

92 CENTRE

PROFIL DES TERRITOIRES DE COORDINATION

Décembre 2019



L'essentiel

Un territoire urbain de 360 000 habitants, au profil social très favorisé

- Un territoire alto-séquanais, stable démographiquement, très largement urbanisé, qui compte 360 000 habitants, dont 29 000 personnes de 75 ans ou plus ;
- Une dynamique naturelle modérée ;
- Un territoire au profil social très favorisé dans toutes les communes.

Un territoire modérément exposé à la pollution atmosphérique et aux nuisances sonores

- L'eau distribuée sur le territoire est de bonne qualité et les sites potentiellement pollués peu présents. Cependant, près des 16 % de la population est exposée à la pollution atmosphérique et 15 % à des nuisances sonores d'origine routière. 16 % de la population du territoire est potentiellement exposée à un cumul d'au moins trois nuisances et pollutions environnementales.

Des indicateurs de santé très favorables comparativement aux moyennes régionales

- Des espérances de vie à la naissance supérieures aux moyennes régionales et des niveaux de mortalité générale, prématurée ou prématurée évitable inférieurs ;
- Des indicateurs sanitaires favorables à tous les âges et pour toutes les causes étudiées : cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies de l'appareil respiratoire, troubles mentaux et du comportement, pathologies liées à l'alcool ou au tabac ;
- Une situation vis-à-vis du VIH/Sida bien plus favorable que les moyennes régionales, mais qui reste moins favorable que ce qui est observé en moyenne sur l'ensemble de la 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.

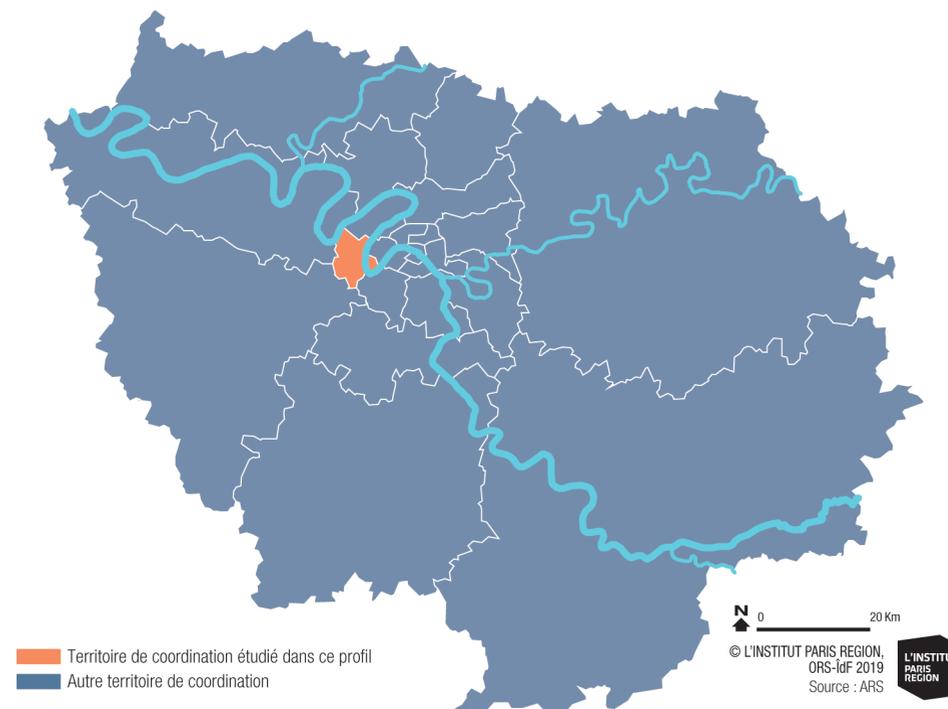
La troisième partie présente les principaux indicateurs relatifs à l'état de santé des populations du territoire : état de santé général (espérance de vie, mortalité et ALD) décliné par tranches d'âge tout d'abord, puis par pathologies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète...).

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 deux intercommunalités

Le territoire, situé à l'ouest de Paris dans les Hauts-de-Seine, compte 360 270 habitants répartis sur 10 communes. Le territoire est concerné par les établissements publics territoriaux Grand Paris Seine Ouest (T3) et Paris Ouest La Défense (T4), qui tous deux s'étendent sur des périmètres qui dépassent largement le territoire.

Le territoire est relié au centre de l'agglomération et irrigué grâce au métro, au RER A et à une ligne du transilien. L'autoroute A13 ainsi que la nationale 118 et la départementale 910 sont les axes routiers majeurs du territoire.

Les intercommunalités du territoire en 2019

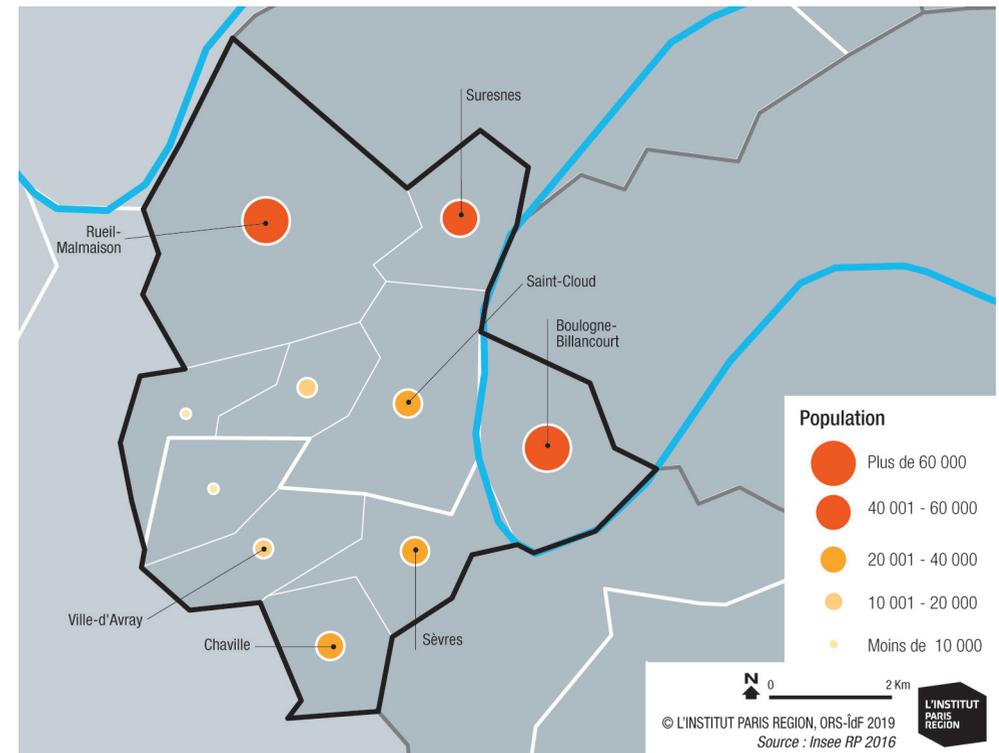


Un territoire multipolarisé

Avec près de 120 000 habitants, Boulogne-Billancourt est la commune principale du territoire. Viennent ensuite les communes de Rueil-Malmaison (78 200 habitants), Suresnes (48 600 habitants), Saint-Cloud (30 200 habitants), Sèvres (23 700 habitants) et Chaville (20 300 habitants). Garches, quant à elle, compte 17 700 habitants environ et Ville d'Avray 11 500.

Deux communes du territoire comptent nettement moins de population : Vaucresson (8 630 habitants) et Marnes-la-Coquette (1 800 habitants).

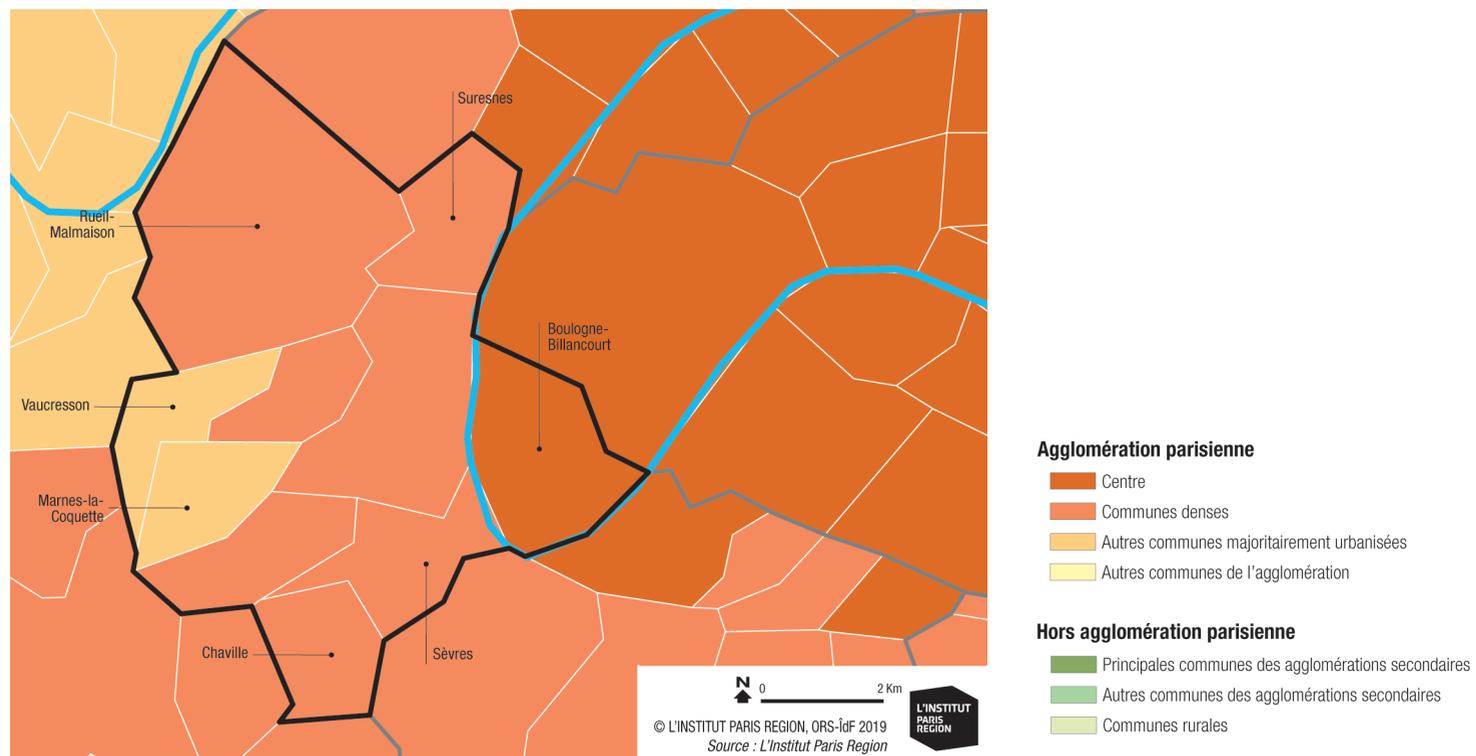
Nombre d'habitants des communes du territoire en 2016



Un territoire densément urbanisé

Le territoire, limitrophe à Paris, est très largement urbanisé, avec toutefois le bois de Boulogne comme espace de respiration et la présence de deux communes moins denses (Vaucresson et Marnes-la-Coquette).

Caractéristiques morphologiques du territoire en 2016



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

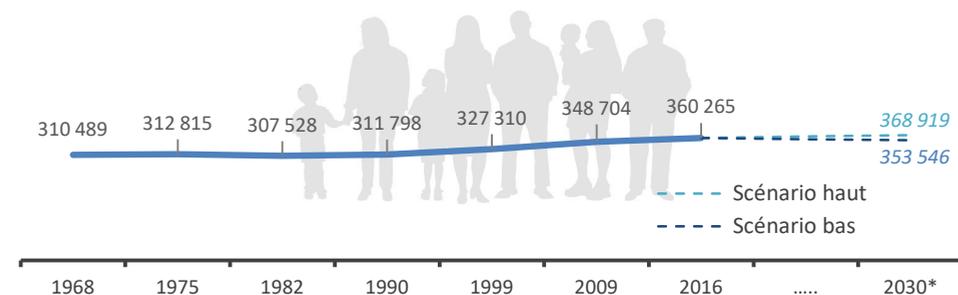
Une population en très légère croissance

Après une période de stabilité de sa population, le territoire a connu un regain de croissance à partir des années 1990 pour atteindre des taux de croissance annuels moyens similaires à ceux observés en moyenne en Île-de-France.

Une population qui devrait se stabiliser d'ici 2030

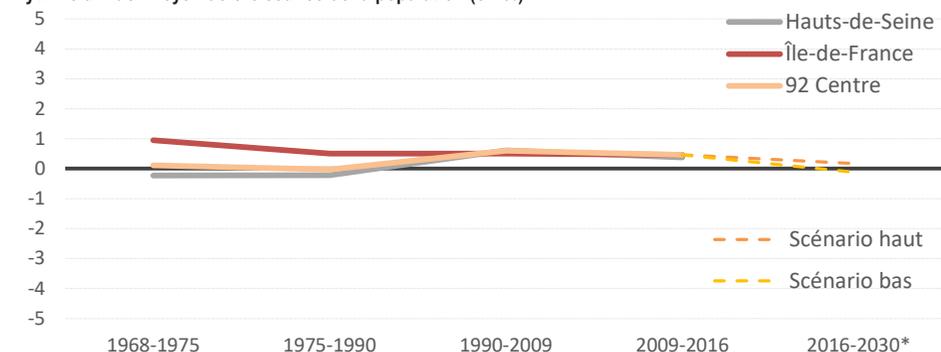
Selon les projections de population de l'Institut Paris Région (voir éléments de méthode page 31), la population du territoire devrait cesser d'augmenter et se stabiliser d'ici 2030.

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



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

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

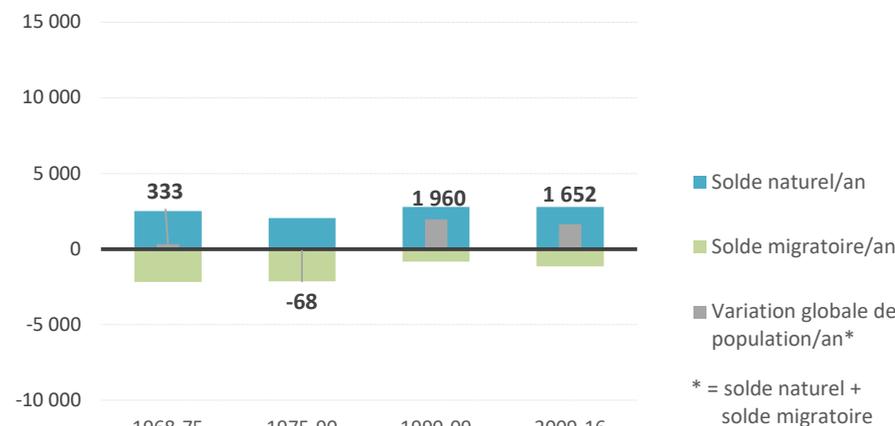


* Les chiffres indiqués pour 2030 reposent sur les deux scénarios (haut et bas) des projections de population réalisées par l'Institut Paris Région.

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

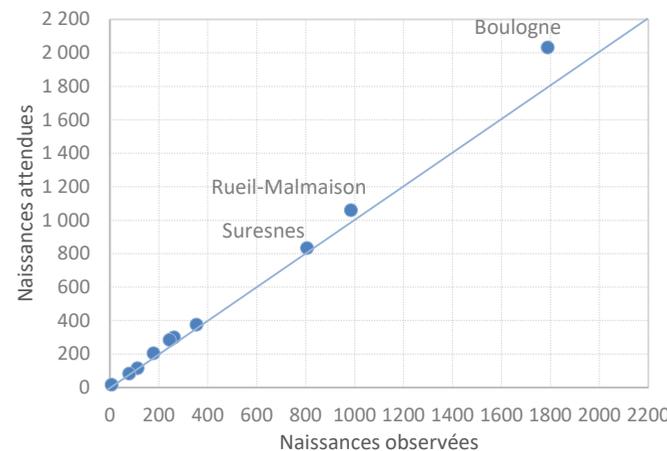
Le léger regain de croissance démographique que le territoire a connu dans les années 90 repose à la fois sur un certain dynamisme naturel qui conduit à un solde naturel (naissances moins décès) positif, mais également, depuis les années 1990, sur une diminution du déficit migratoire (arrivées moins départs) avec le reste de la région, de la France ou de l'étranger.

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.

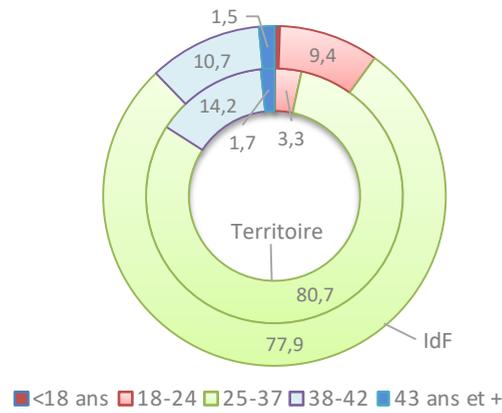
Lecture : si le point est au-dessus de la ligne, la fécondité est moindre qu'attendue. Si le point est en dessous, la fécondité est supérieure.

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

En ce qui concerne les niveaux de fécondité des femmes habitant ce territoire, on ne note pas 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 à Boulogne, où le nombre de naissances observé est moins 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.

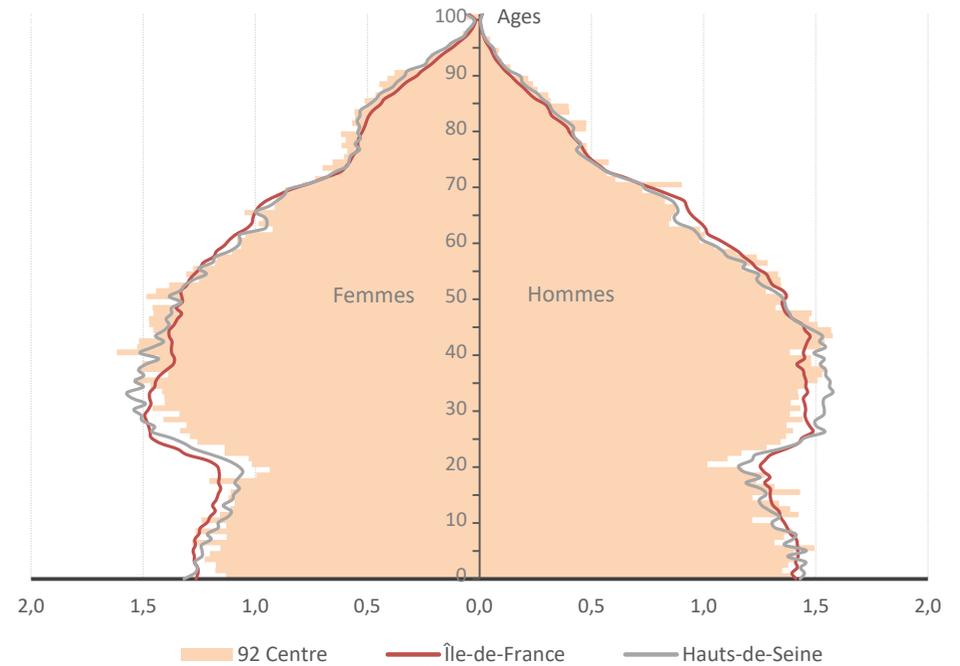
Globalement, sur l'ensemble du territoire, les femmes sont par ailleurs plus nombreuses à avoir un enfant après 38 ans (15,9 % contre 12,2 % en moyenne en Île-de-France).

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



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

Pyramide des âges de la population (2016)

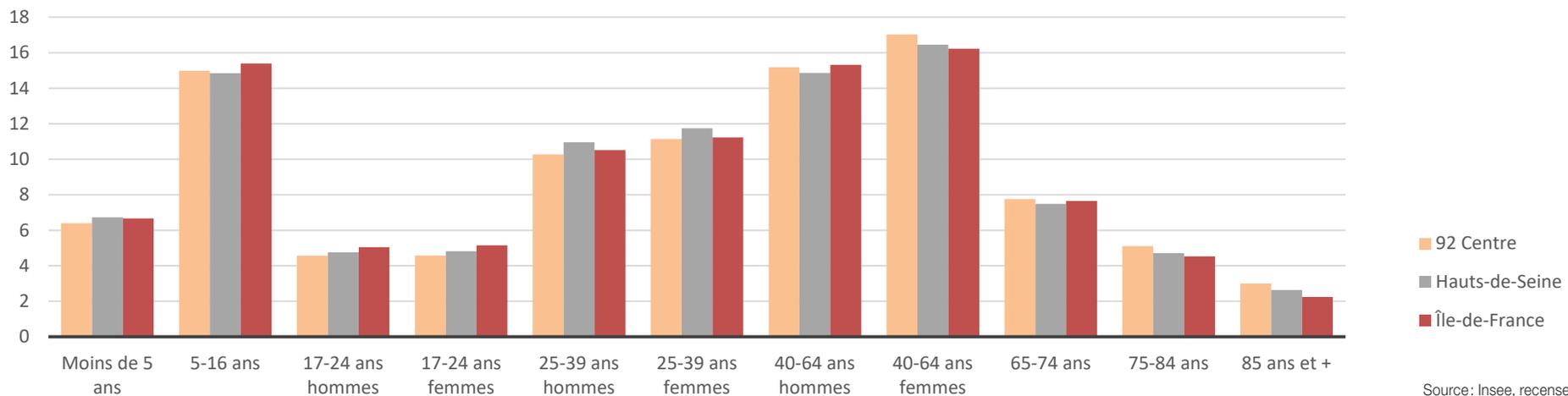


Source: Insee, recensement 2016.

Une structure par âge similaire à celle du département

Comparativement au profil régional moyen, le territoire compte moins de jeunes enfants et adolescents (moins de 25 ans) mais plus de personnes âgées de 75 ans et plus.

Structure par âge en 2016



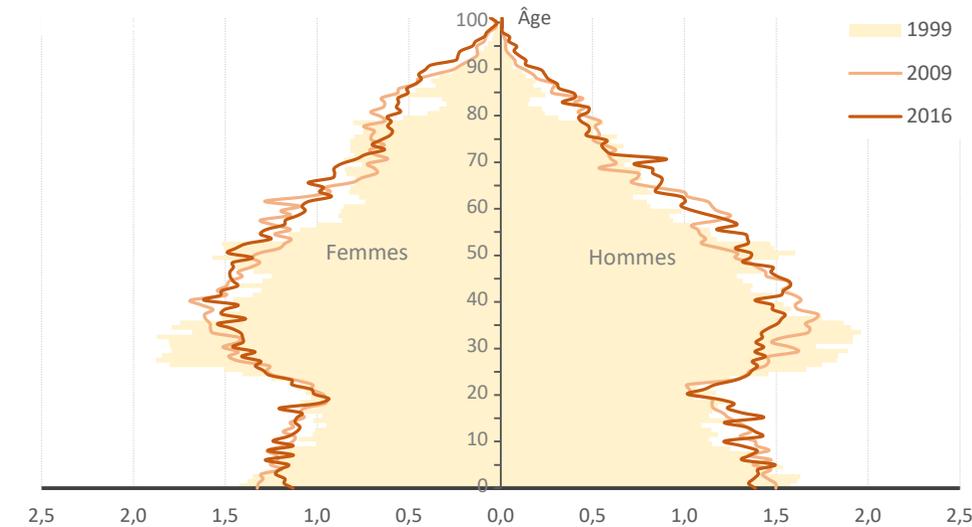
Source: Insee, recensement 2016.

Un vieillissement modéré

Une population qui a connu un léger vieillissement, notamment pour ce qui concernait les 40-75 ans entre 2009 et 2016.

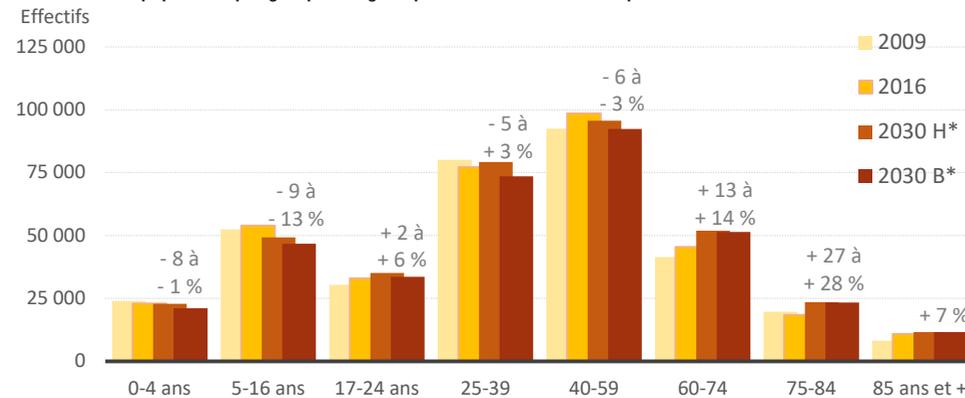
A l'horizon 2030, le territoire devrait compter encore environ 6 000 personnes de 60-74 ans et également 6 000 personnes de 75 ans et plus supplémentaires.

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



Source : Insee, recensements de la population.

Évolution de la population par groupes d'âge depuis 1999 et estimations pour 2030



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

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

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	23 560	23 936	23 024	22 860	21 074
5-16 ans	45 031	52 443	53 983	49 252	46 763
17-24 ans	30 329	30 431	32 903	35 038	33 537
25-39 ans	85 178	80 051	77 144	79 175	73 493
40-59 ans	83 765	92 458	98 582	95 631	92 381
60-74 ans	37 769	41 419	45 409	51 899	51 431
75-84 ans	15 060	19 740	18 380	23 443	23 307
85 ans et +	6 632	8 226	10 841	11 620	11 561
Total	327 324	348 704	360 265	368 919	353 546

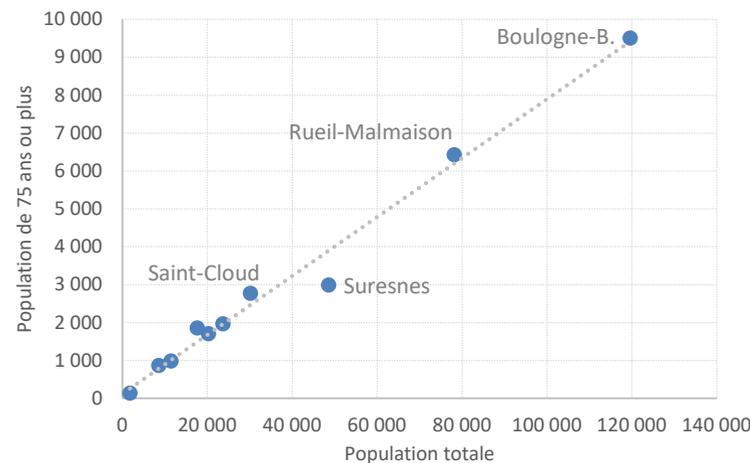
* H : scénario haut - B : scénario bas. Voir note méthodologique page 31.

Sources : Insee, recensements de la population jusqu'à 2016 - Projections de population (scénarios haut et bas) Institut Paris Région pour 2030.

La répartition de la population âgée sur le territoire est assez homogène entre les communes du territoire.

Suresnes se démarque un peu de la moyenne, puisqu'elle compte, proportionnellement à sa taille, moins de personnes âgées que la moyenne des communes du territoire.

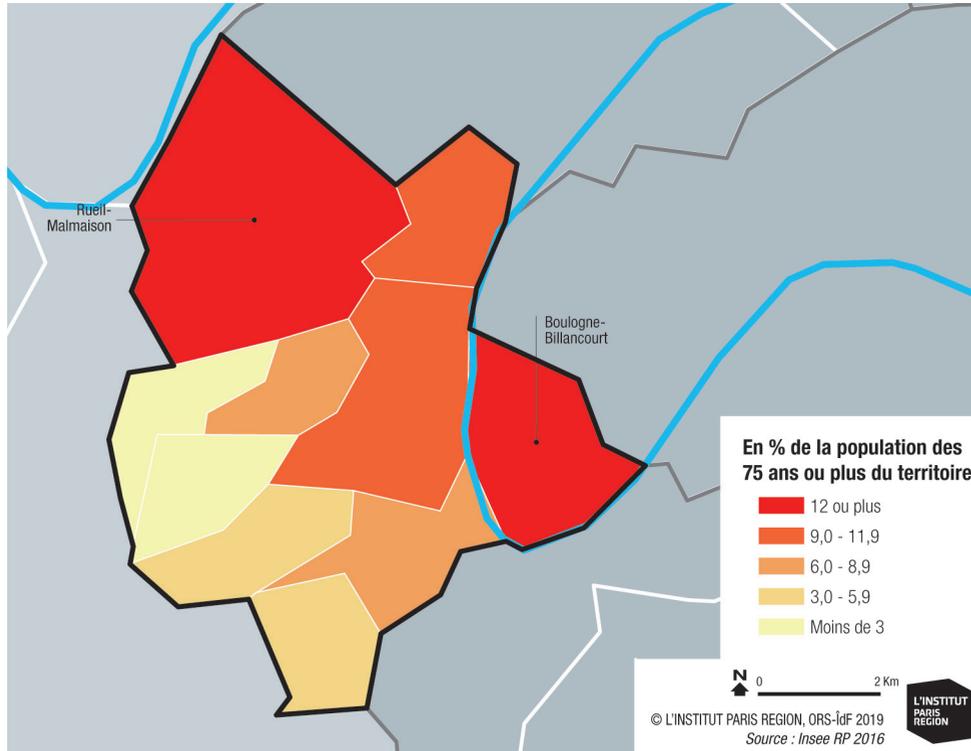
Population totale des communes du territoire et nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en 2016



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

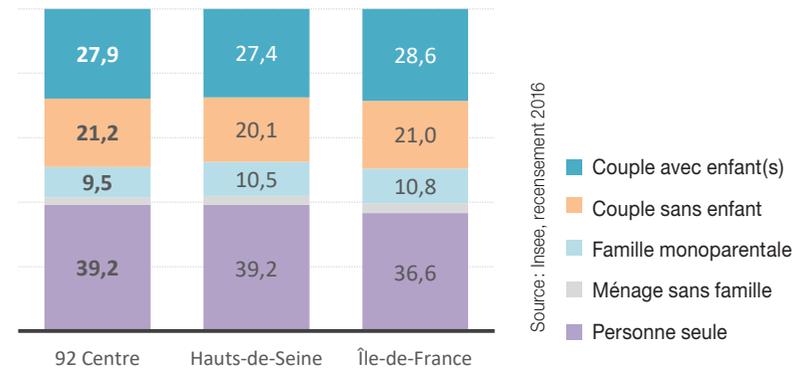


Une sur-représentation de personnes seules

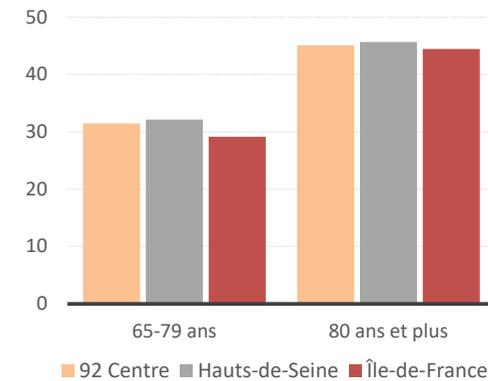
La structure familiale des ménages du territoire se caractérise par une sur-représentation des personnes seules (39,2 % contre 36,6 % en moyenne en Île-de-France).

Les personnes âgées de 65 à 79 ans et de 80 ans et plus sont, elles, respectivement 31 et 45 % à vivre seules, chiffres peu différents des moyennes franciliennes (29 et 44 %).

Structure familiale des ménages (en %)



Part des personnes âgées vivant seules (en %)



CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES HABITANTS

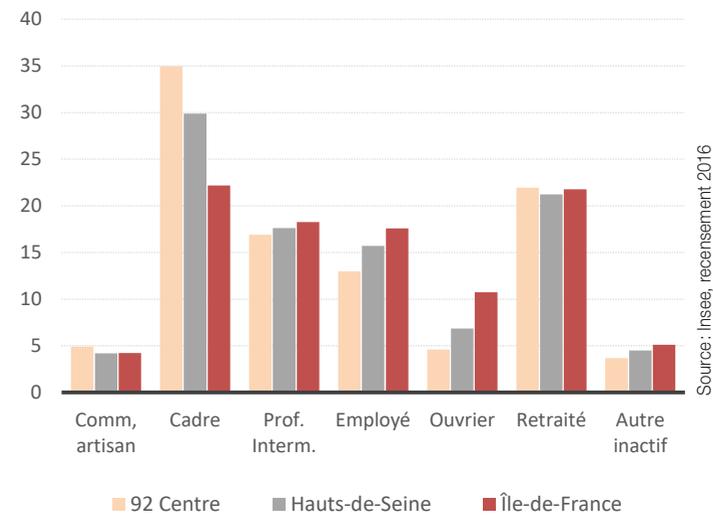
Un territoire socialement favorisé

La structure des ménages du territoire par PCS indique une très nette sur-représentation des cadres.

Comme en moyenne en Île-de-France, les retraités représentent 22 % de la population totale du territoire.

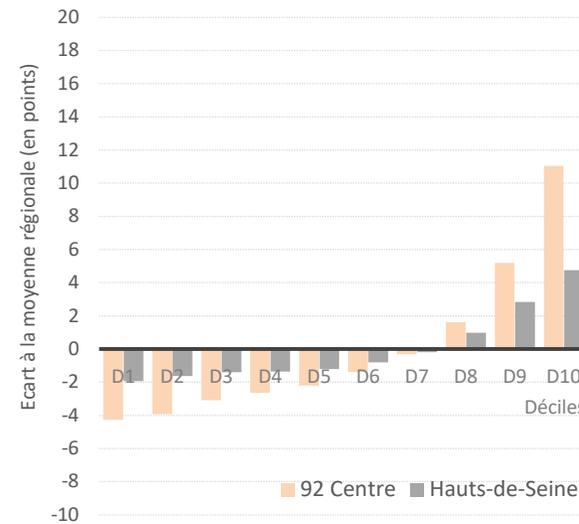
Sur le territoire, les ménages les plus riches (D8, et surtout D9 et D10) sont largement sur-représentés par rapport à la moyenne régionale, tandis que les déciles de revenu les plus pauvres (D1 à D3, et dans une moindre mesure D4 à D7) sont sous-représentés.

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



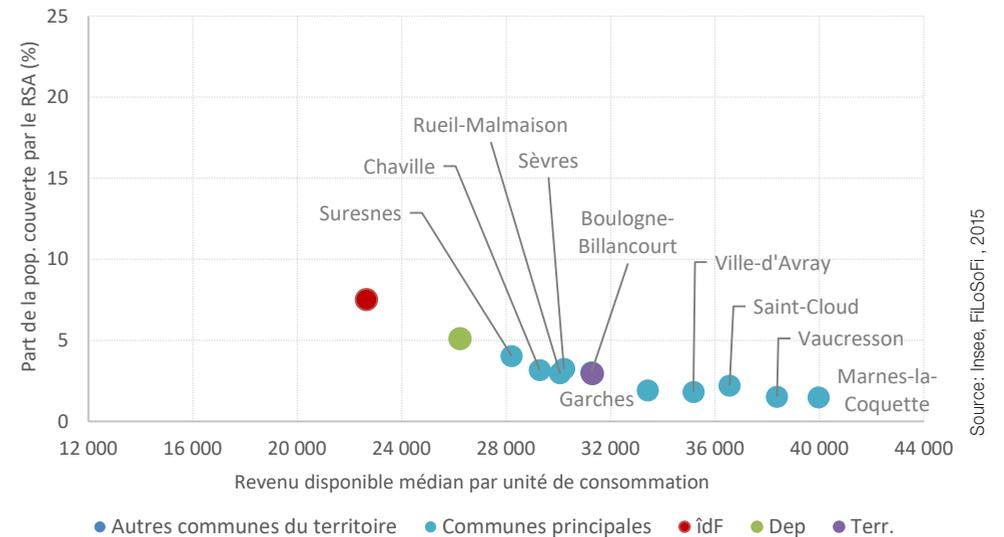
Un territoire assez homogène sur le plan social avec des communes favorisées voir très favorisées socialement, qui présentent des revenus médians par unité de consommation largement supérieurs à la moyenne régionale et des parts de population couverte par le RSA très nettement inférieures aux moyennes régionales.

Profil de revenu des ménages



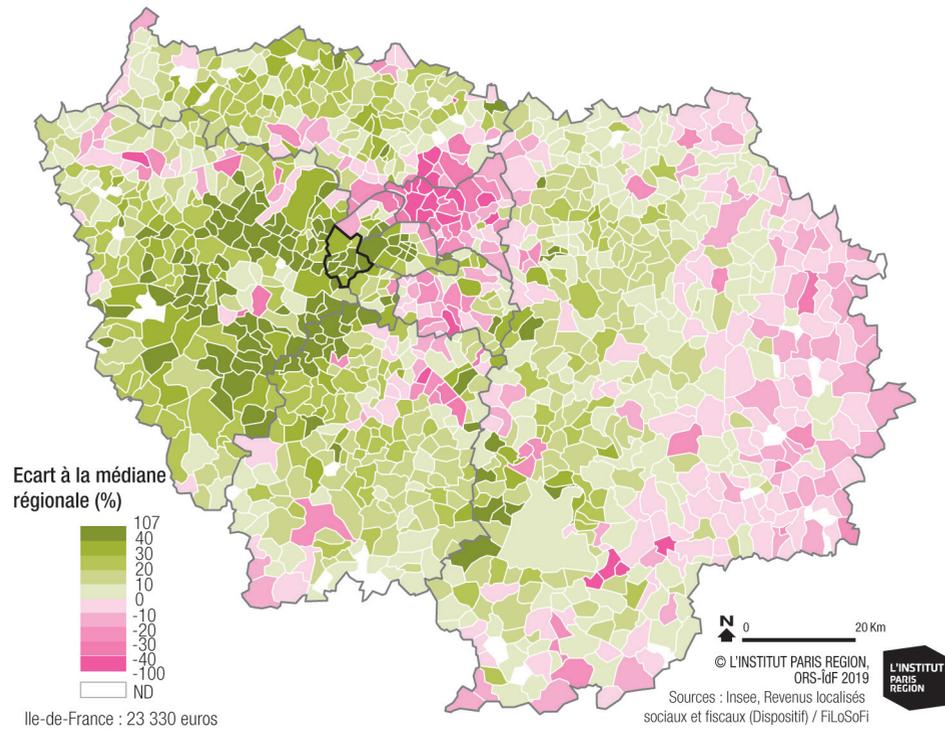
Note de lecture :
 D1 = le 1^{er} décile de revenu correspond aux ménages les plus pauvres.
 D10 = le 10^e décile correspond aux ménages les plus riches.
 Les déciles sont calculés par rapport au niveau régional.

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

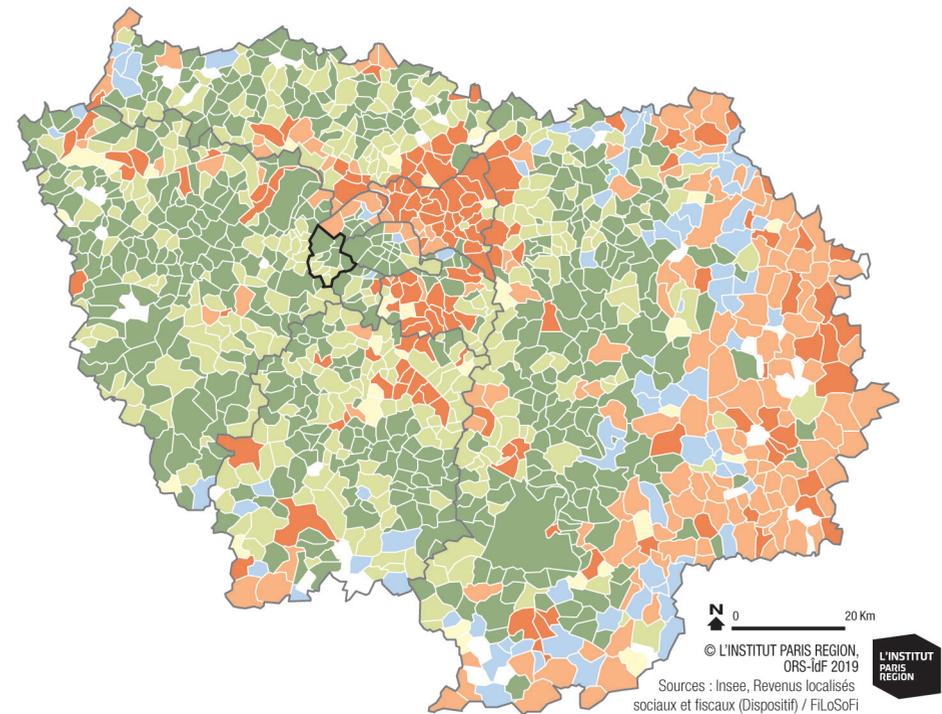


Revenu médian par unité de consommation (UC) des communes (écart à la médiane régionale) et évolution 2006-2015

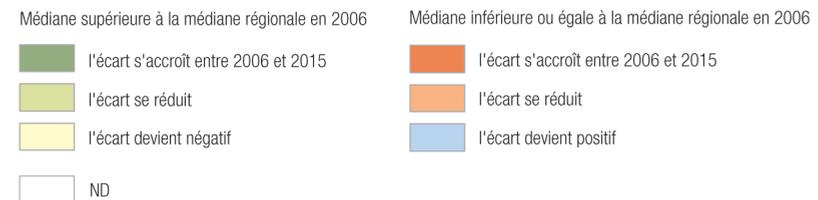
Revenu médian par UC des communes (écart à la médiane régionale) en 2015



Renforcement du marquage social du territoire entre 2006 et 2015



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

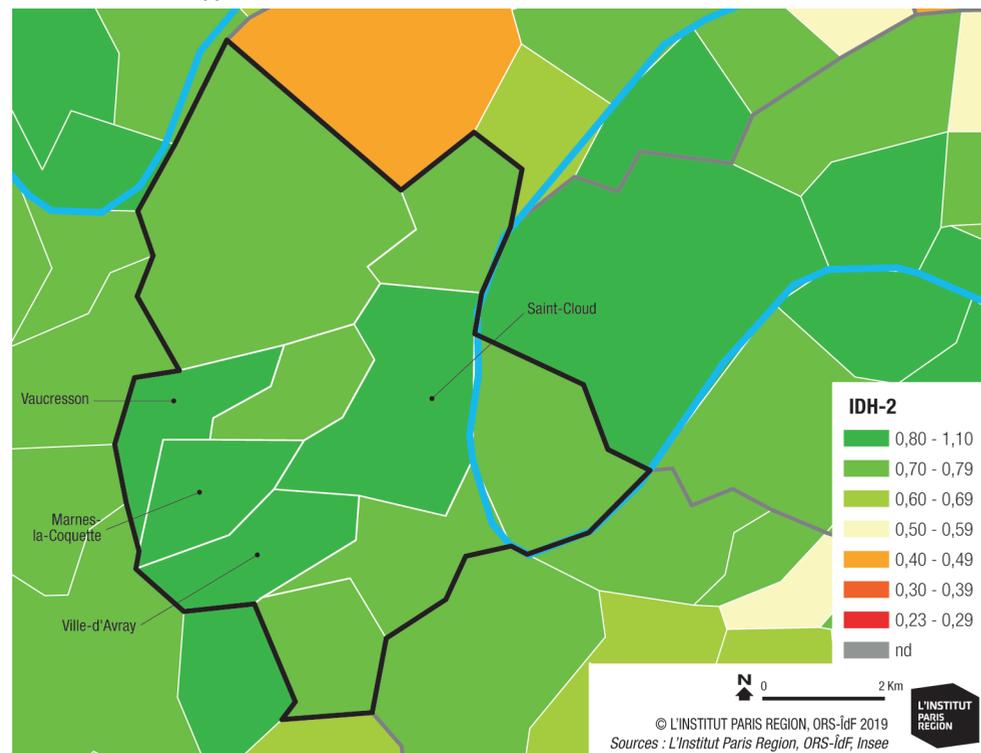


Note de lecture :

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

Les communes du territoire, assez homogènes socialement, présentent toutes des revenus médians par unité de consommation supérieurs à la médiane régionale. Depuis 2006, la situation des communes du nord du territoire a plutôt eu tendance à s'améliorer en se démarquant par le haut de la moyenne régionale, tandis que la situation des communes telles que Chaville, Sèvres ou Ville-d'Avray, tout en restant tout à fait favorable, a plutôt eu tendance à se rapprocher de la moyenne régionale.

Indicateur de Développement Humain IDH-2 en 2013



Un indice de développement humain qui modifie peu le diagnostic

L'indice de développement humain (IDH-2) est un indicateur synthétique combinant les dimensions sanitaires (espérance de vie à la naissance), d'éducation (part de la population sortie du système scolaire et ayant un diplôme) et de revenu (revenu médian par unité de consommation).

Sur ce territoire, la géographie dessinée par l'IDH-2 diffère assez peu de celle fondée uniquement sur les niveaux de revenu.

En effet, les villes du territoire présentent des revenus médians élevés et affichent un IDH-2 favorable supérieur à l'IDH-2 moyen de la région.

Un territoire ne comptant aucun quartier en politique de la ville

Le territoire ne compte aucun quartier en politique de la ville (QPV).

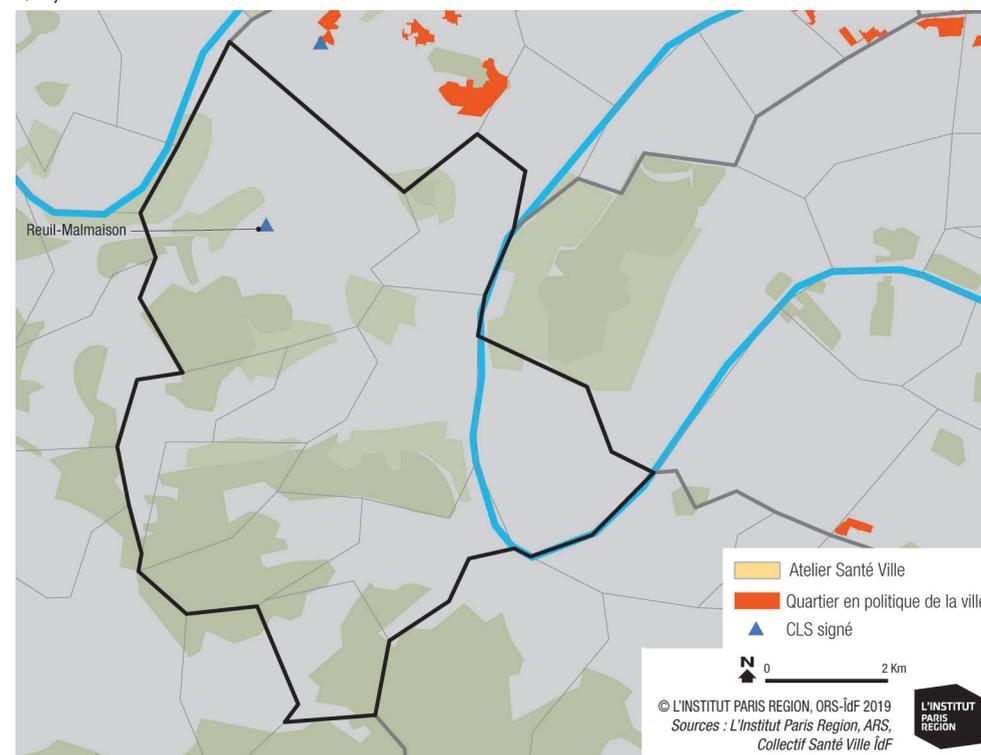
Un contrat local de santé (CLS) est en cours à Reuil-Malmaison.

Un territoire qui compte peu d'immigrés

Comparativement à la moyenne francilienne, le territoire compte relativement peu d'immigrés¹ : en effet, 15 % de sa population est considérée comme immigrée, contre 19 % en moyenne en Île-de-France.

1. Au sens de l'Insee, personnes nées de nationalité étrangère à l'étranger. Parmi eux, certains ont pu acquérir la nationalité française et sont donc français.

QPV, ASV et CLS sur le territoire en 2019

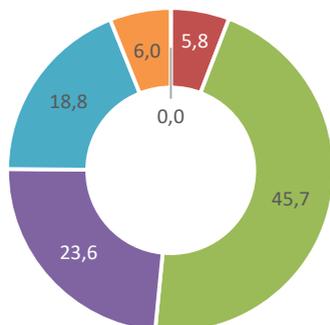


LES AUTRES USAGERS DU TERRITOIRE

Moins de 30 % des emplois du territoire occupés par des actifs résidents

Sur le territoire résident 188 900 actifs en activité, tandis que le territoire n'offre que 201 500 emplois. Le profil des emplois occupés par les résidents est sensiblement identique à celui des emplois offerts sur le territoire.

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



■ Agriculteurs
■ Cadres et PIS
■ Employés

Source: Insee, recensement 2016.

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



■ Artisans, comm., CE
■ Professions intermédiaires
■ Ouvriers

Pour autant, les actifs résidant sur le territoire ne sont que 35 % à y travailler (50 % pour les artisans, commerçants, 50 et 38 % pour les employés et ouvriers, 37 % pour les professions intermédiaires et 25 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures (PIS)). Les autres actifs résidents du territoire vont travailler principalement à Paris (40 %), ailleurs dans les Hauts-de-Seine (32 %) ou dans les Yvelines (12 %).

Inversement, les emplois offerts sur le territoire ne sont occupés qu'à 30 % par les habitants du territoire. Les autres emplois du territoire sont occupés principalement par des actifs résidant ailleurs dans les Hauts-de-Seine (23 %), à Paris (22 %) ou dans les Yvelines (20 %).

Les élèves: largement scolarisés sur place jusqu'au collège

Jusqu'au collège, la majorité des enfants du territoire sont scolarisés dans une commune du territoire : 94 % pour les élèves de primaire (maternelle et élémentaire) et 86 % 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 14 % d'élèves en provenance d'autres territoires franciliens.

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

- Au lycée, « seuls » 72 % des lycéens du territoire sont scolarisés dans un lycée du territoire. Inversement, les lycées du territoire accueillent 25 % de lycéens résidant dans un autre territoire.
- Au niveau de l'enseignement supérieur, seuls 21 % des étudiants résidant sur le territoire y poursuivent leurs études. Inversement, les écoles et universités du territoire sont très attractives puisqu'elles accueillent 67 % d'élèves qui résident sur un autre territoire.

Taux de scolarisation sur place et taux d'attractivité des établissements scolaires du territoire

Taux de scolarisation sur place				Taux d'attractivité des établissements			
Primaire	Collège	Lycée	Ens. supérieur	Primaire	Collège	Lycée	Ens. supérieur
94%	86%	72%	21%	7%	14%	25%	67%

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

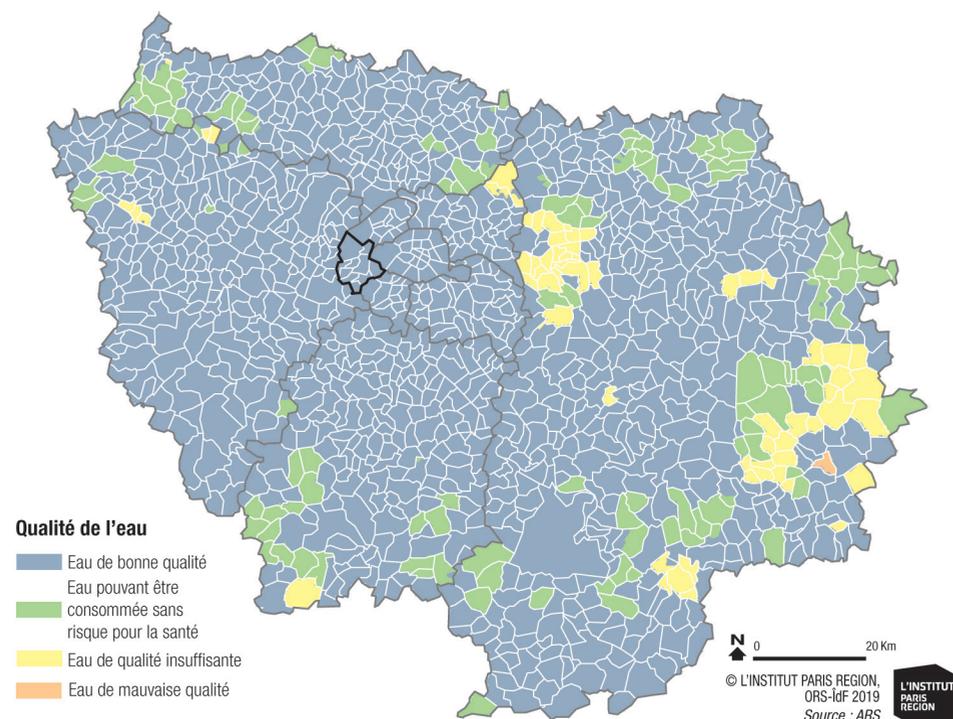
QUALITÉ DE L'EAU DE CONSOMMATION

Une eau distribuée de bonne qualité sur l'ensemble du territoire

L'eau distribuée au robinet est de bonne qualité sur l'ensemble 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.

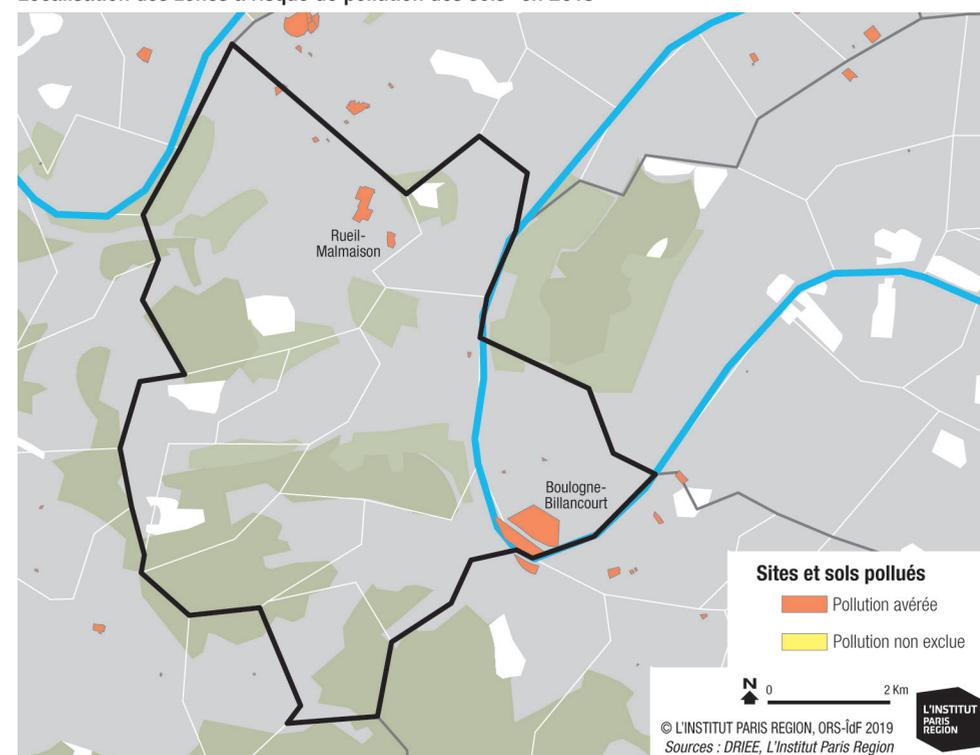
SITES ET SOLS POLLUÉS

Peu de zones à risque de pollution des sols

Le territoire compte 10 sites et sols potentiellement pollués* sur les 85 sites du département soit 2% des sites de la région francilienne qui en compte 484. Les sites pollués du territoire (pollution avérée ou non exclue) sont peu nombreux et occupent 0,7 km² soit 1,2% de la surface de ce territoire. Ils sont situés essentiellement sur deux communes : Boulogne-Billancourt et Rueil-Malmaison. Le site le plus important en surface fait 0,3 km² et est situé sur la commune de Boulogne-Billancourt.

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

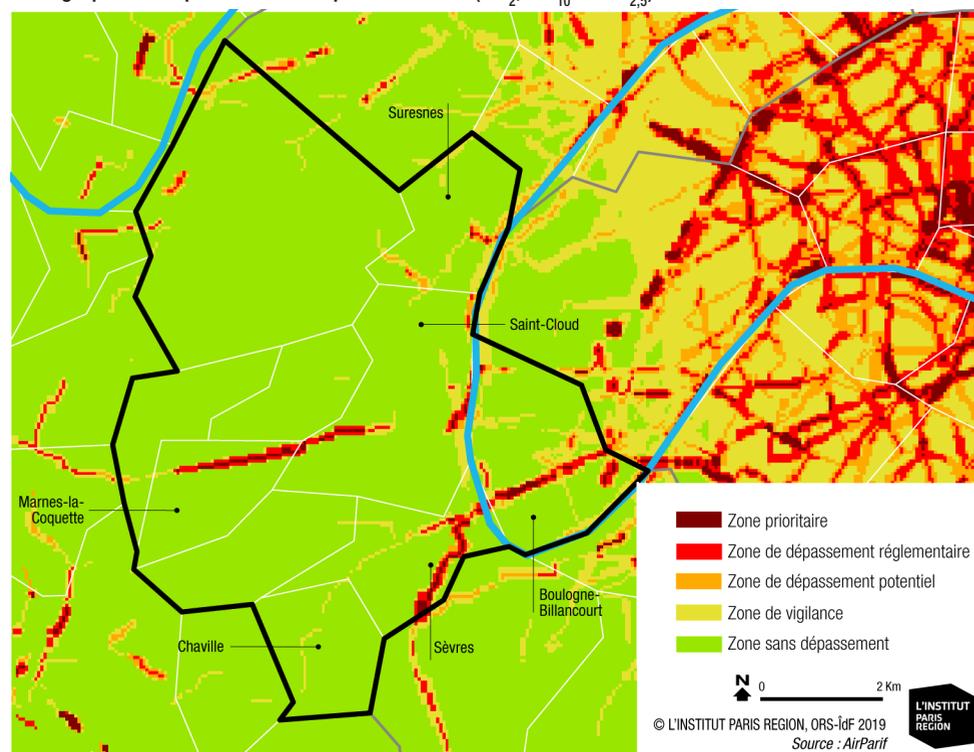
Des situations de fortes expositions le long des principaux axes routiers

Boulogne-Billancourt et Suresnes sont les communes du territoire qui comptent, en volume, le plus d'habitants exposés, respectivement 32 500 et 7 800 habitants soit 28,2 et 16,8 % de la population de ces communes.

Globalement, sur l'ensemble du territoire, 35 650 personnes (soit 10,2 % de la population totale du territoire) se situent en zone de vigilance, 6 470 (1,8 %) en zone de dépassement potentiel, 8 860 (2,5 %) en zone de dépassement réglementaire et 3 470 (1,0 %) en zone prioritaire.

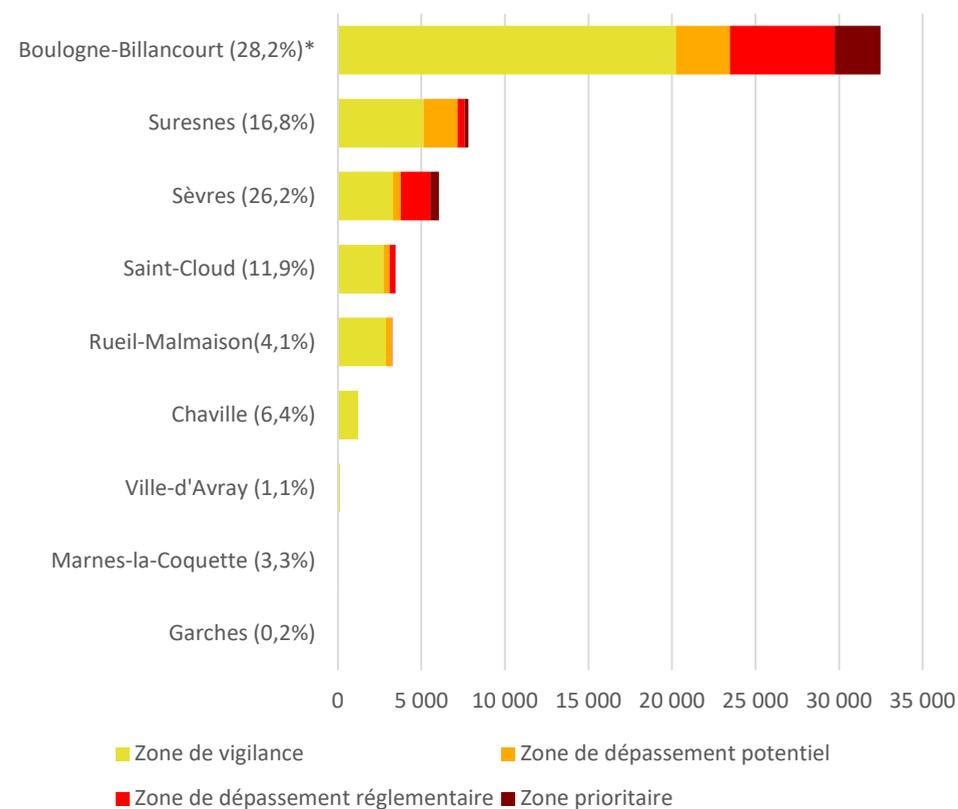
Voir page 17 les contextes et enjeux sanitaires concernant la pollution de l'air.

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 71,8 % des habitants de Boulogne-Billancourt 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

Une exposition au bruit essentiellement routier

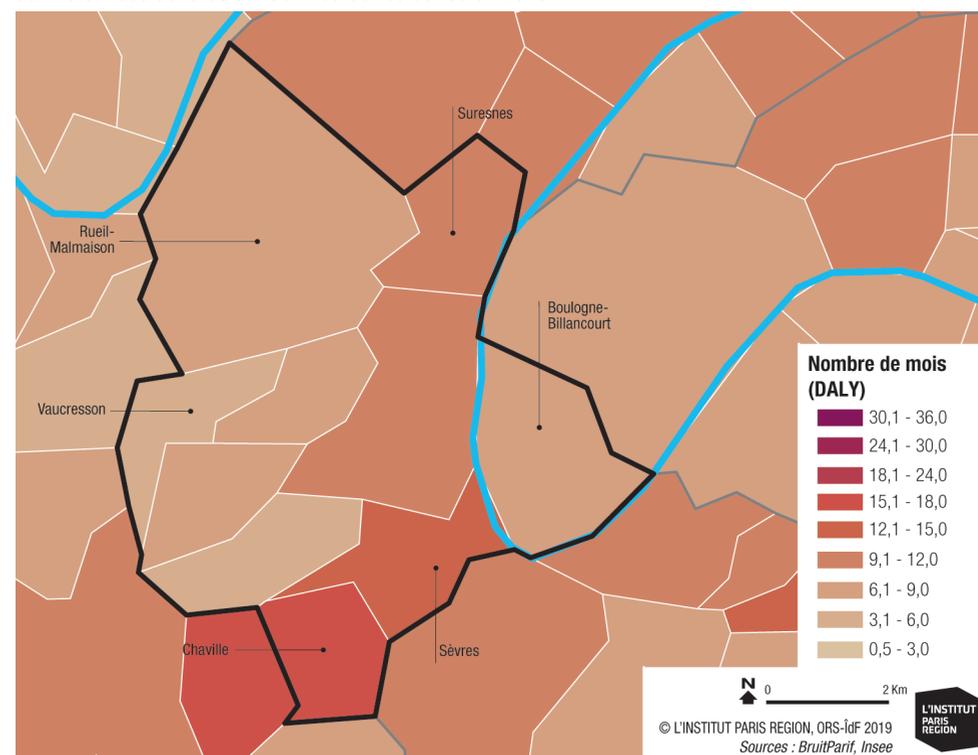
Le territoire est fortement impacté par le bruit routier et de façon très marginale par le bruit ferré. On n'observe pas de dépassement des valeurs limites pour le bruit aérien.

52 750 personnes (soit 15,1 % 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). Les communes les plus impactées sont Boulogne-Billancourt, Rueil-Malmaison et Suresnes.

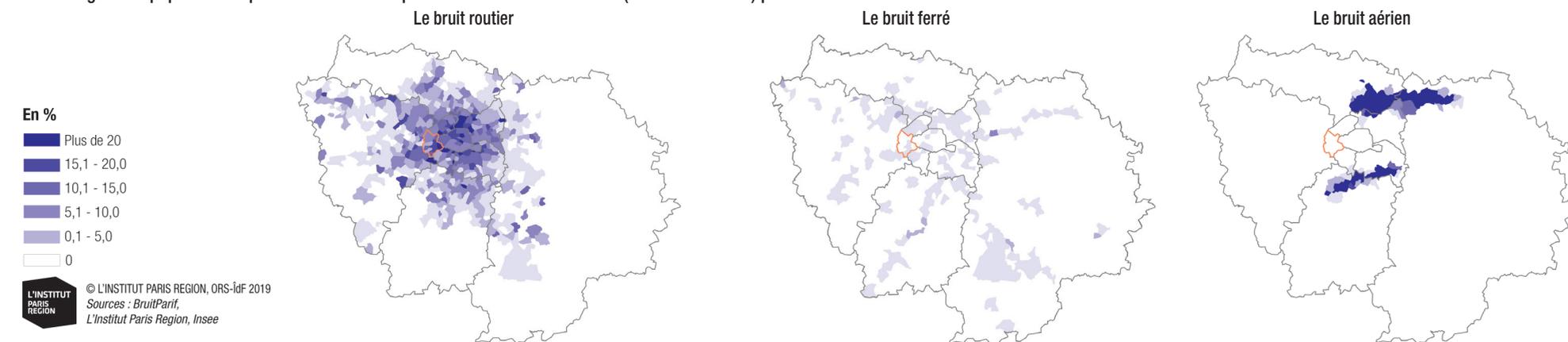
A partir d'une méthodologie proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Bruitparif a calculé, pour les communes de l'agglomération parisienne, un indicateur mesurant le nombre d'années en bonne santé perdues (DALY – Disability Adjusted Life Years) en lien avec la gêne et les perturbations du sommeil. Sur le territoire, toutes les communes sont concernées par la mesure. Les pertes de mois de vie en bonne santé pour les habitants du fait de leur exposition aux nuisances sonores varient, selon les communes, de 5,7 mois à Vaucresson à 15,1 mois à Chaville.

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 :



* Voir glossaire : Indicateurs Lden et DALYs.

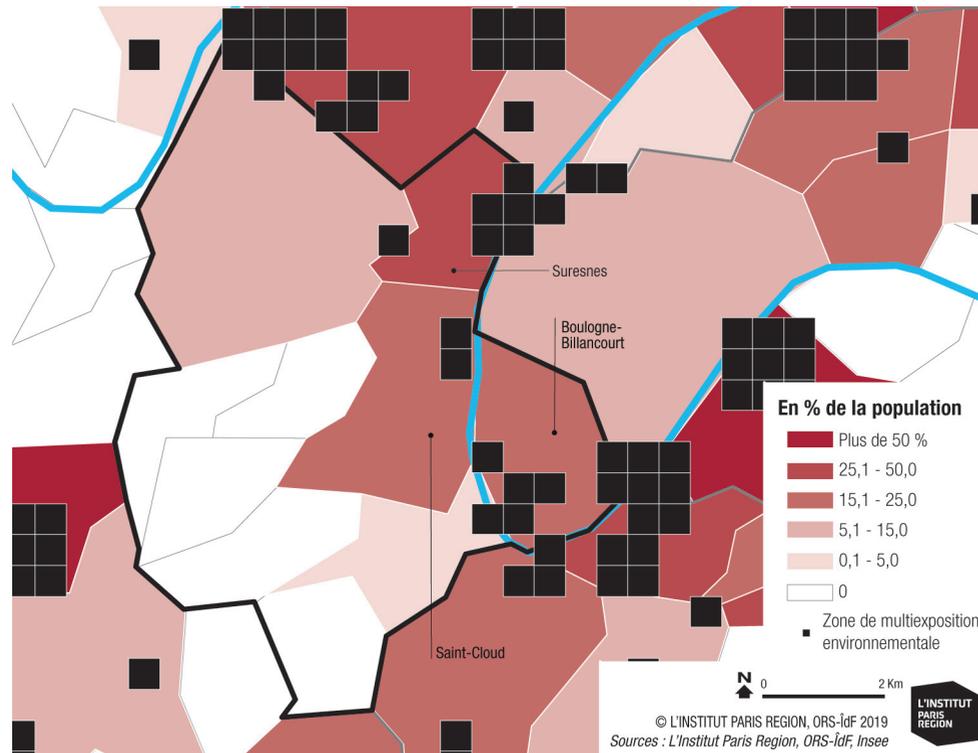
ZONES DE MULTI-EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE

Des zones de multi-exposition localisées à l'est du territoire

Le territoire présente, sur sa frange est, notamment sur les communes de Suresnes et de Boulogne-Billancourt, des secteurs exposés à un cumul d'au moins trois nuisances et pollutions environnementales. Le croisement avec la localisation de la population indique que sur l'ensemble du territoire, près de 53 400 personnes sont potentiellement concernées, soit 16 % de la population du territoire.

	92 Centre	Hauts-de-Seine	Île-de-France
Part de la population potentiellement multi-exposée	16,0 %	22,1 %	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.

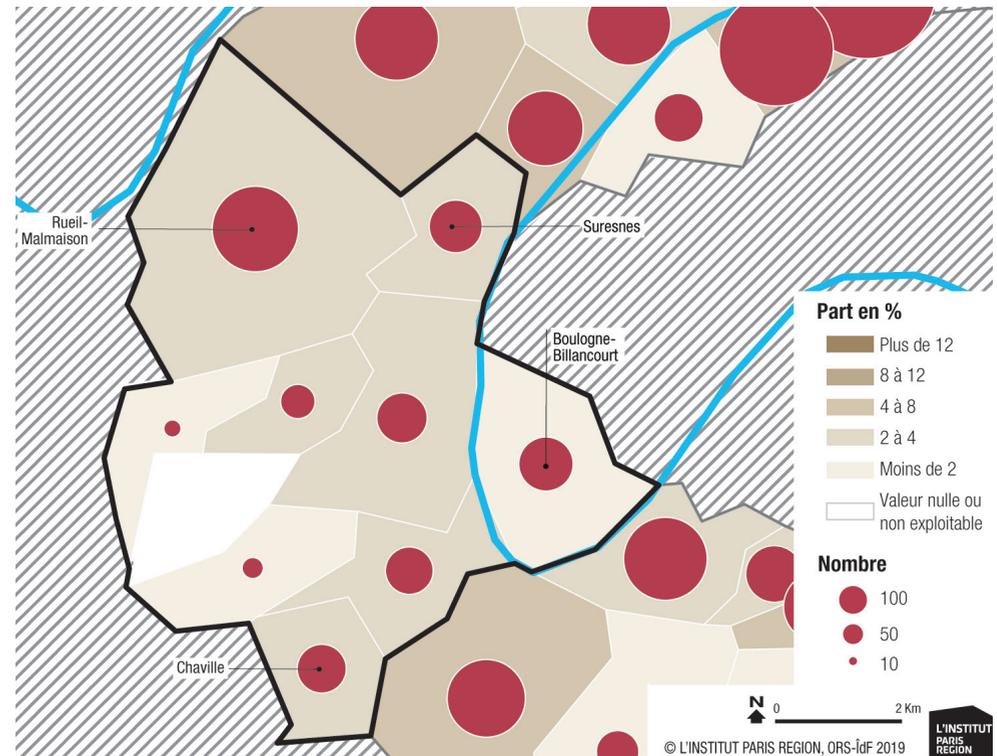
HABITAT POTENTIELLEMENT INDIGNE

Le territoire du département le moins concerné par l'habitat potentiellement indigne

Sur le territoire, on dénombrait, en 2013, 2 500 logements privés potentiellement indignes (PPI), soit 1,9% du parc total des résidences principales. Ce taux est inférieur à celui du département des Hauts-de-Seine qui compte 18 200 logements PPI, soit 3,5% du parc total des résidences principales privées du département. La commune de Rueil-Malmaison a 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.

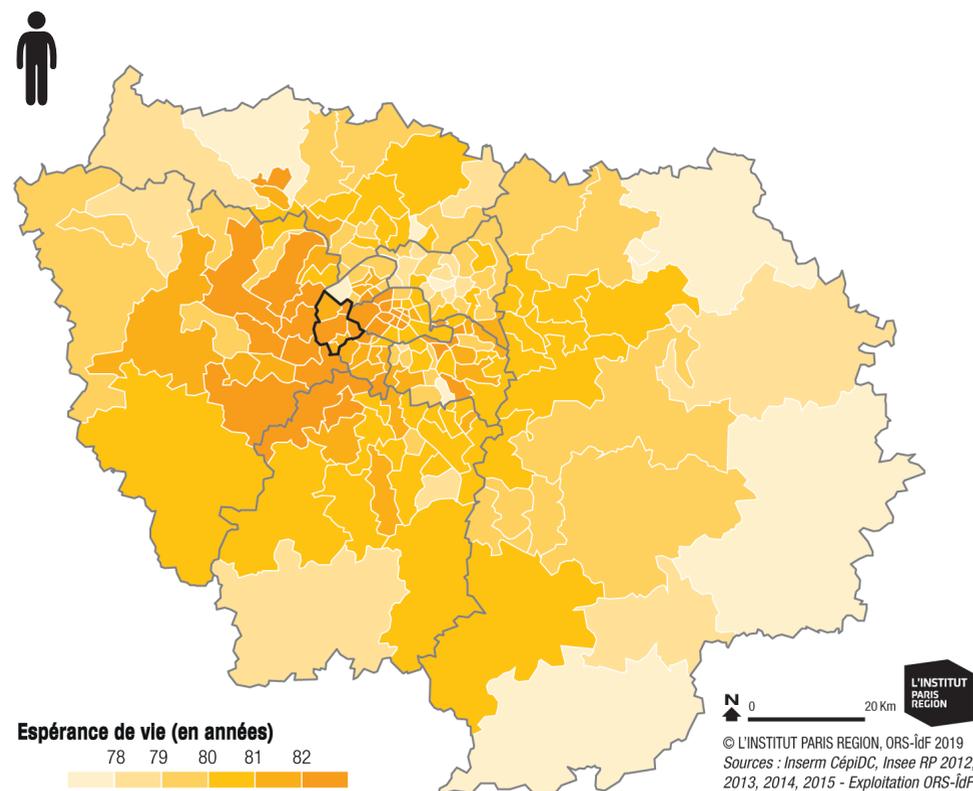
3 . État de santé

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

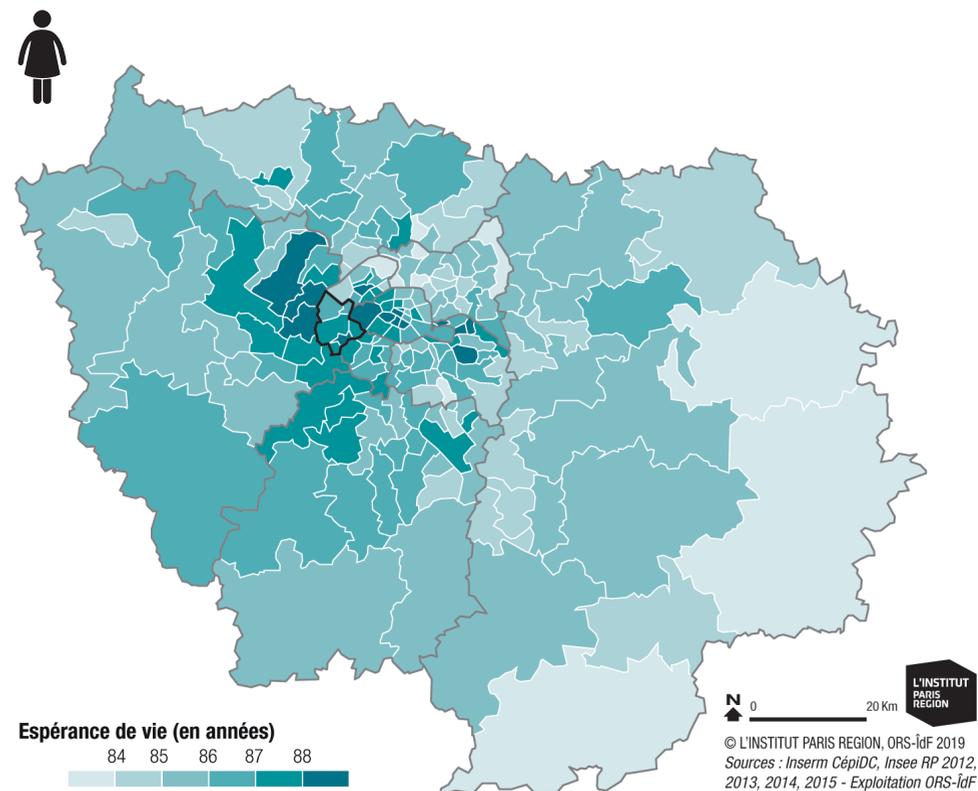
En écho au profil socialement favorisé des communes du territoire, les six cantons-villes du territoire présentent des espérances de vie à la naissance supérieures à celles observées au niveau régional (80,9 ans chez les hommes, 86,3 ans chez les femmes) et parmi les plus élevées d'Île-de-France.

Chez les hommes, les espérances de vie des cantons-villes du territoire oscillent entre 81,6 et 83,9 ans. Chez les femmes, elles varient entre 86,7 et 88,3 ans.

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



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



ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

Des indicateurs favorables avec une sous-mortalité générale et prématurée sur le territoire

	Etat de santé	Valeur			Valeur rég.	minimum territoire		maximum territoire
1	Espérance de vie a la naissance - Hommes	82,9			80,9	79,3		84,1
2	Espérance de vie à la naissance- Femmes	87,5			86,3	84,7		88,7
3	Espérance de vie à 35 ans - Hommes	48,7			46,9	45,5		49,9
4	Espérance de vie à 35 ans - Femmes	53,2			52,0	50,7		54,3
5	Espérance de vie à 60 ans - Hommes	25,6			24,3	23,0		26,9
6	Espérance de vie à 60 ans - Femmes	29,5			28,5	27,1		30,5
		Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
7	Mortalité générale - Hommes	1034	710,3	830,4	85,4	76,4		114,6
8	Mortalité générale - Femmes	1188	460,0	517,4	89,7	80,6		116,6
9	Mortalité prématurée Hommes (avant 65 ans)	224	160,7	205,4	77,9	72,9		116,0
10	Mortalité prématurée Femmes (avant 65 ans)	144	92,0	106,1	86,7	78,4		116,5
11	Mortalité prématurée évitable	402	112,4	117,8	96,1	73,9		118,0

Sur le territoire, quels que soient l'âge et le sexe, les espérances de vie sont supérieures à ce qui est observé en moyenne au niveau régional. De fait, la mortalité générale et la mortalité prématurée, hommes ou femmes, sont significativement inférieures aux niveaux de mortalité franciliens. Le niveau de mortalité prématurée évitable est par contre comparable au niveau observé en Île-de-France.

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 légèrement inférieur à celui de la région et un indicateur de mortalité infantile très favorable

	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	32,9		31,4	30,4		33,6
13	Enfants nés de mères âgées de plus de 40 ans (%)	7,8		5,9	4,3		10,3
14	Enfants nés de mères âgées de moins de 18 ans (%)	0,1		0,5	0,0		1,0
15	ICF (15-49 ans)	1,7		2,0	1,3		2,6
		Effectif	taux	taux rég.	minimum territoire		maximum territoire
16	Mortalité néonatale (moins de 28 jours)	9,6	2,0	2,8	2,0	3,7	
17	Mortalité néonatale précoce (moins de 7 jours)	ND	ND	2,0	1,4	2,7	
18	Mortalité infantile (moins de 1 an)	13,4	2,8	3,9	2,7	5,3	

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) du territoire est de 1,7 enfant par femme de 15 à 49 ans. La mortalité infantile de 2,8 pour 1 000 enfants nés vivants, est inférieure à la moyenne régionale.

Sources des données : 12-18/ Insee État civil 2017.

ND : Non disponible (effectifs faibles - secret statistique).

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

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

Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans : une situation très favorable sur le territoire par rapport à celle de la région

	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)	1152	1748,6	2648,2	66,0	57,1		143,7
20	Admission en ALD (0-14 ans)	188	284,5	413,8	68,7	61,5		141,6
21	Mortalité générale (1-14 ans)	ND	ND	38,1	ND	65,4		126,3
22	Admission en ALD pour affection psychiatrique (0-14 ans)	53	79,7	117,6	67,8	66,3		138,2
23	Admission en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (0-14 ans)	24	35,6	81,1	43,8	43,8		234,2

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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

ND : Non disponible (effectifs faibles - secret statistique).

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 en ALD toutes causes et les nouvelles admissions en ALD toutes causes, pour affection psychiatrique et pour insuffisance respiratoire chronique grave sont tous meilleurs qu'en Île-de-France (entre -56,2 % et -31,3 %). L'indice comparatif de mortalité est quant à lui comparable au niveau de mortalité observé en Île-de-France.

Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans : une situation comparable à celle observée en Île-de-France

	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	ND	ND	24,2	ND	75,5		190,2
25	Admission en ALD pr insuffisance resp. chronique grave	ND	ND	21,1	ND	71,0		229,5
26	Admission en ALD pour affection psychiatrique	56	138,7	151,2	91,6	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.

ND : Non disponible (effectifs faibles - secret statistique).

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.

Chez les jeunes de 15 à 24 ans du territoire, l'indice comparatif de nouvelles admissions en ALD pour affection psychiatrique est équivalent à la moyenne francilienne.

Pour ce qui est de leur niveau de mortalité, les nombres de décès sont trop faibles pour que puisse être calculé l'indicateur (secret statistique).

Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : une sous-mortalité dans toutes les tranches d'âge adulte par rapport à la moyenne francilienne

	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	60	57,9	68,4	84,7	77,6		127,2
28	Mortalité des 45-64 ans	279	322,1	400,4	80	71,7		115,1
29	Mortalité des 25-64 ans	339	184,2	227,1	80,8	74,1		116,2
30	Admission en ALD cancer (<65 ans)	698	245,2	252,3	97,2	88,6		107,6
31	Mortalité par cancer (<65 ans)	167	56,8	64,8	87,7	74,5		114,4
32	Admission en ALD mal. cardiovasculaires (<65 ans)	430	152,1	203,2	74,8	62,1		133,4
33	Mortalité par mal. cardiovasculaires (<65 ans)	49	16,9	18,2	91,7	56,9		144,7

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données : 27-29, 31, 33/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015. 30, 32/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

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

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

Compte tenu des indicateurs présentés, l'état de santé des 25-64 ans du territoire est particulièrement 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 ainsi que le nombre d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires sont significativement inférieurs aux niveaux franciliens. Les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer et de mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire sont comparables à ce qui est observé en Île-de-France.

Santé des personnes âgées de 65 ans et plus : une situation particulièrement favorable sur le territoire par rapport à celle de la région

	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	1854	2778,4	3150,3	88,9	79,1		117,7
35	Admission en ALD pour cancer	835	1626,0	1691,8	95,4	90,2		107,0
36	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	1066	1945,6	2293,5	85,1	79,3		106,1
37	Admission en ALD pour diabète	354	699,4	948,7	73,3	58,0		146,0
38	Personne en ALD pour maladie d'Alzheimer	2047	2971,6	3068,6	97,0	85,2		122,3
39	Admission en ALD pour maladie d'Alzheimer	388	638,1	636,0	100,6	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 83,5 % des décès du territoire. L'état de santé des 65 ans et plus du territoire est particulièrement favorable par rapport à ce qui est observé en moyenne en Île-de-France. A part la fréquence de personne et le nombre de nouvelles admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer qui sont comparables aux moyennes régionales, les autres indicateurs sanitaires sont tous significativement plus favorables que ceux observés en Île-de-France.

ÉTAT DE SANTÉ PAR PATHOLOGIES

Les cancers : une sous-mortalité par cancer toutes localisations confondues, par cancer du poumon, des VADS et du côlon-rectum sur le territoire

	Cancers	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
40	Mortalité par cancer	706	196,5	208,6	94,0	86,3		113,4
41	Personne en ALD pour cancer	11855	3492,2	3675,7	94,9	91,4		109,9
42	Admission en ALD pour cancer	1533	472,1	488,8	96,2	90,4		107,3
43	Mortalité par cancer des VADS	32	9,0	10,7	85,7	72,8		124,3
44	Admission en ALD pour cancer des VADS	69	21,4	24,4	87,7	70,8		115,1
45	Mortalité par cancer du poumon	123	36,1	41,0	87,3	73,4		117,4
46	Admission en ALD pour cancer du poumon	132	41,6	44,6	92,6	87,4		121,6
47	Mortalité par cancer du sein	64	30,2	30,3	99,2	87,2		110,3
48	Admission en ALD pour cancer du sein	347	191,1	185,5	102,3	81,3		117,9
49	Mortalité par cancer de la prostate	44	31,1	28,5	108,2	89,4		114,8
50	Admission en ALD pour cancer de la prostate	184	139,2	140,5	98,5	89,3		113,7
51	Mortalité par cancer du côlon-rectum	64	17,9	20,5	84,0	77,4		115,3
52	Admission en ALD pour cancer du côlon-rectum	148	45,8	49,2	92,2	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.

Les maladies cardiovasculaires : une situation particulièrement favorable sur le territoire par rapport à la région

	Maladies cardiovasculaires	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
53	Mortalité par maladies cardiovasculaires	491	117,1	137,8	85,9	73,7		125,2
54	Mortalité par cardiopathie ischémique	121	29,9	34,6	87,5	70,9		135,1
55	Mortalité maladies vasculaires cérébrales	113	26,9	31,6	87,1	76,0		132,0
56	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	1496	446,8	546,6	81,9	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 est dans une situation favorable en ce qui concerne les cancers sauf pour les cancers du sein et de la prostate. Avec 706 décès par cancer en moyenne par an entre 2013 et 2015 (soit 31,8 % des décès du territoire), le taux standardisé de mortalité du territoire s'élève à 196,5 décès pour 100 000 habitants et l'indice comparatif de mortalité est significativement inférieur à la moyenne régionale de -6,0 %. Cette sous-mortalité par cancer observée sur le territoire est due aux cancers des VADS, du poumon et du côlon-rectum qui présentent des sous-mortalités qui vont de -16,0 % à -12,7 % par rapport à la moyenne régionale. L'indice comparatif du nombre de personnes en ALD pour cancer et celui des nouvelles admissions sont significativement inférieurs à ce qui est observé en Île-de-France de respectivement -5,1 % et -4,8 %. Par type de cancer, on observe une sous-admission en ALD pour les cancers des VADS, du poumon et du côlon-rectum par rapport à ce qui est observé en moyenne en Île-de-France. Sur le territoire, la mortalité par cancer du poumon représente 17,4 % des décès par cancer du territoire.

Le territoire présente des niveaux de mortalité par maladies cardiovasculaires, par cardiopathie ischémique et par maladies vasculaires cérébrales inférieurs aux moyennes franciliennes (respectivement -14,1 %, -12,5 % et -12,9 %). On observe aussi une sous-admission en ALD pour maladies cardiovasculaires de -18,1 % par rapport à la région.

Le diabète : une situation très favorable sur le territoire par rapport à la région

	Diabète	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
57	Personne en ALD pour diabète	9056	2687,3	4346,9	61,8	44,9		166,4
58	Admission en ALD pour diabète	805	248,0	386,2	63,7	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 9 056 personnes en ALD pour diabète, avec un taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour diabète de 248,0 pour 100 000 habitants sur la période 2012-2014. Le territoire se situe ainsi significativement en dessous du niveau des moyennes régionales et présente des indicateurs parmi les plus faibles des territoires de coordination.

Les maladies de l'appareil respiratoire : une mortalité inférieure à la moyenne régionale

	Maladies de l'appareil respiratoire	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
59	Mortalité par maladies de l'app.respiratoire	132	31,3	41,3	77,2	74,3		145,4
60	Personne en ALD pour mal. de l'app. respiratoire	2054	593,0	817,4	72,9	51,0		143,9
61	Admission en ALD pr mal. de l'app. respiratoire	235	70,7	91,8	76,5	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. 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, 132 personnes sont décédées de maladies de l'appareil respiratoire, soit une mortalité inférieure de -22,8 % à la moyenne régionale. Les taux comparatifs de personnes en ALD et de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire sont aussi significativement inférieurs aux niveaux moyens franciliens (respectivement -27,1 % et -23,5 %).

Les troubles mentaux et du comportement : une situation favorable sur le territoire par rapport à la région

	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	6373	1832,2	2126,8	86,1	77,0		122,7
63	Admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement	552	160,8	205,9	78,0	76,7		119,5

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 62/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2016. 63/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans. Pour la grille de lecture des tableaux, voir page 31.

Avec 6 373 personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement et 552 nouvelles admissions en moyenne par an, les indices comparatifs montrent des fréquences d'ALD et de nouvelles admissions en ALD inférieures de -13,9 % et de -22,0 % aux moyennes régionales.

La mortalité due à des pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac : des indices de mortalité significativement inférieurs à ceux observés en moyenne au niveau régional

	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	56	16,0	20,4	79,1	56,2		128,8
65	Mortalité par pathologie liée à l'usage du tabac	312	83,0	97,1	86,1	75,9		122,6

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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

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

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

Le territoire présente des indices comparatifs de mortalité par pathologies liées à la consommation d'alcool et par pathologies liées à l'usage du tabac significativement inférieurs à ceux d'Île-de-France de respectivement -20,9 % et -13,9 %. La mortalité par pathologies liées au tabac représente 14,0 % de la mortalité générale du territoire.

Les accidents : une mortalité par accidents de la vie courante comparable à celle observé en Île-de-France

	Accidents	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
66	Mortalité par accidents de la vie courante	100	24,2	23,0	105,6	87,7		119,2
67	Mortalité par accidents de la circulation	ND	ND	2,4	ND	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.

ND : Non disponible (effectifs faibles - secret statistique).

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.

Entre 2013 et 2015, en moyenne par an sur le territoire, on observe 100 décès par accidents de la vie courante.

Les personnes en situation de handicap

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

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

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

Les proportions de personnes touchant les allocations liées au handicap (AEEH et AAH) sur le territoire sont de 1,0 % pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans et de 1,3 % pour les adultes de 20 à 59 ans.

Le VIH sida : une situation particulièrement favorable par rapport à ce qui observé au niveau de la région

	VIH/SIDA	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
70	Admission en ALD VIH/SIDA - Hommes	40	23,3	39,0	59,6	34,4		354,1
71	Admission en ALD VIH/SIDA - Femmes	20	10,8	19,1	55,6	46,8		166,3
72	Personne en ALD VIH/SIDA - Hommes	557	346,4	577,5	59,1	35,4		357,6
73	Personne en ALD VIH/SIDA - Femmes	322	173,9	296,3	58,5	50,6		176,4

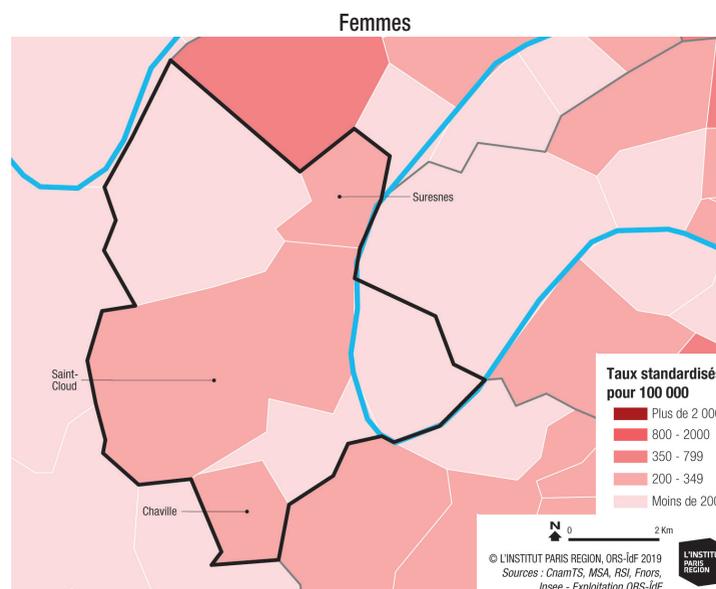
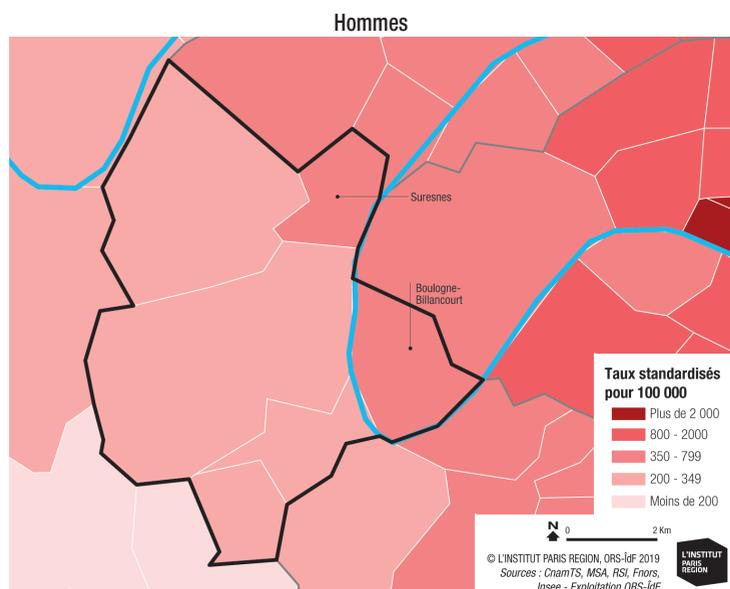
Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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.

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



En 2017, le territoire comptait 557 hommes et 322 femmes en ALD 7 VIH, soit des taux standardisés par âge de 346,4 pour 100 000 chez les hommes et de 173,9 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 de respectivement -40,9 % et -41,5 %. Le territoire est cependant plus impacté en moyenne par le VIH/Sida que la France métropolitaine.

Tous les cantons-villes du territoire présentent des taux standardisés de personnes en ALD 7 VIH inférieurs au niveau francilien et parmi les plus faibles d'Île-de-France.

Entre 2011 et 2014, les nouvelles admissions en ALD 7 VIH concernent, en moyenne par an, 40 hommes et 20 femmes sur le territoire, avec des taux standardisés significativement inférieurs à ceux de la région (respectivement 23,3 contre 39,0 pour 100 000 chez les hommes et 10,8 contre 19,1 pour 100 000 chez les femmes).

A noter cependant, qu'au niveau départemental, il est estimé* que 1 200 habitants des Hauts-de-Seine (IC 95 % : [900;1 500]) vivaient avec le VIH sans le savoir, dont 4 personnes non diagnostiquées sur 10 sont des HSH**, 2 sur 10 sont des hommes hétérosexuels nés à l'étranger et 3 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.



Glossaire

AAH : L'allocation aux adultes handicapés, créée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, vise à garantir un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Elle est attribuée, sous conditions de ressources, aux personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % et à celles dont le taux est compris entre 50 et 79 %.

L'AAH concerne les personnes de 20 à 59 ans avec deux cas particuliers (moins 16 ans si la personne n'est plus considérée à la charge de ses parents au sens des prestations familiales et de 60 ans et plus si le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %).

Son versement prend fin à partir de l'âge minimum de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 % à 79 % (l'allocataire bascule dans le régime de retraite pour inaptitude). En cas d'incapacité d'au moins 80 %, la personne peut la percevoir au-delà de l'âge minimum de départ à la retraite en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse.

Accidents de la circulation : Les décès par accident de la circulation correspondent aux codes de la classification internationale des maladies 10^e révision (CIM10) = V011-V99 (cause initiale).

Accidents de la vie courante : Les décès par accident de la vie courante regroupent les causes suivantes (cause initiale) :

- Accidents de transport autres (CIM10 = V90-V94, V96, V98, V99) ;
- Chutes accidentelles (CIM10 = W00-W19 en cause initiale ou X59 en cause initiale avec S72 en cause associée) ;
- Suffocations et autres accidents affectant la respiration (CIM10 = W75-W84) ;
- Intoxications accidentelles par des substances nocives et exposition à ces substances (CIM10 = X40-X49) ;
- Noyades et submersions accidentelles (CIM10 = W65-W74) ;
- Exposition à la fumée, au feu et aux flammes (CIM10 = X00-X09) ;
- Autres accidents de la vie courante (CIM10 = X10-X19, X20-X29, X50, W20-W23, W25-W29, W32-W41, W44-W45, W49-W64, W85-W87, Y86) ;
- Exposition accidentelle à des facteurs autres et sans précision (CIM10 = X58, X59) ;
- Séquelles d'accidents (CIM10 = Y86).

AEEH : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, créée par la loi n°2005-102 du 11 février 2005, est une aide destinée à compenser les frais et l'aide spécifique apportée à un enfant en lien avec son handicap. Elle est attribuée, sans condition de ressources, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) à tout jeune de moins de 20 ans dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80 %, ou compris entre 50 % et 79 % :

- s'il fréquente un établissement ou service médico-social ou un dispositif d'enseignement collectif

dédié à la scolarisation des élèves en situation de handicap ;

- s'il recourt à des mesures d'accompagnement ou à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la CDAPH.

L'AEEH n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale (sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge).

ALD : Les affections de longue durée doivent être utilisées avec une grande prudence en épidémiologie. Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie pourrait fournir une estimation de l'incidence ou de la prévalence de celle-ci. Cependant, les ALD ne sont pas déclarées aux caisses d'assurance maladie dans un but épidémiologique et cet indicateur, parfois qualifié « d'incidence médico-sociale », comporte des biais. Ceux-ci conduisent le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle mais aussi, dans certains cas, à une sur-déclaration. Les motifs de sous-déclaration sont le plus souvent liés au fait que le patient bénéficie déjà d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une autre affection (surtout s'il est âgé), ou bénéficie d'une complémentaire santé suffisante. Le traitement d'un cancer peut par ailleurs être constitué d'un acte chirurgical unique intégralement remboursé par l'assurance maladie. Une autre cause de sous-déclaration réside dans la définition même de la maladie : des critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité de la pathologie non observés chez un patient peuvent conduire le médecin à ne pas entreprendre la démarche d'admission en ALD. Mais dans le cas précis des cancers, ce phénomène peut parfois conduire, au contraire, à une sur-déclaration, en particulier dans le cas d'états précancéreux dont le traitement est lourd, ou lorsque la limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne n'est pas très nette.

Atelier santé ville (ASV) : A la fois démarche locale et dispositif public, l'atelier santé ville se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé. Son objectif est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il s'insère dans le dispositif contractuel de la politique de la ville entre la collectivité territoriale (commune, EPCI) et l'Etat. L'ASV anime, renforce et adapte les différents axes de la politique de santé publique au niveau local. (Pour en savoir plus, voir notamment <https://www.fabrique-territoires-sante.org/tout-savoir-sur-les-asv/latelier-sante-ville-cest-quoi>).

Cancers : Les cancers correspondent aux codes CIM10 = C00-D48 (cause initiale).

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent les causes suivantes (cause initiale) :

- Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (CIM10 = C00-C14) ;
- Cancer de l'œsophage (CIM10 = C15) ;

- Cancer du larynx (CIM10 = C32).

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon correspond aux codes CIM10 = C33-C34 (cause initiale).

Le cancer du côlon-rectum correspond aux codes CIM10 = C18-C21 (cause initiale).

Le cancer du sein correspond aux codes CIM10 = C50 (cause initiale). Les indicateurs sont présentés pour le cancer du sein chez la femme.

Le cancer de la prostate correspond aux codes CIM10 = C61 (cause initiale).

Contrat local de santé (CLS) : Introduit par la loi HPST de 2009 et réaffirmé par la loi de Modernisation du Système de Santé de 2016, il vise à mettre en œuvre une politique régionale de santé au plus près des besoins des territoires. Sur la base d'un diagnostic de santé partagé, il a pour objectifs de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local. Il est signé par la collectivité territoriale, l'ARS, la Préfecture de département et éventuellement par d'autres partenaires.

Le CLS permet de mobiliser des leviers du champ sanitaire (prévention, soins, médico-social) mais également d'autres politiques publiques (déterminants socio-environnementaux) et s'appuie sur des démarches participatives (démocratie sanitaire et locale).

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

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

Diabète : Les admissions en ALD pour diabète correspondent au code ALD 8.

Espérance de vie : L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

C'est un cas particulier de l'espérance de vie à l'âge x. Cette espérance représente le nombre moyen d'années restant à vivre pour une génération fictive d'âge x qui aurait, à chaque âge, la probabilité de décéder observée cette année-là.

Autrement dit, c'est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge x (ou durée de survie moyenne à l'âge x), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

ICF : L'indice conjoncturel de fécondité est le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge de la période d'observation, en l'absence de mortalité. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans.

ICM : L'indice comparatif de mortalité ou de morbidité est le rapport du nombre de décès observés dans le territoire au nombre de décès qui seraient survenus si les taux de mortalité par âge dans le territoire étaient identiques aux taux régionaux d'Île-de-France. Les décès sont classés en âge révolu.

L'indicateur est calculé sur trois années. Une statistique de test a été calculée pour savoir s'il y a une différence significative entre la population du territoire étudié et la population de référence considérée, ici celle de la région Île-de-France.

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

$L'IDH-2 = (\text{indice santé} + \text{indice éducation} + \text{indice revenu}) / 3.$

Pour en savoir plus : https://www.iau-idf.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_1078/NR_656_web.pdf

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

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

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

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

Source : ARS Île-de-France

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

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

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

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

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

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

Source : Airparif

Maladie cardiovasculaire : Les décès par maladie cardiovasculaire ou de l'appareil circulatoire correspondent aux codes CIM10 = I00-I99 (cause initiale). Les admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire correspondent aux codes ALD 1, 3, 5, 13. Suite au décret n°2011-726 du 24 juin 2011, l'hypertension artérielle sévère a été supprimée de la liste des affections de longue durée. Cette affection est exclue.

Décès par cardiopathie ischémique : Les décès par cardiopathie ischémique correspondent aux codes CIM10 = I20-I25 (cause initiale).

Décès par maladie vasculaire cérébrale : Les décès par maladie vasculaire cérébrale correspondent aux codes CIM10 = I60-I69 (cause initiale).

Maladie de l'appareil respiratoire : Les décès par maladie de l'appareil respiratoire correspondent aux codes CIM10 = J00-J99. Les admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire correspondent au code ALD 14.

Ménage sans famille : Ménages comptant plusieurs personnes isolées, en colocation par exemple.

Mortalité «évitable» par des actions de prévention : Toutes les causes de décès qui, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large (en considérant, si justifié,

certaines limites d'âge). Des formules spécifiques ont été déployées pour le calcul de la mortalité évitable (ONS 2011) tel que défini dans le rapport du Haut Conseil de la sante publique intitulé Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable » et publié en avril 2013.

Mortalité néonatale : La mortalité néonatale désigne les décès des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 27^e jour de vie révolu. Son calcul se fait en comptant le nombre de décès d'enfants âgés de moins de 28 jours enregistrés durant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes.

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

Mortalité infantile : La mortalité infantile désigne les décès d'enfants âgés de moins d'un an. Ce taux est exprimé pour 1 000 naissances vivantes (‰).

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

Pathologies liées à la consommation d'alcool : Les décès liés à l'alcool regroupent les causes suivantes (cause initiale) :

- Cirrhose du foie (CIM10 = K70 et K74.6) ;
- Psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10) ;
- Cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM10 = C15) et du larynx (CIM10 = C32).

Pathologies liées à l'usage du tabac : Les décès liés au tabac regroupent les causes suivantes :

- Cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-34, cause initiale) ;

- Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (CIM10 = J40-J44 en cause initiale, associée ou de comorbidité) ;
- Cardiopathie ischémique (CIM10 = I20-I25).

PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles.

Quartier en politique de la ville (QPV) : La loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 a introduit une nouvelle géographie prioritaire de la politique de la ville remplaçant les zonages formés par les zones urbaines sensibles (ZUS) et les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS). Celle-ci a pour objectif de recentrer l'action publique sur les quartiers les plus en difficulté. Les quartiers de la politique de la ville (QPV) ont été définis au sein des unités urbaines de 10 000 habitants ou plus sur la base de deux critères : un QPV doit avoir un nombre minimal d'habitants, et un revenu médian très bas comparé à celui de son unité urbaine d'appartenance et au revenu médian national. Le contrat de ville est l'outil de gouvernance et de stratégie territoriale. Il repose sur trois piliers : le développement de l'activité économique et de l'emploi, la cohésion sociale, et l'amélioration du cadre de vie des habitants des QPV. Il coordonne au niveau de chaque ville les orientations et les engagements des partenaires institutionnels, économiques et associatifs (définition Insee).

Taux standardisé : Le taux standardisé est le taux que l'on observerait dans le territoire étudié s'il avait la même structure par âge que la population de référence, population France entière au recensement 2006. Les décès sont classés en âge révolu. L'indicateur est calculé sur trois années et exprimé pour 100 000 habitants. La standardisation est une méthode utilisée lorsque l'on souhaite comparer des populations. Les données sanitaires sont très dépendantes de la structure de la population sous-jacente : ainsi une population plus jeune aura un taux brut de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants) moins élevé qu'une population plus âgée. Des tests de comparaison sont établis entre les différents niveaux géographiques étudiés : les taux des territoires sont comparés à ceux de la région Île-de-France.

Troubles mentaux et du comportement : Les admissions en ALD pour troubles mentaux correspondent au code ALD n°23.

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

VADS : Voies aérodigestives supérieures.

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

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

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

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

Source : Driee

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

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

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

GRILLE DE LECTURE DES TABLEAUX

Les effectifs (colonne 3) de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les effectifs de personnes en ALD correspondent à ceux de l'année 2016.

La colonne 4 présente le taux standardisé du territoire de coordination étudié et la colonne 5 celui de la région.

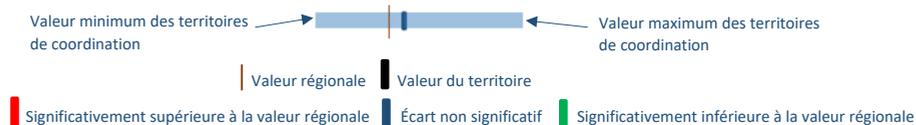
Les tableaux présentent en colonne 6 les indices comparatifs de mortalité (ICM) ou de morbidité du territoire.

Dans les tableaux, les ICM en colonne 6 sont :

- significativement supérieurs à la valeur de l'Île-de-France s'ils sont en gras sur fond rouge ;
- significativement inférieurs à la valeur de l'Île-de-France s'ils sont en gras sur fond vert ;
- sinon comparables à la valeur de l'Île-de-France (pas de différence significative).

Les colonnes 7 et 9 indiquent respectivement l'ICM minimum observé parmi les territoires de coordination et l'ICM maximum observé parmi les territoires de coordination.

Les graphiques indiquent :



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

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

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

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

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

Pour le territoire 92 Centre, la construction annuelle estimée à 1 160 logements dans le scénario bas et à 2 166 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.