

78 SUD

PROFIL DES TERRITOIRES DE COORDINATION

Décembre 2019

L'essentiel

Un territoire, urbain et rural, de 625 000 habitants, stable démographiquement et au profil social plutôt favorisé

- Un territoire des Yvelines qui compte plus de 625 000 habitants, dont près de 46 000 personnes de 75 ans ou plus ;
- Un territoire qui connaît un vieillissement relativement marqué qui devrait se poursuivre dans les prochaines années ;
- Un profil social globalement favorable, sauf sans certaines communes comme Trappes.

Un territoire relativement préservé des nuisances environnementales

- L'eau distribuée sur le territoire est très globalement de bonne qualité, les sites potentiellement pollués y sont très peu représentés, la pollution atmosphérique n'y touche que certaines communes situées à l'est du territoire. Cependant, les nuisances sonores (issues du trafic routier) impactent plus de 6 % de la population du territoire.

Des indicateurs sanitaires globalement plutôt favorables par rapport aux moyennes régionales

- Des espérances de vie à la naissance supérieures et des niveaux de mortalité générale et prématurée inférieurs aux moyennes régionales, à tous les âges ;
- Des points de vigilance cependant en ce qui concerne les affections psychiatriques des jeunes de 15 à 24 ans, les nouvelles admissions en ALD pour cancer, notamment du sein et de la prostate et la mortalité par maladie cardiovasculaire ou par accidents de la circulation ;
- Une situation vis-à-vis du VIH/sida particulièrement favorable par rapport aux moyennes régionales mais qui reste défavorable, pour les femmes, par rapport à la situation française moyenne (France métropolitaine).

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.

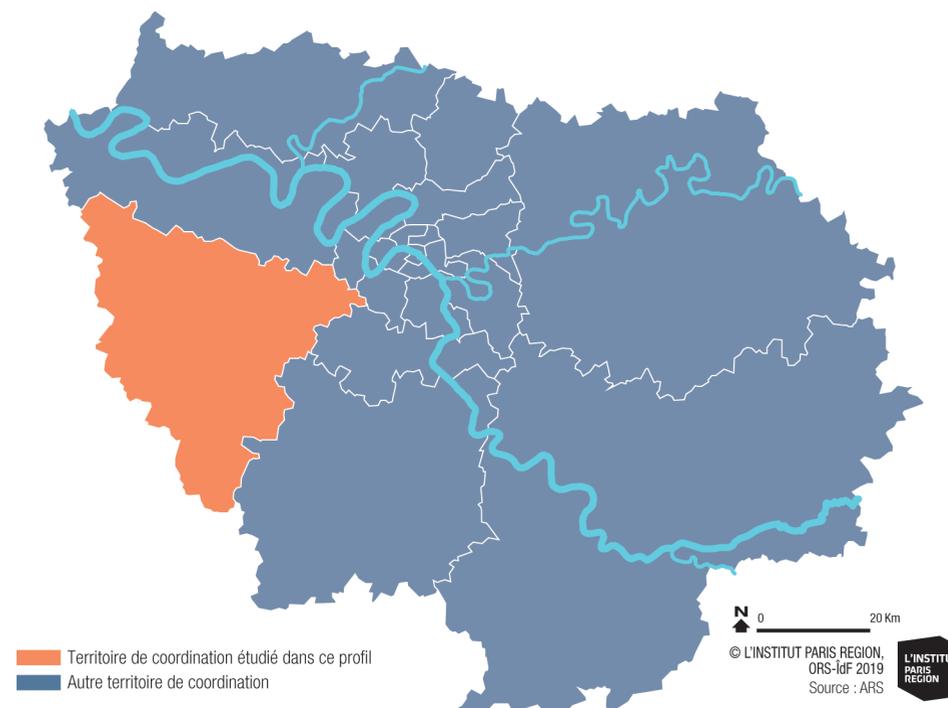
La troisième partie présente les principaux indicateurs relatifs à l'état de santé des populations du territoire : état de santé général (espérance de vie, mortalité et ALD) décliné par tranches d'âge tout d'abord, puis par pathologies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète...).

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

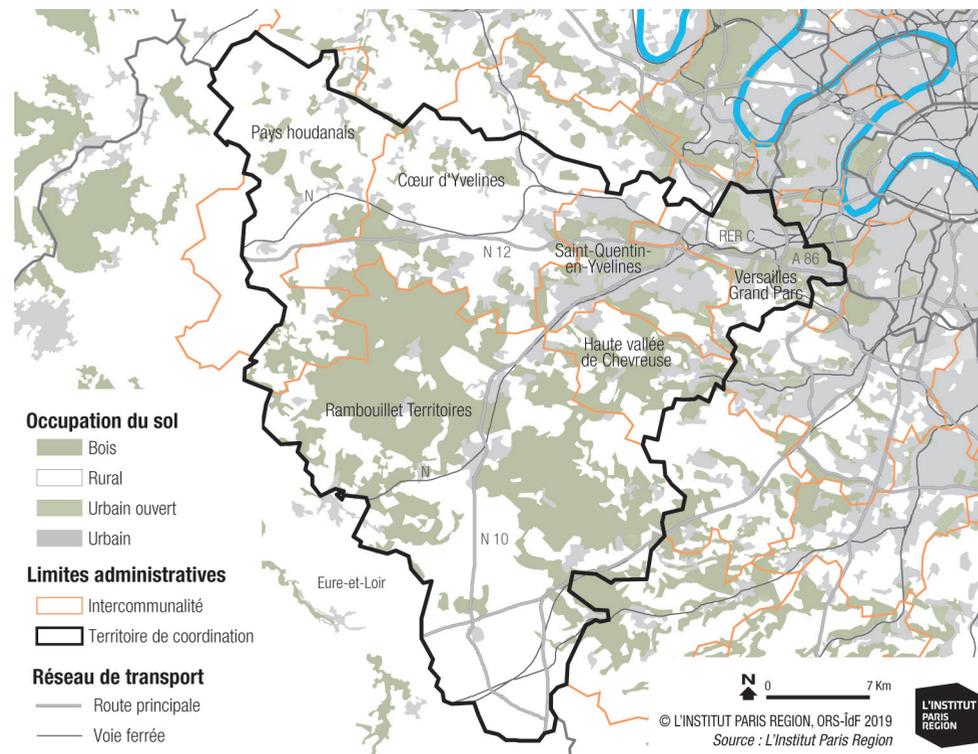
CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET MORPHOLOGIQUES

Un territoire concerné par six intercommunalités

Le territoire, situé dans la partie sud du département des Yvelines et s'étendant des franges de la métropole parisienne jusqu'aux frontières régionales, compte 625 150 habitants répartis sur 132 communes. Le territoire est concerné par six intercommunalités qui sont presque en totalité incluses dans ce territoire.

Le territoire est relié au centre de l'agglomération et irrigué grâce au RER C et au réseau Transilien. Les autoroutes A10 et A11 au sud du territoire ou les autoroutes A12 et A 86 au nord-est ainsi que les nationales N10 et N12 sont les axes routiers majeurs du territoire.

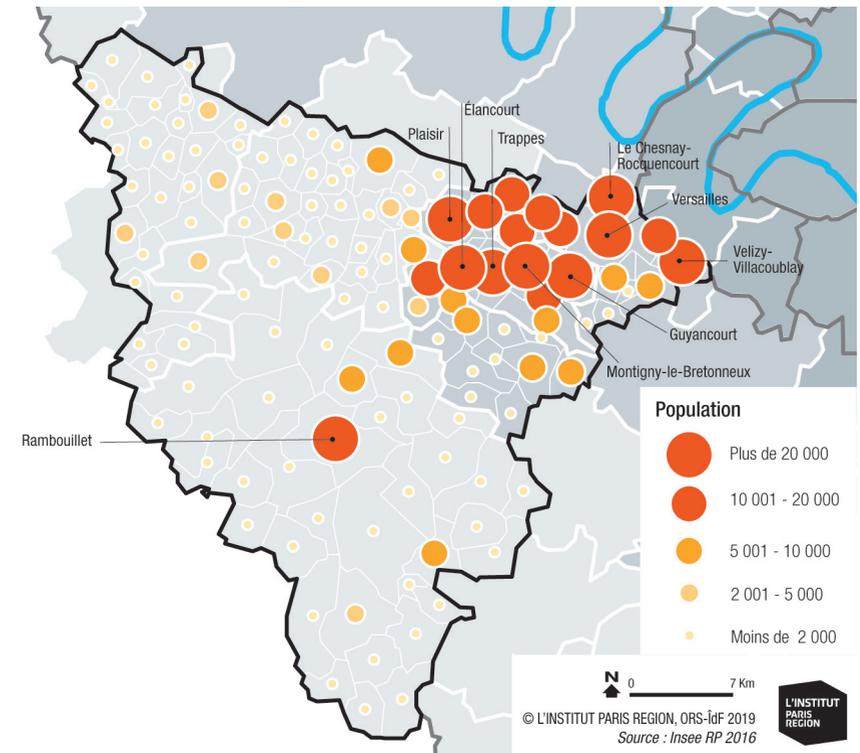
Les intercommunalités du territoire en 2019



Un territoire multipolarisé

Versailles est la commune principale du territoire (85 350 habitants). Les autres villes les plus peuplées de la partie agglomérée du territoire sont Montigny-le-Bretonneux (32 990 habitants), Trappes (32 780 habitants), Plaisir (31 680 habitants), Le Chesnay-Rocquencourt (31 324 habitants), Guyancourt (28 390 habitants), Elancourt (25 530 habitants) et Vélizy-Villacoublay (21 520 habitants). La ville de Rambouillet (26 200 habitants) structure la partie plus rurale au sud du territoire. Ces neuf communes regroupent, à elles seules, 50 % de la population totale du territoire.

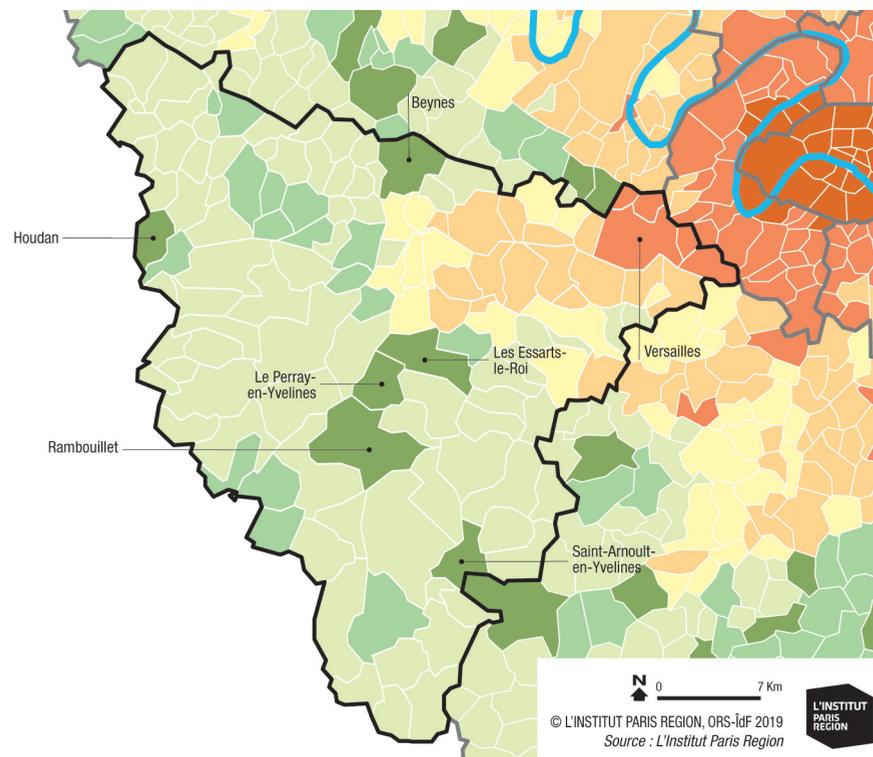
Nombre d'habitants des communes du territoire en 2016



Un territoire à dominante rurale, mais plus urbanisé à l'est

Le territoire s'étend de la bordure ouest de la métropole jusqu'aux frontières régionales. Il est largement urbanisé dans sa partie est, notamment autour de Versailles. Il présente également une partie rurale importante, structurée par des pôles urbains secondaires, tels que Beynes, Houdan, Rambouillet, Les Essarts-le-Roi ou Saint-Arnoult-en-Yvelines.

Caractéristiques morphologiques du territoire en 2016



Agglomération parisienne

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

Hors agglomération parisienne

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

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

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES HABITANTS

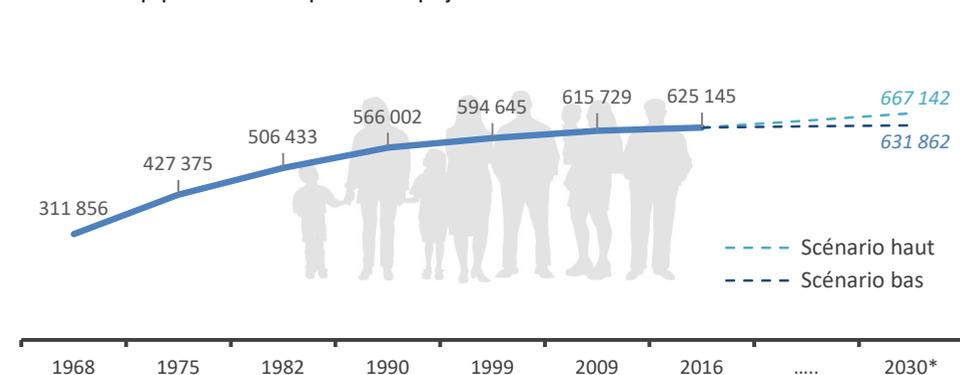
Une population stable

Un territoire qui a connu une croissance importante (en proportion) avant le milieu des années 70 mais dont la population reste relativement stable depuis, avec un rythme annuel moyen de croissance proche de zéro.

Une population qui devrait encore rester stable d'ici 2030

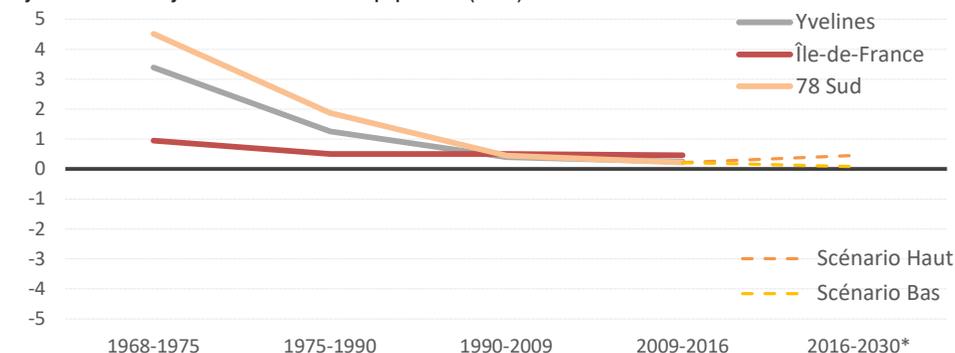
Selon les projections de population de l'Institut Paris Région (voir éléments de méthode page 31), le rythme de croissance de la population devrait rester très faible d'ici 2030.

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.

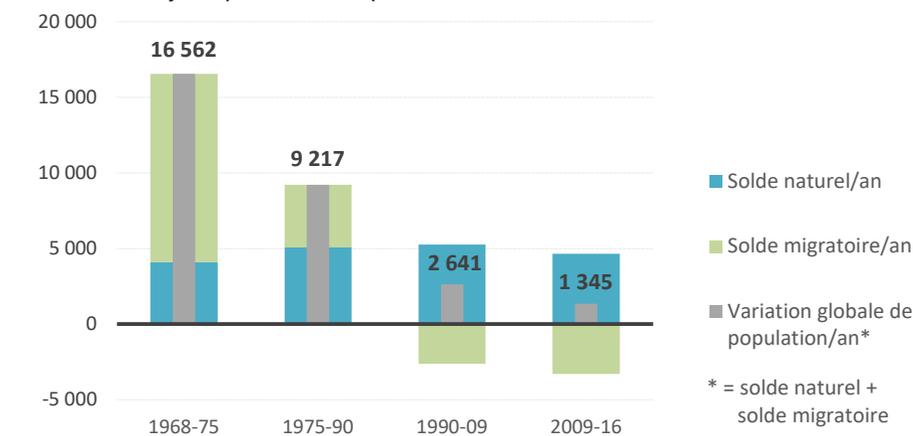
Rythme annuel moyen de croissance de la population (en %)



* 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.

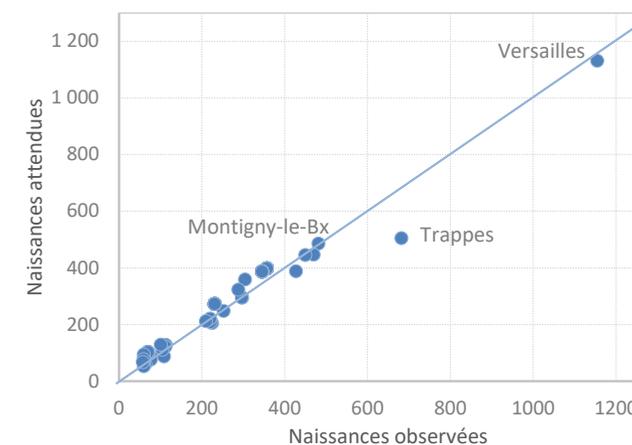
Si, avant 1975, la dynamique démographique du territoire reposait en partie sur des apports de population extérieure, la stabilité démographique de la population du territoire repose depuis sur le seul solde naturel (naissances moins décès) qui compense le déficit migratoire (modéré) observé depuis le milieu des années 70. En effet, les installations sur le territoire (depuis l'étranger, la province ou d'autres départements franciliens) sont en nombre inférieur aux départs.

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.

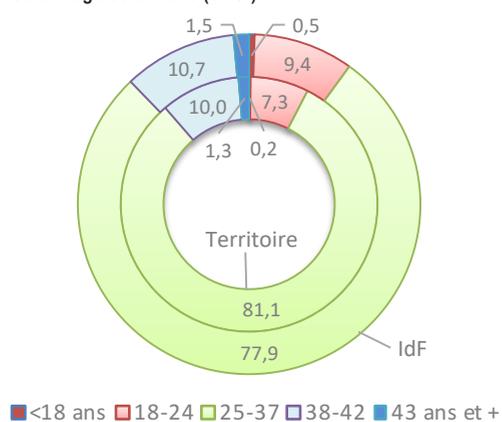
Lecture : si le point est au-dessus de la ligne, la fécondité est moindre qu'attendue. Si le point est en dessous, la fécondité est supérieure.

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

En ce qui concerne les niveaux de fécondité des femmes habitant ce territoire, on ne note pas, dans la majorité des communes, de différence significative par rapport à ce qui est observé en moyenne en Île-de-France (après standardisation par la structure par âge), si ce n'est pour la commune de Trappes, où le nombre de naissances observé est plus important que ce que l'on pourrait attendre si les femmes de la commune avaient, à chaque âge, les mêmes comportements de fécondité que la moyenne régionale.

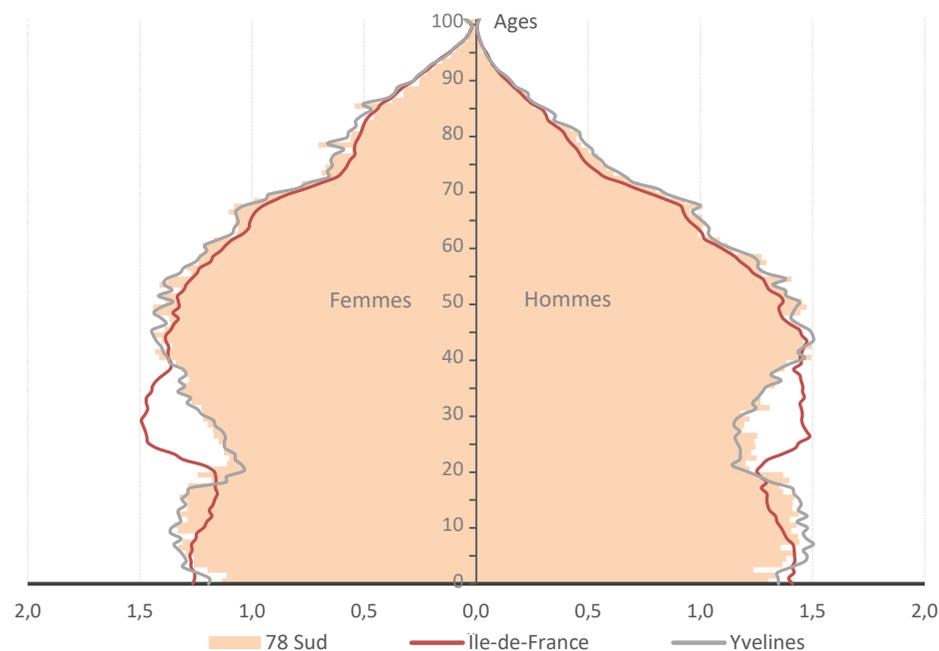
Les femmes du territoire ont par ailleurs un comportement légèrement différent de ce qui est observé en moyenne en Île-de-France, avec une proportion de femmes ayant un enfant avant 25 ans plus faible que la moyenne régionale (respectivement 7,5 % contre 9,9 %).

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)

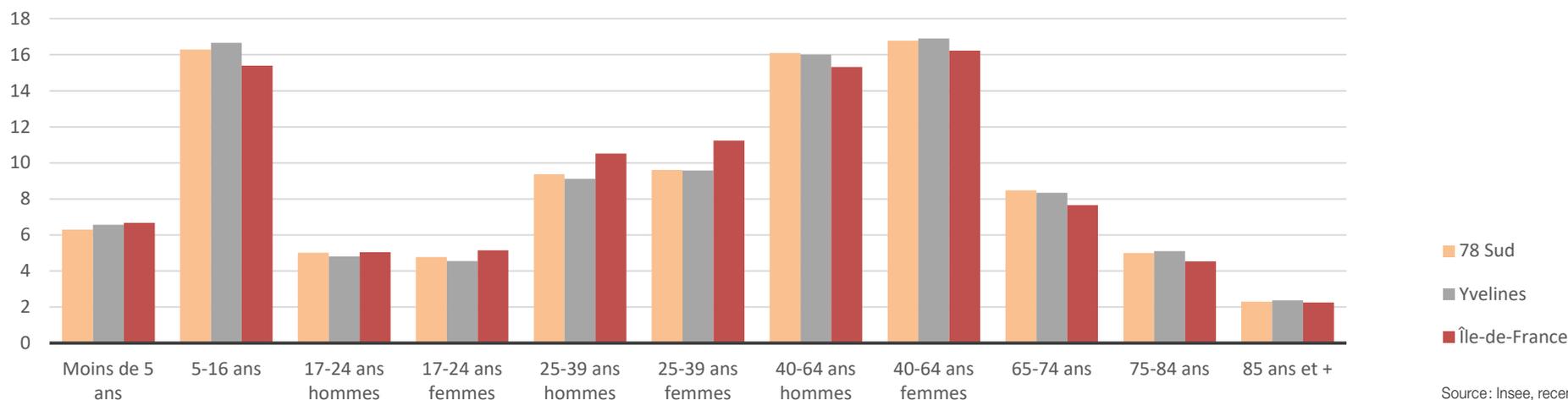


Source: Insee, recensement 2016.

Une population légèrement plus âgée que la moyenne francilienne

La structure par âge de la population présente, comparativement à la moyenne régionale, une forme sensiblement différente avec une sous-représentation des très jeunes enfants et des jeunes adultes et une sur-représentation des personnes plus âgées (à partir de 40 ans).

Structure par âge en 2016



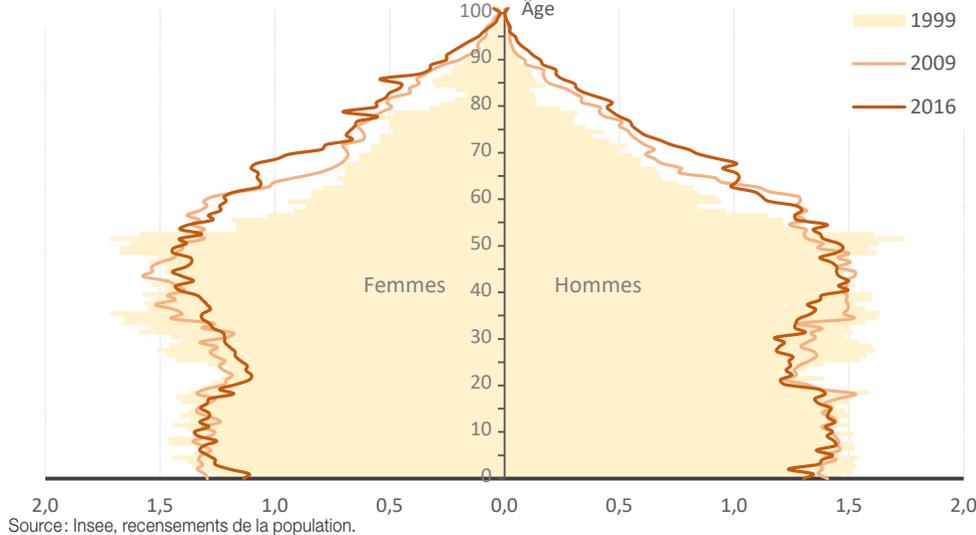
Source: Insee, recensement 2016.

Un vieillissement relativement marqué depuis le début des années 2000

Avec une augmentation de 49 000 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.

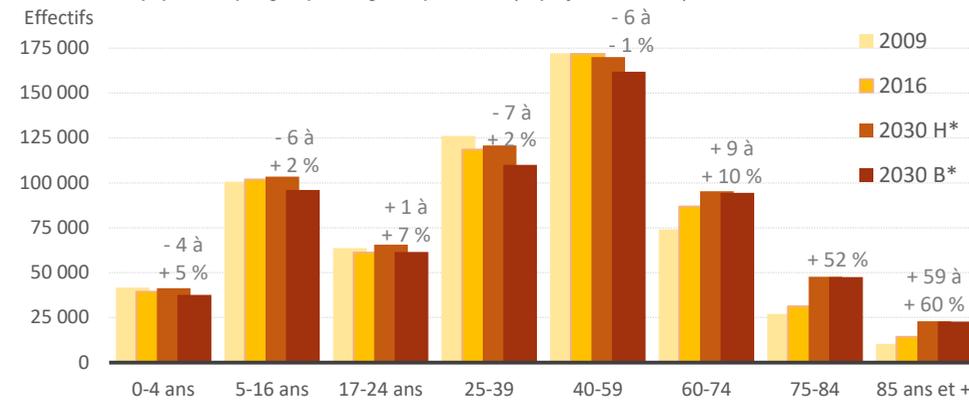
A l'horizon 2030, le territoire devrait compter encore environ 8 000 personnes de 60-74 ans et près de 25 000 personnes de 75 ans et plus supplémentaires.

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



Source : Insee, recensements de la population.

Evolution de la population par groupes d'âges depuis 2009 (et projections 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 2016 et 2030 (scénarios bas et haut).

Nombre d'habitants par grands groupes d'âge depuis 1999 et estimations pour 2030

Effectifs	1999	2009	2016	2030 H*	2030 B*
0-4 ans	42 531	41 747	39 335	41 389	37 621
5-16 ans	102 164	100 549	101 870	103 474	96 046
17-24 ans	63 545	63 661	61 199	65 599	61 511
25-39 ans	138 532	126 165	118 574	120 773	110 083
40-59 ans	164 136	172 050	171 751	170 081	161 871
60-74 ans	57 732	74 160	86 844	95 294	94 371
75-84 ans	17 216	27 026	31 246	47 634	47 524
85 ans et +	8 407	10 371	14 327	22 899	22 833
Total	594 263	615 729	625 145	667 142	631 862

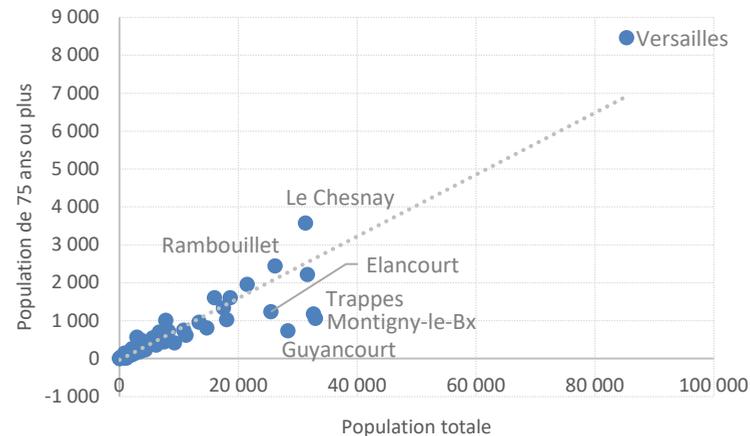
* H : scénario haut - B : scénario bas. Voir page 31 pour la note méthodologique.

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

La répartition de la population âgée 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, Versailles ou Le Chesnay comptent un peu plus de personnes âgées que la moyenne du territoire, tandis que les communes de Trappes, Montigny-le-Bretonneux, Guyancourt et Elancourt sont dans une situation inverse.

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

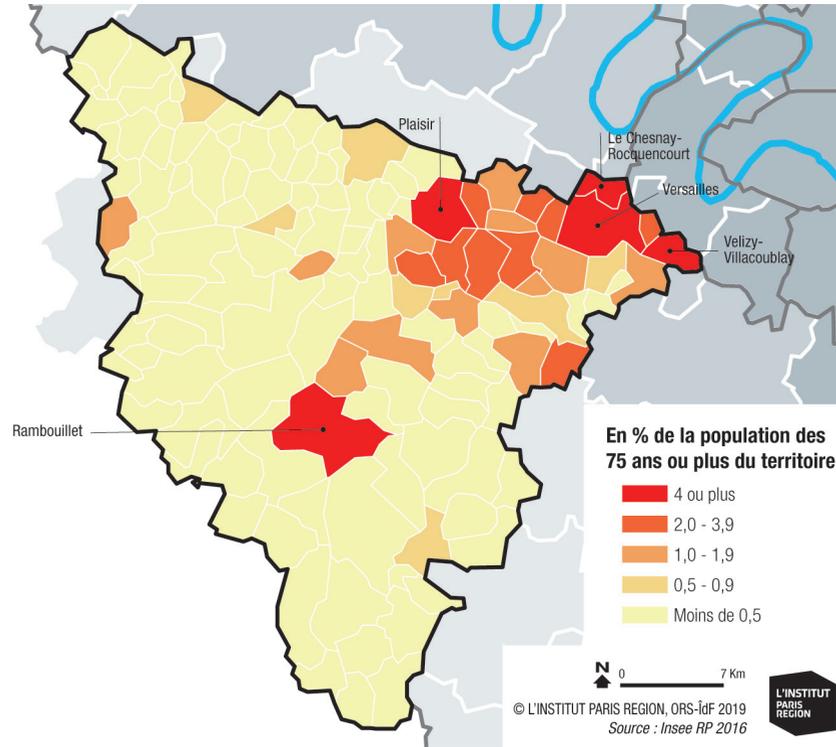


Lecture : si le point est en dessous de la ligne pointillée, la commune compte moins de personnes âgées par rapport à la moyenne des communes du territoire. Inversement si le point est au dessus, la commune présente plus de personnes âgées que la moyenne des communes du territoire.

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)



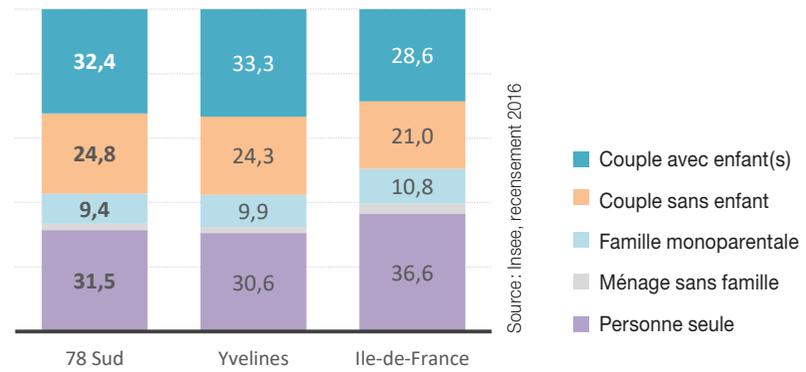
Une sur-représentation des couples avec enfants

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

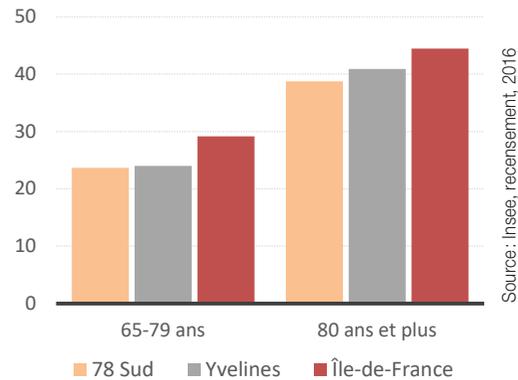
- une moindre présence de personnes seules, comparativement à la moyenne régionale ;
- une légère sur-représentation des couples avec enfants.

Les personnes âgées de 65 à 79 ans, quant à elles, sont 24 % à vivre seules (contre 29 % en moyenne en Île-de-France), tandis que, pour les 80 ans et plus, cette proportion monte à 39 % (contre 44 % en moyenne en Île-de-France).

Structure familiale des ménages (en %)



Part des personnes âgées vivant seules (en %)



CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES HABITANTS

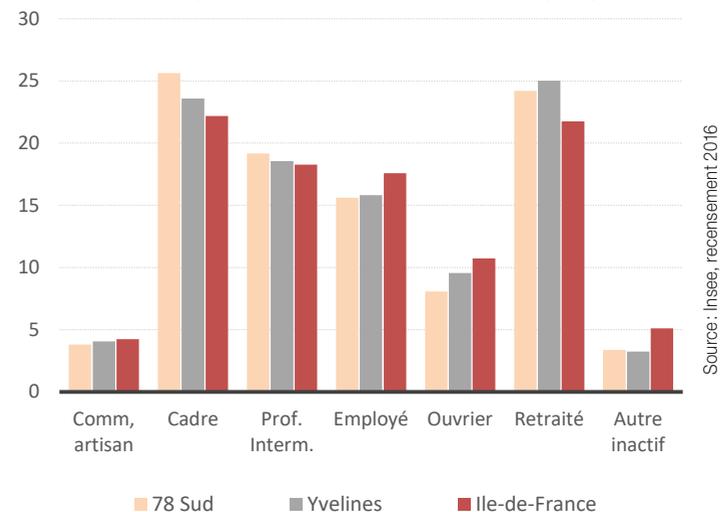
Une sur-représentation des cadres et ménages aisés

La structure des ménages du territoire par PCS est encore plus favorable que la moyenne départementale : le territoire compte en effet plus de cadres et moins d'ouvriers et d'employés que ce qui est observé en moyenne sur l'ensemble de la région ou du département.

La population retraitée représente, quant à elle, près de 24 % de la population totale du territoire (22 % en moyenne en Île-de-France).

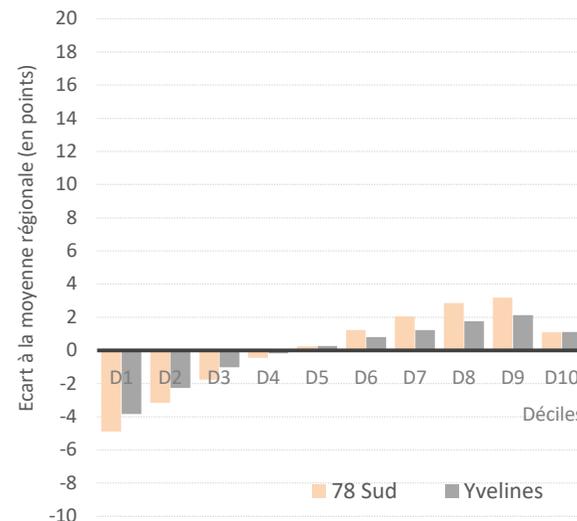
Sur l'ensemble du territoire, les ménages les plus pauvres (D1 à D3) sont assez nettement sous-représentés par rapport à la moyenne régionale, tandis que les ménages les plus riches (D6 à D10) sont sur-représentés.

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



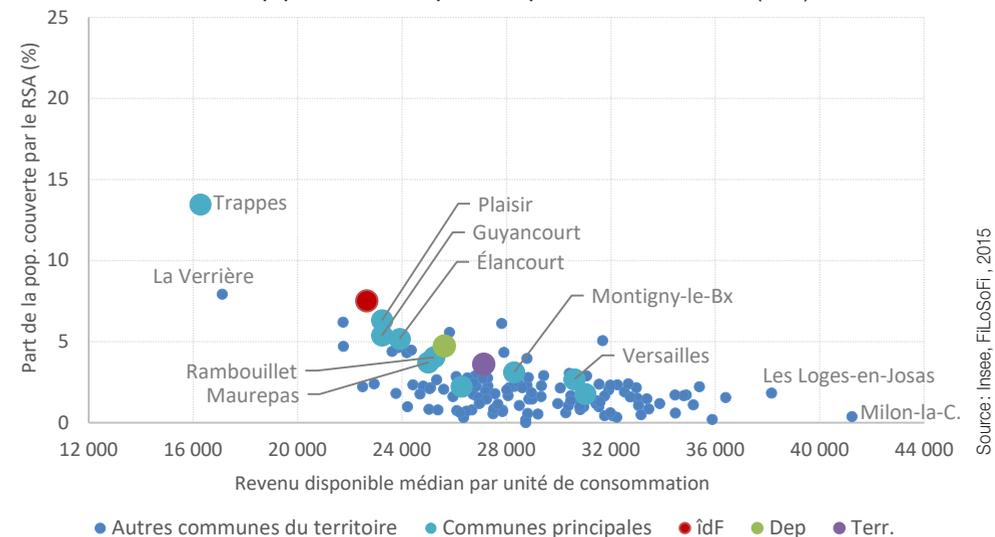
Le territoire est assez homogène sur le plan social avec la grande majorité des communes présentant des revenus médians par unité de consommation élevés et une faible proportion de population couverte par le RSA. La commune de Trappes, et dans une moindre mesure celle de La Verrière, présentent cependant des profils sociaux nettement moins favorables.

Profil de revenu des ménages



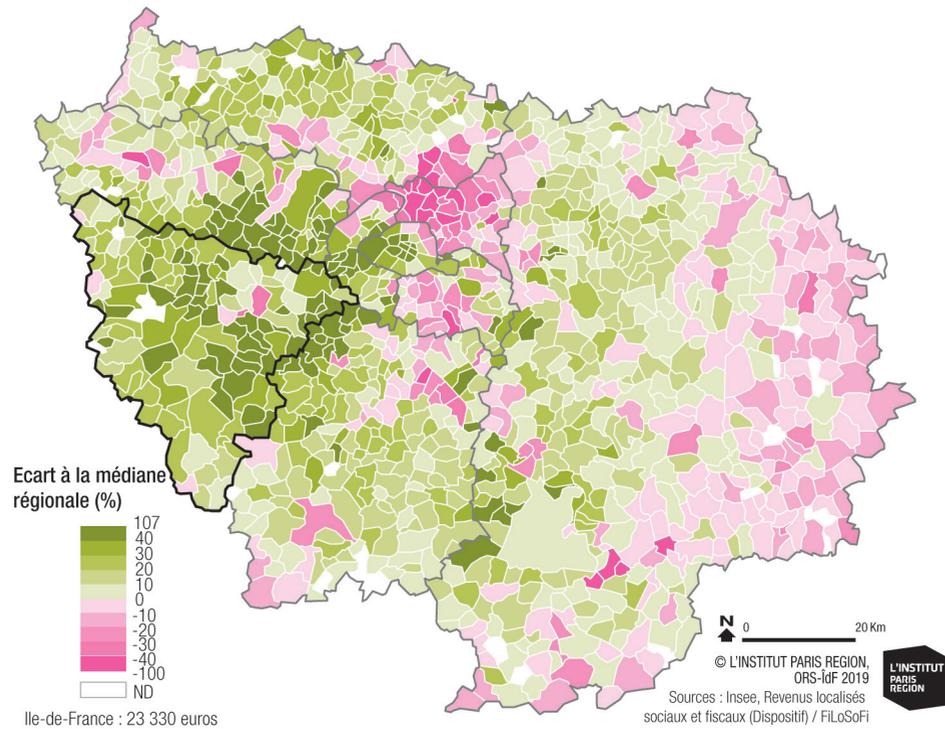
Note de lecture :
 D1 = le 1^{er} décile de revenu correspond aux ménages les plus pauvres.
 D10 = le 10^e décile correspond aux ménages les plus riches.
 Les déciles sont calculés par rapport au niveau régional.

Revenus médians annuels et population couverte par le RSA par commune du territoire (2015)

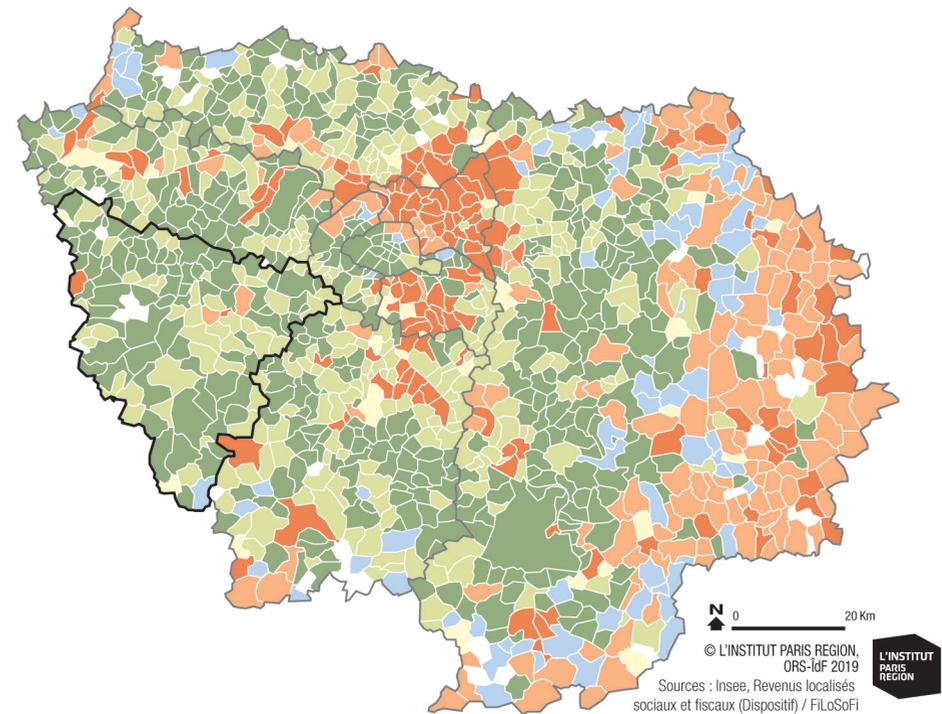


Revenu médian par unité de consommation (UC) des communes (écart à la médiane régionale) et évolution 2006-2015

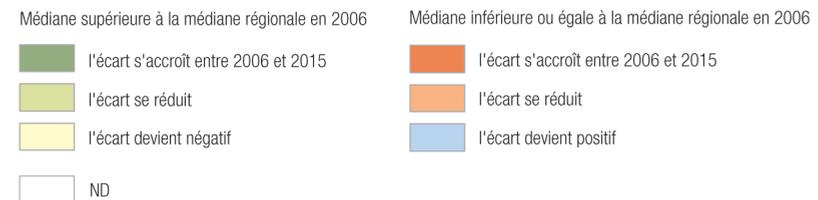
Revenu médian par UC des communes (écart à la médiane régionale) en 2015



Renforcement du marquage social du territoire entre 2006 et 2015



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

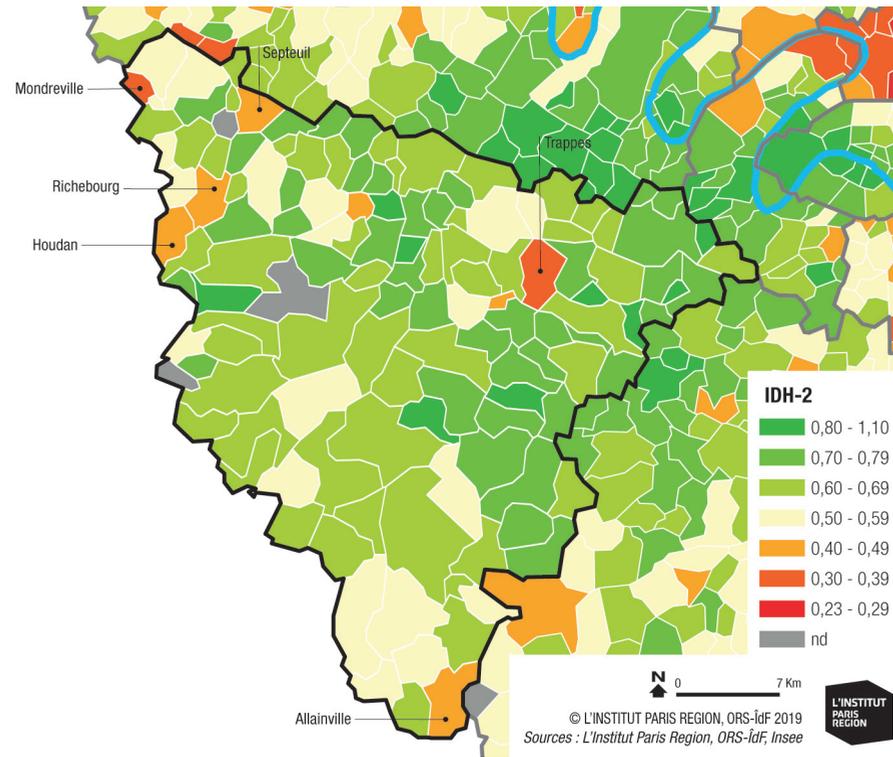


Note de lecture :

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

Le territoire figure parmi les territoires les plus aisés économiquement d'Ile-de-France. Toutes les communes qui le composent présentent des revenus de +10 à +50 % supérieurs à la médiane régionale des revenus. Les communes de Trappes, La Verrière, et dans une moindre mesure de Mondreville, Coignières et de Houdan sont dans une situation moins favorable, qui a tendance à s'améliorer cependant depuis 2006 à Trappes et Coignières mais à s'aggraver à Houdan et à La Verrière.

Indicateur de Développement Humain IDH-2 en 2013



Un indice de développement humain élevé

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).

Comme pour les niveaux de revenu, les communes du territoire présentent toutes des IDH-2 favorables, à l'exception des communes de Trappes, La Verrière, Mondreville et Houdan qui présentent des IDH-2 plus faibles que les moyennes régionales. Apparaissent également des communes avec des IDH-2 moins favorables, comme Septeuil et Allainville alors que leur dynamique économique semblait plus favorable.

Un territoire qui ne présente que quelques quartiers en politique de la ville

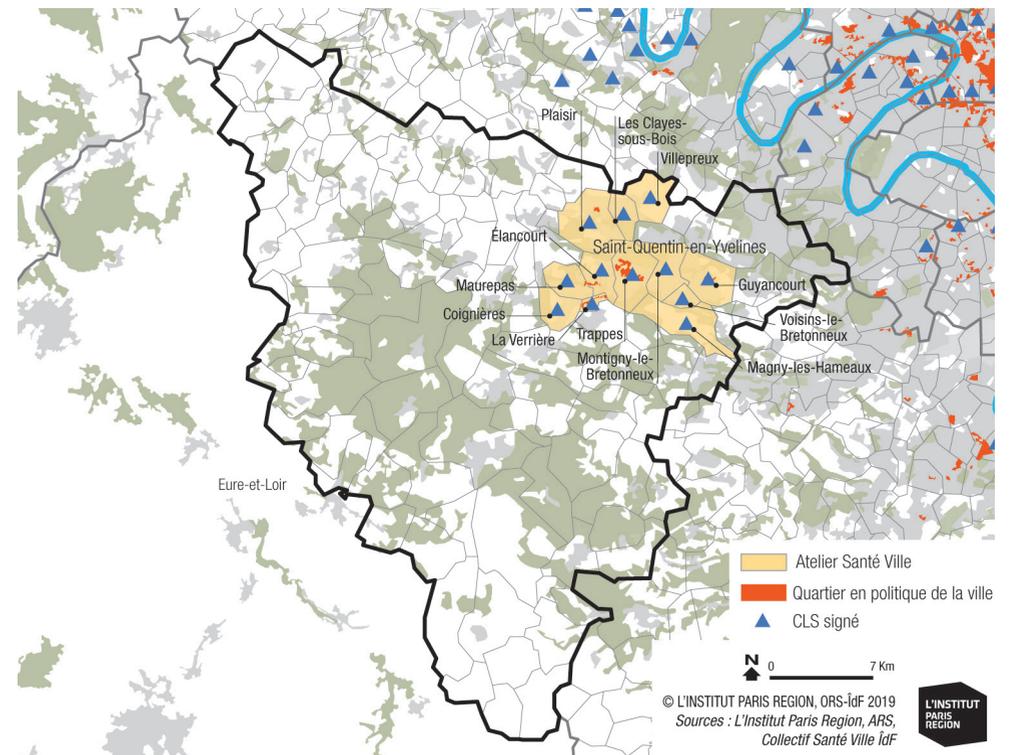
En corrélation avec les caractéristiques sociales de sa population, le territoire comprend peu de quartiers en politique de la ville (QPV), sauf aux alentours de Trappes, la Verrière, Plaisir, Elancourt et Guyancourt. Ce secteur du territoire est d'ailleurs couvert par un atelier santé ville (ASV) et des contrats locaux de santé (CLS) que contractent les collectivités avec l'ARS.

Un territoire qui compte peu d'immigrés

Comparativement à la moyenne francilienne, le territoire compte relativement peu d'immigrés¹ : en effet, 12 % de sa population est considérée comme immigrée 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 de la moitié des emplois du territoire occupés par des actifs résidents

Sur le territoire résident 310 680 actifs en activité, tandis que le territoire offre 305 800 emplois. Le profil des emplois occupés par les résidents diffère assez peu de 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 60 % à y travailler (72 % pour les artisans, commerçants, 74 et 69 % pour les employés et ouvriers, 61 % pour les professions intermédiaires et 45 % seulement pour les cadres et professions intellectuelles supérieures (PIS)). Les autres actifs résidents du territoire vont travailler principalement dans les Hauts-de-Seine (34 %), à Paris (29 %), ailleurs dans les Yvelines (11 %) ou en Essonne (11 %).

Pour autant, les emplois offerts sur le territoire sont occupés à hauteur de 56 % par les habitants du territoire. Les autres emplois du territoire sont occupés principalement par des actifs résidant hors Île-de-France (24 %), dans les Hauts-de-Seine (22 %), ailleurs dans les Yvelines (17 %), en Essonne (14 %) ou encore à Paris (10 %).

Forts taux de scolarisation sur place, établissements scolaires attractifs

Jusqu'au collège, la majorité des enfants du territoire sont scolarisés dans une commune du territoire : 97 % pour les élèves de primaire (maternelle et élémentaire) et 94 % 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 collèges du territoire accueillent, inversement, un certain nombre d'élèves en provenance d'autres territoires franciliens (7 %).

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

- Au lycée, 87 % des lycéens du territoire sont scolarisés dans un lycée du territoire. Inversement, les lycées du territoire accueillent 15 % de lycéens résidant dans un autre territoire.
- Au niveau de l'enseignement supérieur, 57 % des étudiants résidant sur le territoire y poursuivent leurs études. Inversement, les écoles et universités du territoire accueillent 37 % 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
97%	94%	87%	57%	3%	7%	15%	35%

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

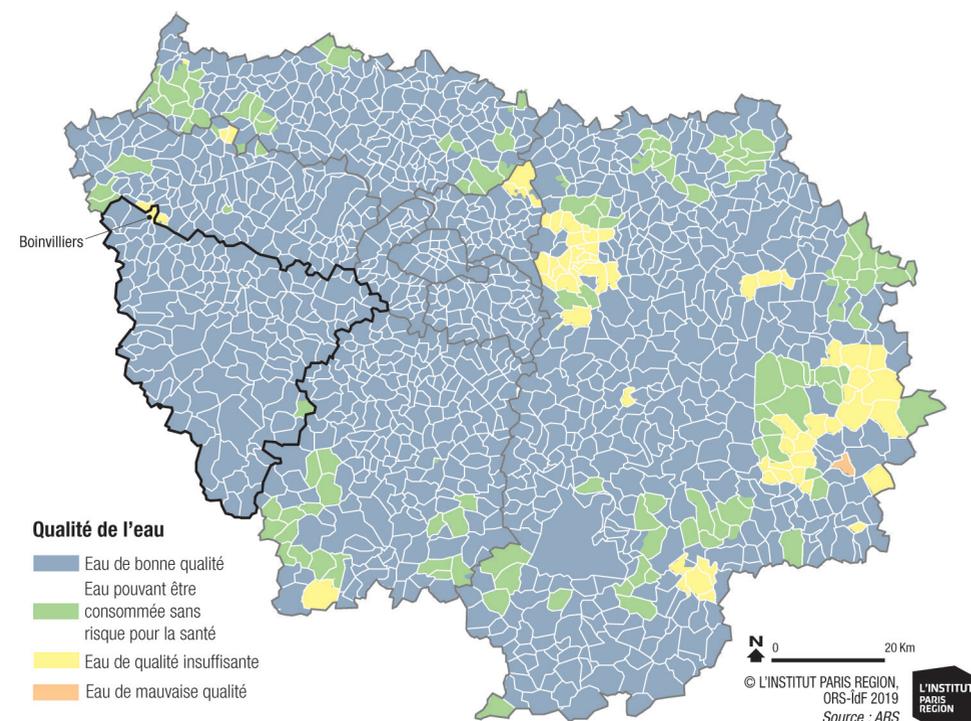
QUALITÉ DE L'EAU DE CONSOMMATION

Une eau distribuée de bonne qualité

L'eau distribuée sur le territoire est de bonne qualité. En 2017, les contrôles sanitaires ont toutefois conclu à une eau de qualité insuffisante dans le commune de Boinvilliers, touchant potentiellement 270 personnes soit 0,02% de la population du territoire.

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.

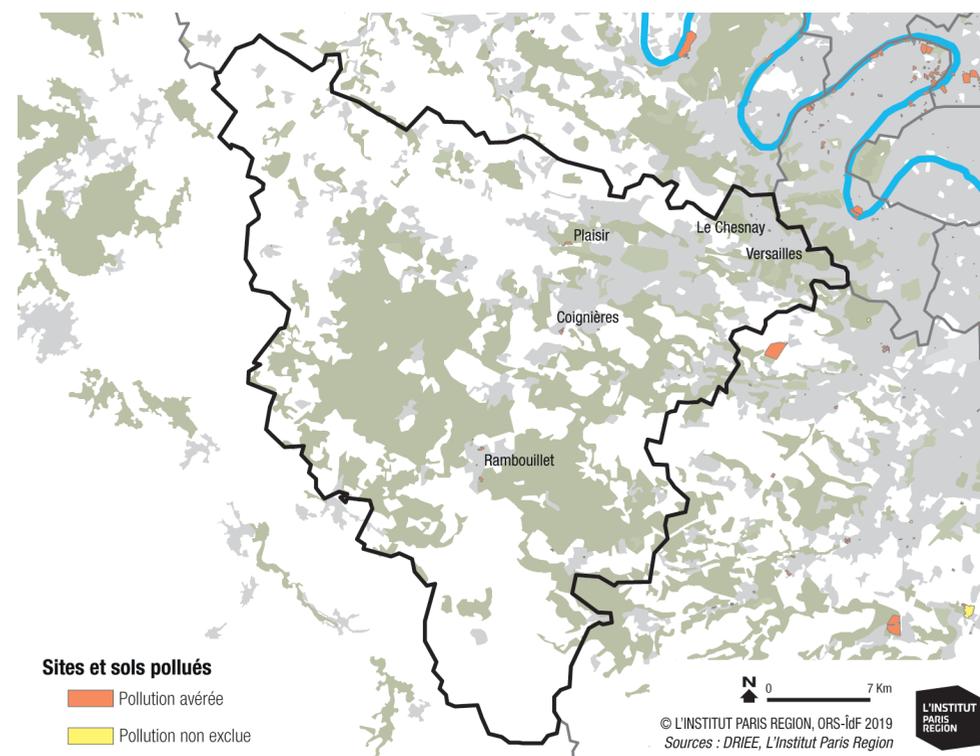
SITES ET SOLS POLLUÉS

Des sites et sols pollués peu nombreux et de petites tailles

Le territoire compte 24 sites et sols potentiellement pollués* sur les 87 sites du département soit 5 % des sites de la région francilienne qui en compte 484. Les sites pollués du territoire (pollution avérée ou non exclue) sont pour la plupart de petite taille et n'occupent que 0,5 km² soit 0,03 % de la surface du territoire. Le site le plus important en surface fait 0,1 km².

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.

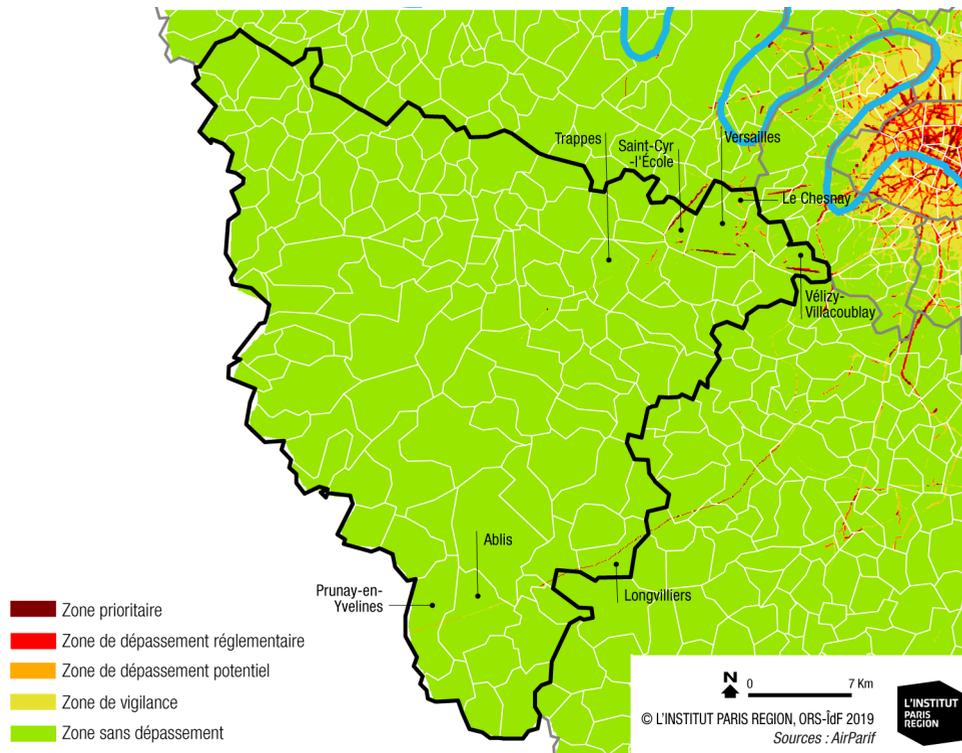
QUALITÉ DE L'AIR

Une population peu exposée à la pollution atmosphérique

Versailles et le Chesnay sont les communes du territoire qui comptent le plus d'habitants exposés, respectivement 10 890 et 2 760 habitants soit 13,3 et 9,6 % de la population de ces deux communes. Globalement, sur l'ensemble du territoire, 10 630 personnes (soit 1,8 % de la population totale du territoire) se situent en zone de vigilance, 2 180 (0,4 %) en zone de dépassement potentiel, 2 550 (0,6 %) en zone de dépassement réglementaire et 1 880 (0,4 %) en zone prioritaire.

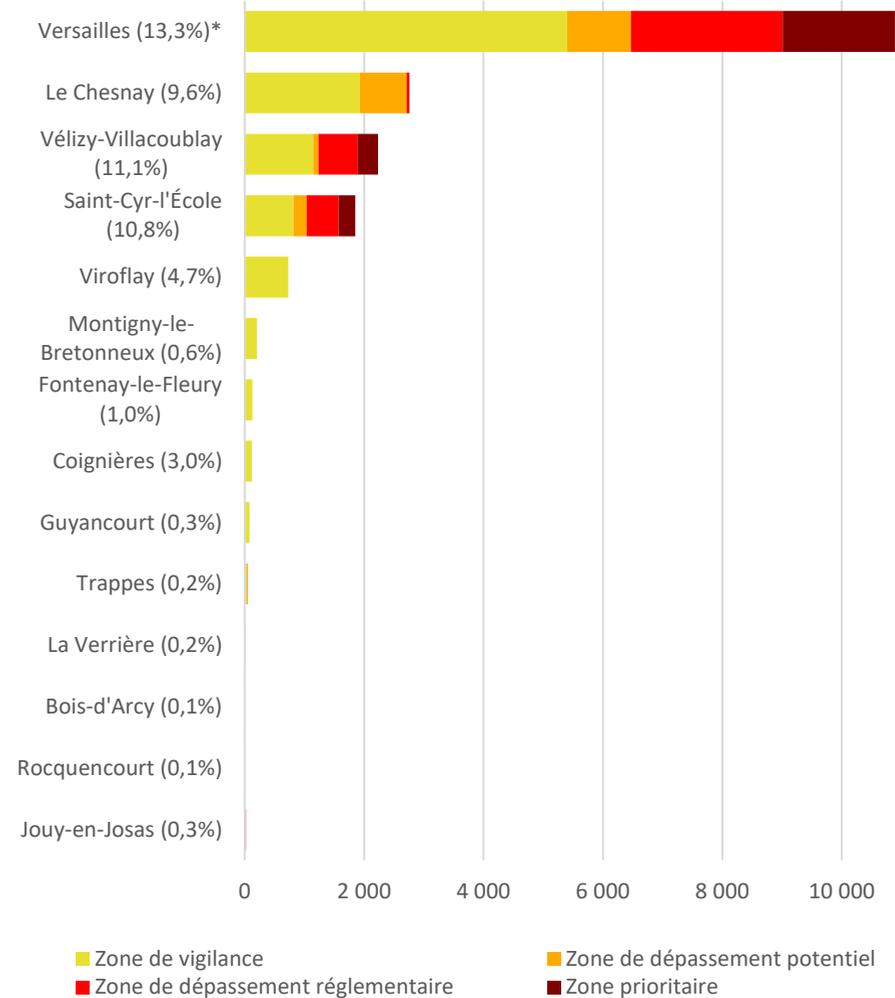
Voir page 17 les contextes et enjeux sanitaires concernant la pollution de l'air.

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 86,7 % des habitants de Versailles 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

Plus de 6 % de la population impactée par le bruit routier

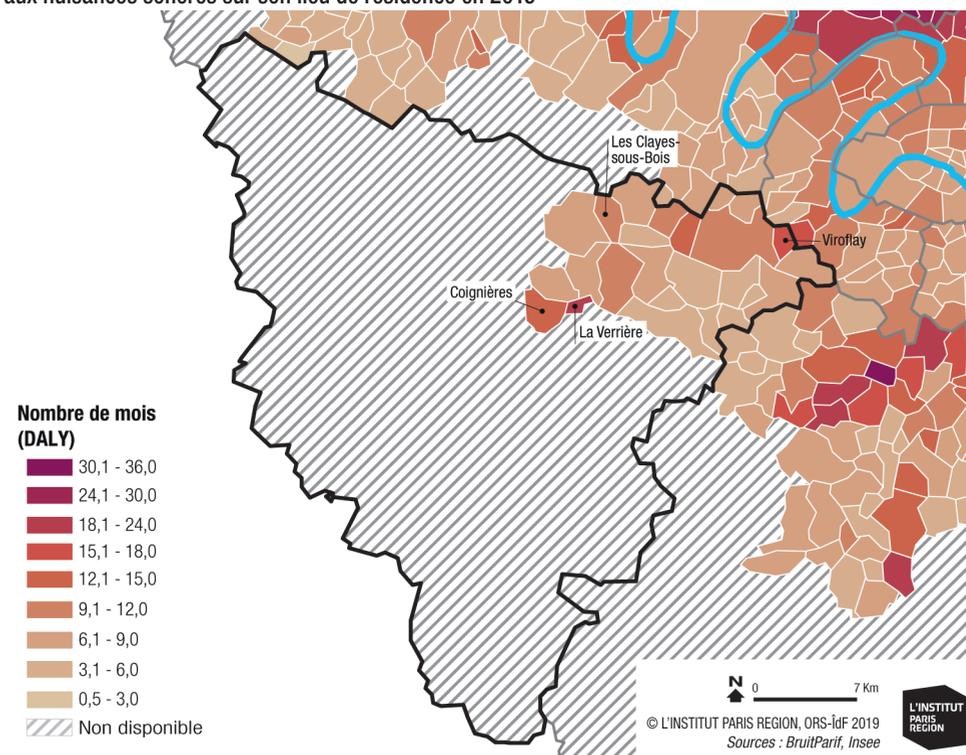
Le territoire est impacté par les nuisances sonores d'origine routière, notamment dans sa partie est tandis qu'il est relativement peu impacté par le bruit ferré. Le territoire n'est pas concerné par le bruit provenant des avions.

38 620 personnes (soit 6,4 % de la population totale du territoire) sont potentiellement exposées au bruit routier sur leur lieu de résidence (dépassement de la valeur limite Lden 68 dBA). Le bruit ferré (dépassement de la valeur limite 63/68 dBA), quant à lui, impacte potentiellement 1 200 habitants du territoire (soit 0,2 % de la population), et notamment les habitants des communes de Versailles et Rambouillet.

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, 24 communes sont 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 4,3 mois à Mangy-les-Hameaux à 18,9 mois à La Verrière.

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

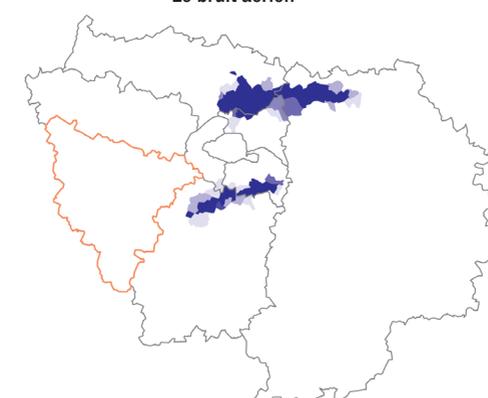
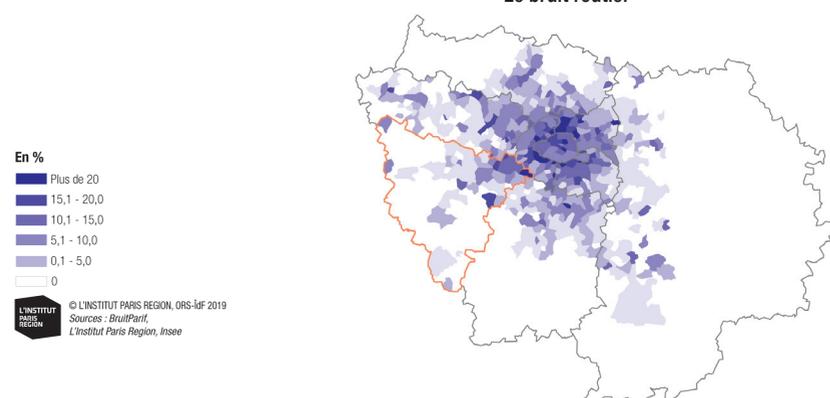


Pourcentage de la population exposée en 2018 au dépassement de la valeur limite (indicateur Lden*) pour :

Le bruit routier

Le bruit ferré

Le bruit aérien



* Voir glossaire : Indicateurs Lden et DALYs.

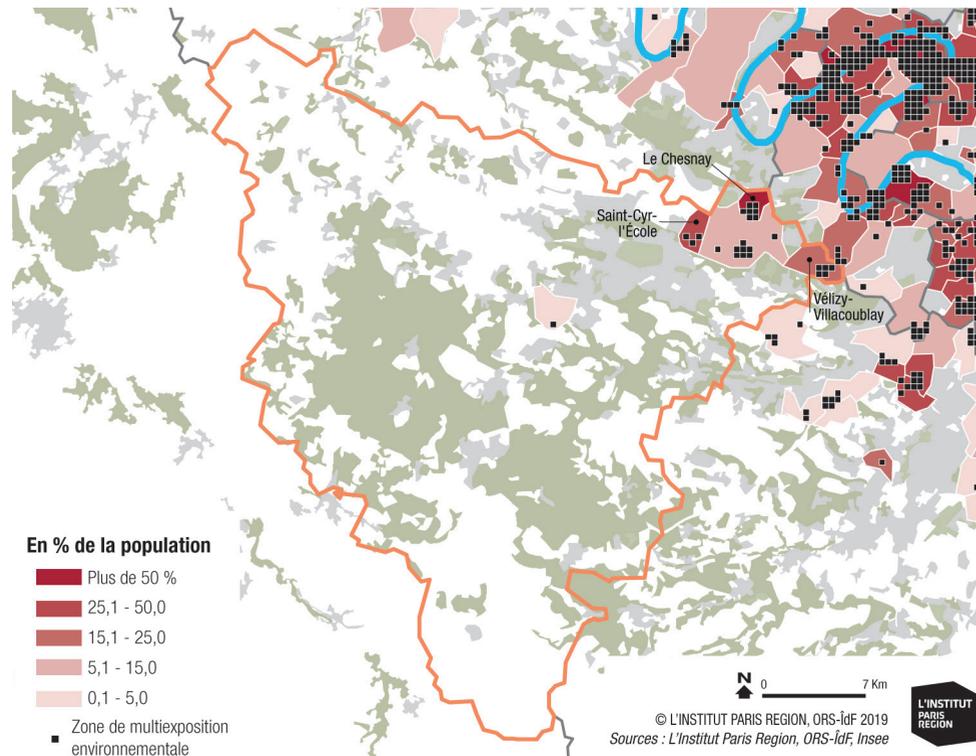
ZONES DE MULTI-EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE

Quelques zones de multi-exposition au nord-est du territoire

Peu de zones de multi-exposition sont recensées sur le territoire mais elles sont situées sur des secteurs très peuplés notamment à Saint-Cyr-l'Ecole, au Chesnay et à Vélizy-Villacoublay. Sur l'ensemble du territoire, près de 34 000 personnes résident au sein de ces zones potentiellement exposées à un cumul d'au moins trois nuisances et pollutions environnementales, soit 5,6 % de la population du territoire.

	78 Sud	Yvelines	Île-de-France
Part de la population potentiellement multi-exposée	5,6 %	5,2 %	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.

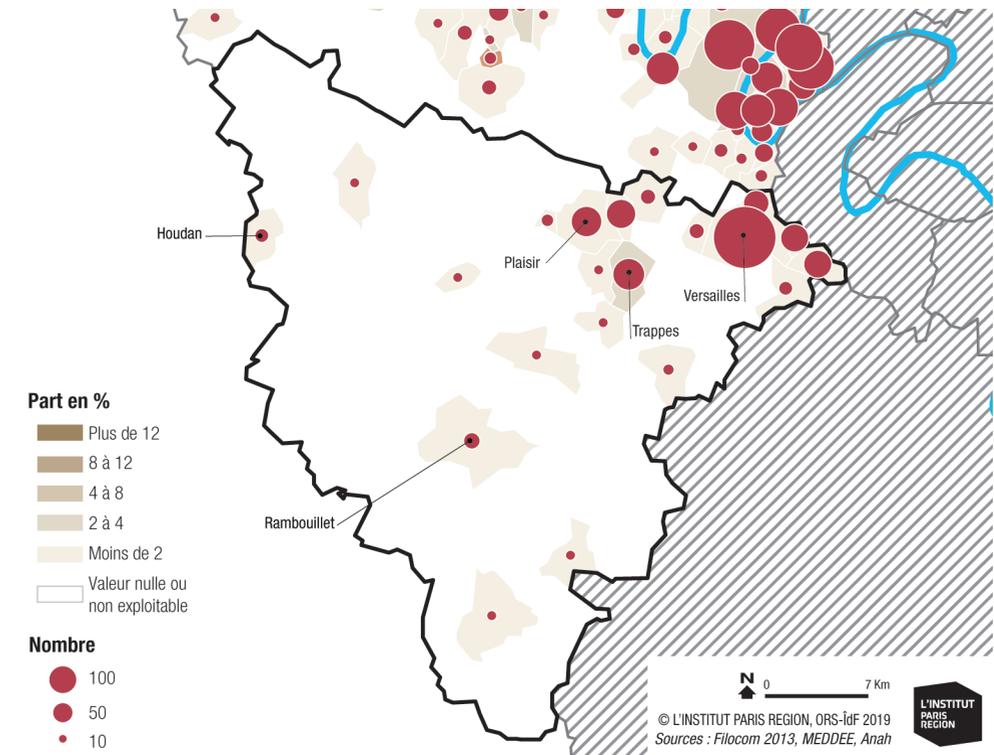
HABITAT POTENTIELLEMENT INDIGNE

Des logements privés potentiellement indignes localisés au nord-est du territoire

Sur le territoire, on dénombrait en 2013, près de 1 800 logements privés potentiellement indignes (PPI), soit 0,9 % du parc total des résidences principales. Ce taux est inférieur à celui du département des Yvelines puisqu'on y estime à un peu moins de 6 000 le nombre de logements privés potentiellement indignes (soit 1,3 % du parc total des résidences principales privées du département). Ce sont les communes de Plaisir, Trappes et Versailles 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

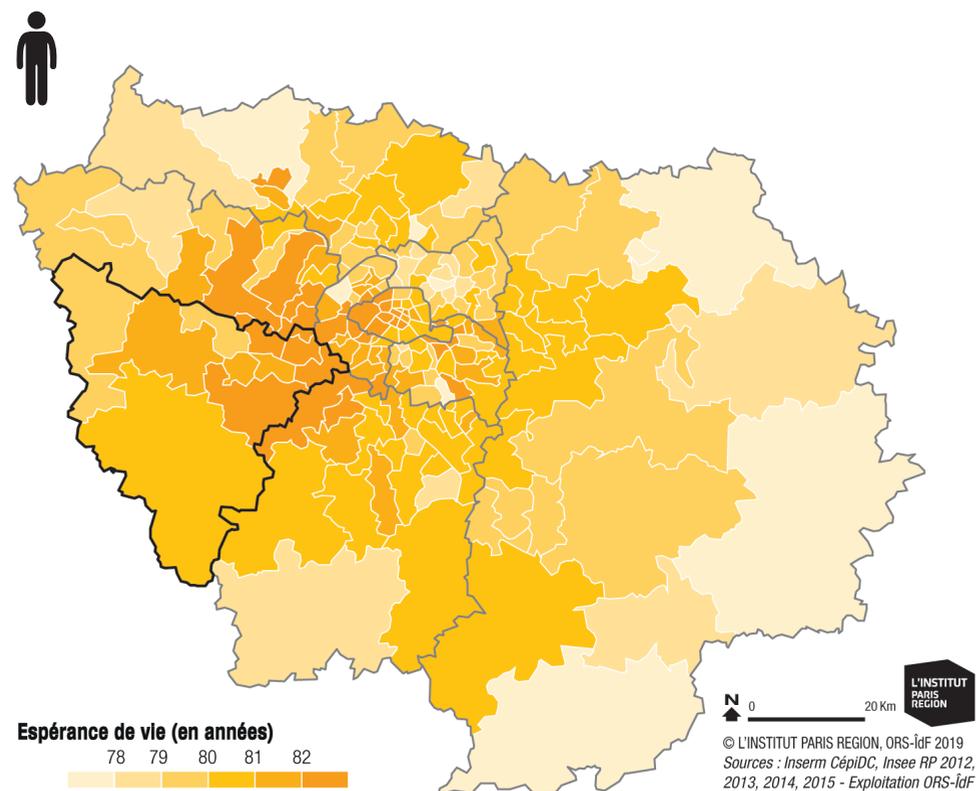
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

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

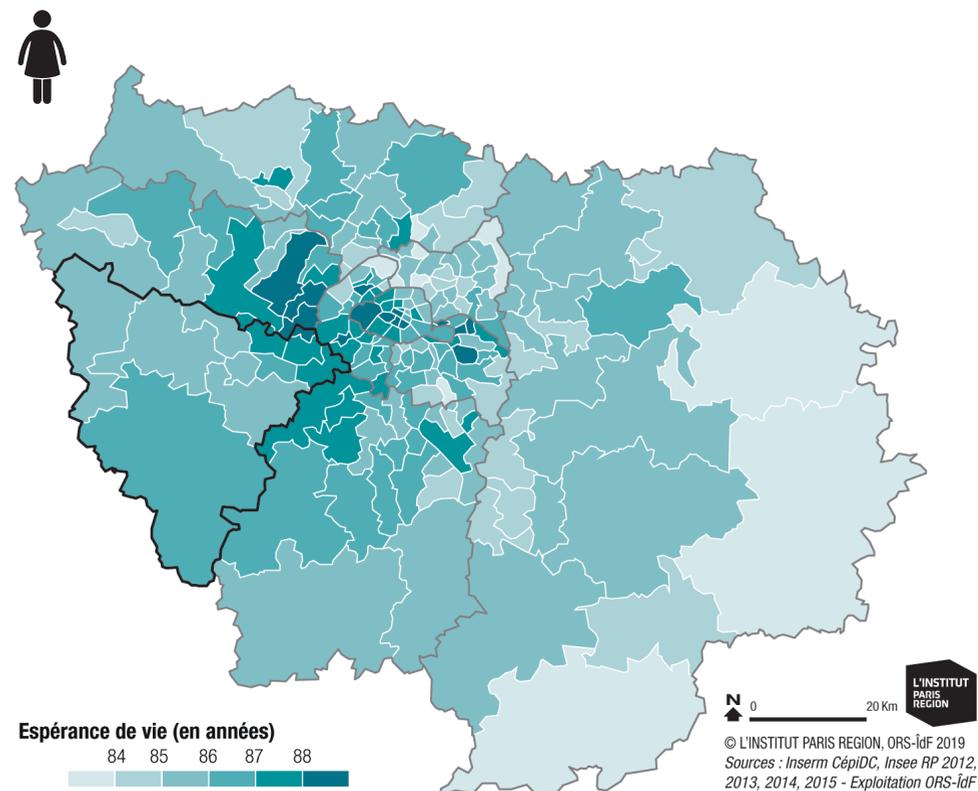
Cependant, certains cantons présentent des espérances de vie à la naissance inférieures à celle observée au niveau régional : pour les hommes, il s'agit des cantons-villes de Plaisir (80,0 ans) et

de Bonnières-sur-Seine (79,4 ans) ; pour les femmes, des cantons-villes de Plaisir et de Bonnières-sur-Seine également (respectivement 85,3 et 85,8 ans) mais aussi d'Aubergenville (85,3 ans) et de Trappes (85,5 ans) et Maurepas (85,6 ans). Ces cantons-villes sont les cantons socialement les moins favorisés du territoire.

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

Sous-mortalité générale, prématurée et prématurée évitable au regard de la moyenne francilienne

	Etat de santé	Valeur			Valeur rég.	minimum territoire		maximum territoire
1	Espérance de vie à la naissance - Hommes	82,1			80,9	79,3		84,1
2	Espérance de vie à la naissance- Femmes	86,7			86,3	84,7		88,7
3	Espérance de vie à 35 ans - Hommes	48,0			46,9	45,5		49,9
4	Espérance de vie à 35 ans - Femmes	52,3			52,0	50,7		54,3
5	Espérance de vie à 60 ans - Hommes	25,0			24,3	23,0		26,9
6	Espérance de vie à 60 ans - Femmes	28,7			28,5	27,1		30,5
		Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
7	Mortalité générale - Hommes	1801	764,1	830,4	90,9	76,4		114,6
8	Mortalité générale - Femmes	1849	499,7	517,4	98,6	80,6		116,6
9	Mortalité prématurée Hommes (avant 65 ans)	448	170,2	205,4	82,8	72,9		116,0
10	Mortalité prématurée Femmes (avant 65 ans)	274	99,6	106,1	93,4	78,4		116,5
11	Mortalité prématurée évitable	704	114,0	117,8	96,1	73,9		118,0

Sur le territoire pris globalement, quels que soient l'âge et le sexe, les espérances de vie sont supérieures à ce qui est observé en moyenne au niveau régional et parmi les plus élevées des territoires de coordination. De fait, la mortalité générale est inférieure à celle observée en moyenne en Île-de-France de -9,9 % chez les hommes. En ce qui concerne la mortalité prématurée, hommes ou femmes, elle est inférieure au niveau régional moyen respectivement de -17,2 % et -6,6 %. Il en est de même pour la mortalité prématurée évitable inférieure de -3,9 % à la moyenne régionale.

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 indicateur conjoncturel de fécondité faible et une mortalité infantile inférieure 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	31,6		31,4	30,4		33,6
13	Enfants nés de mères âgées de plus de 40 ans (%)	5,6		5,9	4,3		10,3
14	Enfants nés de mères âgées de moins de 18 ans (%)	0,2		0,5	0,0		1,0
15	ICF (15-49 ans)	1,9		2,0	1,3		2,6
		Effectif	taux	taux rég.	minimum territoire		maximum territoire
16	Mortalité néonatale (moins de 28 jours)	20,2	2,5	2,8	2,0	3,7	
17	Mortalité néonatale précoce (moins de 7 jours)	15,4	1,9	2,0	1,4	2,7	
18	Mortalité infantile (moins de 1 an)	24,8	3,1	3,9	2,7	5,3	

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) du territoire est de 1,9 enfant par femme de 15 à 49 ans. La mortalité infantile, de 3,1 pour 1 000 enfants nés vivants, est inférieure 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 : des indicateurs de santé plus favorables dans le territoire qu'en Île-de-France

	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)	2884	2372,5	2648,2	89,5	57,1		143,7
20	Admission en ALD (0-14 ans)	446	369,7	413,8	89,5	61,5		141,6
21	Mortalité générale (1-14 ans)	12	10,7	38,1	95,6	65,4		126,3
22	Admission en ALD pour affection psychiatrique (0-14 ans)	147	121,3	117,6	103,3	66,3		138,2
23	Admission en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (0-14 ans)	71	58,8	81,1	72,3	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.

Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans : une sur-admission en ALD pour affection psychiatrique sur le territoire par rapport à la région

	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	17	22,2	24,2	91,0	75,5		190,2
25	Admission en ALD pr insuffisance resp. chronique grave	14	18,7	21,1	89,0	71,0		229,5
26	Admission en ALD pour affection psychiatrique	139	184,1	151,2	121,6	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.

Les indicateurs de santé des jeunes de moins de 15 ans du territoire sont particulièrement favorables. En effet, les indicateurs sanitaires comme le nombre de personnes et les nouvelles admissions en ALD total, pour affection psychiatrique et pour insuffisance respiratoire chronique grave sont meilleurs que ceux observés en Île-de-France (entre -27,7 % et -11,5 %). Le niveau de mortalité des jeunes de 1 à 14 ans est comparable à la moyenne (attention à la variabilité du taux dû au faible effectif).

Chez les jeunes de 15 à 24 ans du territoire, le niveau de mortalité est comparable à ceux observés en moyenne en Île-de-France (attention à la variabilité du taux dû au faible effectif). En revanche, on observe un niveau de nouvelles admissions en ALD pour affection psychiatrique supérieur de +21,6 % au niveau régional. Le territoire est d'ailleurs celui qui présente en la matière l'indice comparatif le plus élevé des territoires de coordination.

Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : une bonne santé des adultes avec une sous mortalité du territoire par rapport à la moyenne régionale

	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	103	62,2	68,4	91,0	77,6		127,2
28	Mortalité des 45-64 ans	567	347,9	400,4	86,7	71,7		115,1
29	Mortalité des 25-64 ans	670	198,8	227,1	87,3	74,1		116,2
30	Admission en ALD cancer (<65 ans)	1327	254,9	252,3	101,0	88,6		107,6
31	Mortalité par cancer (<65 ans)	332	61	64,8	94,0	74,5		114,4
32	Admission en ALD mal. cardiovasculaires (<65 ans)	1035	197,7	203,2	97,5	62,1		133,4
33	Mortalité par mal. cardiovasculaires (<65 ans)	94	17,4	18,2	94,8	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 favorable 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 cancer sont significativement inférieurs aux niveaux franciliens (entre -13,3 % et -6,0 %). En ce qui concerne les nouvelles admissions en ALD pour cancer et pour maladies cardiovasculaires 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 moindre mortalité (-2,9 %) des séniors malgré des taux élevés d'admission en ALD pour cancers et maladies cardiovasculaires

	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	2928	3049,0	3150,3	97,1	79,1		117,7
35	Admission en ALD pour cancer	1520	1808,1	1691,8	106,6	90,2		107,0
36	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	2032	2438,8	2293,5	106,1	79,3		106,1
37	Admission en ALD pour diabète	681	794,0	948,7	83,7	58,0		146,0
38	Personne en ALD pour maladie d'Alzheimer	3031	3046,4	3068,6	99,7	85,2		122,3
39	Admission en ALD pour maladie d'Alzheimer	529	631,6	636,0	100,2	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 80,2 % des décès du territoire. Les indicateurs de mortalité des 65 ans et plus du territoire sont relativement défavorables : les indices comparatifs d'admission en ALD pour cancer et pour maladies cardiovasculaires sont supérieurs aux moyennes franciliennes. En revanche, on observe une sous-mortalité (-2,9 %) chez les 65 ans et plus du territoire et un niveau de nouvelles admissions en ALD pour diabète inférieur à celui observé en moyenne en Île-de-France.

ÉTAT DE SANTÉ PAR PATHOLOGIES

Les cancers : une mortalité par cancers équivalente à la moyenne régionale

	Cancers	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
40	Mortalité par cancer	1208	206,4	208,6	98,8	86,3		113,4
41	Personne en ALD pour cancer	21638	3694,6	3675,7	100,3	91,4		109,9
42	Admission en ALD pour cancer	2848	510,1	488,8	103,3	90,4		107,3
43	Mortalité par cancer des VADS	58	9,7	10,7	90,1	72,8		124,3
44	Admission en ALD pour cancer des VADS	131	23,1	24,4	93,4	70,8		115,1
45	Mortalité par cancer du poumon	227	38,3	41,0	93,1	73,4		117,4
46	Admission en ALD pour cancer du poumon	225	40,5	44,6	89,7	87,4		121,6
47	Mortalité par cancer du sein	100	29,8	30,3	99,7	87,2		110,3
48	Admission en ALD pour cancer du sein	612	199,7	185,5	107,6	81,3		117,9
49	Mortalité par cancer de la prostate	66	30,4	28,5	105,7	89,4		114,8
50	Admission en ALD pour cancer de la prostate	388	158,5	140,5	113,7	89,3		113,7
51	Mortalité par cancer du côlon-rectum	125	21,1	20,5	104,2	77,4		115,3
52	Admission en ALD pour cancer du côlon-rectum	249	45,5	49,2	92,5	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 également dans une situation intermédiaire en ce qui concerne les cancers. Avec 1 208 décès par cancer en moyenne par an entre 2013 et 2015 (soit 33,1 % des décès du territoire), le taux standardisé de mortalité du territoire s'élève à 206,4 décès pour 100 000 habitants, et l'indice comparatif de mortalité est comparable à la moyenne régionale. On observe cette équivalence des niveaux de mortalité pour les différentes localisations de cancers. Seule la mortalité par cancer du poumon est inférieure à celle observée en Île-de-France. En ce qui concerne les nouvelles admissions en ALD pour cancer, les admissions en ALD pour cancers du sein et de la prostate sont supérieures aux niveaux franciliens (respectivement +7,6 % et +13,7 %) alors que pour le cancer du poumon elles sont inférieures de -10,3 %. Pour les autres cancers, le niveau du territoire est comparable à celui d'Île-de-France. Sur le territoire, la mortalité par cancer du poumon représente 18,8 % des décès par cancer du territoire.

Les maladies cardiovasculaires : une plus forte mortalité cardiovasculaire (+3,3%) par comparaison avec la moyenne régionale

	Maladies cardiovasculaires	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
53	Mortalité par maladies cardiovasculaires	849	141,9	137,8	103,3	73,7		125,2
54	Mortalité par cardiopathie ischémique	221	37,4	34,6	107,9	70,9		135,1
55	Mortalité maladies vasculaires cérébrales	181	30,3	31,6	96,4	76,0		132,0
56	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	3067	565,9	546,6	103,0	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 et par cardiopathie ischémique supérieurs à la moyenne francilienne (respectivement +3,3 % et +7,9 %). Les décès par maladies cardiovasculaires représentent 23,2 % des décès du territoire. On observe un taux de nouvelles admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires supérieur à celui de la région de +3,0 %.

Le diabète : une situation particulièrement favorable sur le territoire

	Diabète	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
57	Personne en ALD pour diabète	20517	3453,0	4346,9	79,3	44,9		166,4
58	Admission en ALD pour diabète	1742	301,7	386,2	77,8	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 20 517 personnes en ALD pour diabète, avec un taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour diabète de 301,7 pour 100 000 habitants sur la période 2012-2014. Le territoire se situe ainsi en dessous des moyennes régionales de -20,7 % en fréquence d'ALD pour diabète et de -22,2 % en nouvelles admission en ALD pour diabète.

Les maladies de l'appareil respiratoire : une mortalité inférieure de -14,0 % par comparaison avec la mortalité 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	211	35,2	41,3	86,0	74,3		145,4
60	Personne en ALD pour mal. de l'app. respiratoire	3887	652,8	817,4	79,4	51,0		143,9
61	Admission en ALD pr mal. de l'app. respiratoire	402	71,1	91,8	76,4	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, 211 personnes sont décédées de maladies de l'appareil respiratoire, soit une sous-mortalité de -14,0 % 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 significativement inférieurs au niveau moyen francilien.

Les troubles mentaux et du comportement

	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	12342	2038,9	2126,8	95,6	77,0		122,7
63	Admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement	1264	213,6	205,9	103,6	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 12 342 personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement et 1 264 nouvelles admissions en moyenne par an, les indices comparatifs montrent des fréquences d'ALD inférieurs de -4,4 % à la moyenne régionale alors que celui de nouvelles admissions en ALD est supérieur de +3,6 %.

La mortalité due à des pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac : une moindre mortalité pour les pathologies essentiellement dues à l'alcool de -13,8 %

	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	107	17,7	20,4	86,2	56,2		128,8
65	Mortalité par pathologie liée à l'usage du tabac	567	96,1	97,1	99,0	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 un taux standardisé de mortalité par pathologies liées à l'alcool inférieur à celui observé en Île-de-France. La mortalité par pathologies liées au tabac représente 15,5 % de la mortalité générale du territoire.

Les accidents

	Accidents	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
66	Mortalité par accidents de la vie courante	140	23,4	23,0	101,3	87,7		119,2
67	Mortalité par accidents de la circulation	18	3,0	2,4	124,4	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.

En moyenne annuelle, entre 2013 et 2015 sur le territoire, on observe 140 décès par accidents de la vie courante et 18 décès par accidents de la circulation. Le niveau de mortalité par accident de la circulation est significativement supérieur à celui d'Île-de-France (attention à la variabilité du taux dû au faible effectif).

Les personnes en situation de handicap

	Personnes en situation de handicap	Valeur	Valeur rég.	minimum territoire		maximum territoire
68	Bénéficiaire de l'AEEH (%)	1,7	1,7	1,0		2,6
69	Bénéficiaire de l'AAH (%)	1,5	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 1,7 % pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans et 1,5 % pour les adultes de 20 à 59 ans.

Le VIH sida : une situation favorable 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	40	13,4	39,0	34,4	34,4	354,1
71	Admission en ALD VIH/SIDA - Femmes	27	9,0	19,1	46,8	46,8	166,3
72	Personne en ALD VIH/SIDA - Hommes	607	204,8	577,5	35,4	35,4	357,6
73	Personne en ALD VIH/SIDA - Femmes	478	155,4	296,3	52,2	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 particulièrement favorable par rapport à ce qui observé aux niveaux régional et départemental, mais reste, chez les femmes, moins favorable que la moyenne de France métropolitaine.

En 2017, le territoire comptait 607 hommes et 478 femmes en ALD 7 VIH, soit des taux standardisés par âge de 204,8 pour 100 000 chez les hommes et 155,4 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 -64,6 % et -47,8 %).

Le canton-ville de Trappes présente les taux standardisés de personnes en ALD 7 VIH les plus élevés du territoire.

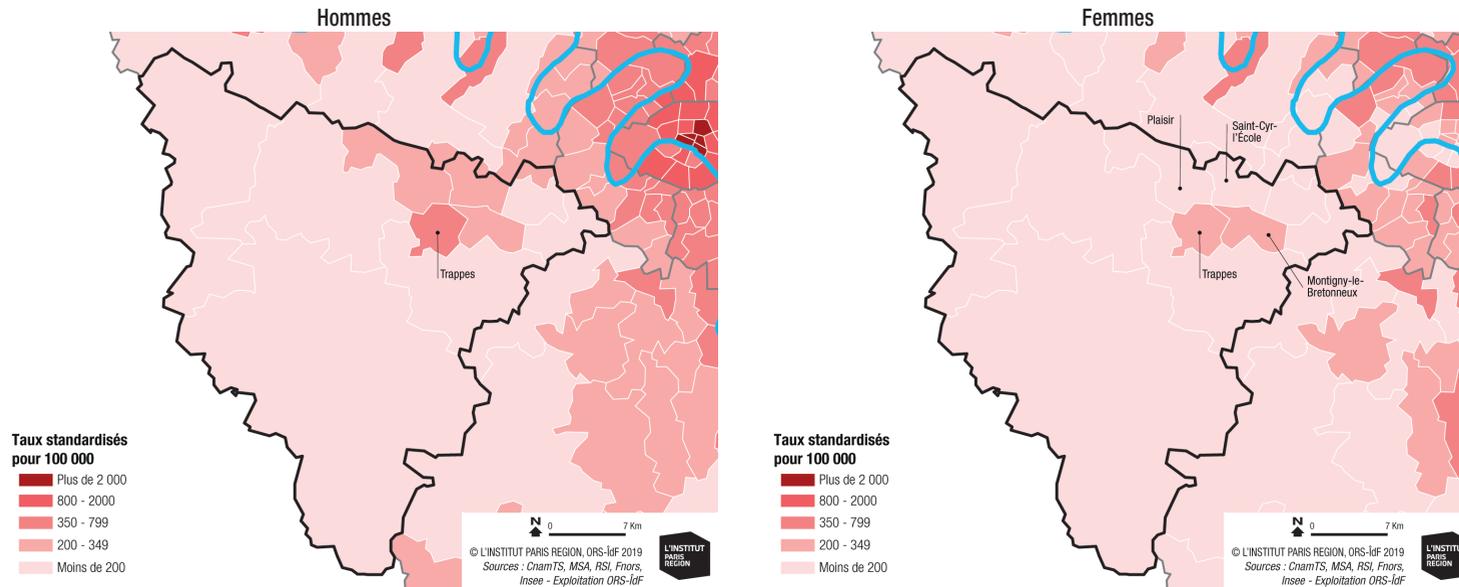
Entre 2011 et 2014, les nouvelles admissions en ALD 7 VIH concernent, en moyenne par an, 40 hommes et 27 femmes sur le territoire, avec des taux standardisés significativement inférieurs à ceux de la région (respectivement 13,4 contre 39,0 pour 100 000 chez les hommes et 9,0 contre 19,1 pour 100 000 chez les femmes).

A noter cependant, qu'au niveau départemental, il est estimé* que 800 habitants des Yvelines (IC95% : [600;1 000]) vivaient avec le VIH/Sida sans le savoir, dont 3 personnes non diagnostiquées sur 10 sont des hommes hétérosexuels nés à l'étranger, 2 sur 10 sont des HSH** et 2 sur 10 des femmes hétérosexuelles nées à l'étranger.

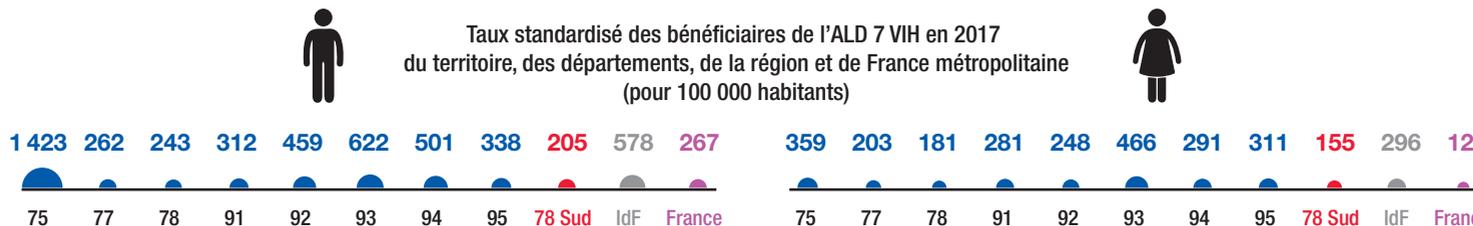
*Marty and al. Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: estimates for France. Journal of the International AIDS Society. 2018;21(3):e25100.

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

L'IDH-2 = (indice santé + indice éducation + 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.

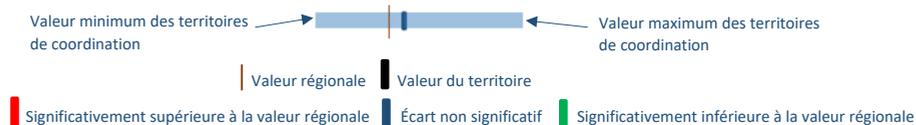
Les tableaux présentent en colonne 6 les indices comparatifs de mortalité (ICM) ou de morbidité du territoire.

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 78 Sud, la construction annuelle estimée à 2 209 logements dans le scénario bas et à 3 694 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.