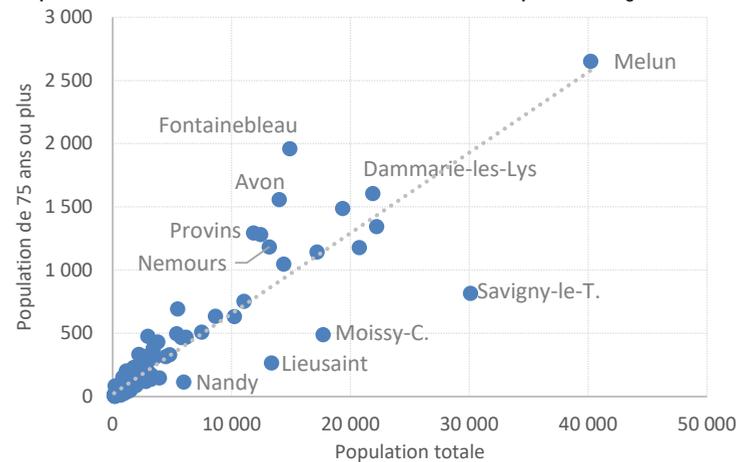
* H : scénario haut - B : scénario bas. Voir page 31 pour la note méthodologique.

Sources: Insee, recensements de la population jusque 2016 - Institut Paris Région pour les projections 2030.

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, Provins ou Nemours comptent un peu plus de personnes âgées que la moyenne du territoire, tandis que les communes de Savigny-le-Temple, Moissy-Cramayel, Lieusaint ou Nandy sont dans une situation inverse.

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

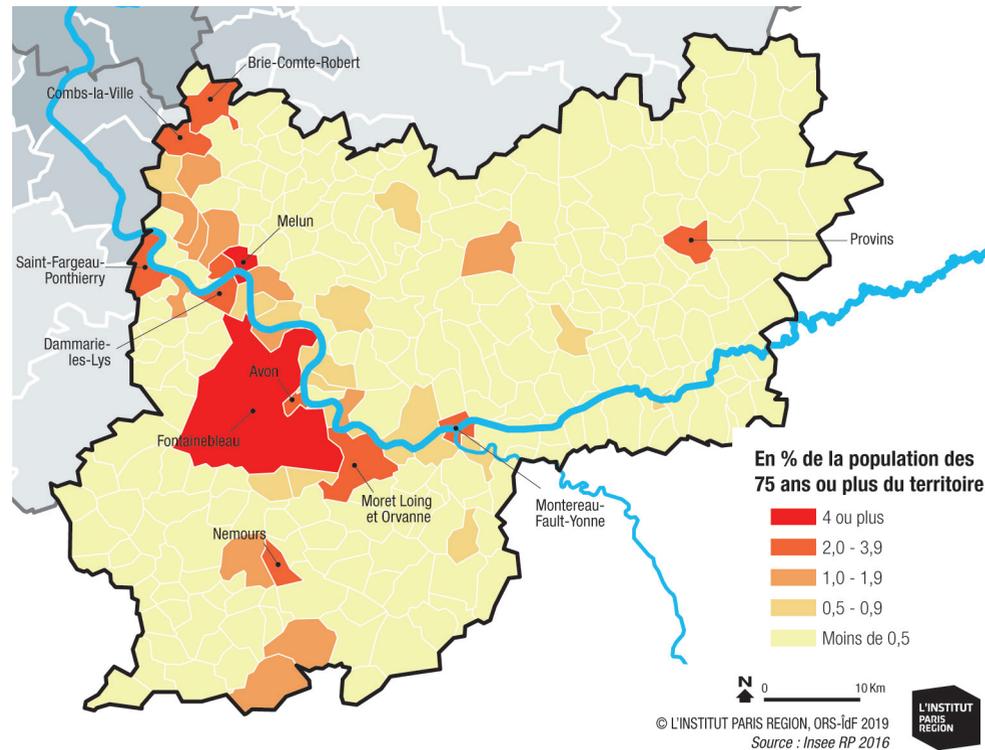


Lecture : si le point est en dessous de la ligne pointillée, la commune compte moins de personnes âgées par rapport à la moyenne des communes du territoire. Inversement si le point est au dessus, la commune présente plus de personnes âgées que la moyenne des communes du territoire.

Source: Insee, recensement de la population, 2016.

Répartition, au sein des communes du territoire, des personnes âgées (75 ans ou plus) résidant sur le territoire en 2016

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



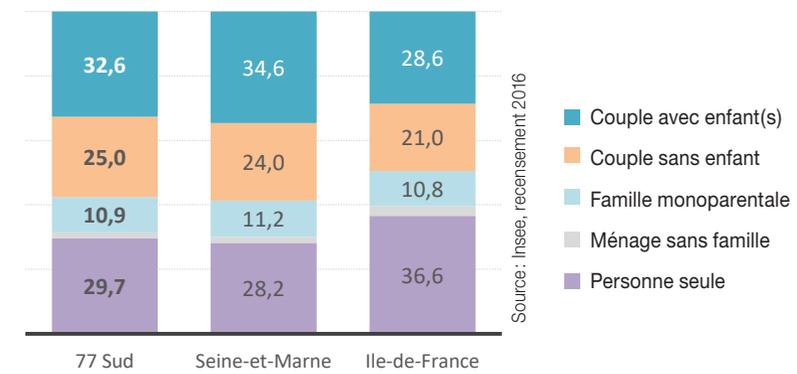
Une sur-représentation des couples avec enfants

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

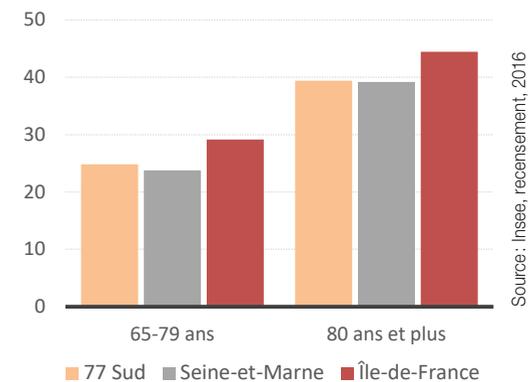
- une moindre présence de personnes seules, comparativement à la moyenne régionale ;
- une légère sur-représentation des couples avec enfants.

Les personnes âgées de 65 à 79 ans, quant à elles, sont 25 % à vivre seules (contre 29 % en moyenne en Île-de-France), tandis que, pour les 80 ans et plus, cette proportion monte à 39 %, mais reste inférieure à la moyenne régionale (44 %).

Structure familiale des ménages (en %)



Part des personnes âgées vivant seules (en %)



CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES HABITANTS

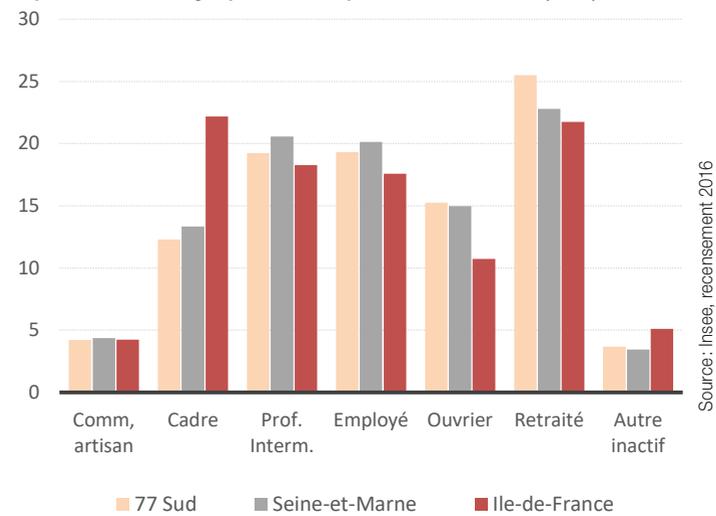
Des ménages aux revenus intermédiaires

La structure des ménages du territoire par PCS s'apparente relativement à celle observée sur l'ensemble du département, avec nettement 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 26 % de la population totale du territoire (22 % en moyenne en Île-de-France).

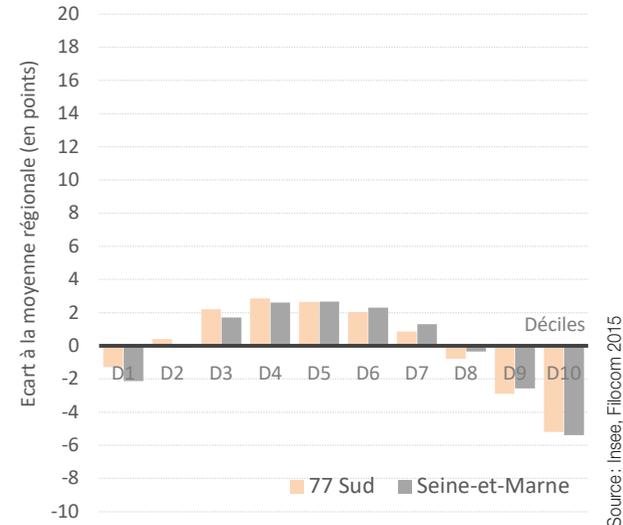
Sur l'ensemble du territoire, les ménages les plus pauvres (D1) sont sous-représentés par rapport à la moyenne régionale, de même que les ménages les plus riches (D9 et D10). En revanche, comme ce qui s'observe en moyenne sur l'ensemble du département, les ménages aux revenus intermédiaires sont sur-représentés.

Répartition des ménages par PCS de la personne de référence (en %) en 2016



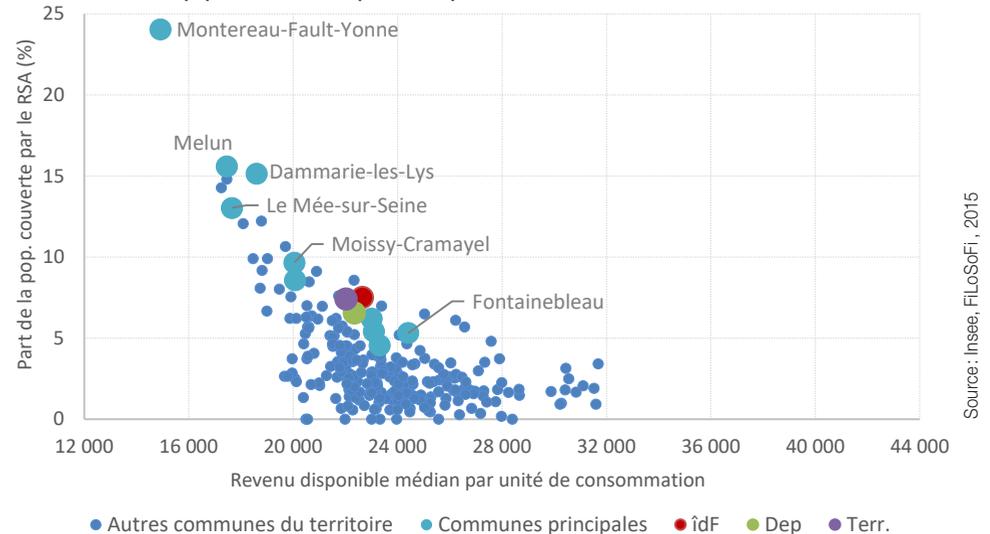
Le territoire est assez peu homogène sur le plan social avec des communes comme Montereau-Fault-Yonne, Melun, Dammarie-les-Lys, Le Mée-sur-Seine ou Moissy-Cramayel, plus pauvres que la moyenne régionale et avec une plus forte proportion de population couverte par le RSA, et inversement d'autres communes plus favorisées socialement, comme Fontainebleau notamment et un certain nombre de 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.

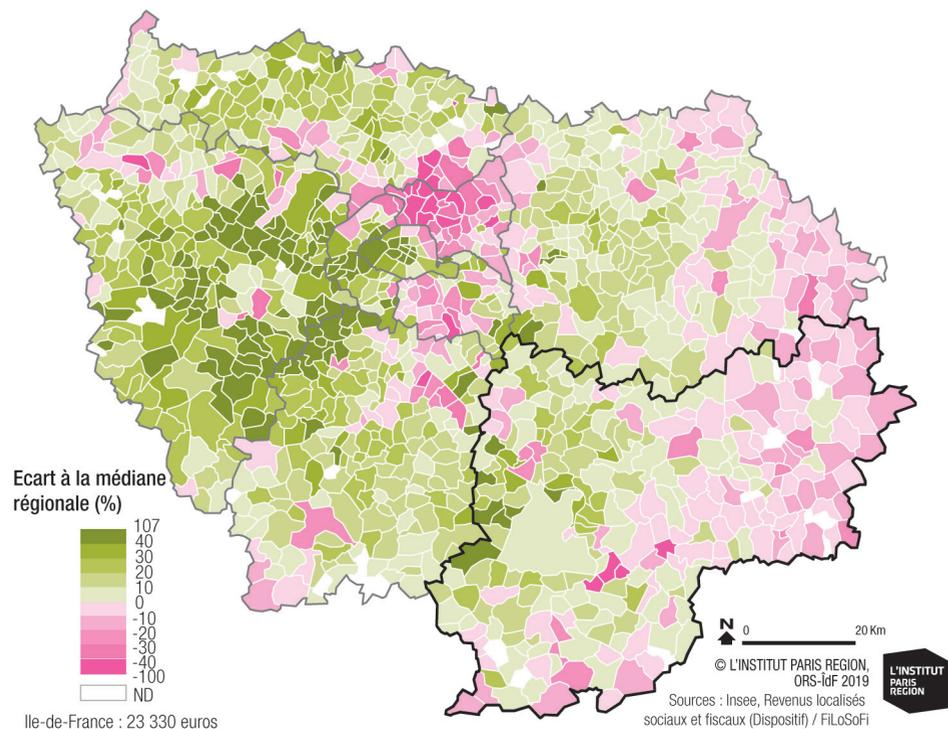
Revenus médians et population couverte par le RSA par commune du territoire



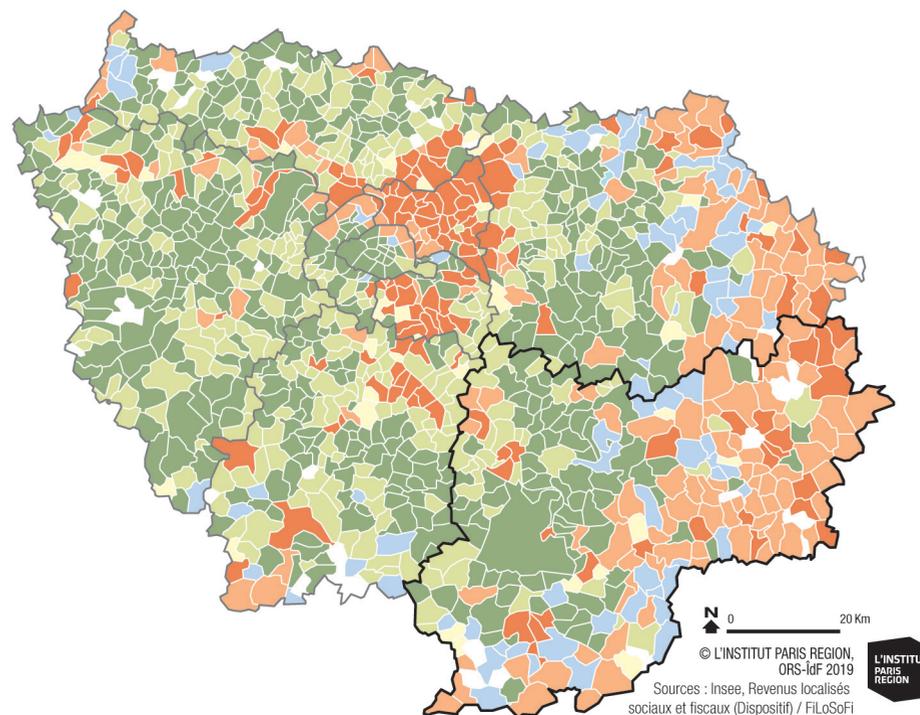
Source: Insee, FILoSoFi, 2015

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

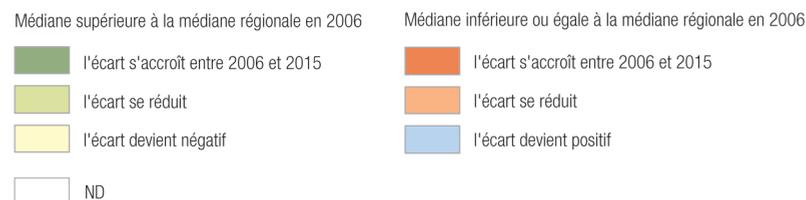
Revenu médian par UC des communes (écart à la médiane régionale) en 2015



Renforcement du marquage social du territoire entre 2006 et 2015



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



Note de lecture :

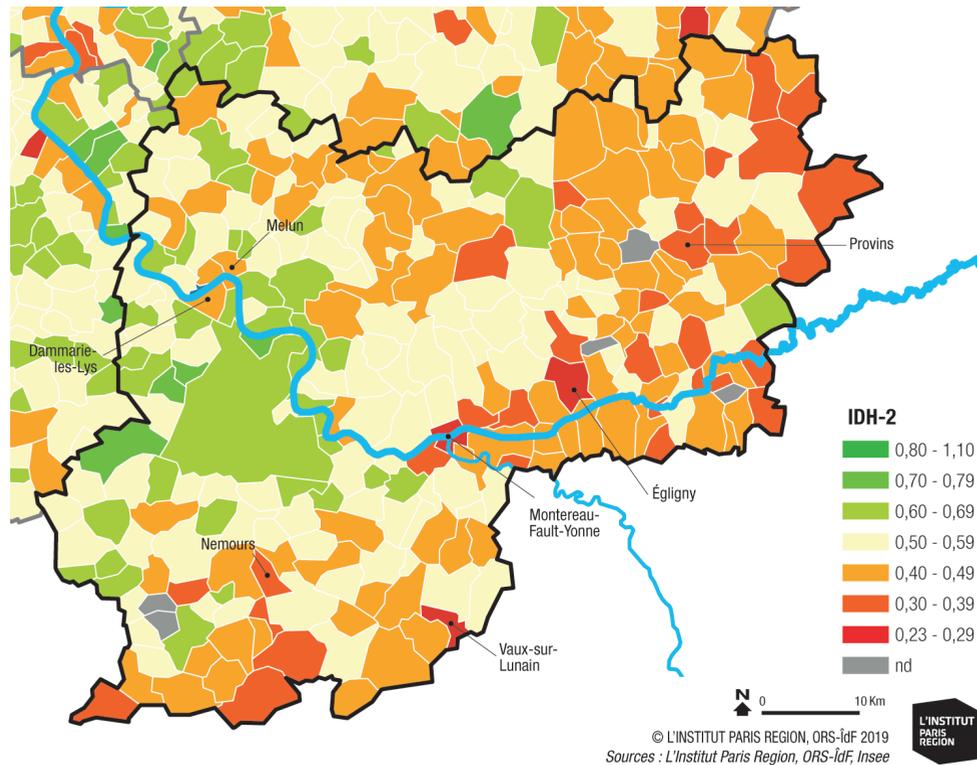
ND : Les communes de moins de 50 ménages ou de moins de 100 habitants ne sont pas représentées.

Sur sa frange ouest, le territoire est constitué de communes plutôt favorisées socialement avec une dynamique d'évolution également globalement assez positive : la plupart des communes présentant, en 2006, un niveau médian de revenu par UC supérieur à la médiane régionale, voient leur situation s'améliorer encore en 2015.

La situation est moins favorable autour de Melun, Lieusaint et Combs-la-Ville, ainsi qu'autour d'Ecuelles et de Montereau-Fault-Yonne, et plus largement sur toute la partie est du territoire.

Les communes de cette partie du territoire connaissent par ailleurs des dynamiques d'évolution assez diversifiées, avec certaines communes qui voient leur situation sociale s'améliorer entre 2006 et 2015 tandis qu'elle se dégrade dans d'autres, telles que Nangis ou Provins.

Indicateur de Développement Humain IDH-2 en 2013



Un indice de développement humain qui affine encore le diagnostic

L'indice de développement humain (IDH-2) est un indicateur synthétique 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). Sur ce territoire, l'IDH-2 dessine une géographie sensiblement similaire à celle des revenus.

Un territoire avec quelques quartiers en politique de la ville

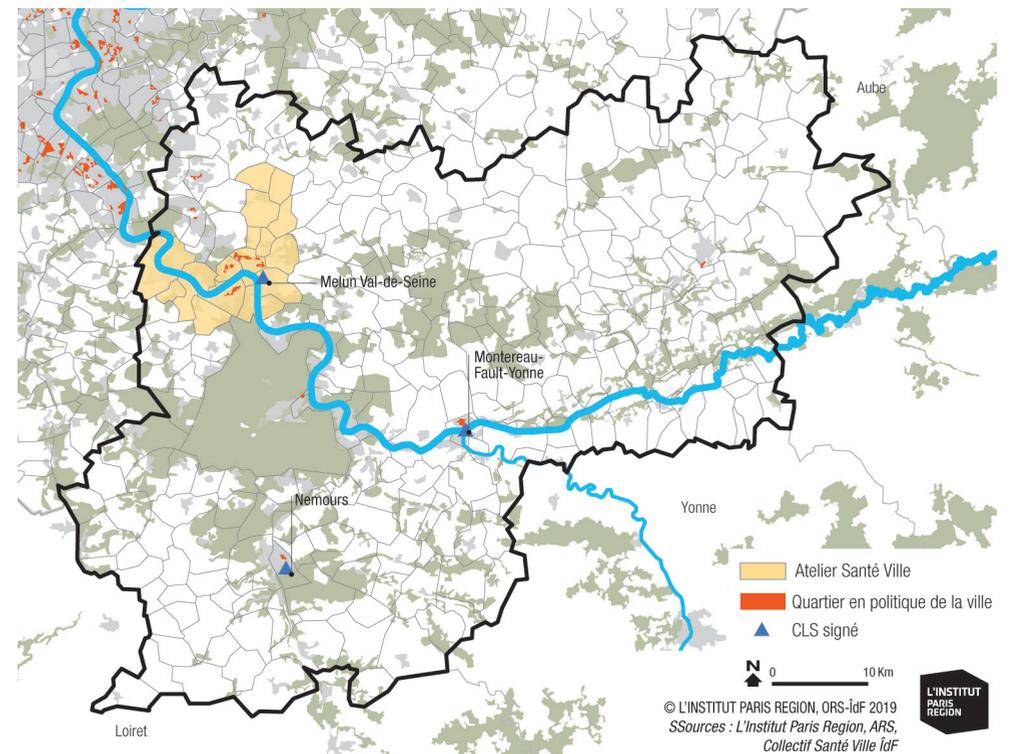
Le territoire compte quelques quartiers en politique de la ville (QPV), principalement situés dans la communauté d'agglomération de Melun Val de Seine, à Montereau-Fault-Yonne et à Nemours. Un atelier santé-ville (ASV) est opérationnel sur l'intercommunalité Melun Val-de-Seine. Trois contrats locaux 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, 13 % de sa population est considérée comme immigrée au sens de l'Insee, 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 en 2019



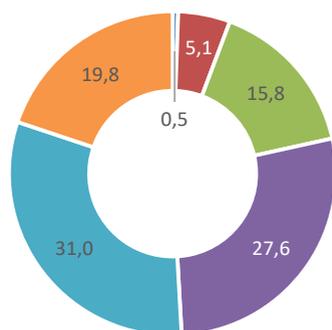
LES AUTRES USAGERS DU TERRITOIRE

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

Sur le territoire résident 278 400 actifs en activité, tandis que le territoire n'offre que 187 800 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 2016.

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 (76 % pour les artisans, commerçants, 64 et 62 % pour les employés et ouvriers, 54 % 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 (22 %), dans le Val-de-Marne (16 %) ou ailleurs en Seine-et-Marne (11 %).

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 hors Île-de-France (31 %), en Essonne (27 %), ailleurs en Seine-et-Marne (19 %), ou dans le Val-de-Marne (10 %).

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 96 % 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, 91 % 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, 50 % des étudiants résidant sur le territoire y poursuivent leurs études. Inversement, les écoles et universités du territoire accueillent 23 % 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%	96%	91%	50%	2%	4%	9%	23%

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 2016.

2 . Déterminants liés à l'environnement

QUALITÉ DE L'EAU DE CONSOMMATION

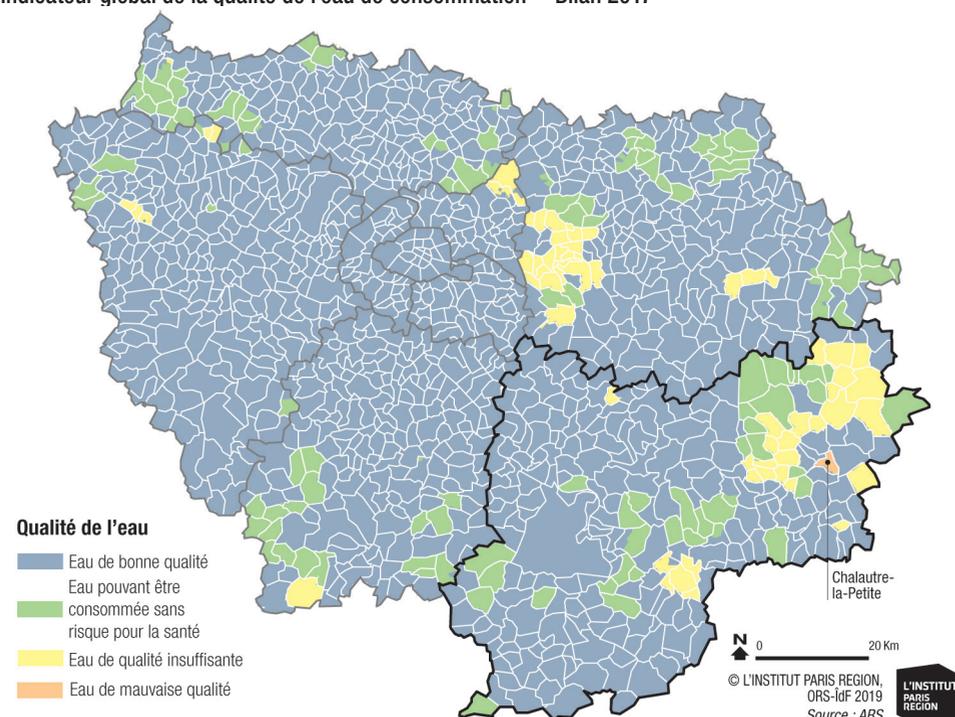
Une eau distribuée de qualité insuffisante dans plusieurs communes

Ce territoire est particulièrement touché par des problématiques de qualité de l'eau. En effet, en 2017, l'eau distribuée par 60 des 268 communes du territoire présentait une non-conformité pour au moins un des critères de qualité. sans toutefois que cela ne constitue un risque pour la santé.

De manière plus préoccupante, 26 communes ont distribué une eau de qualité insuffisante, touchant potentiellement 16 760 personnes soit 3,1 % de la population du territoire. A Chalaudre-la-Petite, 600 personnes (0,1% de la population du territoire) ont potentiellement reçu une eau de mauvaise qualité.

Voir page 17 les contextes et enjeux sanitaires concernant la qualité de l'eau de consommation.

Indicateur global de la qualité de l'eau de consommation* - Bilan 2017



*Voir glossaire : Indicateur global de qualité de l'eau.

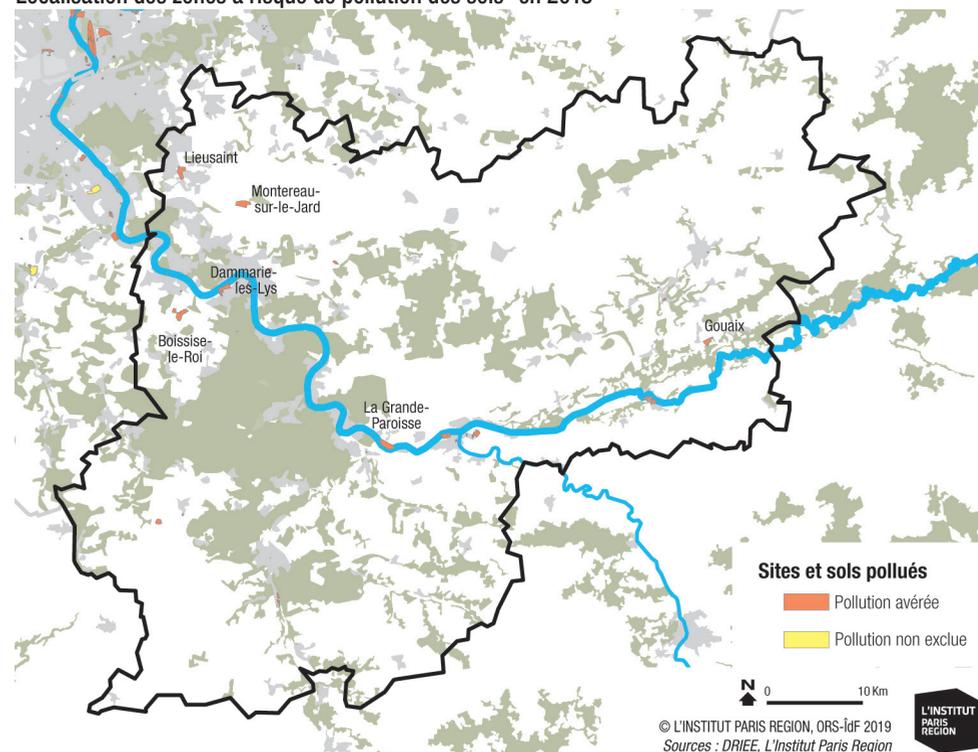
SITES ET SOLS POLLUÉS

Des sites pollués de taille importante

Le territoire compte 47 sites et sols potentiellement pollués* sur les 91 sites du département soit 9,7 % des sites de la région francilienne qui en compte 484. Les sites pollués du territoire (pollution avérée ou non exclue) occupent 6,1 km² soit 0,2 % de la surface du territoire. Le site le plus important en surface fait près de 1 km² et est situé sur la commune de Boissise-le-Roi.

Voir page 17 les contextes et enjeux sanitaires concernant les sites et sols pollués.

Localisation des zones à risque de pollution des sols* en 2018



* Voir glossaire : Zones à risque de pollution des sols.

QUALITÉ DE L'AIR

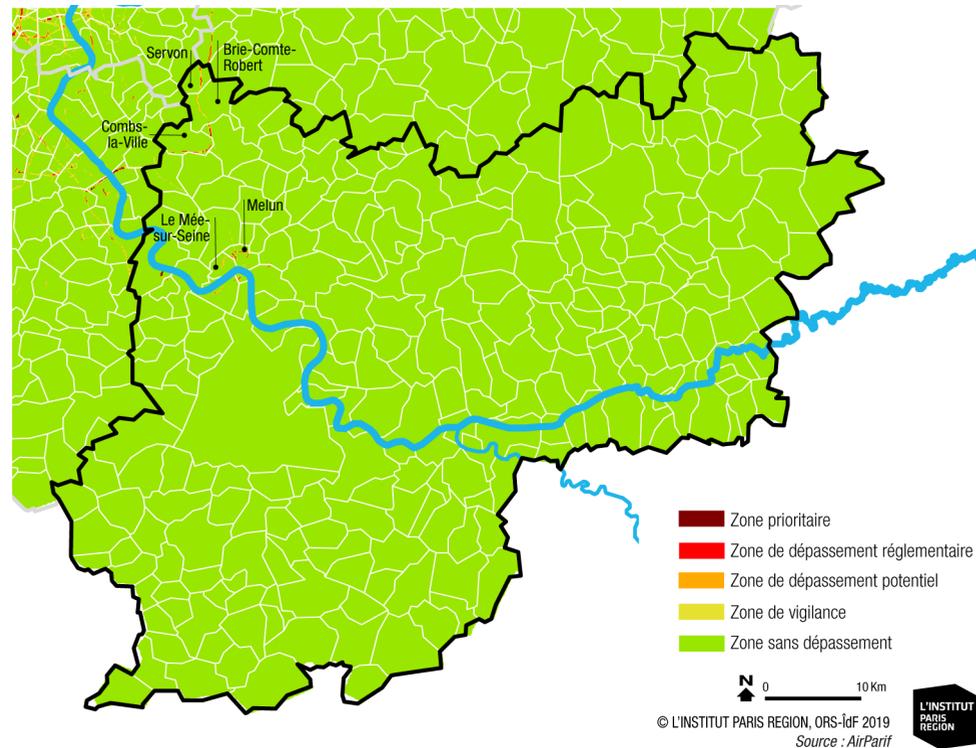
Un territoire peu exposé à la pollution atmosphérique

Melun est la commune du territoire qui compte, en volume, le plus d'habitants exposés (10 530 habitants) soit 18,4 % de la population de la commune.

Globalement, sur l'ensemble du territoire, 6 740 personnes (soit 1,2 % de la population totale du territoire) se situent en zone de vigilance, 1 440 (0,3 %) en zone de dépassement potentiel, 1 350 (0,2 %) en zone de dépassement réglementaire et 1 000 (0,2 %) en zone prioritaire.

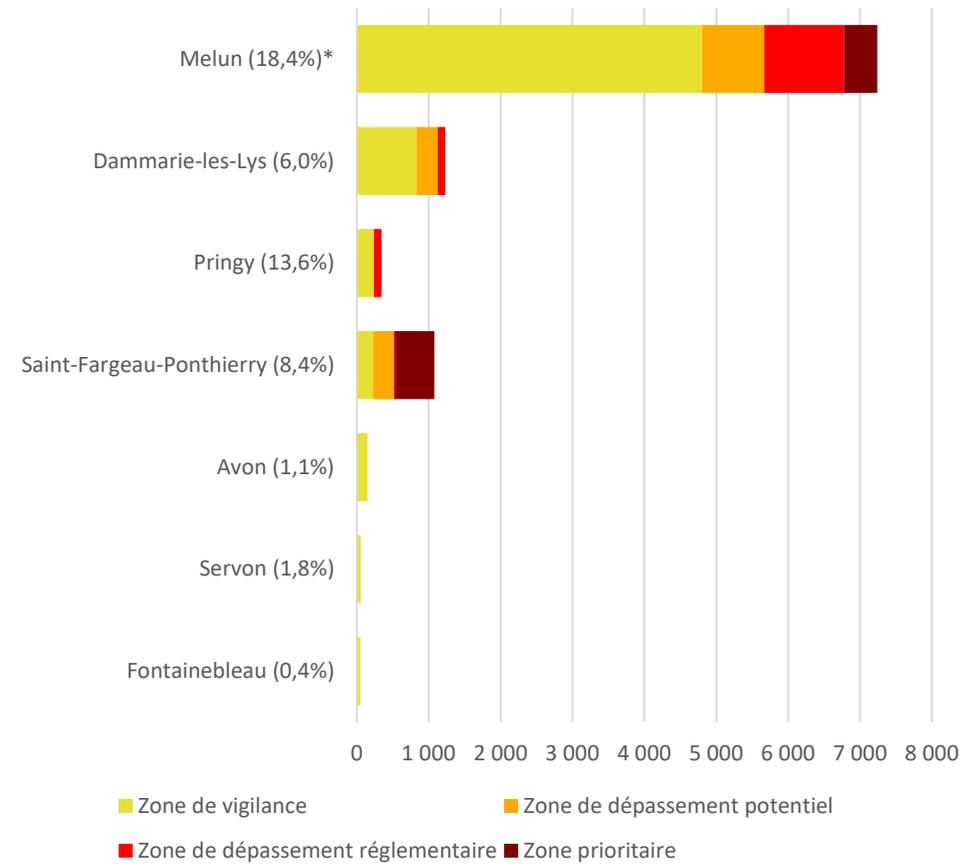
Voir page 17 les contextes et enjeux sanitaires concernant la pollution de l'air.

Cartographie multipolluants de la qualité de l'air* (NO₂, PM₁₀ et PM_{2,5}) sur le territoire en 2016



* Voir glossaire : Indice multipolluants.

Population communale soumise aux différentes situations d'exposition hors « zone sans dépassement »



*Part de la population résidant en zone de vigilance ou en dépassement (cela signifie, inversement, que 81,6 % des habitants de Melun résident en zone sans dépassement).

Note de lecture : L'exposition à la pollution atmosphérique engendre des impacts sanitaires même en deçà des seuils réglementaires. C'est pourquoi ont été définies des « zones de vigilance » afin de mieux rendre compte de la problématique.

Source : Airparif, 2016.

EXPOSITION AU BRUIT

Un peu territoire peu impacté par les nuisances sonores

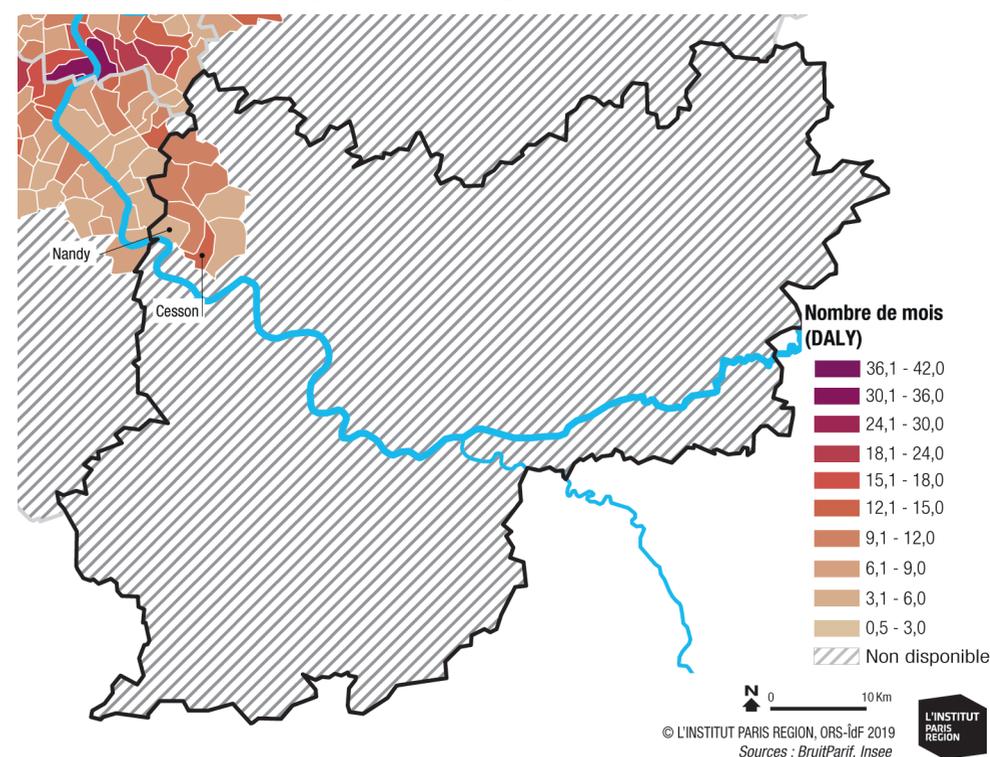
Globalement, le territoire est peu concerné par les nuisances sonores d'origine routière et issue du bruit ferré. Il n'est pas non plus impacté par le bruit aérien.

Près de 7 500 personnes (soit 1,4 % de la population totale du territoire) sont potentiellement exposées au bruit routier sur leur lieu de résidence (dépassement de la valeur limite L_{den}^* 68 dBA). Le bruit ferré (dépassement de la valeur limite 63/68 dBA), quant à lui, impacte potentiellement 440 habitants du territoire (soit 0,1 % de la population).

A partir d'une méthodologie proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Bruitparif a calculé, pour les communes de l'agglomération parisienne, un indicateur mesurant le nombre d'années en bonne santé perdues (DALY – Disability Adjusted Life Years*) en lien avec la gêne et les perturbations du sommeil. Sur le territoire, seules huit communes font partie de l'agglomération parisienne et sont donc concernées par la mesure. Les pertes de mois de vie en bonne santé pour leurs habitants du fait de leur exposition aux nuisances sonores varient, selon les communes, de 5 mois à Nandy à 12,9 mois à Cesson.

Voir page 18 les contextes et enjeux sanitaires concernant l'exposition au bruit.

Nombre de mois de vie en bonne santé perdus par individu sur une vie entière du fait de son exposition aux nuisances sonores sur son lieu de résidence en 2019

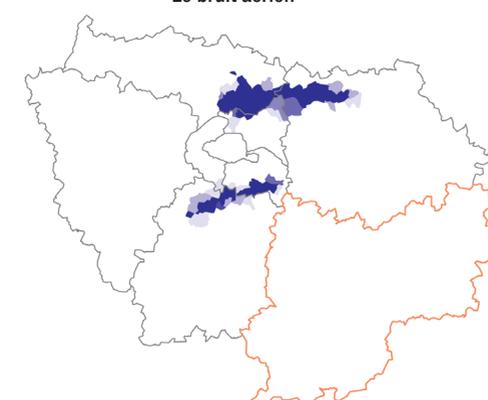
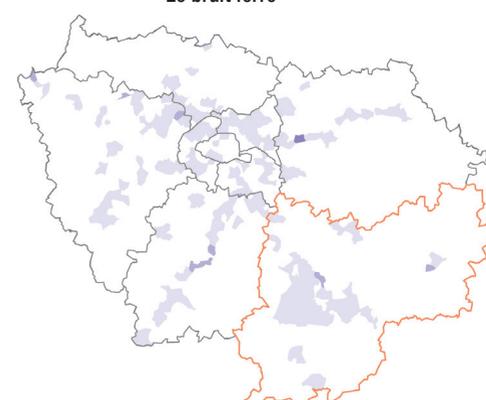
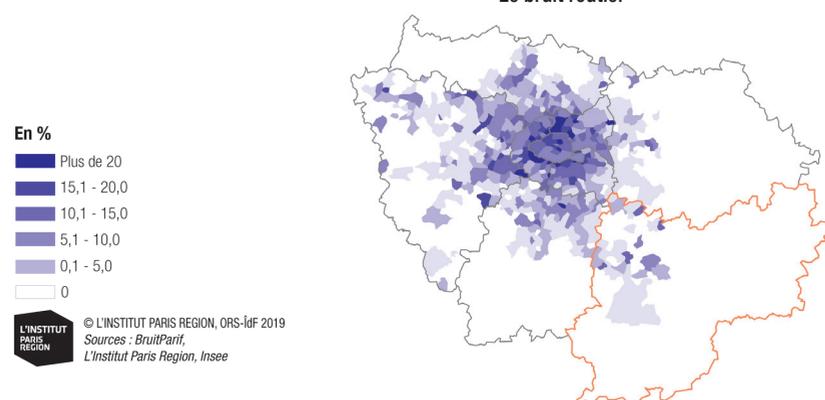


Pourcentage de la population exposée en 2018 au dépassement de la valeur limite (indicateur L_{den}^*) pour :

Le bruit routier

Le bruit ferré

Le bruit aérien



* Voir glossaire : Indicateurs L_{den} et DALYs.

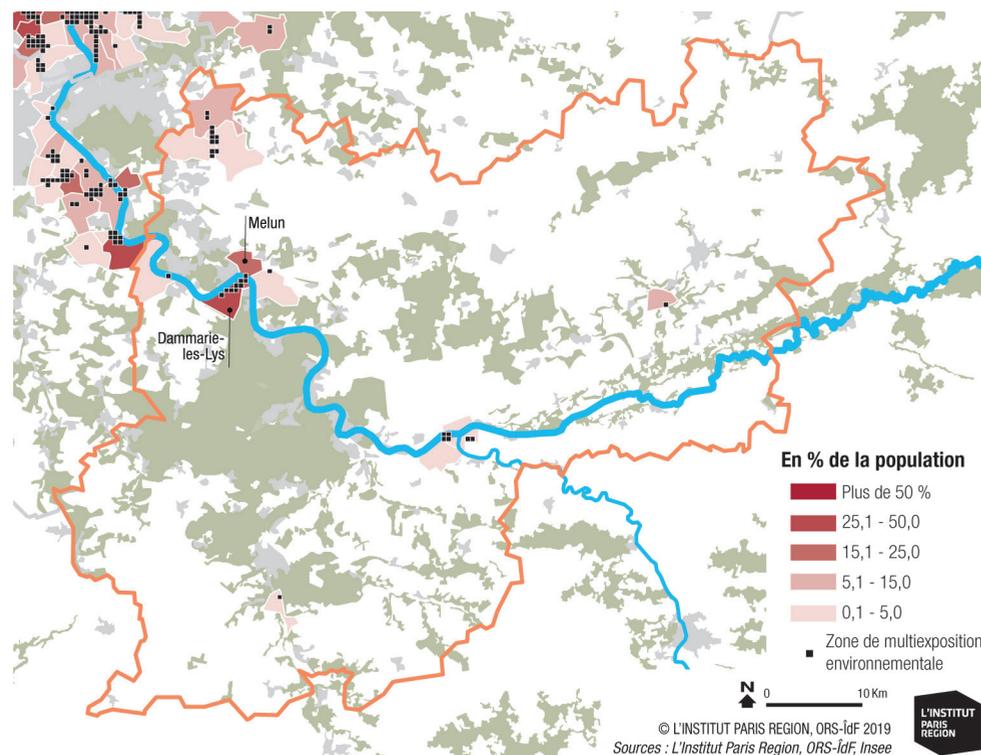
ZONES DE MULTI-EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE

Peu de zones de multi-exposition sur le territoire

Certains secteurs, localisés dans la frange ouest du territoire, sont exposés à un cumul de nuisances et de pollutions environnementales. La plupart sont faiblement peuplés, excepté à Melun et à Dammarie-les-Lys. Sur l'ensemble du territoire, ce sont près de 14 200 personnes qui sont potentiellement exposées à un cumul d'au moins trois nuisances et de pollutions environnementales, soit 2,6 % de la population du territoire.

	77 Sud	Seine-et-Marne	Île-de-France
Part de la population potentiellement multi-exposée	2,6 %	1,6 %	13,1 %

Localisation des zones de multi-exposition environnementale* et pourcentage de la population communale potentiellement exposée à au moins trois nuisances ou pollutions environnementales en 2016



* Voir glossaire : Zones de multi-exposition environnementale.

HABITAT POTENTIELLEMENT INDIGNE

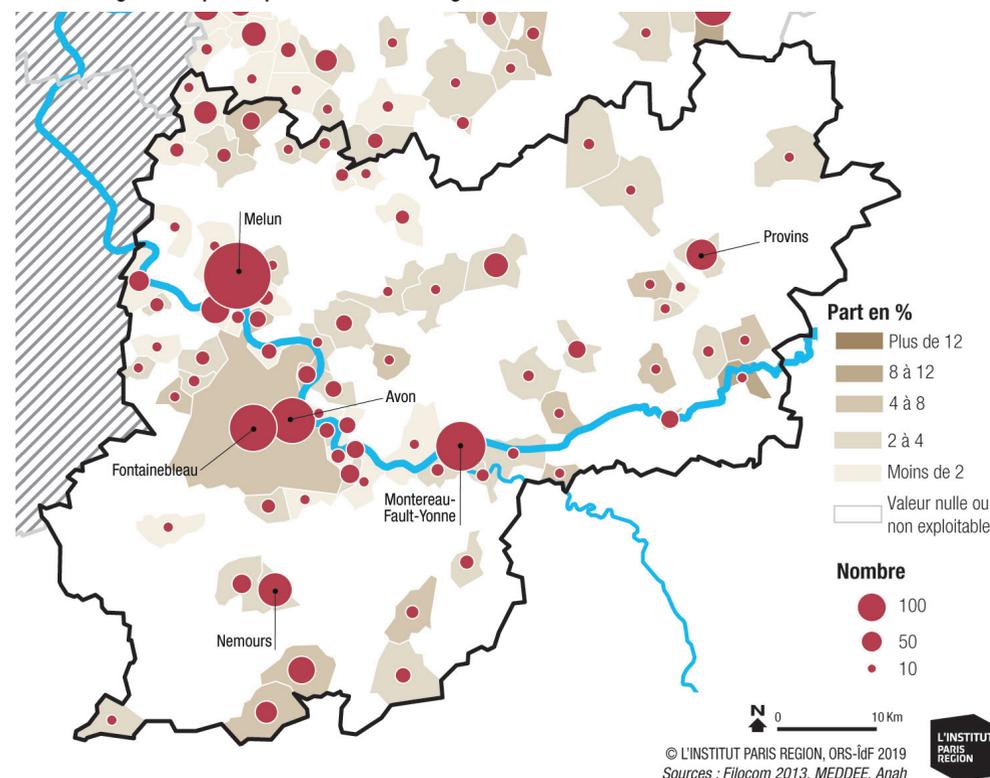
Des logements potentiellement indignes localisés principalement dans les centres urbains anciens des grandes villes

Sur le territoire, on dénombrait, en 2013, près de 4 200 logements privés potentiellement indignes (PPI), soit 2,3 % du parc total des résidences principales. Ce taux est supérieur à celui du département de la Seine-et-Marne puisqu'on y estime à 10 200 le nombre de logements privés potentiellement indignes (soit 2,3 % du parc total des résidences principales privées du département).

Ce sont les communes de Melun, Avon, Fontainebleau et Montereau-Fault-Yonne qui ont le plus de PPI en volume.

Voir page 18 les contextes et enjeux sanitaires concernant l'habitat dégradé.

Part des logements privés potentiellement indignes* en 2013



* Voir glossaire : Parc privé potentiellement indigne.

Les données n'étant pas comparables d'un département à l'autre, les départements limitrophes ont été hachurés.

CONTEXTES ET ENJEUX SANITAIRES DE L'ENVIRONNEMENT



Qualité de l'eau de consommation

Les enjeux de santé publique de l'eau potable reposent sur la maîtrise des risques microbiologiques et chimiques de la ressource au robinet du consommateur. Une contamination microbienne, notamment due à des pannes dans la procédure de désinfection de l'eau, peut conduire à court terme à des pathologies le plus souvent de nature digestive.

Les nitrates et les pesticides, liés principalement aux activités agricoles, peuvent également avoir un impact sur la santé. A court terme, en cas de forte concentration, ils peuvent être la cause d'intoxications aiguës ou de troubles nerveux, digestifs, respiratoires, cardiovasculaires ou musculaires. A long terme et pour des doses plus faibles, les pesticides peuvent entraîner des cancers, des effets neurologiques et des troubles de la reproduction.

Pollution de l'air

L'exposition à la pollution de l'air favorise le développement de pathologies chroniques graves, en particulier des pathologies cardiovasculaires, respiratoires et des cancers. Un nombre croissant d'études pointe également des impacts sur la reproduction, sur le développement de l'enfant, sur les maladies endocriniennes ou encore neurologiques. Cela se traduit par une augmentation de la mortalité, une baisse de l'espérance de vie et un recours accru aux soins. Ces effets sanitaires sont observés pour des niveaux d'exposition couramment rencontrés dans l'agglomération parisienne. Ainsi la qualité de l'air au sein de la région est encore insuffisante pour prévenir les impacts sanitaires qui concernent l'ensemble de la population et touchent en particulier les plus fragiles. Plus les niveaux d'exposition sont élevés, plus les risques augmentent. Parmi les nombreux émetteurs de polluants atmosphériques, le trafic routier constitue une source particulièrement préoccupante du fait de l'intensité et de la nature des émissions ainsi que de l'urbanisation dense à proximité des voies à grande circulation.



Sites et sols pollués

De par son passé industriel, l'Île-de-France compte de nombreux sites et sols pollués, c'est-à-dire de sites qui, du fait d'anciens dépôts de déchets ou d'infiltration de substances polluantes, présentent une pollution susceptible de provoquer une nuisance ou un risque pérenne pour les personnes ou l'environnement.

Les modalités d'exposition de la population sont multiples, que ce soit par ingestion (de terre, de produits végétaux alimentaires cultivés sur des terres polluées, d'eau après d'un transfert de polluant du sol vers la nappe phréatique) par inhalation (poussières émises par les sols pollués, volatilisation du polluant à partir du sol), ou par contact cutané.

Les effets sanitaires sur les populations riveraines sont très difficiles à mettre en évidence, même si l'exposition est démontrée par des marqueurs (teneurs d'arsenic dans les urines, par exemple). Si des effets sanitaires ont été constatés chez des riverains de sites et sols pollués ou plus particulièrement de sites d'enfouissement de déchets en France (Montchanin, Salsigne, Viviez), la validité statistique des associations cause-effets est généralement faible. En revanche, la dimension psychosociale apparaît plus clairement : facteurs psychosociaux en lien notamment avec des problématiques d'odeurs ou plus largement de perception des risques, intervenant souvent dans des situations sociales dégradées. Des inquiétudes pour la santé ou plaintes peuvent être exprimées par les populations qui vivent sur ces sites ou à proximité immédiate, avec des signalements de regroupements de cas de cancers, symptômes variés, troubles de santé ressentis, perceptions désagréables, gêne et altération de la qualité de vie. Ces effets se manifestent avant même l'expression des facteurs toxiques (voir : Sols pollués et santé à un échelle locale. Note de position de l'Institut de veille sanitaire [en ligne] Santé publique France (page consultée juin 2019) disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/63028/248561/version/2/file/note_position_sols_pollues.pdf).



Exposition au bruit

De nombreuses études ont montré que les expositions ambiantes au bruit étaient associées à des effets extra-auditifs non spécifiques (les niveaux ambiants étant généralement trop faibles (<85 dB) pour affecter le système auditif) : troubles du sommeil, diminution de la vigilance, de l'efficacité au travail ou de l'apprentissage durant l'enfance mais aussi augmentation du diabète, de l'hypertension artérielle et des accidents vasculaires cérébraux ainsi que de l'incidence et de la mortalité d'origine coronarienne. Le bruit est par ailleurs responsable de nombreux effets psychosociaux, avec en premier lieu une dégradation de la qualité de vie, mais aussi une modification des attitudes et du comportement social (agressivité et troubles du comportement, diminution de la sensibilité et de l'intérêt à l'égard d'autrui).

L'habitat dégradé

L'habitat dégradé constitue en Île-de-France l'un des déterminants environnementaux et sociaux de santé les plus importants. En effet, la région est caractérisée par un poids particulièrement élevé de son parc ancien de logements, privé comme social, qui s'explique par l'intensité et l'ancienneté de son urbanisation (66 % des résidences principales ont été construites avant 1975 à l'échelle régionale, 83 % à Paris). La lutte contre l'habitat indigne est une priorité du Schéma régional de l'habitat et de l'hébergement (SRHH) approuvé en novembre 2017. Le champ de l'habitat indigne a été défini en droit par l'article 84 de la loi du 27 mars 2009, dite de Mobilisation pour le Logement et de Lutte contre les Exclusions qui précise que « constituent un habitat indigne, les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé. » L'habitat indigne recouvre ainsi toutes les situations d'insalubrité, de locaux avec un risque d'accessibilité au plomb, les immeubles menaçant ruine, les hôtels meublés dangereux, l'habitat précaire. Leur suppression ou leur réhabilitation relève des pouvoirs de police administrative des maires ou des préfets.

De nombreuses pathologies sont accentuées, voire provoquées par un habitat dégradé : maladies respiratoires, maladies infectieuses, accidents domestiques, saturnisme, intoxication au monoxyde de carbone. Par ailleurs le logement influence aussi le développement social de l'individu ainsi que sa santé mentale.

3 . État de santé

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

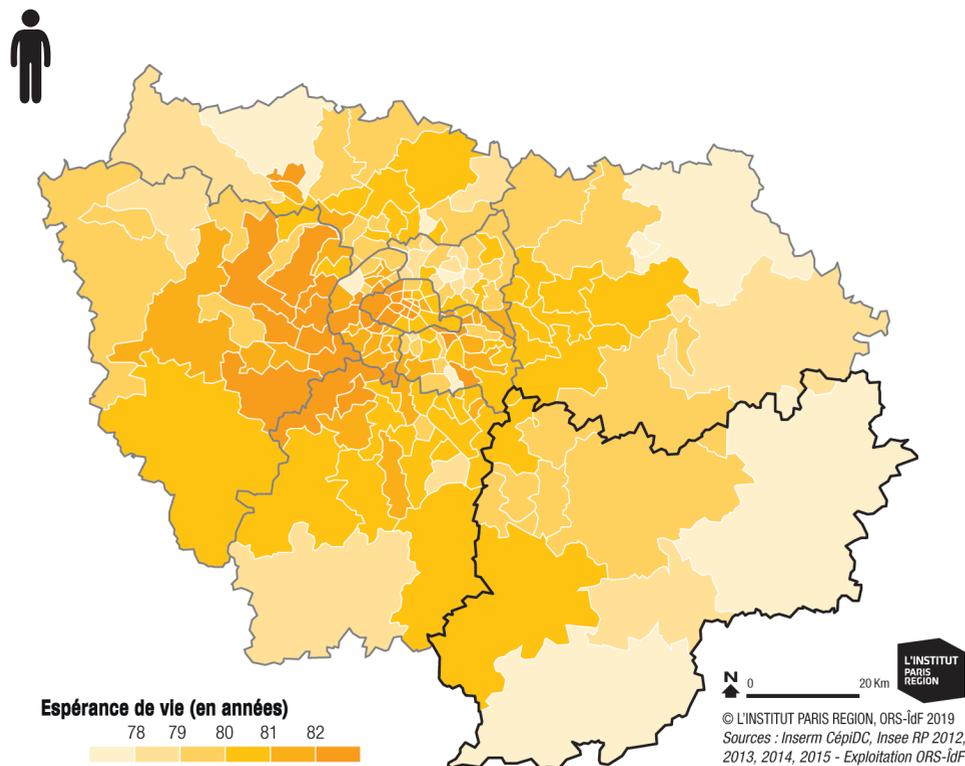
Dans tous les cantons-villes du territoire, les hommes comme les femmes, ont une espérance de vie à la naissance inférieure à celle observée au niveau régional (80,9 ans chez les hommes, 86,3 ans chez les femmes).

Les cantons-villes les moins favorisés du territoire présentent les espérances de vie les plus faibles, chez les hommes comme chez les femmes : les espérances de vie les plus basses s'observent, chez les hommes, dans les cantons-villes de Provins (78 ans), Monterau-Fault-Yonne (78,2 ans) et

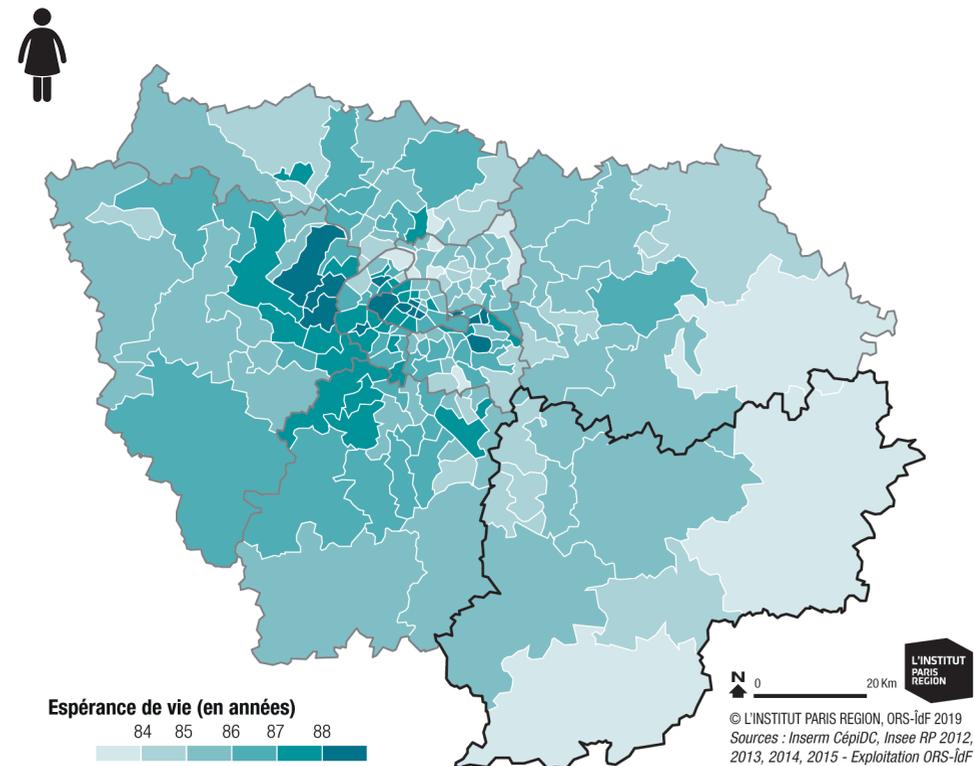
Nemours (77,5 ans) et, chez les femmes, dans les cantons-villes de Provins (83,8 ans), Combs-la-Ville (84,3 ans) et Nemours (83,6 ans).

Au contraire, l'espérance de vie à la naissance la plus élevée du territoire et supérieure à la moyenne régionale est enregistrée sur le canton-ville de Fontainebleau chez les hommes (80,8 ans) et de Melun chez les femmes (85,9 ans).

Espérance de vie à la naissance chez les hommes par canton-ville, 2012-2015



Espérance de vie à la naissance chez les femmes par canton-ville, 2012-2015



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		Valeur rég.	minimum territoire		maximum territoire
1	Espérance de vie à la naissance - Hommes	79,3		80,9	79,3		84,1
2	Espérance de vie à la naissance - Femmes	84,9		86,3	84,7		88,7
3	Espérance de vie à 35 ans - Hommes	45,5		46,9	45,5		49,9
4	Espérance de vie à 35 ans - Femmes	50,7		52,0	50,7		54,3
5	Espérance de vie à 60 ans - Hommes	23,1		24,3	23,0		26,9
6	Espérance de vie à 60 ans - Femmes	27,2		28,5	27,1		30,5
		Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire	maximum territoire
7	Mortalité générale - Hommes	2102	945,7	830,4	114,2	76,4	114,6
8	Mortalité générale - Femmes	2133	597,4	517,4	116,6	80,6	116,6
9	Mortalité prématurée Hommes (avant 65 ans)	572	232,1	205,4	112,7	72,9	116,0
10	Mortalité prématurée Femmes (avant 65 ans)	300	118,1	106,1	111,0	78,4	116,5
11	Mortalité prématurée évitable	779	135,7	117,8	115,6	73,9	118,0

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 (+14,2 % chez les hommes et +16,6 % chez les femmes) et la plus élevée, chez les hommes comme chez les femmes, de tous les territoires de coordination. En ce qui concerne la mortalité prématurée, elle est également supérieure au niveau régional de +12,7 % chez les hommes et de +11,0 % chez les femmes. Il en est de même pour la mortalité prématurée évitable supérieure de +15,6 % à la moyenne régionale et parmi les plus élevées des territoires de coordination.

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données : 1-6/ Données 2013-2015, Inserm CépiDc, Insee 7-11/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) Données 2013-2015.

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

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

ÉTAT DE SANTÉ PAR TRANCHE D'ÂGE

Santé des mères et des enfants de moins de 1 an : un niveau de mortalité infantile comparable à la moyenne régionale

	Santé des mères et des enfants de moins de 1 an	Valeur		Valeur rég.	minimum territoire		maximum territoire
12	Age moyen de la mère à la naissance	30,5		31,4	30,4		33,6
13	Enfants nés de mères âgées de plus de 40 ans (%)	4,7		5,9	4,3		10,3
14	Enfants nés de mères âgées de moins de 18 ans (%)	0,7		0,5	0,0		1,0
15	ICF (15-49 ans)	2,0		2,0	1,3		2,6
		Effectif	taux	taux rég.	minimum territoire		maximum territoire
16	Mortalité néonatale (moins de 28 jours)	21	2,7	2,8	2,0		3,7
17	Mortalité néonatale précoce (moins de 7 jours)	16	2,0	2,0	1,4		2,7
18	Mortalité infantile (moins de 1 an)	30	3,9	3,9	2,7		5,3

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) du territoire est de 2,0 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 État civil 2017.

N.B. : Les effectifs correspondent au nombre annuel moyen de décès sur la période de 5 ans, 2013-2017. Les indicateurs sont calculés sur la période de 5 ans, 2013-2017. Pas de tests statistiques effectués sur la mortalité des moins de 1 an.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans : une attention serait à porter aux affections psychiatriques

	Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
19	Personnes en ALD (0-14 ans)	3101	2616,5	2648,2	99,0	57,1		143,7
20	Admission en ALD (0-14 ans)	453	391,3	413,8	94,7	61,5		141,6
21	Mortalité générale (1-14 ans)	13	11,3	38,1	117,9	65,4		126,3
22	Admission en ALD pour affection psychiatrique (0-14 ans)	156	134,4	117,6	114,2	66,3		138,2
23	Admission en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (0-14 ans)	85	73,2	81,1	90,8	43,8		234,2

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 19/ Statistiques de l'assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2017. 20,22,23/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014. 21/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015.

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. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

En jaune sont indiqués les indicateurs basés sur des effectifs suffisants pour estimer si la sur ou sous occurrence observée du phénomène est statistiquement significative mais trop faibles par ailleurs pour représenter de manière fiable l'ampleur de cette sur ou sous occurrence.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

Les jeunes de moins de 15 ans du territoire présentent des indicateurs sanitaires comme les nouvelles admissions en ALD, et notamment en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave, meilleurs qu'en moyenne en Île-de-France (respectivement -5,3 % et -9,2 %). Le nombre de jeunes de moins de 15 ans en ALD et le niveau de mortalité de ces jeunes seraient quant à eux comparables à la moyenne régionale. Il convient cependant d'interpréter ces chiffres prudemment, compte tenu de la variabilité du taux dû aux faibles effectifs.

Seules les nouvelles admissions en ALD pour affection psychiatrique sont, sur le territoire, supérieures de +14,2 % à la moyenne francilienne.

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

	Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
24	Mortalité des 15-24 ans	32	46	24,2	190,2	75,5		190,2
25	Admission en ALD pr insuffisance resp. chronique grave	23	34,2	21,1	161,2	71,0		229,5
26	Admission en ALD pour affection psychiatrique	99	145,9	151,2	96,7	67,2		121,6

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 24/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015. 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. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

En jaune sont indiqués les indicateurs basés sur des effectifs suffisants pour estimer si la sur ou sous occurrence observée du phénomène est statistiquement significative mais trop faibles par ailleurs pour représenter de manière fiable l'ampleur de cette sur ou sous occurrence.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

Chez les jeunes de 15 à 24 ans, les indicateurs sanitaires semblent également défavorables. Le territoire présente l'indice comparatif de mortalité le plus élevé des territoires de coordination, supérieur de +90,2 % à la moyenne francilienne (encore une fois, attention à la variabilité du taux dû aux faibles effectifs : la surmortalité semble significative, le niveau de surmortalité, lui, doit être manié avec plus de précaution).

De plus, le nombre de nouvelles admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave est supérieur de +61,2 % 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. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
27	Mortalité des 25-44 ans	130	86,6	68,4	127,2	77,6		127,2
28	Mortalité des 45-64 ans	665	436,2	400,4	109,0	71,7		115,1
29	Mortalité des 25-64 ans	795	253,7	227,1	111,6	74,1		116,2
30	Admission en ALD cancer (<65 ans)	1223	255,6	252,3	101,0	88,6		107,6
31	Mortalité par cancer (<65 ans)	342	67,4	64,8	104,0	74,5		114,4
32	Admission en ALD mal. cardiovasculaires (<65 ans)	1060	220,7	203,2	108,4	62,1		133,4
33	Mortalité par mal. cardiovasculaires (<65 ans)	113	22,3	18,2	122,7	56,9		144,7

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 27-29, 31, 33/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015. 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. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

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. Le territoire présente le taux standardisé de mortalité chez les 25-44 ans le plus élevé des territoires de coordination. 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 65 ans et plus : une mortalité plus élevée des séniors

	Santé des personnes âgées de 65 ans et plus	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
34	Mortalité des 65 ans et plus	3363	3658,3	3150,3	116,7	79,1		117,7
35	Admission en ALD pour cancer	1245	1618,2	1691,8	95,5	90,2		107,0
36	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	1782	2291,2	2293,5	99,7	79,3		106,1
37	Admission en ALD pour diabète	755	973,3	948,7	102,8	58,0		146,0
38	Personne en ALD pour maladie d'Alzheimer	3036	3269,2	3068,6	106,0	85,2		122,3
39	Admission en ALD pour maladie d'Alzheimer	497	616,2	636,0	96,8	85,8		113,0

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 34/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015. 35-37, 39/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014. 38/ Statistiques de l'assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2017.

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. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

Les décès des 65 ans et plus représentent 79,4 % 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 maladies cardiovasculaires et pour diabète sont sensiblement comparables aux moyennes franciliennes sauf une sous-admission en ALD pour cancer. En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, l'indicateur comparatif de prévalence est supérieur à celui de la région.

ÉTAT DE SANTÉ PAR PATHOLOGIES

Les cancers : une surmortalité par cancer dans le territoire, notamment par cancer des VADS

	Cancers	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
40	Mortalité par cancer	1181	216,0	208,6	103,5	86,3		113,4
41	Personne en ALD pour cancer	21620	4009,7	3675,7	109,1	91,4		109,9
42	Admission en ALD pour cancer	2468	479,5	488,8	98,3	90,4		107,3
43	Mortalité par cancer des VADS	66	11,7	10,7	111,7	72,8		124,3
44	Admission en ALD pour cancer des VADS	142	26,9	24,4	110,4	70,8		115,1
45	Mortalité par cancer du poumon	219	39,9	41,0	97,5	73,4		117,4
46	Admission en ALD pour cancer du poumon	207	40,1	44,6	90,6	87,4		121,6
47	Mortalité par cancer du sein	90	28,3	30,3	95,5	87,2		110,3
48	Admission en ALD pour cancer du sein	483	172,7	185,5	92,8	81,3		117,9
49	Mortalité par cancer de la prostate	59	29,2	28,5	101,7	89,4		114,8
50	Admission en ALD pour cancer de la prostate	320	142,8	140,5	103,4	89,3		113,7
51	Mortalité par cancer du côlon-rectum	116	21,3	20,5	102,9	77,4		115,3
52	Admission en ALD pour cancer du côlon-rectum	252	49,9	49,2	101,3	86,1		107,2

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 40, 43, 45, 47, 49, 51/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015. 41/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2017. 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. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

Le territoire est dans une situation défavorable en ce qui concerne les cancers. Avec 1 181 décès par cancer en moyenne par an entre 2013 et 2015 (soit 27,9 % des décès du territoire), le taux standardisé de mortalité du territoire s'élève à 216,0 décès pour 100 000 habitants, et l'indice comparatif de mortalité est supérieur de +3,5 % à la moyenne régionale. Cette surmortalité par cancer observée sur le territoire est surtout due au cancer des VADS, où l'on observe une surmortalité de +11,7 % 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 18,5 % des décès par cancer du territoire. On observe aussi une fréquence d'ALD pour cancer supérieure de +9,1 % 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 -9,4 % et de -7,2 % 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. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
53	Mortalité par maladies cardiovasculaires	982	170,0	137,8	124,1	73,7		125,2
54	Mortalité par cardiopathie ischémique	229	40,1	34,6	116,9	70,9		135,1
55	Mortalité maladies vasculaires cérébrales	225	39,1	31,6	125,0	76,0		132,0
56	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	2843	560,9	546,6	102,7	74,6		116,2

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

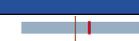
Sources des données: 53, 54, 55/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015. 56/ Statistiques de l'assurance maladie (RG, RSI, MSA). 2012-2014.

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. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

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 +24,1 %, +16,9 % et +25,0 %). Les décès par maladies cardiovasculaires représentent 23,2 % des décès du territoire.

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

	Diabète	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
57	Personne en ALD pour diabète	26929	4932,0	4346,9	113,1	44,9		166,4
58	Admission en ALD pour diabète	2074	391,7	386,2	101,3	51,6		172,8

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

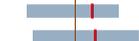
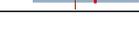
Sources des données : 57/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2017. 58/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

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. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

En 2017, le territoire comptait 26 929 personnes en ALD pour diabète, avec un taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour diabète de 391,7 pour 100 000 habitants sur la période 2012-2014. Le territoire se situe ainsi au-dessus des moyennes régionales de +13,1 % en fréquence d'ALD pour diabète.

Les maladies de l'appareil respiratoire : une forte surmortalité par maladies de l'appareil respiratoire par rapport à la moyenne régionale

	Maladies de l'appareil respiratoire	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
59	Mortalité par maladies de l'app.respiratoire	304	54,1	41,3	129,1	74,3		145,4
60	Personne en ALD pour mal. de l'app. respiratoire	5263	950,2	817,4	116,1	51,0		143,9
61	Admission en ALD pr mal. de l'app. respiratoire	583	109,4	91,8	119,4	56,8		163,8

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données : 59/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015. 60/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2017. 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.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

Entre 2013 et 2015, en moyenne par an, 304 personnes sont décédées de maladies de l'appareil respiratoire, soit une surmortalité de +29,1 % 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 : la situation du territoire également défavorable

	Troubles mentaux et du comportement	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
62	Personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement	13592	2428,3	2126,8	113,7	77,0		122,7
63	Admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement	1179	216,4	205,9	104,9	76,7		119,5

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données : 62/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2017. 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. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

Avec 13 592 personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement et 1 179 nouvelles admissions en moyenne par an, les indices comparatifs montrent des fréquences d'ALD et de nouvelles admissions en ALD supérieures de +13,7 % et de +4,9 % aux moyennes régionales.

La mortalité due à des pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac : des niveaux de mortalité due à l'alcool et au tabac supérieurs aux moyennes régionales

	Problèmes de santé liés à des comportements	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
64	Mortalité par pathologie liée à l'alcool	137	24,3	20,4	120,0	56,2		128,8
65	Mortalité par pathologie liée à l'usage du tabac	575	103,4	97,1	106,7	75,9		122,6

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 64, 65/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015.

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

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

Le territoire présente des surmortalités par pathologies liées à l'alcool et au tabac (+20,0 % et +6,7 % par rapport à la moyenne régionale). La mortalité par pathologies liées au tabac représente 13,6 % 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. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
66	Mortalité par accidents de la vie courante	158	27,3	23,0	119,2	87,7		119,2
67	Mortalité par accidents de la circulation	32	5,7	2,4	240,5	70,7		240,5

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 66, 67/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015.

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

En jaune sont indiqués les indicateurs basés sur des effectifs suffisants pour estimer si la sur ou sous occurrence observée du phénomène est statistiquement significative mais trop faibles par ailleurs pour représenter de manière fiable l'ampleur de cette sur ou sous occurrence.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

Entre 2013 et 2015, on observe 158 décès par accidents de la vie courante et 32 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 +19,2 % et +140,5 %).

Les personnes en situation de handicap

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

Sources des données: 68, 69/ Données de prestation sociale de la CCMSA et de la Cnaf au 31 décembre 2017. Pas de tests statistiques effectués sur les taux de bénéficiaires.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

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 2,3 % pour les adultes de 20 à 59 ans.

Le VIH sida : une situation favorable dans le territoire par rapport à la région

	VIH/SIDA	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire	maximum territoire
70	Admission en ALD VIH/SIDA - Hommes	46	16,5	39,0	43,3	34,4	354,1
71	Admission en ALD VIH/SIDA - Femmes	41	14,6	19,1	76,1	46,8	166,3
72	Personne en ALD VIH/SIDA - Hommes	706	257,7	577,5	44,5	35,4	357,6
73	Personne en ALD VIH/SIDA - Femmes	623	219,0	296,3	73,3	50,6	176,4

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014 et 2017.

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. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

La situation du VIH/sida sur le territoire est assez favorable par rapport à ce qui observé au niveau de la région (tout en restant - chez les femmes - à un niveau supérieur à celui observé sur l'ensemble de la France métropolitaine).

En 2017, le territoire comptait 706 hommes et 623 femmes en ALD 7 VIH, soit des taux standardisés par âge, respectivement de 257,7 pour 100 000 chez les hommes et 219,0 chez les femmes. Les indices comparatifs de prévalence chez les hommes comme chez les femmes sont inférieurs à ceux observés sur l'ensemble de la région (respectivement -55,5 % et -26,7 %).

Le canton-ville de Melun présente le taux standardisé de personnes en ALD 7 VIH le plus important du territoire.

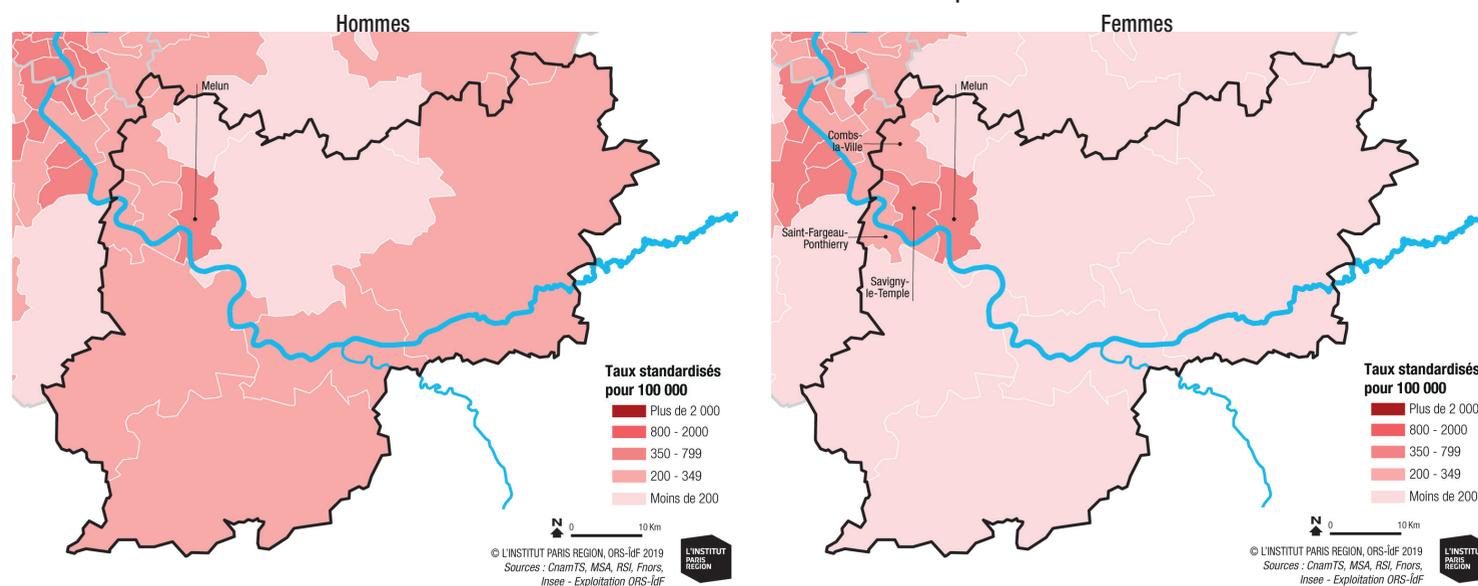
Entre 2011 et 2014, les nouvelles admissions en ALD 7 VIH concernent, en moyenne par an, 46 hommes et 41 femmes sur le territoire, avec des taux standardisés significativement inférieurs à ceux de la région (16,5 contre 39,0 pour 100 000 chez les hommes et 14,6 contre 19,1 pour 100 000 chez les femmes).

A noter cependant, qu'au niveau départemental, il est estimé* que 600 habitants de Seine-et-Marne (IC95% : [400;900]) vivraient avec le VIH/Sida sans le savoir, dont 3 personnes non diagnostiquées sur 10 sont des femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, 3 sur 10 sont des HSH** et 1 sur 10 des hommes hétérosexuels nés à l'étranger.

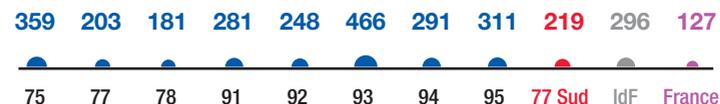
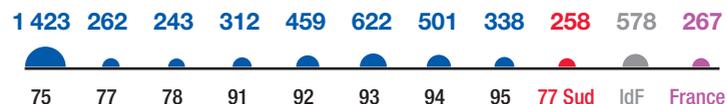
*Marty and al. Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: estimates for France. Journal of the International AIDS Society. 2018;21(3):e25100.

** Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Taux standardisé des bénéficiaires de l'ALD 7 VIH en 2017 par canton-ville



Taux standardisé des bénéficiaires de l'ALD 7 VIH en 2017 du territoire, des départements, de la région et de France métropolitaine (pour 100 000 habitants)



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).

DALYs (années de vie en bonne santé perdues) : À partir des données issues des cartes stratégiques de bruit exprimées selon les indicateurs Lden et Ln, Bruitparif a estimé, en tout point de l'agglomération parisienne (données d'exposition hors agglomération non disponibles), les nombres de personnes gênées et de personnes perturbées dans leur sommeil en fonction de leur niveau d'exposition au bruit des transports, en utilisant les relations dose-effet proposées par l'OMS.

La gêne et les perturbations du sommeil sont ensuite traduites en années de vie en bonne santé perdues (DALY pour Disability Adjusted Life Years) en appliquant un coefficient d'incapacité. Cet indicateur synthétique quantifie la dégradation de l'état de santé des populations du fait d'un effet sanitaire induit par une maladie ou par une exposition à un facteur environnemental.

Diabète : Les admissions en ALD pour diabète correspondent au code ALD 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'Institut Paris Région, 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

Indicateur global de la qualité de l'eau : L'indicateur global de qualité de l'eau est construit au niveau national à partir de 31 paramètres disposant de limites de qualité (pour lesquels des effets sur la santé sont connus ou suspectés lorsque ces limites ne sont pas respectées).

Pour chacun des 31 paramètres sont définies des classes de qualité de A à D :

- A : Eau de bonne qualité
- B : Eau pouvant être consommée sans risque pour la santé
- C : Eau de qualité insuffisante ayant pu ou faisant l'objet de recommandations d'usage
- D : Eau de mauvaise qualité ayant pu ou faisant l'objet de restrictions d'usage

L'indice global de qualité correspond à la note la plus défavorable des 31 paramètres.

Source : ARS Île-de-France

Indicateurs Lden : L'indicateur Lden (Level day evening night) est un indicateur d'exposition au bruit pondéré sur 24h. A même niveau de bruit, la gêne y est considérée comme trois fois plus importante en soirée (18h-22h) et dix fois plus importante durant la nuit (22h-6h) qu'en journée (6h-18).

Indicateur Ln : bruit nocturne sur la période 22h-6h.

Indice multipolluants : Cet indice prend en compte les trois polluants majeurs suivants : NO₂ (moyenne annuelle), PM₁₀ (nombre de jours de dépassements du 50 µg/m³ médian pour les cinq dernières années), PM_{2,5} (moyenne annuelle médiane des cinq dernières années).

Pour chaque paramètre est calculé le ratio de la valeur obtenue par la valeur réglementaire (valeur limite (VL) pour le NO₂ : 40 µg/m³ ; VL pour les PM₁₀ : 35 jours à ne pas dépasser dans l'année ; valeur cible pour les PM_{2,5} : 20 µg/m³).

En chaque point, la valeur retenue est la valeur maximale des trois ratios calculés. L'indice est présenté en cinq classes :

- Classe 1 : zone sans dépassement (entre 0 et 75 % de la VL)
- Classe 2 : zone de vigilance (entre 75 % et 90 % de la VL)
- Classe 3 : zone en dépassement potentiel (entre 90 % et 100 % de la VL)
- Classe 4 : zone en dépassement réglementaire (entre 100 % et 125 % de la VL)
- Classe 5 : zone prioritaire (au-dessus de 125 % de la VL)

Source : Airparif

Maladie cardiovasculaire : Les décès par maladie cardiovasculaire ou 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 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 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 sante 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 27^e jour de vie révolu. 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 néonatale précoce : La mortalité néonatale précoce désigne les décès des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 6^e jour de vie révolu. Son calcul se fait en comptant le nombre de décès d'enfants âgés de moins de 7 jours enregistrés durant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes.

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 (‰).

Parc privé potentiellement indigne (PPPI) : L'habitat dégradé, indigne ou insalubre est très difficile à recenser dans des fichiers statistiques administratifs. L'ancienneté du logement, par exemple, ne suffit pas : des logements construits avant 1948, lorsque la peinture au plomb était encore autorisée, ne posent de problème que si la réhabilitation n'a pas été réalisée et que la peinture est écaillée et apparente. Le parc privé potentiellement indigne est un indicateur de pré-repérage statistique issu du croisement de données relatives à la qualité du parc des logements privés (classement cadastral) et aux revenus de leurs occupants (ménages sous le seuil de pauvreté). Il nécessite des précautions d'interprétation (appréciations cadastrales influencées par les cultures locales limitant les comparaisons interdépartementales ; faible mise à jour du classement cadastral, performance moindre pour le repérage du bâti datant d'après 1970...). Il ne faut pas confondre parc privé potentiellement indigne et habitat dégradé, indigne ou insalubre. Il s'agit d'un outil de pré-repérage du parc privé de mauvaise qualité qui permet de hiérarchiser les territoires infra-départementaux par comparaison et d'interpeler les collectivités et l'Etat.

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.

Unité de consommation : Pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante : 1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ; 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie.

VADS : Voies aérodigestives supérieures.

Zones à risque de pollution des sols : Cette base de données recense les zones à risque de pollution des sols grâce à la connaissance acquise par l'inspection (DRIEE) dans le cadre de ses missions. Ce recensement est centré sur les activités économiques existantes ou historiques de type industriel. Compte-tenu de la relative jeunesse de la base (établie à partir de 2012), certains sites industriels historiques peuvent ne pas être référencés.

Cette base de données vient en complément de la base de données nationale BASOL (www.basol.developpement-durable.gouv.fr) qui recense les sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics. L'inventaire des sites pollués connus est conduit depuis 1994. Différents cas de figure sont à l'origine de la suspicion de pollution d'un site et de son inscription dans Basol. Elle peut être fortuite, à l'occasion de travaux sur un terrain ayant accueilli anciennement des activités industrielles, ou intervenir suite à une action des pouvoirs publics dans le cadre de leur mission de suivi et de contrôle des sites industriels. Les différentes modalités d'inscription dans la base sont : la recherche historique, les travaux, les transactions ou changements d'usage du site ou projet d'aménagement, les dépôts de bilan, les cessations d'activité (partielles ou totales), l'information spontanée, la demande de l'administration, l'analyse de la qualité des eaux (captages d'alimentation en eau potable, puits, eaux superficielles) et enfin les pollutions accidentelles.

L'ensemble des sites BASOL est repris dans la base de données sur les zones à risque de pollution des sols.

Sont également systématiquement enregistrées, depuis sa création, toutes les situations de cessation d'activité libérant des terrains. Il existe ainsi 2 types de zones : les zones où la pollution est avérée et les zones où la pollution est non exclue. La géolocalisation des zones à risque de pollution correspond au périmètre du site industriel. Cela ne préjuge pas du fait que la pollution puisse s'étendre hors de ce périmètre ou, qu'à l'inverse, un périmètre réduit du site présente un impact. Cette base de données fait l'objet d'une mise à jour semestrielle.

Source : Driee

Zones de multi-exposition aux risques environnementaux : Dans le cadre de l'action 6 du Plan régional santé environnement (PRSE 2), co-pilotée par l'ORS et la DRIEE Île-de-France, a été réalisée une cartographie des « points noirs environnementaux », zones de 500 mètres sur 500 mètres qui présentent un nombre cumulé (multi-exposition) de nuisances et pollutions supérieur ou égal à trois parmi les cinq indicateurs recensés :

- indicateur synthétique de dépassement des valeurs réglementaires de pollution de l'air pour au moins une année, sur la période 2010-2012, pour les cinq polluants suivants : les particules (PM₁₀ et PM_{2,5}), le Dioxyde d'Azote (NO₂), l'Ozone (O₃) et le Benzène (C₆H₆) ;
- indicateur synthétique de dépassement des valeurs limites en Lden pour les quatre sources de bruits suivantes : routes, voies ferrées, aéronefs et les Installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) ;
- un indicateur composé des sites ou anciens sites ICPE pour lesquels la DRIEE a connaissance d'une pollution des sols ;

- un indicateur synthétique de non-conformité physico-chimique de l'eau distribuée au robinet du consommateur pour au moins l'une des quatre substances : les nitrates, les fluorures, les pesticides et les bactéries ;
- un indicateur de présence d'installations industrielles et agricoles entrant dans le champ d'application de la directive IED (2010/75/UE).

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 :



LES PROJECTIONS DE POPULATION À L'HORIZON 2030 : ÉLÉMENTS DE MÉTHODE

Les projections de population réalisées par l'Institut Paris Région déclinent, à l'horizon 2030 et à l'échelle des territoires de coordination en santé, deux scénarios prospectifs¹. L'évolution de la population y est appréhendée à partir de l'évolution du parc de logement et de son occupation. (Population = Logements*taux de résidences principales*taille moyenne des ménages + Population hors ménage).

Le nombre de logements évolue sous l'effet de la construction neuve et du renouvellement du parc ancien (démolition, fusion, scission, ou changement d'usage). La taille moyenne des ménages (nombre moyen d'occupants d'un logement) dépend du type de logement (taille, statut d'occupation, ancienneté) et évolue en même temps que les modes de vie (vieillesse, décohabitation).

Le scénario bas suppose la construction de 50 000 logements par an en Île-de-France en moyenne entre 2015 et 2035. Le scénario Loi Grand Paris (scénario haut) suppose la construction de 70 000 logements par an en Île-de-France entre 2015 et 2035.

Pour estimer cette construction au niveau local, les projections se fondent notamment sur les permis de construire déjà autorisés, sur les projets des différentes collectivités connus de l'Institut Paris Région, sur le potentiel de densification des tissus existants, et sur les potentialités ouvertes par le Schéma directeur de la région Île-de-France (SDRIF).

Pour le territoire 77 Sud, la construction annuelle estimée à 2 400 logements dans le scénario bas et à 3 295 dans le scénario haut.

Le point de départ des projections par âge est la population résidant en logement ordinaire (recensement 2015). Cette population, déclinée par âge détaillé, évolue ensuite chaque année sous l'effet des trois composantes démographiques (naissances, décès, migrations). Les naissances domiciliées sur le territoire ont été intégrées pour les années 2015, 2016 et 2017. Elles sont ensuite simulées en appliquant la fécondité moyenne observée entre 2008 et 2014. Les taux de passage d'un âge à l'autre reprennent les paramètres départementaux de mortalité et les taux de migration vers et hors le département, corrigés des spécificités migratoires propres à chaque territoire. L'évolution de la mortalité suit le scénario central du modèle OMPHALE de l'Insee. Les spécificités migratoires ont été analysées à partir des données observées sur les migrations résidentielles dans les recensements de 2006, 2011 et 2015.

Dans le parc neuf, les projections intègrent des populations dont le profil est déterminé par le type de logement attendu, lui-même estimé à partir de ce qui a été construit dans le passé.

La population hors ménage de 2015 est ensuite ajoutée à l'identique, compte tenu de son renouvellement particulier.

1. Chantoiseau B., Chometon E., Ciesielski H., Louchart Ph., Poncelet Th., Roger S., Wittmann A.-L., « Évolutions conjointes du parc de logements et de la population en Île-de-France - Deux scénarios à l'horizon 2035 », Insee Analyses Île-de-France n° 90, décembre 2018 - https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3672867/if_ina_90.pdf).



Observatoire régional de santé Île-de-France

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

Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de la publication : Dr. Isabelle Grémy

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