

Avril 2017

QUESTIONS DE SANTÉ

Appui au projet régional de santé 2018-2022



RAPPORT & ENQUÊTE

OBSERVATOIRE
RÉGIONAL DE SANTÉ
ÎLE-DE-FRANCE



QUESTIONS DE SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Appui au projet régional de santé 2018-2022

Avril 2017

Auteurs

Jean-Philippe CAMARD

Catherine EMBERSIN-KYPRIANOU

Valérie FERON

Sabine HOST

Caroline LABORDE

Florian PONTIN

Adrien SAUNAL

Maylis TELLE-LAMBERTON

Catherine VINCELET

Remerciements

Ce rapport a été coordonné par Jean-Philippe CAMARD et rédigé en collaboration avec l'ensemble de l'ORS. Nous remercions particulièrement pour leur contribution ou relecture

- l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France,
- Airparif,
- la Fnors
- le département Habitat et société de l'IAU Île-de-France,
- les producteurs de données : le CépiDC-Inserm, l'INSEE, la DREES, l'OFDT, l'Inpes (Santé publique France), la Cnaf et la CCMSA
- l'Adisp - Centre Maurice Halbwachs pour la diffusion des enquêtes

Relecteurs

Valérie FERON

Isabelle GREMY

Sabine HOST

Caroline LABORDE

Maylis TELLE-LAMBERTON

Suggestion de citation

Questions de santé : appui au projet régional de santé 2018-2022. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2017

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations.
Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'ORS.

RÉSUMÉ – SYNTHÈSE

Un état de santé globalement favorable en Île-de-France mais avec d'importantes inégalités territoriales

En comparaison aux autres régions, l'état de santé en Île-de-France paraît globalement bon au regard des grands indicateurs synthétiques (comme l'espérance de vie, la mortalité générale ou la mortalité prématurée) mais aussi face à des indicateurs de mortalité par pathologies (comme la mortalité par maladies cardio-vasculaire ou de l'appareil respiratoire). La région Île-de-France est effectivement celle où l'on vit le plus longtemps. **L'espérance de vie** des hommes - 80,8 ans en 2014 - est la plus élevée de toutes les régions et celles de femmes – 85,9 ans - est aussi en première position avec la région Pays-de-la-Loire. Toutes causes de décès confondues, la **mortalité** des hommes et des femmes en Île-de-France est inférieure à celle de la France (soit 682,7 pour 100 000 habitants contre 760,7). La situation de la région Île-de-France apparaît également favorable en matière de **mortalité prématurée** (162,7 pour 100 000 contre 187,0). Les décès avant 65 ans représentent 22,8 % des décès en Île-de-France (2011-2013) et concernent deux fois plus les hommes que les femmes. Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont les tumeurs (37 % des décès prématurés) et les maladies cardio-vasculaires (13 %).

Mais cette situation favorable est à nuancer au regard de l'importance des **inégalités territoriales** en Île-de-France. Des écarts d'espérance de vie de 2,3 ans sont observés chez les hommes entre les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis et de 1,8 ans chez les femmes entre les départements de Paris et de Seine-et-Marne. Entre 2000 et 2014, ces écarts territoriaux face à l'espérance de vie se sont réduits chez les hommes et ont augmenté chez les femmes. Ces différentiels se retrouvent également face à la mortalité générale ou à la mortalité prématurée : les départements de Paris, les Yvelines et des Hauts-de-Seine présentent des taux de mortalité générale ou prématurée inférieurs au niveau régional ; la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne présentent des taux supérieurs. Ces inégalités territoriales sont étroitement liées aux inégalités sociales du fait des différences de répartition des catégories sociales au sein de la région francilienne. Elles reflètent les effets combinés de comportements de santé (que ce soit en termes de comportements individuels, de mode de recours au système de soins), de conditions de vie et de travail, de niveau d'exposition à des risques environnementaux différenciés entre groupes sociaux et de niveaux d'accès au système de soins en temps et en quantité opportuns différenciés selon les territoires.

Une situation défavorable en Île-de-France pour certaines pathologies ou à certains âges de la vie

Une mortalité néonatale élevée. Environ 500 décès avant l'âge de 28 jours sont enregistrés en moyenne chaque année en Île-de-France sur la période 2013-2015, soit un taux de mortalité néonatale de 2,7 ‰. Ce taux est significativement supérieur à celui de la France métropolitaine (2,4 ‰). Le territoire francilien est marqué par de fortes disparités : 2,2 ‰ dans les Yvelines à 3,5 ‰ en Seine-Saint-Denis. Sur les dix dernières années, ce taux est stable au niveau régional et au niveau national. En revanche, on observe une hausse de +12,5 % dans le Val-de-Marne et de 3,3 % en Seine-Saint-Denis.

Une incidence de tuberculose particulièrement élevée en Île-de-France avec 1 786 personnes touchées en 2014, soit un taux de 14,9 pour 100 000 habitants contre 7,3 en moyenne en France. Les six départements en France métropolitaine les plus touchés par la tuberculose se situent en Île-de-France, avec le taux le plus élevé pour la Seine-Saint-Denis (28,2 pour 100 000). Le taux régional – comme le taux national – est néanmoins en baisse depuis 2008. Mais cette amélioration est fragile : en Seine-Saint-Denis, la diminution observée depuis 2008 est suivie d'une hausse en 2014. L'importance de la tuberculose en Île-de-France a conduit à poursuivre les vaccinations par BCG pour tous les enfants en dépit de la suspension de l'obligation de cette vaccination en 2007. Mais depuis 2016, du fait d'une pénurie durable de vaccins, la recommandation ne cible plus que les enfants ayant des facteurs de risque de tuberculose.

Les enjeux de santé publique spécifiques aux populations vulnérables

Santé des enfants et des adolescents

En Île-de-France, la **couverture vaccinale** des enfants est supérieure à la moyenne nationale pour la majorité des vaccins (ROR, Pneumocoque, Hépatite B, Méningocoque C). Elle doit être néanmoins améliorée pour les vaccins contre l'hépatite B et contre la méningite à méningocoque C.

L'**obésité et le surpoids** des adolescents est un problème de santé publique en Île-de-France comme dans les autres régions. Selon le baromètre santé de 2010, 9 % des 15-25 ans franciliens sont en surpoids et 4 % sont obèses, soit un total de 13 % des jeunes en excès de poids. Ces pourcentages sont comparables au reste de la France (16% en excès de poids). Les prévalences de surpoids et d'obésité ont augmenté pour les jeunes hommes franciliens de 15-25 ans passant de 10,1 % à 17,3 % entre 2005 et 2010. L'enquête Escapad 2014 met en évidence des différentiels selon les départements franciliens parmi les jeunes de 17 ans : les départements de Paris et de l'ouest francilien présentent des prévalences d'excès de poids déclaré significativement inférieures à la moyenne régionale (Yvelines (6,0 %), les Hauts-de-Seine (7,2 %) et Paris (7,7 %)) ; les départements de l'est francilien présentent des prévalences d'excès de poids déclaré significativement supérieures (Seine-Saint-Denis (14,8 %) et le Val-de-Marne (12,7 %)). Ces disparités territoriales témoignent d'importantes inégalités sociales face au surpoids et à l'obésité des jeunes et sont préoccupantes pour leurs conséquences en terme de risque de diabète et de maladies cardio-vasculaires notamment.

Santé des personnes âgées

Les dynamiques de la santé aux âges élevés sont complexes. Avec l'âge, le risque de maladie chronique augmente, les problèmes fonctionnels (sensoriels, physiques ou cognitifs) deviennent de plus en plus fréquents et peuvent engendrer des limitations dans la réalisation des activités quotidiennes et un état de **dépendance**. Selon l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 de la Drees, en Île-de-France, 63 % des 75 ans ou plus déclarent un problème de santé chronique, 49% se sentent limités dans la réalisation de leurs activités quotidiennes et 10 % se déclarent dépendants. Les taux bruts mettent en évidence des différences en matière de besoins de soins et de prise en charge de la dépendance selon les départements. Les prévalences brutes sont particulièrement élevées dans les départements de Seine-Saint-Denis, du Val-d'Oise et du Val-de-Marne.

Près de 10 500 nouveaux franciliens bénéficient, en moyenne chaque année, d'une prise en charge pour affection longue durée pour la **maladie d'Alzheimer et autres démences**, soit 104,8 pour 100 000 habitants. On observe des différences face au nombre de personnes prises en charge pour Alzheimer et autres démences selon les départements : Paris, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis présentent des taux standardisés significativement inférieurs à la moyenne régionale ; la Seine-et-Marne, l'Essonne et le Val-de-Marne présentent des taux significativement supérieurs à la moyenne régionale. Mais ces écarts doivent être interprétés avec prudence : ils peuvent refléter des écarts de

morbidité mais aussi des différences dans la capacité à accéder à un diagnostic, dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives.

Santé des personnes en situation de handicap

En considérant l'ensemble des critères de handicaps, le nombre total estimé de Franciliens de 20 ans ou plus en **situation de handicap** serait compris entre 1,4 et 1,7 million. La prévalence du handicap, mesurée par les restrictions d'activité, est équivalente en Île-de-France et dans les autres régions. En revanche, la reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie est moins fréquente en Île-de-France. Parmi les prestations que peuvent percevoir les personnes en situation de handicap, un peu plus de 44 400 enfants de moins de 20 ans perçoivent l'allocation d'éducation de l'enfant handicapés (AEEH) et 130 450 personnes âgés de 20-59 ans perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Le taux de bénéficiaires de l'AEEH est particulièrement élevé à Paris (17,9 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) et celui des bénéficiaires de l'AAH est particulièrement élevé en Seine-Saint-Denis (24,9 pour 1 000 habitants de 20-59 ans). L'AAH est attribuée sous condition de revenu et témoigne également de situations de précarité.

Les enjeux de la prévention

En Île-de-France, plus de 15 000 décès auraient pu être « évités » en moyenne chaque année, soit 21 % de l'ensemble des décès. L'indicateur de **mortalité « évitable »** est basé sur l'idée que certains décès pourraient être évités soit par une meilleure prise en charge par le système de soins (7,7 % des décès en Île-de-France), soit par des actions de préventions (13,6 %). En effet, le poids de la mortalité liée aux comportements à risque (alcoolisme, tabagisme, conduites dangereuses) est particulièrement important et une grande part de ces décès pourraient être évités par une amélioration des pratiques de prévention. S'agissant des niveaux d'usage d'**alcool** et de **tabac**, ils restent inférieurs en Île-de-France à ceux des autres régions. Néanmoins, parmi les franciliens de 15-75 ans, 30% des hommes et 20 % des femmes consomment quotidiennement du tabac. Parmi les jeunes franciliens de 17 ans, il existe de fortes disparités entre départements sur la consommation régulière d'alcool ou de tabac, Paris étant le département où les jeunes franciliens sont les plus nombreux à consommer régulièrement de l'alcool et du tabac.

Enfin les expositions environnementales et notamment la **qualité de l'air** influent sur l'état de santé. De nombreuses études épidémiologiques ont établi l'existence d'effets sanitaires de la pollution atmosphérique sur la mortalité ou la morbidité. Si toutes les communes atteignaient les concentrations les plus faibles observées dans des communes similaires (en termes de taille et de niveau d'urbanisation), 7 000 décès pourraient être évités chaque année en Île-de-France, ce qui représenterait à 30 ans un gain d'espérance de vie de l'ordre de 18 mois à Paris et en Seine-Saint-Denis.

SOMMAIRE

AVANT PROPOS.....	15
GUIDE DE LECTURE.....	17
1 SITUATION DÉMOGRAPHIQUE ET CONTEXTE TERRITORIAL	19
1.1 Densité de population et aménagement du territoire	19
1.2 Contexte démographique	24
1.3 Conditions de vie.....	32
1.4 Évolution et projections de population	35
2 MORTALITÉ.....	43
2.1 Mortalité générale.....	43
2.2 Mortalité prématurée.....	48
2.3 Mortalité par cancer.....	53
2.4 Mortalité par maladie de l'appareil circulatoire.....	71
2.5 Mortalité par maladie de l'appareil respiratoire.....	80
2.6 Mortalité «évitable»	84
2.7 Mortalité infantile	92
3 ESPÉRANCE DE VIE.....	103
3.1 Espérance de vie à la naissance	104
3.2 Espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité (EVSI).....	105
4 ENFANTS ET ADOLESCENTS.....	107
4.1 Obésité.....	107
4.2 Vaccination	113
5 PERSONNES ÂGÉES	123
5.1 État de santé et niveau de dépendance aux âges élevés ..	123
5.2 Taux d'incidence pour Alzheimer.....	125
6 PERSONNES HANDICAPÉES	129
6.1 Prévalences des handicaps	129
6.2 Les types de handicap	131
6.3 Les bénéficiaires de l'AEEH et de l'AAH.....	133
7 CONSOMMATION D'ALCOOL, DE TABAC OU DE DROGUE ET MORTALITÉ ASSOCIÉE	137
7.1 Les usages de produits psychoactifs	137
7.2 Focus sur les consommations de produits psychoactifs chez les jeunes.....	141
7.3 Mortalité par pathologies imputables à la consommation de tabac et d'alcool	145
8 EXPOSITIONS À LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE ET RISQUES SANITAIRES	157
8.1 Qualité de l'air et tendances observées	157
8.2 Impact sanitaire de la pollution atmosphérique.....	160
GLOSSAIRE	165
ANNEXES	169
Sélection des causes de décès évitables.....	169
Mortalité infantile	171
Handicap	173

LISTE DES ENCADRÉS

Méthodologie des indicateurs de mortalité	43
Méthodologie des indicateurs de mortalité prématurée	48
Précaution méthodologique pour les cancers du col de l'utérus	68
Définitions et limites de la mortalité évitable	84
Méthodologie pour la mortalité infantile	92
Sources de données pour le calcul de l'espérance de vie	103
Méthode de calcul de l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité	105
Définitions et source de données de l'obésité	107
RRO : Rappel des recommandations en vigueur	114
BCG : Rappel des recommandations en vigueur	117
Pneumocoque : Rappel des recommandations en vigueur en 2015	118
Hépatite : Rappel des recommandations en vigueur	119
Données et méthode pour la dépendance aux âges élevés	123
Données et méthodologie pour Alzheimer	125
Définition du handicap	129
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou AEEH	133
Allocation aux adultes handicapés ou AAH	134
Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Baromètre Santé	137
Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad	141
Pathologies imputables à la consommation de tabac	145
Pathologies imputables à la consommation d'alcool	150

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Densité de population sur les îlots d'habitat du Mode d'occupation du sol* (MOS) en 2012	19
Figure 2. Occupation du sol en 2012	20
Figure 3. Découpage morphologique de l'Île-de-France	21
Figure 4. Les grands projets de logements en Île-de-France en novembre 2016	22
Figure 5. Les grands projets de transports en novembre 2015	23
Figure 6. Taux de croissance annuel moyen des communes 2008-2013	24
Figure 7. Évolution de la taille des ménages depuis 1962 (nombre moyen de personnes par ménage)	25
Figure 8. Taille moyenne des ménages en 2013	25
Figure 9. Ménages composés d'une personne en 2013	26
Figure 10. Familles monoparentales en 2013	27
Figure 11. Familles composées de trois enfants et plus	28
Figure 12. Population âgée de 75 ans et plus en 2013	30
Figure 13. Part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules en 2012, par département (%)	31
Figure 14. Part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules en 2012, par commune (en %)	32
Figure 15. Revenus médians déclarés par unité de consommation des ménages en 2013 par commune	33
Figure 16. Taux de pauvreté* francilien par tranche d'âge du référent fiscal en 2013 (%)	34
Figure 17. Indicateur de développement humain en 2011	34
Figure 18. Pyramide des âges en 2013 et 2030	39
Figure 19. Taux standardisés de mortalité générale sur la période 2011-2013	44
Figure 20. Évolution du taux standardisé de mortalité générale en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013	44
Figure 21. Répartition des causes de décès entre 2011 et 2013 en Île-de-France par sexe (en %)	45
Figure 22. Répartition des causes de décès sur la période 2011-2013 par département tous sexes (en %)	46

Figure 23. Taux standardisés de mortalité générale chez les hommes sur la période 2011-2013	47
Figure 24. Taux standardisés de mortalité générale chez les femmes sur la période 2011-2013	47
Figure 25. Taux standardisés de mortalité prématurée sur la période 2011-2013.....	49
Figure 26. Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée (avant 65 ans) en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013	49
Figure 27. Répartition des 3 premières causes de décès prématurés sur la période 2011-2013 par département et par sexe de l'ensemble des causes de décès (en %)	51
Figure 28. Taux standardisés de mortalité prématurée chez les hommes sur la période 2011-2013	52
Figure 29. Taux standardisés de mortalité prématurée chez les femmes sur la période 2011-2013	52
Figure 30. Taux standardisés de mortalité tous cancers confondus sur la période 2011-2013	53
Figure 31. Évolution du taux standardisé de mortalité tous cancers confondus en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013	54
Figure 32. Taux standardisés de mortalité par cancer chez les hommes sur la période 2011-2013	56
Figure 33. Taux standardisés de mortalité par cancer chez les femmes sur la période 2011-2013	56
Figure 34. Taux standardisés de mortalité par cancer du sein sur la période 2011-2013	57
Figure 35. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du sein en Île-de-France et en France métropolitaine entre les périodes 2000-2002 et 2011-2013	57
Figure 36. Taux standardisés de mortalité par cancer du sein sur la période 2011-2013	58
Figure 37. Taux standardisés de mortalité par cancer de la prostate sur la période 2011-2013	59
Figure 38. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013	59
Figure 39. Taux standardisés de mortalité par cancer de la prostate sur la période 2011-2013	60
Figure 40. Taux standardisés de mortalité par cancer colorectal sur la période 2011-2013	61
Figure 41. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer colorectal en Île-de-France et en France métropolitaine entre les périodes 2000-2002 et 2011-2013.....	62
Figure 42. Taux standardisés de mortalité par cancer colorectal chez les hommes sur la période 2011-2013	63
Figure 43. Taux standardisés de mortalité par cancer colorectal chez les femmes sur la période 2011-2013	63
Figure 44. Taux standardisés de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches sur la période 2011-2013.....	64
Figure 45. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013.....	65
Figure 46. Taux standardisés de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches chez les hommes sur la période 2011-2013	67
Figure 47. Taux standardisés de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches chez les femmes sur la période 2011-2013	67
Figure 48. Taux standardisés de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié sur la période 2011-2013	68
Figure 49. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013	69
Figure 50. Taux standardisés de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié sur la période 2011-2013	70

Figure 51. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire sur la période 2011-2013.....	71
Figure 52. Évolution du taux standardisé de mortalité par maladie circulatoire en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013.....	72
Figure 53. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire chez les hommes sur la période 2011-2013.....	73
Figure 54. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire chez les femmes sur la période 2011-2013.....	73
Figure 55. Évolution du taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013.....	74
Figure 56. Taux standardisés de mortalité par cardiopathie ischémique chez les hommes sur la période 2011-2013.....	76
Figure 57. Taux standardisés de mortalité par cardiopathie ischémique chez les femmes sur la période 2011-2013.....	76
Figure 58. Évolution du taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale en Île-de-France et en France métropolitaine la période 2000-2002 et la période 2011-2013.....	77
Figure 59. Taux standardisés de mortalité par maladie vasculaire cérébrale chez les hommes sur la période 2011-2013.....	79
Figure 60. Taux standardisés de mortalité par maladie vasculaire cérébrale chez les femmes sur la période 2011-2013.....	79
Figure 61. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire sur la période 2011-2013.....	80
Figure 62. Évolution du taux standardisé de mortalité par maladie circulatoire en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013.....	81
Figure 63. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire chez les hommes sur la période 2011-2013.....	83
Figure 64. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire chez les femmes sur la période 2011-2013.....	83
Figure 65. Répartition des décès « évitables » par grandes causes sur la période 2011-2013 (%)......	87
Figure 66. Taux standardisés de mortalité « évitable » par sexe et par département sur la période 2011-2013.....	89
Figure 67. Taux standardisés de mortalité « évitable » par tumeurs par département sur la période 2011-2013.....	90
Figure 68. Taux standardisés de mortalité « évitable » par maladies circulatoires par département sur la période 2011-2013.....	91
Figure 69. Évolution du taux de mortalité infantile entre 1991 et 2014.....	94
Figure 70. Mortalité néonatale et post-néonatale par département 2013 - 2015.....	95
Figure 71. Évolution de la mortalité néonatale entre 1991 et 2014.....	97
Figure 72. Évolution du taux de mortalité post-néonatale entre 1991 et 2014.....	98
Figure 73. Espérance de vie à la naissance en 2014.....	103
Figure 74. Évolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe en Île-de-France et en France entre 2000 et 2014.....	104
Figure 75. Hommes - Espérance de vie sans et avec incapacité à 65 ans en France (en années et en % de l'espérance de vie).....	106
Figure 76. Femmes - Espérance de vie sans et avec incapacité à 65 ans en France (en années et en % de l'espérance de vie).....	106
Figure 77. Prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité déclarés (normes IOTF) selon le sexe en Île-de-France et hors Île-de-France en 2010 (en % des jeunes de 15-25 ans).....	108
Figure 78. Prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité déclarés (normes IOTF) selon l'âge en 2010 (en % des jeunes de 15-25 ans).....	108
Figure 79. Prévalences du surpoids et de l'obésité chez les jeunes de 17 ans en 2014 (en %)......	109

Figure 80. Rougeole : nombre de cas et taux de déclaration selon l'âge, Île-de-France, 2013 (n=33).....	113
Figure 81. Évolution de la couverture vaccinale RRO « 1 dose » à 24 mois par département en Île-de-France et en France, 2010-2014 (%)	115
Figure 82. Évolution de la couverture vaccinale RRO « 2 doses » à 24 mois par département en Île-de-France et en France, 2010-2014 (%)	115
Figure 83. Évolution de la couverture vaccinale BCG à 9 mois par département en Île-de-France, 2010-2013 (%).....	117
Figure 84. Couvertures vaccinales par le vaccin pneumococcique conjugué (2 doses) par département en Île-de-France et en France à l'âge de 9 mois, 2010-2014 (%)	118
Figure 85. Évolution de la couverture vaccinale contre l'hépatite B « 3 doses » à 24 mois, par département en Île-de-France et en France, 2010-2014 (%)	119
Figure 86. Infections invasives à méningocoque : nombre de cas et taux de déclaration selon l'âge, Île-de-France, 2013 (n=92).....	120
Figure 87. Couvertures vaccinales contre le méningocoque C des enfants âgés 1 à 4 ans par département en Île-de-France et en France, 2013 (%)	121
Figure 88. Prévalences des différents critères de handicap en Île-de-France.....	130
Figure 89. Nombre de bénéficiaires l'AEEH pour 1 000 habitants de moins de 20 ans dans les départements franciliens, au 31 décembre 2014	133
Figure 90. Nombre de bénéficiaires de l'AEEH pour 1 000 habitants de moins de 20 ans dans les cantons en Île-de-France, au 31 décembre 2014.....	134
Figure 91. Nombre de bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 habitants de 20-59 ans dans les départements franciliens, au 31 décembre 2014.....	135
Figure 92. Nombre de bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 habitants de 20-59 ans dans les cantons en Île-de-France, au 31 décembre 2014.....	135
Figure 93. Tabagisme quotidien en Île-de-France selon le sexe et l'âge en 2014 (en %)	138
Figure 94. Proportion de consommateurs quotidiens et hebdomadaires d'alcool selon le sexe et l'âge, en Île-de-France en 2010 (%).....	139
Figure 95. Taux standardisé de mortalité par pathologies imputables au tabac.....	145
Figure 96. Évolution du taux standardisé de mortalité par pathologies imputables au tabac en Île-de-France et en France métropolitaine entre les périodes 2000-2002 et 2011-2013	146
Figure 97. Taux standardisés de mortalité par pathologies imputables au tabac chez les hommes sur la période 2011-2013.....	147
Figure 98. Taux standardisés de mortalité par pathologies imputables au tabac chez les femmes sur la période 2011-2013.....	148
Figure 99. Taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, par cardiopathies ischémiques et par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives par département sur la période 2011-2013 chez les hommes	149
Figure 100. Taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, par cardiopathies ischémiques et par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives par département sur la période 2011-2013 chez les femmes	150
Figure 101. Taux standardisé de mortalité par pathologies imputables à l'alcool.....	151
Figure 102. Évolution du taux standardisé de mortalité par pathologies imputables à la consommation d'alcool en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013.....	151
Figure 103. Taux standardisés de mortalité par pathologies imputables à l'alcool chez les hommes sur la période 2011-2013.....	153
Figure 104. Taux standardisés de mortalité par pathologies imputables à l'alcool chez les femmes sur la période 2011-2013.....	153
Figure 105. Taux standardisés* de mortalité par cirrhose du foie, par psychose alcoolique et alcoolisme et par cancer des VADS par département sur la période 2011-2013 chez les hommes.....	155

Figure 106. Taux standardisés* de mortalité par cirrhose du foie, par psychose alcoolique et alcoolisme et par cancer des VADS par département sur la période 2011-2013 chez les femmes	155
Figure 107. Nombre de jours de déclenchement de la procédure d'information et d'alerte en Île-de-France de 2006 à 2015, tous polluants confondus	157
Figure 108. Niveaux moyens annuels de PM _{2,5} en Île-de-France en 2015.....	158
Figure 109. Niveaux moyens annuels de NO ₂ en Île-de-France en 2015	159
Figure 110. Distribution des niveaux journaliers de PM ₁₀ , des hospitalisations pour causes cardiaques, et des décès toutes causes (hors causes accidentelles) attribuables aux effets à court terme de la pollution, selon le niveau de pollution, Paris, 2007-2010.....	161
Figure 111. Gain moyen en espérance de vie à 30 ans sous le scénario « communes équivalentes les moins polluées ».....	162

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Densité par département en 2013.....	20
Tableau 2. Nombre et proportion de personnes âgées par département en Île-de-France en 2013.....	29
Tableau 3. Variation totale de la population en Île-de-France par département sur la période 2007-2013 (Effectifs et variation relative).....	36
Tableau 4. Structure de la population en Île-de-France par tranche d'âge et par département en 2007 et 2013 (en %).....	37
Tableau 5. Évolutions de la population par grande tranche d'âge et département entre 2007 et 2013 (en effectifs et en %)	38
Tableau 6. Variation totale de la population en Île-de-France sur les périodes 2017-2022 et 2022-2030 (Effectifs).....	38
Tableau 7. Structure de la population en Île-de-France par tranche d'âge et département en 2017, 2022 et 2030	40
Tableau 8. Effectifs supplémentaires des personnes âgées entre 2017-2022 et 2022-2030	41
Tableau 9. Évolution relative des personnes âgées entre 2017-2022 et 2022-2030.....	41
Tableau 10. Nombre de décès et taux bruts en moyenne annuelle par département et par sexe sur la période 2011-2013.....	45
Tableau 11. Nombre de décès prématurés (avant 65 ans) et taux bruts de mortalité prématurée en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013.....	45
Tableau 12. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013	55
Tableau 13. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer du sein en moyenne par an par département sur la période 2011-2013.....	58
Tableau 14. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer de la prostate en moyenne par an par département sur la période 2011-2013	60
Tableau 15. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer colorectal en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013	62
Tableau 16. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013.....	66
Tableau 17. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié en moyenne par an par département sur la période 2011-2013	69
Tableau 18. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par maladie circulatoire en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013.....	72
Tableau 19. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cardiopathies ischémiques en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013.....	75
Tableau 20. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par maladie vasculaire cérébrale en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013.....	78
Tableau 21. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013.....	81
Tableau 22. Nombre de décès évitables annuel moyen selon le type d'action par département sur la période 2011-2013	86

Tableau 23. Taux standardisés de mortalité évitable selon le type d'action par département sur la période 2011-2013.....	88
Tableau 24. Evolution des taux standardisés de mortalité «évitable» selon le type d'action par département entre 2004-2006 et 2011-2013.....	90
Tableau 25. Taux de mortalité infantile (‰) pour différentes zones géographiques et pour la période 2013-2015.....	93
Tableau 26. Taux de mortalité infantile (‰) lissés sur 3 ans et évolution par zone géographique entre 1991 et 2014.....	94
Tableau 27. Taux de mortalité néonatale (‰) pour différentes zones géographiques et pour la période 2013-2015	96
Tableau 28. Taux de mortalité néonatale (‰) lissés sur 3 ans et évolution par zone géographique entre 1991 et 2014.....	96
Tableau 29. Taux de mortalité post-néonatale (‰) pour différentes zones géographiques et pour la période 2013-2015.....	97
Tableau 30. Taux de mortalité post-néonatale (‰) lissés sur 3 ans et évolution par zone géographique entre 1991 et 2014.....	98
Tableau 31. Description des décès infantiles selon différentes causes pour la période 2009-2013 pour les départements, la région Île-de-France et la France métropolitaine (données domiciliées).....	100
Tableau 32. Espérance de vie à la naissance par sexe et par région en 2014	104
Tableau 33. Espérance de vie à la naissance par département et par sexe en 2000 et 2014	105
Tableau 34. Statut pondéral des adolescents scolarisés en classe de troisième, comparaisons entre Île-de-France et hors Île-de-France, et comparaisons selon le sexe en Île-de-France, en 2008-2009	109
Tableau 35. Evolution de la prévalence de l'excès de poids (surpoids et obésité) entre 2005 et 2010 en Île-de-France et hors Île-de-France (en %).....	110
Tableau 36. Statut pondéral selon les caractéristiques socio-économiques des adolescents scolarisés en classe de troisième en Île-de-France, en 2008-2009.....	111
Tableau 37. Excès de poids et facteurs associés (modèle de régression logistique) ...	112
Tableau 38. Statut pondéral des adolescents scolarisés en classe de troisième, selon le sexe, en Île-de-France et hors Île-de-France, comparaisons 2003-2004 et 2008-2009	112
Tableau 39. Couvertures vaccinales pour « 1 dose » et « 2 doses » de RRO par département en Île-de-France et en France, en 2014 (%).....	114
Tableau 40. Taux de déclaration (pour 100 000 habitants) de tuberculose maladie en Île-de-France et en France en 2014	116
Tableau 41. État de santé et niveau de dépendance par sexe et département en Île-de-France des personnes âgées de 75 ans et plus –	124
Tableau 42. Nouvelles admissions en ALD 15 par sexe et département pour la période 2012-2014 (effectifs, taux bruts et taux standardisés)	126
Tableau 43. Prévalence des limitations fonctionnelles absolues/graves, restrictions d'activité, reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie chez les personnes de 20 ans ou plus en Île-de-France et dans le reste de la France (en %)	131
Tableau 44. Limitations fonctionnelles (LF) chez les personnes de 20-59 ans et de 60 ans ou plus résidant en Île-de-France, sans aide technique ou humaine sauf mention contraire (en %).....	132
Tableau 45. Expérimentation de drogues illicites au cours de la vie selon l'âge et le sexe chez les personnes de 15-64 ans, en Île-de-France en 2010 (en %)	140
Tableau 46. Usages d'alcool chez les jeunes (17 ans) au cours de la vie et 30 derniers jours en 2014 (en %)	142
Tableau 47. Alcoolisation ponctuelle importante chez les jeunes (17 ans) au cours des 30 derniers jours en 2014 (en %)	142
Tableau 48. Usages de tabac chez les jeunes de 17 ans en 2014 (en %)	143
Tableau 49. Usages de cannabis chez les jeunes de 17 ans en 2014 (en %)	144
Tableau 50. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par pathologies imputables à la consommation de tabac en moyenne annuelle par département et par sexe sur la période 2011-2013	146

Tableau 51. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par pathologies imputables à la consommation d'alcool en moyenne annuelle par département et par sexe sur la période 2011-2013	152
Tableau 52. Gain moyen en espérance de vie à 30 ans (en mois) et intervalle de confiance en Île-de-France et dans les départements selon différents scénarios	162
Tableau 53. Nombre de décès évitables sous les différents scénarios en Île-de-France et dans les départements.....	163
Tableau 54. Nombre annuel moyen de décès par causes en Île-de-France sur la période 2011-2013 (Office for national statistics (ONS 2011)).....	169
Tableau 55..Nombre annuel de décès avant l'âge d'un an par zone géographique et par année	171
Tableau 56. Nombre annuel de décès avant l'âge de 28 jours par zone géographique et par année	171
Tableau 57.Nombre annuel de naissances vivantes.....	172

AVANT PROPOS

La loi “Hôpital, patients, santé et territoires” du 21 juillet 2009 a confié aux agences régionales de santé (ARS) de définir et mettre en œuvre la politique de santé dans leur région. Dans cette perspective, la loi les a dotées d’un outil de planification et de régulation de la politique de santé : le Projet régional de santé (PRS). La loi de santé de 2016 a modifié les règles de territorialisation des politiques sanitaires et a réformé notamment les PRS. Les nouveaux PRS comprennent un cadre d’orientation stratégique (COS) à 10 ans, un schéma régional de santé (SRS) à 5 ans et un programme régional d’accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, à 5 ans. En Île-de-France le nouveau PRS 2 est en cours d’élaboration et débutera au 1^{er} janvier 2018.

En vue de l’élaboration du PRS 2, l’ARS Île-de-France a sollicité l’expertise de l’Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France dont les missions sont de concourir à l’observation, la surveillance et l’étude des questions sanitaires et sociales de la région. Sur des thématiques identifiées comme prioritaires par l’agence, l’ORS a rassemblé et analysé un ensemble d’informations et de données relatives à la santé des Franciliens et à ses déterminants.

La publication **Questions de santé en Île-de-France** valorise ce travail et dresse un panorama de la santé des Franciliens. Elle apporte des éléments-clés sur l’état de santé général à travers des indicateurs transversaux (espérance de vie, mortalité générale, mortalité prématurée et « évitable ») mais aussi des populations vulnérables (enfants et adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap) et des déterminants de santé (contexte socio-démographique, expositions environnementales, comportements individuels défavorables à la santé comme la consommation d’alcool ou de tabac). Ces données sont fournies à l’échelle départementale pour mettre en évidence les inégalités territoriales de santé.

GUIDE DE LECTURE

Questions de santé en Île-de-France présente les données les plus récentes pour les principaux indicateurs relatifs à la santé et à ses déterminants en Île-de-France.

Contenu de la publication

Cette publication donne une vision d'ensemble de l'état de santé et des inégalités territoriales en Île-de-France en conjuguant une approche démographique et sociale des territoires à une approche par population, pathologies et déterminants. Les thèmes investigués dans cette publication ont été identifiés comme prioritaires par l'ARS Île-de-France en vue de l'élaboration du PRS 2 « 2018-2022 ».

Ce document comporte huit chapitres.

Un **résumé-synthèse** reprend les principaux problèmes de santé publique en Île-de-France et souligne les enjeux en termes de prévention.

Le chapitre 1 sur la **situation démographique et contexte territorial** donne des éléments de contexte sur la structure démographique et sociale de la région Île-de-France et expose les grands projets d'aménagements de la région Île-de-France. Ce chapitre inclut également des projections de population à l'échelle 2022 et 2030.

Le chapitre 2 sur **la mortalité** met en évidence des fortes disparités en Île-de-France en matière de mortalité générale, infantile (moins de 1 an), de mortalité prématurée (moins de 65 ans), de mortalité « évitable » par des actions de prévention et par une meilleure prise en charge par le système de soins. La mortalité est également étudiée pour trois grandes causes, à savoir les cancers, les maladies cardio-vasculaires et les maladies de l'appareil circulatoire.

Le chapitre 3 sur **l'espérance de vie** permet un état des lieux sur l'état de santé général en Île-de-France à travers l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans. Ces deux indicateurs donnent des informations sur les différentiels observés en matière de longueur de vie mais aussi de qualité de vie. Les estimations d'espérance de vie sans incapacité sont à ce jour diffusées par Eurostat et sont disponibles au niveau national.

Les chapitres 4, 5 et 6 portent sur les populations vulnérables à savoir **les enfants et adolescents, les personnes âgées et les personnes handicapées**. Ils mettent l'accent sur les enjeux de santé publique aux différents âges de la vie, comme la vaccination et l'obésité pour les **enfants et adolescents** ; la perte d'autonomie et Alzheimer ou les autres démences pour **les personnes âgées** ; les différents types de handicap et sa reconnaissance administrative pour **les personnes handicapées**.

Le chapitre 7 décrit les **comportements individuels** à travers la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue en population générale. Ce chapitre est enrichi d'un focus sur la consommation de produits psychoactifs chez les jeunes franciliens de 17 ans. A cela s'ajoute la mortalité associée à ces consommations.

Le chapitre 8 traite des **expositions à la pollution atmosphérique et risques sanitaires**. Il fait état de la qualité de l'air en Île-de-France et des impacts sanitaires de la pollution atmosphérique notamment en termes de gain moyen d'espérance de vie et de décès évitables.

Présentation des indicateurs

Au début de chaque chapitre, les indicateurs mobilisés font l'objet d'une définition et leurs limites sont présentées. Le lecteur trouvera des précisions sur la méthode employée.

Les tableaux et les graphiques présentent les données les plus récentes de l'indicateur considéré, pour la grande majorité à une échelle départementale. Certaines données issues d'enquêtes de santé peuvent être produites uniquement au niveau régional pour des questions de plan de sondage.

Un glossaire en fin de recueil explicite les abréviations et certains concepts. Les astérisques (*) présentes tout au long du document renvoient au glossaire.

Sources des données

Pour la réalisation de ce document, les sources de données mobilisées sont (par ordre alphabétique des organismes producteurs) :

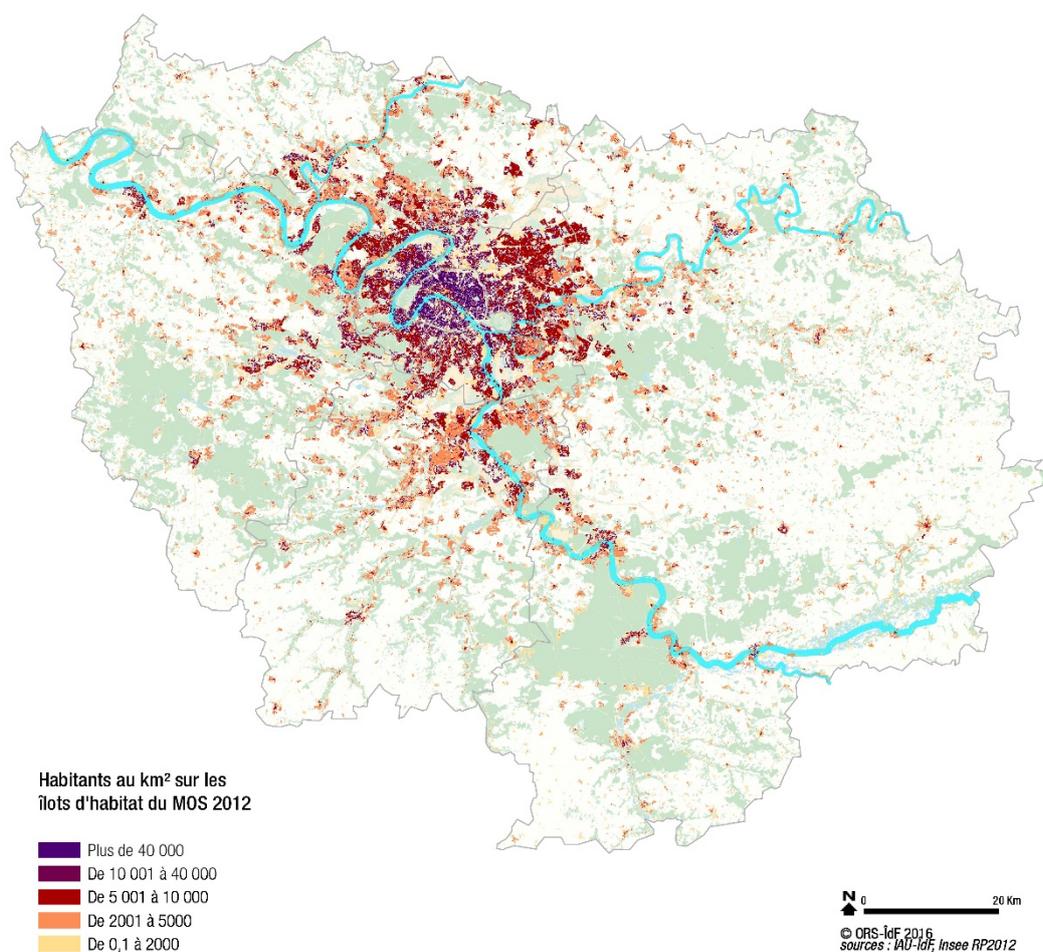
- CépiDC- Inserm : données de mortalité
- Drees :
 - o Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014
 - o Enquête Handicap-Santé ménages (HSM) 2007-2008
 - o Enquête nationale sur la santé auprès des élèves scolarisés en classe de troisième 2008-2009
 - o Remontées des services de PMI, Certificats de santé du 24^e mois
- Déclarations obligatoires : DO Rougeole 2013, DO tuberculose 2014 et DO infections à méningocoque 2013
- Eurostat : EU-SILC (statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie)
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) : Escapad 2014
- Insee : recensement de population, statistiques de l'état civil
- Santé Publique France (Inpes) : Baromètre santé 2005 et Baromètre santé 2010

1 | SITUATION DÉMOGRAPHIQUE ET CONTEXTE TERRITORIAL

1.1 Densité de population et aménagement du territoire

L'Île-de-France compte en 2013, 11 959 807 habitants et concentre 18,2 % de la population française. C'est la région la plus peuplée et la plus dense de France avec 995,6 habitants au km². Ce chiffre masque de fortes disparités entre Paris et la petite couronne fortement urbanisée qui affiche une densité de 8820 habitants au km² et la grande couronne, plus rurale avec 463 habitants au km². Avec 21 000 habitants au km², Paris reste l'une des villes les plus densément peuplées au monde (Figure 1) . Plus de 67 % des franciliens vivent en petite couronne et 84 % dans des communes de 10 000 habitants ou plus.

Figure 1. Densité de population sur les îlots d'habitat du Mode d'occupation du sol* (MOS) en 2012

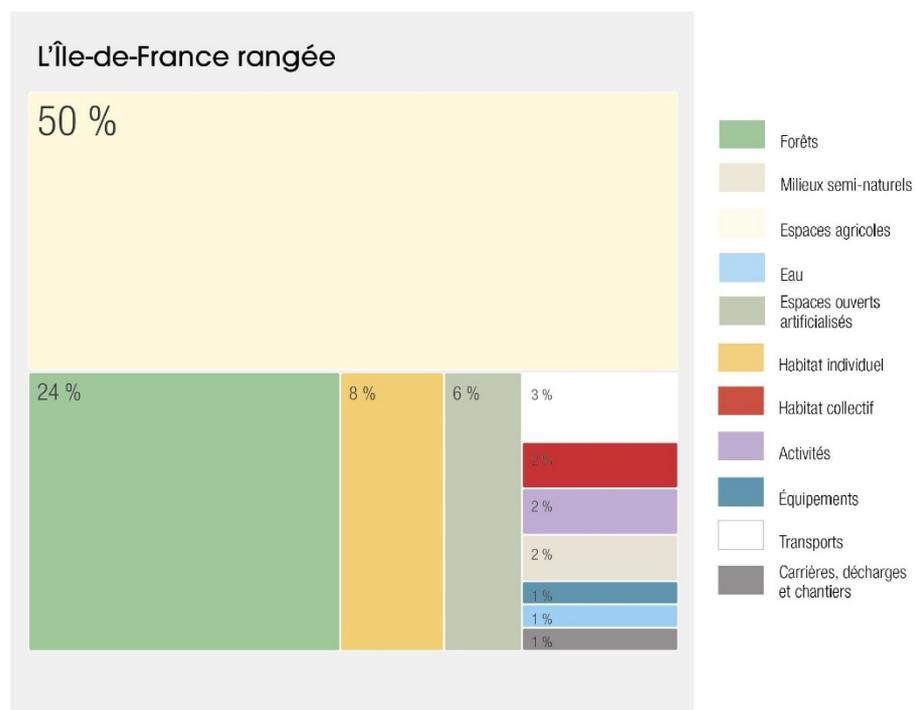


Population : Le recensement permet de connaître la diversité et l'évolution de la population de la France. L'Insee fournit ainsi des statistiques sur les habitants et les logements, leur nombre et leurs caractéristiques : répartition par sexe et âge, professions, conditions de logement, modes de transport, déplacements domicile-travail, etc.

Tableau 1. Densité par département en 2013

Département	Population	Surface (km ²)	Densité (Hab./ km ²)
Paris	2 229 621	105,4	21 153,9
Seine-et-Marne	1 365 200	5 924,4	230,4
Yvelines	1 418 484	2 305,7	615,2
Essonne	1 253 931	1 818,6	689,5
Hauts-de-Seine	1 591 403	175,6	9062,7
Seine-Saint-Denis	1 552 482	236,9	6570,0
Val-de-Marne	1 354 005	244,8	5531,1
Val-d'Oise	1 194 681	1 253,6	953,0

Figure 2. Occupation du sol en 2012



Source : IAU ÎdF

Lecture : La superficie des rectangles est proportionnelle au pourcentage de surface occupée

L'Île-de-France couvre une superficie de 12 065 km². Les espaces agricoles, boisés et naturels couvrent plus de 77 % de son territoire. Avec plus de 6 000 km², l'agriculture occupe près de la moitié de l'espace régional, suivi par les bois et forêts (24 %) et les milieux naturels et espaces en eau (3 %). 23 % de l'espace francilien est urbanisé. Il est majoritairement constitué par de l'habitat individuel (8% de la région), suivi par les espaces verts urbains. L'habitat collectif et les activités économiques ne représentent que 2 % de l'espace régional.

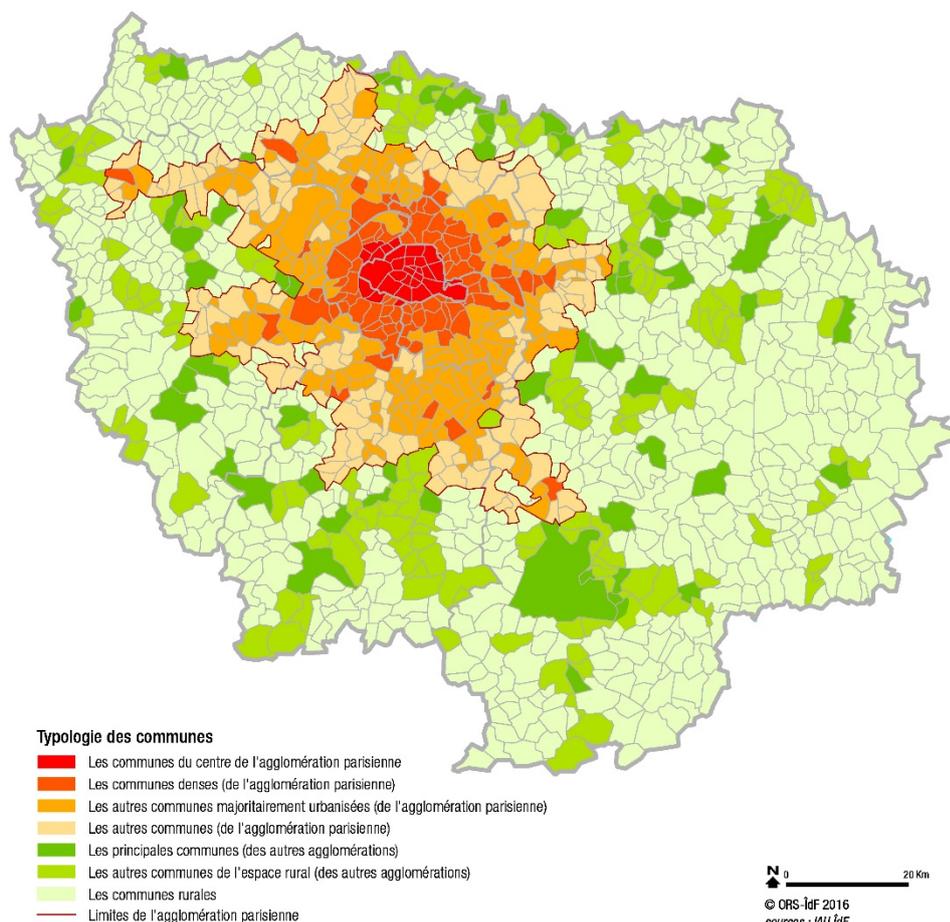
1.1.1 Typologie des communes

Le découpage morphologique ci-dessus a été réalisé par l'IAU. Il se base sur 4 critères : le taux d'espaces urbanisés (ratio entre les superficies des espaces urbanisés et la superficie totale de la commune), les densités humaines (la somme de population et des emplois rapportée aux surfaces urbaines construites), l'appartenance à l'agglomération parisienne et enfin la logique de la discontinuité géographique.

Ainsi, les communes du centre de l'agglomération parisienne affichent un taux d'espaces urbanisés supérieur ou égal à 95 % et la densité humaine sur les espaces urbains construits est supérieure ou égale à 300 individus à l'hectare. Les communes denses de l'agglomération parisienne présentent un taux d'espaces urbanisés à 80 % et une densité humaine supérieure ou égale à 100 individus à l'hectare. Les autres communes majoritairement urbanisées de l'agglomération de Paris ont un taux d'espaces urbanisés supérieur ou égal à 65 % et une densité humaine supérieure ou égale à 30 individus à l'hectare. La catégorie des autres communes de l'agglomération parisienne regroupe les communes appartenant à l'agglomération mais ne répondant pas aux critères précédents. Elles sont peu denses et peu urbanisées.

Les communes qui n'appartiennent pas à l'unité urbaine de Paris sont divisées en 3 catégories. Les principales communes des autres agglomérations qui présentent une densité humaine de 30 individus à l'hectare et une activité humaine (population + emploi) supérieure ou égale à 5 000 individus. Les autres communes des agglomérations secondaires sont les communes agglomérées peu denses. Et enfin les communes rurales qui selon la définition de l'Insee, n'appartiennent pas à une unité urbaine.

Figure 3. Découpage morphologique de l'Île-de-France



1.1.2 Grands projets d'aménagement

La carte représente le nombre de logements prévu à la construction dans les projets en cours de réalisation ou programmés en novembre 2016. Il peut s'agir de projets d'habitat exclusivement ou de projets comprenant du logement, parmi eux une trentaine dépasse les 2 000 logements et 8 les 5 000. Il s'agit du nombre de logements initialement prévu par projet, il est donc possible qu'une partie de ce nombre soit déjà construite. Les zones concentrant un grand nombre de projets sont, en petite couronne, les secteurs au nord de Paris (Saint-Denis, Aubervilliers, Saint-Ouen...), au sud-est (Ivry-sur-Seine, Vitry-sur-Seine...). En grande couronne on peut observer une concentration de projets autour de grands pôles (Saint-Quentin en Yvelines, le plateau de Saclay, Massy-Palaiseau, Melun-Sénart etc) et notamment le long de l'axe Seine (Mantes-la-Jolie, Cergy-Pontoise...)

Figure 4. Les grands projets de logements en Île-de-France en novembre 2016

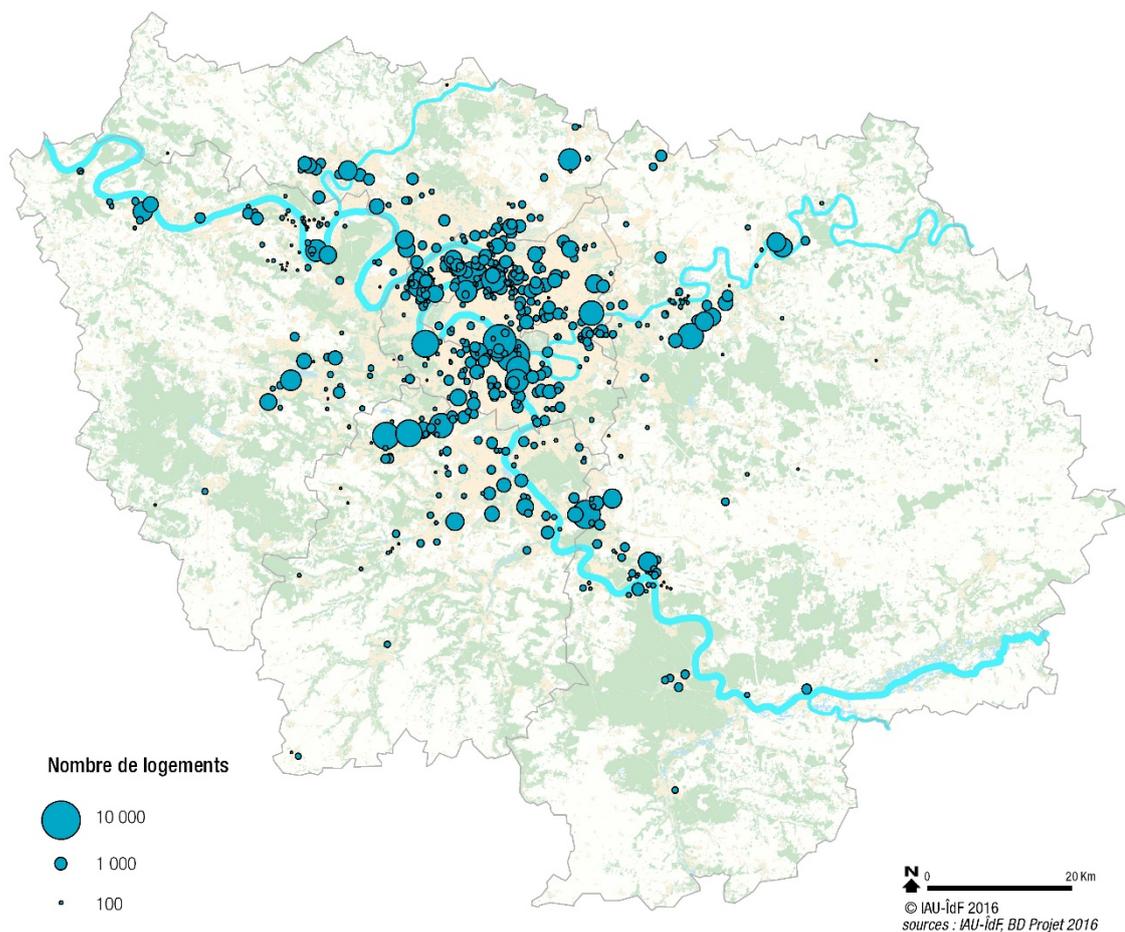
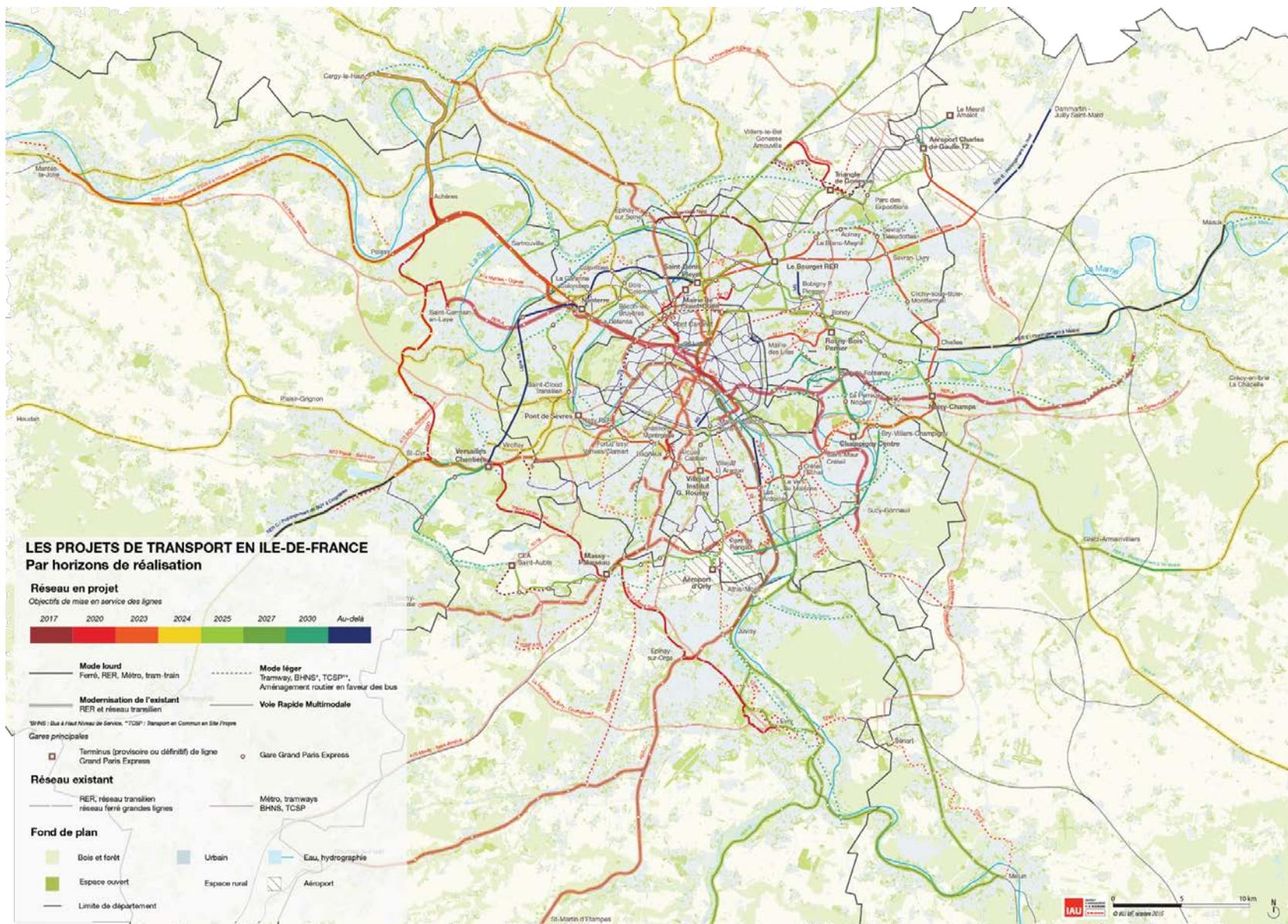


Figure 5. Les grands projets de transports en novembre 2015

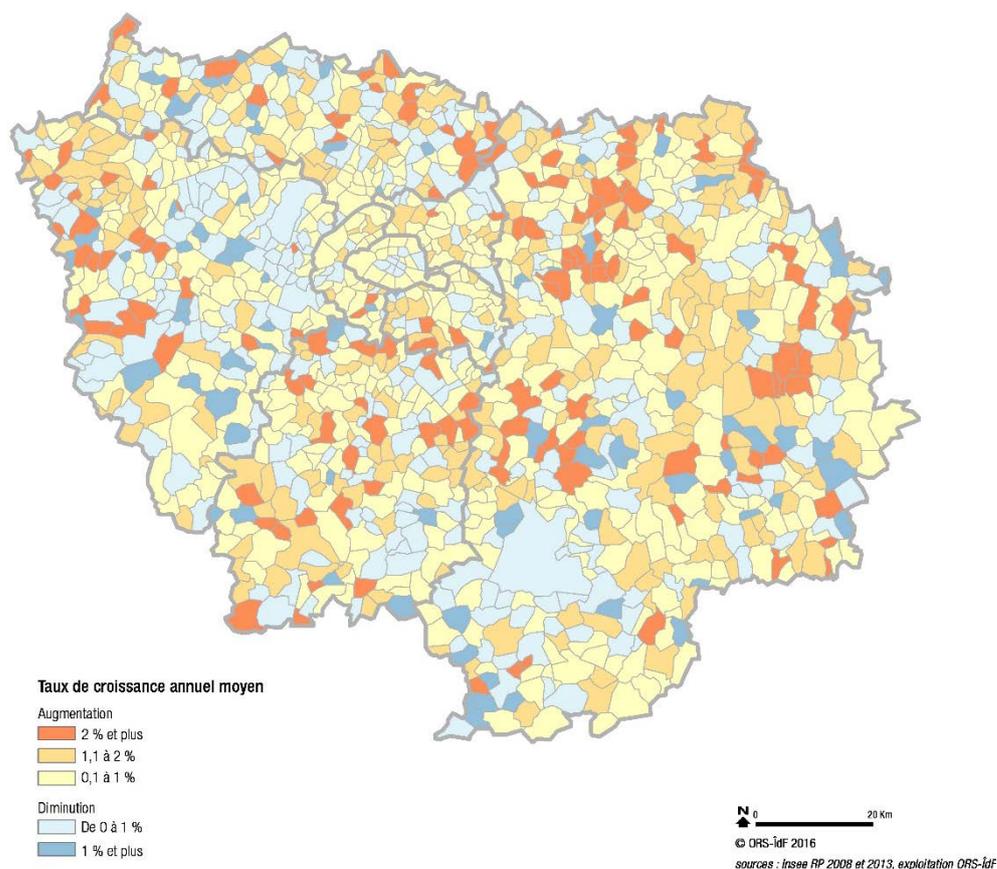


1.2 Contexte démographique

1.2.1 Évolution récente de la population

On assiste depuis 2008 à un léger ralentissement de la croissance démographique : 0,5 % par an contre 0,7 % pour la période 1999-2008. La région a gagné en moyenne 60 000 habitants par an lors des cinq dernières années. L'augmentation de la population est globalement homogène en petite et en grande couronne mais Paris affiche une croissance bien plus faible que la moyenne régionale avec seulement 0,2 % et n'a gagné que 18 000 habitants en 5 ans. La croissance démographique francilienne ne s'explique que par l'excédent du solde naturel* (0,9 %) qui compense son déficit migratoire* (-0,4 % par an).

Figure 6. Taux de croissance annuel moyen des communes 2008-2013



1.2.2 Ménages

L'Île-de-France compte en 2013, 5,04 millions de ménages* ce qui représente 10 % de plus qu'en 1999. La hausse du nombre de ménages a cependant ralenti depuis 2007 pour atteindre 0,6 % par an. Elle se rapproche ainsi, du taux de croissance de la population, contrairement à ce que l'on observe en province, où elle est deux fois plus forte. Cette augmentation du nombre de ménage s'explique principalement par la croissance de la population en volume, et dans une moindre mesure par le vieillissement de la population.

Depuis 2006, la taille moyenne des ménages d'Île-de-France est supérieure à celle de la France métropolitaine. Elle se stabilise depuis 2007 alors qu'elle continue de baisser dans le reste du territoire.

Figure 7. Évolution de la taille des ménages depuis 1962 (nombre moyen de personnes par ménage)

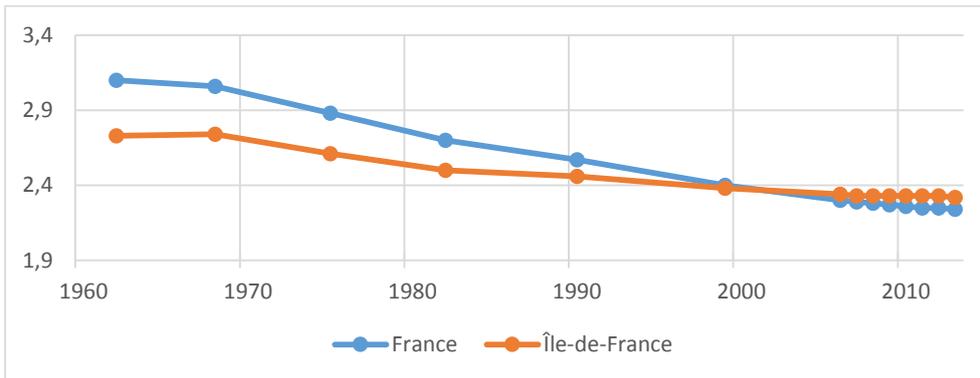
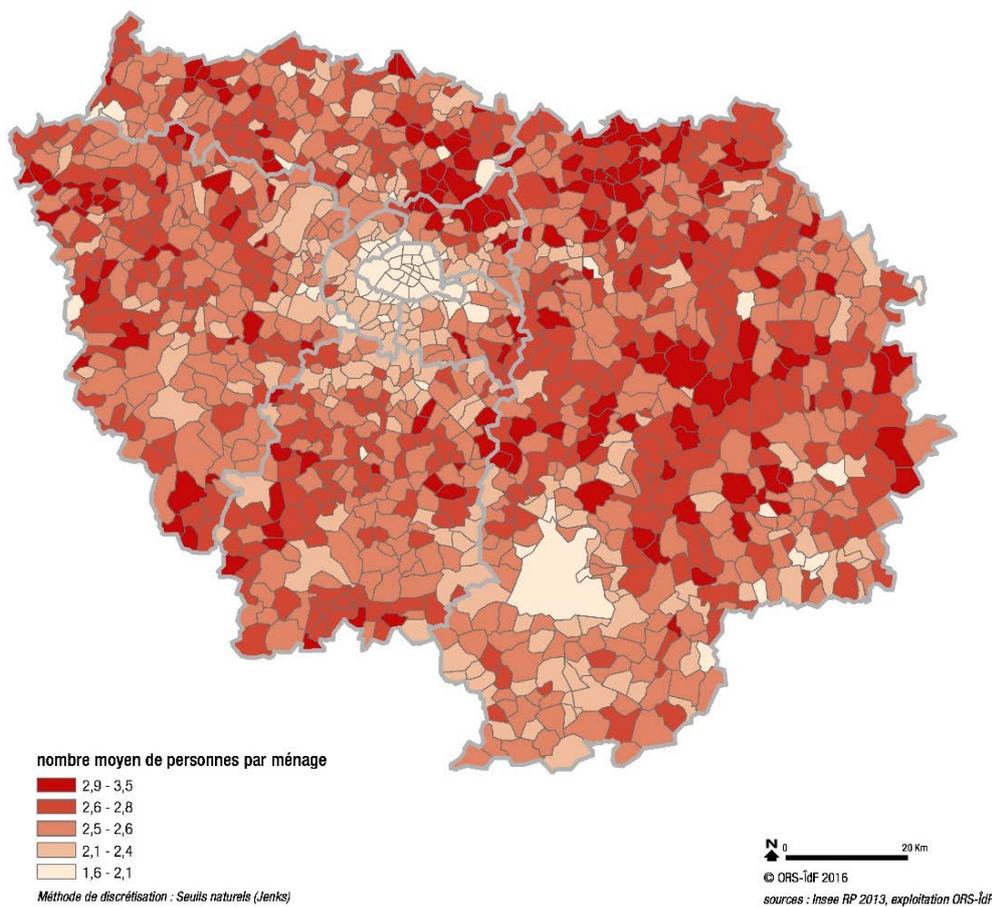
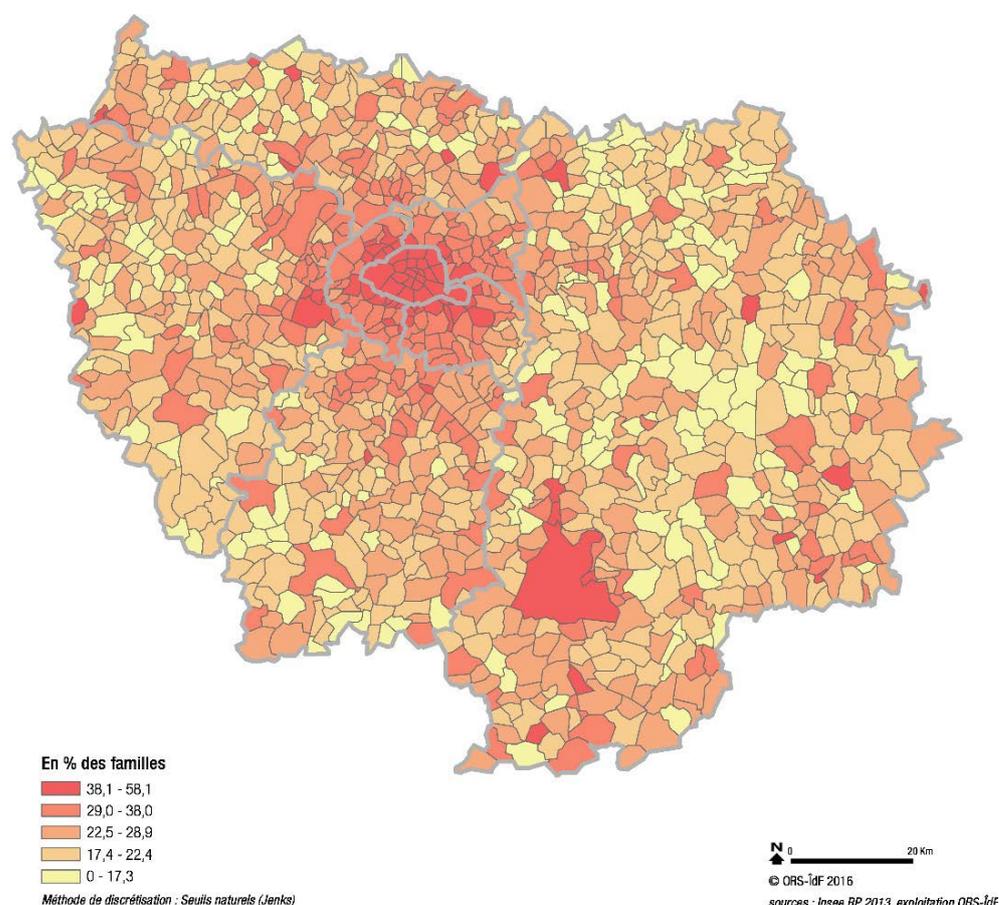


Figure 8. Taille moyenne des ménages en 2013



La carte ci-dessus fait apparaître un fort contraste entre la grande couronne où la taille des ménages reste relativement élevée et le centre de la région qui présente traditionnellement, à l'exception de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, des tailles plus petites. En 2013 les ménages parisiens sont composés en moyenne de 1,9 personne alors que la Seine-et-Marne en compte 2,5.

Figure 9. Ménages composés d'une personne en 2013



En 2013, l'Île-de-France compte 1 812 821 ménages composés d'une personne soit 36 % de l'ensemble des ménages, ce qui est supérieur au taux de la France métropolitaine (34,8 %). Il s'agit à 57,5 % de femmes vivant seules. Les ménages d'une personne ont progressé de 1,3 % depuis 2008 soit 68 502 de plus. Cette augmentation est imputable au vieillissement global de la population. On observe de forts contrastes selon les départements (carte ci-dessus). La proportion de personnes vivant seules décroît au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la capitale. Elle atteint plus de 51 % à Paris alors qu'elle n'est que de 26 % en Seine-et-Marne.

1.2.3 Composition des familles

En 2013, le nombre de familles monoparentales s'élève à 544 000 ce qui représente 17,6 % de l'ensemble des familles franciliennes. Elles ont progressé de 9,6 % depuis 2008 soit 48 000 de plus. Il s'agit pour la grande majorité de femmes seules avec enfant(s) (83,4 %). La part des familles monoparentales est plus élevée dans la métropole parisienne qu'en grande couronne et leur nombre y augmentent plus rapidement. Selon l'Insee et l'IAU « Les offres de services en matière de transports publics, d'équipements d'accueil de la petite enfance, de prestations sociales ou d'aide à la parentalité jouent un rôle dans la présence et le maintien de ces familles dans le centre de l'agglomération, ainsi que la part plus importante de logements sociaux dans le parc immobilier. »

Figure 10. Familles monoparentales en 2013

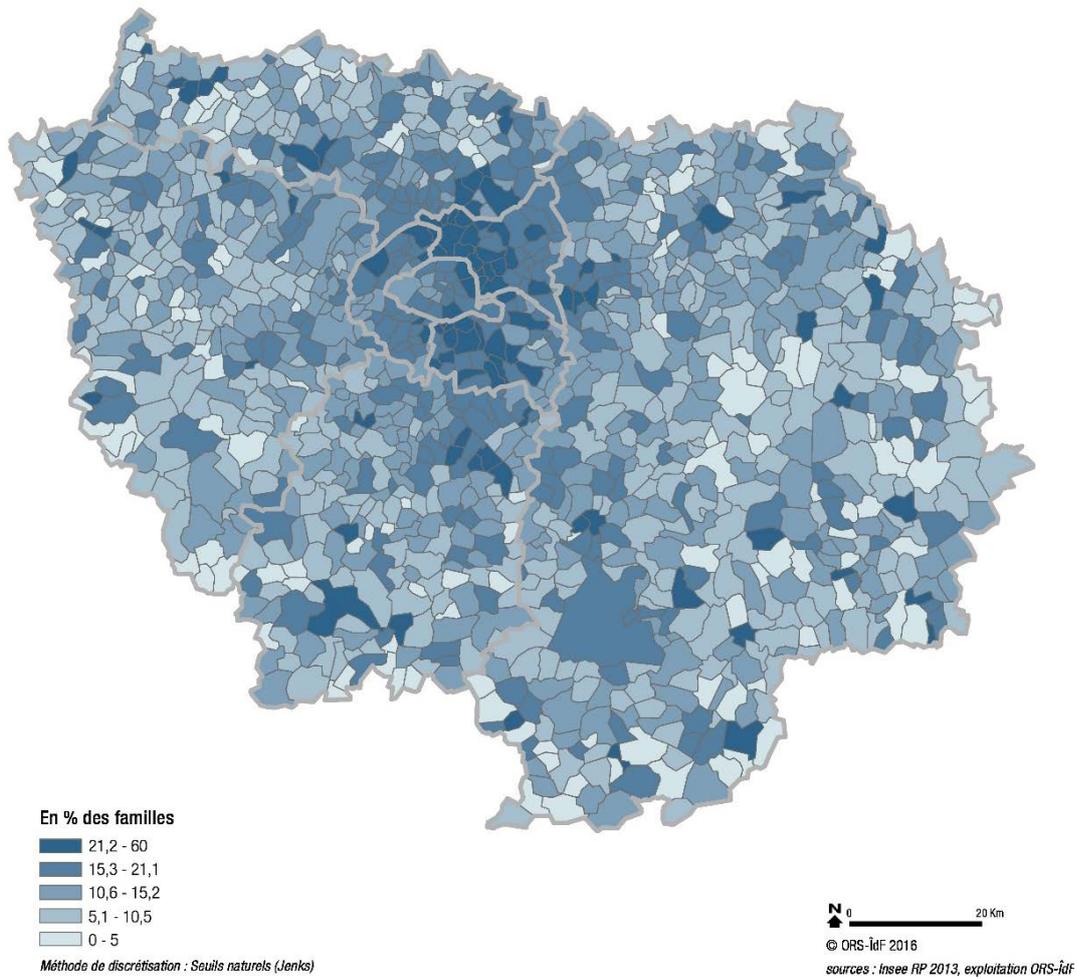
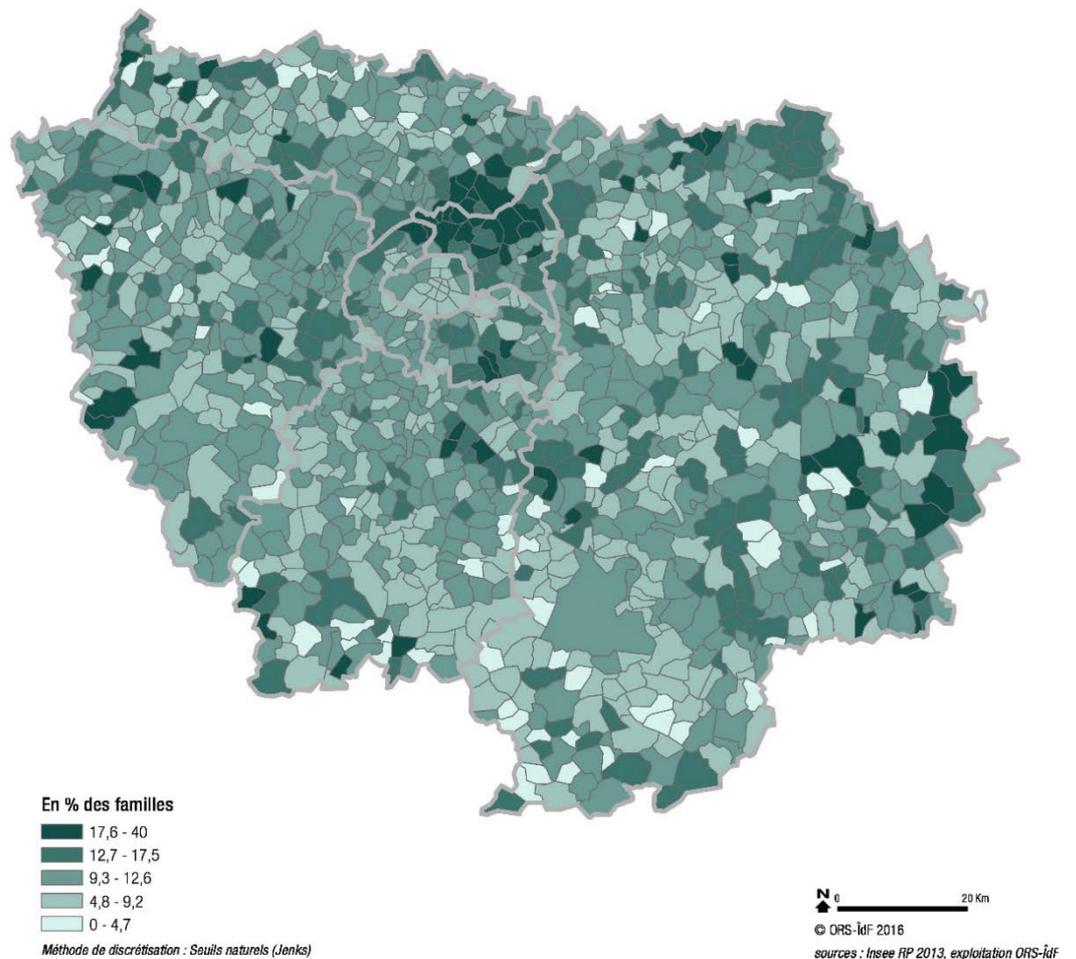


Figure 11. Familles composées de trois enfants et plus



Sur les 3,08 millions de familles présentes en l'Île-de-France, on dénombre en 2013 1,8 million de familles avec au moins 1 enfant de moins de 25 ans. Parmi elles, 369 213 familles en comptent trois ou plus ou plus soit environ un sur cinq. Elles sont en légère augmentation depuis 2008 (+12 108). L'Île-de-France est la seule région métropolitaine à avoir connu une hausse des familles nombreuses. La situation globale masque de forts contrastes entre les départements, les familles nombreuses représentent 16,4 % en Seine-Saint-Denis contre 8,9 à Paris.

1.2.4 Personnes âgées

Part des personnes âgées

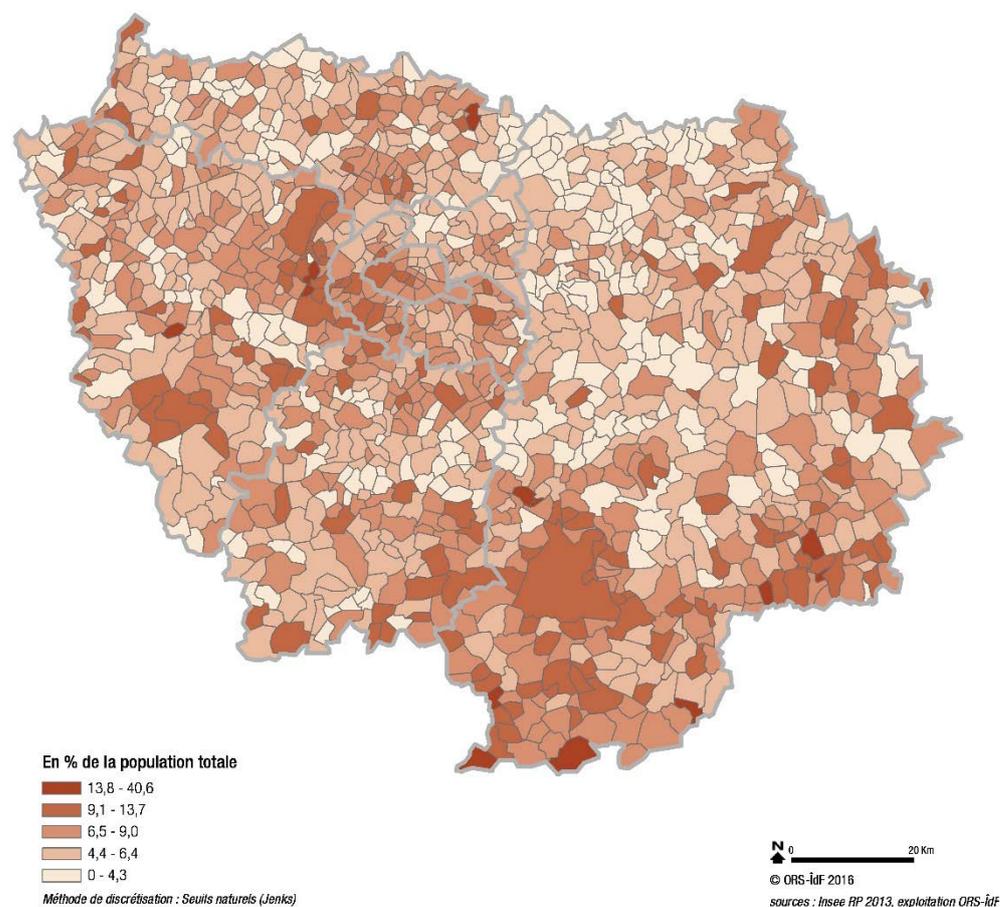
En 2013, l'Île-de-France compte 2,2 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus (soit 18,7 % de la population) et 788 000 de 75 ans ou plus (soit 6,6 %). Les départements franciliens qui comprennent la part la plus élevée de personnes âgées sont Paris (20,8 % de la population est âgée de 60 ans ou plus et 7,5 % de 75 ans ou plus), les Yvelines (20,1 % de la population est âgée de 60 ans ou plus et 6,9 % de 75 ans ou plus) et les Hauts-de-Seine (7,2 % de la population a 75 ans ou plus).

Tableau 2. Nombre et proportion de personnes âgées par département en Île-de-France en 2013

Départements	Effectifs		En pourcentage (%)	
	60 ans ou plus	75 ans ou plus	60 ans ou plus	75 ans ou plus
Paris	462 819	167 010	20,8 %	7,5 %
Seine-et-Marne	244 772	80 259	17,9 %	5,9 %
Yvelines	284 905	98 412	20,1 %	6,9 %
Essonne	237 292	81 744	18,9 %	6,5 %
Hauts-de-Seine	301 573	115 080	19,0 %	7,2 %
Seine-Saint-Denis	245 670	82 958	15,8 %	5,3 %
Val-de-Marne	255 676	94 031	18,9 %	6,9 %
Val-d'Oise	205 800	68 824	17,2 %	5,8 %
ÎLE-DE-FRANCE	2 238 507	788 318	18,7 %	6,6 %

La carte de la page suivante met en évidence de fortes inégalités territoriales face au vieillissement et permet d'identifier des cantons-villes où la part des 75 ans ou plus au sein de la population totale est particulièrement élevée. Prenons pour exemple la Seine-et-Marne qui affiche un des taux les plus faibles de personnes âgées de 75 ans ou plus (5,9 % versus 6,6 % au niveau régional). Ce département est composé de communes situées au nord et au centre qui comptent moins de 4,3 % de 75 ans ou plus et de communes situées au Sud qui comptent plus de 13,8 % de 75 ans ou plus.

Figure 12. Population âgée de 75 ans et plus en 2013



Isolement des personnes âgées

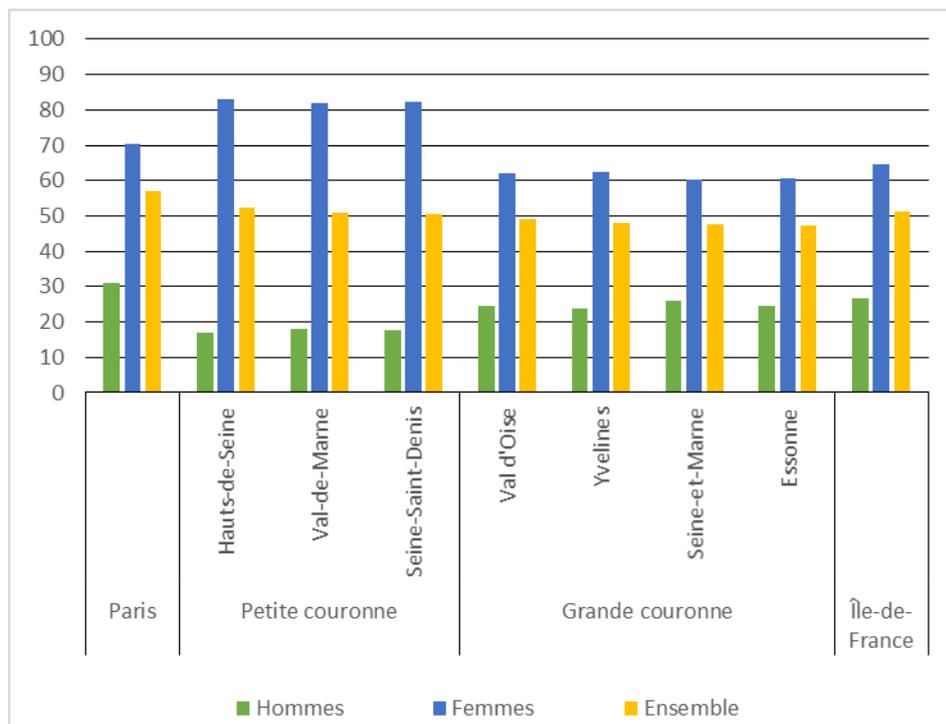
En 2012, la moitié des Franciliens de 80 ans ou plus vit seul. C'est à Paris que la part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules est la plus élevée (57,1 %). Cette proportion diminue légèrement au fur et à mesure que l'on s'éloigne de Paris. En petite couronne, cette part est supérieure à 50,0 %. En grande couronne, elle concerne entre 47,3 % des personnes en Essonne et 49,0 % dans le Val-d'Oise.

Les différences de sexe face au fait de vivre seul sont très fortes à partir de 80 ans : 64,7 % des femmes de 80 ans ou plus contre 26,6 % des hommes du même âge. Cette différence de sexe se retrouve dans tous les départements franciliens et ce sont les départements de petite couronne qui affichent les plus grands écarts hommes-femmes. Plus de 80% des femmes âgées de 80 ans ou plus vivent seules en Hauts-de-Seine, en Val-de-Marne et en Seine-Saint-Denis contre moins de 18 % des hommes du même âge. A Paris, 70,2 % des femmes de 80 ans ou plus vivent seules contre 31,2 %. Dans les départements de grande couronne, la part des femmes de 80 ans ou plus vivant seules avoisine les 60% contre près de 25 % des hommes.

La

Figure 14 présente les proportions de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules en Île-de-France à l'échelle de la commune. Dans les communes les plus foncées, plus de 69,3 % des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent seul. Ces communes doivent être particulièrement vigilantes au regard de la vulnérabilité et des situations de fragilité des personnes âgées vivant sur leur territoire.

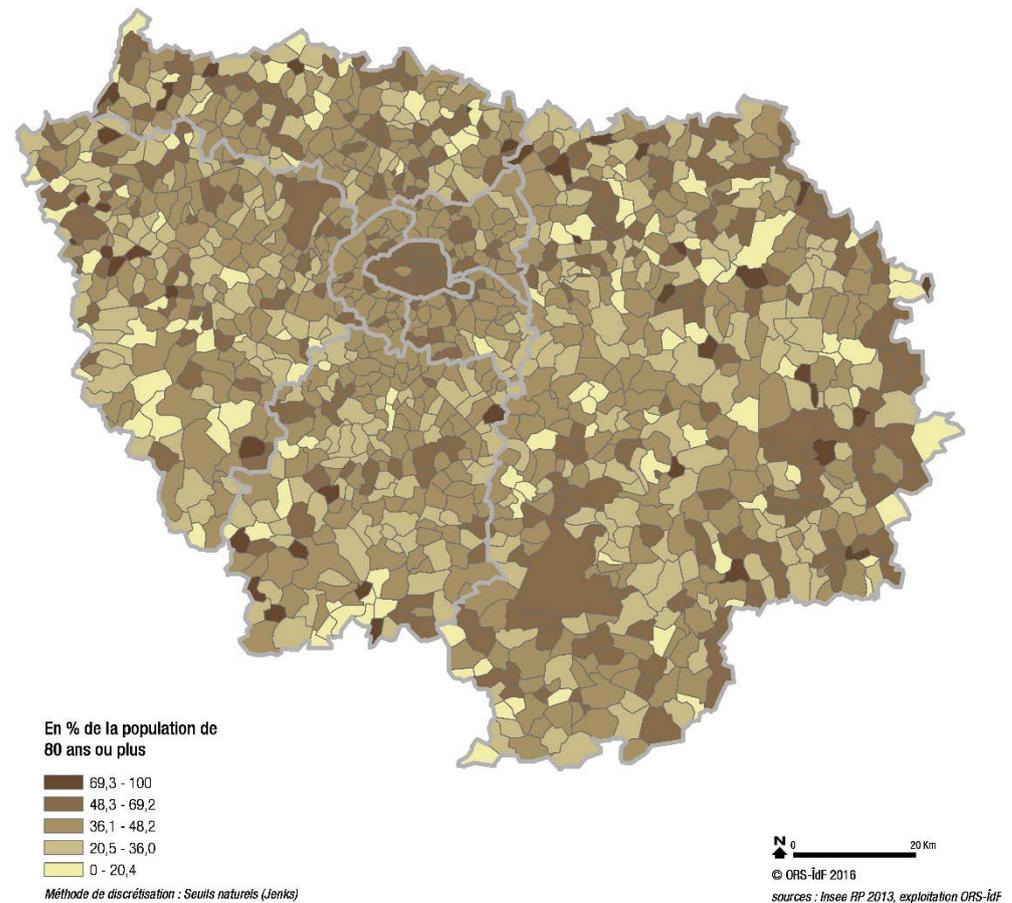
Figure 13. Part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules en 2012, par département (%)



Lecture. A Paris, 57,1% des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent seules. Les femmes sont plus nombreuses à vivre seules que les hommes (70,2% versus 31,2%)

Source. Recensement principal Insee 2012 – exploitation ORS Île-de-France

Figure 14. Part de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules en 2012, par commune (en %)



1.3 Conditions de vie

Le Produit intérieur brut (PIB) francilien s'élève à 642,2 milliards d'euros en 2013 ce qui représente 31 % de la valeur nationale et 4 % du PIB européen. Il a augmenté de 2% par rapport à l'année précédente. Le PIB par habitant y est également le plus élevé du pays : 53 617 € contre 32 550 € en France métropolitaine.

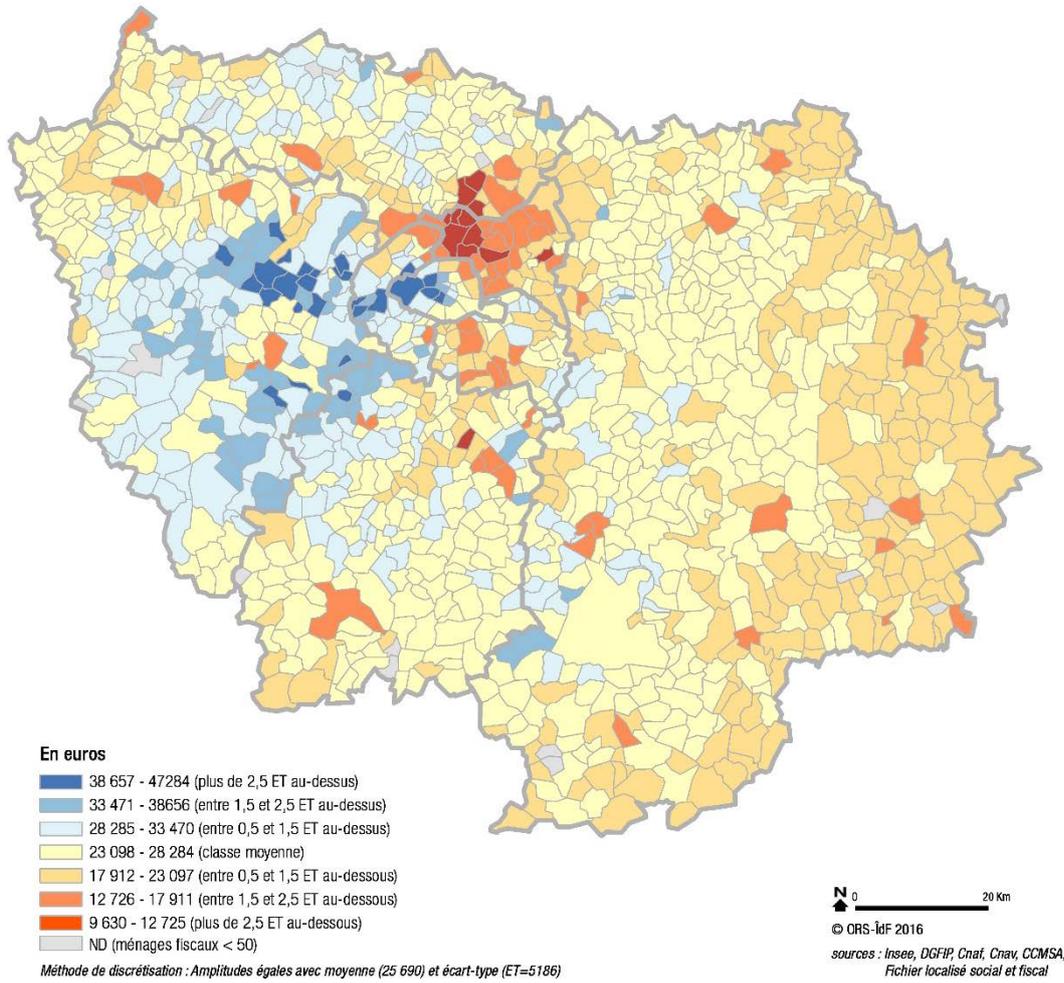
1.3.1 Revenus

L'Île-de-France compte 4,8 millions de ménages fiscaux. 69 % de ces ménages sont imposés.

Le revenu médian* par unité de consommation* est le plus élevé de France et s'élève à 23 022 € en 2013. Il est largement supérieur au revenu médian de France métropolitaine qui est de 20 098 €.

Le rapport interdécile D9/D1, de 7,5 en Île-de-France est bien supérieur à celui de France métropolitaine de 5,6 ce qui traduit un grand écart entre les hauts et les bas revenus.

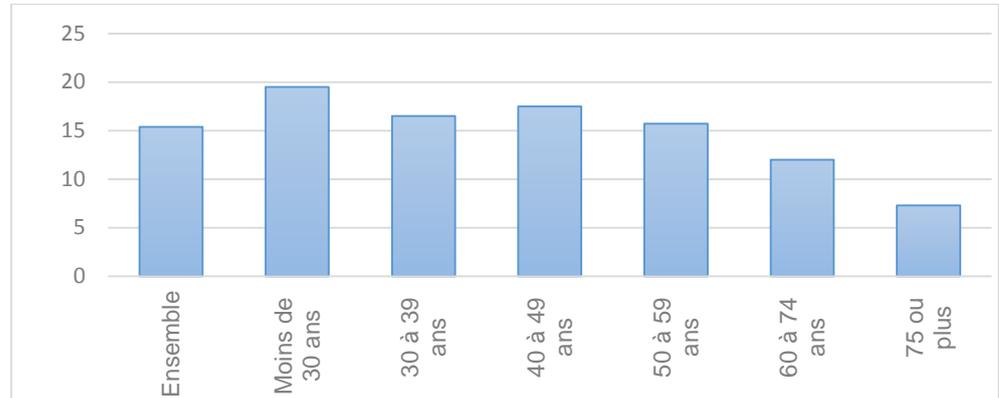
Figure 15. Revenus médians déclarés par unité de consommation des ménages en 2013 par commune



1.3.2 Précarité

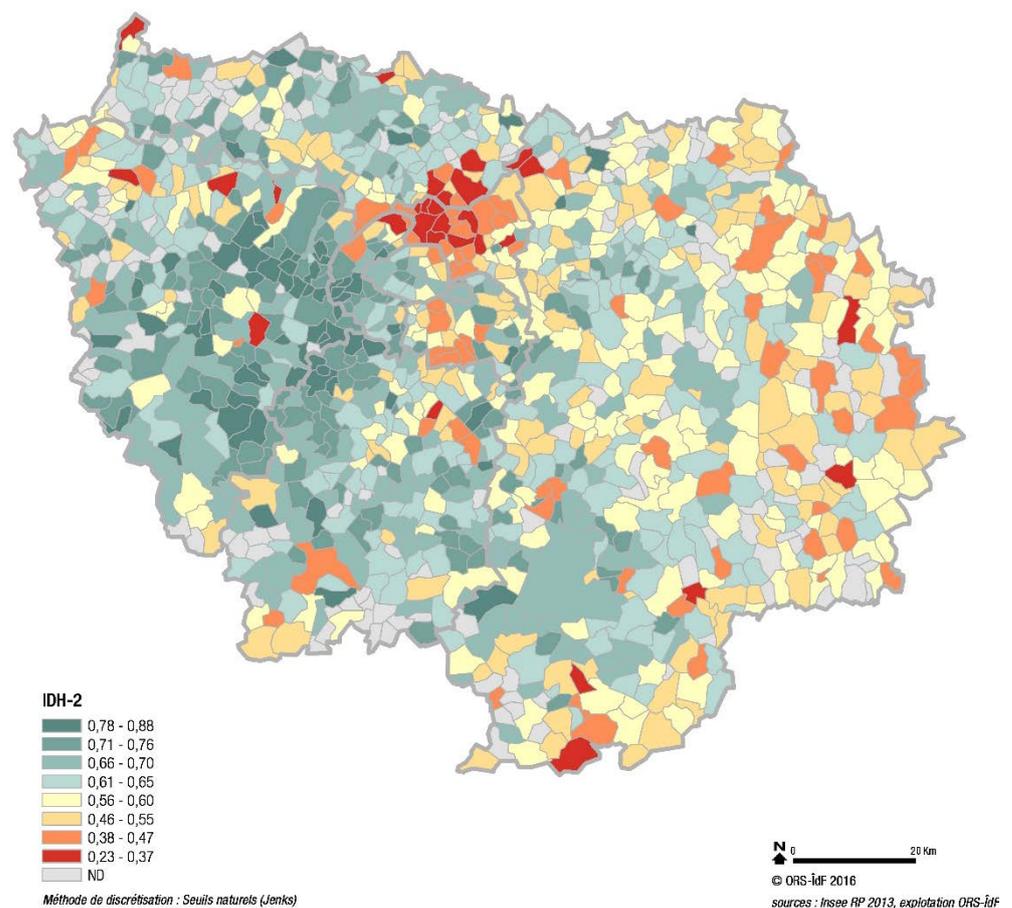
Le taux de pauvreté* en Île-de-France s'élève à 15,4 % ce qui est supérieur à la valeur de la France métropolitaine (14,5 %). Il est caractérisé par de fortes disparités territoriales : il atteint jusqu'à 27,8 % en Seine-Saint-Denis contre 11,4 % en Seine-et-Marne. Il varie aussi en fonction de l'âge : le taux décroît globalement avec l'âge et les moins de 30 ans sont la catégorie la plus touchés.

Figure 16. Taux de pauvreté* francilien par tranche d'âge du référent fiscal en 2013 (%)



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal

Figure 17. Indicateur de développement humain en 2011



Les valeurs de l'Indice de développement humain* (IDH-2) en 2011 sont très variables au sein des huit départements franciliens, avec un écart de l'ordre de 40 % entre le niveau le plus haut et le niveau le plus bas. Les plus élevées sont observées à Paris et dans les Hauts-de-Seine (0,64) et le plus bas en Seine-Saint-Denis 0,39.

Les valeurs de l'IDH-2 varient plus fortement encore dans les communes d'Île-de-France : de 0,23 à 0,88 en 2011 (de 0,23 à 0,92 en 2008, de 0,26 à 0,95 en 2006 et de 0,17 à 0,81 en 1999).

L'IDH-2 atteint des valeurs égales ou supérieures à 0,80 dans 26 communes d'Île-de-France en 2011 (c'était le cas de 25 communes en 2008, de 29 communes en 2006, et de 2 communes en 1999). Il s'agit essentiellement de communes de l'ouest de l'agglomération.

À l'inverse, les communes ayant un IDH-2 inférieur à 0,4 (45 en 2011, 60 en 2008, 62 en 2006, et 155 communes en 1999) sont presque toutes situées dans la partie ouest de la Seine-Saint-Denis.

La quasi-totalité des communes voit la valeur de leur IDH-2 progresser entre 1999 et 2011, mais les disparités géographiques demeurent, opposant un «grand» sud-ouest favorisé à une partie nord-est, moins étendue et plus centrale, qui concentre les valeurs les plus basses de l'IDH-2.

1.4 Évolution et projections de population

Définition et sources des données

L'accroissement total ou variation totale de population est la variation de l'effectif d'une population au cours de l'année, qu'il s'agisse d'une augmentation ou d'une diminution. C'est la somme de l'accroissement naturel et du solde migratoire.

Sources

Sur la période 2007-2013, les analyses sont produites à partir des données constatées de l'Insee (recensement principal 2007 et 2013). Sur la période 2017-2030, des projections de population réalisées par l'IAU ont été mobilisées. Nous avons considéré le scénario tendanciel qui repose sur les hypothèses suivantes :

Fécondité : Maintien des taux de fécondité par âge de la mère au niveau moyen observé au cours des 5 dernières années connues dans le département.

Mortalité : Évolution des quotients de mortalité par sexe et âge détaillé sur la base du scénario de l'Insee (novembre 2016).

Migrations : Les taux de migrations par sexe et âge détaillé de la période 2006-2013 ont été retenus puis corrigés des évolutions attendues des constructions de logements dans le département entre 2013 et 2030 (par rapport à 2006-2013) dans un scénario tendanciel de construction régionale conduisant à une hausse de 37 000 logements chaque année en Île-de-France de 2010 à 2030.

1.4.1 Évolution 2007-2013 par département

Au 1^{er} janvier 2013, l'Île-de-France compte 11,9 millions d'habitants, soit 361 000 habitants de plus qu'en 2007 (+3,1%). Entre 2007 et 2013, l'accroissement total de la population a varié selon les départements franciliens : la Seine-et-Marne ont connu la variation totale la plus élevée (+5,9 %) ; la variation totale la plus faible est observée pour les Yvelines (+1,0 %) et Paris (+1,7 %).

**Une augmentation de
361 000 habitants
en Île-de-France
entre 2007 et 2013 (3,1%)**

Tableau 3. Variation totale de la population en Île-de-France par département sur la période 2007-2013 (Effectifs et variation relative)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013-2007	
								Effectif	%
Paris	2 193 030	2 211 297	2 234 105	2 243 833	2 249 975	2 240 621	2 229 621	36 591	0,017
Seine-et-Marne	1 289 524	1 303 702	1 313 414	1 324 865	1 338 427	1 353 946	1 365 200	75 676	0,059
Yvelines	1 403 957	1 406 053	1 407 560	1 408 765	1 413 635	1 412 356	1 418 484	14 527	0,01
Essonne	1 201 994	1 205 850	1 208 004	1 215 340	1 225 191	1 237 507	1 253 931	51 937	0,043
Hauts-de-Seine	1 544 411	1 549 619	1 561 745	1 572 490	1 581 628	1 586 434	1 591 403	46 992	0,03
Seine-Saint-Denis	1 502 340	1 506 466	1 515 983	1 522 048	1 529 928	1 538 726	1 552 482	50 142	0,033
Val-de-Marne	1 302 889	1 310 876	1 318 537	1 327 732	1 333 702	1 341 831	1 354 005	51 116	0,039
Val-d'Oise	1 160 721	1 165 397	1 168 892	1 171 161	1 180 365	1 187 081	1 194 681	33 960	0,029
Île-de-France	11 598 866	11 659 260	11 728 240	11 786 234	11 852 851	11 898 502	11 959 807	360 941	0,031

Source: données constatées Insee - RP 2007 et RP 2013

La part de la population des 20-59 ans dans la population totale a diminué de 57,3% à 55,4% entre 2007 et 2013

Au 1^{er} janvier 2007, l'Île-de-France comptait 11,6 millions d'habitants. Les moins de 20 ans constituaient 26,1 % de la population, les 20-59 ans en représentaient 57,3% et les plus de 60 ans en représentaient 16,7 %. Au 1^{er} janvier 2013, la structure de la population s'est modifiée. Sur les 11,9 millions d'habitants en Île-de-France, les 20-59 ans sont moins nombreux (55,4 %) et la part des plus de 60 ans a augmenté (18,7 %). En Île-de-France, la plus forte proportion de jeunes a été observée sur ces deux années en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise et la plus faible à Paris.

Tableau 4. Structure de la population en Île-de-France par tranche d'âge et par département en 2007 et 2013 (en %)

Département	2007						
	Effectifs		En pourcentage (%)				
	Population totale	Plus de 60 ans	0-19 ans	20-59 ans	60-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus
Paris	2 193 030	411 875	19,8 %	61,4 %	11,4 %	5,3 %	2,1 %
Seine-et-Marne	1 289 524	196 253	28,6 %	56,2 %	9,9 %	4,0 %	1,4 %
Yvelines	1 403 957	242 930	27,7 %	54,9 %	11,3 %	4,4 %	1,5 %
Essonne	1 201 994	199 748	27,7 %	55,7 %	11,0 %	4,2 %	1,4 %
Hauts-de-Seine	1 544 411	269 948	25,1 %	57,4 %	10,5 %	5,2 %	1,9 %
Seine-Saint-Denis	1 502 340	215 719	29,0 %	56,7 %	9,4 %	3,8 %	1,2 %
Val-de-Marne	1 302 889	225 146	25,9 %	56,8 %	10,7 %	4,9 %	1,7 %
Val-d'Oise	1 160 721	173 045	29,0 %	56,1 %	9,7 %	3,9 %	1,3 %
Île-de-France	11 598 866	1 934 664	26,1 %	57,3 %	10,6 %	4,5 %	1,6 %

Département	2013						
	Effectifs		En pourcentage (%)				
	Population totale	Plus de 60 ans	0-19 ans	20-59 ans	60-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus
Paris	2 229 621	462 819	19,7 %	59,5 %	13,3 %	5,0 %	2,5 %
Seine-et-Marne	1 365 200	244 772	28,0 %	54,1 %	12,1 %	4,1 %	1,8 %
Yvelines	1 418 484	284 905	27,1 %	52,8 %	13,1 %	4,9 %	2,0 %
Essonne	1 253 931	237 292	27,5 %	53,5 %	12,4 %	4,7 %	1,9 %
Hauts-de-Seine	1 591 403	301 573	25,3 %	55,7 %	11,7 %	4,8 %	2,4 %
Seine-Saint-Denis	1 552 482	245 670	28,9 %	55,3 %	10,5 %	3,9 %	1,5 %
Val-de-Marne	1 354 005	255 676	25,8 %	55,3 %	11,9 %	4,8 %	2,1 %
Val-d'Oise	1 194 681	205 800	28,5 %	54,3 %	11,5 %	4,1 %	1,7 %
Île-de-France	11 959 807	2 238 507	25,9 %	55,4 %	12,1 %	4,6 %	2,0 %

Source : données constatées Insee – RP 2007 et RP 2013

Sur la période 2007-2013, les évolutions relatives de population les plus importantes ont été constatées pour les plus de 60 ans. Sur cette période, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus a augmenté de 304 000 habitants (soit +15,7 %). Mais la progression la plus forte a été observée pour les personnes âgées de 85 ans ou plus : le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus est de 185 000 en 2007 et de 243 000 en 2013, soit une augmentation de 31,3 % en six ans. Pour chaque département francilien, ce sont les 85 ans ou plus qui ont connu la plus forte augmentation au cours de cette période ; l'augmentation des très âgés varie entre +22,5 % pour Paris (avec 56 000 personnes âgées de 85 ans ou plus en 2013) et 37,8 % pour le Val-d'Oise (avec 20 000 personnes âgées de 85 ans ou plus en 2013).

Tableau 5. Évolutions de la population par grande tranche d'âge et département entre 2007 et 2013 (en effectifs et en %)

Départements	En effectifs				En %			
	Moins de 60 ans	60 ans ou plus	75 ans ou plus	85 ans ou plus	Moins de 60 ans	60 ans ou plus	75 ans ou plus	85 ans ou plus
Paris	-14 353	50 944	5 653	10 335	-0,008	0,124	0,035	0,225
Seine-et-Marne	27 157	48 519	11 316	5 992	0,025	0,247	0,164	0,334
Yvelines	-27 448	41 975	14 722	7 602	-0,024	0,173	0,176	0,358
Essonne	14 393	37 544	13 845	6 023	0,014	0,188	0,204	0,349
Hauts-de-Seine	15 367	31 625	6 650	9 612	0,012	0,117	0,061	0,334
Seine-Saint-Denis	20 191	29 951	8 205	5 504	0,016	0,139	0,11	0,313
Val-de-Marne	20 586	30 530	8 714	7 315	0,019	0,136	0,102	0,339
Val-d'Oise	1 205	32 755	8 683	5 575	0,001	0,189	0,144	0,378
ÎLE-DE-FRANCE	57 098	30 3843	77 788	57 958	0,006	0,157	0,109	0,313

Source : données constatées Insee – RP 2007 et RP 2013

Le nombre de personnes très âgées a augmenté de plus de 31% entre 2007 et 2013

1.4.2 Projections à l'horizon 2022 et 2030

Une croissance de la population attendue de +2,1% d'ici 2022 et

Au 1^{er} janvier 2022, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se prolongent, l'Île-de-France comptera 12,4 millions d'habitants, soit 265 000 de plus qu'en 2017 (+2,2%). En 2030, l'Île-de-France devrait compter 12,8 millions d'habitants, soit 672 000 de plus qu'en 2017 (+5,5 %).

Au 1^{er} janvier 2022, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se prolongent, l'Île-de-France comptera 12,4 millions d'habitants, soit 265 000 de plus qu'en 2017 (+2,2 %). En 2030, l'Île-de-France devrait compter 12,8 millions d'habitants, soit 672 000 de plus qu'en 2017 (+5,5 %).

Tableau 6. Variation totale de la population en Île-de-France sur les périodes 2017-2022 et 2022-2030 (Effectifs)

Département	2017	2022	2030	Δ 2022-2017		Δ 2030-2017	
				Effectif	%	Effectif	%
Paris	2 241 541	2 241 541	2 241 541	2 241 541	0,5 %	27 203	1,2 %
Seine-et-Marne	1 402 625	1 447 298	1 517 497	44 673	3,2 %	114 872	8,2 %
Yvelines	1 434 189	1 451 658	1 477 123	17 469	1,2 %	42 934	3,0 %
Essonne	1 283 778	1 319 080	1 373 986	35 301	2,7 %	90 208	7,0 %
Hauts-de-Seine	1 626 856	1 668 603	1 733 221	41 747	2,6 %	106 365	6,5 %
Seine-Saint-Denis	1 592 918	1 641 026	1 716 341	48 108	3,0 %	123 423	7,7 %
Val-de-Marne	1 388 917	1 430 426	1 495 363	41 509	3,0 %	106 446	7,7 %
Val-d'Oise	1 215 469	1 239 523	1 276 065	24 054	2,0 %	60 596	5,0 %
ÎLE-DE-FRANCE	12 186 293	12 451 043	12 858 339	264 751	2,2 %	672 046	5,5 %

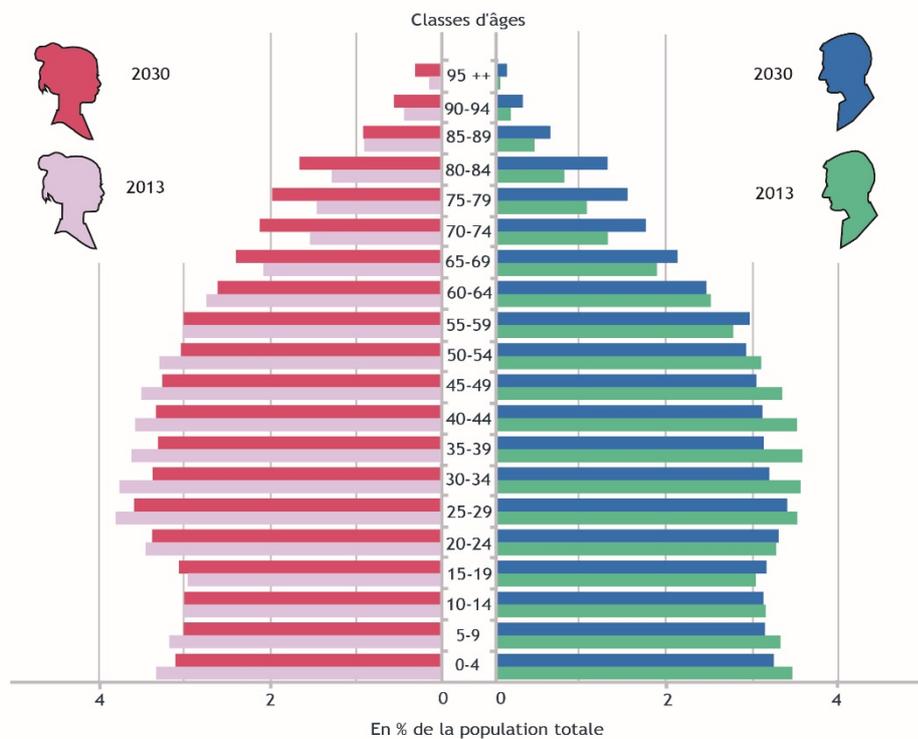
Source : Données projetées IAU – scénario tendanciel

La part des 20-59 ans au sein de la population totale devrait diminuer de 54,4 % en 2017 à 51,9 % en 2030.

Au 1^{er} janvier 2017, les estimations des moins de 20 ans devaient constituer 26,0 % de la population, les 20-59 ans devaient représenter 54,4 % et les plus de 60 ans devaient représenter 19,7 %. Au 1^{er} janvier 2022, la structure de la population devrait continuer à

se modifier : les 20-59 ans seront moins nombreux (53,2 %) et la part des plus de 60 ans aura augmenté pour atteindre 20,0 %. En 2030, les 20-59 ans devraient être encore moins nombreux (51,9 %) et les plus de 60 ans encore plus nombreux (23,1%).

Figure 18. Pyramide des âges en 2013 et 2030



Source : Insee RP 2013 - Données projetées IAU – scénario tendanciel – Exploitation ORS ÎDF

Tableau 7. Structure de la population en Île-de-France par tranche d'âge et département en 2017, 2022 et 2030

Départements	2017				
	0-19 ans	20-59 ans	60-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus
Paris	19,8 %	58,8 %	13,8 %	4,9 %	2,7 %
Seine-et-Marne	27,9 %	52,5 %	13,3 %	4,2 %	2,0 %
Yvelines	27,0 %	51,6 %	13,9 %	5,0 %	2,5 %
Essonne	27,5 %	52,4 %	13,2 %	4,7 %	2,2 %
Hauts-de-Seine	25,4 %	55,2 %	12,2 %	4,5 %	2,7 %
Seine-Saint-Denis	29,4 %	54,1 %	11,2 %	3,6 %	1,6 %
Val-de-Marne	26,0 %	54,4 %	12,6 %	4,5 %	2,4 %
Val-d'Oise	28,8 %	52,8 %	12,6 %	4,0 %	1,9 %
ÎLE-DE-FRANCE	26,0 %	54,4 %	12,9 %	4,5 %	2,3 %

Départements	2022				
	0-19 ans	20-59 ans	60-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus
Paris	19,5 %	58,0 %	14,0 %	5,6 %	2,8 %
Seine-et-Marne	27,4 %	51,0 %	14,4 %	4,8 %	2,4 %
Yvelines	26,7 %	50,2 %	14,5 %	5,6 %	3,0 %
Essonne	27,3 %	50,9 %	13,9 %	5,1 %	2,7 %
Hauts-de-Seine	25,0 %	54,7 %	12,6 %	4,8 %	2,8 %
Seine-Saint-Denis	29,6 %	53,2 %	11,8 %	3,7 %	1,8 %
Val-de-Marne	26,0 %	53,4 %	13,3 %	4,6 %	2,7 %
Val-d'Oise	28,9 %	51,1 %	13,5 %	4,3 %	2,2 %
ÎLE-DE-FRANCE	25,8 %	53,2 %	13,5 %	4,9 %	2,6 %

Départements	2030				
	0-19 ans	20-59 ans	60-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus
Paris	18,9 %	56,8 %	13,9 %	7,2 %	3,3 %
Seine-et-Marne	26,2 %	48,9 %	14,7 %	7,2 %	3,0 %
Yvelines	25,9 %	48,4 %	14,6 %	7,4 %	3,7 %
Essonne	26,7 %	49,1 %	14,2 %	6,7 %	3,3 %
Hauts-de-Seine	24,0 %	53,7 %	13,1 %	6,1 %	3,1 %
Seine-Saint-Denis	28,7 %	52,6 %	11,8 %	5,0 %	1,9 %
Val-de-Marne	25,3 %	52,2 %	13,5 %	6,2 %	2,9 %
Val-d'Oise	28,1 %	49,7 %	13,4 %	6,2 %	2,5 %
ÎLE-DE-FRANCE	25,1 %	51,9 %	13,6 %	6,5 %	3,0 %

Source : Données projetées IAU – scénario tendanciel

L'évolution du nombre de personnes âgées dépend surtout des hypothèses de mortalité car l'ensemble des Franciliens qui auront 60 ans en 2030 sont déjà nés. Dans le scénario tendanciel, la croissance des Franciliens de 60 ans est de plus en plus forte : l'évolution relative est de +8,8 % sur la période 2017-2022 et de 13,9 % sur la période 2022-2030. L'évolution relative est plus forte chez les plus âgés : pour les 75 ans ou plus, +12,1 % entre 2017 et 2022 et +31,8 % entre 2022-2030 ; pour les 85 ans ou plus, +14,4 % entre 2017 et 2022 et +19,3 % entre 2022 et 2030. La croissance des 85 ans ou plus se ralentit entre 2022 et 2030 du fait de l'arrivée à ces âges de générations nées entre 1935 et 1945. La croissance devrait s'amplifier très fortement après 2030 avec l'arrivée dans cette classe d'âge des générations du baby-boom.

Une augmentation de 12% des 85 ans ou plus attendue entre 2017 et 2022 et de 15% entre 2022 et 2030

Au niveau départemental, on retient que la croissance des Franciliens sera de plus en plus forte pour les huit départements franciliens. Pour les 60 ans ou plus, la croissance la plus élevée est observée pour la Seine-et-Marne (+14,0 % entre 2017-2022 et +20,8 % entre 2022 et 2030) et l'Essonne (+11,2 % entre 2017-2022 et +15,8 % entre 2022-2030). Sur la période 2017-2022, l'évolution relative des 85 ans ou plus est très forte en Essonne (+25,6 %), dans les Yvelines (+22,1 %) et en Seine-et-Marne (+22,1%). Sur la période 2022-2030 c'est également en Seine-et-Marne que la croissance des 75 ans ou plus (+48,2 %) et des 85 ans ou plus (+30,6 %) sera la plus élevée.

Tableau 8. Effectifs supplémentaires des personnes âgées entre 2017-2022 et 2022-2030

Département	60 ans ou plus		75 ans ou plus		85 ans ou plus	
	2017-2022	2022-2030	2017-2022	2022-2030	2017-2022	2022-2030
Paris	25 332	46 884	18 924	48 157	3 172	11 410
Seine-et-Marne	38 311	65 103	16 631	50 254	6 332	10 710
Yvelines	28 241	44 237	16 798	39 520	7 851	11 465
Essonne	28 917	45 217	13 959	34 301	7 296	9 237
Hauts-de-Seine	23 177	47 433	10 314	31 384	3 758	5 744
Seine-Saint-Denis	20 832	37 977	5 768	28 179	3 598	3 404
Val-de-Marne	23 384	41 327	8 132	30 426	4 466	4 435
Val-d'Oise	23 154	34 780	8 944	31 201	3 844	5 091
ÎLE-DE-FRANCE	21 1346	36 2957	99 470	293 424	40 317	61 496

Tableau 9. Évolution relative des personnes âgées entre 2017-2022 et 2022-2030

Département	60 ans ou plus		75 ans ou plus		85 ans ou plus	
	2017-2022	2022-2030	2017-2022	2022-2030	2017-2022	2022-2030
Paris	5,3 %	9,3 %	11,1 %	25,5 %	5,3 %	18,2 %
Seine-et-Marne	14,0 %	20,8 %	19,0 %	48,2 %	22,1 %	30,6 %
Yvelines	9,2 %	13,2 %	15,6 %	31,8 %	22,1 %	26,4 %
Essonne	11,2 %	15,8 %	15,7 %	33,3 %	25,6 %	25,8 %
Hauts-de-Seine	7,3 %	14,0 %	8,8 %	24,5 %	8,6 %	12,1 %
Seine-Saint-Denis	7,9 %	13,4 %	6,9 %	31,4 %	13,9 %	11,5 %
Val-de-Marne	8,6 %	14,0 %	8,4 %	29,0 %	13,2 %	11,6 %
Val-d'Oise	10,3 %	14,0 %	12,5 %	38,8 %	16,5 %	18,7 %
ÎLE-DE-FRANCE	8,8 %	13,9 %	12,1 %	31,8 %	14,4 %	19,3 %

Sources des deux tableaux : Données projetées IAU – scénario tendanciel

2 | MORTALITÉ

Encadré 1. Méthodologie des indicateurs de mortalité

Sources de données :

Le CépiDc de l'Inserm élabore annuellement la statistique nationale des **causes médicales de décès** en collaboration avec l'INSEE. Les certificats médicaux de décès mentionnent pour chaque décès la cause initiale de la mort ainsi que les causes associées. Les causes de décès sont codées selon la Classification Internationale des Maladies (9^e révision entre 1990 et 1999, et 10^e révision depuis 2000).

Le CépiDc gère la base de données. Les données sont transmises aux ORS dans le cadre d'une convention entre cet organisme et la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS). Les données les plus récentes disponibles dans ce document couvrent l'année 2013.

Population : Le recensement de la population donne la répartition annuelle de la population par sexe et par âge.

Indicateurs de mortalité : Base de données Score Santé FNORS

Nombre de décès : nombre de décès annuel moyen sur une période de 3 ans ici 2011-2013

Taux brut de mortalité est égal au nombre de décès, rapporté à la population. L'indicateur est calculé sur 3 années, ici 2011-2013. Taux pour 100 000 habitants.

Taux standardisé de mortalité : Taux que l'on observerait si les populations avaient la même structure par âge qu'une population de référence, ici la population française au recensement de la population de 2006. Les taux standardisés de mortalité éliminent les effets de la structure d'âge et autorisent les comparaisons entre les périodes, entre les sexes et entre les territoires. Les calculs sont effectués sur une période de 3 ans ici 2011-2013. Taux pour 100 000 habitants.

Tests statistiques : Des tests de comparaison sont établis entre les différents niveaux géographiques étudiés : les taux des départements ont pour référence celui de la région Île-de-France. Les taux régionaux sont, eux, comparés au taux correspondant pour la France métropolitaine. Ces tests sont effectués sur deux taux standardisés calculés sur une même période, une même pathologie, un même groupe d'âge et un même sexe (hommes, femmes ou ensemble).

2.1 Mortalité générale

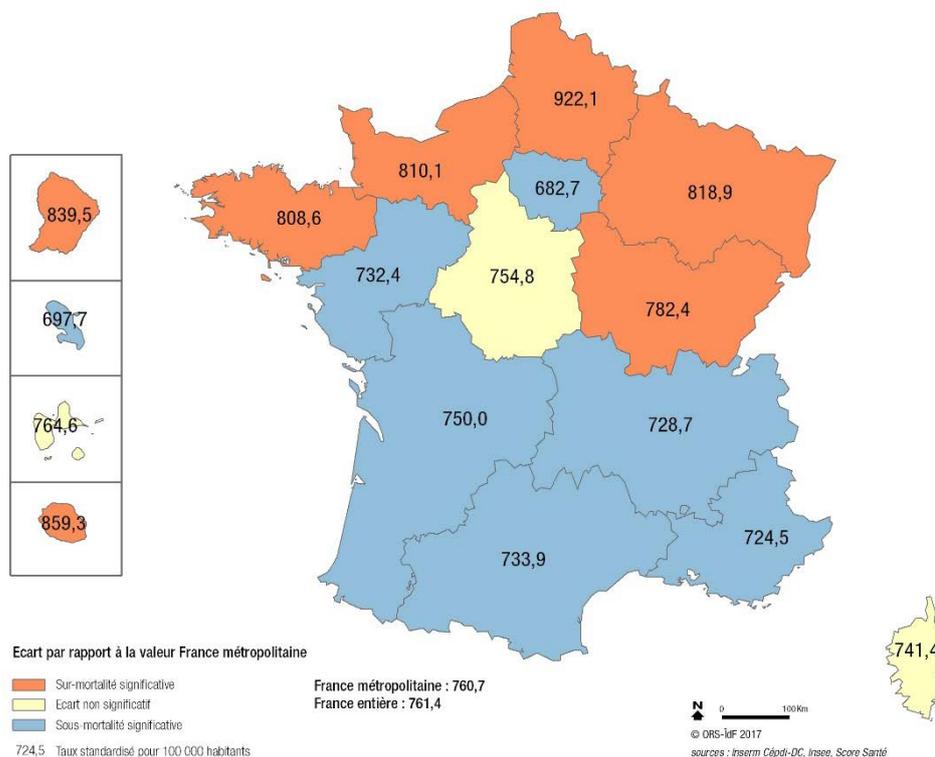
2.1.1 Mortalité toutes causes confondues

Au niveau régional

Sur la période 2011-2013, l'Île-de-France comptabilise 71 959 décès en moyenne annuelle (35 809 chez les hommes et 36 150 chez les femmes). Le taux standardisé de mortalité générale, tous âges et toutes causes sur cette période, s'élève à 682,7 pour 100 000 habitants (884,2 chez les hommes et 542,1 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain de 760,7 pour 100 000 habitants (992,1 chez les hommes et 581,3 chez les femmes).

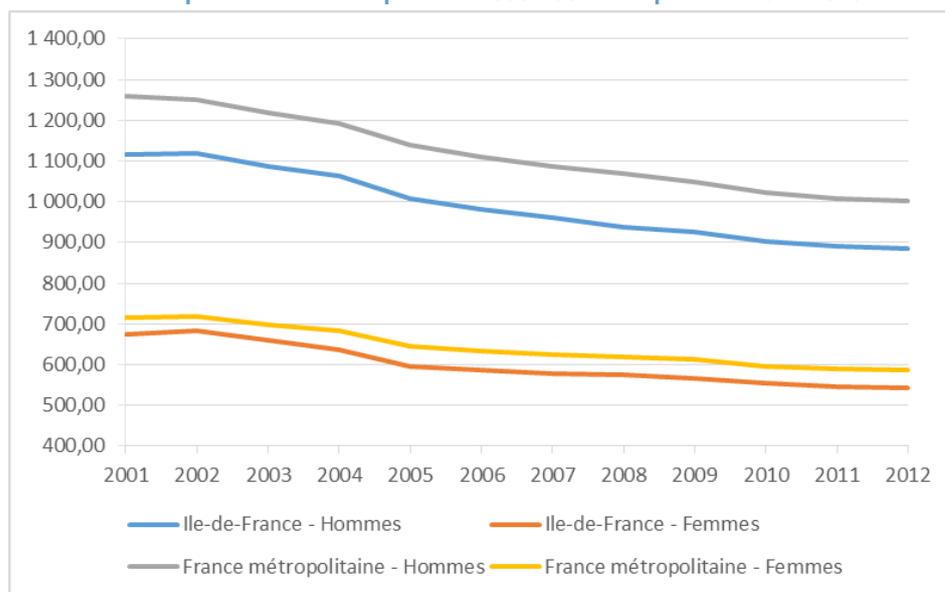
La région présente les taux standardisés de mortalité générale les plus bas de France métropolitaine

Figure 19. Taux standardisés de mortalité générale sur la période 2011-2013



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité générale d'Île-de-France a diminué de 2,1 % en moyenne par an chez les hommes et de 2,0 % chez les femmes. Cette diminution est comparable à celle de France métropolitaine.

Figure 20. Évolution du taux standardisé de mortalité générale en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013

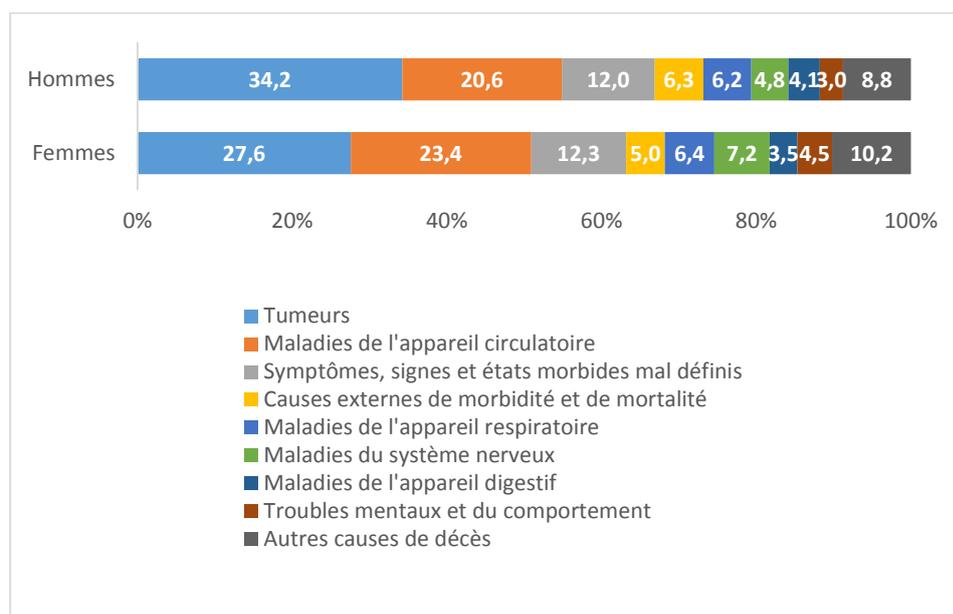


Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.
* : taux standardisé sur l'âge, calculé sur trois ans, avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Chez les Franciliens, les principales causes de décès sont dans l'ordre : les tumeurs (34 % des décès), les maladies de l'appareil circulatoire (21 %), les symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (12 %) les causes externes de morbidité et de mortalité (6,3 %) et les maladies de l'appareil respiratoire* (6 %).

Chez les Franciliennes, les principales causes de décès sont dans l'ordre : les tumeurs (28 % des décès), les maladies de l'appareil circulatoire (23 %), les symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (12 %) les maladies du système nerveux (7 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (6 %).

Figure 21. Répartition des causes de décès entre 2011 et 2013 en Île-de-France par sexe (en %)



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.

Au niveau départemental

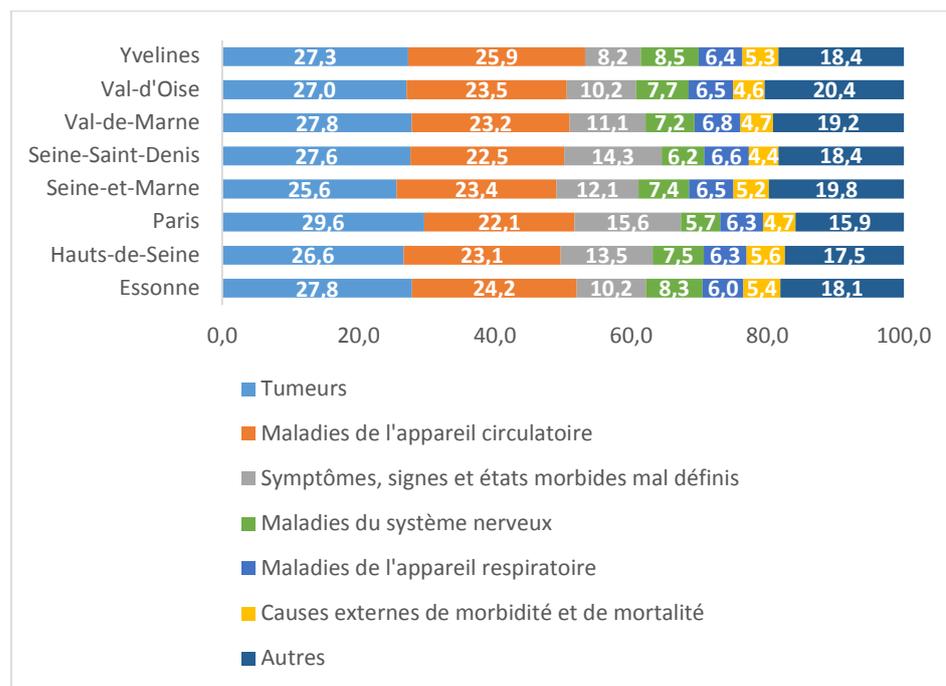
Tableau 10. Nombre de décès et taux bruts en moyenne annuelle par département et par sexe sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès hommes	Taux bruts hommes	Nombre de décès femmes	Taux bruts femmes
Paris	6 673	632,9	7 285	614,4
Seine-et-Marne	4 291	649,0	4 211	609,1
Yvelines	4 326	627,4	4 241	584,6
Essonne	3 775	622,1	3 643	576,3
Hauts-de-Seine	4 678	618,2	5 167	622,7
Seine-Saint-Denis	4 446	587,8	4 014	511,9
Val-de-Marne	4 120	638,4	4 137	593,0
Val-d'Oise	3 500	606,0	3 452	566,2

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

En Île-de-France, les trois premières causes de mortalité chez les hommes et les femmes sont dans l'ordre : les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les symptômes, signes et états morbides mal définis. On observe quelques différences entre les départements : Paris présente les plus grandes parts de décès par tumeurs (29,6 %), par symptômes, signes et états morbides mal définis (15,6 %) et les plus faibles parts de décès par maladies de l'appareil circulatoire (22,1 %) et par maladies du système nerveux (5,7 %). C'est la Seine-et-Marne qui présente la plus faible proportion de mortalité par tumeurs (25,6 %) des départements d'Île-de-France.

Figure 22. Répartition des causes de décès sur la période 2011-2013 par département tous sexes (en %)



Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

La situation au sein de la région est très contrastée.

Chez les hommes comme chez les femmes, quatre départements d'Île-de-France présentent une sous-mortalité significative par rapport au niveau régional : Paris, les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne. En revanche dans les autres départements : la Seine-et-Marne, l'Essonne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise, on observe une surmortalité significative par rapport au niveau régional.

Paris est le département qui présente la mortalité la plus faible est, chez les hommes comme chez les femmes avec un taux standardisé de 797,9 pour 100 000 chez les hommes et 495,2 pour 100 000 chez les femmes. A l'inverse le département qui a le plus fort niveau de mortalité de la région est, chez les hommes comme chez les femmes, la Seine-et-Marne avec un taux standardisé de 1 003,4 pour 100 000 chez les hommes et 618,3 pour 100 000 chez les femmes.

Figure 23. Taux standardisés de mortalité générale chez les hommes sur la période 2011-2013

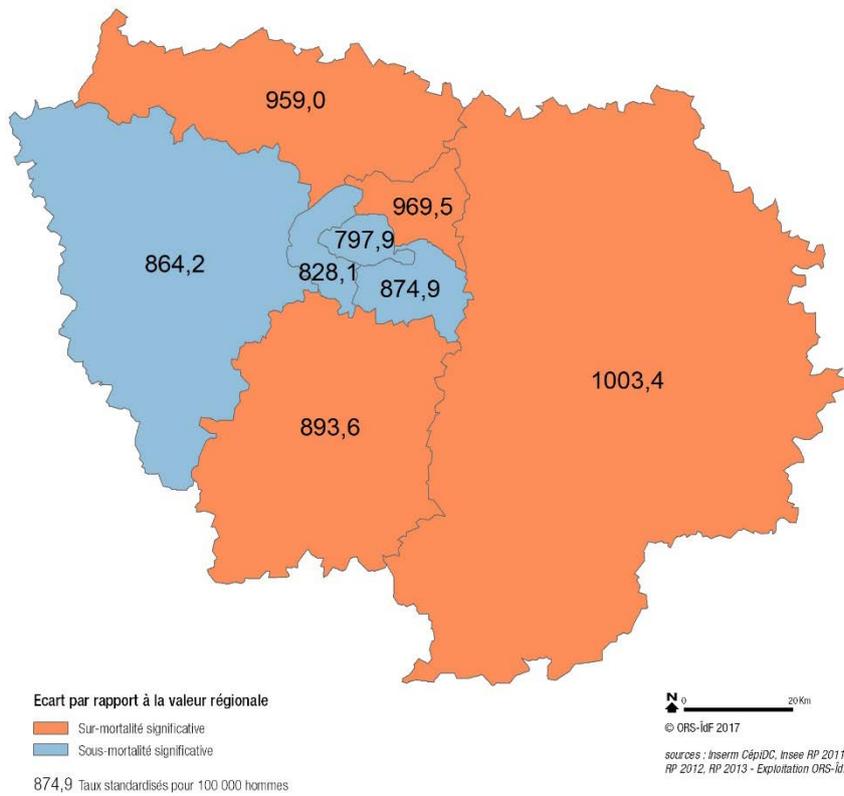
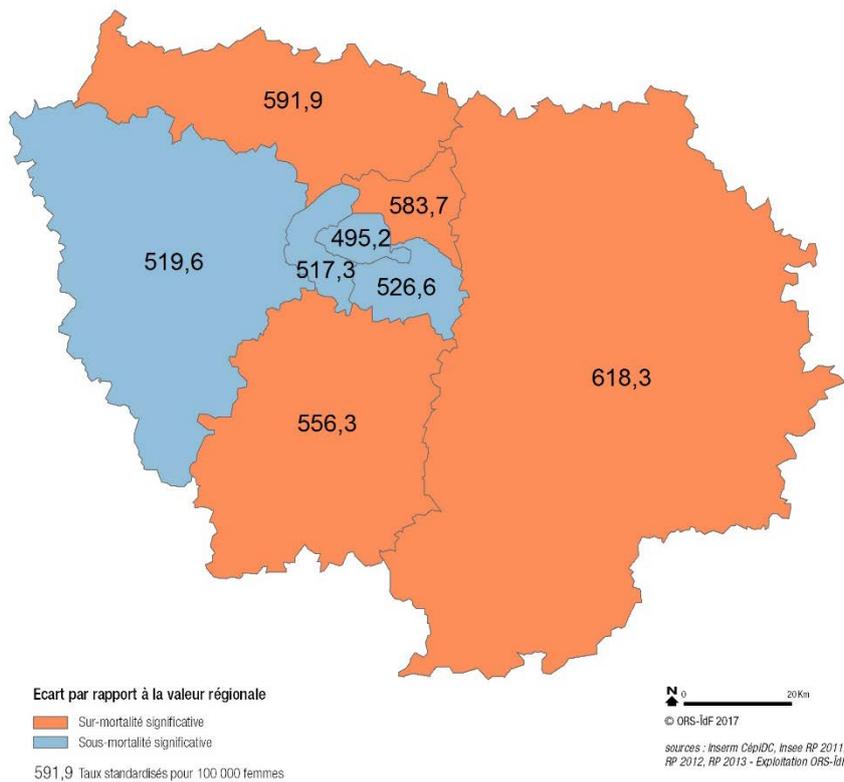


Figure 24. Taux standardisés de mortalité générale chez les femmes sur la période 2011-2013



2.2 Mortalité prématurée

Encadré 2. Méthodologie des indicateurs de mortalité prématurée

Sources de données :

Le CépiDc de l'Inserm élabore annuellement la statistique nationale des **causes médicales de décès** en collaboration avec l'INSEE. Les certificats médicaux de décès mentionnent pour chaque décès la cause initiale de la mort ainsi que les causes associées. Les causes de décès sont codées selon la Classification Internationale des Maladies (9^e révision entre 1990 et 1999, et 10^e révision depuis 2000).

Le CépiDc gère la base de données. Les données sont transmises aux ORS dans le cadre d'une convention entre cet organisme et la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS). Les données les plus récentes disponibles dans ce document couvrent l'année 2013.

Population : Le recensement de la population donne la répartition annuelle de la population par sexe et par âge.

Indicateurs de mortalité : Base de données Score Santé FNORS

Nombre de décès prématurés : nombre de décès annuel moyen avant 65 ans sur une période de 3 ans ici 2011-2013

Taux brut de mortalité prématurée est égal au nombre de décès avant 65 ans, rapporté à la population de moins de 65 ans. L'indicateur est calculé sur 3 années, ici 2011-2013. Taux pour 100 000 habitants.

Taux standardisé de mortalité prématurée : Taux de mortalité des moins de 65 ans que l'on observerait si les populations avaient la même structure par âge qu'une population de référence, ici la population française au recensement de la population de 2006 âgée de moins de 65 ans. Les taux standardisés de mortalité éliminent les effets de la structure d'âge et autorisent les comparaisons entre les périodes, entre les sexes et entre les territoires. Les calculs sont effectués sur une période de 3 ans ici 2011-2013. Taux pour 100 000 habitants.

Tests statistiques : Des tests de comparaison sont établis entre les différents niveaux géographiques étudiés : les taux des départements ont pour référence celui de la région Île-de-France. Les taux régionaux sont, eux, comparés au taux correspondant pour la France métropolitaine. Ces tests sont effectués sur deux taux standardisés calculés sur une même période, une même pathologie, un même groupe d'âge et un même sexe (hommes

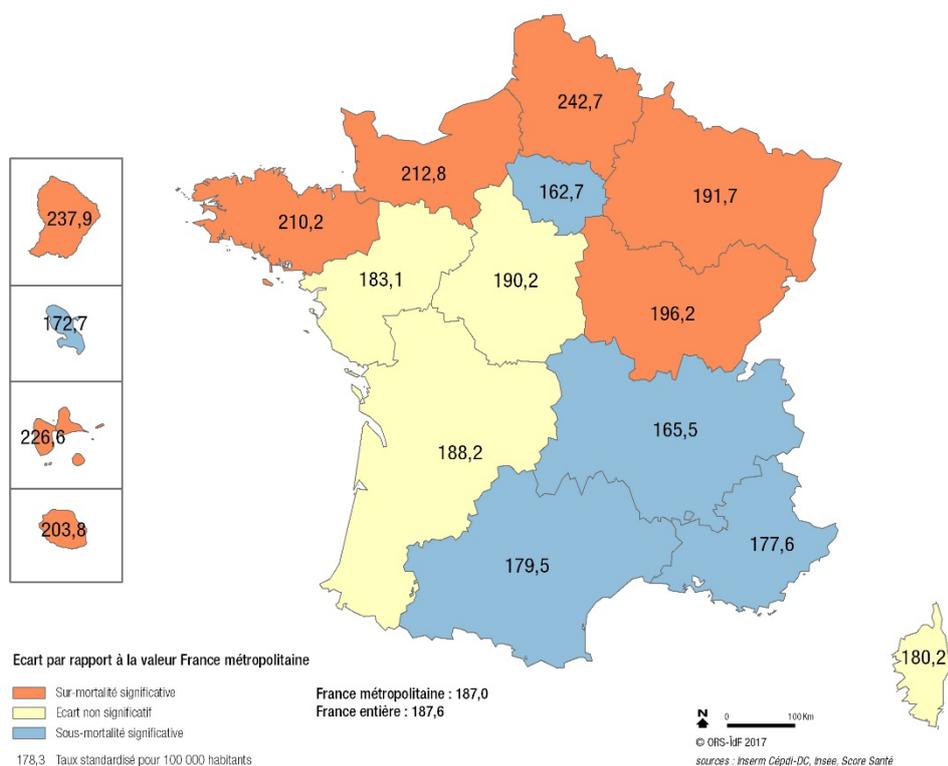
Au niveau régional

Sur la période 2011-2013, l'Île-de-France comptabilise 16 430 décès prématurés avant 65 ans en moyenne annuelle (10 637 chez les hommes et 5 793 chez les femmes). Les décès prématurés représentent 29,7 % des décès chez les hommes et 16,0% chez les femmes. Le taux standardisé de mortalité prématurée s'élève à 162,7 pour 100 000 habitants (236,9 chez les hommes et 120,2 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain de 187,0 pour 100 000 habitants (257,3 chez les hommes et 119,8 chez les femmes).

L'écart de mortalité entre Île-de-France et la France métropolitaine est plus important chez les hommes (-15 %) que chez les femmes (-7 %).

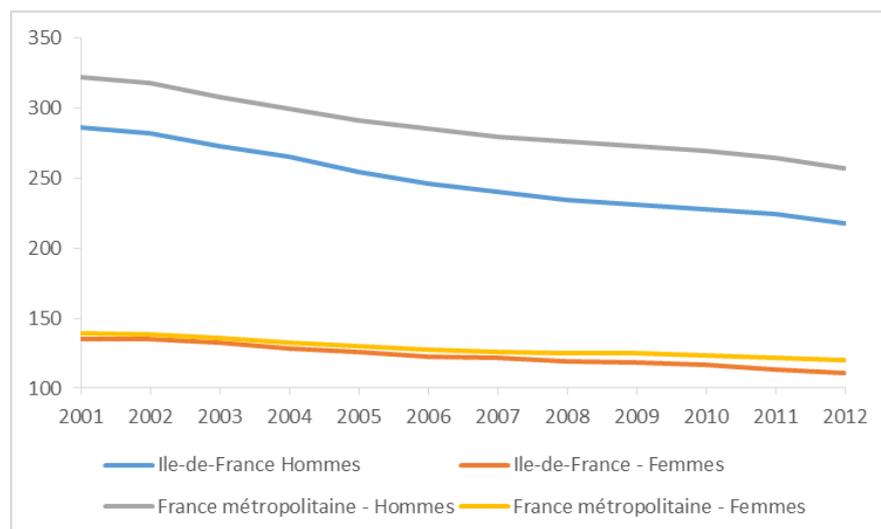
La région présente le taux standardisé de mortalité prématurée le plus bas de France métropolitaine.

Figure 25. Taux standardisés de mortalité prématurée sur la période 2011-2013



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité prématurée d'Île-de-France a diminué de 2,5 % en moyenne par an chez les hommes (diminution de 2,0 % en France métropolitaine) et de 1,8 % chez les femmes (diminution de 1,4 % en France métropolitaine).

Figure 26. Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée (avant 65 ans) en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.

* : taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants avec comme population de référence la population France au recensement 2006

Chez les Franciliens, les principales causes de mortalité prématurées sont dans l'ordre : les tumeurs (37 %), les maladies de l'appareil circulatoire (13 %), l'ensemble des traumatismes et empoisonnements (11 %).

Chez les Franciliennes, les principales causes de mortalité prématurée sont dans l'ordre : les tumeurs (49 %), les maladies de l'appareil circulatoire (9 %), l'ensemble des traumatismes et empoisonnements (8 %).

Au niveau départemental

Tableau 11. Nombre de décès prématurés (avant 65 ans) et taux bruts de mortalité prématurée en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès hommes	Taux bruts hommes	Nombre de décès femmes	Taux bruts femmes
Paris	1 876	203,7	1 103	112,2
Seine-et-Marne	1 318	222,9	681	114,0
Yvelines	1 198	198,6	657	107,5
Essonne	1 104	206,3	585	108,9
Hauts-de-Seine	1 228	183,8	721	103,1
Seine-Saint-Denis	1 578	231,1	817	118,9
Val-de-Marne	1 221	213,8	631	107,0
Val-d'Oise	1 112	214,7	598	113,0

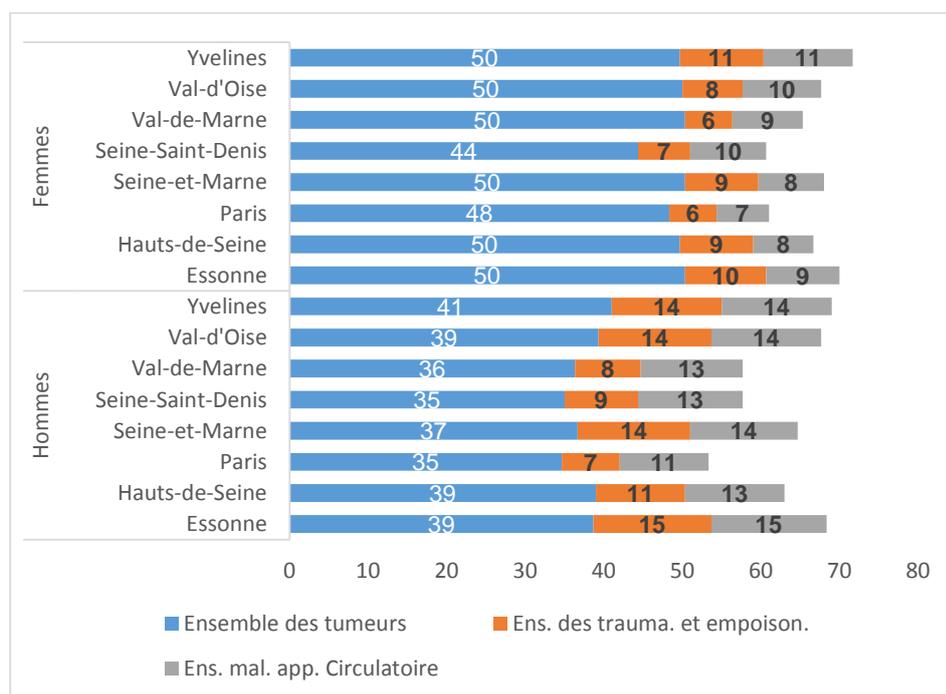
Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Chez les hommes comme chez les femmes les trois principales causes de décès prématurés sont : les tumeurs, l'ensemble des traumatismes et empoisonnements et les maladies de l'appareil circulatoire.

Les tumeurs représentent près de 50 % des décès prématurés masculins dans tous les départements franciliens sauf en Seine-Saint-Denis où ils ne représentent que 44 % des décès prématurés masculins.

Chez les femmes la part de décès prématurés dus aux tumeurs varie de 35 % à Paris et en Seine-Saint-Denis à 41 % dans les Yvelines et celle des décès dus à des traumatismes et empoisonnements de 7 % à Paris à 15 % dans l'Essonne.

Figure 27. Répartition des 3 premières causes de décès prématurés sur la période 2011-2013 par département et par sexe de l'ensemble des causes de décès (en %)



Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

On observe de fortes inégalités départementales au sein de l'Île-de-France sur les taux standardisés de mortalité prématurée.

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité prématurée va de 199,1 pour 100 000 dans les Hauts-de-Seine à 251,2 pour 100 000 en Seine-Saint-Denis. Trois départements présentent une sous-mortalité significative par rapport au niveau régional : Paris, les Yvelines, les Hauts-de-Seine. À l'inverse dans deux départements : la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis, on observe une surmortalité significative par rapport au niveau régional.

Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité prématurée va de 103,4 pour 100 000 dans les Yvelines à 126,7 pour 100 000 en Seine-Saint-Denis. Trois départements présentent un niveau de mortalité prématurée significativement inférieur à celui d'Île-de-France : les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne. En revanche, on observe en Seine-Saint-Denis un taux standardisé de mortalité prématurée significativement supérieur au niveau régional.

La mortalité prématurée masculine est près de deux fois plus importante que chez les femmes dans tous les départements franciliens.

Figure 28. Taux standardisés de mortalité prématurée chez les hommes sur la période 2011-2013

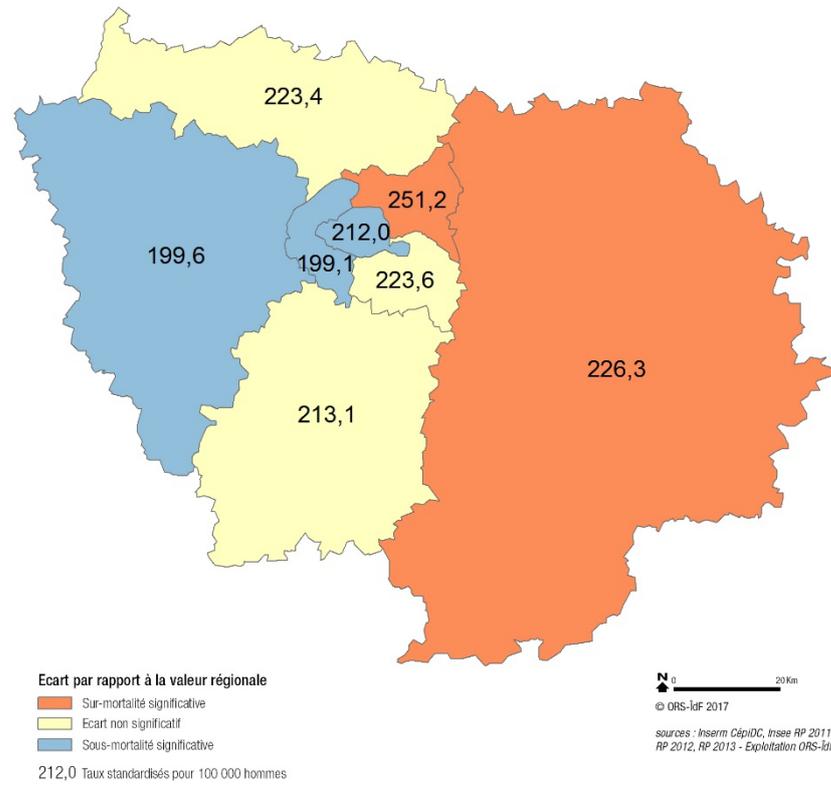
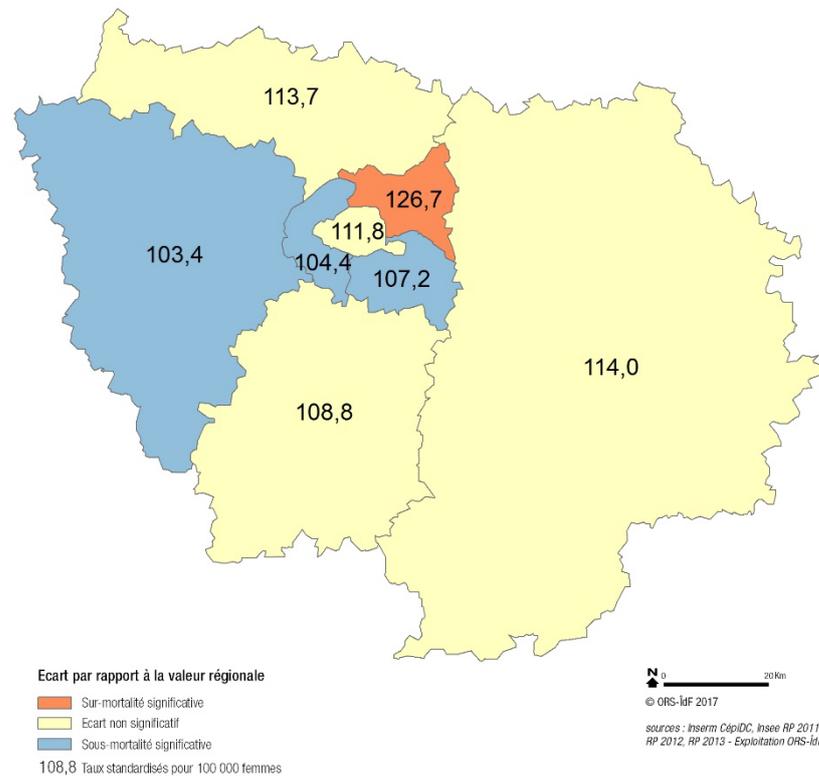


Figure 29. Taux standardisés de mortalité prématurée chez les femmes sur la période 2011-2013



2.3 Mortalité par cancer

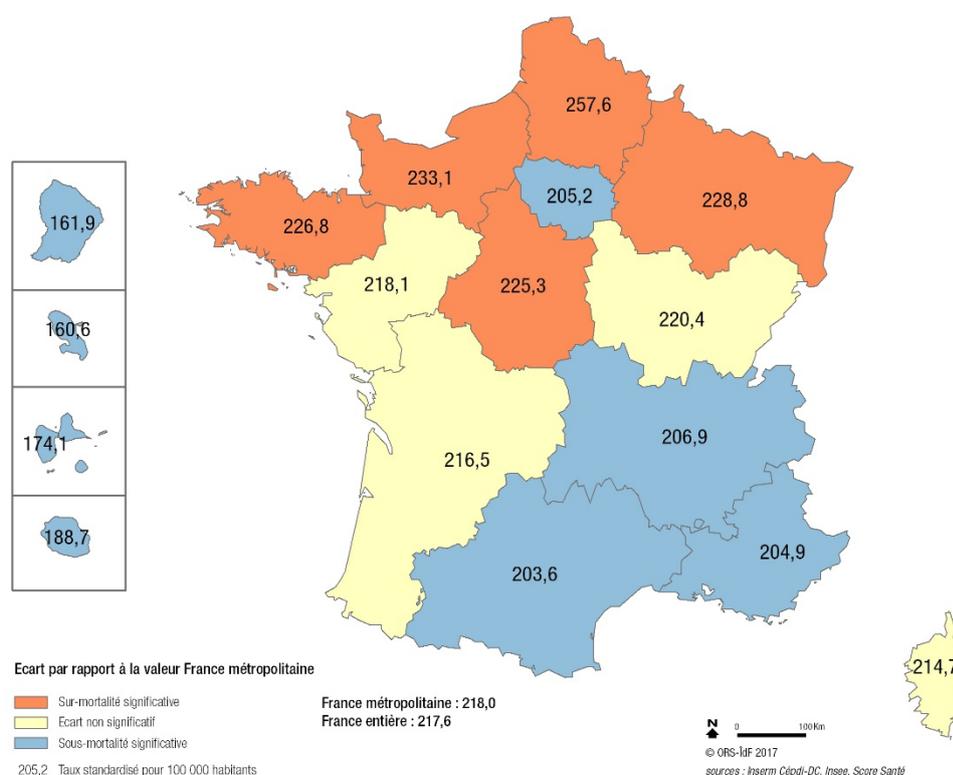
2.3.1 Mortalité tous cancers confondus

Au niveau régional

C'est la première cause de mortalité des Franciliens. Sur la période 2011-2013, l'Île-de-France comptabilise 21 380 décès par cancer en moyenne annuelle (11 829 chez les hommes et 9 551 chez les femmes). Les décès par cancer représentent 29,7 % des décès franciliens (33,0 % chez les hommes et 26,4 % chez les femmes). Le taux standardisé de mortalité par cancer en Île-de-France s'élève à 205,2 pour 100 000 habitants (278,8 chez les hommes et 157,1 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain de 218,0 pour 100 000 habitants (304,4 chez les hommes et 156,7 chez les femmes).

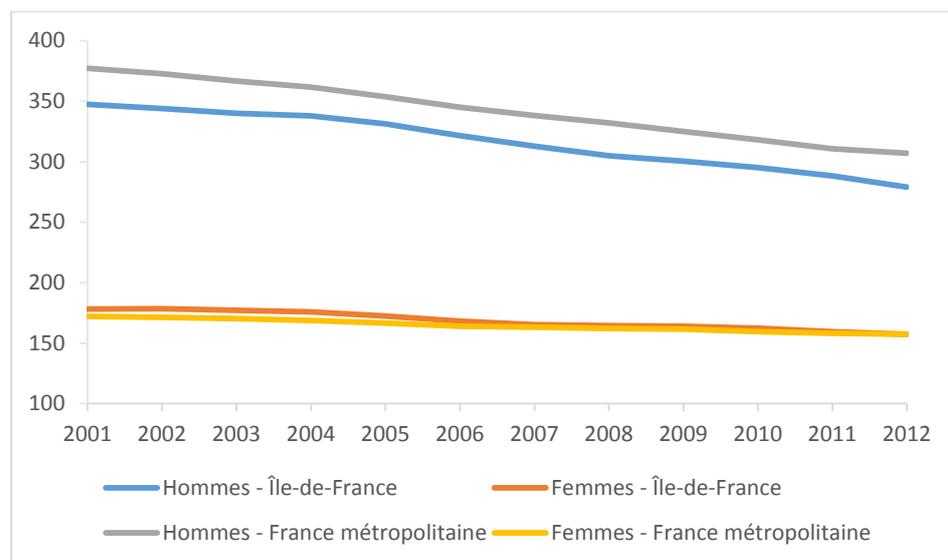
La région présente le troisième taux standardisé de mortalité par cancer le plus bas de France métropolitaine après l'Occitanie et la Provence-Alpes-Côte d'Azur

Figure 30. Taux standardisés de mortalité tous cancers confondus sur la période 2011-2013



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par cancer en Île-de-France a diminué de 2,0 % en moyenne par an chez les hommes (diminution de 1,9 % en France métropolitaine) et de 1,1 % chez les femmes (diminution de 0,8 % en France métropolitaine).

Figure 31. Évolution du taux standardisé de mortalité tous cancers confondus en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.
 * : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Au niveau départemental

L'analyse de la mortalité par cancer au niveau départemental en Île-de-France présente de fortes disparités.

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par cancer varie de 248,4 pour 100 000 à Paris à 306,3 pour 100 000 en Seine-et-Marne. Deux départements présentent une sous-mortalité significative par rapport au niveau régional : Paris et les Hauts-de-Seine. À l'inverse, on observe une surmortalité significative par rapport au niveau régional dans les autres départements sauf dans les Yvelines où le niveau de mortalité est comparable à celui d'Île-de-France.

Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité par cancer va de 147,7 pour 100 000 dans les Yvelines à 162,9 pour 100 000 dans le Val-d'Oise. Trois départements présentent un niveau de mortalité par cancer significativement inférieur à celui d'Île-de-France : les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne. Le département de l'Essonne a un taux standardisé de mortalité comparable à celui de la région. En revanche, on observe un taux significatif supérieur au taux francilien dans les quatre autres départements.

Tableau 12. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès hommes	Taux bruts hommes	Nombre de décès femmes	Taux bruts femmes
Paris	2 112	200,3	2 081	175,5
Seine-et-Marne	1 407	212,8	1 026	148,4
Yvelines	1 492	216,4	1 105	152,4
Essonne	1 285	211,8	962	152,2
Hauts-de-Seine	1 527	201,8	1 316	158,6
Seine-Saint-Denis	1 451	191,9	1 065	135,9
Val-de-Marne	1 392	215,7	1 099	157,5
Val-d'Oise	1 162	201,2	896	147,0

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Figure 32. Taux standardisés de mortalité par cancer chez les hommes sur la période 2011-2013

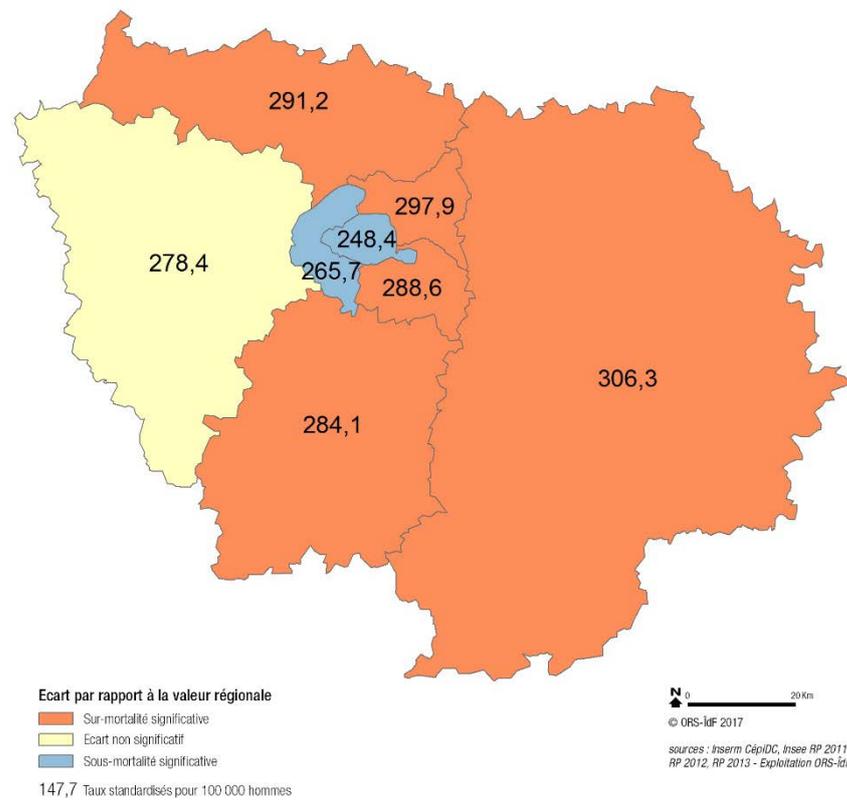
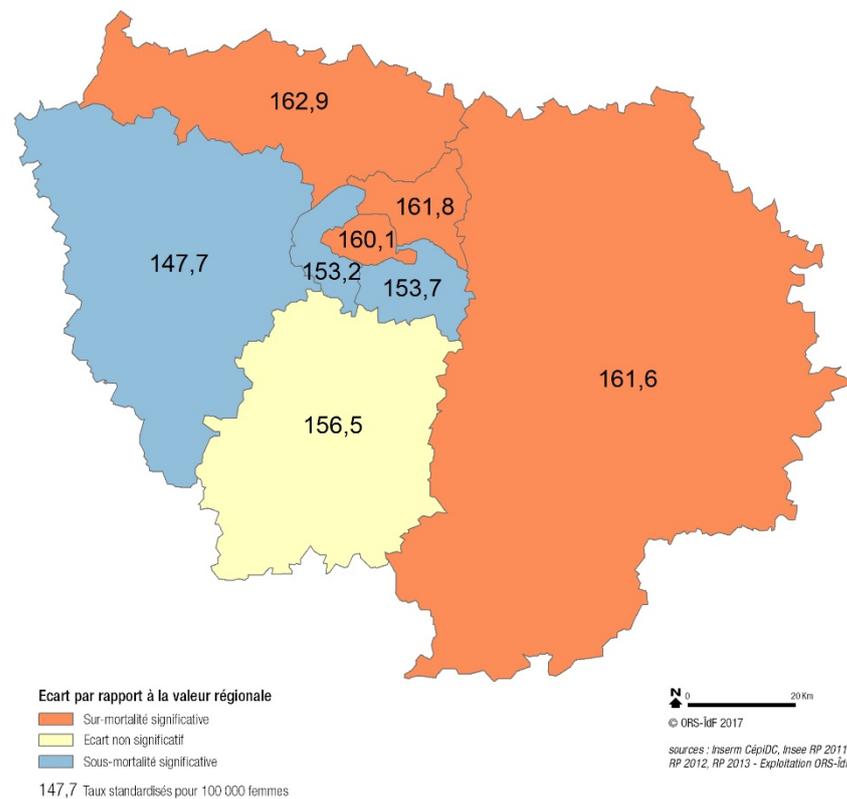


Figure 33. Taux standardisés de mortalité par cancer chez les femmes sur la période 2011-2013

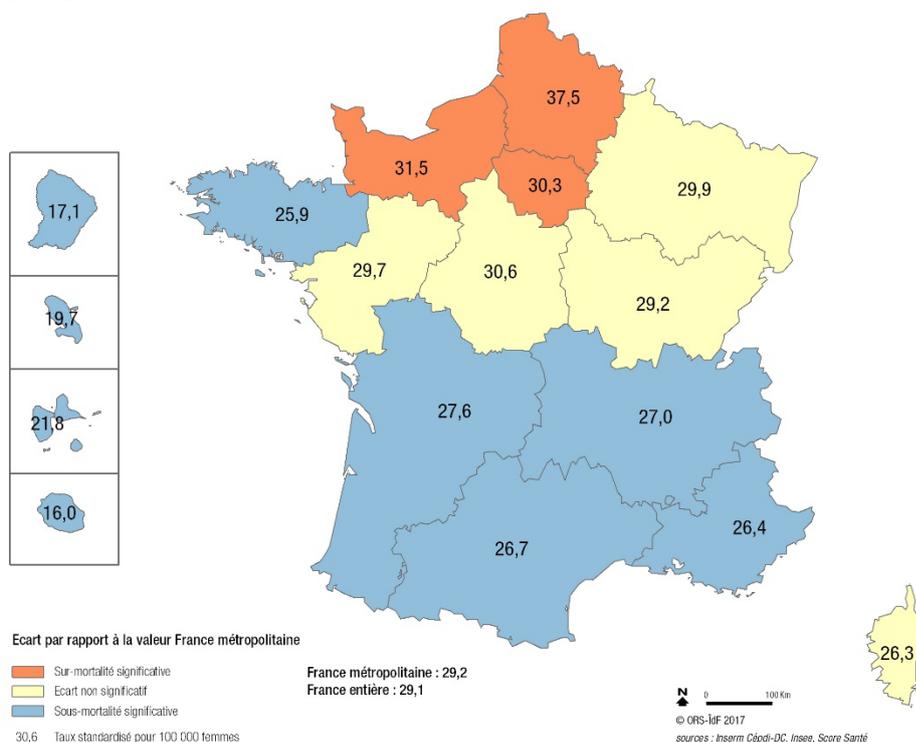


2.3.2 Mortalité par cancer du sein

Au niveau régional

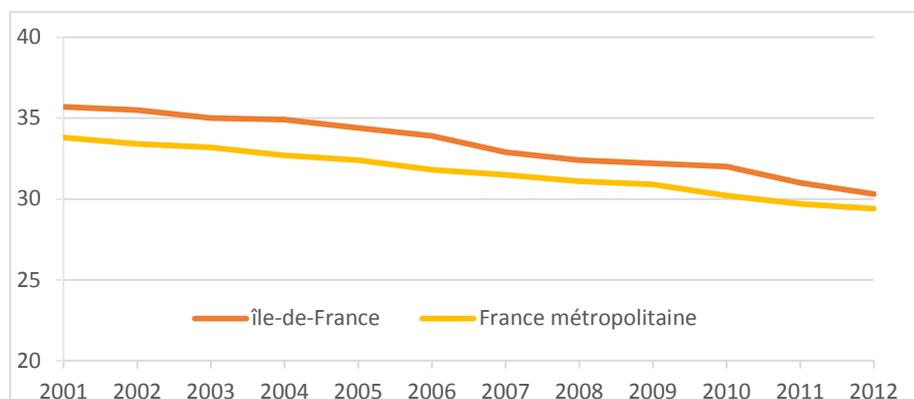
Sur la période 2011-2013, l'Île-de-France comptabilise 1 840 décès par cancer du sein en moyenne annuelle. Les décès par cancer du sein représentent 19,3 % des décès par cancer chez les Franciliennes. Le taux standardisé de mortalité par cancer du sein en Île-de-France s'élève à 30,3 pour 100 000 habitantes. Il est significativement supérieur au taux métropolitain (29,2 pour 100 000 habitantes).

Figure 34. Taux standardisés de mortalité par cancer du sein sur la période 2011-2013



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par cancer du sein en Île-de-France a diminué de 1,5 % en moyenne par an (diminution de 1,3% en France métropolitaine). Cette baisse marque un rapprochement lent entre les taux de mortalité francilien et métropolitain.

Figure 35. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du sein en Île-de-France et en France métropolitaine entre les périodes 2000-2002 et 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Au niveau départemental

Le taux standardisé de mortalité par cancer du sein va de 27,8 pour 100 000 dans les Yvelines à 33,7 pour 100 000 en Seine-et-Marne. Ces deux départements présentent respectivement une sous mortalité et surmortalité significative par rapport à la valeur régionale. Les autres départements ont un taux standardisé de mortalité par cancer du sein comparable au taux francilien.

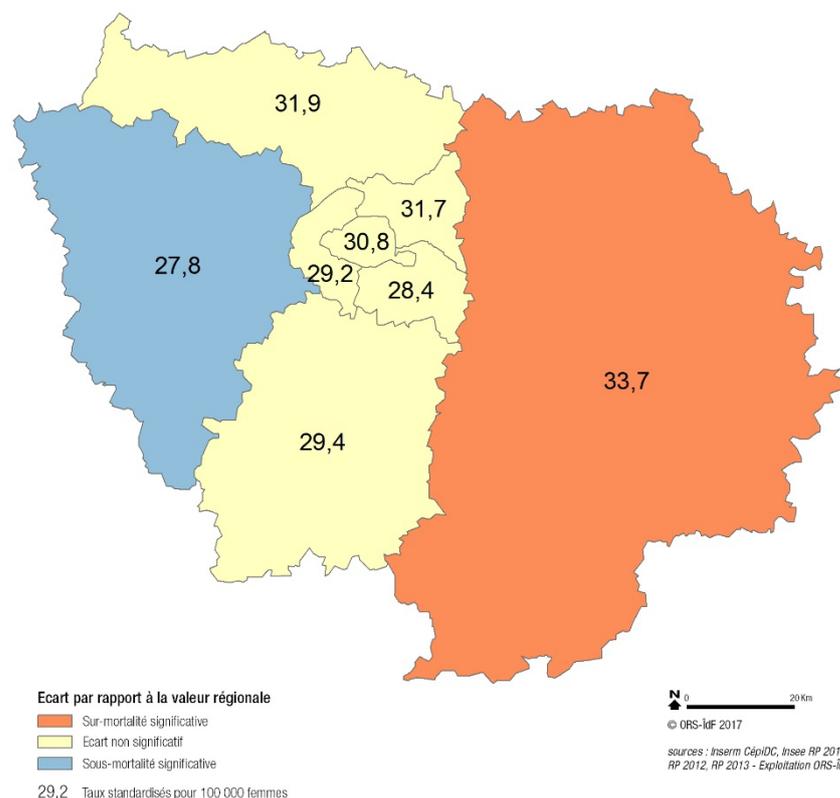
Ce constat d'inégalité devrait être suivi d'une étude plus approfondie sur la compréhension de cette hétérogénéité territoriale, notamment en termes de facteurs de risque et de freins individuels et sociétaux d'accès au dépistage organisé et aux soins.

Tableau 13. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer du sein en moyenne par an par département sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès	Taux bruts
Paris	395	33,3
Seine-et-Marne	215	31,1
Yvelines	210	28,9
Essonne	182	28,7
Hauts-de-Seine	250	30,2
Seine-Saint-Denis	212	27,1
Val-de-Marne	200	28,7
Val-d'Oise	176	28,9

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Figure 36. Taux standardisés de mortalité par cancer du sein sur la période 2011-2013



Au niveau départemental

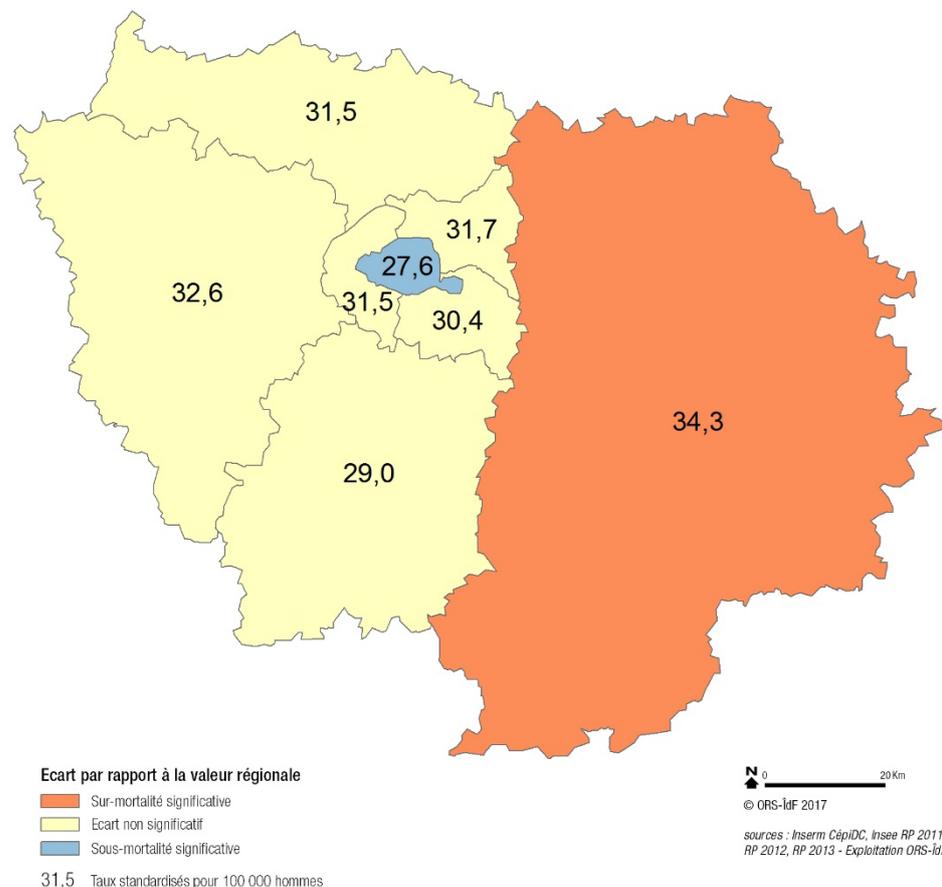
Le taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate va de 27,6 pour 100 000 à Paris à 34,3 pour 100 000 en Seine-et-Marne. Seul Paris présente un niveau de mortalité significativement inférieur à celui d'Île-de-France. Le département de Seine-et-Marne a un taux standardisé de mortalité significativement supérieur à celui de la région. Pour les six autres départements franciliens, on observe un taux comparable au taux régional.

Tableau 14. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer de la prostate en moyenne par an par département sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès	Taux bruts
Paris	216	20,5
Seine-et-Marne	127	19,2
Yvelines	147	21,3
Essonne	109	18,0
Hauts-de-Seine	167	22,1
Seine-Saint-Denis	121	16,0
Val-de-Marne	131	20,3
Val-d'Oise	102	17,7

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Figure 39. Taux standardisés de mortalité par cancer de la prostate sur la période 2011-2013

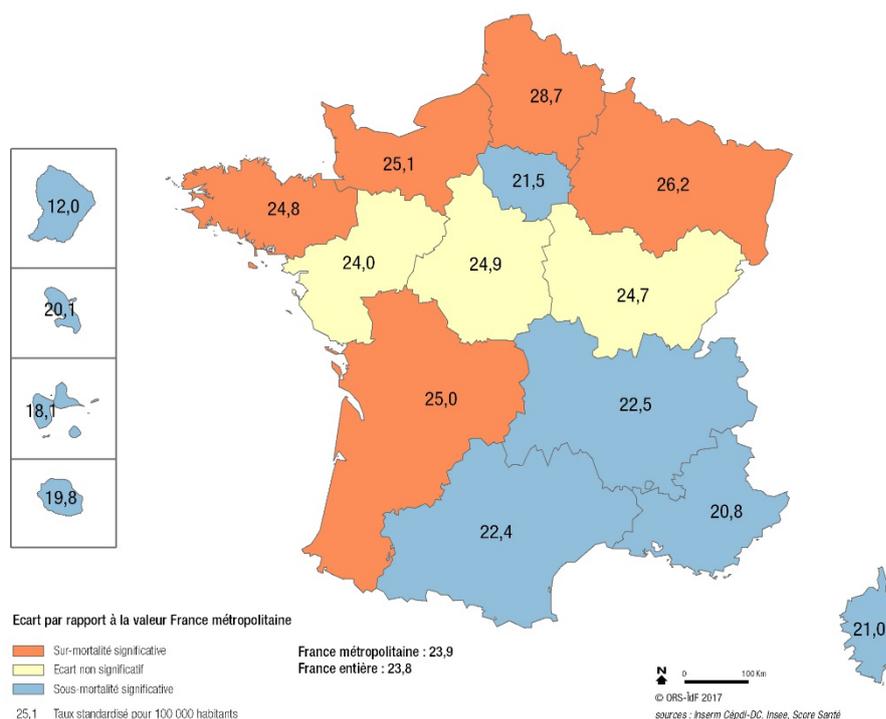


2.3.4 Mortalité par cancer colorectal

Au niveau régional

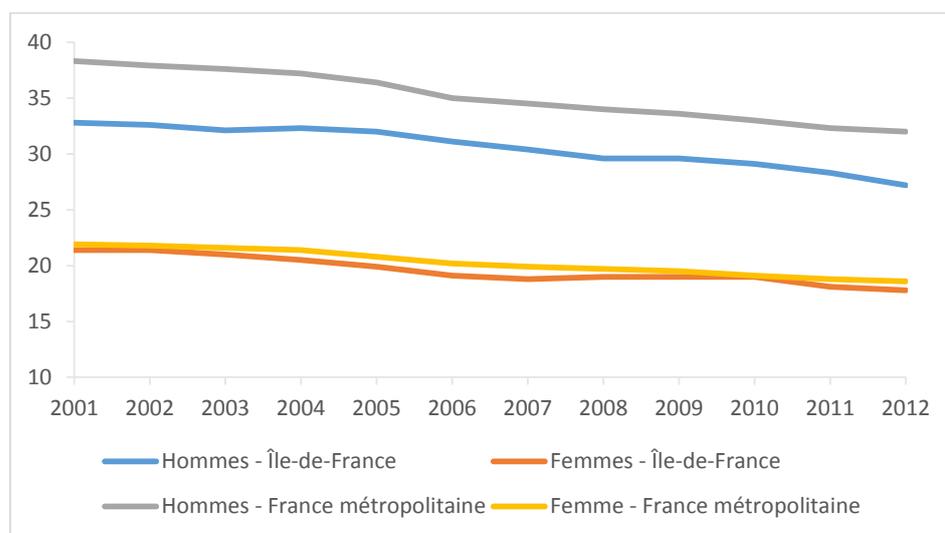
Sur la période 2011-2013, l'Île-de-France comptabilise 2 229 décès par cancer colorectal en moyenne annuelle (1 117 chez les hommes et 1 112 chez les femmes). Les décès par cancer colorectal représentent 10,4 % des décès par cancer chez les Franciliens (9,4 % des décès par cancer chez les hommes et 11,6 % des décès par cancer chez les femmes). Le taux standardisé de mortalité par cancer colorectal en Île-de-France est de 21,6 pour 100 000 habitants (27,2 pour 100 000 chez les hommes et 17,7 pour 100 000 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain de 23,9 pour 100 000 habitants (31,7 chez les hommes et 18,4 chez les femmes).

Figure 40. Taux standardisés de mortalité par cancer colorectal sur la période 2011-2013



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par cancer colorectal en Île-de-France a diminué de 1,7 % en moyenne par an chez les hommes (diminution de 1,6 % en France métropolitaine) et de 1,7 % chez les femmes (diminution de 1,5 % en France métropolitaine).

Figure 41. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer colorectal en Île-de-France et en France métropolitaine entre les périodes 2000-2002 et 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.
 * : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Au niveau départemental

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par cancer colorectal varie de 22,9 pour 100 000 à Paris à 30,7 pour 100 000 en Seine-Saint-Denis. Deux départements présentent une surmortalité significative par rapport au niveau régional : La Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne. Paris est le seul département avec un taux standardisé de mortalité par cancer colorectal significativement inférieur à celui d'Île-de-France. On observe dans les autres départements un niveau comparable au niveau francilien.

Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité par cancer colorectal va de 15,3 pour 100 000 dans les Hauts-de-Seine à 20,5 pour 100 000 en Seine-et-Marne. Ces deux départements présentent respectivement une sous-mortalité et une surmortalité significative par rapport à la région. Les autres départements ont un taux comparable à celui d'Île-de-France.

Tableau 15. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer colorectal en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès hommes	Taux bruts hommes	Nombre de décès femmes	Taux bruts femmes
Paris	191	18,1	240	20,2
Seine-et-Marne	132	20,0	132	19,1
Yvelines	140	20,3	138	19,0
Essonne	122	20,2	123	19,5
Hauts-de-Seine	144	19,1	138	16,6
Seine-Saint-Denis	141	18,6	121	15,5
Val-de-Marne	135	20,9	131	18,8
Val-d'Oise	111	19,2	89	14,5

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Figure 42. Taux standardisés de mortalité par cancer colorectal chez les hommes sur la période 2011-2013

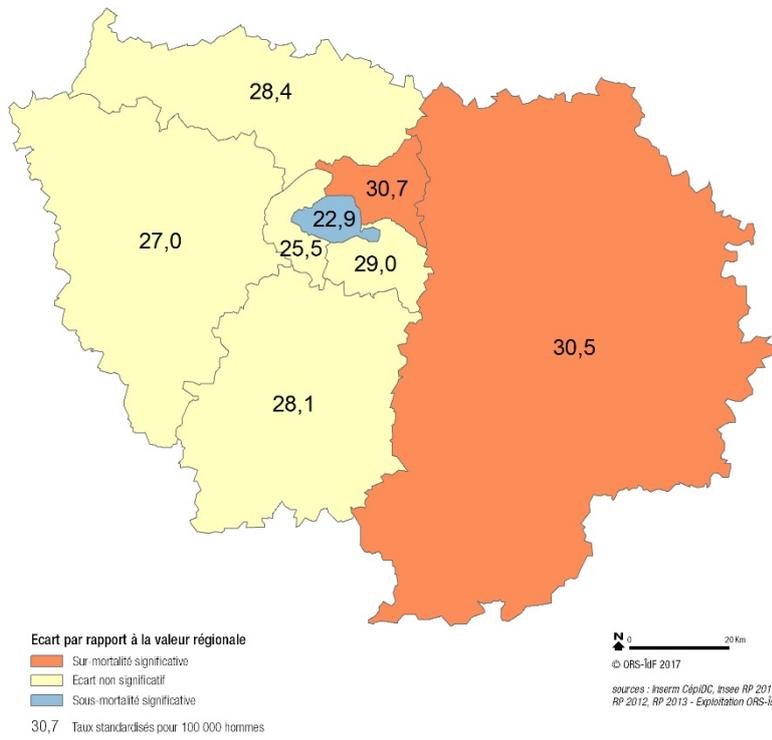
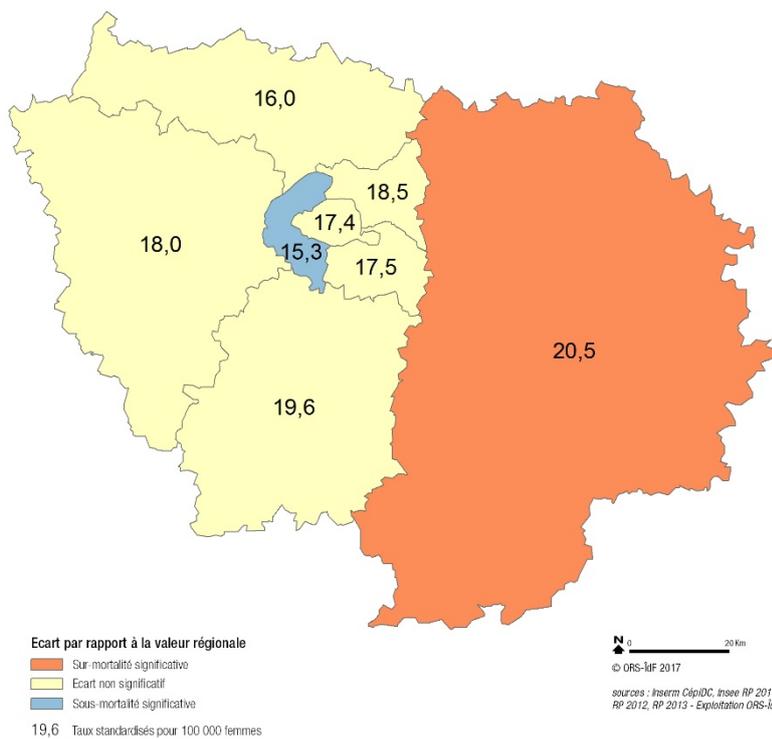


Figure 43. Taux standardisés de mortalité par cancer colorectal chez les femmes sur la période 2011-2013

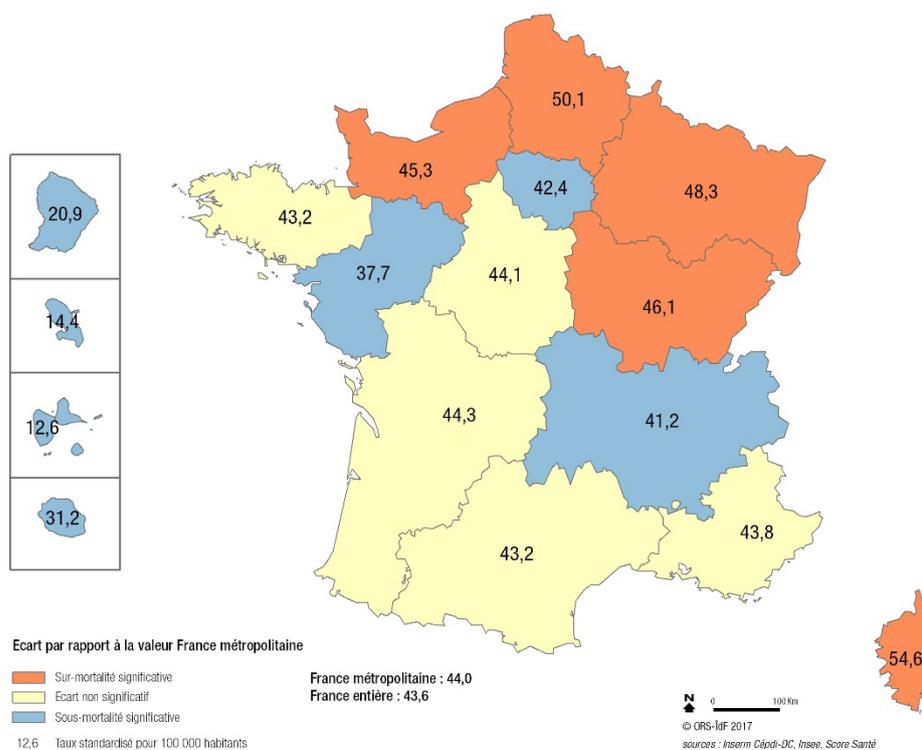


2.3.5 Mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches

Au niveau régional

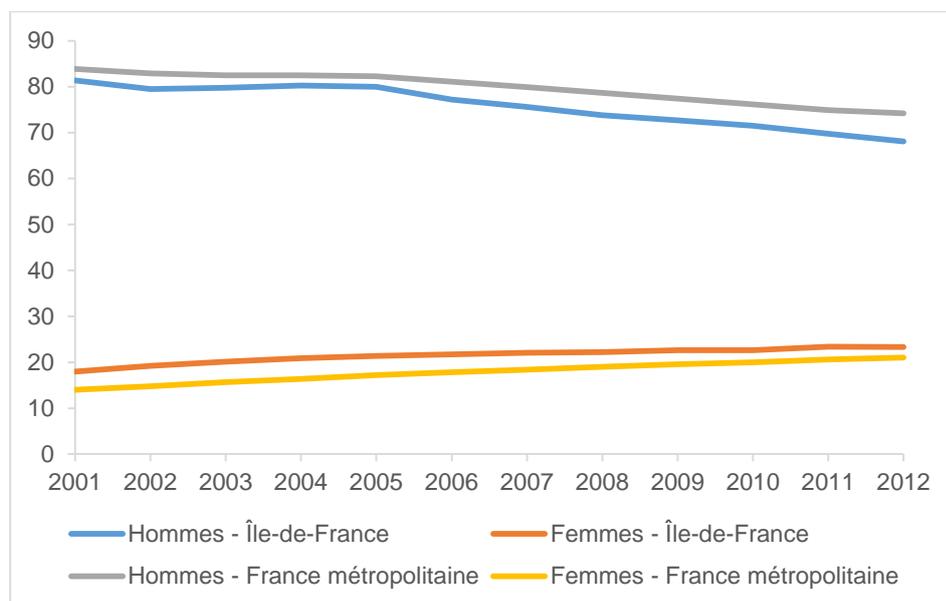
Sur la période 2011-2013, en moyenne annuelle, l'Île-de-France comptabilise 4 411 décès par cancer du poumon, de la trachée et des bronches (3 035 chez les hommes et 1 376 chez les femmes). Ces décès représentent 20,6 % des décès par cancer chez les Franciliens (25,7 % des décès par cancer chez les hommes et 14,4 % des décès par cancer chez les femmes). Le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches en Île-de-France est de 42,4 pour 100 000 habitants (68,0 pour 100 000 chez les hommes et 23,3 pour 100 000 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain (44,0 pour 100 000 habitants). On observe par sexe, que le taux standardisé des hommes franciliens est significativement inférieur au taux métropolitain (74,2 pour 100 000 en métropole) alors que le taux des femmes franciliennes est quant à lui significativement supérieur (21,0 pour 100 000 en métropole).

Figure 44. Taux standardisés de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches sur la période 2011-2013



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches francilien a diminué de 1,6 % en moyenne par an chez les hommes (diminution de 1,1 % en France métropolitaine) et une augmentation de 2,4 % chez les femmes (augmentation de 3,7 % en France métropolitaine).

Figure 45. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Au niveau départemental

L'analyse de la mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches au niveau départemental en Île-de-France présente de fortes disparités.

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches varie de 56,8 pour 100 000 à Paris à 80,1 pour 100 000 en Seine-Saint-Denis. Seuls Paris et les Hauts-de-Seine présentent une sous-mortalité significative par rapport au niveau régional. On observe dans les Yvelines un taux comparable à l'Île-de-France. Les cinq autres départements ont un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches significativement supérieur au taux francilien.

Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches va de 21,1 pour 100 000 en Seine-et-Marne à 25,4 pour 100 000 à Paris. Ces deux départements présentent respectivement une sous-mortalité et une surmortalité significative par rapport à la région. Les autres départements ont un taux comparable à celui d'Île-de-France.

Tableau 16. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès hommes	Taux bruts hommes	Nombre de décès femmes	Taux bruts femmes
Paris	500	47,4	316	26,6
Seine-et-Marne	366	55,4	134	19,3
Yvelines	381	55,2	159	21,9
Essonne	337	55,5	139	22,0
Hauts-de-Seine	373	49,3	185	22,3
Seine-Saint-Denis	421	55,7	156	19,9
Val-de-Marne	356	55,2	166	23,7
Val-d'Oise	301	52,2	121	19,9

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Figure 46. Taux standardisés de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches chez les hommes sur la période 2011-2013

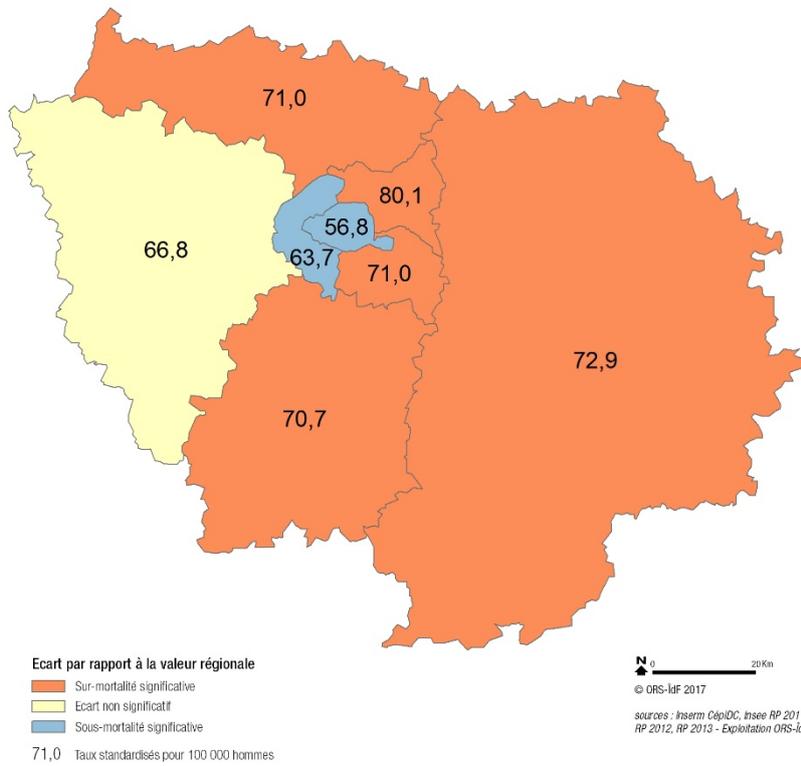
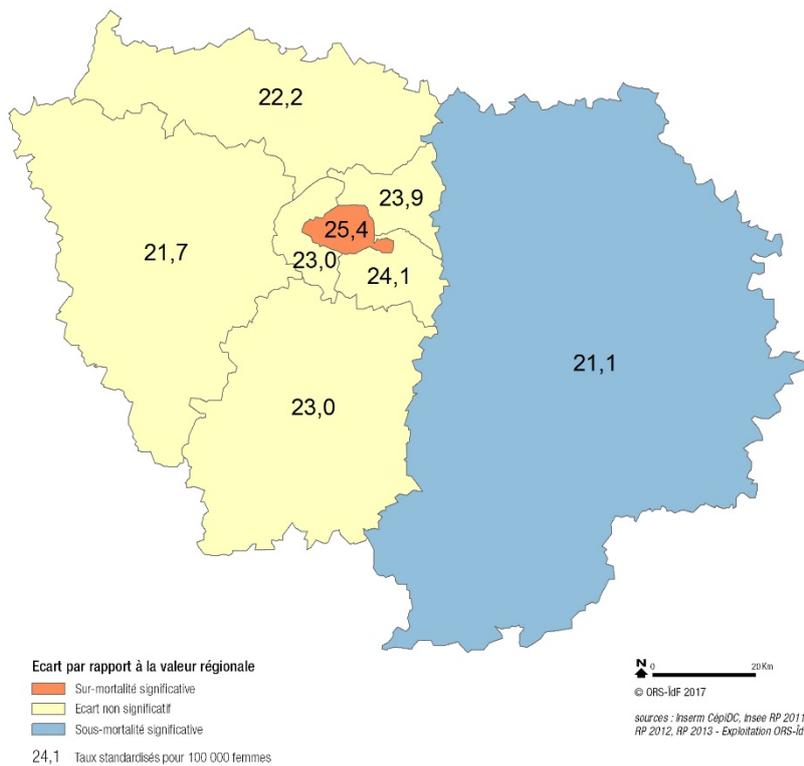


Figure 47. Taux standardisés de mortalité par cancer du poumon, de la trachée et des bronches chez les femmes sur la période 2011-2013



2.3.6 Mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié

Encadré 3. Précaution méthodologique pour les cancers du col de l'utérus

Les décès par cancer de l'utérus enregistrés dans la base de données du CépiDC sont pour la moitié d'entre eux non spécifiés (Binder-Foucart, 2013). L'analyse des décès par cancer du col de l'utérus spécifié à partir de cette source sous-estime donc considérablement le nombre de décès de ce type et le taux de mortalité correspondant.

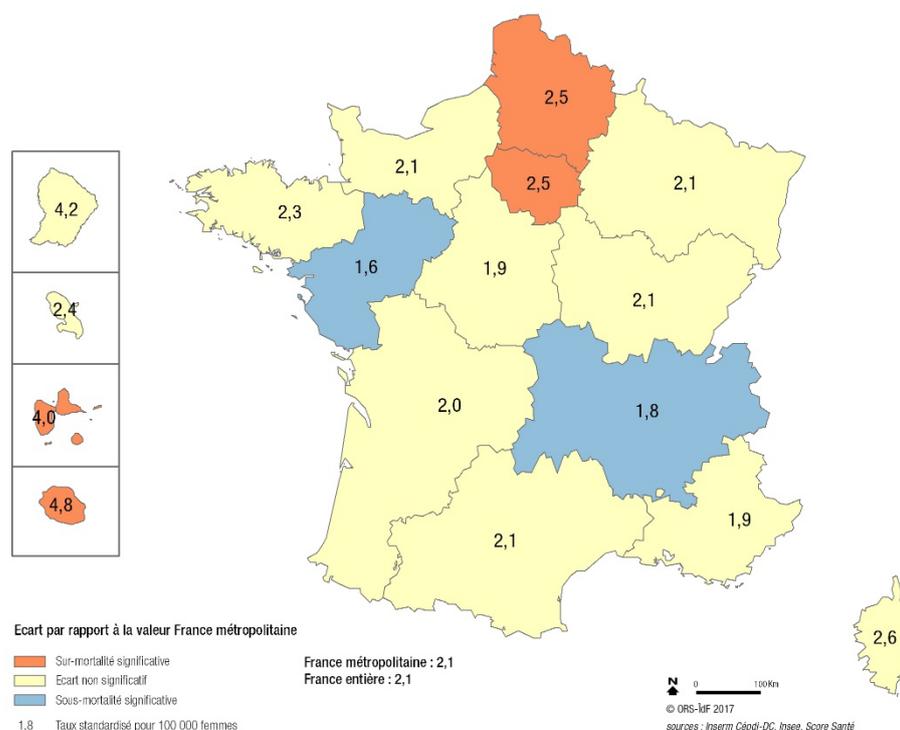
Les indicateurs ci-dessous doivent être examinés non en valeur absolue mais en valeur relative, leur lecture a du sens en supposant que le biais *op cite* est non différentiel par rapport au territoire ou à la période, autrement dit que le pourcentage de cancers du col de l'utérus parmi les cancers de l'utérus non spécifiés reste stable selon le territoire ou la période.

Pour éviter la confusion nous appelons la localisation présentée ici cancer du col de l'utérus spécifié.

Au niveau régional

Sur la période 2011-2013, en moyenne annuelle, l'Île-de-France comptabilise 147 décès par cancer du col de l'utérus spécifié. Ces décès représentent 29 % des décès par cancer de l'utérus chez les Franciliennes et 1,5 % des décès par cancer. En Île-de-France, le taux standardisé de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié s'élève à 2,5 pour 100 000 habitantes. Il est significativement supérieur au taux métropolitain (2,1 pour 100 000 habitantes).

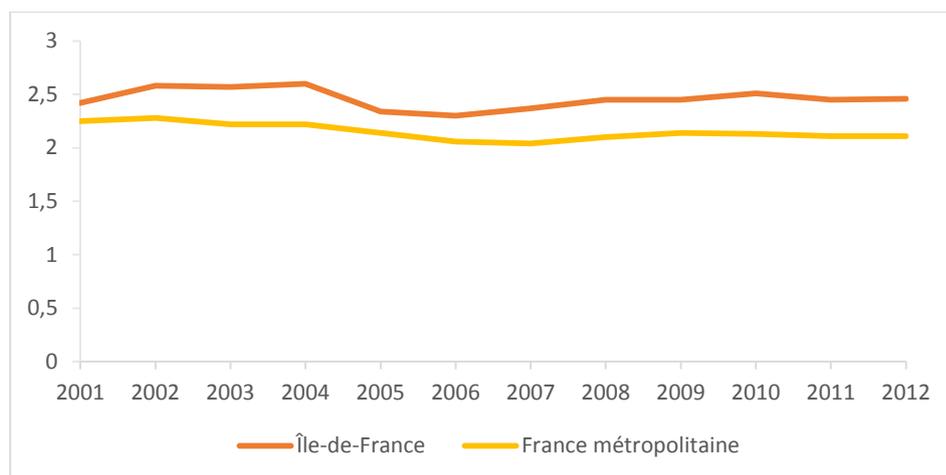
Figure 48. Taux standardisés de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié sur la période 2011-2013



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par cancer du col de l'utérus en Île-de-France est resté stable comme en France métropolitaine.

Alors que la mortalité par cancers est en forte diminution pour la plupart des localisations, le maintien de la mortalité par cancer du col de l'utérus est préoccupant.

Figure 49. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Au niveau départemental

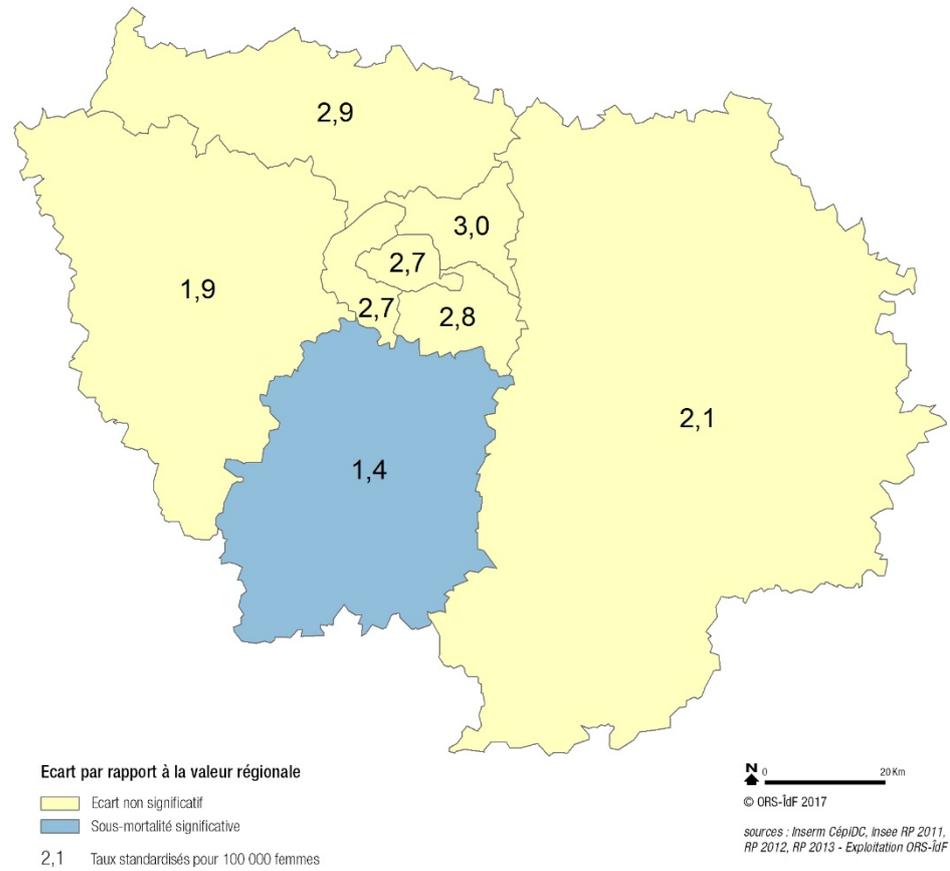
Le taux standardisé de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié varie de 3,0 pour 100 000 en Seine-Saint-Denis à 1,4 pour 100 000 en Essonne. Seul l'Essonne a un taux significativement inférieur au taux régional. Les autres départements de la région ont un taux standardisé de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié comparable à celui d'Île-de-France.

Tableau 17. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié en moyenne par an par département sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès	Taux bruts
Paris	32	2,7
Seine-et-Marne	14	2,0
Yvelines	14	1,9
Essonne	9	1,4
Hauts-de-Seine	22	2,6
Seine-Saint-Denis	21	2,6
Val-de-Marne	20	2,9
Val-d'Oise	16	2,6

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Figure 50. Taux standardisés de mortalité par cancer du col de l'utérus spécifié sur la période 2011-2013



2.4 Mortalité par maladie de l'appareil circulatoire

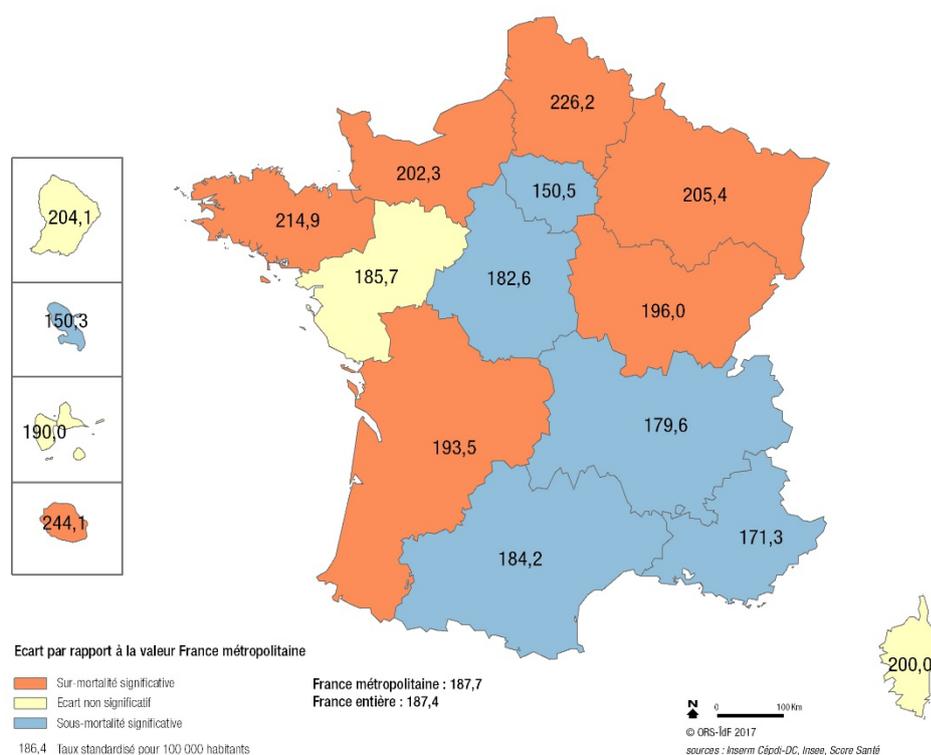
2.4.1 Mortalité toutes causes confondues

Au niveau régional

C'est la deuxième cause de mortalité des Franciliens. Sur la période 2011-2013, l'Île-de-France comptabilise 15 829 décès par maladie de l'appareil circulatoire* en moyenne annuelle (7 384 chez les hommes et 8 445 chez les femmes). Les décès par maladie de l'appareil circulatoire représentent 20,6 % des décès chez les hommes et 23,4 % chez les femmes. Le taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire en Île-de-France s'élève à 150,5 pour 100 000 habitants (194,6 chez les hommes et 120,2 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain de 187,4 pour 100 000 habitants (239,0 chez les hommes et 147,8 chez les femmes).

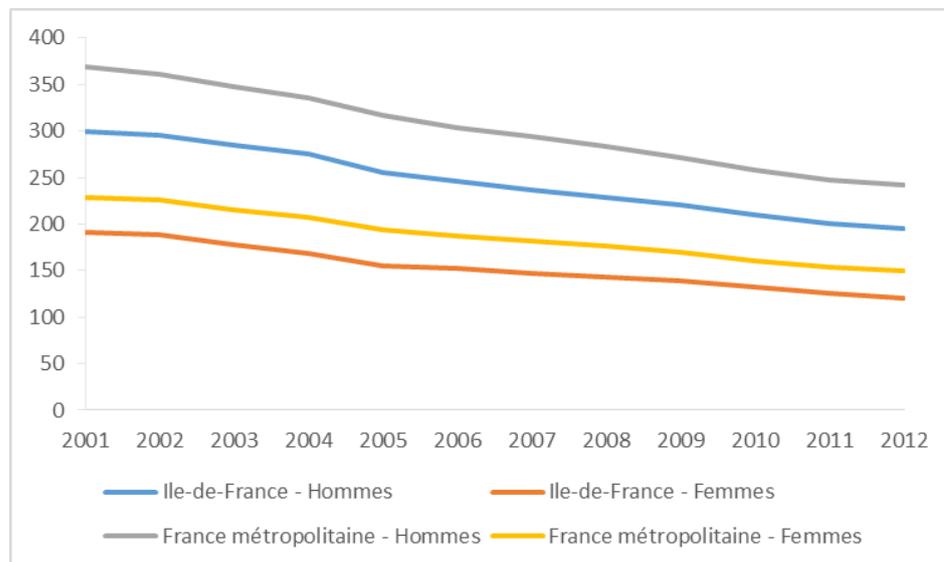
La région présente le taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire le plus bas de France métropolitaine

Figure 51. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire sur la période 2011-2013



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par maladie circulatoire en Île-de-France a diminué de 3,5 % en moyenne par an chez les hommes (diminution de 3,4 % en France métropolitaine) et de 3,8 % chez les femmes (diminution de 3,5 % en France métropolitaine).

Figure 52. Évolution du taux standardisé de mortalité par maladie circulaire en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.
* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Au niveau départemental

On observe de fortes inégalités départementales de mortalité au sein de l'Île-de-France. Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulaire varie de 164,1 pour 100 000 à Paris à 227,1 pour 100 000 dans le Val-d'Oise. Trois départements présentent une sous-mortalité significative par rapport au niveau régional : Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne. A l'inverse, on observe une surmortalité significative par rapport au niveau régional pour les cinq autres départements.

Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulaire va de 98,7 pour 100 000 à Paris à 140,9 pour 100 000 en Seine-et-Marne. Trois départements présentent un niveau de mortalité par maladies de l'appareil circulaire significativement inférieur à celui d'Île-de-France : Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne. En revanche, on observe un taux significatif supérieur au niveau régional dans les autres départements.

Le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulaire masculine est près de deux fois plus important que chez les femmes dans tous les départements franciliens

Tableau 18. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par maladie circulaire en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès hommes	Taux bruts hommes	Nombre de décès femmes	Taux bruts femmes
Paris	1 312	124,5	1 608	135,7
Seine-et-Marne	879	133,0	987	142,8
Yvelines	963	139,7	1 100	151,7
Essonne	831	137,0	881	139,3
Hauts-de-Seine	968	127,9	1 192	143,6
Seine-Saint-Denis	835	110,4	905	115,4
Val-de-Marne	834	129,3	959	137,4
Val-d'Oise	757	131,1	811	132,9

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Figure 53. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire chez les hommes sur la période 2011-2013

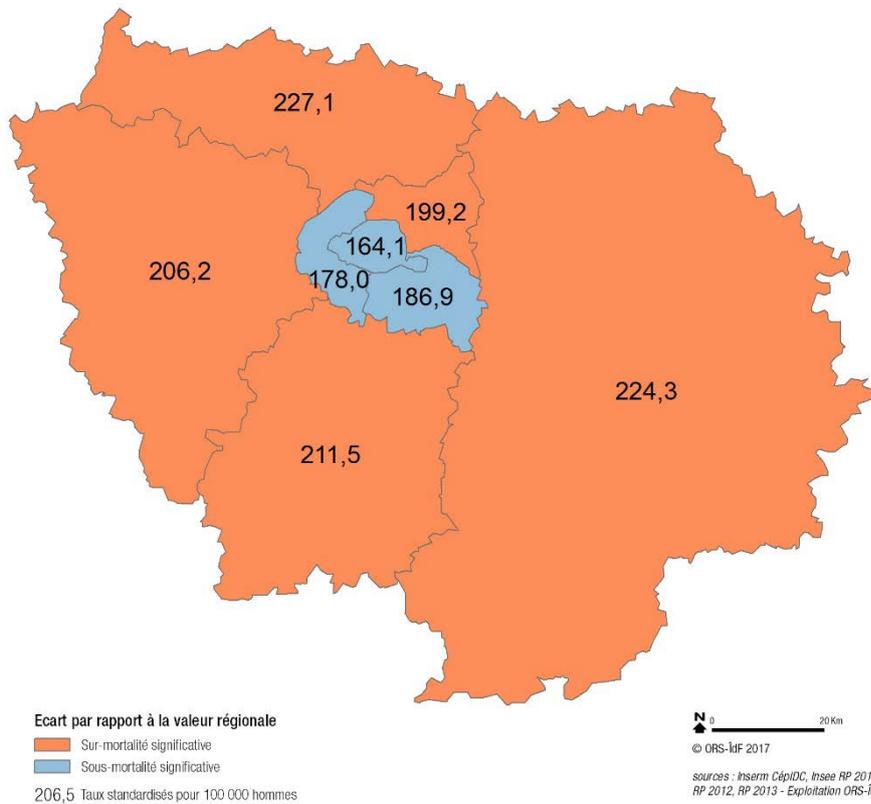
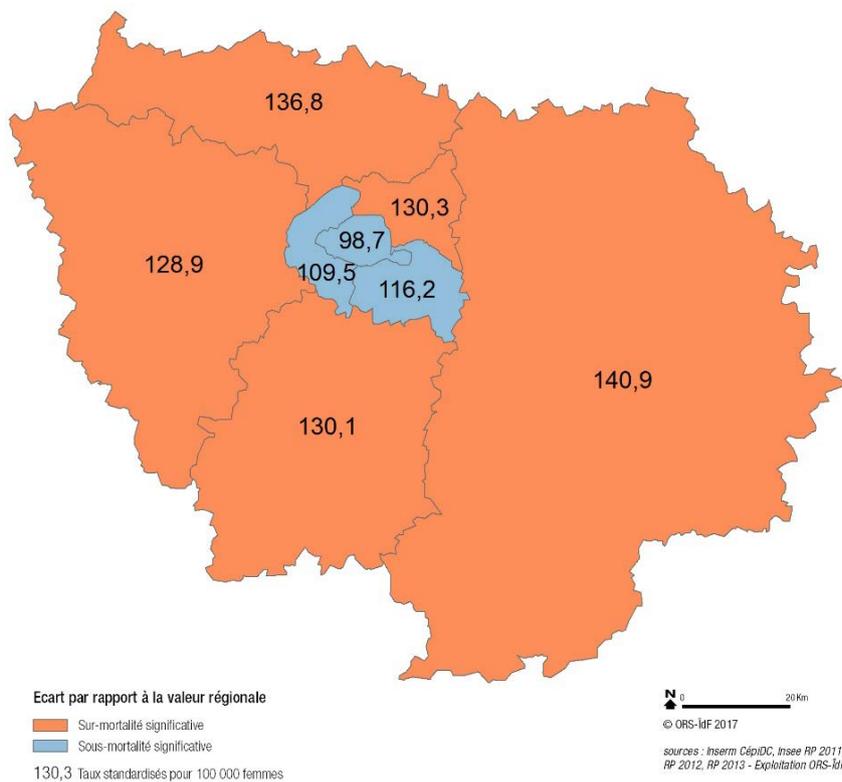


Figure 54. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire chez les femmes sur la période 2011-2013



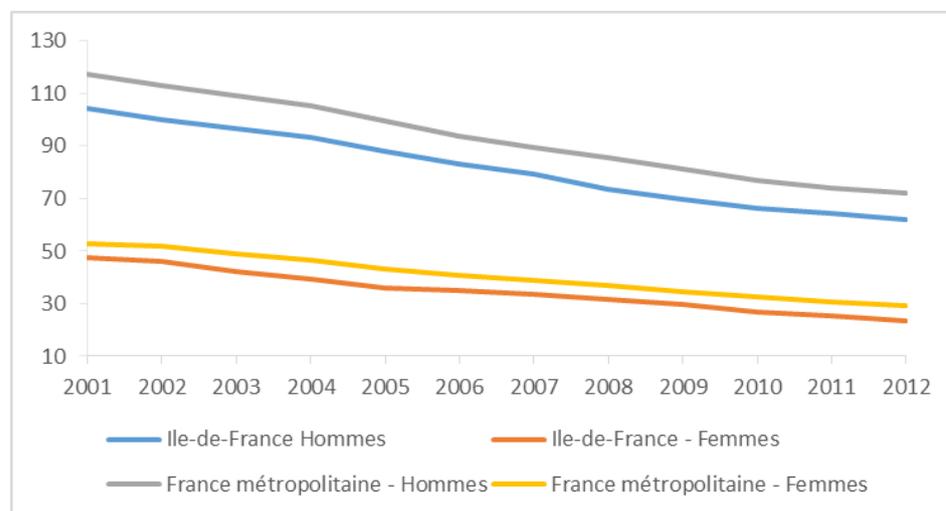
2.4.2 Mortalité par cardiopathie ischémique

Au niveau régional

Sur la période 2011-2013, l'Île-de-France comptabilise 4 073 décès par cardiopathie ischémique* en moyenne annuelle (2 432 chez les hommes et 1 642 chez les femmes). Les décès par cardiopathie ischémique représentent 32,9 % des décès masculins par maladie circulaire chez les hommes et 19,5 % des décès féminins par maladie circulaire chez les femmes. Le taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique en Île-de-France s'élève à 38,8 pour 100 000 habitants (61,9 chez les hommes et 23,6 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain de 46,7 pour 100 000 habitants (71,5 chez les hommes et 28,9 chez les femmes).

Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique en Île-de-France a diminué significativement de 4,2 % en moyenne par an chez les hommes (diminution de 3,9 % en France métropolitaine) et de 5,7 % chez les femmes (diminution de 4,8 % en France métropolitaine).

Figure 55. Évolution du taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

La région présente le taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique le plus bas de France métropolitaine.

Au niveau départemental**Tableau 19. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par cardiopathies ischémiques en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013**

Départements	Nombre de décès hommes	Taux bruts hommes	Nombre de décès femmes	Taux bruts femmes
Paris	416	39,5	286	24,1
Seine-et-Marne	274	41,4	196	28,3
Yvelines	334	48,4	224	30,8
Essonne	283	46,6	174	27,6
Hauts-de-Seine	307	40,5	218	26,3
Seine-Saint-Denis	275	36,4	175	22,3
Val-de-Marne	281	43,6	207	29,7
Val-d'Oise	243	42,1	153	25,1

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Le taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique est plus de deux fois plus important chez les hommes que chez les femmes dans tous les départements franciliens.

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique varie de 51,6 pour 100 000 à Paris à 69,2 pour 100 000 dans le Val-d'Oise et l'Essonne. Deux départements présentent une sous-mortalité significative par rapport au niveau régional : Paris et les Hauts-de-Seine. A l'inverse les quatre autres départements : la Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne et le Val-d'Oise, on observe une surmortalité significative par rapport au niveau régional. Pour les autres départements la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est comparable à celle d'Île-de-France.

Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique va de 17,7 pour 100 000 à Paris à 28,2 pour 100 000 en Seine-et-Marne. Deux départements présentent un niveau de mortalité par cardiopathie ischémique significativement inférieur à celui d'Île-de-France : Paris et les Hauts-de-Seine. En revanche, on observe un taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique significativement supérieur au niveau régional dans les autres départements.

Figure 56. Taux standardisés de mortalité par cardiopathie ischémique chez les hommes sur la période 2011-2013

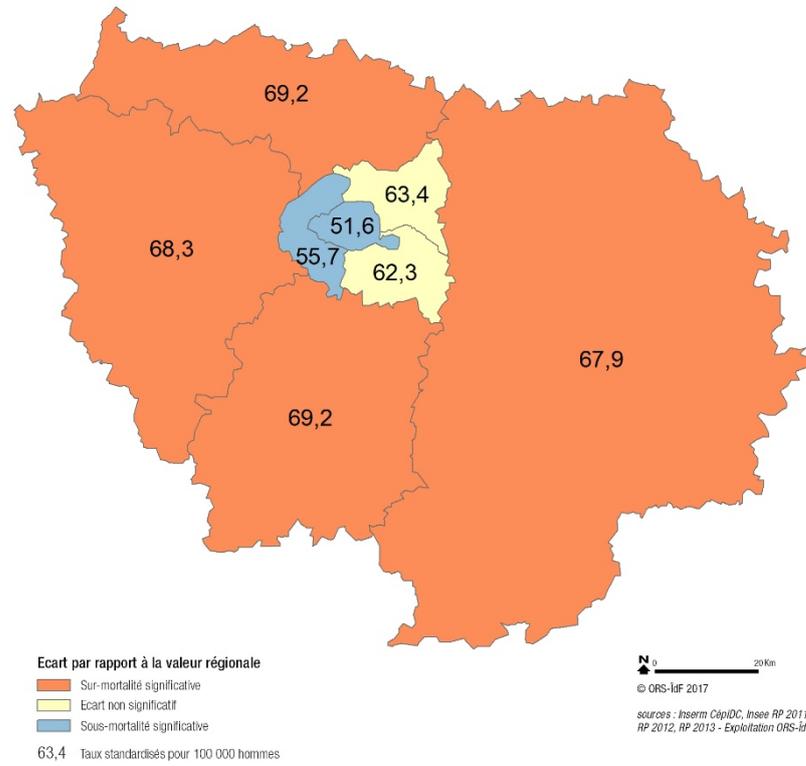
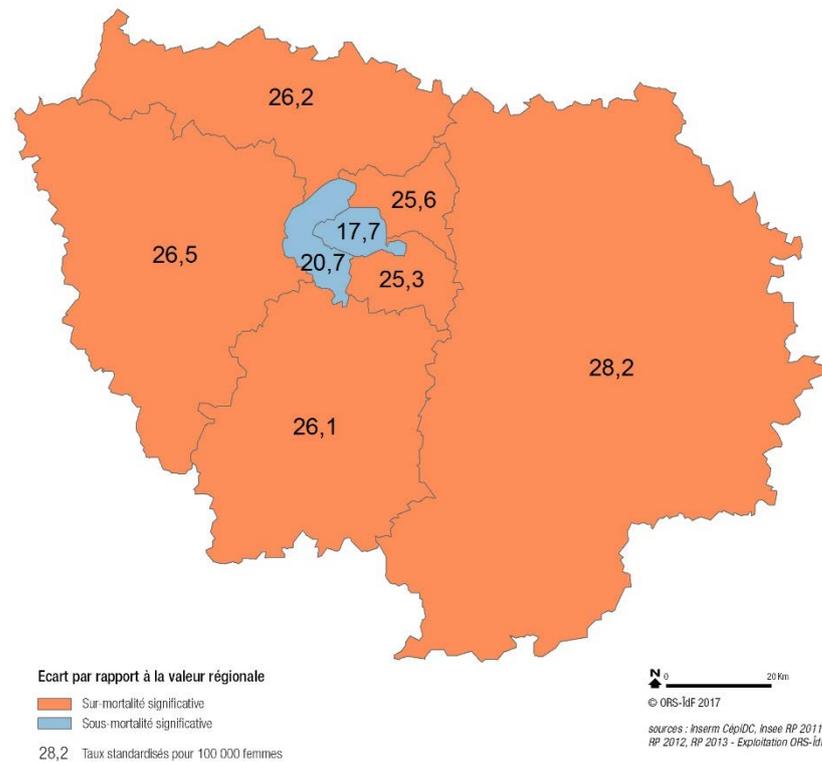


Figure 57. Taux standardisés de mortalité par cardiopathie ischémique chez les femmes sur la période 2011-2013



2.4.3 Mortalité par maladie vasculaire cérébrale

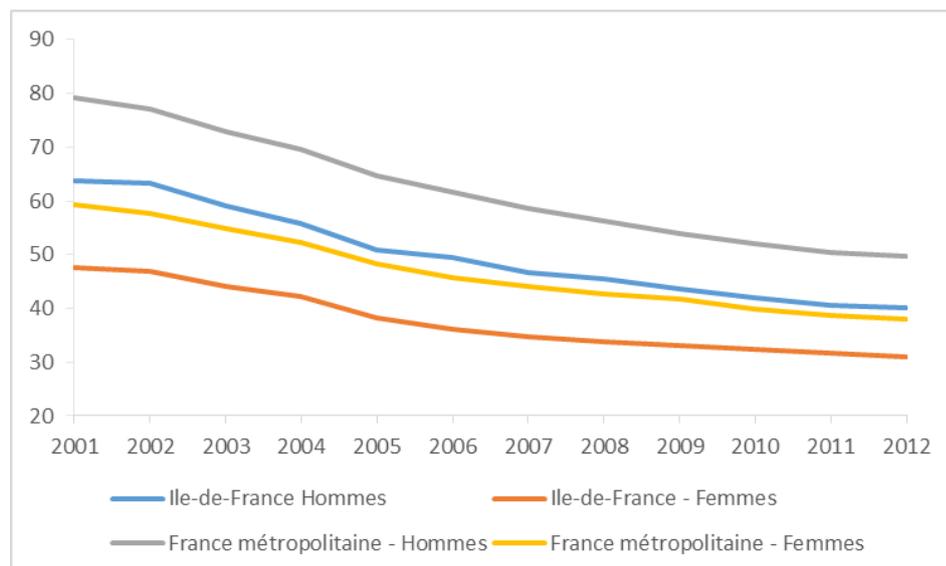
Au niveau régional

Sur la période 2011-2013, l'Île-de-France comptabilise 3 688 décès par maladie vasculaire cérébrale* en moyenne annuelle (1 539 chez les hommes et 2 148 chez les femmes). Les décès par maladie vasculaire cérébrale représentent 20,8 % des décès masculins par maladie circulatoire chez les hommes et 25,4 % des décès féminins par maladie circulatoire chez les femmes. Le taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale en Île-de-France s'élève à 34,8 pour 100 000 habitants (40,0 chez les hommes et 30,9 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain de 42,9 pour 100 000 habitants (48,9 chez les hommes et 37,6 chez les femmes).

Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale en Île-de-France a diminué de 3,8% en moyenne par an chez les hommes et de 3,5 % chez les femmes. Cette diminution est comparable à celle observée en France métropolitaine (3,8 % chez les hommes et 3,6 % chez les femmes).

La région présente le taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale le plus bas de France métropolitaine.

Figure 58. Évolution du taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale en Île-de-France et en France métropolitaine la période 2000-2002 et la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Au niveau départemental

Tableau 20. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par maladie vasculaire cérébrale en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès hommes	Taux bruts hommes	Nombre de décès femmes	Taux bruts femmes
Paris	284	26,9	427	36,0
Seine-et-Marne	181	27,4	242	35,0
Yvelines	189	27,4	273	37,6
Essonne	155	25,5	216	34,1
Hauts-de-Seine	204	26,9	311	37,4
Seine-Saint-Denis	170	22,5	217	27,7
Val-de-Marne	179	27,7	238	34,1
Val-d'Oise	161	27,9	204	33,5

Le niveau mortalité par maladie vasculaire cérébrale masculin est supérieur que celui féminin dans tous les départements franciliens.

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale varie de 35,4 pour 100 000 à Paris à 48,1 pour 100 000 dans le Val-d'Oise. Deux départements présentent une sous-mortalité significative par rapport au niveau régional : Paris et les Hauts-de-Seine. A l'inverse, dans deux autres départements : la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise, on observe une surmortalité significative par rapport au niveau régional. Pour les autres départements la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est comparable à celle d'Île-de-France.

Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale va de 27,1 pour 100 000 à Paris à 35,0 pour 100 000 dans le Val-d'Oise. Seulement Paris présente un niveau de mortalité par maladie vasculaire cérébrale significativement inférieur à celui d'Île-de-France. La Seine-et-Marne et le Val-d'Oise présentent des taux significativement supérieurs au taux régional. Pour les autres départements, la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est comparable à celle d'Île-de-France.

Figure 59. Taux standardisés de mortalité par maladie vasculaire cérébrale chez les hommes sur la période 2011-2013

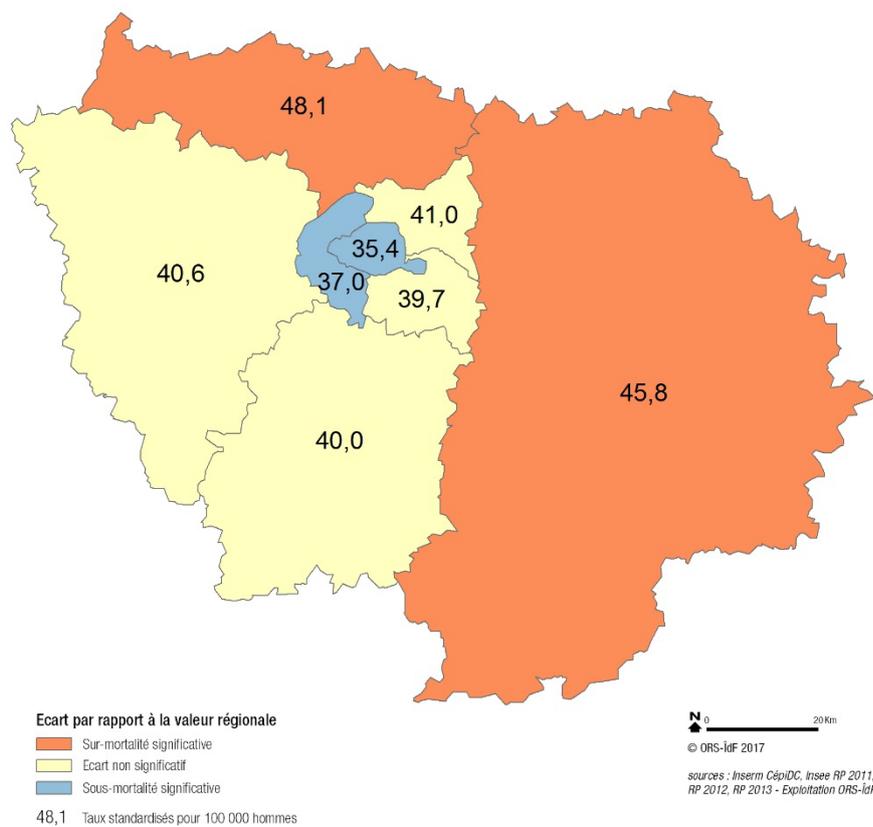
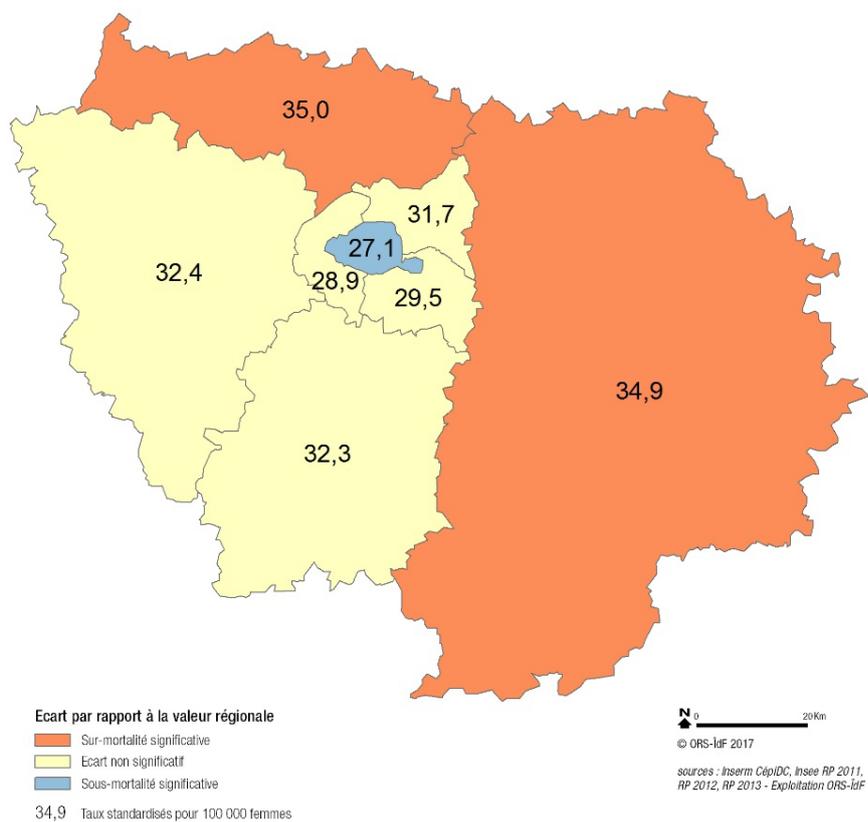


Figure 60. Taux standardisés de mortalité par maladie vasculaire cérébrale chez les femmes sur la période 2011-2013



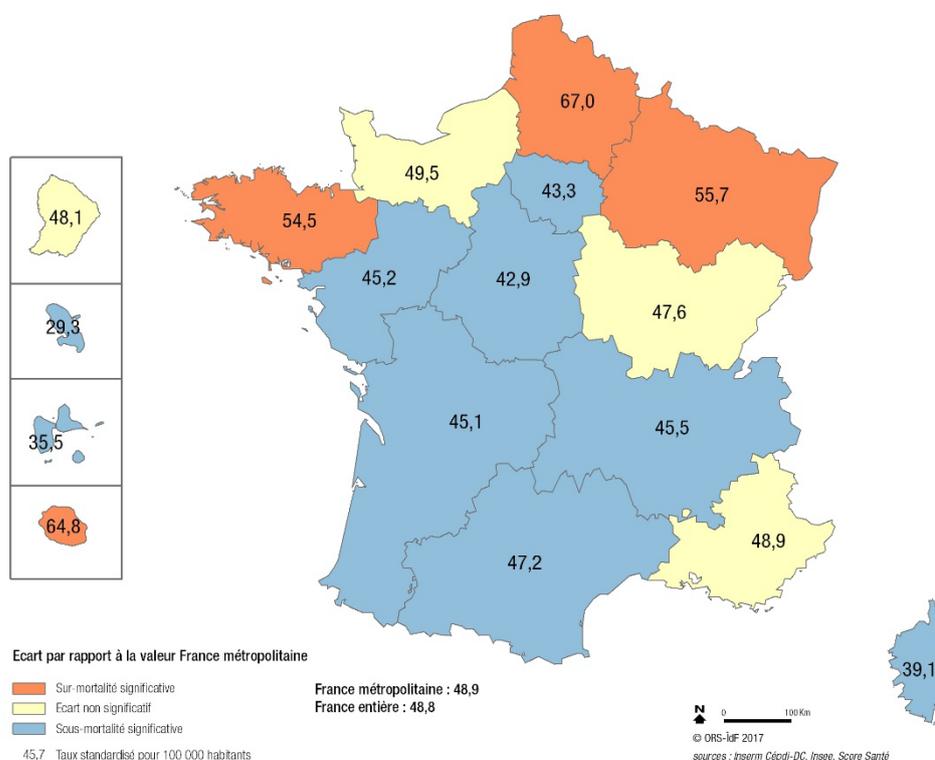
2.5 Mortalité par maladie de l'appareil respiratoire

Au niveau régional

Sur la période 2011-2013, l'Île-de-France comptabilise 4 562 décès par maladie de l'appareil respiratoire hors tumeurs en moyenne annuelle (2 231 chez les hommes et 2 331 chez les femmes). Les décès par maladie de l'appareil respiratoire représentent 6,2 % des décès chez les hommes et 6,4 % chez les femmes. Le taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire en Île-de-France s'élève à 43,3 pour 100 000 habitants (60,5 chez les hommes et 33,2 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain de 48,9 pour 100 000 habitants (70,4 chez les hommes et 35,1 chez les femmes).

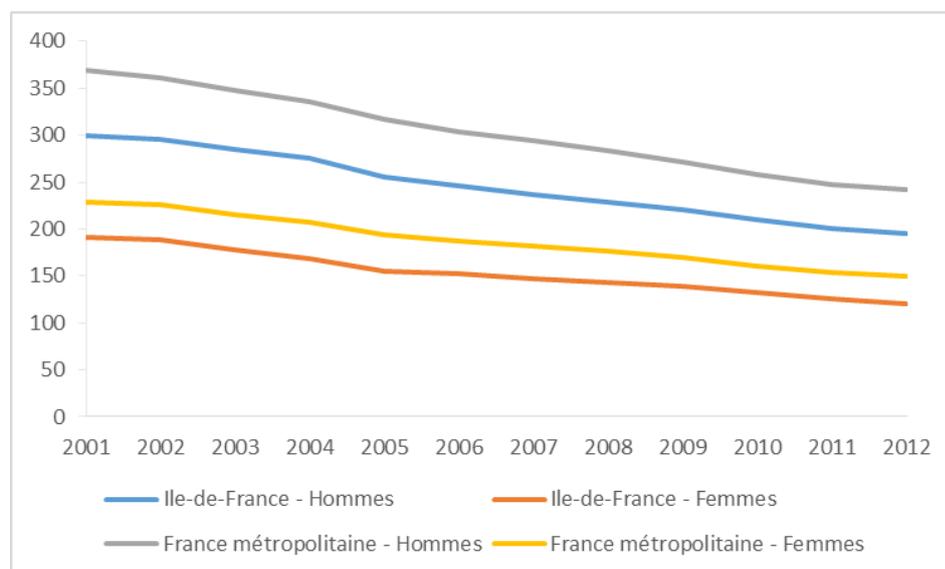
La région présente le troisième taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire le plus bas de France métropolitaine

Figure 61. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire sur la période 2011-2013



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par maladie circuloire en Île-de-France a diminué de 3,5 % en moyenne par an chez les hommes (diminution de 3,4 % en France métropolitaine) et de 3,8 % chez les femmes (diminution de 3,5 % en France métropolitaine).

Figure 62. Évolution du taux standardisé de mortalité par maladie circulaire en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Au niveau départemental

Tableau 21. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire en moyenne par an par département et par sexe sur la période 2011-2013

Départements	Nombre de décès hommes	Taux bruts hommes	Nombre de décès femmes	Taux bruts femmes
Paris	400	37,9	459	38,7
Seine-et-Marne	279	42,2	273	39,5
Yvelines	267	38,7	271	37,4
Essonne	234	38,6	218	34,5
Hauts-de-Seine	290	38,3	324	39,1
Seine-Saint-Denis	267	35,3	263	33,5
Val-de-Marne	265	41,1	280	40,2
Val-d'Oise	210	36,4	225	36,8

Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Le taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est plus important chez les hommes que chez les femmes dans tous les départements franciliens.

La situation de la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire au sein de la région est un peu contrastée.

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire varie de 50,8 pour 100 000 à Paris à 74,4 pour 100 000 en Seine-et-Marne. Deux départements présentent une sous-mortalité significative par rapport au niveau régional : Paris et les Hauts-de-Seine. Contrairement à trois autres départements : la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise, on observe une surmortalité significative par rapport au niveau régional. Pour les autres départements la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est comparable à celle d'Île-de-France.

Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire va de 28,4 pour 100 000 à Paris à 39,3 pour 100 000 en Seine-et-Marne. Deux départements présentent un niveau de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire significativement inférieur à celui d'Île-de-France : Paris et les Hauts-de-Seine. En revanche, on observe un taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire significativement supérieur au niveau régional en Seine-et-Marne, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise. Pour les autres départements la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est comparable à celle d'Île-de-France.

Figure 63. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire chez les hommes sur la période 2011-2013

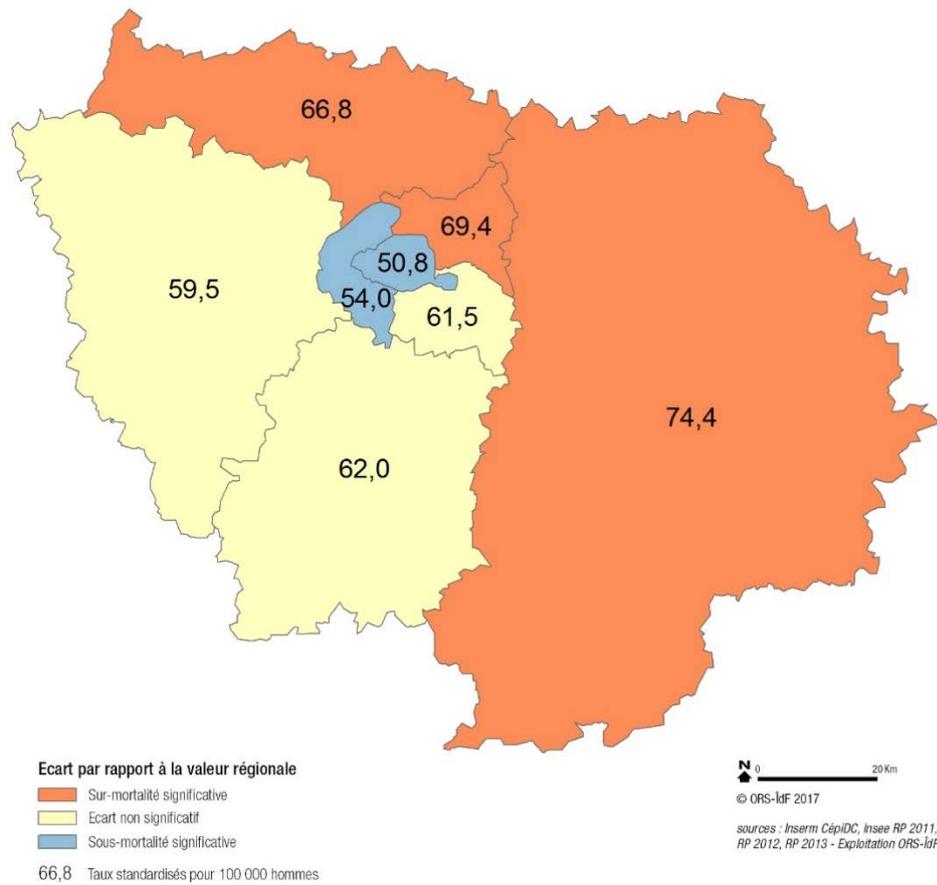
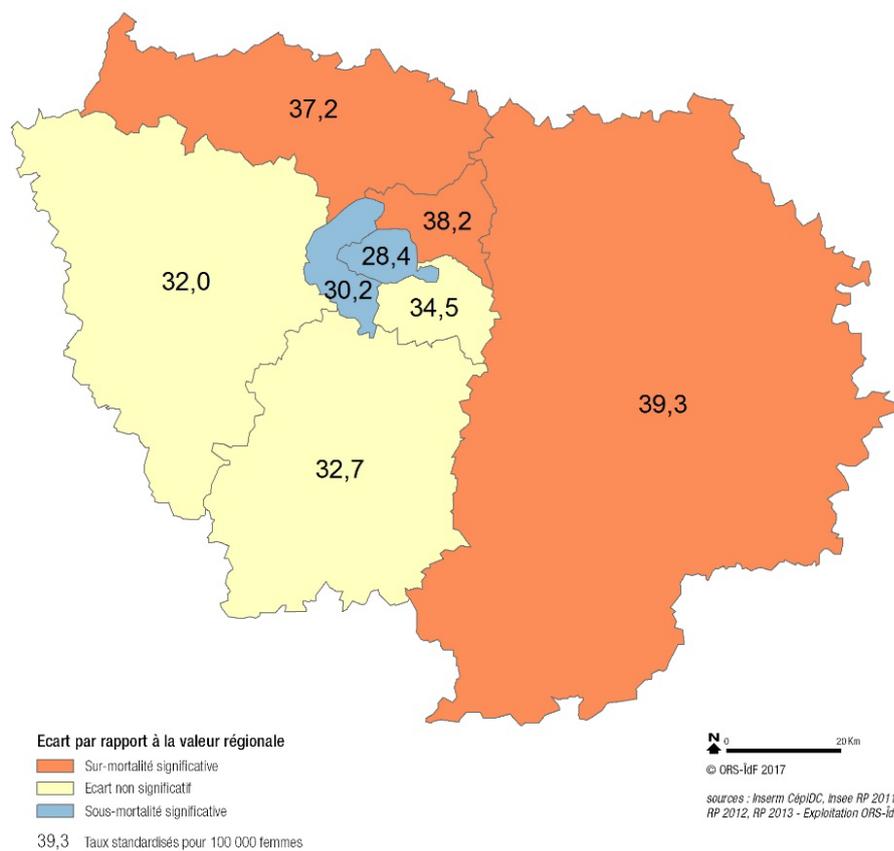


Figure 64. Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire chez les femmes sur la période 2011-2013



2.6 Mortalité «évitable»

Encadré 4. Définitions et limites de la mortalité « évitable »

Mortalité «évitable» par des actions de prévention :

Ensemble des causes de décès survenus avant 75 ans 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 interventions de santé publique axées sur des déterminants plus larges de la santé publique, tels que les facteurs de comportement et de mode de vie, le statut socioéconomique et les facteurs environnementaux.

Mortalité «évitable» par une meilleure prise en charge par le système de soins :

Ensemble des causes de décès survenus avant 75 ans qui, compte-tenu des connaissances médicales et techniques à la date du décès, **auraient pu être en grande partie évitées** grâce à une bonne qualité du système de soins.

Mortalité «évitable» :

Prend en compte simultanément l'une ou l'autre des définitions précédentes (chaque décès n'étant compté qu'une seule fois).

Limites

L'interprétation des indicateurs de mortalité « évitable » doit rester prudente et tenir compte d'un certain nombre de limitations. La prévalence et l'incidence des maladies ne sont pas prises en compte. Or la mortalité d'une zone géographique peut-être élevée parce que la prévalence est élevée alors que le système de soins est efficace. De même la mortalité peut augmenter uniquement parce que l'incidence d'une maladie progresse alors que le système de soins reste efficace. Les variations de mortalité dépendent également de facteurs socio-économiques qui peuvent masquer l'impact de l'efficacité du système de soins. De plus, une décision importante devra être prise concernant la prise en compte du total ou uniquement d'une partie des décès pour certaines causes (ex : la part des décès par cancer des poumons attribuable au tabac).

Limites spécifiques à l'Île-de-France :

Les décès par suicide sont sous-estimés en Île-de-France. En effet, il existe une sous-déclaration des décès par suicide dans les départements franciliens relevant territorialement de l'Institut médico-légal de Paris, soit tous les départements franciliens sauf le Val-d'Oise et les Yvelines.

Une étude de l'INSERM CépiDc sur les décès de 2006 en France métropolitaine montre une sous-estimation des décès par suicide de 9,4 % en France métropolitaine et de 48 % en Île-de-France.

Avec l'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population, en 2013, 58 % des personnes décédées en France métropolitaine étaient âgées de 80 ans ou plus. Les statistiques des causes de décès sont donc de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention.

L'indicateur de mortalité « évitable » a été utilisé à partir des années 90, dans les rapports successifs « La santé en France » du Haut comité de la santé publique. Il se décline en deux indicateurs : la mortalité «évitable» par une meilleure prise en charge par le système de soins, la mortalité évitable par des actions de prévention. Ces deux indicateurs de mortalité évitable sont basés sur l'idée que certains décès (pour des groupes d'âge spécifiques et dus à certaines causes de décès spécifiques) pourraient être évités, c'est-à-dire n'auraient pas eu lieu à ce stade avec une politique de santé publique et des interventions médicales plus efficaces.

Bien que les indicateurs de mortalité évitables ne soient pas une mesure précise de la qualité des soins de santé, ils fournissent une indication de la performance des soins de

Sur la période 2011-2013, plus de 15 000 décès en moyenne par an auraient pu en grande partie être évités en Île-de-France

santé et des politiques de santé publique dans un pays. Outre les soins de santé et les politiques de santé publique, d'autres facteurs liés à la probabilité que les individus contractent une maladie ou consultent un médecin, comme l'éducation, la classe sociale, les croyances en matière de santé, les coûts de traitement influencent le nombre de décès susceptibles d'être évités dans les pays. Les améliorations des politiques de santé devraient se traduire par une baisse des indicateurs de mortalité évitables. Cependant, il y aura probablement un long décalage entre la mise en œuvre des politiques de santé (soins) et les changements dans les taux de mortalité, et donc les conclusions doivent être tirées avec prudence.

Pour ce travail, la liste des décès évitables a été définie à partir d'une liste de codes de causes de décès élaborée par la « task-force » d'Eurostat sur les listes satellites (cf. annexe). Tant la liste des maladies que la limite d'âge reflètent les attentes actuelles en matière de santé, de connaissances et de technologies médicales, ainsi que de développements dans les politiques publiques de santé. Elles pourraient donc, à l'avenir, être modifiées.

En Île-de-France, sur la période 2011-2013, 15 268 décès pourraient être « évités » en moyenne chaque année, soit 21 % de l'ensemble des décès franciliens. Parmi ces décès, 7 089 auraient pu être évités par une meilleure prise en charge par le système de soins et 12 186 par des actions de prévention. Près de 65% des décès « évitables » sont masculins.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- Eurostat 2016, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics
- Office for national statistics definitions of avoidable mortality London, ONS, 2011 <http://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/east-of-england-respiratory-programme/news/ons-consultation-on-avoidable-mortality-closes-12-april>
- HCSP, Indicateurs de mortalité "prématurée" et "évitable", Documents, Avril 2013, 31p
- AMIEHS. Avoidable mortality in the European Union: Towards better indicators for the effectiveness of health systems, Final Report, 2011 <http://amiehs.lshtm.ac.uk/publications/reports/AMIEHS%20final%20report%20VOL%20I.pdf>
- ORS Aquitaine, La mortalité prématurée évitable en Aquitaine, Etude, Novembre 2012

Tableau 22. Nombre de décès « évitables » annuel moyen selon le type d'action par département sur la période 2011-2013

	Mortalité évitable	par une meilleure prise en charge par le système de soins	par des actions de prévention
Paris	2 512	1 234	2 007
Seine-et-Marne	1 928	856	1 548
Yvelines	1 881	845	1 525
Essonne	1 704	768	1 371
Hauts-de-Seine	1 851	829	1 495
Seine-Saint-Denis	2 070	1 004	1 612
Val-de-Marne	1 680	792	1 326
Val-d'Oise	1 643	761	1 302
Île-de-France	15 268	7 089	12 186
FRANCE MÉTRO	108 154	45 527	89 269

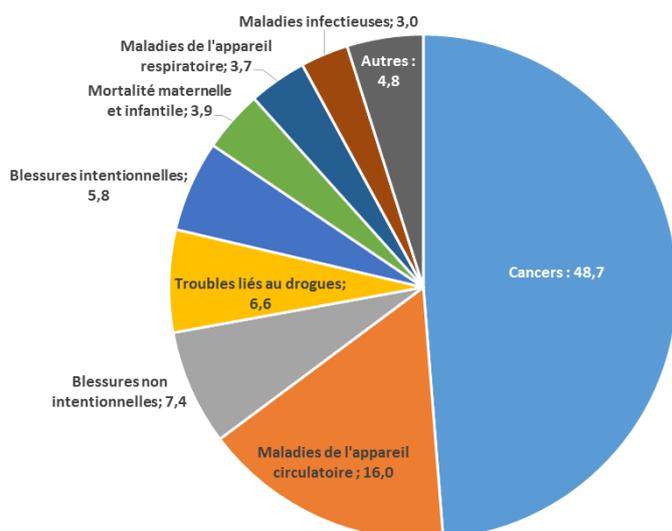
Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Chez les Franciliens, les principales causes de décès « évitables » sont dans l'ordre :

1. les cancers (48,7 % de l'ensemble des décès évitables) dont :
 - le cancer des poumons (19% de l'ensemble des décès évitables)
 - le cancer du sein (6,8 % de l'ensemble des décès évitables)
 - le cancer colorectal (6,1 % de l'ensemble des décès évitables)
2. les maladies de l'appareil circulatoire (16,0 % de l'ensemble des décès évitables) dont :
 - les cardiopathies ischémiques (7,7 % de l'ensemble des décès évitables)
3. les blessures non intentionnelles (7,4 % de l'ensemble des décès évitables)
4. les troubles liés à l'usage de drogues (6,6 % de l'ensemble des décès évitables) dont :
 - les maladies liées à l'alcool (6,4 % de l'ensemble des décès évitables)
5. les blessures intentionnelles (5,8 % de l'ensemble des décès évitables).

Les cancers sont la cause principale des « décès évitables »

Figure 65. Répartition des décès « évitables » par grandes causes sur la période 2011-2013 (%)



Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS Île-de-France

Sur la période 2011-2013, la mortalité « évitable », par une meilleure prise en charge par le système de soins et la mortalité « évitable » par des actions de prévention sont significativement inférieures à celles de France métropolitaine.

Au sein de la région, on observe d'importantes disparités départementales. La mortalité « évitable » est significativement supérieure au taux francilien en Seine-et-Marne, Essonne, Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise. Inversement, à Paris, dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne le niveau de mortalité « évitable » est significativement inférieur au taux francilien.

En ce qui concerne la mortalité « évitable » par une meilleure prise en charge par le système de soins, Paris, les Yvelines et les Hauts-de-Seine présente une sous mortalité par rapport au niveau régional significative. A l'inverse on observe une surmortalité significative en Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise. Le taux standardisé de l'Essonne et du Val-de-Marne sont comparable au niveau francilien.

Pour finir, le taux standardisé de mortalité « évitable » par des actions de prévention est significativement supérieur à la valeur régionale en Seine-et-Marne, Essonne, Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise. Il est comparable dans les Yvelines. Enfin, il est significativement inférieur au taux francilien à Paris, dans les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne.

La mortalité « évitable » est plus faible en Île-de-France qu'en France métropolitaine

Tableau 23. Taux standardisés de mortalité « évitable » selon le type d'action par département sur la période 2011-2013

Départements	Mortalité « évitable »	Intervalle de confiance	dont par une meilleure prise en charge par le système de soins	Intervalle de confiance	dont par des actions de prévention	Intervalle de confiance
Paris	128,5	[125,6 ; 131,5]	63,9	[61,8 ; 66,0]	102,1	[99,6 ; 104,8]
Seine-et-Marne	169,4	[165,0 ; 173,9]	76,3	[73,3 ; 79,4]	135,7	[131,7 ; 139,7]
Yvelines	148,9	[145,0 ; 152,9]	67,3	[64,7 ; 70,0]	120,7	[117,2 ; 124,3]
Essonne	158,8	[154,4 ; 163,3]	72,3	[69,3 ; 75,3]	127,8	[123,9 ; 131,8]
Hauts-de-Seine	141,5	[137,7 ; 145,3]	63,4	[60,9 ; 66,0]	114,8	[111,4 ; 118,2]
Seine-Saint-Denis	171,3	[166,9 ; 175,7]	83,5	[80,4 ; 86,6]	134,5	[130,7 ; 138,5]
Val-de-Marne	149,1	[145,0 ; 153,4]	70,7	[67,8 ; 73,6]	118,1	[114,4 ; 121,8]
Val-d'Oise	167	[162,3 ; 171,9]	78,6	[75,3 ; 82,0]	132,2	[128,0 ; 136,5]
Île-de-France	151,5	[150,1 ; 152,9]	70,9	[70,0 ; 71,9]	121,1	[119,8 ; 122,3]
FRANCE MÉTRO.	177,9	-	75	-	146,5	-

Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

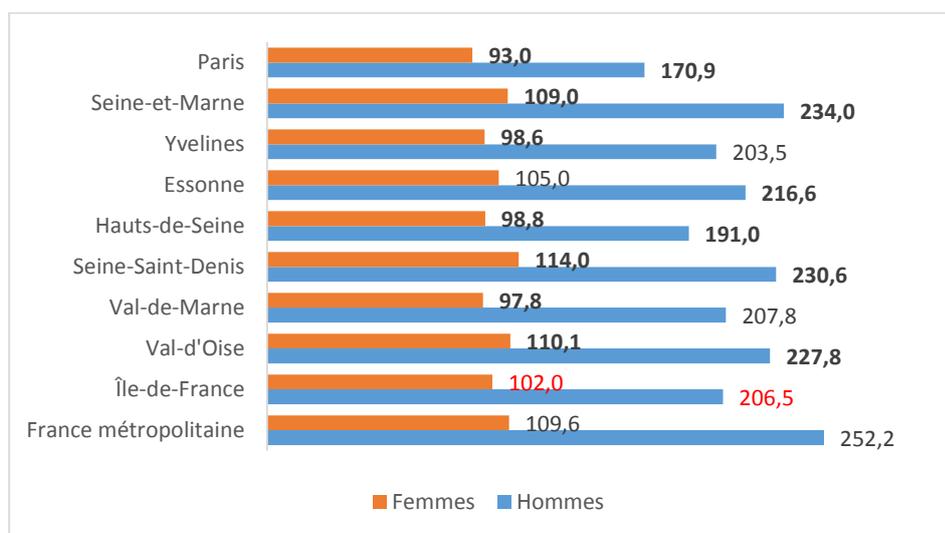
En **gras** : différences significative au seuil de 5% par rapport au taux d'Île-de-France

En **rouge** : différence significative au seuil de 5% par rapport à la France métropolitaine

Le taux de mortalité « évitable » chez les hommes est supérieur à celui des femmes pour tous les départements franciliens

La Seine-Saint-Denis présente le taux féminin de mortalité «évitable» le plus élevé des départements franciliens et Paris le plus bas. Chez les hommes, c'est en Seine-et-Marne que l'on observe le taux le plus fort et à Paris le taux le plus faible d'Île-de-France. Pour tous les départements franciliens le taux de mortalité «évitable»* chez les hommes est inférieur à celui de France métropolitaine alors que chez les femmes le taux de mortalité «évitable» en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise est supérieur au taux métropolitain.

Figure 66. Taux standardisés de mortalité «évitable» par sexe et par département sur la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

En **gras** : différences significative au seuil de 5% par rapport au taux d'Île-de-France

En **rouge** : différence significative au seuil de 5% par rapport à la France métropolitaine

Entre 2004-2006 et 2011-2013, on observe que le taux comparatif de mortalité «évitable» d'Île-de-France a diminué de 16,8 %. Les baisses de la mortalité «évitable» par une meilleure prise en charge par le système de soins (-19,7 %) et de celle par des actions de prévention (-17,2 %) sont proches.

Au cours de cette période, les évolutions observées en Île-de-France et en France métropolitaine sont comparables.

Au sein de la région, les baisses de mortalité «évitable» générale et par les deux types d'action sont les plus importantes à Paris. En revanche, le département de l'Essonne présente la plus faible diminution pour la mortalité «évitable» et pour la mortalité «évitable» par des actions de prévention. En ce qui concerne la mortalité «évitable» par une meilleure prise en charge par le système de soins la plus faible baisse est observée dans le Val-d'Oise.

Tableau 24. Evolution des taux standardisés de mortalité «évitable» selon le type d'action par département entre 2004-2006 et 2011-2013

Départements	mortalité évitable	dont par une meilleure prise en charge par le système de soins	dont par des actions de prévention
Paris	-20,6	-24,9	-20,2
Seine-et-Marne	-17,1	-19,1	-18,7
Yvelines	-14,9	-17,7	-15,8
Essonne	-14,3	-16,4	-13,7
Hauts-de-Seine	-16,6	-22,7	-16,5
Seine-Saint-Denis	-16,3	-17,2	-16,6
Val-de-Marne	-16,5	-20,2	-17,4
Val-d'Oise	-16,5	-14,8	-18,4
Île-de-France	-16,8	-19,7	-17,2
France métropo.	-14,9	-18,6	-14,6

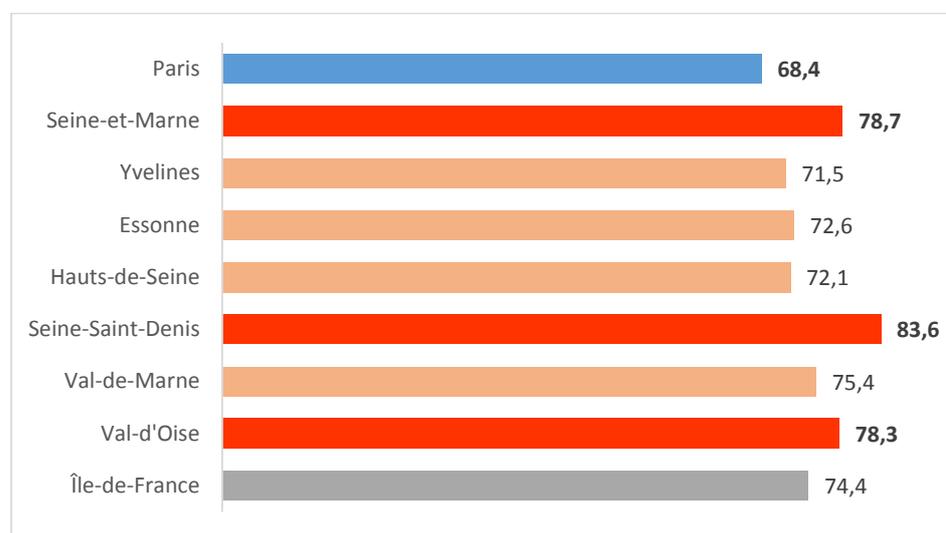
Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire représentent respectivement 48,7% et 16,0% des « décès évitables »

Sur la période 2011-2013 en Île-de-France, chaque année 7 443 décès par tumeurs survenus avant 75 ans auraient pu être « évités ». En Île-de-France, à structure par âge comparable, le taux de mortalité «évitable» par tumeurs est de 74,4 pour 100 000 habitants. On observe une forte disparité entre les départements : Paris présente une sous mortalité (68,4 pour 100 000 habitants) par rapport à la région et la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise une surmortalité (respectivement 83,6, 78,7 et 78,3 pour 100 000 habitants).

Figure 67. Taux standardisés de mortalité «évitable» par tumeurs par département sur la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

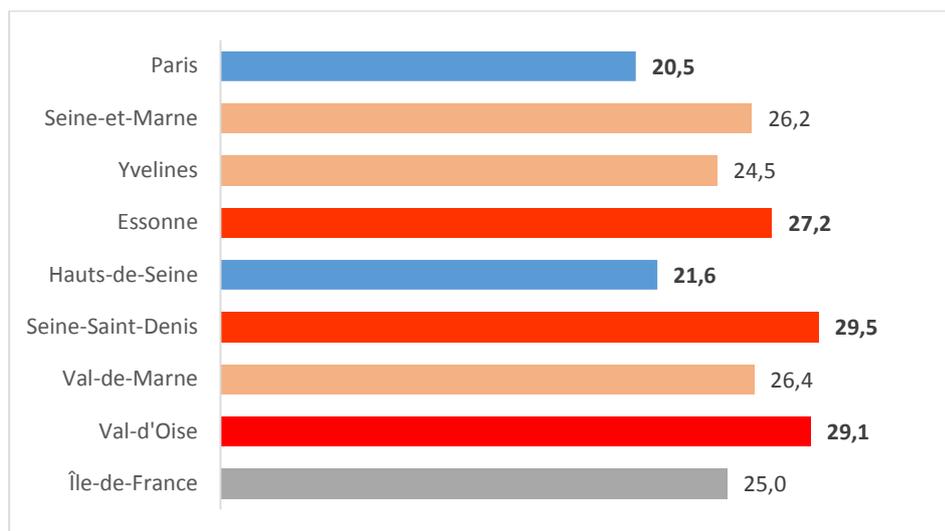
En rouge : les départements qui présentent une surmortalité (au seuil de 5%) par rapport au niveau régional

En bleu : les départements qui présentent une sous mortalité (au seuil de 5%) par rapport au niveau régional

En orange : pas de différence par rapport au niveau régional

Sur la période 2011-2013 en Île-de-France, chaque année 2 443 décès par maladies de l'appareil circulatoire survenus avant 75 ans auraient pu être évités. A structure par âge comparable, le taux de mortalité «évitable» par maladies de l'appareil circulatoire francilien est de 25,0 pour 100 000 habitants. On observe une forte disparité entre les départements : Paris et les Hauts-de-Seine présentent une sous mortalité (respectivement 20,5 et 21,6 pour 100 000 habitants) par rapport à la région et la Seine-Saint-Denis, le Val-d'Oise et l'Essonne une surmortalité (respectivement 29,5, 29,1 et 27,2 pour 100 000 habitants).

Figure 68. Taux standardisés de mortalité «évitable» par maladies circulatoires par département sur la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France

* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

En **rouge** : les départements qui présentent une surmortalité (au seuil de 5 %) par rapport au niveau régional

En **bleu** : les départements qui présentent une sous mortalité (au seuil de 5 %) par rapport au niveau régional

En **orange** : pas de différence par rapport au niveau régional

2.7 Mortalité infantile

Encadré 5. Méthodologie pour la mortalité infantile

Les données de dénombrement des décès domiciliés et des naissances vivantes ont été obtenues auprès de l'INSEE et de ses données issues de l'état-civil, pour la période couvrant les années 1990 à 2015, pour l'Île-de-France et ses départements, ainsi que pour la France métropolitaine. Ces données sont rapportées au lieu de domicile, et proviennent des statistiques annuelles sur les naissances et les décès, mises à disposition par l'Insee sur son site internet : <http://www.insee.fr/fr/>.

Les causes de décès infantiles ont également été décrites à partir des données INSERM issues du CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

Les certificats médicaux de décès mentionnent pour chaque décès la cause initiale de la mort ainsi que les causes associées. Les causes de décès sont codées selon la Classification Internationale des Maladies (9^{ème} révision entre 1990 et 1999, et 10^{ème} révision depuis 2000).

Le CépiDc gère la base de données. Les données sont transmises aux ORS dans le cadre d'une convention entre cet organisme et la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS).

Les données les plus récentes disponibles dans ce document couvrent l'année 2013.

Taux de mortalité infantile : Nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an, rapporté au nombre de naissances vivantes.

Taux de mortalité néonatale : Nombre de décès d'enfants âgés de moins de 28 jours, rapporté au nombre de naissances vivantes.

Taux de mortalité post-néonatale : Nombre de décès d'enfants âgés d'au moins 28 jours et de moins d'un an, rapporté au nombre de naissances vivantes.

Tous les taux de mortalité sont calculés et exprimés pour 1 000 naissances vivantes.

Méthodologie

Les différents taux de mortalité infantile sont calculés pour des périodes regroupées de trois années, afin de s'assurer d'avoir des effectifs suffisants pour les indicateurs décrits. Pour ces différents taux, des pourcentages d'évolution sont calculés à partir de taux lissés sur des périodes de 3 ans, afin de limiter l'impact des variations sur de courtes périodes. Les périodes d'évolution vont de 1991 à 2014 d'une part, et de 2005 à 2014 d'autre part. Il s'agit des années centrales des périodes dont les évolutions sont décrites.

Des tests de comparaison sont établis entre les différents niveaux géographiques étudiés : les taux des départements ont pour référence celui de la région Île-de-France. Les taux régionaux sont, eux, comparés au taux correspondant pour la France métropolitaine. Les intervalles de confiance des différents indicateurs sont calculés à 95 %, et les tests de significativité sont établis au seuil de 5 %.

Pour tous les indicateurs décrits, des tableaux détaillés avec des taux annuels sont présentés en annexe.

2.7.1 Mortalité infantile

Au cours de la période de 3 ans entre 2013 et 2015, un peu plus de 680 décès infantiles survenus avant l'âge d'un an ont été enregistrés en moyenne chaque année pour l'ensemble de la région Île-de-France. Le taux de mortalité infantile régional, lissé sur 3 ans, s'élève à 3,78 ‰, et est significativement supérieur à celui de la France métropolitaine (3,36 ‰).

Cinq des huit départements d'Île-de-France ont un taux de mortalité infantile significativement différent du taux régional : les Yvelines (3,1 ‰), les Hauts-de-Seine (3,28 ‰) et Paris (3,34 ‰) sont en situation de sous-mortalité infantile par rapport à l'ensemble de la région Île-de-France. À l'inverse, le Val-d'Oise (4,55 ‰) et la Seine-Saint-Denis (4,76 ‰) présentent un taux de mortalité infantile significativement supérieur à celui de la région.

Tableau 25. Taux de mortalité infantile (‰) pour différentes zones géographiques et pour la période 2013-2015

	Nombre annuel moyen de décès infantiles	Nombre annuel moyen de naissances	Taux de mortalité infantile (‰)	Taux de mortalité infantile - intervalle de confiance à 95 %
Paris	96	28 782	3,3*	[2,95 ; 3,72]
Seine-et-Marne	73	19 412	3,8	[3,28 ; 4,28]
Yvelines	61	19 540	3,1*	[2,65 ; 3,56]
Essonne	71	18 839	3,7	[3,25 ; 4,26]
Hauts-de-Seine	80	24 418	3,3*	[2,86 ; 3,69]
Seine-Saint-Denis	139	29 161	4,8*	[4,30 ; 5,21]
Val-de-Marne	75	21 123	3,5	[3,07 ; 4,00]
Val-d'Oise	89	19 642	4,5*	[4,00 ; 5,09]
Île-de-France	683	180 917	3,8**	[3,61 ; 3,94]
FRANCE MÉTROPOLITAINE	2 625	782 062	3,4	[3,28 ; 3,43]

Source : INSEE, statistiques de l'état civil

* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la région Île-de-France

** Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Globalement, entre 1991 et 2014, le taux de mortalité infantile (lissé sur 3 ans) a diminué de 47,9 % pour la région Île-de-France. Des tendances globalement similaires sont observées pour l'ensemble des huit départements. En ne prenant en compte que la période 2005-2014, ce taux a diminué de 5 %, avec des disparités entre départements : des diminutions plus marquées sont relevées pour Paris (-15,4 %, taux de 3,3 ‰), les Yvelines (-11,4 %, taux de 3,1 ‰), et la Seine-Saint-Denis (-9,1 %, taux de 4,4 ‰). Une hausse est observée pour le Val-d'Oise (+2,3 %, taux de 4,5 ‰).

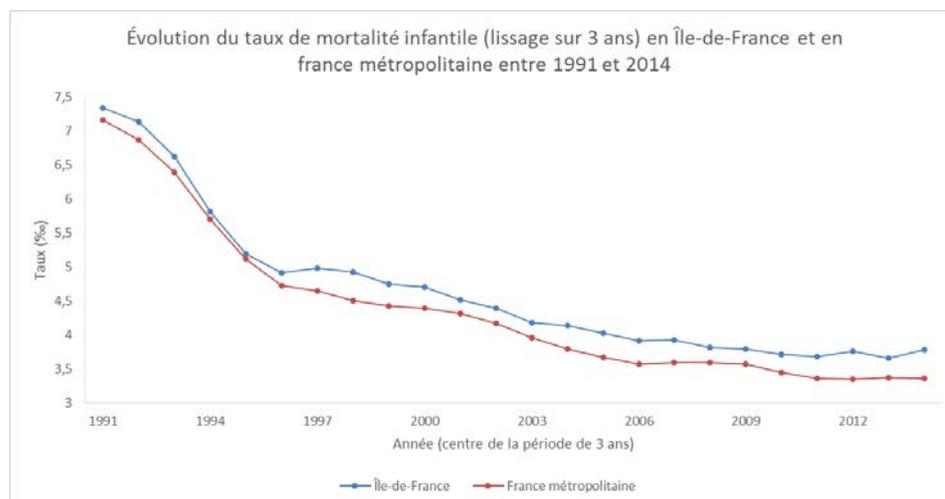
Tableau 26. Taux de mortalité infantile (%) lissés sur 3 ans et évolution par zone géographique entre 1991 et 2014

	1990-1992	2004-2006	2013-2015	Évolution 1991-2014 (%)	Évolution 2005-2014 (%)
Paris	7,7	3,9	3,3	-57,1	-15,4
Seine-et-Marne	7,9	3,9	3,8	-51,9	-2,6
Yvelines	7,2	3,5	3,1	-56,9	-11,4
Essonne	7,2	4,0	3,8	-47,2	-5,0
Hauts-de-Seine	6,5	3,3	3,3	-49,2	0,0
Seine-Saint-Denis	7,6	5,3	4,8	-36,8	-9,4
Val-de-Marne	6,5	3,6	3,5	-46,2	-2,8
Val-d'Oise	8,0	4,4	4,5	-43,8	2,3
Île-de-France	7,3	4,0	3,8	-47,9	-5,0
FRANCE MÉTROPOLITAINE	7,2	3,7	3,4	-52,8	-8,1

Source : INSEE, statistiques de l'état civil

Ces tendances sont illustrées par le graphique suivant, décrivant le taux de mortalité infantile lissé sur 3 ans pour la région et la France métropolitaine. Pour la grande majorité des années de la période 1990-2015, le taux de mortalité infantile de la région Île-de-France est plus élevé que celui de la France métropolitaine.

Figure 69. Évolution du taux de mortalité infantile entre 1991 et 2014

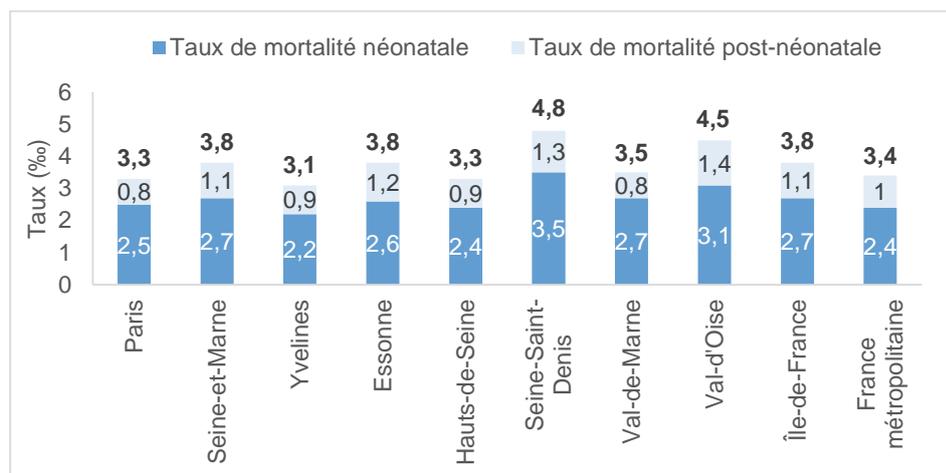


Source : INSEE, statistiques de l'état civil

On distingue plusieurs sous-types de mortalité infantile. La mortalité néonatale, qui concerne les enfants âgés de moins de 28 jours au moment du décès, et la mortalité post-néonatale, qui regroupe les enfants décédés entre l'âge de 28 jours et d'un an.

Le graphique ci-dessous présente les taux de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile (indiqué en gras, correspondant à la somme du taux néonatal et post-néonatal), lissés sur 3 ans pour la période 2013-2015, pour les départements franciliens, la région Île-de-France, et la France métropolitaine.

Figure 70. Mortalité néonatale et post-néonatale par département 2013 - 2015



Source : INSEE, statistiques de l'état civil
En gras, la mortalité infantile

2.7.2 Mortalité néonatale

Entre 2013 et 2015, 493 décès observés avant l'âge de 28 jours ont été enregistrés en moyenne chaque année pour l'ensemble de la région Île-de-France. Le taux de mortalité néonatale régional, lissé sur 3 ans, est de 2,7 ‰, et est significativement supérieur à celui de la France métropolitaine (2,4 ‰).

Description du taux de mortalité néonatale pour la période 2013-2015

Pour la période 2013-2015, la région Île-de-France est en situation de surmortalité néonatale significative par rapport à la France métropolitaine (2,7 ‰ contre 2,4 ‰). À l'intérieur de la région, deux départements ont un taux significativement différent par rapport à celui de l'Île-de-France. Les Yvelines sont en situation de sous-mortalité (taux de mortalité néonatale de 2,2 ‰), à l'inverse de la Seine-Saint-Denis, dont le taux est significativement supérieur au taux régional (taux de 3,45 ‰).

Tableau 27. Taux de mortalité néonatale (‰) pour différentes zones géographiques et pour la période 2013-2015

	Nombre annuel moyen de décès néonataux	Nombre annuel moyen de naissances vivantes	Taux de mortalité néonatale (‰)	Taux de mortalité néonatale – intervalle de confiance à 95 %
Paris	72	28 782	2,5	[2,16 ; 2,82]
Seine-et-Marne	52	19 412	2,7	[2,26 ; 3,10]
Yvelines	44	19 540	2,2	[1,85 ; 2,62]
Essonne	49	18 839	2,6	[2,16 ; 3,00]
Hauts-de-Seine	58	24 418	2,4	[2,01 ; 2,71]
Seine-Saint-Denis	101	29 161	3,4	[3,06 ; 3,84]
Val-de-Marne	58	21 123	2,7	[2,32 ; 3,14]
Val-d'Oise	61	19 642	3,1	[2,66 ; 3,55]
Île-de-France	493	180 917	2,7**	[2,59 ; 2,86]
FRANCE MÉTROPOLITAINE	1841	782 062	2,3	[2,29 ; 2,42]

Source : INSEE, statistiques de l'état civil

* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la région Île-de-France

** Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Entre 1991 et 2014, le taux de mortalité néonatale lissé sur 3 ans est passé de 3,6 ‰ à 2,7 ‰ en Île-de-France. Durant la même période, ce taux a varié de 3,5 ‰ à 2,4 ‰ pour l'ensemble de la France métropolitaine. En prenant en compte la période 2005-2014, ce taux est stable, tant pour la région Île-de-France que pour la France métropolitaine. Une hausse du taux de mortalité néonatale est visible entre 2005 et 2015 dans le Val-de-Marne (+12,5 %).

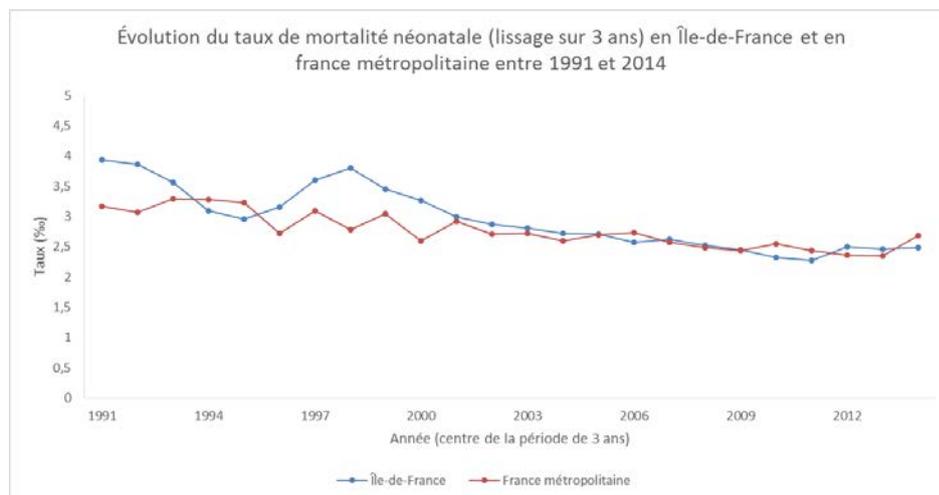
Tableau 28. Taux de mortalité néonatale (‰) lissés sur 3 ans et évolution par zone géographique entre 1991 et 2014

	1990-1992	2004-2006	2013-2015	Évolution 1991-2014 (%)	Évolution 2005-2014 (%)
Paris	3,9	2,7	2,5	-35,9	-7,4
Seine-et-Marne	3,2	2,7	2,7	-15,6	0,0
Yvelines	3,7	2,4	2,2	-40,5	-8,3
Essonne	3,3	2,7	2,6	-21,2	-3,7
Hauts-de-Seine	3,1	2,3	2,4	-22,6	4,3
Seine-Saint-Denis	4,1	3,7	3,5	-14,6	-5,4
Val-de-Marne	3,1	2,4	2,7	-12,9	12,5
Val-d'Oise	3,8	3,0	3,1	-18,4	3,3
Île-de-France	3,6	2,7	2,7	-25,0	0,0
FRANCE MÉTROPOLITAINE	3,5	2,4	2,4	-31,4	0,0

Source : INSEE, statistiques de l'état civil

Le graphique suivant illustre, pour chaque année de la période 1991-2014, l'évolution du taux de mortalité néonatale lissé sur 3 ans au niveau régional et national (France métropolitaine).

Figure 71. Évolution de la mortalité néonatale entre 1991 et 2014



Source : INSEE, statistiques de l'état civil

2.7.3 Mortalité post-néonatale

Durant la période 2013-2015, 190 décès observés entre l'âge de 28 jours et d'un an ont été enregistrés en moyenne chaque année pour l'ensemble de la région Île-de-France. Le taux de mortalité post-néonatale régional, lissé sur 3 ans, est de 1,1 ‰, et est comparable à celui de la France métropolitaine (1,0 ‰).

Entre les années 2013 et 2015, aucune situation de surmortalité ou sous-mortalité post-néonatale n'est observée, que ce soit pour les départements vis-à-vis du territoire francilien, ou pour la région Île-de-France par rapport à la France métropolitaine.

Cependant, cette absence de différence peut être liée au faible nombre de décès post-néonataux observés.

Tableau 29. Taux de mortalité post-néonatale (‰) pour différentes zones géographiques et pour la période 2013-2015

	Nombre annuel moyen de décès post-néonataux	Nombre annuel moyen de naissances vivantes	Taux de mortalité post-néonatale (‰)	Taux de mortalité post-néonatale – intervalle de confiance à 95 %
Paris	24	28 782	0,8	[0,65 ; 1,04]
Seine-et-Marne	21	19 412	1,1	[0,83 ; 1,37]
Yvelines	17	19 540	0,9	[0,63 ; 1,11]
Essonne	22	18 839	1,2	[0,89 ; 1,45]
Hauts-de-Seine	22	24 418	0,9	[0,70 ; 1,13]
Seine-Saint-Denis	38	29 161	1,3	[1,06 ; 1,54]
Val-de-Marne	17	21 123	0,8	[0,58 ; 1,03]
Val-d'Oise	28	19 642	1,4	[1,14 ; 1,75]
Île-de-France	190	180 917	1,1	[0,97 ; 1,14]
FRANCE MÉTROPOLITAINE	784	782 062	1,0	[0,96 ; 1,04]

Source : INSEE, statistiques de l'état civil

* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la région Île-de-France

** Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Entre 1991 et 2014, le taux de mortalité post-néonatale lissé sur 3 ans a fortement diminué, passant de 3,8 ‰ à 1,1 ‰ en Île-de-France. Durant la même période, ce taux a varié de 3,7 ‰ à 1,0 ‰ pour l'ensemble de la France métropolitaine. En prenant en compte la période 2005-2014, cette tendance à la baisse reste nettement visible, bien que plus disparate. Les diminutions les plus marquées sont observées pour Paris et le Val-de-Marne, qui sont les deux départements d'Île-de-France avec le taux de mortalité post-néonatale le plus faible (0,8 ‰). Les taux franciliens les plus élevés concernent le Val-d'Oise (1,4 ‰) et la Seine-Saint-Denis (1,3 ‰).

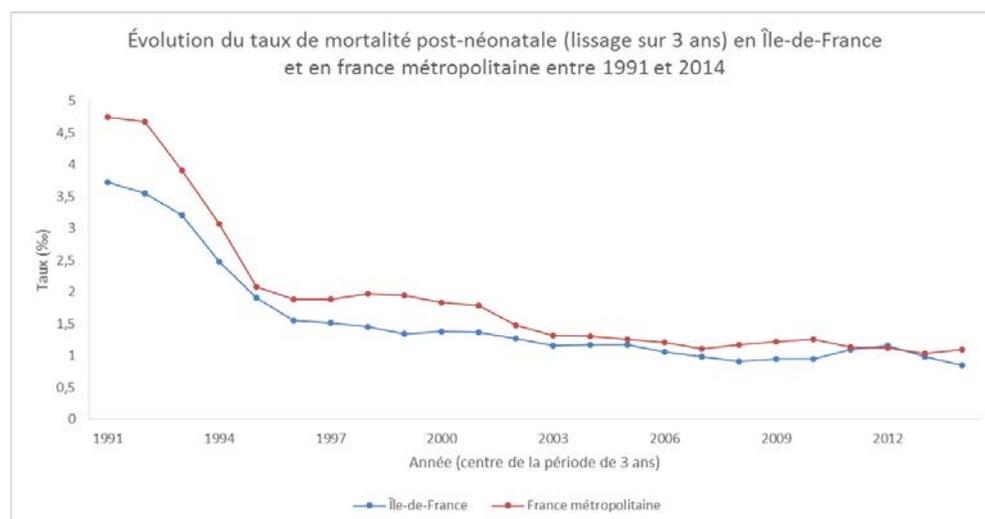
Tableau 30. Taux de mortalité post-néonatale (‰) lissés sur 3 ans et évolution par zone géographique entre 1991 et 2014

	1990-1992	2004-2006	2013-2015	Évolution 1991-2014 (%)	Évolution 2005-2014 (%)
Paris	3,7	1,2	0,8	-78,4	-33,3
Seine-et-Marne	4,8	1,3	1,1	-77,1	-15,4
Yvelines	3,6	1,2	0,9	-75,0	-25,0
Essonne	4,0	1,3	1,2	-70,0	-7,7
Hauts-de-Seine	3,4	1,0	0,9	-73,5	-10,0
Seine-Saint-Denis	3,5	1,7	1,3	-62,9	-23,5
Val-de-Marne	3,4	1,2	0,8	-76,5	-33,3
Val-d'Oise	4,2	1,5	1,4	-66,7	-6,7
Île-de-France	3,8	1,3	1,1	-71,1	-15,4
FRANCE MÉTROPOLITAINE	3,7	1,3	1,0	-73,0	-23,1

Source : INSEE, statistiques de l'état civil

Le graphique suivant illustre, pour chaque année de la période 1991-2014, l'évolution du taux de mortalité néonatale au niveau régional et national (France métropolitaine). La majeure partie de la baisse observée durant les 25 ans décrits est imputable à la période 1990-1995. La baisse du taux se poursuit lors des années suivantes, mais de façon atténuée.

Figure 72. Évolution du taux de mortalité post-néonatale entre 1991 et 2014



Source : INSEE, statistiques de l'état civil

2.7.4 Description des causes de décès infantiles

Le tableau suivant décrit donc les décès infantiles pour la période 2009-2013, en Île-de-France et en France métropolitaine, selon différentes causes de mortalité. Quasiment la moitié des décès concerne le chapitre CIM-10 « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période néonatale ». Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques regroupent un peu plus de 20 % des décès infantiles, avec des proportions variant entre 18 et 23 % selon les zones.

Le chapitre regroupant les symptômes et états morbides mal définis rassemble quant à lui environ de 15 % des décès. En considérant de façon spécifique le syndrome de mort subite du nourrisson, la proportion parmi l'ensemble des décès est de 7,5 % en France métropolitaine et de 5,4 % en Île-de-France.

Tableau 31. Description des décès infantiles selon différentes causes pour la période 2009-2013 pour les départements, la région Île-de-France et la France métropolitaine (données domiciliées)

Nombre, répartition selon la cause et taux de mortalité pour 1000 naissances vivantes

Cause \ Zone géographique	75	77	78	91	92	93	94	95	ÎdF	FRANCE MÉTRO
P00-P99 - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période néonatale	284	180	157	165	218	319	206	205	1 734	6 662
→ Part parmi l'ensemble des décès avant 1 an (%)	52,6	52,0	49,1	50,2	52,3	47,1	55,5	51,8	51,1	48,8
→ Mortalité pour 1000 naissances vivantes (‰)	1,9	1,8	1,6	1,8	1,7	2,2	2,0	2,1	1,9	1,7
Q00-Q99 - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	111	63	72	70	95	145	74	90	720	2 800
→ Part parmi l'ensemble des décès avant 1 an (%)	20,6	18,2	22,5	21,3	22,8	21,4	19,9	22,7	21,2	20,5
→ Mortalité pour 1000 naissances vivantes (‰)	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	1,0	0,7	0,9	0,6	0,2
R00-R99 - Symptômes et états morbides mal définis	65	71	35	50	65	118	39	51	494	2164
→ Part parmi l'ensemble des décès avant 1 an (%)	12,0	20,5	10,9	15,2	15,6	17,4	10,5	12,9	14,5	15,9
Mortalité pour 1000 naissances vivantes (‰)	0,4	0,7	0,4	0,5	0,5	0,8	0,4	0,5	0,5	0,5
→ dont R95 - Syndrome de mort subite du nourrisson	19	29	14	21	21	36	20	22	182	1 029
→ Part parmi l'ensemble des décès avant 1 an (%)	3,5	8,4	4,4	6,4	5,0	5,3	5,4	5,6	5,4	7,5
→ Mortalité pour 1000 naissances vivantes (‰)	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
Autres causes de décès	80	32	56	44	39	95	52	50	448	2 019
→ Part parmi l'ensemble des décès avant 1 an (%)	14,8	9,2	17,5	13,4	9,4	14,0	14,0	12,6	13,2	14,8
→ Mortalité pour 1000 naissances vivantes (‰)	0,5	0,3	0,6	0,5	0,3	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5
Total	540	346	320	329	417	677	371	396	3 396	13 645
Mortalité pour 1000 naissances vivantes (‰)	3,6	3,5	3,2	3,6	3,3	4,7	3,5	4,1	3,7	3,5

Source : INSERM CépiDc, INSEE, statistiques de l'état civil

2.7.5 Conclusion

En synthèse, une amélioration notable de la mortalité infantile peut-être observée depuis 1990, que ce soit en Île-de-France ou en France métropolitaine. Elle est en grande partie liée à la mortalité post-néonatale (entre 28 jours et un an après la naissance), dont la proportion parmi les décès infantiles a grandement diminué, passant de plus de 50 % en 1990 à environ 25 % en 2015. Cette baisse est en lien notamment avec la politique de prévention de la mort subite du nourrisson.

Si l'Île-de-France présente dans son ensemble des indicateurs moins satisfaisants que la métropole, à l'intérieur même de la région, des disparités sont visibles.

Le Val-d'Oise et la Seine-Saint-Denis sont les départements avec les taux de mortalité les plus élevés, et avec une situation de surmortalité infantile par rapport à l'ensemble de la région. À l'inverse, Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines sont en sous-mortalité infantile.

3 | ESPÉRANCE DE VIE

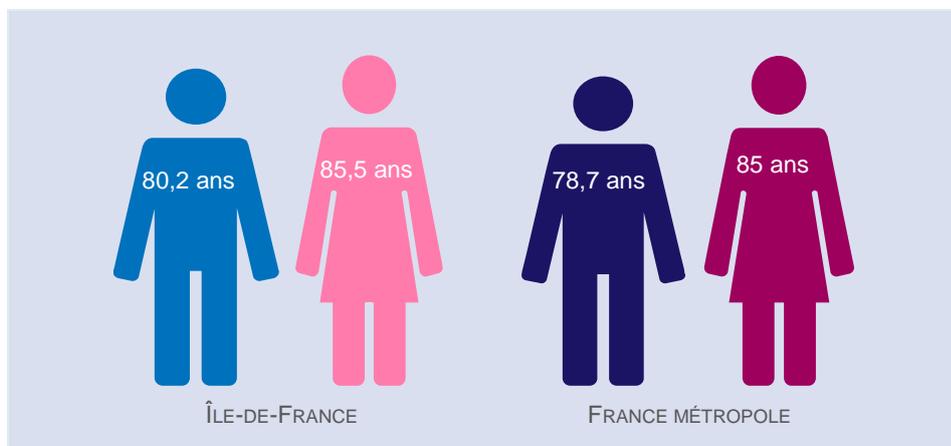
Encadré 6. Sources de données pour le calcul de l'espérance de vie

Espérance de vie à la naissance : L'espérance de vie à la naissance* est le nombre d'années que l'on peut s'attendre à vivre à un âge donné, dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Insee, État Civil

L'Île-de-France présente une espérance de vie à la naissance de 80,8 ans chez les hommes et de 85,9 ans chez les femmes.

Figure 73. Espérance de vie à la naissance en 2014



L'Île-de-France présente l'une des espérances de vie les plus élevées d'Europe.

Source : Insee, État Civil, Estimations de population.

L'espérance de vie à la naissance en Île-de-France est une des plus élevées d'Europe et la plus importante parmi les régions de France chez les hommes et une des plus importantes chez les femmes avec la région Pays de la Loire.

3.1 Espérance de vie à la naissance

Entre 2000 et 2014, l'espérance de vie à la naissance en Île-de-France a augmenté de façon comparable à celle de France (+4,2 années chez les hommes et +2,7 années chez les femmes). À l'horizon 2040, les projections de l'Insee estiment que les espérances de vie à la naissance seront de 84,9 ans pour les hommes et de 87,4 ans pour les femmes.

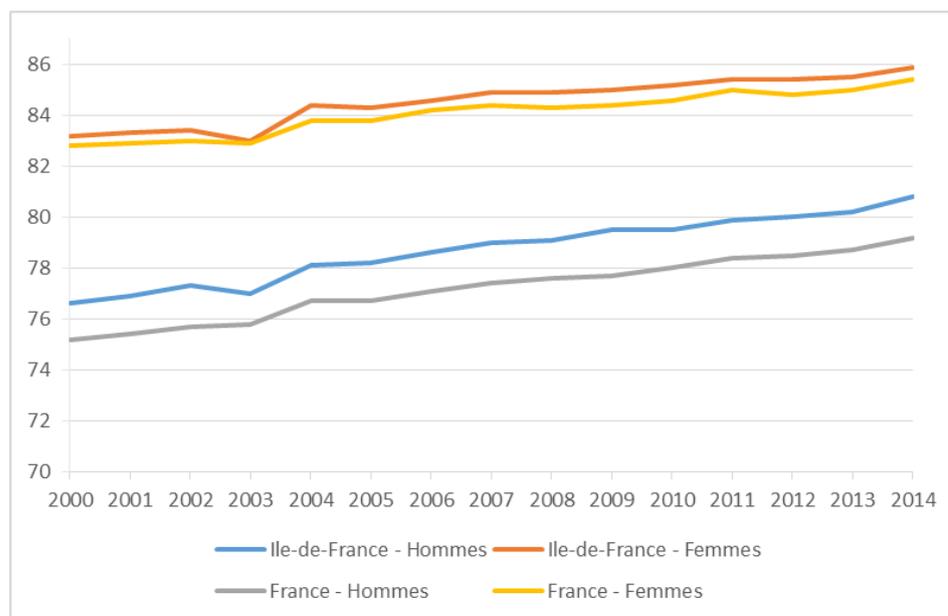
L'espérance de vie a augmenté de 4, 2 ans chez les hommes en 14 ans en Île-de-France

Tableau 32. Espérance de vie à la naissance par sexe et par région en 2014

	Espérance de vie à la naissance en 2014	
	Hommes	Femmes
Auvergne-Rhône-Alpes	80,1	85,8
Bourgogne-Franche-Comté	78,7	85,0
Bretagne	78,3	85,0
Centre-Val de Loire	79,1	85,4
Corse	79,9	85,4
Grand Est	78,6	84,6
Hauts-de-France	76,9	83,6
Île-de-France	80,8	85,9
Normandie	78,0	84,5
Nouvelle-Aquitaine	79,4	85,4
Occitanie	79,7	85,6
Pays de la Loire	79,5	85,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	79,7	85,5
France métropolitaine hors IDF	79,0	85,2
FRANCE MÉTROPOLITAINE	79,3	85,4

Source : Insee, État Civil, Estimations de population.

Figure 74. Évolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe en Île-de-France et en France entre 2000 et 2014



Source : Insee, État Civil, Estimations de population.

Au sein de l'Île-de-France, on remarque de fortes disparités entre les départements. En 2014, chez les hommes, on observe une différence de 2,1 années entre Paris et la Seine-Saint-Denis. Cet écart semble se réduire au cours du temps car il était de 2,4 années en 2000. Chez les femmes, l'écart d'espérance de vie maximum est observé entre la Seine-et-Marne et Paris (1,8 année). Contrairement aux hommes, les différences entre les départements se renforcent car l'écart entre ces deux départements était de 1,3 année.

Les écarts départementaux semblent se réduire face à l'espérance de vie chez les hommes

Tableau 33. Espérance de vie à la naissance par département et par sexe en 2000 et 2014

	Hommes		Femmes	
	2000	2014	2000	2014
Paris	77,5	81,6	83,6	86,5
Seine-et-Marne	75,3	79,9	82,3	84,7
Yvelines	77,2	81,4	83,4	86,4
Essonne	76,8	80,8	83,1	86,2
Hauts-de-Seine	77,5	81,4	83,7	86,5
Seine-Saint-Denis	75,1	79,5	82,1	84,8
Val-de-Marne	76,7	81,1	83,3	85,9
Val-d'Oise	75,6	79,9	83,0	85,2

Source : Insee, État Civil, Estimations de population.

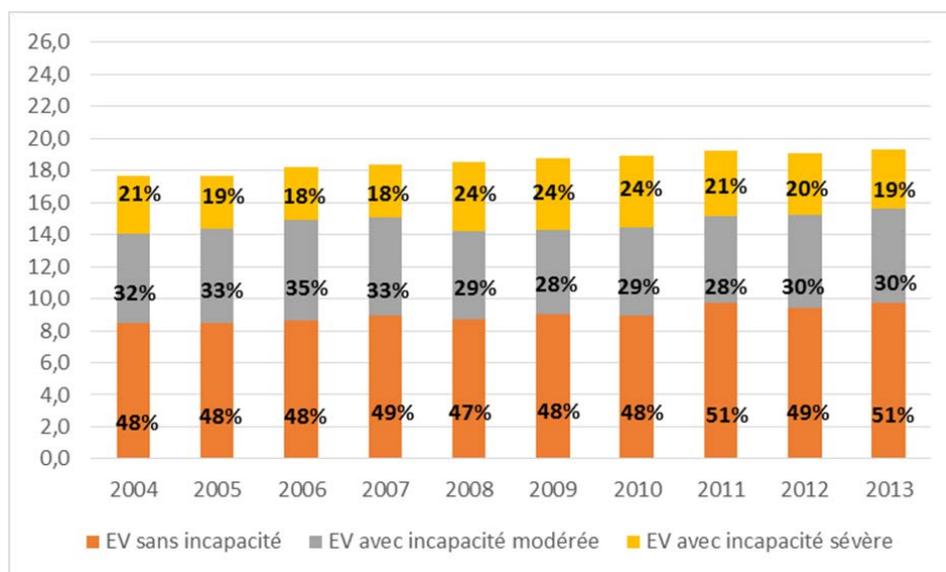
3.2 Espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité (EVSI)

Encadré 7. Méthode de calcul de l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité

Les EVSI sont calculées à partir de tables de mortalité et de taux de prévalence par âge de limitation globale d'activité (General Activity Limitation Indicator – GALI), selon la méthode de Sullivan. Les taux d'incapacité par âge sont calculés à partir de l'enquête annuelle EU-SILC dont l'implémentation a commencé en France dès le début en 2004. Ces données sont disponibles par pays, par sexe mais pas par région.

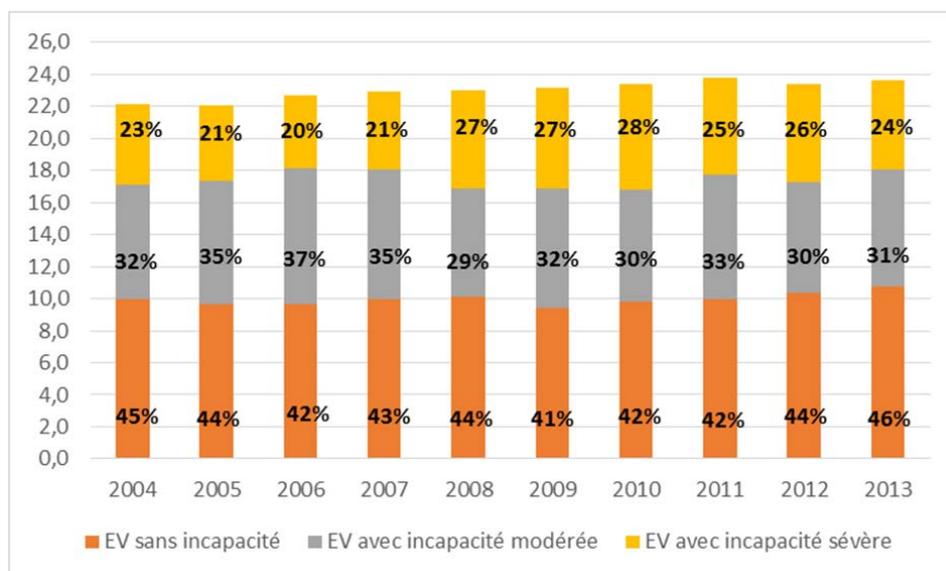
En France en 2013, les hommes de 65 ans peuvent espérer vivre 51 % des années leur restant à vivre en bonne santé, soit 9,8 ans et les femmes 46 % soit 10,7 ans. Au cours de ces 10 dernières années, il semble que la part d'espérance de vie sans incapacité parmi l'espérance de vie totale augmente légèrement pour les hommes et ré-augmente chez les femmes après une chute autour de 2010. Chez les hommes et les femmes, il semblerait que la part d'espérance de vie avec incapacité sévère parmi l'espérance de vie totale soit plus faible en 2013 que sur la période 2008-2010. Si les femmes peuvent espérer vivre plus longtemps que les hommes, leur part d'espérance de vie sans incapacité parmi l'espérance de vie totale est toutefois plus faible.

Figure 75. Hommes - Espérance de vie sans et avec incapacité à 65 ans en France (en années et en % de l'espérance de vie)



Source : Eurostat, EU-SILC

Figure 76. Femmes - Espérance de vie sans et avec incapacité à 65 ans en France (en années et en % de l'espérance de vie)



Source : Eurostat, EU-SILC

4 | ENFANTS ET ADOLESCENTS

4.1 Obésité

Encadré 8. Définitions et source de données de l'obésité

L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'Indice de masse corporelle (IMC). Il correspond au rapport du poids (exprimé en kg) sur le carré de la taille (exprimé en m). Chez l'enfant et l'adolescent les seuils évoluent selon l'âge et le sexe en raison des variations de corpulence pendant la croissance. Les seuils utilisés pour le surpoids sont les seuils IOTF (International Obesity Task Force : groupe de travail réuni sous la supervision de l'OMS), qui sont définis pour chaque sexe et chaque tranche d'âge de six mois. Ils rejoignent à 18 ans les valeurs de 25 et 30 correspondant respectivement au surpoids et à l'obésité chez l'adulte. La variable « surpoids » correspond ici au surpoids chez l'adulte ($25 \leq \text{IMC} < 30$), la variable « obésité » correspondant à l'obésité caractérisée par un IMC supérieur ou égal à 30 chez l'adulte. On parlera d'« excès de poids » lorsque l'élève est en situation de surpoids ou d'obésité.

Les sources de données :

- enquête **Escapad** (OFDT) auprès des jeunes de 17 ans lors des journées Défense et citoyenneté,
- **Baromètre santé** (2010, dernier exploitable sur la santé des jeunes), réalisée par Santé Publique France, en population générale auprès des personnes âgées de 15 à 75 ans (85 ans pour celui de 2010)
- **enquêtes en santé scolaire**, menées par la Drees, auprès des élèves scolarisés en grande section de maternelle, classe de CM2 et classe de 3^e.

Dans les enquêtes en santé scolaire, l'IMC est calculé à partir du poids et de la taille, mesurés le jour où l'élève est enquêté.

Dans le Baromètre santé et l'enquête Escapad, les valeurs de poids et taille sont celles déclarées par le répondant.

4.1.1 Prévalences de l'obésité et du surpoids

En Île-de-France, d'après les données du Baromètre santé, 9 % des jeunes de 15-25 ans déclarent être en surpoids et 4 % obèses (graphique ci-dessous), soit un total de 13% des jeunes en excès de poids (surpoids et obésité). Ces pourcentages sont comparables à ceux du reste de la France (16 % des jeunes en excès de poids).

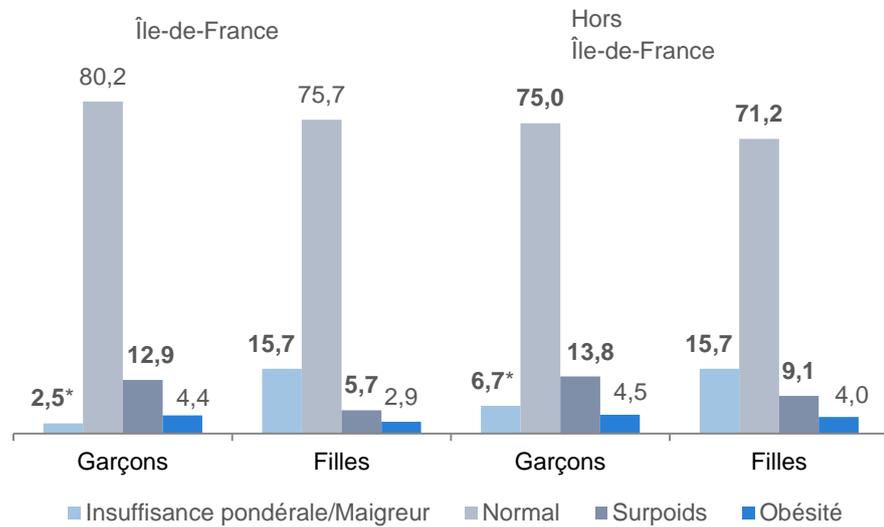
Les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer un excès de poids. En Île-de-France, 17 % des garçons contre 9% des filles ont déclaré être en excès de poids. En revanche, la proportion de personnes en situation d'obésité est comparable entre filles et garçons.

Ces prévalences augmentent avec l'âge. Ainsi, en Île-de-France, 3,1 % des jeunes de 15-19 ans sont en obésité et 3,9% des jeunes de 20-25 ans. Les différences sont plus marquées hors Île-de-France, où les proportions passent de 3,4 % à 5,0% entre 15-19 ans et 20-25 ans. C'est donc au total 8,9% des jeunes de 15-19 ans qui sont en excès de poids et 12,7 % des jeunes de 20-25 ans.

Des données chez les jeunes scolarisés en classe de troisième, issues d'examen cliniques, indiquent des proportions de jeunes en obésité de 4,2 % en Île-de-France et

de 3,7 % hors Île-de-France. Les proportions sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

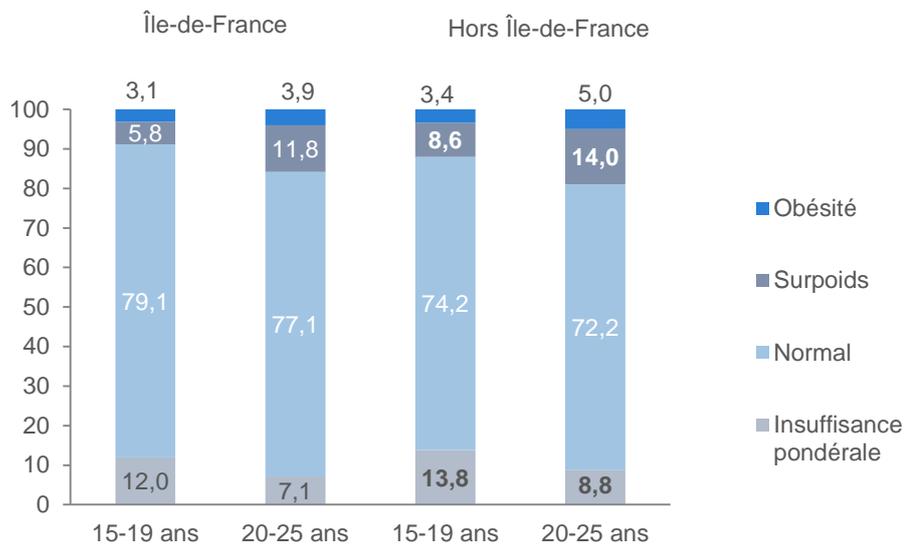
Figure 77. Prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité déclarés (normes IOTF) selon le sexe en Île-de-France et hors Île-de-France en 2010 (en % des jeunes de 15-25 ans)



Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS Île-de-France
Les prévalences marquées en gras sont significativement différentes après comparaisons garçons filles.

* Différences significatives à au moins 5% pour la comparaison Île-de-France / Hors Île-de-France

Figure 78. Prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité déclarés (normes IOTF) selon l'âge en 2010 (en % des jeunes de 15-25 ans)



Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS Île-de-France
Les prévalences marquées en gras sont significativement différentes après comparaison 15-19 ans / 20-25 ans.

Tableau 34. Statut pondéral des adolescents scolarisés en classe de troisième, comparaisons entre Île-de-France et hors Île-de-France, et comparaisons selon le sexe en Île-de-France, en 2008-2009

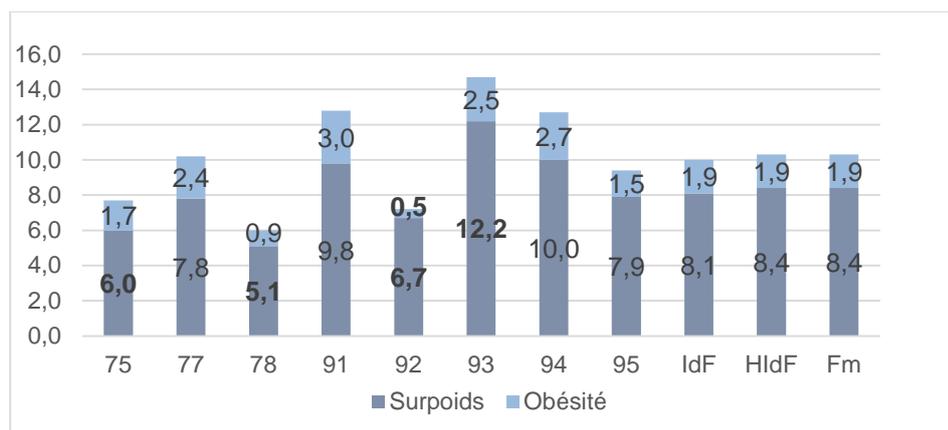
	%	[IC95%]	%	[IC95%]	p
	IdF		Hors IdF		
Statut pondéral	n=1237		n=5453		NS
Maigre	2,1	[1,4-3,3]	2,0	[1,6-2,5]	
Poids normal	79,4	[76,9-81,7]	80,6	[79,4-81,8]	
Surpoids	14,3	[12,4-16,5]	13,7	[12,7-14,7]	
Obésité	4,2	[3,1-5,5]	3,7	[3,2-4,3]	
	Garçon		Fille		
Excès pondéral en IdF	n=639		n=598		NS
Pas d'excès de poids	81,5	[78,1-84,5]	81,6	[78,1-84,6]	
Surpoids	15,0	[12,3-18,3]	13,5	[10,9-16,6]	
Obésité	3,4	[2,3-5,2]	4,9	[3,4-7,1]	

Source. Enquête nationale sur la santé auprès des élèves scolarisés en classe de troisième – 2008-2009, producteur : DREES - Ministère de la Santé, diffuseur : ADISP-CMH, exploitation ORS IdF

Pour ce qui est de l'excès de poids déclaré par les jeunes de 17 ans lors de l'enquête Escapad 2014 pendant les journées Défense et citoyenneté franciliens (ci-dessous), des prévalences inférieures à la moyenne régionale sont observées dans le centre et l'ouest de l'Île-de-France, avec des prévalences significativement inférieures à la moyenne régionale (10,0 %) dans les Yvelines (6,0 %), les Hauts-de-Seine (7,2 %) et Paris (7,7 %). Dans l'est de l'Île-de-France, les prévalences sont significativement supérieures à la moyenne régionale, en Seine-Saint-Denis (14,8 %) et dans le Val-de-Marne (12,7 %).

Pour ce qui est de la prévalence de l'obésité, seul le département des Hauts-de-Seine a une prévalence statistiquement inférieure à celle observée en moyenne dans la région.

Figure 79. Prévalences du surpoids et de l'obésité chez les jeunes de 17 ans en 2014 (en %)



Source : enquête Escapad 2014, OFDT – exploitation ORS Île-de-France.

En **gras** différences significatives à au moins 5 % pour la comparaison départements / reste de l'Île-de-France

Évolution des prévalences du surpoids et de l'obésité

Au niveau national, l'enquête Obépi réalisée chez des personnes de 18 ans ou plus montre une très forte augmentation de l'obésité, passant de 2,1% des jeunes de 18-24 ans en 1997 à 3,8% en 2006 et à 5,4% en 2012. En Île-de-France, les prévalences du surpoids ou de l'obésité ne diffèrent statistiquement pas entre 2003 et 2008 chez les jeunes scolarisés en classe de troisième. En revanche, on observe une augmentation entre 2005 et 2010 de l'excès de poids chez les jeunes de 15-25 ans, en Île-de-France ou hors Île-de-France, chez les garçons, tandis qu'on ne met pas en évidence de différence statistiquement significative chez les filles, que ce soit en Île-de-France ou dans le reste de la France. Ainsi, la proportion de garçons en excès de poids est passée de 10,1 % à 17,3 % en Île-de-France et de 12,7 % à 18,3 % hors Île-de-France. En revanche chez les filles, si une légère augmentation peut être perçue, notamment hors Île-de-France (de 10,7 % à 13,1 %), elle n'est statistiquement pas significative.

Tableau 35. Evolution de la prévalence de l'excès de poids (surpoids et obésité) entre 2005 et 2010 en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Garçons	10,1	17,3	**	12,7	18,3	***	NS	NS
Filles	7,5	8,5	NS	10,7	13,1	NS	*	*
p ⁽¹⁾ Garçons /Filles	NS	**		NS	S***			
15-19 ans	8,0	8,9	NS	8,7	12,0	*	NS	NS
20-25 ans	9,3	15,7	**	14,4	19,0	**	**	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 / 20-25 ans	NS	NS ⁽²⁾		***	***			
Ensemble	8,8	12,8	*	11,7	15,8	***	**	NS
EFFECTIFS	1620	641		2949	3144			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) X2, test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

(2) p=0,0686.

4.1.2 Déterminants sociaux du surpoids et de l'obésité

Les analyses réalisées chez les jeunes scolarisés en classe de troisième ou chez les jeunes de 15-25 ans montrent que la prévalence du surpoids ou de l'obésité est plus élevée chez les jeunes vivant dans des catégories socio-professionnelles moins favorisées et moins élevées chez les jeunes des catégories socio-professionnelles plus favorisées. Ainsi, la prévalence de l'obésité est de 2,7 % chez les élèves de troisième vivant dans un ménage dont la catégorie socio-professionnelle est cadre ou profession intellectuelle supérieure (Tableau 36. Statut pondéral selon les caractéristiques socio-économiques des adolescents scolarisés en classe de troisième en Île-de-France, en 2008-2009) et elle est de 8,4% chez ceux dont la catégorie socio-professionnelle du ménage est ouvrier. Pour le surpoids, les prévalences varient de 7,9 % pour les enfants des ménages de cadres ou professionnels intellectuelles supérieures à 20,9% pour ceux de ménages « employés » ou 17,7 % pour ceux des ménages « ouvriers ». De fortes différences de prévalence sont également observées chez les élèves scolarisés dans une ZEP (21,8% sont en surpoids, 6,2% en obésité) contre 12,7 % de surpoids et 3,7% d'obésité pour ceux scolarisés hors ZEP.

Chez les jeunes de 15-25 ans, ceux qui ont un niveau de diplôme « moins élevé » (jeunes de 15-19 ans n'ayant pas de diplôme ou jeunes de 20-25 ans ayant un diplôme inférieur ou égal au baccalauréat), ont une probabilité 1,5 fois plus élevée (toutes choses égales par ailleurs) d'être en excès de poids (Tableau 31 ci-dessous). Ils ont également une probabilité 1,3 fois plus élevée d'être en excès de poids lorsque les revenus du ménage par unité de consommation sont inférieurs au seuil de pauvreté, toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 36. Statut pondéral selon les caractéristiques socio-économiques des adolescents scolarisés en classe de troisième en Île-de-France, en 2008-2009

	Absence d'excès pondéral		Surpoids		Obésité		p
	%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]	
ZEP (n=1237)							<0,0001
Non	83,5	[80,7-86,0]	12,7	[10,6-15,3]	3,7	[2,6-5,3]	
Oui	72,1	[67,7-76,0]	21,8	[18,2-25,9]	6,2	[4,3-8,7]	
Type de famille (n=1217)							NS
Famille biparentale	81,5	[78,7-84,1]	14,6	[12,3-17,3]	3,8	[2,7-5,4]	
Famille monoparentale	78,5	[72,1-83,7]	15,5	[11,2-21,1]	6,1	[3,3-10,8]	
Famille recomposée	89,0	[80,0-94,2]	9,0	[4,4-17,5]	2,1	[0,4-9,1]	
Autres	82,4	[67,4-91,3]	13,6	[6,1-27,8]	4,0	[0,8-17,5]	
CSP du ménage (n=1237)							<0,0001
Cadres ou professions intellectuelles supérieures	89,4	[85,4-92,4]	7,9	[5,4-11,4]	2,7	[1,4-5,4]	
Professions intermédiaires	85,4	[79,8-89,6]	13,0	[9,0-18,4]	1,6	[0,6-4,3]	
Professions indépendantes	80,1	[69,4-87,8]	13,0	[7,0-23,0]	6,8	[2,9-15,1]	
Employés	73,3	[68,0-78,0]	20,9	[16,7-25,8]	5,8	[3,7-9,1]	
Ouvriers	74,0	[66,9-80,0]	17,7	[12,8-23,9]	8,4	[4,9-13,8]	

Source. Enquête nationale sur la santé auprès des élèves scolarisés en classe de troisième – 2008-2009, producteur : DREES - Ministère de la Santé, diffuseur : ADISP-CMH, exploitation ORS IdF

Tableau 37. Excès de poids et facteurs associés (modèle de régression logistique)

	OR	IC (95 %)
Être un garçon	1	
Être une femme	0,62	0,49 - 0,79
Être âgé de 15-19 ans	1	
Être âgé de 20-25 ans	1,45	1,08 - 1,94
Vivre dans une famille nucléaire ou autre	1	
Vivre dans une famille monoparentale* ou recomposée	1,24	0,90 - 1,72
Vivre seul	1,13	0,80 - 1,60
Vivre avec autres personnes	1,60	1,15 - 2,23
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,52	1,18 - 1,96
Revenus par UC		
1500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	1,33	1,00 - 1,77
900 à moins de 1500 euros	1,32	0,99 - 1,76
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,76	0,54 - 1,06

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS Île-de-France
 En **gras** : OR significatifs à au moins 5%

Tableau 38. Statut pondéral des adolescents scolarisés en classe de troisième, selon le sexe, en Île-de-France et hors Île-de-France, comparaisons 2003-2004 et 2008-2009

	2003		2008		p	Effectifs
	%	[IC95%]	%	[IC95%]		
Garçons IdF						
Pas d'excès pondéral	79,4	[75,3-83,0]	81,5	[78,1-84,5]		
Surpoids	16,1	[12,9-19,9]	15,0	[12,3-18,3]	NS	n=1397
Obésité	4,5	[2,8-7,1]	3,4	[2,3-5,2]		
Filles IdF						
Pas d'excès pondéral	82,8	[79,0-86,1]	81,6	[78,1-84,6]		
Surpoids	12,5	[9,8-15,9]	13,5	[10,9-16,6]	NS	n=1393
Obésité	4,7	[3,0-7,2]	4,9	[3,4-7,1]		
Garçons Hors IdF						
Pas d'excès pondéral	82,2	[80,2-84,1]	82,3	[80,5-83,8]		
Surpoids	12,9	[11,3-14,7]	13,5	[12,1-15,0]	NS	n=5257
Obésité	4,9	[3,9-6,2]	4,3	[3,5-5,2]		
Filles Hors IdF						
Pas d'excès pondéral	84,0	[82,1-85,7]	83,0	[81,4-84,5]		
Surpoids	12,3	[10,8-14,0]	13,8	[12,4-15,4]	NS	n=5468
Obésité	3,7	[3,0-4,7]	3,2	[2,5-3,9]		

Source. Enquête nationale sur la santé auprès des élèves scolarisés en classe de troisième – 2003-2004 et 2008-2009, producteur : DREES - Ministère de la Santé, diffuseur : ADISP-CMH, exploitation ORS IdF

4.2 Vaccination

4.2.1 Rougeole – Rubéole - Oreillons

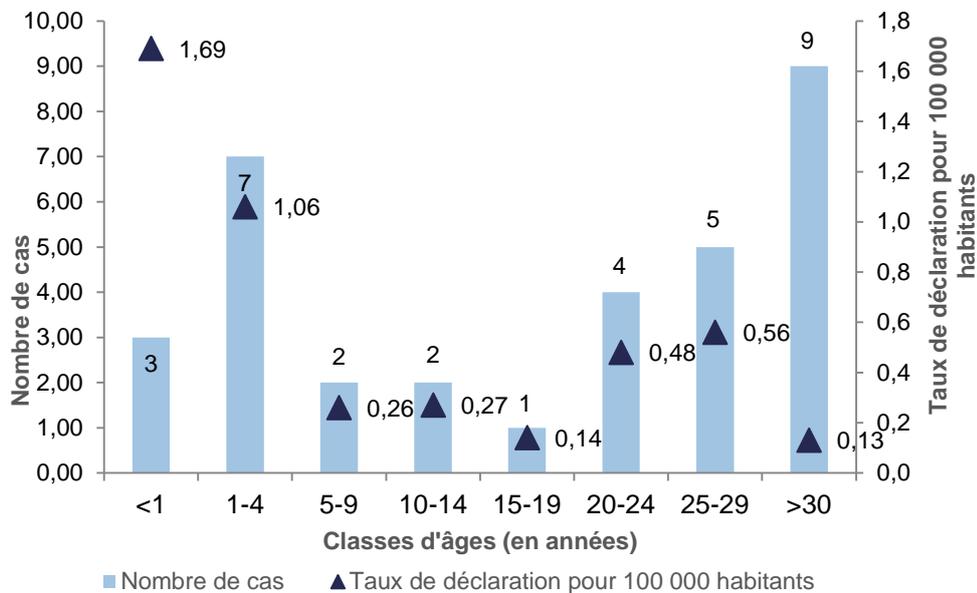
Incidence des déclarations de rougeole

Après un important pic épidémique en 2011 (14 966 cas déclarés en France dont 1 791 en Île-de-France), le nombre de cas a fortement diminué en 2012 et 2013, puis est resté stable en 2014 (respectivement 859, 259 et 267 cas déclarés en France). L'année 2015 a vu le nombre de cas augmenter de nouveau (364 cas), en lien avec un important foyer épidémique survenu en Alsace. Au cours des 5 premiers mois de 2016, 53 cas ont été déclarés, témoignant d'une circulation moindre du virus de la rougeole par rapport aux années antérieures. Toutefois, la vigilance doit demeurer car la circulation, même atténuée, persiste encore dans plusieurs départements. La vérification du statut vaccinal et sa mise à jour avec 2 doses de vaccin pour toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980 restent toujours nécessaires.

En 2013, 15 % des cas de rougeole déclarés en France, étaient Franciliens.

En 2013, parmi les 259 cas de rougeole déclarés en France, 50 cas étaient Franciliens (15%).

Figure 80. Rougeole : nombre de cas et taux de déclaration selon l'âge, Île-de-France, 2013 (n=33)



Sources : DO Rougeole 2013, Insee estimations localisées de population au 1er janvier 2013. Exploitation Cire Île-de-France

La couverture vaccinale rougeole-rubéole-oreillons (RRO)

Encadré 9. RRO : Rappel des recommandations en vigueur

La vaccination par le vaccin RRO est recommandée à l'ensemble des enfants selon un schéma vaccinal comportant 2 injections (12 mois et entre 16-18 mois). Un rattrapage est prévu chez les personnes nées depuis 1980 et âgées de plus de 2 ans pour obtenir un total de deux doses de vaccin trivalent RRO.

En 2012 en Île-de-France, la couverture vaccinale RRO à 24 mois a été estimée à 93,1% pour « 1 dose » et à 79,9% pour « 2 doses », résultats supérieurs à la moyenne nationale respectivement de 90,5% et 72,0%.

Au niveau départemental, la couverture vaccinale « 1 dose » s'étendait en 2014 de 90,9 % dans les Hauts-de-Seine à 95,2 % dans le Val-de-Marne. Il est, en outre, observé dans les départements ayant les plus faibles couvertures vaccinales en 2010 (Hauts-de-Seine et Yvelines), une hausse de celles-ci sur les dernières années.

Les couvertures vaccinales « 2 doses » sont supérieures dans les départements franciliens en comparaison à la moyenne nationale (76,8% en 2014). Les écarts, importants entre les départements observés en 2012 avec des couvertures vaccinales allant de 75,0% dans le Val-d'Oise à 88,1 % à Paris, se sont réduits en 2014 avec des extrêmes compris entre 81,9 % dans les Yvelines et 86,4 % à Paris.

Tableau 39. Couvertures vaccinales pour « 1 dose » et « 2 doses » de RRO par département en Île-de-France et en France, en 2014 (%)

	1 dose	2 doses
Paris	94,5	86,4
Seine-et-Marne	94,7	83,6
Yvelines	92,7	81,9
Essonne	92,2	83,8
Hauts-de-Seine	90,9	82,8
Seine-Saintt-Denis	93,8	82,8
Val-de-Marne	95,2	83,1
Val-d'Oise	93,1	82,3
Île-de-France	ND	ND
FRANCE	90,6	76,8

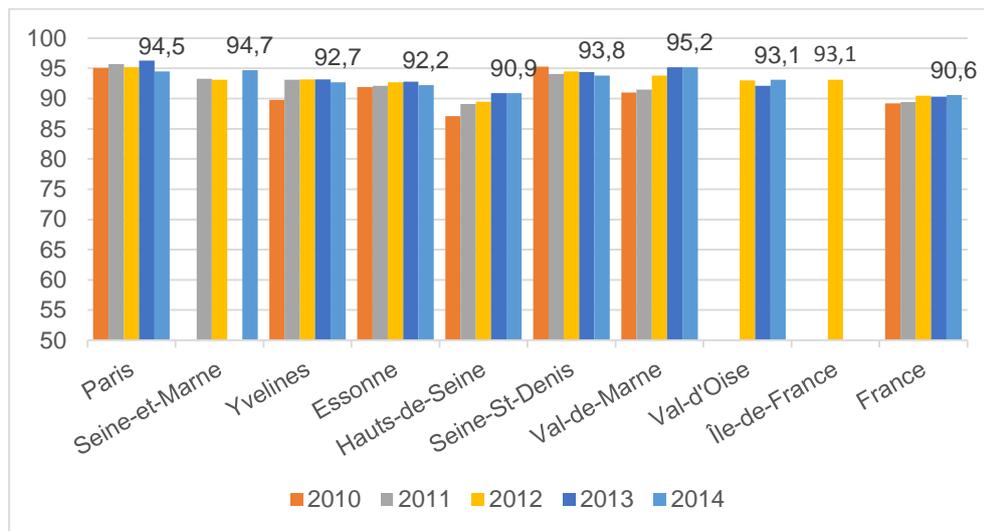
Source : Drees, Remontées des services de PMI-Certificats de santé du 24^e mois.

Exploitation InVS

L'année correspond à la date de « validité ». Ainsi pour l'année 2014, ce sont des enfants nés en 2012 pour les Cs24.

ND : Non disponible

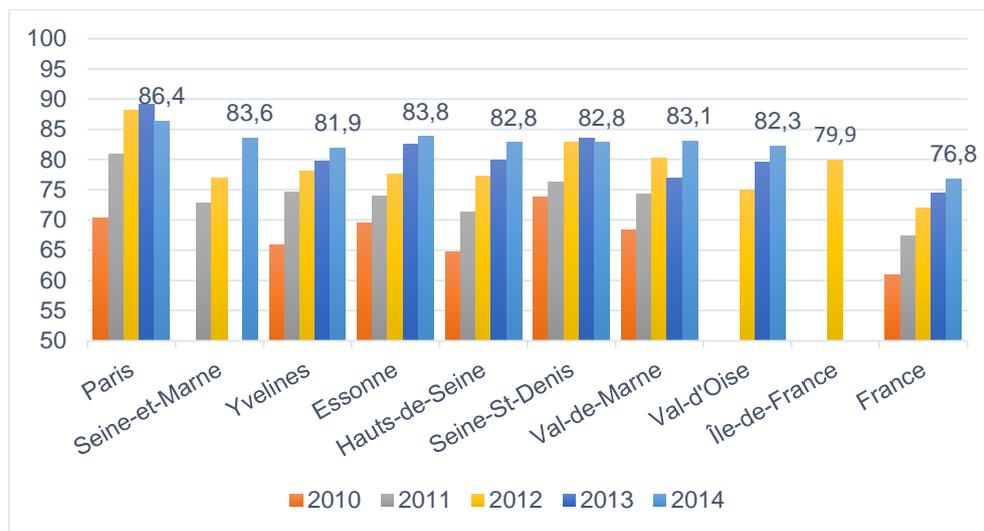
Figure 81. Évolution de la couverture vaccinale RRO « 1 dose » à 24 mois par département en Île-de-France et en France, 2010-2014 (%)



Source : Drees, Remontées des services de PMI-Certificats de santé du 24e mois. Exploitation InVS

*L'année correspond à la date de « validité ». Ainsi pour l'année 2014, ce sont des enfants nés en 2012 pour les Cs24.

Figure 82. Évolution de la couverture vaccinale RRO « 2 doses » à 24 mois par département en Île-de-France et en France, 2010-2014 (%)



Source : Drees, Remontées des services de PMI-Certificats de santé du 24e mois. Exploitation InVS

L'année correspond à la date de « validité ». Ainsi pour l'année 2014, ce sont des enfants nés en 2012 pour les Cs24.

4.2.2 Tuberculose

Incidence des déclarations de tuberculose

L'Île-de-France est la région de métropole déclarant le plus de cas, avec 1 786 personnes touchées en 2014, soit 37 % des cas déclarés (35 % en 2012).

En France métropolitaine, les six départements présentant les taux de déclaration les plus élevés (> à 10 cas pour 100 000 habitants) se trouvent en Île-de-France

La Guyane, l'Île-de-France et Mayotte étaient en 2014, comme les années précédentes, les trois régions avec les plus forts taux de déclaration, avec respectivement 24,1, 14,9 et 13,2 cas pour 100 000 habitants. En France métropolitaine, les six départements ayant des taux de déclaration supérieurs à 10 pour 100 000 habitants se trouvent en Île-de-France avec le taux le plus élevé en Seine-Saint-Denis.

Tableau 40. Taux de déclaration (pour 100 000 habitants) de tuberculose maladie en Île-de-France et en France en 2014

	2014
Paris	16,4
Seine-et-Marne	8,1
Yvelines	9,6
Essonne	11,6
Hauts-de-Seine	13,2
Seine-Saint-Denis	28,2
Val-de-Marne	15,8
Val-d'Oise	13,4
Île-de-France	14,9
FRANCE ENTIÈRE	7,3

Source : DO Tuberculose 2014, Insee estimations localisées de population au 1er janvier de chaque année, exploitation Santé Publique France

Plus du tiers des cas de tuberculose en France sont des cas franciliens

On observe une diminution du taux de déclaration en Île-de-France de 2008 à 2011, puis une stabilisation entre 2011 et 2014. Les situations sont contrastées et les améliorations fragiles selon les départements : diminution des taux à Paris suivi d'une stabilité entre 2013 et 2014, diminution en Seine-Saint-Denis jusqu'en 2013 (taux le plus faible sur les dernières années dans ce département : 23,2 pour 100 000) suivi d'une hausse en 2014. Des variations annuelles sont observées dans les autres départements. La Seine-et-Marne et, dans une moindre mesure, les Yvelines se distinguent par des prévalences proches du niveau national.

La couverture vaccinale BCG

Encadré 10. BCG : Rappel des recommandations en vigueur

Dans un contexte de pénurie vaccinale durable, sur avis du Haut Conseil en Santé Publique, la forte recommandation de vacciner les enfants franciliens a été modifiée en avril 2016 et cible uniquement les enfants ayant d'autres facteurs de risque de tuberculose.

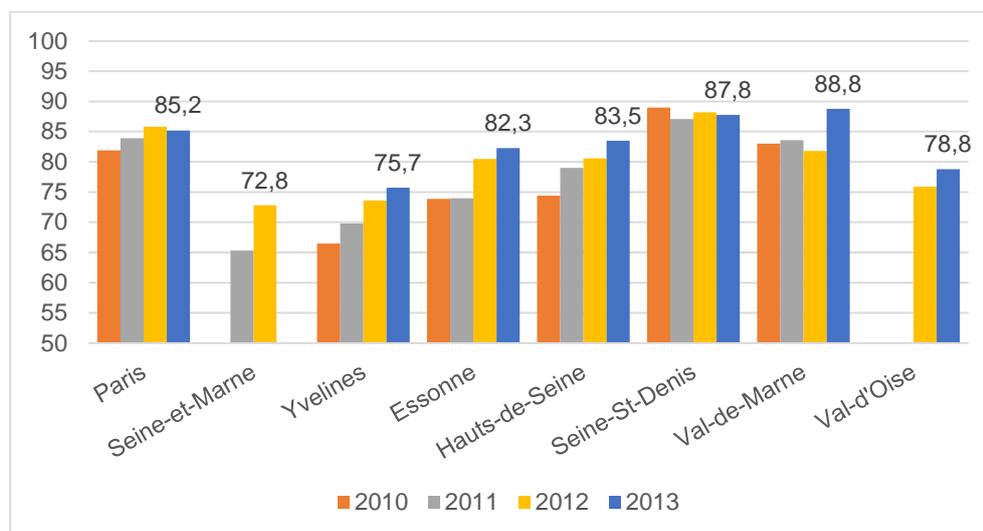
Auparavant, la vaccination par le BCG était fortement recommandée en région Île-de-France, ceci depuis la suspension en juillet 2007 de l'obligation de la vaccination par le BCG des enfants et des adolescents. Elle est administrée par voie intradermique en une dose, et possible dès la naissance.

Selon les données des certificats de santé disponibles par département en 2013, les couvertures vaccinales se caractérisent par des disparités importantes en fonction du département de résidence, et s'avèrent globalement insuffisantes malgré une tendance générale à la hausse à partir des naissances de 2008. Ainsi, les couvertures vaccinales les plus élevées pour le BCG en 2013 sont observées dans le Val-de-Marne, en Seine-Saint-Denis et à Paris mais n'atteignent pas 90% d'enfants vaccinés à 9 mois.

La couverture vaccinale régionale à 9 mois est disponible uniquement pour l'année 2012 et estimée à 79,9 %.

Avant la situation de pénurie et les nouvelles recommandations, en Île-de-France la couverture vaccinale BCG était en progression, avec d'importantes disparités selon les départements.

Figure 83. Évolution de la couverture vaccinale BCG à 9 mois par département en Île-de-France, 2010-2013 (%)



Source : Drees, Remontées des services de PMI-Certificats de santé du 9e mois. Exploitation InVS

*Les données nationales ne sont pas présentées, la vaccination BCG n'étant pas recommandée sur l'ensemble du territoire.

**L'année correspond à la date de « validité ». Ainsi pour l'année 2013, ce sont des enfants nés en 2012 pour les Cs9.

4.2.3 Vaccin pneumococcique

Encadré 11. Pneumocoque : Rappel des recommandations en vigueur en 2015

La vaccination par le vaccin contre le pneumocoque est recommandée à l'ensemble des enfants selon un schéma vaccinal comportant deux injections à l'âge de 2 et 4 mois, puis un rappel à l'âge de 11 mois.

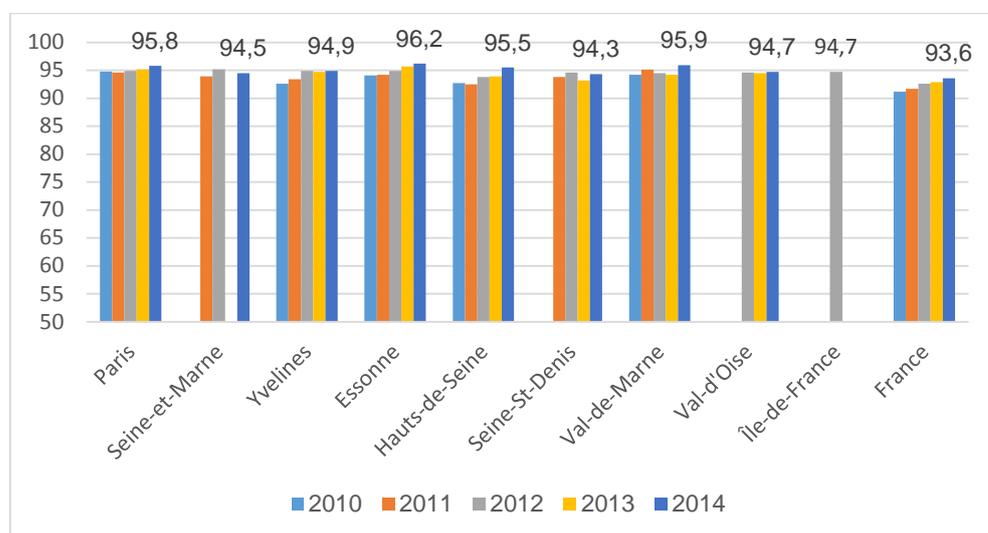
Les couvertures vaccinales estimées dans l'étude Enfams suggèrent de renforcer la stratégie vaccinale contre le pneumocoque auprès des enfants les plus précaires et tout particulièrement les enfants nés à l'étranger.

En 2014, la couverture vaccinale contre le pneumocoque est globalement satisfaisante dans la région, avec des pourcentages pour les enfants âgés de 9 mois proches ou supérieurs à 95 % dans tous les départements franciliens.

D'après l'enquête nationale de santé auprès des élèves scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013, la couverture vaccinale contre le pneumocoque en Île-de-France à l'âge de 6 ans était de 84,6 % (IC95% [83,3-85,8]). Cette couverture vaccinale était légèrement supérieure à la moyenne nationale (83,3% pour la France entière).

La couverture vaccinale contre le pneumocoque des enfants dans l'enquête Enfams est de 38,8% [33,5 % - 44,5 %]. Le rapport de prévalence entre les enfants nés en France et ceux nés hors de France est particulièrement élevé, atteignant 14,0. La couverture vaccinale est de 68,9 % [58,9 % - 77,4 %] pour les enfants nés en France et de seulement 4,9 % [2,5 % - 9,5 %] pour les enfants nés hors de France.

Figure 84. Couvertures vaccinales par le vaccin pneumococcique conjugué (2 doses) par département en Île-de-France et en France à l'âge de 9 mois, 2010-2014 (%)



Source : Drees, Remontées des services de PMI-Certificats de santé du 9e mois. Exploitation InVS
L'année correspond à la date de « validité ». Ainsi pour l'année 2014, ce sont des enfants nés en 2013 pour les Cs9.

4.2.4 Vaccin hépatite B

Infections par le virus de l'hépatite B

En 2013, selon les données des déclarations obligatoires, 80 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés en France (en 2014, celui-ci s'élève à 86 cas). Quatorze des cas de 2013 ont concerné des personnes domiciliées en Île-de-France (exploitation CIRE Île-de-France). De manière générale, ces nombres doivent être interprétés avec prudence compte-tenu de la sous-déclaration majeure estimée selon l'InVS entre 85 % et 91 % en 2010.

Pour les cas franciliens, l'âge médian était de 40 ans [28 ans – 61 ans] et le sex-ratio hommes/femmes de 2,5. Un ictère était présent pour 12 cas et 10 cas ont été hospitalisés. Aucun cas d'hépatite fulminante n'a été signalé.

Au-delà de ces formes aiguës, l'hépatite B est le plus souvent asymptomatique mais potentiellement grave en raison d'un passage à la chronicité dans 2 à 10 % des cas avec des risques d'évolution vers une cirrhose ou un cancer du foie.

Encadré 12. Hépatite : Rappel des recommandations en vigueur

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée chez les nourrissons selon un schéma à 2 doses (2 et 4 mois) et un rappel à 11 mois, simultanément aux vaccinations DTP.

Avant l'évolution du calendrier vaccinal en 2013, la primovaccination des nourrissons comportait 2 injections suivies d'un rappel à l'âge de 16-18 mois. Les données présentées se réfèrent à ce calendrier.

À noter que le vaccin hexavalent a été remboursé à partir de mars 2008.

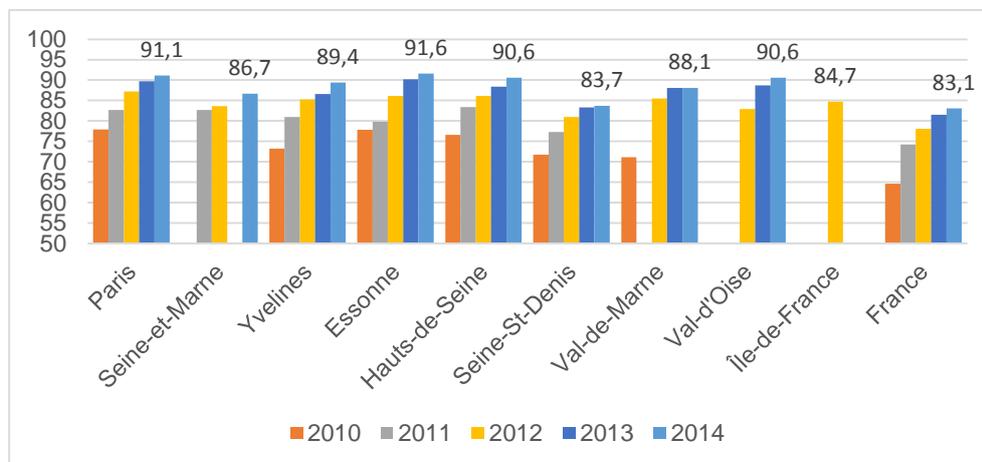
Couverture vaccinale contre l'hépatite B

Pour les enfants âgés de 2 ans en 2014, les couvertures vaccinales « 3 doses » sont comprises entre 83,7 % en Seine-Saint-Denis et 91,6 % en Essonne. Si la progression se poursuit, ces couvertures vaccinales restent cependant insuffisantes. Ainsi, la Seine-Saint-Denis a la plus faible couverture vaccinale de la région à 24 mois (83,7 %), suivi par la Seine-et-Marne (86,7 %). Dans les autres départements, la couverture vaccinale atteint ou se rapproche des 90 %.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B est à 85 %

Elle est en progression mais n'atteint pas encore les 95% d'enfants vaccinés

Figure 85. Évolution de la couverture vaccinale contre l'hépatite B « 3 doses » à 24 mois, par département en Île-de-France et en France, 2010-2014 (%)



Source : Drees, Remontées des services de PMI-Certificats de santé du 24e mois. Exploitation InVS

L'année correspond à la date de « validité ». Ainsi pour l'année 2006, ce sont des enfants nés en 2004 pour les Cs24.

Pour les enfants scolarisés âgés de 6, 11 et 15 ans, la couverture vaccinale contre l'hépatite B restait insuffisante (selon les enquêtes du cycle triennal : 2012-2013 pour les enfants âgés de 6 ans et entre 2007 et 2009 pour les autres). Cependant, on note une progression importante chez les enfants âgés de 6 ans entre les enquêtes 2005-2006 (52,3 %) et 2012-2013 (68,5 %).

Par ailleurs, comparée aux données nationales, la couverture vaccinale contre l'hépatite B est supérieure en Île-de-France.

4.2.5 Méningocoque

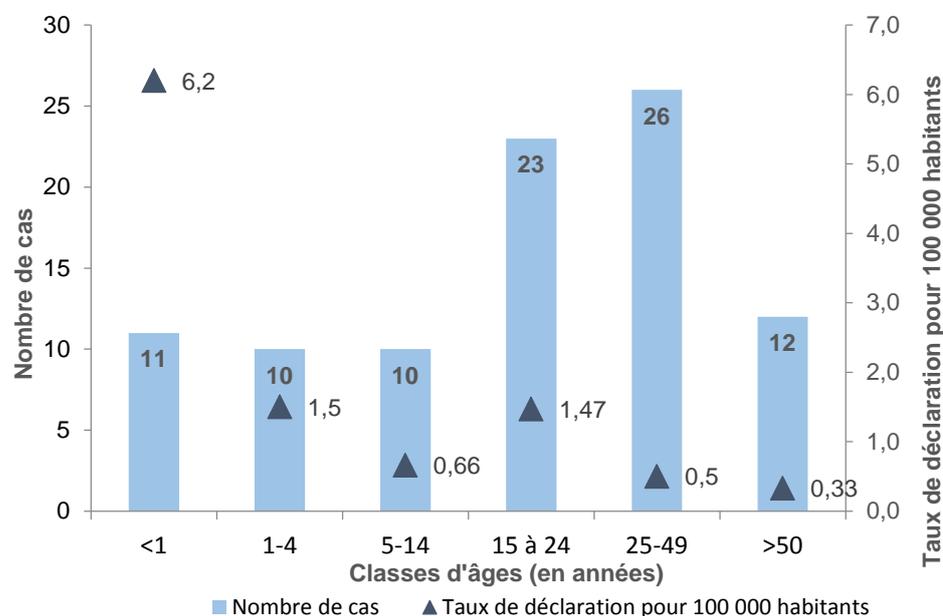
Incidence des déclarations d'infections à méningocoque

En 2013, 595 cas d'infections invasives à méningocoque (IIM) ont été déclarés en France, dont 92 (15,5 %) en Île-de-France. Le taux de déclaration en Île-de-France était de 0,7 cas pour 100 000 habitants et 6,2 pour 100 000 habitants chez les nourrissons de moins de 1 an.

Pour les cas franciliens, l'âge médian était de 22 ans [1 mois – 93 ans] et le sex-ratio H/F de 1,2. Un purpura fulminans (forme grave se manifestant par des lésions hémorragiques sur la peau) était notifié pour 26 cas (28 %) avec 12 cas chez les 15 à 24 ans. La létalité était de 9 %, mais était plus élevée en présence d'un purpura fulminans (15,4 %).

Au niveau national en 2014, 426 infections invasives à méningocoque ont été notifiées dont 417 en France métropolitaine et 9 dans les départements d'outre-mer (DOM). Le taux estimé d'incidence après correction pour la sous-notification en France métropolitaine était de 0,72/100 000 habitants, le plus bas depuis 20 ans et correspondant à une baisse de 27 % par rapport à 2013 (0,99, $p < 10^{-3}$)

Figure 86. Infections invasives à méningocoque : nombre de cas et taux de déclaration selon l'âge, Île-de-France, 2013 (n=92)



Sources : DO infections à méningocoque 2013, Insee estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2013. Exploitation Cire Île-de-France.

La couverture vaccinale contre le méningocoque C

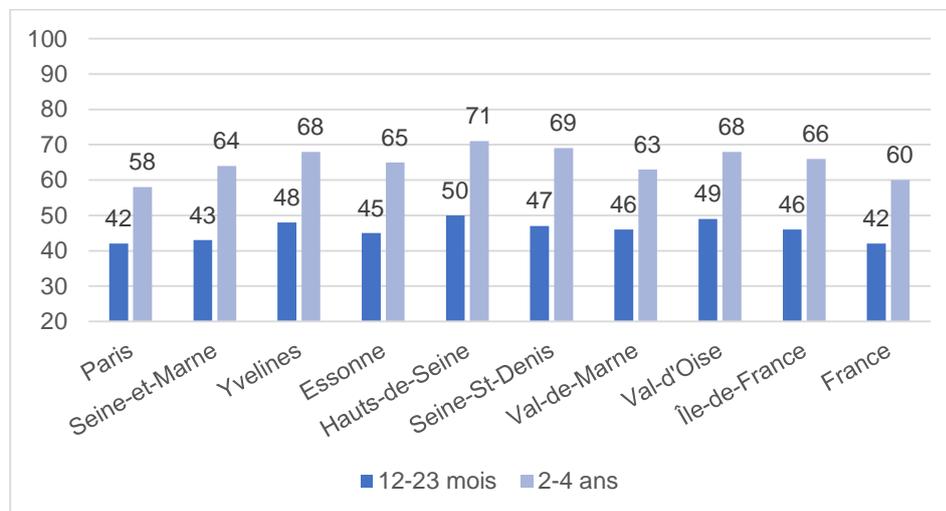
En Île-de-France en 2012-2013, la couverture vaccinale contre le méningocoque C à l'âge de 6 ans a été estimée à 56,8% (IC95% [55,2-58,5]) d'après l'enquête nationale de santé auprès des élèves scolarisés en grande section de maternelle. Cette couverture vaccinale était supérieure à celle du niveau national (43,8 %, maximale observée en Haute-Normandie : 59,2 %).

**A 6 ans,
plus d'un enfant sur deux
est vacciné
contre le méningocoque C**

Un travail exploratoire à partir des données de l'assurance maladie a permis de réaliser des estimations départementales, régionales et nationales pour cette vaccination en 2013. Cependant ces données sont à interpréter avec prudence, les vaccinations réalisées gratuitement en PMI pouvant ne pas être comptabilisées et susceptibles, de fait, d'entraîner une sous-estimation importante de ces couvertures vaccinales.

La couverture vaccinale régionale en 2013 est estimée à 46% pour les enfants de 12 à 23 mois et à 66 % pour les enfants de 2 à 4 ans.

Figure 87. Couvertures vaccinales contre le méningocoque C des enfants âgés 1 à 4 ans par département en Île-de-France et en France, 2013 (%)



Source : Datamart de consommation inter-régimes (DCIR), exploitation InVS

5 | PERSONNES ÂGÉES

5.1 État de santé et niveau de dépendance aux âges élevés

Encadré 13. Données et méthode pour la dépendance aux âges élevés

Données

L'enquête « Vie Quotidienne et Santé » (VQS) est le premier volet d'un dispositif dénommé « Care », conçu par la Drees, service statistique du ministère chargé des affaires sociales et de la santé. En 2014-2015, 166 800 personnes ont répondu à l'enquête VQS. Pour la première fois, une enquête nationale de grande ampleur permet de décrire, département par département, leur état de santé et de dépendance et de connaître la diversité des territoires face à la question du vieillissement.

Méthode

Un score a été construit à partir du questionnaire VQS (Vie Quotidienne et Santé). À l'aide de ce score, quatre groupes VQS ont été construits : le groupe 1 correspond aux personnes les plus autonomes et le groupe 4 aux personnes les plus dépendantes.

Mauvais état de santé déclaré : « Comment est l'état de santé général de la personnes ? ». On a regroupé les modalités « Mauvais » et « très mauvais ».

A un problème de santé chronique : réponse à la question « La personne a-t-elle une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? ».

Est limité dans les activités quotidiennes : réponse à la question « La personnes est-elle limitée, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » Les modalités « Oui, un peu » et « Oui, fortement » ont été regroupées.

Chez les Franciliens de 75 ans ou plus, 10 % sont dépendants car déclarent de nombreuses difficultés. La part des 75 ans ou plus dépendants est plus élevée dans le Val-de-Marne et en Seine-Saint-Denis pour les hommes (respectivement 11 % et 12 %) et pour les femmes (respectivement 14 % et 14 %) ;

Chez les Franciliens de 75 ans ou plus 18 % se déclarent en mauvais état de santé voire très mauvais. Cette part est particulièrement élevée pour les femmes dans le Val-de-Marne (23%) et faible en Essonne et dans les Hauts-de-Seine (15 %) ;

Chez les Franciliens de 75 ans ou plus 63 % déclarent un problème de santé chronique. Cette part est particulièrement élevée pour les femmes en Seine-Saint-Denis (66 %) et pour les hommes dans le Val-d'Oise (69 %) ;

Chez les Franciliennes de 75 ans ou plus 51 % se déclarent limitées dans leurs activités. Cette part est très élevée dans le Val-d'Oise (56 %) ;

Tableau 41. État de santé et niveau de dépendance par sexe et département en Île-de-France des personnes âgées de 75 ans et plus –

	Paris			Seine-et-Marne			Yvelines			Essonne			Hauts-de-Seine		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
Groupe d'autonomie VQS															
Groupe 1	47	61	52	40	54	46	49	56	52	41	59	48	47	55	50
Groupe 2	28	23	26	33	29	31	30	23	27	36	25	32	32	25	29
Groupe 3	14	10	12	15	10	13	12	13	12	14	10	12	13	10	12
Groupe 4	11	7	9	12	7	10	9	8	9	8	6	7	8	9	9
Santé															
Se sentant en mauvais état de santé	18	17	18	18	15	17	17	20	18	15	15	15	15	18	16
Déclarant un problème de santé	57	64	59	59	64	61	61	67	63	64	64	64	57	66	60
Se sentant limité dans les activités	48	41	46	48	43	46	48	47	48	51	40	47	51	48	50
	Seine-Saint-Denis			Val-de-Marne			Val-d'Oise			Île-de-France			France		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
Groupe d'autonomie VQS															
Groupe 1	37	51	42	39	50	43	40	55	45	44	56	48	37	50	42
Groupe 2	35	29	33	30	28	29	33	27	31	31	26	29	32	29	31
Groupe 3	14	8	12	17	11	15	14	9	12	14	10	12	17	12	15
Groupe 4	14	12	13	14	11	13	13	9	12	11	8	10	14	9	12
Santé															
Se sentant en mauvais état de santé	21	22	21	23	21	22	20	18	19	18	18	18	22	20	21
Déclarant un problème de santé	66	67	66	65	67	66	63	69	66	61	66	63	61	64	62
Se sentant limité dans les activités	51	49	51	55	49	53	56	50	53	51	45	49	55	49	53

Lecture : À Paris, 47% des femmes de 75 ans ou plus sont dans le groupe 1 (personnes les moins dépendantes) Source: Enquête Vie Quotidienne et Santé, 2014 (Drees)

Source: Enquête Vie Quotidienne et Santé, 2014 (Drees)Enfance / Adolescence : analyse régionale sur la santé des jeune

5.2 Taux d'incidence pour Alzheimer

Encadré 14. Données et méthodologie pour Alzheimer

Sources de données

L'indicateur des nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) 15 correspond à la maladie d'Alzheimer et autres démences. Les données sont issues de la Cnamts, de la MSA et du RSI.

Méthodologie

Nous présentons les fréquences, les taux bruts et les taux standardisés sur l'âge pour la population totale sur la période de 3 ans 2012-2014.

Les taux standardisés sont exprimés pour 100 000 habitants ; la standardisation des taux a été faite par rapport à la population France entière (métropolitaine et hors métropole) 2006.

Des tests de comparaison sont établis entre les différents niveaux géographiques étudiés : les taux départementaux sont comparés au taux régional ; le taux régional est, lui, comparé au taux pour la France métropolitaine. Les tests de significativité ont été établis au seuil de 5 %.

Limites

Les écarts de fréquence et de taux standardisés entre départements doivent être interprétés avec prudence. Ils peuvent refléter des différences de morbidité mais aussi des différences dans la capacité à accéder à un diagnostic, dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives.

Sur la période 2012-2014, 10 484 nouvelles admissions en ALD, quinze ont été enregistrées en moyenne chaque année pour la région Île-de-France. Le taux standardisé régional, standardisé par rapport la population France entière 2006, s'élève à 104,8 pour 100 000 habitants.

La situation apparaît contrastée en Île-de-France. Au niveau régional, le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD 15 est plus élevé chez les femmes (112,3 pour 100 000) que chez les hommes (90,0 pour 100 000). Il est significativement supérieur par rapport à la France métropolitaine uniquement pour les hommes (taux standardisé national de 88,5 pour 100 000).

Tableau 42. Nouvelles admissions en ALD 15 par sexe et département pour la période 2012-2014 (effectifs, taux bruts et taux standardisés)

Département	Sexe	Nbre annuel moyen de nouvelles admissions ALD 15	Taux brut	Taux standardisé
Paris	Masculin	664,0	65,3	88,6
	Féminin	1 582,0	138,3	107,2*
	Ensemble	2 246,0	104,0	101,4*
Seine-et-Marne	Masculin	330,3	51,2	92,5
	Féminin	800,3	118,7	123,9*
	Ensemble	1 130,7	85,7	112,7*
Yvelines	Masculin	409,0	61,2	91,8
	Féminin	882,0	125,3	111,4
	Ensemble	1 291,0	94,1	104,4
Essonne	Masculin	350,3	59,1	96,3*
	Féminin	779,3	126,1	122,6*
	Ensemble	1 129,7	93,3	113,6*
Hauts-de-Seine	Masculin	447,7	61,0	88,2
	Féminin	1 070,7	132,9	107,3*
	Ensemble	1 518,3	98,6	101,0*
Seine-Saint-Denis	Masculin	293,9	39,9	78,4*
	Féminin	665,6	87,3	103,4*
	Ensemble	959,5	64,0	94,8*
Val-de-Marne	Masculin	395,3	62,8	95,3*
	Féminin	919,0	135,3	118,0*
	Ensemble	1 314,3	100,5	110,8*
Val-d'Oise	Masculin	276,5	49,2	89,4
	Féminin	618,3	104,3	111,0
	Ensemble	894,8	77,5	103,8
Île-de-France	Masculin	3 167,0	56,7	90,0**
	Féminin	7 317,2	122,4	112,3
	Ensemble	10 484,2	90,7	104,8
FRANCE MÉTROPOLITAINE	MASCULIN	22 908,0	76,8	88,5
	FÉMININ	52 441,7	165,0	112,4
	ENSEMBLE	75 349,7	122,3	104,1

Source : Cnamts, MSA, RSI (2012-2014)

* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la région Île-de-France

** Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Tous sexes confondus, six des huit départements d'Île-de-France ont un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD 15 significativement différent de celui de la région ; Paris, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis ont des taux significativement inférieurs, tandis que la Seine-et-Marne, l'Essonne et le Val-de-Marne affichent des taux supérieurs à celui de l'Île-de-France.

En ce qui concerne les hommes, deux départements ont un taux standardisé supérieur à celui de la région de façon significative : l'Essonne (96,3 pour 100 000) et le Val-de-Marne

(95,3 pour 100 000). À l'inverse, le taux de la Seine-Saint-Denis est significativement inférieur (78,4 pour 100 000).

À propos des femmes, trois départements présentent des taux inférieurs à celui de la région (112,3 pour 100 000) : Paris (107,2 pour 10 000), les Hauts-de-Seine (107,3 pour 100 000) et la Seine-Saint-Denis (103,4 pour 100 000). la Seine-et-Marne (123,9 pour 100 000), l'Essonne (122,6 pour 100 000) et le Val-de-Marne (118 pour 100 000) ont, à l'inverse, des taux supérieurs.

6 | PERSONNES HANDICAPÉES

Encadré 15. Définition du handicap

À partir de l'enquête Handicap Santé 2008-2009, représentative de la population générale trois critères de handicap ont été retenus(1) :

- **les limitations fonctionnelles**, qui correspondent à une diminution ou à la perte de fonctions physiques, sensorielles, métaboliques, psychiques ou cognitives et mesurent les capacités et le degré d'autonomie dans les actes essentiels de la vie quotidienne : avoir des difficultés à marcher, à porter des objets, à voir, etc.

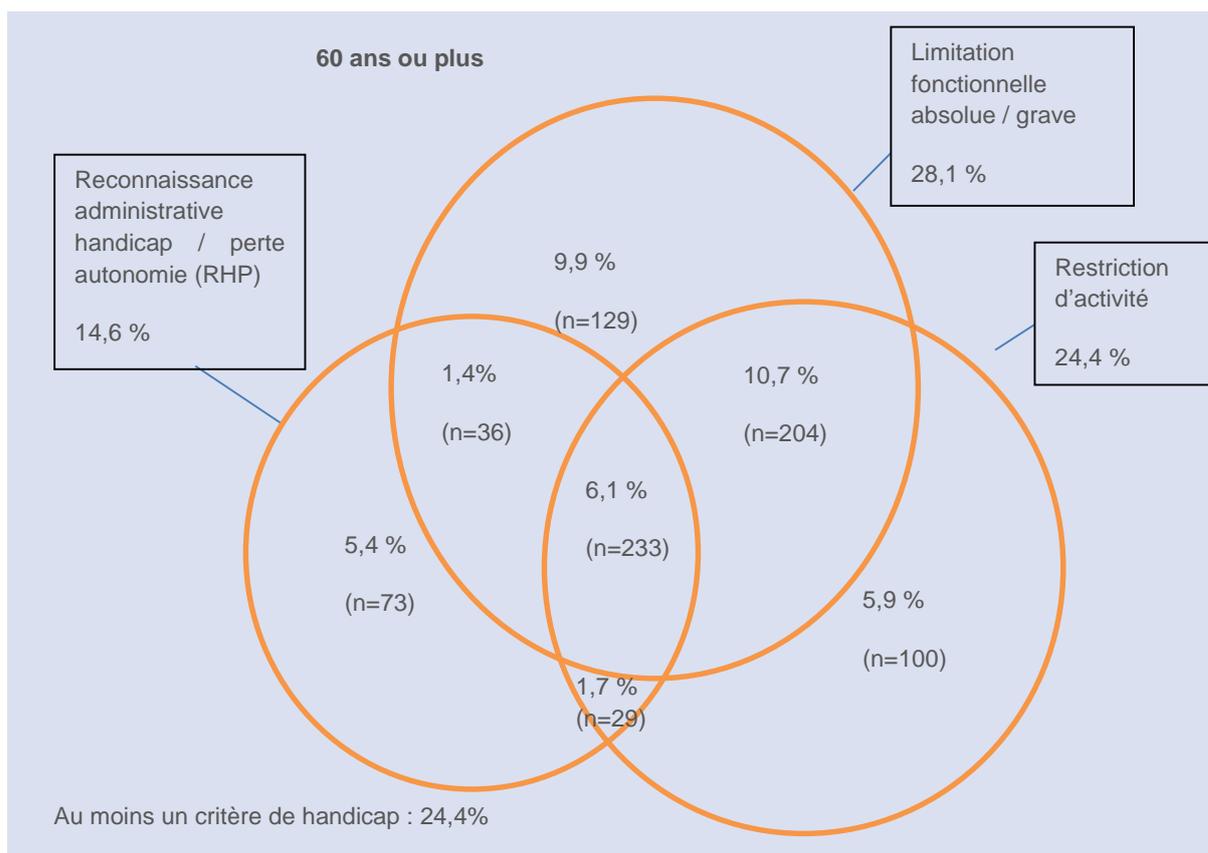
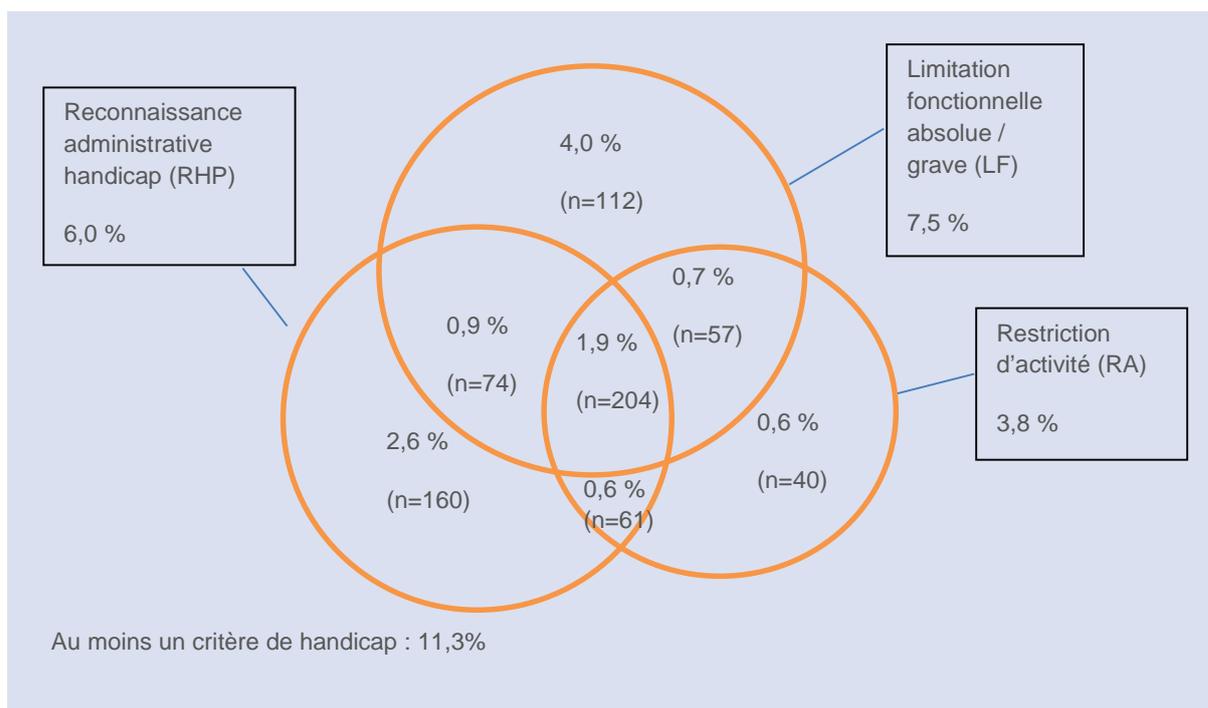
- **les restrictions d'activité**, qui correspondent aux difficultés qu'un individu peut rencontrer pour accomplir seul les activités essentielles de la vie courante. Elles se répartissent en ADL (*Activities of daily living* ou activités de la vie quotidienne, AVQ) qui sont les activités vitales et soins personnels tels que manger et boire, se lever du lit ou se coucher, s'habiller et en IADL (*Instrumental activities of daily living* : activités instrumentales de la vie quotidienne), impliquant des fonctions motrices mais aussi cognitives telles que faire ses courses, faire les tâches administratives courantes, etc. Une limitation dans les activités ADL correspond à une grande perte d'autonomie.

- **la reconnaissance administrative** d'un handicap ou d'une perte d'autonomie, qui correspond aux différentes formes de compensation du handicap ou de la perte d'autonomie prévus par les régimes de protection sociale : par exemple, allocation spécifique (AAH, PCH, antérieurement ACTP, APA, pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne, rente d'incapacité liée à un accident du travail, rente versée par une assurance ou une mutuelle, pension militaire d'invalidité), décision positive de la MDPH incluant la reconnaissance de travailleurs handicapé (RQTH), attribution d'une carte d'invalidité, d'une carte de priorité ou d'une carte de stationnement, reconnaissance d'un taux d'invalidité par la sécurité sociale, l'armée ou les sociétés d'assurance.

6.1 Prévalences des handicaps

Les prévalences de handicap selon les différents critères retenus montrent des recoupements mais pas de superposition. Chez les personnes de 20-59 ans, 7,5 % sont en Île-de-France atteints d'une limitation fonctionnelle absolue (c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas du tout réaliser l'activité), 6,0 % ont une reconnaissance d'un handicap et 3,8 % ont une restriction d'activité, quel que soit le niveau de sévérité (quelques difficultés, beaucoup de difficultés ou ne pas pouvoir du tout). Chez les personnes de 60 ans ou plus, ces prévalences sont plus élevées, et les restrictions d'activités occupent une place presque aussi importante que les limitations fonctionnelles, avec 28,1 % des personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue, 24,4 % une restriction d'activité et 14,6 % une reconnaissance d'un handicap ou une perte d'autonomie. En prenant l'ensemble des critères de handicap, ce serait ainsi 11,3 % des 20-59 ans et 24,4 % des 60 ans ou plus qui serait dans une situation de handicap ou de dépendance, soit 17,9 % des personnes de 20 ans ou plus. Le nombre total estimé de personnes de 20 ans ou plus en situation de handicap serait compris entre 1 378 140 et 1 650 560.

Figure 88. Prévalences des différents critères de handicap en Île-de-France



Source : HSM 2008-2009, exploitation ORS Île-de-France

Les prévalences des handicaps en Île-de-France sont toujours inférieures à celles du reste de la France, en proportion brute parmi les personnes âgées de 20 ans ou plus, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes et ce, quel que soit le critère de handicap pris en compte.

Lorsque l'on prend en compte la structuration sociale de l'Île-de-France (catégories socio-professionnelles) dans des modèles multivariés, on n'observe plus de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France quant au risque de limitations fonctionnelles absolues et de restrictions d'activité, mais la reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie reste inférieure en Île-de-France.

Tableau 43. Prévalence des limitations fonctionnelles absolues/graves, restrictions d'activité, reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie chez les personnes de 20 ans ou plus en Île-de-France et dans le reste de la France (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Limitation fonctionnelle absolue/grave	9,4*	14,6*	12,1*	13,5*	18,2*	16,0*
Restriction d'activité	6,0*	10,6*	8,4*	8,4*	15,2*	12,0*
Reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie	8,9*	7,0*	7,9*	12,4*	9,5*	10,9*
EFFECTIFS	1 452	1 928	3 380	9 304	11 687	20 991

Source : HSM 2008-2009, exploitation ORS Île-de-France

En **gras** : différence hommes / femmes significative à au moins 5%

* Différence Île-de-France / Hors Île-de-France significative à au moins 5%

6.2 Les types de handicap

En termes de limitations fonctionnelles, en Île-de-France 8,3 % des personnes de 20-59 ans déclarent avoir des difficultés (quelques ou beaucoup) à réaliser des fonctions motrices et 2,7 % à ne pas pouvoir réaliser du tout au moins une fonction motrice. Ces proportions sont plus élevées chez les personnes de 60 ans ou plus, puisqu'elles sont respectivement de 33,0 % et 19,5 %. Les limitations sensorielles sont un peu moins fréquentes, avec 1,0% des 20-59 ans ayant une limitation absolue et 4,0 % des 60 ans ou plus en ayant au moins une absolue. Quant aux fonctions cognitives ou psychiques, ce sont 5,0 % des 20-59 ans déclarant en avoir souvent et 12,1 % des 60 ans ou plus. La liste détaillée des limitations fonctionnelles figure en annexe.

En annexe figure le détail des restrictions d'activités, avec distinction des activités de la vie quotidienne (AVQ) et activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

Tableau 44. Limitations fonctionnelles (LF) chez les personnes de 20-59 ans et de 60 ans ou plus résidant en Île-de-France, sans aide technique ou humaine sauf mention contraire (en %)

	20-59 ans			60 ans et plus		
	Sans LF	avec difficultés	LF absolue	Sans LF	avec difficulté	LF absolue
Fonctions motrices, physiques						
Marcher 500 m sur un terrain plat sans aide	97,2	2,0	0,8	80,0	12,9	7,1
Monter et descendre un étage d'escalier sans aide	96,3	2,6	1,0	71,4	20,6	8,0
Lever le bras	97,2	2,5	0,3	86,1	12,2	1,7
Se servir de ses mains et de ses doigts	98,0	1,8	0,2	89,8	9,3	0,9
Prendre un objet avec chacune de ses mains	98,9	0,8	0,2	95,0	4,0	1,0
Se baisser ou s'agenouiller	93,5	5,3	1,2	59,0	30,2	10,8
Porter un sac de 5 kg sur une distance de 10 mètres	94,5	3,4	2,1	69,7	16,2	14,1
Contrôler ses selles et ses urines	98,3	1,2	0,5	89,5	9,2	1,3
Au moins une limitation motrice / physique	89,0	8,3	2,7	47,4	33,0	19,5
Fonctions sensorielles						
Voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal, avec lunettes si besoin	95,3	4,2	0,5	87,6	10,5	1,9
Voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres, avec lunettes si besoin	98,0	1,6	0,4	94,8	4,0	1,2
Entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes avec appareil auditif si besoin	95,4	4,4	0,3	70,6	27,5	1,8
Au moins une limitation sensorielle	89,8	9,2	1,0	63,5	32,5	4,0
	Non	Parfois	Souvent	Non	Parfois	Souvent
Fonctions cognitives, psychiques						
Ne plus se souvenir à quel moment de la journée on est	97,2	2,3	0,5	89,6	8,5	1,9
Avoir des trous de mémoire au cours d'une journée	82,3	16,3	1,4	59,3	34,9	5,8
Avoir des difficultés pour se concentrer plus de 10 min	95,1	3,9	1,0	87,6	9,4	2,9
Avoir des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne	97,0	2,0	1,0	90,9	5,9	3,2
Avoir des difficultés pour apprendre de nouveaux savoirs ou savoir-faire	95,7	3,3	0,9	80,6	12,8	6,6
Avoir des difficultés pour comprendre les autres ou pour se faire comprendre des autres	96,2	2,9	0,9	92,8	4,9	2,3
Se mettre en danger par son comportement	93,9	5,5	0,6	92,3	6,6	1,1
Se voir reprocher d'être trop impulsif(ve) ou agressif(ve)	79,5	18,4	2,2	78,9	18,8	2,3
Au moins une limitation cognitive ou psychique	64,9	30,0	5,0	42,0	45,9	12,1
EFFECTIFS		1 971			1 397	

Avec difficultés : Activité réalisable avec quelques ou beaucoup de difficultés.
Absolue : ne pas pouvoir du tout réaliser l'activité seul(e).

6.3 Les bénéficiaires de l'AAEH et de l'AAH

Parmi l'ensemble des prestations que peuvent percevoir les personnes en situation de handicap, deux prestations sont parmi les plus utilisées, l'AAEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) et l'AAH (Allocation aux adultes handicapés).

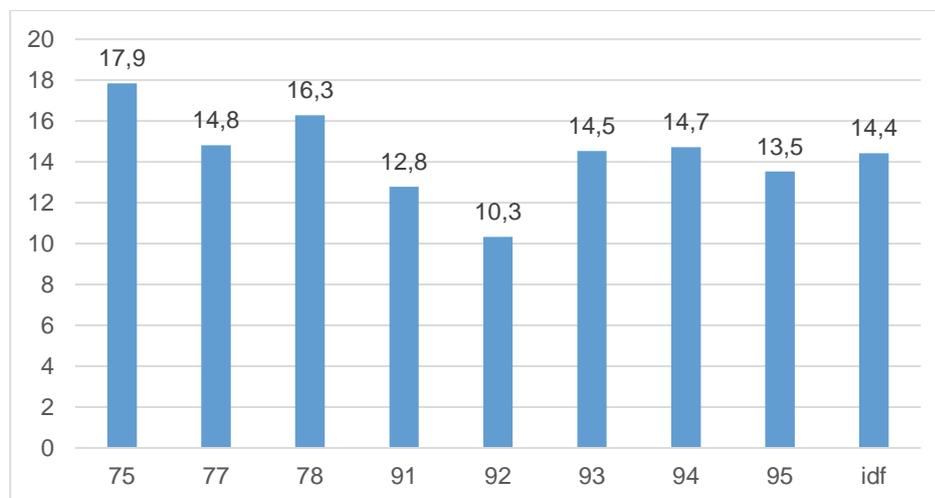
Encadré 16. Allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou AEEH

Prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Elle est versée à la famille d'un enfant en situation de handicap de moins de 20 ans, ayant un taux de handicap de 50% ou plus. Des compléments à l'AAEH de base peuvent être accordés en fonction des dépenses liées au handicap et/ou à la réduction ou cessation d'activité professionnelle d'un des parents ou à l'embauche d'un tiers.

En Île-de-France, au 31 décembre 2014, 44 437 enfants de moins de 20 ans étaient bénéficiaires de l'AAEH, soit un taux de 14,4 enfants pour 1 000 habitants de moins de 20 ans. Selon les départements, le taux varie de 10,3 pour 1 000 dans les Hauts-de-Seine à 17,9 à Paris.

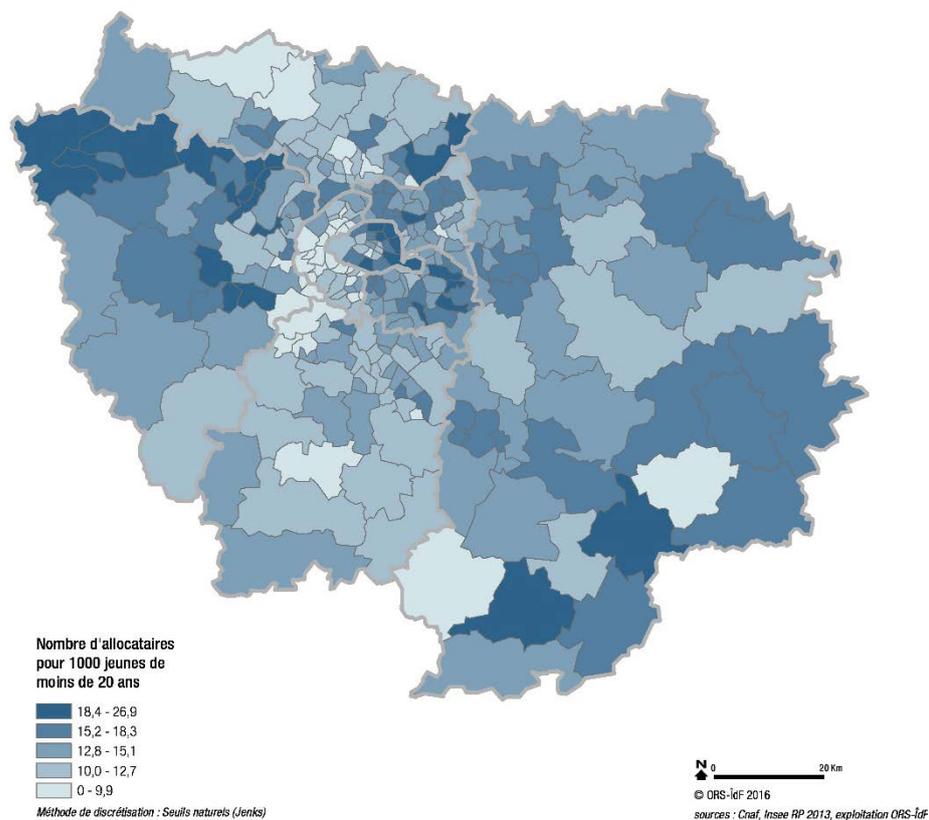
Les données cantonales montrent des proportions plus élevées de bénéficiaires dans le nord des Yvelines, dans les arrondissements périphériques de Paris, à l'est du Val-d'Oise et dans le sud de la Seine-et-Marne.

Figure 89. Nombre de bénéficiaires l'AAEH pour 1 000 habitants de moins de 20 ans dans les départements franciliens, au 31 décembre 2014



Source : Cnaf, CCMSA, Insee, exploitation ORS Île-de-France

Figure 90. Nombre de bénéficiaires de l’AEEH pour 1 000 habitants de moins de 20 ans dans les cantons en Île-de-France, au 31 décembre 2014



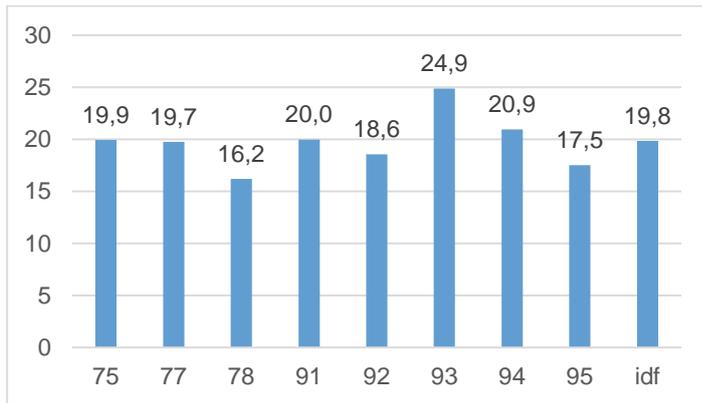
Source : Cnaf, CCMSA, Insee, exploitation ORS Île-de-France

Encadré 17. Allocation aux adultes handicapés ou AAH

Aide financière qui permet d’assurer un revenu minimum. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter 4 critères : incapacité, âge, nationalité et ressources. Le taux d’incapacité doit être égal ou supérieur à 80% ou compris entre 50 et 79% et connaître une restriction substantielle et durable d’accès à un emploi reconnue par la CDDPAH (Commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées). Les personnes doivent avoir au minimum 20 ans (ou 16 ans et ne plus être considéré à la charge de ses parents), résider en France, être en situation régulière pour les étrangers et ne pas dépasser un plafond de ressources déterminé en fonction de la situation familiale (vie en couple et nombre d’enfants à charge).

En Île-de-France, au 31 décembre 2014, 130 449 personnes étaient bénéficiaires de l’AAH, soit un taux de 19,8 personnes pour 1 000 habitants de 20-59 ans. Ce taux varie de 16,2 pour 1 000 habitants de 20-59 ans dans les Yvelines à 24,9 pour 1 000 en Seine-Saint-Denis. Contrairement à l’AEEH qui n’est pas attribuée sous condition de ressources, l’AAH témoigne aussi d’une situation de pauvreté.

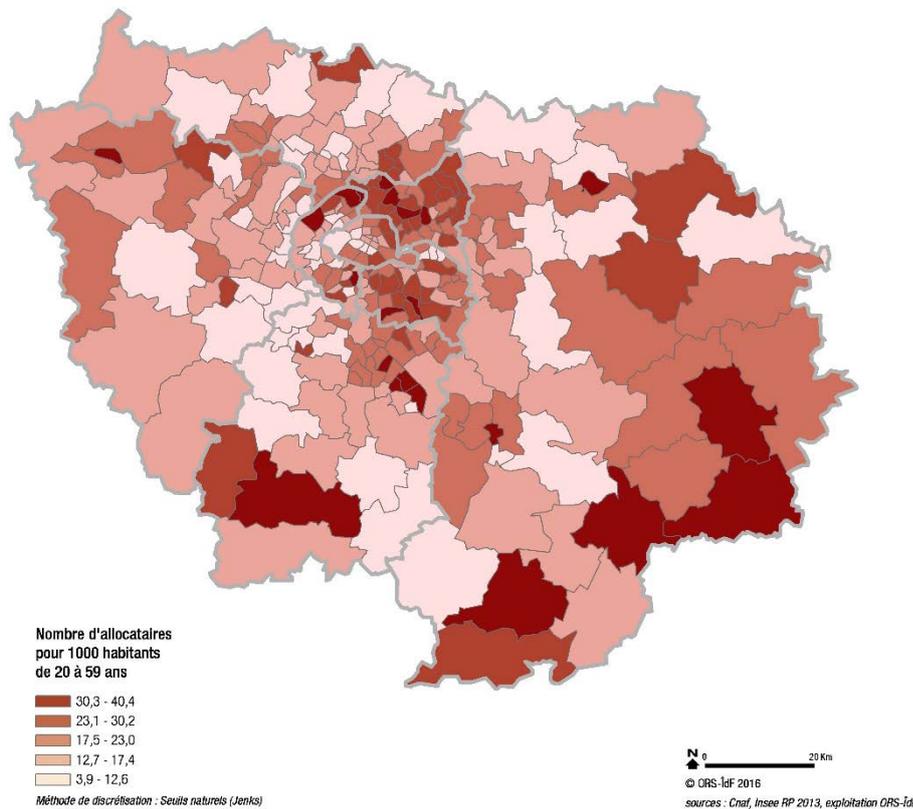
Figure 91. Nombre de bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 habitants de 20-59 ans dans les départements franciliens, au 31 décembre 2014



Source : Cnaf, CCMSA, Insee, exploitation ORS Île-de-France

Les données cantonales montrent des proportions plus élevées de bénéficiaires dans l'est de la région et dans le nord des Hauts-de-Seine.

Figure 92. Nombre de bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 habitants de 20-59 ans dans les cantons en Île-de-France, au 31 décembre 2014



Source : Cnaf, CCMSA, Insee, exploitation ORS Île-de-France

POUR EN SAVOIR PLUS : RÉFÉRENCES

1. Embersin-Kyprianou C, Chatignoux E. Conditions de vie et santé des personnes handicapées en Île-de-France : exploitation régionale de l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008. Paris: Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS), 2013

7 | CONSOMMATION D'ALCOOL, DE TABAC OU DE DROGUE ET MORTALITÉ ASSOCIÉE

7.1 Les usages de produits psychoactifs

Encadré 18. **Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Baromètre Santé**

Alcool

- Consommation : avoir consommé de l'alcool tous les jours au cours des douze derniers mois
- Consommation hebdomadaire : avoir consommé de l'alcool au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois

Tabac

- Consommation occasionnelle de tabac : fumer moins de une cigarette par jour
- Consommation quotidienne de tabac : fumer au moins une cigarette par jour

Drogues illicites

- Expérimentation : avoir consommé au moins une fois dans sa vie une drogue illicite

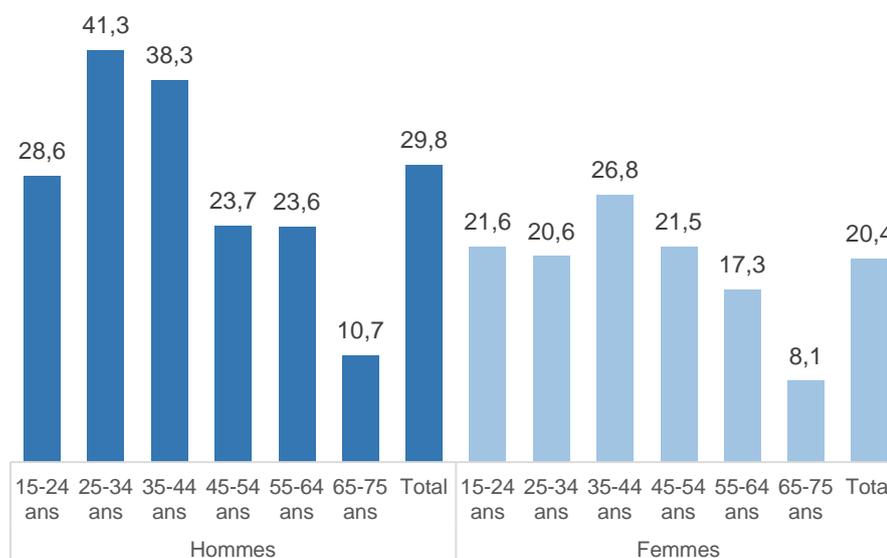
Les Baromètres santé 2010 et 2014 ont été réalisés par l'Inpes, (Santé publique France), en population générale auprès des personnes âgées de 15 à 75 ans (15 à 85 ans pour l'édition 2010). Les données publiées sont celles de 2010, quelques exploitations ont été faites sur l'édition 2014 de l'enquête. Un sur-échantillon francilien du Baromètre 2016 permettra de disposer de données très récentes en 2017.

En 2014, 36 % des Franciliens et 27% des Franciliennes de 15 à 75 ans ont déclaré fumer, quotidiennement ou occasionnellement. La prévalence globale du tabagisme en Île-de-France est inférieure à celle observée dans le reste de la France (respectivement 40 % des hommes et 31 % des femmes). Quant à la consommation quotidienne, elle concerne 29,8 % des Franciliens et 20,4 % des Franciliennes de 15 à 75 ans.

La proportion de fumeurs quotidiens augmente avec l'âge chez les hommes avant de décroître vers 45 ans. Chez les hommes de 25-44 ans, quatre Franciliens sur dix déclarent fumer quotidiennement. Chez les femmes, le tabagisme quotidien ne progresse pas significativement avec l'avancée dans l'âge.

L'interprétation de ces résultats doit tenir compte du biais de mortalité. En effet, une partie des fumeurs est décédée de son tabagisme et cette proportion de fumeurs décédés est d'autant plus élevée que la durée de tabagisme a été importante et/ou que l'âge d'initiation au tabac a été précoce. Du fait notamment de cette surmortalité liée au tabagisme, la proportion de personnes interrogées à 65-75 ans ayant déclaré fumer quotidiennement est faible.

Figure 93. Tabagisme quotidien en Île-de-France selon le sexe et l'âge en 2014 (en %)



Source : Baromètre santé 2014 INPES – Exploitation ORS Île-de-France

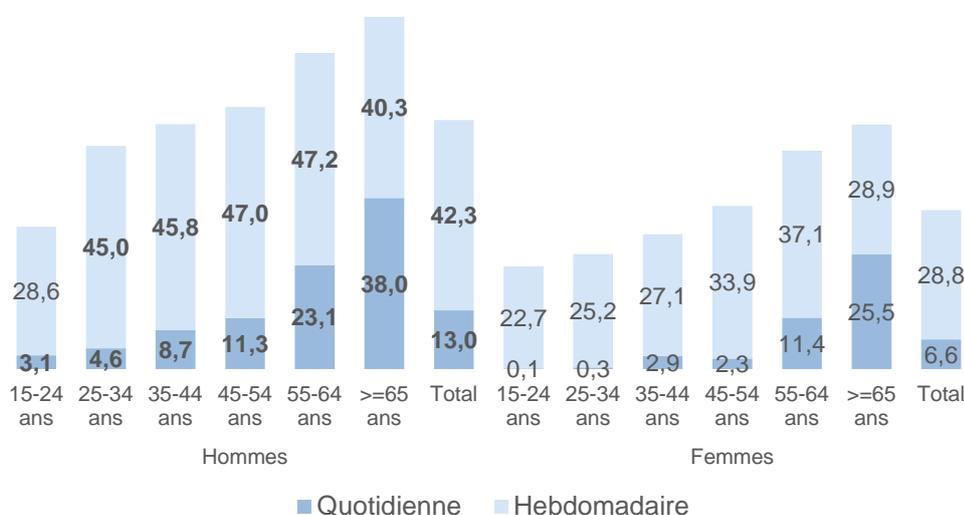
En 2010, 9,6 % des Franciliens âgés de 15 à 85 ans ont déclaré avoir une consommation quotidienne de boissons alcoolisées et 35,3 % une consommation hebdomadaire

Quelle que soit la fréquence, la consommation d'alcool est toujours plus élevée chez les hommes que chez les femmes : respectivement 13,0 % et 6,6 % pour la consommation quotidienne, 42,3 % et 28,8 % pour la consommation hebdomadaire.

La consommation d'alcool, qu'elle soit quotidienne ou hebdomadaire, augmente avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes : 3,1 % des hommes de 15-24 ans consomment de l'alcool tous les jours contre 38,0% de ceux de 65 ans et plus. Les femmes sont respectivement 0,1 % et 25,5 % dans ce cas. À tous les âges, les consommations sont supérieures chez les hommes.

Les hommes franciliens ont des niveaux d'usage inférieurs à ceux des autres régions. La consommation quotidienne est respectivement de 13,0 % et 20,3% en Île-de-France et dans le reste de la France, avec des écarts particulièrement marqués à partir de 45 ans. En revanche, chez les femmes, les consommations sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Figure 94. Proportion de consommateurs quotidiens et hebdomadaires d'alcool selon le sexe et l'âge, en Île-de-France en 2010 (%)



Source : Baromètre santé 2010 INPES – Exploitation ORS Île-de-France – Test réalisé sur les résultats Hommes/Femmes – (**p<0,05 : en gras**)

En 2010, 37,0 % des Franciliens âgés de 15 à 64 ans ont déclaré avoir consommé au moins une fois dans leur vie du cannabis, 6,6 % du poppers et 4,7% de la cocaïne.

Le cannabis est de loin la substance illicite la plus expérimentée : 37,0 % des Franciliens déclarent en avoir consommé au moins une fois dans leur vie.

Le poppers, qui est le deuxième produit illicite le plus expérimenté, concerne six fois moins de personnes (6,6 %). Viennent ensuite la cocaïne (4,7 %), les champignons hallucinogènes (3,3 %) et l'ecstasy/MDMA (2,7 %). Les autres substances ont été expérimentées par moins de 2 % des Franciliens.

Les personnes âgées de 25 à 34 ans sont celles qui déclarent les plus hauts niveaux d'expérimentation pour la quasi-totalité des substances. Près d'une personne sur deux, âgée de 25 à 34 ans et vivant en Île-de-France, a déjà consommé du cannabis (contre 37,0 % tous âges confondus). La cocaïne a été expérimentée par 7,4 % des personnes de cette génération (contre 4,7 % tous âges confondus) et l'ecstasy/MDMA par 5,0 % d'entre elles (contre 2,7 % tous âges confondus).

Quel que soit le produit, les hommes sont plus nombreux que les femmes à l'avoir expérimenté. Ainsi, alors qu'ils sont 45,0 % à déclarer avoir déjà consommé du cannabis, les Franciliennes sont 29,3 % dans ce cas. Cependant, l'écart entre les hommes et les femmes tend à se resserrer chez les plus jeunes : chez les 15-24 ans, l'expérimentation du cannabis est rapportée par 40,4% des hommes et 34,2 % des femmes, alors que chez les 25-34 ans plus de 20 points distinguent les niveaux d'expérimentation rapportés par les hommes et par les femmes (respectivement 61,7 % et 38,8 %).

Comparée aux autres régions, l'Île-de-France se caractérise par des niveaux d'expérimentation supérieurs pour ce qui est des trois produits les plus expérimentés : le cannabis (37,0 % en Île-de-France contre 31,3 % hors Île-de-France), le poppers (6,6 % contre 5,0 %) et la cocaïne (4,7 % contre 3,4 %). Pour les autres produits, les niveaux d'expérimentation en Île-de-France et hors Île-de-France sont comparables.

Tableau 45. Expérimentation de drogues illicites au cours de la vie selon l'âge et le sexe chez les personnes de 15-64 ans, en Île-de-France en 2010 (en %)

	Ensemble	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Cannabis	37,0	37,2	49,8	43,4	32,2	16,0	45,0***	29,3
Poppers	6,6	9,5	8,4	7,8	5,6	0,4	9,5***	3,9
Cocaïne	4,7	4,8	7,4	4,4	4,5	1,7	6,4**	3,2
Champignons hallucinogènes	3,3	3,1	5,7	2,9	3,1	0,6	4,6***	2,0
Ecstasy/MDMA	2,7	2,4	5,0	3,4	1,7	0,0	4,0***	1,4
LSD	1,9	1,0	3,0	1,6	1,9	2,1	3,1***	0,8
Colles, solvants	1,9	2,9	1,6	2,0	2,1	0,4	2,7**	1,1
Amphétamines	1,8	1,1	2,9	0,9	2,5	1,4	1,9	1,7
Héroïne	1,0	0,0	1,1	1,7	1,8	0,3	1,6**	0,5

Source : Baromètre santé 2010 INPES – Exploitation ORS Île-de-France – Test réalisé sur les résultats Hommes/Femmes - * p<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

7.2 Focus sur les consommations de produits psychoactifs chez les jeunes

Encadré 19. Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad

Alcool

- Expérimentation : avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours de la vie
- Consommation régulière : avoir consommé de l'alcool au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours
- Consommation quotidienne : avoir consommé de l'alcool au moins trente fois au cours des 30 derniers jours
- Alcoolisation ponctuelle importante (API) : avoir consommé 5 verres ou plus d'alcool en une seule occasion au cours des 30 derniers jours
- Alcoolisation ponctuelle importante (API) répétée : au moins 3 fois au cours des 30 derniers jours
- Alcoolisation ponctuelle importante (API) régulière : au moins au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours

Tabac

- Expérimentation : avoir consommé du tabac au moins une fois au cours de la vie
- Consommation occasionnelle : fumer moins de une cigarette par jour
- Consommation quotidienne : fumer au moins une cigarette par jour
- Consommation intensive: fumer plus de 10 cigarettes par jour

Cannabis

- Expérimentation: avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de la vie
- Consommation régulière: avoir consommé du cannabis au moins dix fois au cours du dernier mois
- Consommation quotidienne: avoir consommé du cannabis au moins trente fois au cours du dernier mois

L'enquête **Escapad** est réalisée par l'OFDT auprès des jeunes de 17 ans lors des journées défense et citoyenneté. La dernière enquête Escapad date de 2014

Que ce soit pour l'expérimentation ou la consommation régulière, les jeunes franciliens de 17 ans, garçons ou filles, sont moins nombreux à avoir consommé de l'alcool que leurs homologues du reste de la France (ci-dessous Tableau 46).

La consommation quotidienne reste en revanche comparable entre l'Île-de-France et le reste de la France, mais est très faible à cet âge-là.

L'usage d'alcool chez les jeunes est plutôt caractérisé par des consommations massives et plus ponctuelles. Ainsi, en Île-de-France, 40 % des garçons et 34 % des filles ont déclaré avoir eu au moins une alcoolisation ponctuelle importante (avoir consommé 5 verres ou plus en une seule occasion) au cours du dernier mois (ci-dessous Tableau 47). Ces proportions sont inférieures à celles observées dans le reste de la France. Ce sont également 19 % des garçons franciliens et 12 % des filles franciliennes qui ont déclaré au moins trois API au cours du dernier mois, là encore proportions inférieures à celles observées hors Île-de-France.

Que ce soit pour l'expérimentation d'alcool, la consommation régulière ou les alcoolisations ponctuelles importantes, les usages varient fortement selon les départements, que ce soit chez les garçons ou chez les filles. Ainsi, la consommation régulière d'alcool varie, pour les deux sexes, de 4,1 % pour le Val-d'Oise à 12,7 % pour Paris et l'alcoolisation ponctuelle importante répétée varie, pour les deux sexes, de 7,3 %

Des proportions moindres de consommateurs d'alcool usages d'alcool en Île-de-France

Des disparités départementales dans les consommations d'alcool

dans le Val-d'Oise à 23,4 % à Paris (ci-dessous Tableau 46 & Tableau 47). La Seine-Saint-Denis présente les proportions d'expérimentateurs ou de consommateurs réguliers les plus faibles, avec le Val-d'Oise (pour la consommation régulière). Pour les alcoolisations ponctuelles importantes, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise sont les deux départements à avoir des proportions de jeunes ayant eu une API au cours du dernier mois inférieures à la moyenne régionale, tandis que Paris, les Yvelines et les Hauts-de-Seine ont des proportions supérieures à la moyenne régionale. Pour les API répétées, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise ont des proportions inférieures à la moyenne régionale, tandis que Paris, les Yvelines et les Hauts-de-Seine ont des proportions supérieures à la moyenne régionale.

Tableau 46. Usages d'alcool chez les jeunes (17 ans) au cours de la vie et 30 derniers jours en 2014 (en %)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	Hors IDF	France
Expérimentation											
Garçons	89,9	89,0	86,0	80,6	86,5	65,3	76,8	77,1	81,5	92,2	90,1
Filles	87,5	82,5	90,1	83,7	87,1	60,6	78,5	81,4	81,4	89,9	88,3
Ensemble	88,7	85,8	88,0	82,1	86,8	63,0	77,6	79,2	81,5	91,1	89,2
Consommation régulière											
Garçons	15,1	11,5	8,5	9,5	13,6	6,1	8,3	4,9	9,8	19,3	17,5
Filles	10,4	3,7	8,1	3,4	6,0	2,8	2,5	3,2	5,2	7,2	6,8
Ensemble	12,7	7,7	8,3	6,4	9,8	4,5	5,4	4,1	7,5	13,4	12,3
Consommation quotidienne											
Garçons	1,8	2,9	0,6	2,6	0,9	1,1	1,8	0,7	1,5	3,2	2,9
Filles	0,9	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,6
Ensemble	1,3	1,5	0,9	1,3	0,5	0,5	0,9	0,4	0,9	2,0	1,8
EFFECTIFS	1 081	625	338	398	414	943	660	300	4 759	17 020	21 779

Source : ESCAPAD 2014 OFDT- Exploitation ORS-IDF

En **gras**, différence Île-de-France/Hors Île-de-France ou différence département/reste de l'Île-de-France significative au seuil de 5%.

Tableau 47. Alcoolisation ponctuelle importante chez les jeunes (17 ans) au cours des 30 derniers jours

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	Hors IDF	France
Au moins une API											
Garçons	50,7	38,7	50,6	40,7	48,8	28,6	37,9	24,8	40,3	57,8	54,6
Filles	46,3	27,1	47,5	31,9	40,2	19,9	32,7	24,2	34,1	44,9	42,9
Ensemble	48,5	32,9	49,0	36,2	44,5	24,3	35,4	24,5	37,3	51,5	48,8
API répétée											
Garçons	25,9	20,8	23,6	15,4	24,2	10,6	17,3	9,9	18,6	30,5	28,3
Filles	20,9	8,6	20,0	9,2	13,1	6,4	8,2	4,6	11,8	16,0	15,2
Ensemble	23,4	14,7	21,8	12,2	18,6	8,5	12,9	7,3	15,2	23,3	21,8
API régulière											
Garçons	5,8	1,5	1,1	2,7	5,2	1,1	1,8	0,0	2,5	5,2	4,7
Filles	1,4	0,3	0,6	0,5	1,5	0,6	0,6	0,7	0,8	1,4	1,3
Ensemble	3,6	0,9	0,9	1,6	3,3	0,9	1,2	0,3	1,6	3,3	3,0
EFFECTIFS	1 069	608	334	389	410	930	653	294	4 687	16 760	21 447

Source : ESCAPAD 2014 OFDT- Exploitation ORS-IDF

En **gras**, différence Île-de-France/Hors Île-de-France ou différence département/reste de l'Île-de-France significative au seuil de 5%.

Les usages de tabac sont moins fréquents en Île-de-France que dans le reste de la France, que ce soit chez les filles ou chez les garçons, pour l'expérimentation du tabac, l'usage quotidien ou l'usage intensif (plus de dix cigarettes par jour). Les usages s'avèrent toutefois élevés en Île-de-France, puisque 61 % des garçons et 65 % des filles ont déjà consommé du tabac au cours de la vie, 26 % des garçons et 27 % des filles ont déclaré fumer quotidiennement et 6 % des garçons et 4 % des filles ont déclaré fumer plus dix cigarettes par jour.

Des usages de tabac moins fréquents en Île-de-France mais qui témoignent d'un niveau de consommation important

Il existe de fortes disparités départementales dans les usages de tabac chez les jeunes de 17 ans. Ainsi l'expérimentation du tabac est très inférieure à la moyenne régionale en Seine-Saint-Denis, que ce soit chez les garçons et chez les filles et très supérieure à la moyenne régionale à Paris, garçons ou filles. Pour les deux sexes, on passe ainsi de 52 % d'expérimentateurs en Seine-Saint-Denis à 71 % à Paris. Pour la consommation quotidienne, ces deux départements restent dans les proportions extrêmes de consommateurs, avec 34 % de fumeurs quotidiens à Paris pour les deux sexes et 21 % en Seine-Saint-Denis, mais le Val-d'Oise a également des proportions inférieures à la moyenne régionale de fumeurs quotidiens. En ce qui concerne la consommation intensive, les filles parisiennes et les garçons de la Seine-et-Marne sont plus nombreux à être consommateurs intensifs que les autres.

Des disparités départementales dans la consommation de tabac

Tableau 48. Usages de tabac chez les jeunes de 17 ans en 2014 (en %)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	Hors IDF	France
Expérimentation											
Garçons	71,5	61,4	59,3	57,1	65,0	53,1	60,4	56,9	60,7	68,2	66,8
Filles	71,0	64,9	70,8	63,0	73,1	50,9	60,2	66,5	65,2	71,2	70,0
Ensemble	71,2	63,1	65,0	60,0	69,1	52,0	60,3	61,6	62,9	69,6	68,4
Consommation quotidienne											
Garçons	32,1	28,1	25,8	25,7	27,4	22,1	26,0	23,1	26,4	34,6	33,1
Filles	35,6	28,9	32,3	27,3	31,8	19,5	22,0	19,4	27,4	32,9	31,9
Ensemble	33,8	28,5	29,1	26,5	29,7	20,8	24,0	21,3	26,9	33,8	32,5
Consommation intensive											
Garçons	7,7	9,2	2,8	4,2	5,1	5,3	5,0	8,4	6,0	10,1	9,3
Filles	6,2	5,2	3,1	4,3	3,5	3,1	3,4	3,2	4,1	6,6	6,1
Ensemble	6,9	7,2	3,0	4,2	4,3	4,2	4,2	5,9	5,0	8,4	7,7
EFFECTIFS	1 083	630	338	398	415	949	662	297	4 772	17 083	21 855

Source : ESCAPAD 2014 OFDT– Exploitation ORS-IDF
 En **gras**, différence Île-de-France/Hors Île-de-France ou différence département/reste de l'Île-de-France significative au seuil de 5 %.

À l'exception de l'expérimentation de cannabis qui se montre plus faible chez les garçons franciliens par rapport à ceux du reste de la France, les consommations régulières et quotidiennes sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France, chez les filles ou chez les garçons. Ce sont ainsi 12 % des garçons et 5 % des filles en Île-de-France qui déclarent avoir consommé du cannabis au moins dix fois au cours du dernier mois (Tableau 49). Une consommation quotidienne de cannabis concerne 5 % des garçons franciliens.

Des usages de cannabis comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France

Des disparités départementales pour l'expérimentation de cannabis, peu de différences entre les départements pour les autres usages

Au niveau infra-régional, on observe des différences entre les départements surtout dans l'expérimentation de cannabis. Ainsi, les proportions d'expérimentateurs sont plus élevées, pour les deux sexes, dans les départements plus favorisés (Paris, Yvelines et Hauts-de-Seine) et moins élevées dans les départements moins favorisés (Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise). On retrouve aussi ces différences chez les filles, tandis que chez les garçons, c'est uniquement sur les départements de Paris (niveau plus élevé) et de Seine-Saint-Denis (niveau moins élevé) qu'on observe des différences.

Pour les usages réguliers ou quotidiens, très peu de différences sont observées entre les départements. Seules les filles de la Seine-et-Marne sont plus nombreuses à avoir un usage régulier (7,6 % contre 5,2 % en moyenne en Île-de-France) et celles du Val-d'Oise moins nombreuses à avoir un usage régulier ((1,3 % contre 5,2 % en Île-de-France). Pour l'usage quotidien, seules les filles de Seine-et-Marne déclarent un usage quotidien plus élevé qu'en moyenne en Île-de-France (5,0 % contre 2,2 % en Île-de-France).

Tableau 49. Usages de cannabis chez les jeunes de 17 ans en 2014 (en %)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	HIDF	FRA
Expérimentation											
Garçons	55,5	45,7	45,7	49,5	56,5	36,8	46,0	41,0	47,2	50,4	49,8
Filles	53,4	43,4	57,0	43,9	50,5	30,9	41,3	29,8	44,2	46,2	45,8
Ensemble	54,5	44,6	51,3	46,7	53,5	33,9	43,7	35,6	45,7	48,3	47,8
Consommation régulière											
Garçons	11,5	12,3	11,0	12,7	11,6	10,6	14,8	9,4	11,7	12,8	12,6
Filles	6,4	7,6	6,3	4,0	3,6	6,3	5,1	1,3	5,2	5,9	5,8
Ensemble	8,9	9,9	8,7	8,3	7,5	8,4	10,1	5,5	8,4	9,4	9,2
Consommation quotidienne											
Garçons	5,5	5,7	2,9	5,5	5,5	5,2	5,2	2,9	4,8	5,8	5,7
Filles	2,9	5,0	1,9	0,5	1,0	3,0	2,6	0,7	2,2	2,3	2,3
Ensemble	4,2	5,4	2,4	3,0	3,2	4,1	3,9	1,8	3,5	4,1	4,0
EFFECTIFS	1049	601	330	383	393	904	636	288	4584	16404	20988

Source : ESCAPAD 2014 OFDT– Exploitation ORS-IDF
 En **gras**, différence Île-de-France/Hors Île-de-France ou différence département/reste de l'Île-de-France significative au seuil de 5%.

Hormis le cannabis, d'autres drogues ont été consommées, de manière moins importante. Ce sont ainsi 4,5 % des jeunes de 17 ans en Île-de-France qui ont consommé des produits à inhaler (colle, solvants, trichlo) au cours de la vie, proportion comparable à celle du reste de la France (3,9 %). Par ailleurs, 4,1 % des Franciliens ont consommé des poppers, proportion inférieure à celle du reste de la France (5,7 %). Pour ce qui est de l'ecstasy, 3,4 % des jeunes franciliens déclarent en avoir consommé au cours de la vie, proportion comparable à celle du reste de la France (3,9 %). Les consommations d'autres drogues sont plus marginales.

7.3 Mortalité par pathologies imputables à la consommation de tabac et d'alcool

7.3.1 Mortalité par pathologies imputables au tabac

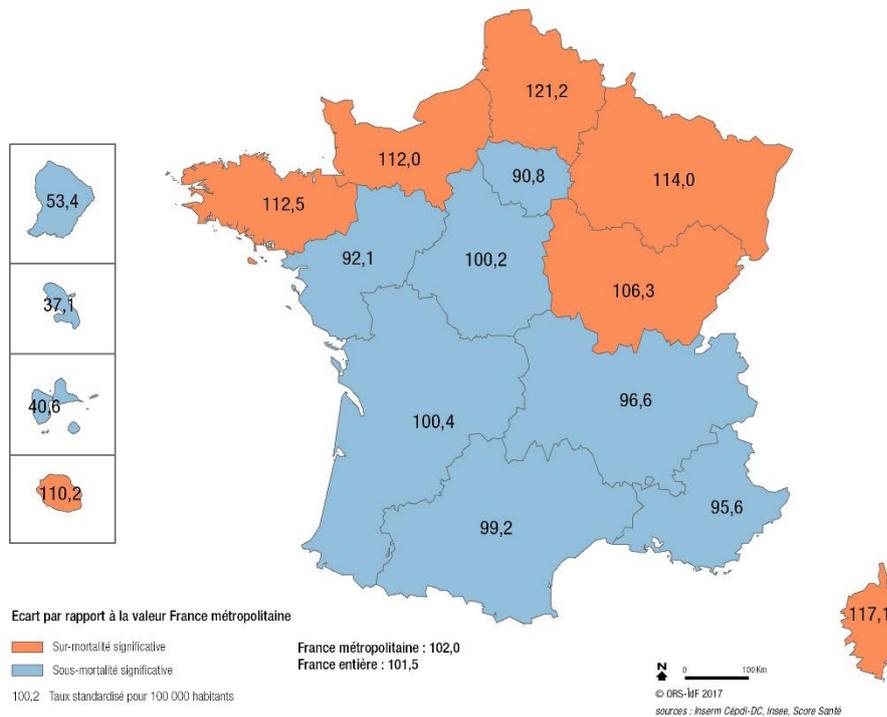
Encadré 20. Pathologies imputables à la consommation de tabac

Parmi les nombreuses pathologies imputables au tabac, on distingue les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives et les cardiopathies ischémiques.

Ces trois groupes de pathologies sont à l'origine du décès de plus de 9 509 Franciliens en moyenne chaque année entre 2011 et 2013. 63,7 % des décès pour ces pathologies sont masculins (6 055 hommes et 3 454 femmes).

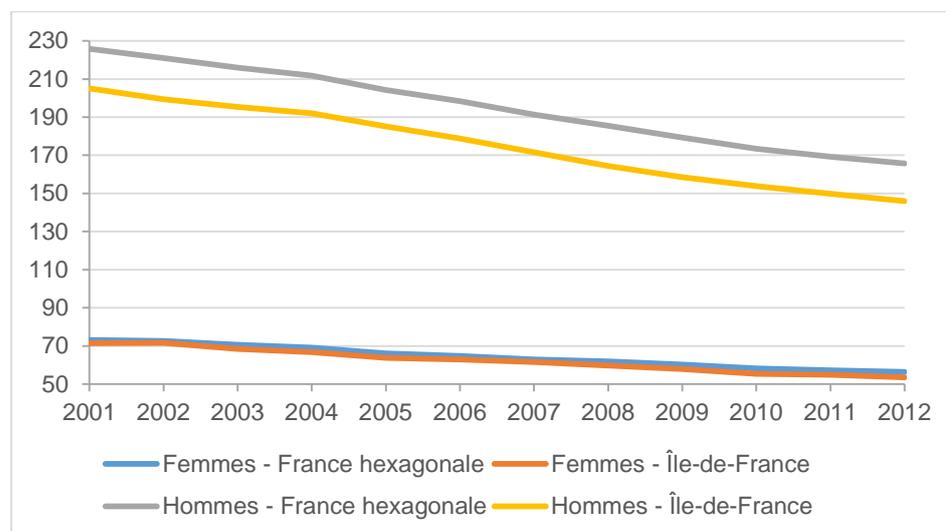
Le taux standardisé de mortalité par pathologies imputables au tabac, tous âges sur cette période, s'élève à 90,8 pour 100 000 habitants (145,9 chez les hommes et 53,5 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain (102,0 pour 100 000 habitants).

Figure 95. Taux standardisé de mortalité par pathologies imputables au tabac



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par pathologies imputables à la consommation de tabac en Île-de-France a diminué de 2,9 % en moyenne par an chez les hommes et de 2,4 % chez les femmes. Cette diminution est comparable à celle de France métropolitaine.

Figure 96. Évolution du taux standardisé de mortalité par pathologies imputables au tabac en Île-de-France et en France métropolitaine entre les périodes 2000-2002 et 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.
 * : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Tableau 50. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par pathologies imputables à la consommation de tabac en moyenne annuelle par département et par sexe sur la période 2011-2013

	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut
Paris	1 021	96,9	693	58,5
Seine-et-Marne	723	109,3	372	53,8
Yvelines	792	114,9	440	60,7
Essonne	682	112,4	353	55,8
Hauts-de-Seine	755	99,8	463	55,8
Seine-Saint-Denis	774	102,3	384	48,9
Val-de-Marne	713	110,4	430	61,7
Val-d'Oise	596	103,2	319	52,3
ÎLE-DE-FRANCE	6 055	105,3	3 454	56,1

Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.

On observe de fortes inégalités départementales au sein de l'Île-de-France sur les taux standardisés de mortalité par pathologies imputables au tabac.

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par pathologies imputables au tabac va de 121,7 pour 100 000 à Paris à 163,2 pour 100 000 en Seine-Saint-Denis. Deux départements présentent une sous-mortalité significative par rapport au niveau régional : Paris et les Hauts-de-Seine. A l'inverse dans les six autres départements franciliens, on observe une surmortalité significative par rapport au niveau régional.

Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité par pathologies imputables au tabac va de 49,1 pour 100 000 à Paris à 57,2 pour 100 000 en Seine-Saint-Denis. Deux départements présentent un niveau de mortalité prématurée significativement inférieur à celui d'Île-de-France : Paris et les Hauts-de-Seine. En revanche, on observe un taux

standardisé de mortalité prématurée significativement supérieur au niveau régional dans les autres départements d'Île-de-France.

La mortalité par pathologies imputables au tabac masculine est plus de deux fois plus importante que chez les femmes dans tous les départements franciliens.

Figure 97. Taux standardisés de mortalité par pathologies imputables au tabac chez les hommes sur la période 2011-2013

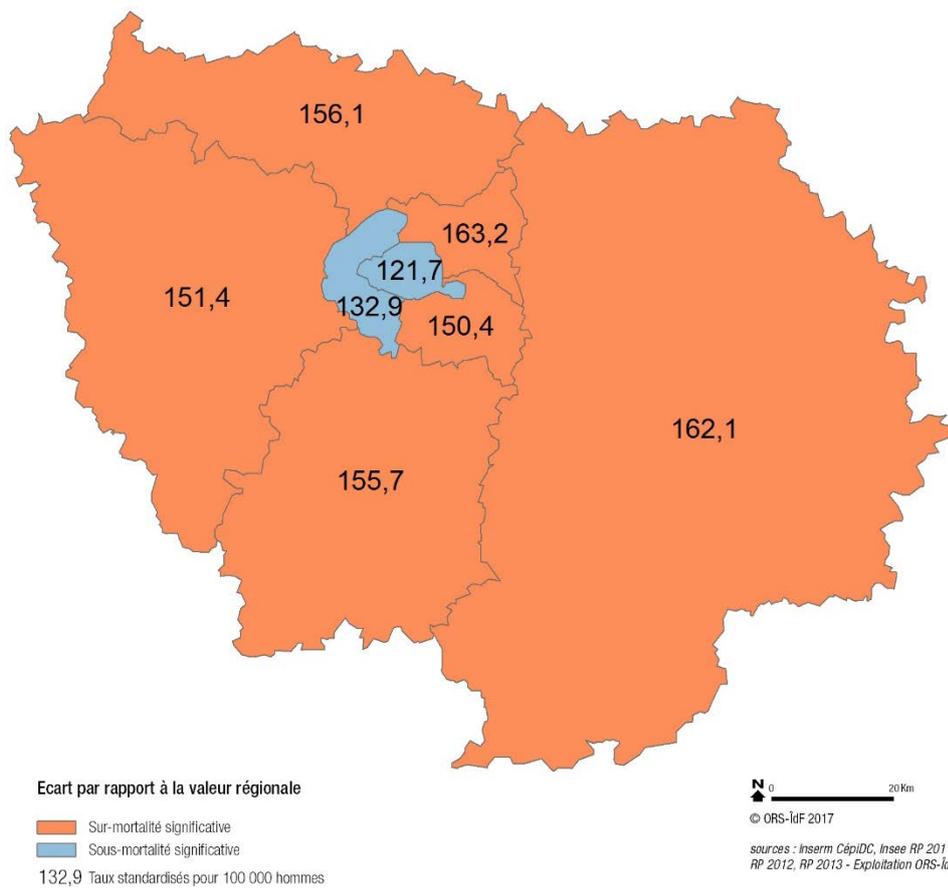
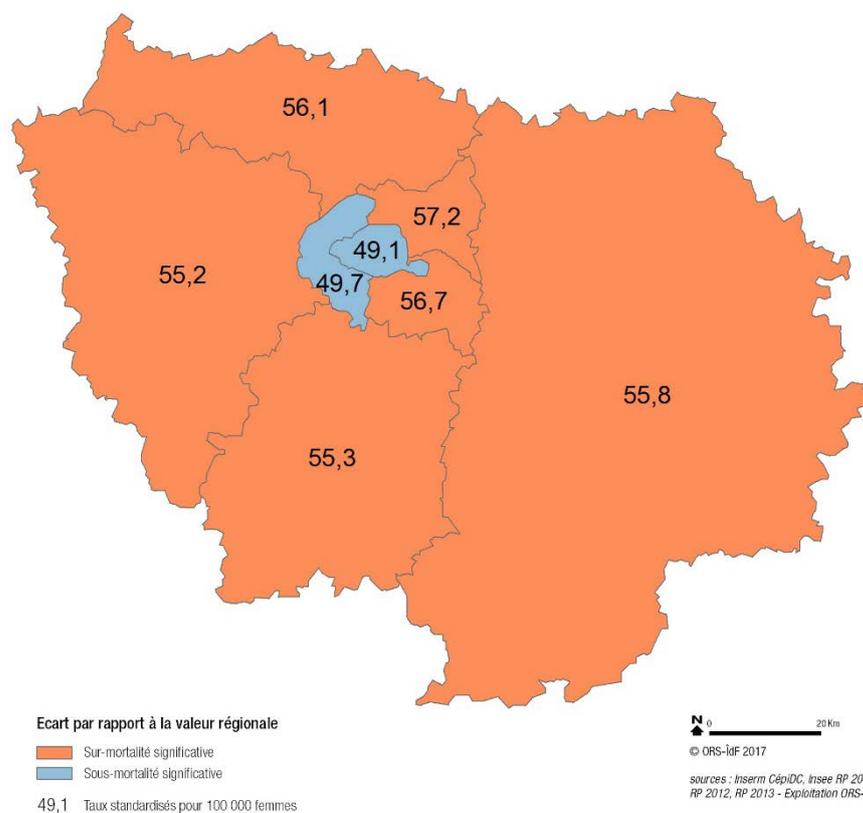


Figure 98. Taux standardisés de mortalité par pathologies imputables au tabac chez les femmes sur la période 2011-2013



Pour chaque pathologie imputable à la consommation de tabac, on observe des variations entre les départements franciliens.

Pour la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, le taux standardisé varie de 56,8 pour 100 000 habitants à Paris à 80,1 en Seine-Saint-Denis chez les hommes et 21,1 pour 100 000 habitants en Seine-et-Marne à 25,4 à Paris chez les femmes.

Chez les hommes, on observe une surmortalité significative par cancer de la trachée, des bronches et du poumon par rapport au niveau régional : en Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne, la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise et une sous-mortalité significative à Paris et dans les Hauts-de-Seine.

Chez les femmes, seul Paris présente une surmortalité significative par cancer de la trachée, des bronches et du poumon par rapport à la région. A l'inverse en Seine-et-Marne et dans les Yvelines, on observe une sous-mortalité significative.

Pour la mortalité par cardiopathie ischémique, le taux standardisé varie de 51,6 pour 100 000 habitants à Paris à 69,2 en Essonne et dans le Val-d'Oise chez les hommes et 17,7 pour 100 000 habitants à Paris à 28,2 en Seine-et-Marne chez les femmes.

Chez les hommes, on observe une surmortalité significative par cardiopathie ischémique par rapport au niveau régional : en Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne et le Val-d'Oise et une sous-mortalité significative à Paris et dans les Hauts-de-Seine.

Chez les femmes, Paris et les Hauts-de-Seine présentent une sous-mortalité significative par cardiopathie ischémique par rapport à la région. A l'inverse en Seine-et-Marne, dans

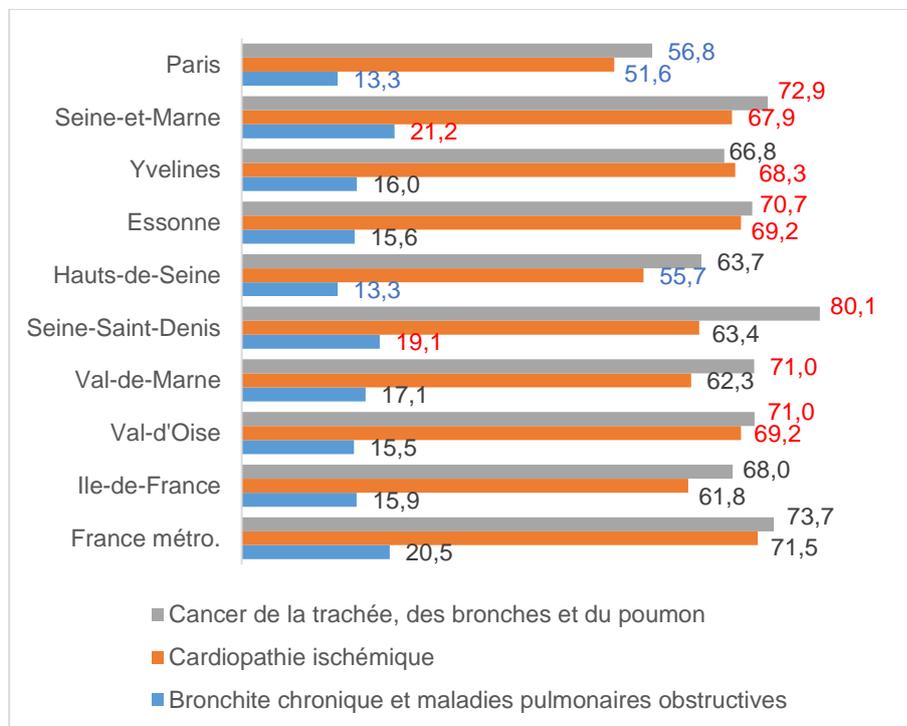
les Yvelines, en Essonne, Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise, on observe une surmortalité significative.

Pour la mortalité par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives, le taux standardisé varie de 13,3 pour 100 000 habitants à Paris à 21,2 en Seine-et-Marne chez les hommes et 5,8 pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-Seine à 7,5 en Seine-Saint-Denis chez les femmes.

Chez les hommes, on observe une surmortalité significative par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives par rapport au niveau régional : en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis et une sous-mortalité significative à Paris et dans les Hauts-de-Seine.

Chez les femmes, on observe une mortalité comparable au niveau régional dans chaque département.

Figure 99. Taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, par cardiopathies ischémiques et par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives par département sur la période 2011-2013 chez les hommes

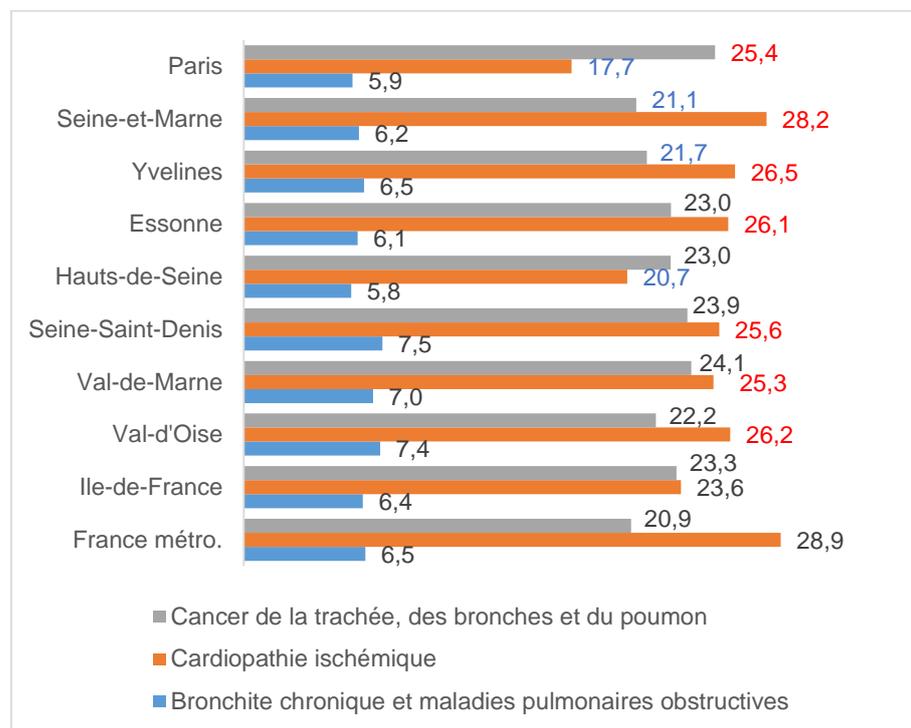


* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

En rouge : les départements qui présentent une surmortalité (au seuil de 5% ou 10%) par rapport au niveau régional

En bleu : les départements qui présentent une sous mortalité (au seuil de 5% ou 10%) par rapport au niveau régional

Figure 100. Taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, par cardiopathies ischémiques et par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives par département sur la période 2011-2013 chez les femmes



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France
 * : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants
 En rouge : les départements qui présentent une surmortalité (au seuil de 5% ou 10%) par rapport au niveau régional
 En bleu : les départements qui présentent une sous mortalité (au seuil de 5% ou 10%) par rapport au niveau régional

7.3.2 Mortalité par pathologies imputables à la consommation d'alcool

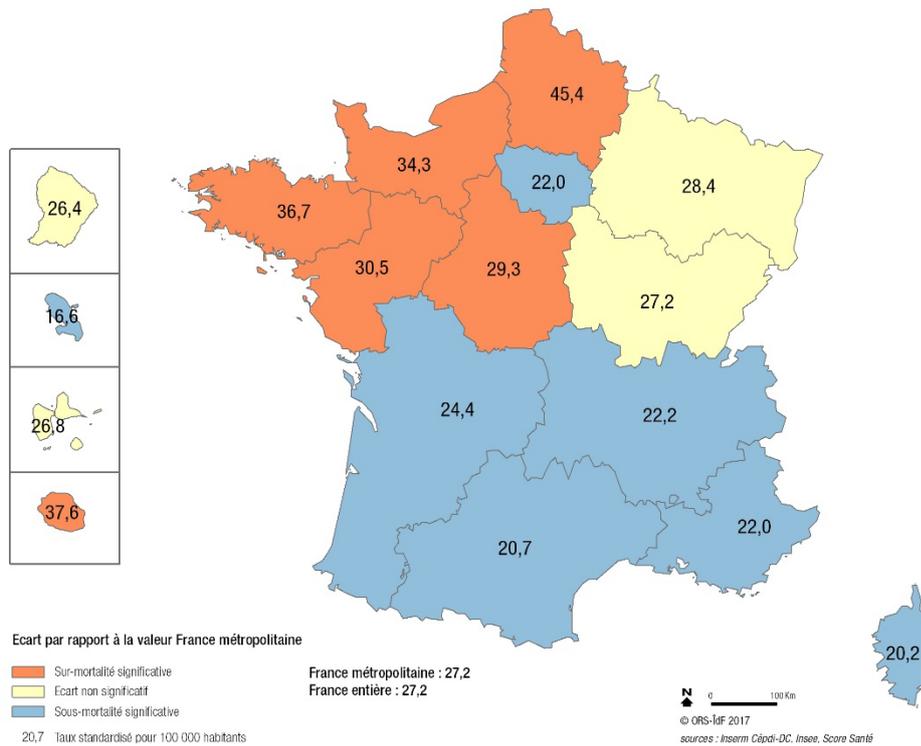
Encadré 21. Pathologies imputables à la consommation d'alcool

De nombreuses pathologies sont imputables à une consommation d'alcool. Les principales sont les cirrhoses du foie, les psychoses alcooliques, et l'alcoolisme et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (liés également à la consommation de tabac).

L'ensemble de ces pathologies a causé le décès de plus de 2 347 Franciliens en moyenne chaque année entre 2011 et 2013. 74,3 % des décès pour ces pathologies sont masculins (1 744 hommes et 603 femmes).

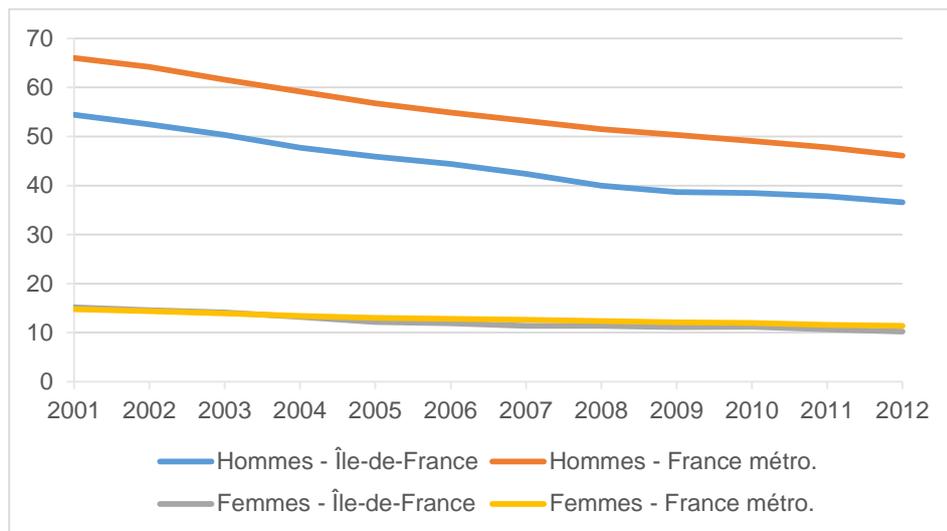
Le taux standardisé de mortalité par pathologies imputables à la consommation d'alcool, tous âges sur cette période, s'élève à 22,0 pour 100 000 habitants (36,6 chez les hommes et 10,2 chez les femmes). Il est significativement inférieur au taux métropolitain (27,2 pour 100 000 habitants).

Figure 101. Taux standardisé de mortalité par pathologies imputables à l'alcool



Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par pathologies imputables à la consommation d'alcool en Île-de-France a diminué de 3,5 % en moyenne par an chez les hommes et de 3,6 % chez les femmes. Cette diminution est comparable à celle de France métropolitaine chez les hommes (-3,2%) et légèrement supérieure chez les femmes (-2,4%).

Figure 102. Évolution du taux standardisé de mortalité par pathologies imputables à la consommation d'alcool en Île-de-France et en France métropolitaine entre la période 2000-2002 et la période 2011-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.
* : taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France au recensement 2006 pour 100 000 habitants

Tableau 51. Nombre de décès et taux bruts de mortalité par pathologies imputables à la consommation d'alcool en moyenne annuelle par département et par sexe sur la période 2011-2013

	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut
Paris	252	23,9	109	9,2
Seine-et-Marne	222	33,5	77	11,1
Yvelines	230	33,4	72	10,0
Essonne	215	35,4	62	9,8
Hauts-de-Seine	218	28,9	83	10,0
Seine-Saint-Denis	217	28,6	64	8,2
Val-de-Marne	207	32,0	71	10,1
Val-d'Oise	184	31,9	65	10,7
ÎLE-DE-FRANCE	1 744	30,3	603	9,8

Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France.

On observe de fortes inégalités départementales au sein de l'Île-de-France sur les taux standardisés de mortalité par pathologies imputables à la consommation d'alcool.

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par pathologies imputables à la consommation d'alcool va de 28,2 pour 100 000 à Paris à 42,0 pour 100 000 en Essonne. Seul Paris présente une sous-mortalité significative par rapport au niveau régional. À l'inverse dans quatre autres départements franciliens, on observe une surmortalité significative par rapport au niveau régional : Seine-et-Marne, Essonne, Val-de-Marne et Val-d'Oise.

Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité par pathologies imputables à l'alcool va de 8,9 pour 100 000 à Paris à 12,1 pour 100 000 en Seine-et-Marne. La Seine-et-Marne présente un niveau de mortalité prématurée significativement supérieur à celui d'Île-de-France. On observe dans les autres départements franciliens un niveau de mortalité par pathologies imputables à la consommation d'alcool comparable à celui de la région.

La mortalité par pathologies imputables à l'alcool masculine est plus de trois fois plus importante que chez les femmes dans tous les départements franciliens.

Figure 103. Taux standardisés de mortalité par pathologies imputables à l'alcool chez les hommes sur la période 2011-2013

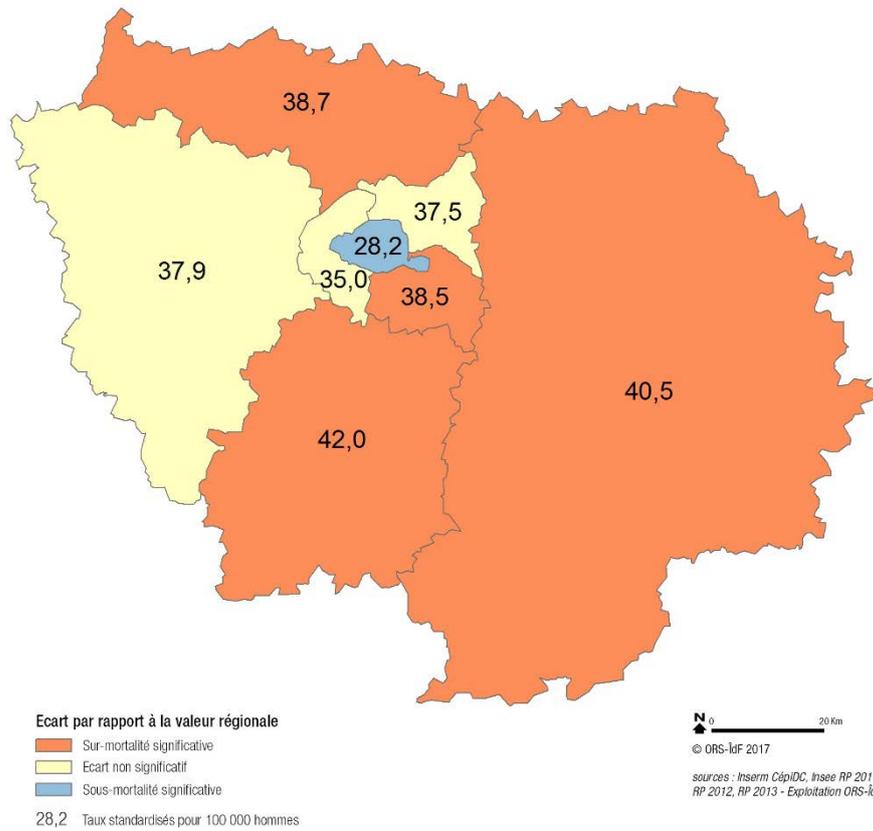
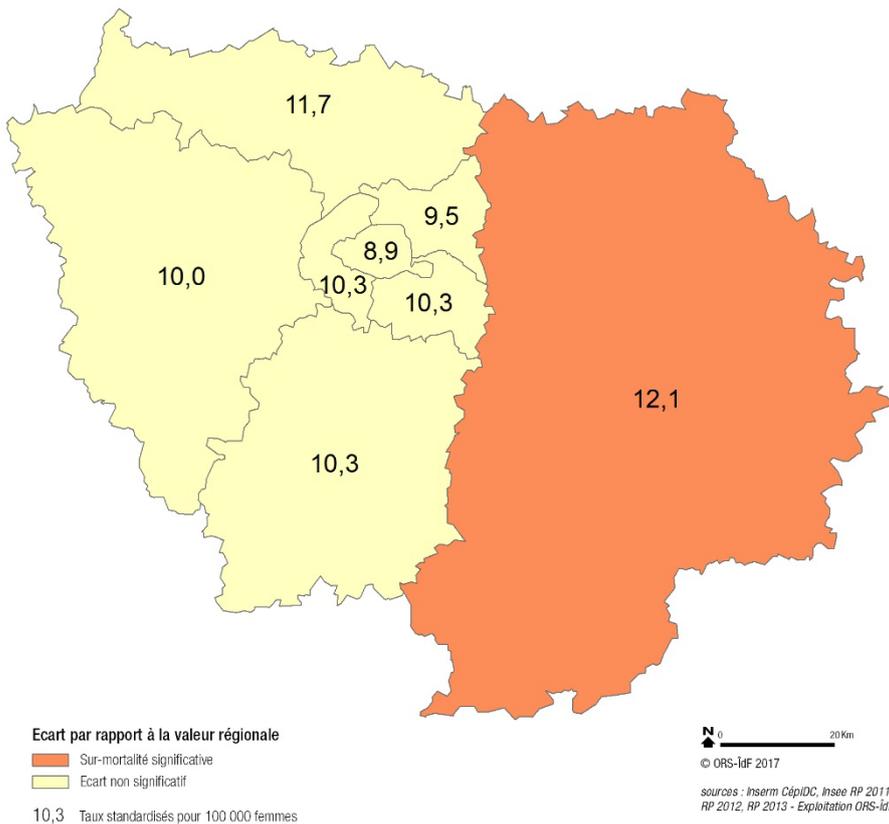


Figure 104. Taux standardisés de mortalité par pathologies imputables à l'alcool chez les femmes sur la période 2011-2013



Pour chaque pathologie imputable à la consommation d'alcool, on observe des variations entre les départements franciliens.

Pour la mortalité par cirrhose du foie, le taux standardisé varie de 8,2 pour 100 000 habitants à Paris à 14,0 en Seine-et-Marne chez les hommes et 3,5 pour 100 000 habitants à Paris à 5,8 en Seine-et-Marne chez les femmes.

Chez les hommes, on observe une sous-mortalité significative par cirrhose du foie par rapport au niveau régional : à Paris et dans les Hauts-de-Seine et une surmortalité significative en Essonne, Seine-et-Marne, Val-de-Marne et Val-d'Oise.

Chez les femmes, Paris et l'Essonne présentent une sous-mortalité significative par cirrhose du foie par rapport à la région. A l'inverse en Seine-et-Marne, on observe une sous-mortalité significative.

Pour la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme, le taux standardisé varie de 2,7 pour 100 000 habitants à Paris à 7,0 en Essonne chez les hommes et 0,9 pour 100 000 habitants à Paris et en Seine-Saint-Denis à 1,8 en Essonne chez les femmes.

Chez les hommes, on observe une surmortalité significative par psychose alcoolique et alcoolisme par rapport au niveau régional : en Seine-et-Marne, en Essonne et une sous-mortalité significative à Paris.

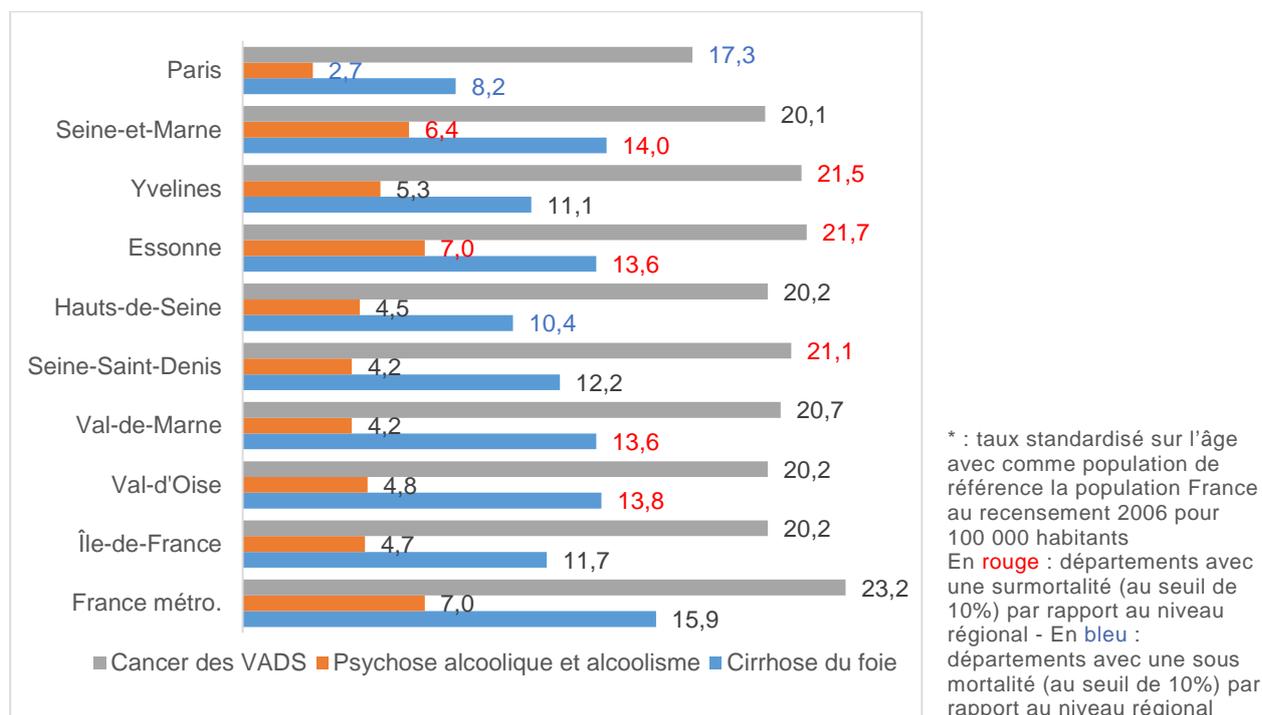
Chez les femmes, les départements ont tous un niveau de mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme comparable au niveau régional.

Pour la mortalité par cancer des VADS, le taux standardisé varie de 17,3 pour 100 000 habitants à Paris à 21,7 en Essonne chez les hommes et 4,3 pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-Seine et en Seine-Saint-Denis à 5,5 dans le Val-d'Oise chez les femmes.

Chez les hommes, on observe une surmortalité significative par cancer des VADS par rapport au niveau régional : dans les Yvelines, en Essonne et en Seine-Saint-Denis et une sous-mortalité significative à Paris.

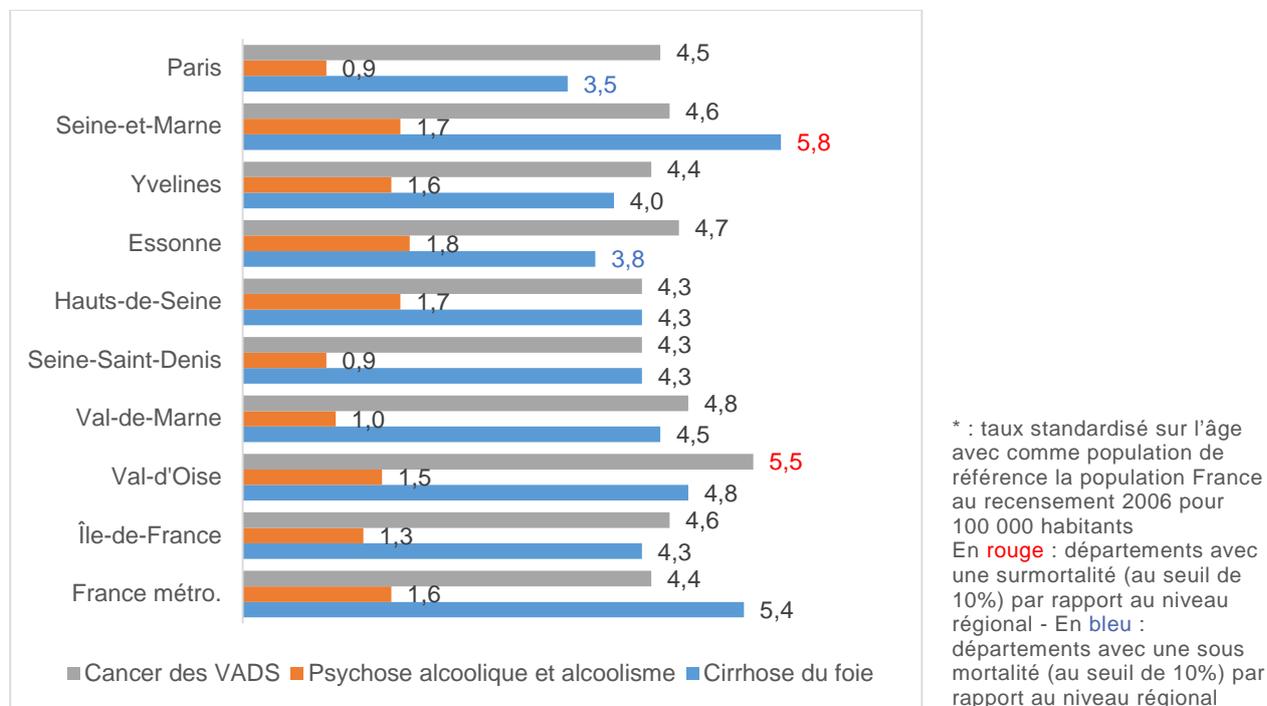
Chez les femmes, seul le Val-d'Oise présente une surmortalité significative par rapport au niveau francilien, les autres départements ont des niveaux comparables.

Figure 105. Taux standardisés* de mortalité par cirrhose du foie, par psychose alcoolique et alcoolisme et par cancer des VADS par département sur la période 2011-2013 chez les hommes



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France

Figure 106. Taux standardisés* de mortalité par cirrhose du foie, par psychose alcoolique et alcoolisme et par cancer des VADS par département sur la période 2011-2013 chez les femmes



Source : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation ORS Île-de-France

8 | EXPOSITIONS À LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE ET RISQUES SANITAIRES

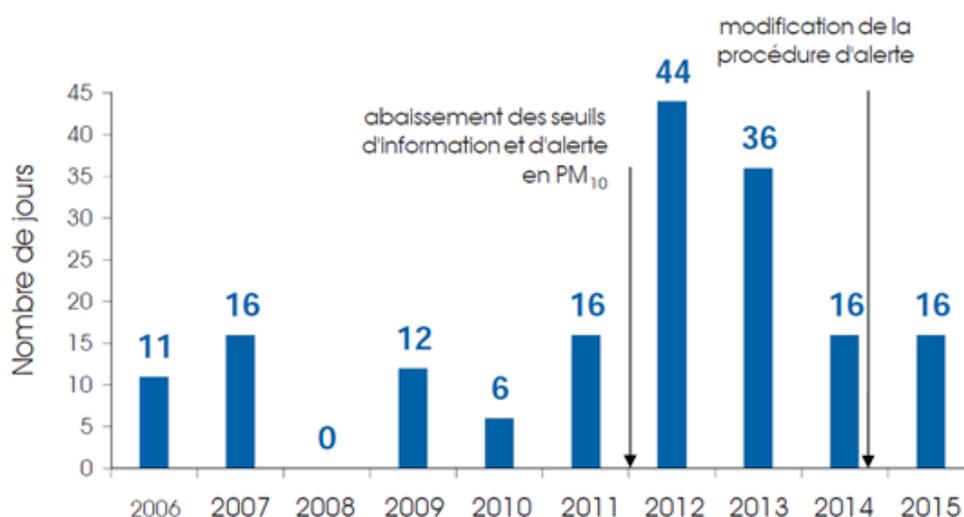
8.1 Qualité de l'air et tendances observées

En 2015, les concentrations de particules et NO₂ restent problématiques en Île-de-France, avec des dépassements importants des valeurs limites et sont marquées par des contrastes importants entre l'agglomération et la zone rurale et entre le fond et la proximité des principaux axes routiers. L'année 2015 confirme toutefois une baisse des niveaux de pollution chronique pour ces polluants.

Du point de vue des épisodes de pollution, 16 journées de déclenchement de la procédure d'information et d'alerte ont été enregistrées en 2015, comme en 2014. Ces déclenchements sont presque exclusivement dus aux PM₁₀ : huit jours de dépassement du seuil d'information et quatre jours du seuil d'alerte. Quatre dépassements ont été enregistrés pour l'O₃.

L'année 2015 confirme une baisse des niveaux de pollution chronique

Figure 107. Nombre de jours de déclenchement de la procédure d'information et d'alerte en Île-de-France de 2006 à 2015, tous polluants confondus



Source : Airparif

8.1.1 Situation pour les particules PM₁₀

En situation de fond, les niveaux de PM₁₀ sont assez homogènes, entre 19 et 23 µg/m³, avec une légère décroissance entre le cœur dense de l'agglomération et sa périphérie. Les concentrations mesurées en zones rurales sont également homogènes, égales à 16 µg/m³. Les concentrations relevées à proximité des grands axes routiers peuvent être jusqu'à deux fois supérieures (de 28 à 42 µg/m³).

Au-delà de la quantité de polluants émis dans l'atmosphère, les teneurs en PM₁₀ d'une année sur l'autre sont très impactées par le contexte météorologique, avec notamment une influence directe des températures hivernales sur l'intensité du recours au chauffage durant cette période. En s'affranchissant de ces fluctuations interannuelles, on constate que les teneurs moyennes de PM₁₀ en agglomération montrent une tendance à la baisse. Entre 1999-2001 et 2013-2015, ces niveaux ont baissé de -20% et atteignent en 2015 en

Les teneurs moyennes de PM₁₀ en agglomération montrent une tendance à la baisse

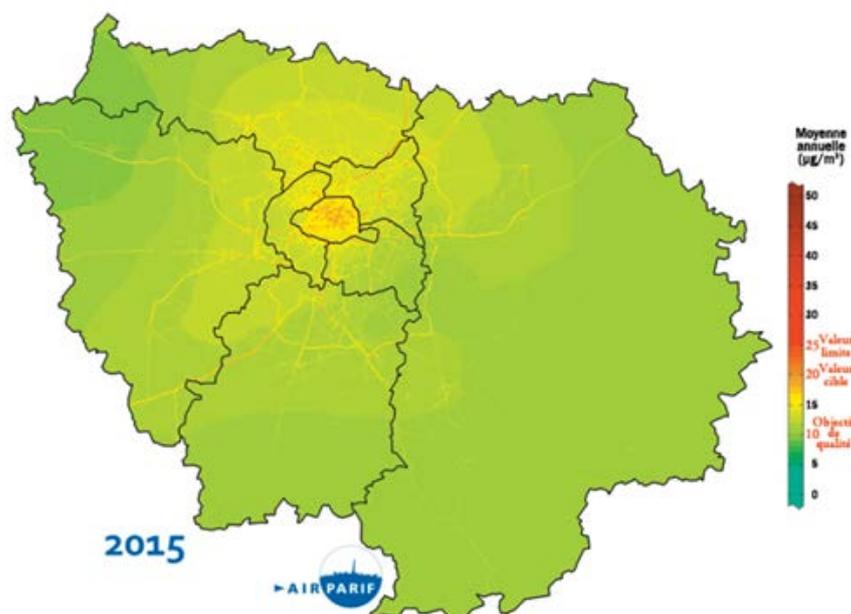
moyenne 22 µg/m³. Cette baisse est à mettre en relation avec la baisse des émissions franciliennes de particules primaires (près de -50% entre 2000 et 2012). Le nombre de jours de dépassement du seuil de 50 µg/m³ pour les PM₁₀ est légèrement plus faible qu'en 2014. Cependant, il reste sévère à proximité du trafic routier. Il est constaté sur environ 6% des axes routiers franciliens, soit 700 km de voirie. Environ 300 000 habitants, soit 3% de la population francilienne, sont potentiellement exposés à un air excédant la valeur limite annuelle (40 µg/m³) pour les PM₁₀.

3% de la population francilienne potentiellement exposée à un air excédant 40 µg/m³ de PM₁₀ (valeur limite annuelle)

8.1.2 Situation pour les particules PM_{2,5}

En 2015, les teneurs moyennes annuelles mesurées en zone rurale sont comprises entre 9 et 13 µg/m³ et apparaissent peu différentes de celles sur les sites urbains de fond comprises entre 12 et 14 µg/m³. Ces teneurs sont 1,2 à 1,4 fois supérieures au seuil de l'objectif de qualité (10 µg/m³). À proximité du trafic, elles sont plus de deux fois supérieures à ce seuil (22 µg/m³ en moyenne). Ainsi, près de 95 % des Franciliens, soit 22,5 millions de personnes, sont concernés par un dépassement de cette valeur recommandée par l'OMS. En s'affranchissant des variations météorologiques, les niveaux moyens annuels de PM_{2,5} montrent une baisse de l'ordre de -25 % entre 2000 - 2002 et 2013 - 2015. Une tendance à la baisse se dessine également à proximité du trafic routier (VL annuelle – 25 µg/m³ – non dépassée pour la 2^e année consécutive). En 2015, environ 150 000 habitants, soit près de 1 %, sont potentiellement exposés à un air excédant la valeur cible annuelle (20 µg/m³) pour les PM_{2,5}. Les habitants concernés sont quasi-exclusivement situés dans l'agglomération parisienne. C'est près de dix fois moins qu'en 2010.

Figure 108. Niveaux moyens annuels de PM_{2,5} en Île-de-France en 2015



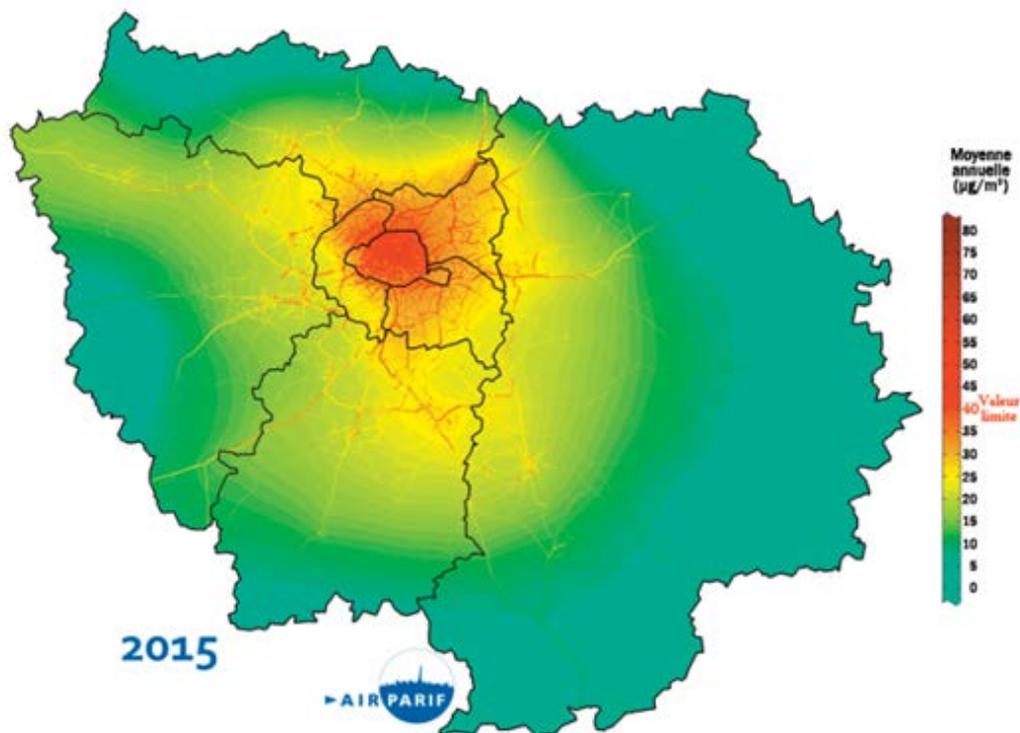
Source : Airparif

8.1.3 Situation pour le dioxyde d'azote (NO₂)

La situation est toujours insatisfaisante malgré une tendance à la baisse observée depuis la fin des années 1990 du fait des améliorations technologiques touchant les différents secteurs (trafic, chauffage, industrie). De 2000 à 2006, la baisse annuelle moyenne est de -4%, depuis la baisse est beaucoup plus lente (-1% en moyenne). La situation actuelle est marquée par de forts contrastes. En 2015, le niveau régional de fond est proche de 10 µg/m³ alors que dans l'agglomération il peut atteindre 39 µg/m³. La valeur limite établie en moyenne annuelle (40 µg/m³) est respectée en 2015 pour la première fois en situation de fond. Toutefois, 1,6 million de Franciliens situés dans le cœur dense de l'agglomération sont potentiellement exposés à un dépassement de cette valeur ; cela concerne un Parisien sur deux. Le dioxyde d'azote reste majoritairement lié au trafic routier, les niveaux le long des grands axes de circulation pouvant être près de 2 fois supérieurs. Le profil de l'évolution des niveaux de NO₂ à proximité des axes routiers se distingue de celui des niveaux de fond. Entre 1998 et 2012, ces niveaux sont restés constants. Une tendance à la diminution n'est observée qu'à partir de 2011-2013, la moyenne sur les trois dernières années étant la plus faible de l'historique.

Un Parisien sur deux est potentiellement exposé à un dépassement de la valeur limite pour le dioxyde d'azote

Figure 109. Niveaux moyens annuels de NO₂ en Île-de-France en 2015



Source : Airparif

8.1.4 Situation pour l'ozone (O₃)

Les dépassements de l'objectif de qualité (120 µg/m³ maximum journalier de la moyenne 8h) sont nombreux en 2015 (météorologie estivale ensoleillée et chaude), plus particulièrement dans les zones périurbaines et rurales. Ce constat est attribué à l'effet « puits d'ozone » caractéristique des grandes métropoles où se concentrent les sources d'oxydes d'azote qui « consomment » l'ozone. En 2015, le nombre de dépassement est près de 2 fois plus important qu'en 2014 (année la plus faible de l'historique). De nombreux dépassements des critères de qualité en O₃ sont toujours observés. Le nombre de jours de dépassement ne montre pas de nette tendance à la baisse et reste très supérieur à

l'objectif de qualité qui est de zéro. Les valeurs cibles (moins de 25 dépassements par an en moyenne sur 3 ans) quant à elles demeurent respectées.

Sur le moyen terme, l'O₃ reste en Île-de-France une problématique chronique récurrente.

L'O₃ est un polluant dont les teneurs sont très influencées par les conditions météorologiques, notamment estivales, ce qui rend délicate l'analyse des tendances. Les niveaux moyens annuels d'ozone de l'agglomération ont augmenté de 90 % entre 1994 et 2015 à un rythme de 7 % par an jusqu'en 2003 avec une stabilisation depuis (niveau mesuré en 2015 de 38 µg/m³). Cette hausse constatée en France et en Europe tient à la hausse globale des émissions de précurseurs d'ozone (oxydes d'azote, composés organiques volatils...) ainsi qu'à la diminution des niveaux de dioxyde d'azote. Sur le moyen terme, l'O₃ reste en Île-de-France une problématique chronique récurrente. Malgré une tendance à la diminution des niveaux de pointe dans l'agglomération parisienne depuis 10 ans, compte-tenu du rôle majeur des conditions météorologiques estivales, il est difficile de prédire les évolutions à moyen terme. À plus long terme, dans un contexte de changement climatique, les conditions pourraient être plus favorables à la production d'ozone (Likhvar, Pascal et al. 2015).

8.2 Impact sanitaire de la pollution atmosphérique

8.2.1 Des risques à court et long terme

De nombreuses études épidémiologiques ont établi l'existence d'effets sanitaires de la pollution atmosphérique sur la mortalité ou la morbidité. Ces effets sanitaires sont observés pour des niveaux d'exposition couramment rencontrés dans l'agglomération parisienne. Deux types d'effets ont pu être mis en évidence : des effets à court terme, qui surviennent quelques jours ou quelques semaines après l'exposition et des effets à long terme qui font suite à une exposition chronique sur plusieurs mois ou plusieurs années.

Les effets à court terme de la pollution atmosphérique (incluant les pics de pollution) se produisent dans les heures, jours et semaines suivant l'exposition. Il peut s'agir d'effets bénins (toux, hypersécrétion nasale, expectoration, essoufflement, irritation nasale des yeux et de la gorge...) ou plus graves (recours aux soins pour causes cardiovasculaires ou respiratoires, voire même décès).

En Île-de-France, le programme Erpurs (Évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé) étudie depuis 1990, les relations à court terme existant entre les niveaux de pollution atmosphérique couramment rencontrés sur Paris et sa proche couronne et la santé. Les résultats de ce programme confirment l'existence de liens significatifs entre la pollution atmosphérique et différents indicateurs sanitaires, avec des excès de risque de l'ordre de 1 % pour la mortalité et de 4 % pour les hospitalisations, les visites médicales à domicile ou les recours aux urgences, pour une élévation des niveaux de polluant d'un jour à l'autre de quelques microgrammes.

À long terme, les impacts de la pollution atmosphérique sur la santé résultent en majorité d'une exposition au jour le jour.

Cependant, la majeure partie des impacts de la pollution atmosphérique sur la santé résultent surtout d'une exposition au jour le jour, à long terme. En effet, par différents mécanismes dont le stress oxydatif* et l'inflammation, l'exposition à la pollution de l'air, notamment aux particules fines, contribue au développement de pathologies chroniques telles que des maladies cardiovasculaires, respiratoires ou encore neurologiques, et des cancers. Elle favorise également des troubles de la reproduction et du développement de l'enfant. Elle aggrave aussi les symptômes de maladies chez des personnes souffrant de pathologies chroniques.

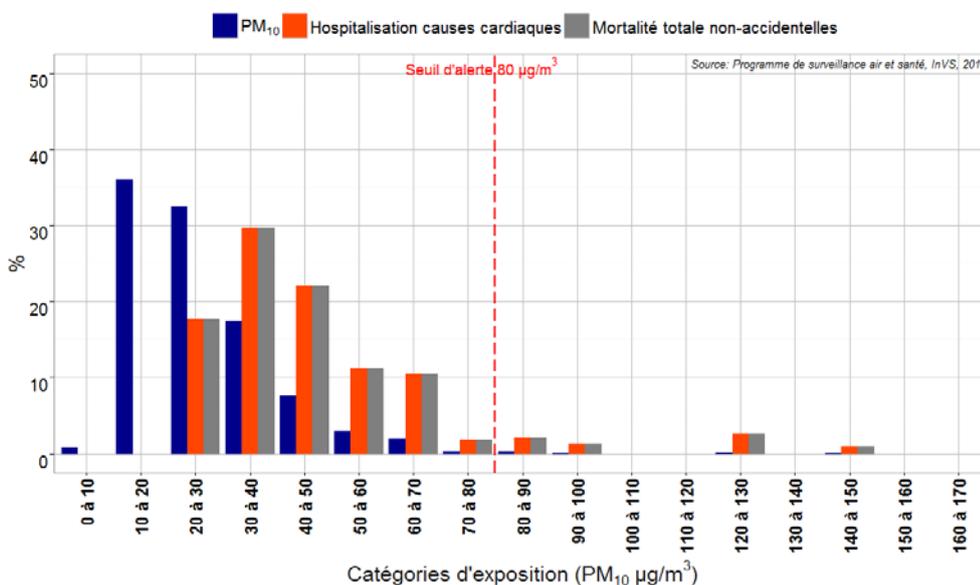
Que ce soit à court ou à long terme, les résultats des études épidémiologiques, notamment pour les particules fines, sont en faveur d'une relation sans seuil entre l'exposition aux particules et un effet sur la santé. Par conséquent, il n'existe pas de seuil en deçà duquel il n'y aurait pas d'effet. Des seuils d'intervention, fixés réglementairement existent toutefois. Les interventions sur la pollution atmosphérique en France se concentrent actuellement sur les pics de pollution définis par le dépassement de seuils dits « d'alerte ».

Santé publique France a estimé les proportions de décès pour causes non-accidentelles et d'hospitalisations pour causes cardiaques, attribuables aux pics de pollution dépassant le seuil d'alerte de $80\mu\text{g}/\text{m}^3$, parmi la totalité des impacts à court terme des PM_{10} (Corso, Medina et al. 2016).

Ainsi, à Paris et proche couronne, entre 2007 et 2010, le nombre de jours où l'indicateur journalier d'exposition aux PM_{10} dépassait le seuil de $80\mu\text{g}/\text{m}^3$ s'élevait à dix. La part des décès toutes causes (hors causes accidentelles) et hospitalisations cardiaques (%) en relation avec l'exposition à la pollution atmosphérique associée aux niveaux de PM_{10} dépassant le seuil d'alerte de $80\mu\text{g}/\text{m}^3$ ne représentait que 7 %. La figure ci-dessous illustre la distribution de l'impact selon la distribution des niveaux moyens journaliers sur la période.

**93 %
de l'impact sanitaire
à court terme
de la pollution
atmosphérique
se produit en dehors des
épisodes de pic.**

Figure 110. Distribution des niveaux journaliers de PM_{10} , des hospitalisations pour causes cardiaques, et des décès toutes causes (hors causes accidentelles) attribuables aux effets à court terme de la pollution, selon le niveau de pollution, Paris, 2007-2010



L'ensemble de ces impacts à court terme de la pollution atmosphérique est à relativiser en regard des impacts à long terme de l'exposition chronique à cette même pollution qui sont quantitativement bien supérieurs. Santé publique France a publié en juin 2016, les résultats d'une évaluation quantitative des impacts sanitaires (EQIS) qui rendent compte de l'impact de la pollution de l'air en calculant le « poids » que représente cette pollution¹ dans la mortalité en France et en région (Host and Legouët 2016, Pascal, de Crouy Chanel et al. 2016). Cette évaluation permet également de quantifier les bénéfices sanitaires attendus d'une amélioration de la qualité de l'air.

**Sans pollution anthropique,
plus de 10 200 décès
seraient évités
chaque année
en Île-de-France**

Sous un scénario sans pollution anthropique, si la qualité de l'air en France continentale était identique à celle de ces communes les moins polluées ($5\mu\text{g}/\text{m}^3$), plus de 10 200 décès seraient évités chaque année en Île-de-France (48 000 décès en France). Ceci représenterait une baisse de 15 % de la mortalité dans la région. Les personnes de 30 ans et plus gagneraient alors en moyenne 16 mois d'espérance de vie.

Si toutes les communes atteignaient les concentrations les plus faibles² observées dans les communes équivalentes (en termes de type d'urbanisation et de taille), ce qui

¹ sur la base des niveaux de pollution modélisés en 2007-2008 (Gazel-Air)

² soit les concentrations observées dans les 5 % de communes équivalentes les moins polluées

correspond à un scénario plus réaliste, de l'ordre de 7 000 décès seraient évités chaque année en Île-de-France (34 000 décès en France). Ceci représenterait un gain moyen de 12 à 19 mois d'espérance de vie à 30 ans selon le département dans le tableau ci-dessous.

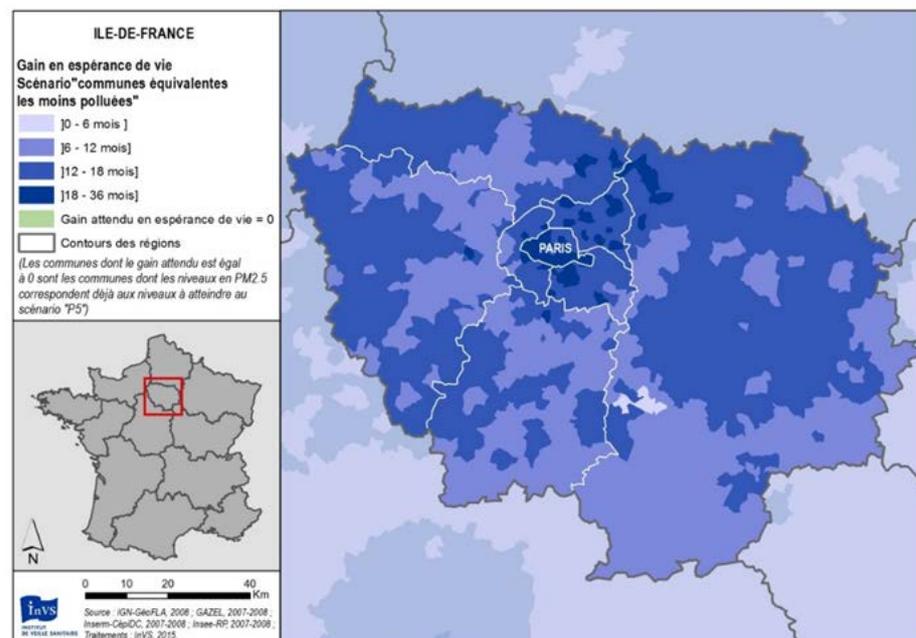
Tableau 52. Gain moyen en espérance de vie à 30 ans (en mois) et intervalle de confiance en Île-de-France et dans les départements selon différents scénarios

	Sans pollution anthropique	Communes équivalentes les moins polluées	Valeur guide OMS (10 µg/m ³)	Grenelle de l'environnement (15 µg/m ³)
75	27 [10 ; 44]	19 [7 ; 30]	17 [6 ; 27]	8 [3 ; 12]
92	24 [9 ; 39]	16 [6 ; 26]	15 [5 ; 23]	6 [2 ; 9]
93	26 [9 ; 42]	18 [6 ; 28]	16 [6 ; 25]	6 [2 ; 9]
94	24 [9 ; 39]	16 [6 ; 25]	14 [5 ; 23]	5 [2 ; 8]
77	14 [5 ; 22]	13 [5 ; 20]	5 [2 ; 8]	2 [1 ; 3]
78	15 [6 ; 24]	12 [5 ; 20]	6 [3 ; 10]	2 [1 ; 2]
91	16 [6 ; 25]	12 [5 ; 19]	7 [3 ; 10]	2 [1 ; 3]
95	17 [6 ; 27]	14 [5 ; 22]	8 [3 ; 12]	2 [1 ; 4]
ÎLE-DE-FRANCE	16 [6 ; 26]	13 [5 ; 21]	7 [3 ; 11]	4 [2 ; 6]

L'intervalle de confiance est calculé en utilisant les bornes inférieures et supérieures de l'intervalle de confiance à 95% des RR

Ces bénéfices ne seraient pas observés uniquement dans les grandes villes, mais également dans les villes de taille moyenne et dans les communes rurales comme l'illustre la Figure 111. Gain moyen en espérance de vie à 30 ans sous le scénario « communes équivalentes les moins polluées »

Figure 111. Gain moyen en espérance de vie à 30 ans sous le scénario « communes équivalentes les moins polluées »



Si l'objectif de respecter partout la valeur guide de PM_{2,5} recommandée par l'Organisation mondiale de la santé pour protéger la santé (10 µg/m³) était atteint, près de 6 000 décès, soit 9 % en Île-de-France seraient évités (17 000 décès en France). Ces bénéfices concerneraient majoritairement les communes appartenant à l'agglomération centrale,

Environ 7 000 décès pourraient être évités chaque année en Île-de-France si toutes les communes atteignaient les concentrations les plus faibles

contrairement au scénario précédent. Si les niveaux de PM_{2,5} atteignaient l'objectif proposé par le Grenelle de l'environnement (15 µg/m³) de l'ordre de 1 900 décès pourraient être évités en Île-de-France. Les résultats de ces différents scénarios sont détaillés par département dans le tableau ci-dessous.

Tableau 53. Nombre de décès évitables sous les différents scénarios en Île-de-France et dans les départements

	Sans pollution anthropique	Communes équivalentes les moins polluées	Valeur guide OMS (10 µg/m ³)	Grenelle de l'environnement (15 µg/m ³)
75	2 441 [907 ; 3685]	1 739 [634 ; 2669]	1 604 [583 ; 2469]	723 [257 ; 1136]
92	1 557 [577 ; 2358]	1 080 [393 ; 1662]	988 [358 ; 1526]	389 [138 ; 612]
93	1 324 [490 ; 2005]	916 [333 ; 1411]	838 [304 ; 1294]	326 [116 ; 514]
94	1 285 [475 ; 1948]	879 [319 ; 1354]	800 [290 ; 1237]	290 [103 ; 458]
77	898 [327 ; 1383]	687 [248 ; 1066]	376 [134 ; 589]	27 [10 ; 43]
78	979 [357 ; 1504]	608 [218 ; 948]	460 [164 ; 721]	18 [7 ; 28]
91	877 [321 ; 1344]	570 [205 ; 886]	444 [159 ; 694]	48 [17 ; 77]
95	892 [327 ; 1363]	593 [214 ; 920]	481 [173 ; 749]	71 [25 ; 113]
ÎLE-DE-FRANCE	10 249 [3 777 ; 15 588]	7 068 [2 561 ; 10 914]	5 986 [2 160 ; 9 276]	1 889 [670 ; 2 976]

L'intervalle de confiance est calculé en utilisant les bornes inférieures et supérieures de l'intervalle de confiance à 95% des RR

8.2.2 Des risques spécifiques

Chacun est concerné par l'exposition à la pollution atmosphérique, toutefois certaines personnes sont plus vulnérables ou plus sensibles que d'autres à une altération de la qualité de l'air : il s'agit des enfants, des personnes âgées ou encore des personnes déjà fragilisées par une pathologie préexistante (maladies respiratoires chroniques, asthme en particulier, et maladies cardio-vasculaires, ...).

De plus, les grandes agglomérations telles que l'agglomération parisienne sont caractérisées par des contrastes marqués de niveaux et de composition chimique de la pollution atmosphérique, en particulier, selon que l'on se situe à l'écart ou à proximité des voies à fort trafic routier. La pollution issue du trafic routier pose ainsi des problèmes sanitaires spécifiques avec une majoration du risque sanitaire. À titre d'illustration, l'ORS Île-de-France a réalisé une EQIS de la proximité au trafic routier (Host, Chatignoux et al. 2012). Il a été estimé que près d'un tiers des habitants de Paris et proche couronne résidaient à moins de 75 mètres (Insee RP 2006, IGN, IAU Île-de-France). Les résultats de cette EQIS indiquent que cette proximité aux axes à fort trafic routier était responsable de 16 % des nouveaux cas d'asthme chez les enfants (< 18 ans). Ainsi, la pollution atmosphérique serait responsable de 29 % des crises d'asthme et de 16 % des hospitalisations pour asthme dans cette population, ce qui représenterait environ 650 hospitalisations évitables chaque année.

La pollution issue du trafic routier pose ainsi des problèmes sanitaires spécifiques avec une majoration du risque sanitaire.

POUR EN SAVOIR PLUS : RÉFÉRENCES

Airparif (2016). 2015, Airparif en bref. Qualité de l'air et bilan des activités: 12.

Airparif (2016). Surveillance et information sur la qualité de l'air en Île-de-France. Bilan année 2015: 169.

Corso, M., S. Medina and C. Tillier (2016). Quelle est la part des pics de pollution dans les effets à court terme de la pollution de l'air sur la santé dans les villes de France ? Saint-Maurice, Santé publique France: 6.

Host, S., E. Chatignoux and A. Saunal (2012). Impacts sanitaires de la pollution atmosphérique urbaine et des expositions à proximité du trafic routier dans l'agglomération parisienne. Observatoire régional de santé Île-de- Paris: 16.

Host, S. and C. Legoût (2016). Impact de l'exposition chronique à la pollution de l'air sur la mortalité en France : point sur la région Île-de-France. Saint-Maurice, Santé publique France: 2.

Likhvar, V. N., M. Pascal, K. Markakis, A. Colette, D. Hauglustaine, M. Valari, Z. Klimont, S. Medina and P. Kinney (2015). "A multi-scale health impact assessment of air pollution over the 21st century." *Sci Total Environ* 514: 439-449.

Pascal, M., P. de Crouy Chanel, M. Corso, S. Medina, V. Wagner, S. Gorla, P. Beaudeau, M. Bentayeb, A. Le Tertre, A. Ung, E. Chatignoux, M. Blanchard, A. Cochet, L. Pascal, C. Tillier and S. Host (2016). Impacts de l'exposition chronique aux particules fines sur la mortalité en France continentale et analyse des gains en santé de plusieurs scénarios de réduction de la pollution atmosphérique. Saint-Maurice, Santé publique France: 158.

GLOSSAIRE

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).

Déficit migratoire

Solde migratoire négatif. Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année. Ce concept est indépendant de la nationalité. Il peut donc être positif ou négatif.

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance est le nombre d'années que l'on peut s'attendre à vivre à un âge donné, dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité

Nombre d'années que l'on peut s'attendre à vivre à un âge donné sans limitation d'activité globale.

Famille monoparentale

Une famille monoparentale comprend un parent isolé et un ou plusieurs enfants célibataires (n'ayant pas d'enfant).

Indice de développement humain IDH-2

Indice de développement humain IDH-2 : Indicateur prenant en compte trois dimensions (santé, éducation, niveau de vie). La valeur de l'IDH-2 est la moyenne des trois indices ainsi obtenus :

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

Cet indicateur permet une mesure des disparités sociales aux différents niveaux administratifs : région, départements et communes. L'IDH-2 permet d'illustrer la répartition inéquitable du développement humain sur le territoire régional.

Indice santé : espérance de vie à la naissance

Indice éducation : pourcentage de la population de plus de 15 ans sortie du système scolaire et diplômée

Indice revenu : revenu médian des ménages par unité de consommation

Maladie de l'appareil circulatoire

Les décès par maladie de l'appareil circulatoire correspondent aux codes CIM10 = I00-I99 (cause initiale).

Maladie de l'appareil respiratoire cardiopathie ischémique

Les maladies de l'appareil respiratoire correspondent aux codes CIM10 = J00-J99.

Ménages

De manière générale, un ménage, au sens statistique du terme, désigne l'ensemble des occupants d'un même logement sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté (en cas de cohabitation)

Mortalité «évitable»

Mortalité «évitable» par des actions de prévention : Ensemble des causes de décès survenus avant 75 ans 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 interventions de santé publique axées sur des déterminants plus larges de la santé publique, tels que les facteurs de comportement et de mode de vie, le statut socioéconomique et les facteurs environnementaux.

Mortalité «évitable» par une meilleure prise en charge par le système de soins : Ensemble des causes de décès survenus avant 75 ans qui, compte-tenu des connaissances médicales et techniques à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à une bonne qualité du système de soins.

Mortalité «évitable» : Prend en compte simultanément l'une ou l'autre des définitions précédentes (chaque décès n'étant compté qu'une seule fois).

MOS (Mode d'occupation du sol)

Le Mos (Mode d'occupation du sol) est l'atlas cartographique numérique de l'occupation du sol de l'Île-de-France. C'est un outil unique de suivi et d'analyse de l'évolution de l'occupation des sols franciliens. Réalisé à partir de photos aériennes de toute la région Île-de-France, le Mos distingue les espaces agricoles, naturels, forestiers mais aussi les espaces urbains (habitat, infrastructures, équipements, activités économiques, etc.) selon une classification en 81 postes.

Revenu médian

La médiane des revenus des ménages partage les personnes en deux groupes : la moitié des personnes appartiennent à un ménage qui déclare un revenu par UC inférieur à cette valeur et l'autre moitié présente un revenu par UC supérieur. Cet indicateur permet donc de mesurer le niveau central des revenus par UC au sein d'une zone.

Solde naturel

Le solde naturel (ou accroissement naturel ou excédent naturel de population) est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période. Les mots « excédent » ou « accroissement » sont justifiés par le fait qu'en général le nombre de naissances est supérieur à celui des décès. Mais l'inverse peut se produire, et le solde naturel est alors négatif.

Stress oxydatif

Le stress oxydatif correspond à un déséquilibre entre oxydants et antioxydants se traduisant par la production de radicaux libres responsables d'altérations cellulaires. Le stress oxydatif peut être aggravé par certaines carences nutritionnelles, le tabagisme ou des expositions environnementales telles que l'exposition aux polluants atmosphériques (ozone, particules...). Le stress oxydatif peut être la cause initiale de la pathologie ou provoquer l'aggravation d'une maladie déjà existante.

Taux de pauvreté

Il correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que d'autres pays (comme les États-Unis ou l'Australie) ont une approche absolue. Dans l'approche en termes relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

Unité de consommation

Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions

différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. 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.

Aussi, 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

ANNEXES

Sélection des causes de décès évitables

Tableau 54. Nombre annuel moyen de décès par causes en Île-de-France sur la période 2011-2013 (Office for national statistics (ONS 2011))

Causes de décès	Codes CIM10	Meilleure prise en charge par le système de soins	Actions de prévention	mortalité «évitable»
Maladies infectieuses		465	235	465
Tuberculose	A15-A19, B90	25	25	25
Sélection "infections"	A38-A41, A46, A48.1, B50-B54, G00, J02, L03	231	-	231
Hépatite C	B17.1, B18.2	79	79	79
Sida	B20-B24	131	131	131
Cancers		2 755	6 908	7 443
Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	C00-C14	-	432	432
Cancer de l'œsophage	C15	-	309	309
Cancer de l'estomac	C16	-	365	365
Cancer colorectal	C18-C21	936	936	936
Cancer du foie	C22	-	611	611
Cancer du poumon	C33-C34	-	2 903	2 903
Cancer de la peau	C43	142	142	142
Mésothéliome	C45	-	69	69
Cancer du sein	C50	1 032	1 032	1 032
Cancer du col de l'utérus	C53	110	110	110
Cancer de la vessie	C67	249	-	249
Cancer de la thyroïde	C73	21	-	21
Maladie de Hodgkin	C81	26	-	26
Leucémie	C91, C92.0	208	-	208
Tumeurs bénignes	D10-D36	31	-	31
Maladies endocriniennes		373	373	373
diabète sucré	E10-E14	373	373	373
Troubles liés aux drogues		-	1 001	1 001
Maladies liées à l'alcool	F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70, K73, K74 (sauf K74.3-K74.5), K86.0	-	982	982
Troubles liés à l'usage de drogues illicites	F11-F16, F18-F19	-	19	19
Troubles neurologiques		108	-	108
Epilepsie	G40-G41	108	-	108
Maladies de l'appareil circulatoire		2 219	1 395	2 443
Cardiopathies rhumatismales et valvulaires	I01-I09	53	-	53
Maladies hypertensives	I10-I15	163	-	163

Cardiopathies ischémiques	I20-I25	1 171	1 171	1 171
Embolies pulmonaire	I26, I80.1-I80.3, I80.9, I82.9	-	117	117
Maladies cérébrovasculaires	I60-I69	832	-	832
Anévrisme aortique et dissection	I71	-	107	107
Maladies de l'appareil respiratoire		287	303	564
Grippe	J09-J11	26	26	26
Pneumonie	J12-J18	205	-	205
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	J40-J44	-	277	277
Asthme	J45-J46	56	-	56
Maladies de l'appareil digestif		139	-	139
Ulcère gastrique et duodéal	K25-K28	36	-	36
Maladies de l'appendice, occlusion intestinale, cholécystite, pancréatite, hernies	K35-K38, K40-K46, K80-K83, K85, K86.1-K86.9, K91.5	103	-	103
Maladies des organes génito-urinaires		120	-	120
Néphrites et néphroses	N00-N07, N17-N19, N25-N27	117	-	117
Uropathies obstructives, hyperplasie de la prostate	N13, N20-N21, N35, N40, N99.1	3	-	3
Mortalité maternelle et infantile		599	-	599
Mortalité périnatale	P00-P96, A33	361	-	361
Malformations congénitales	Q00-Q99	238	-	238
Blessures non intentionnelles		-	1 125	1 125
Accident de transport	V01-V99	-	315	315
Autres causes externes de lésion traumatique accidentelle	W00-X59	-	810	810
Blessures intentionnelles		23	887	887
Suicides et blessures auto-infligées	X60-X84, Y10-Y34	-	826	826
Homicide / agression	X85-Y09, U50.9	-	39	39
Accidents et complications au cours d'actes médicaux et chirurgicaux ou ultérieures	Y60-Y69, Y83-Y84	23	23	23

Source : Inserm CépiDc – exploitation ORS Île-de-France

Mortalité infantile

Tableau 55..Nombre annuel de décès avant l'âge d'un an par zone géographique et par année

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
75	233	119	136	121	113	106	117	94	105	104	97	121	83	84
77	135	76	96	78	75	69	66	75	72	77	62	66	71	83
78	151	83	82	66	69	78	75	62	59	66	63	70	49	63
91	119	81	75	73	72	76	57	56	79	73	60	67	66	79
92	145	115	93	77	78	87	101	82	90	78	70	88	72	80
93	169	120	158	141	156	134	165	142	125	124	142	148	138	130
94	124	92	96	66	74	69	75	78	77	74	78	69	75	80
95	151	81	74	77	84	69	67	65	89	89	64	91	78	99
IDF	1 227	767	810	699	721	688	723	654	696	685	636	720	632	698
FRANCE MÉT.	5 599	3 502	3 417	2 740	2 879	2 787	2 856	2 870	2 787	2 568	2 643	2 686	2 571	2 619

Source : INSEE, statistiques de l'état civil

Tableau 56. Nombre annuel de décès avant l'âge de 28 jours par zone géographique et par année

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
75	114	75	95	78	82	81	81	71	76	68	62	90	63	62
77	58	43	58	50	55	49	43	51	48	51	45	43	50	63
78	85	44	51	48	50	51	47	39	36	47	48	52	33	46
91	48	44	54	50	47	54	40	38	55	49	44	47	45	54
92	67	58	56	54	51	63	70	51	70	57	52	68	52	53
93	98	81	115	105	95	92	117	103	83	79	106	99	102	101
94	55	42	55	40	51	49	49	53	50	57	55	54	53	66
95	73	39	49	51	53	39	44	46	69	64	45	60	47	76
IDF	598	426	533	476	484	478	491	452	487	472	457	513	445	521
Proportion parmi l'ensemble des décès infantiles (%)														
	48,7	55,5	65,8	68,1	67,1	69,5	67,9	69,1	70	68,9	71,9	71,3	70,4	74,6
FRANCE MÉT.	2 708	2 094	2 178	1 781	1 851	1 858	1 930	1 887	1 881	1 734	1 789	1 873	1 782	1 869
Proportion parmi l'ensemble des décès infantiles (%)														
	48,4	59,8	63,7	65	64,3	66,7	67,6	65,7	67,5	67,5	67,7	69,7	69,3	71,4

Source : INSEE, statistiques de l'état civil

Tableau 57. Nombre annuel de naissances vivantes

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Paris	31 487	29 810	31 940	31 378	31 748	30 820	30 623	31 063	31 447	30 094	29 291	28 945	29 134	28 267
Seine-et-Marne	16 642	16 411	17 851	18 317	18 986	18 978	19 240	19 331	19 712	19 824	19 678	19 331	19 708	19 197
Yvelines	20 348	19 742	20 304	19 766	20 438	19 899	19 895	19 868	20 312	19 886	19 827	19 886	19 525	19 208
Essonne	16 686	16 491	17 162	17 753	18 281	17 932	18 134	18 040	18 509	18 493	18 506	18 510	18 903	19 104
Hauts-de-Seine	22 151	22 592	24 699	24 588	25 426	24 937	25 217	25 192	25 194	25 083	24 790	24 614	24 675	23 966
Seine-Saint-Denis	24 402	22 834	25 082	26 760	27 916	27 743	28 062	28 313	28 513	28 362	28 675	28 687	29 471	29 325
Val-de-Marne	19 100	18 490	19 759	19 947	20 948	20 331	20 736	21 022	21 391	20 991	20 967	20 748	21 566	21 055
Val-d'Oise	17 412	16 645	17 377	18 012	19 015	18 624	18 761	18 728	19 506	19 551	19 495	19 550	19 737	19 640
IDF	168 228	163 015	174 174	176 521	182 758	179 264	180 668	181 557	184 584	182 284	181 229	180 271	182 719	179 762
FRANCE MÉTROPOLITAINE	760 696	728 083	773 252	772 841	795 311	784 536	794 507	791 854	800 655	791 347	788 603	779 883	779 278	787 024

Source : INSEE, statistiques de l'état civil

Handicap

Restrictions d'activité (RA) en Île-de-France parmi les ADL et les IADL selon la gravité (%)

	20-59 ans			60 ans et plus		
	Sans RA	Avec difficultés*	Ne peut pas	Sans RA	Avec difficultés	Ne peut pas
ADL ou AVQ						
Se laver	99,0	0,5	0,5	94,8	2,9	2,3
S'habiller, se déshabiller	98,9	0,7	0,4	95,0	3,5	1,5
Couper sa nourriture, se servir à boire	99,4	0,2	0,4	97,1	1,7	1,1
Manger et boire	99,7	0,0	0,3	99,4	0,1	0,4
Se servir des toilettes	99,5	0,2	0,3	98,5	0,6	0,9
Se coucher, se lever du lit	99,2	0,5	0,3	97,3	1,9	0,8
S'asseoir, se lever d'un siège	99,4	0,3	0,3	97,2	2,0	0,8
IADL ou AIVQ						
Faire ses courses	97,9	1,0	1,1	85,5	4,7	9,7
Préparer ses repas	99,2	0,3	0,5	93,0	3,4	3,6
Faire les tâches ménagères courantes	98,3	1,0	0,7	88,0	6,8	5,3
Faire les tâches plus occasionnelles	98,2	0,8	1,0	83,5	6,2	10,3
Faire les démarches administratives courantes	98,2	0,7	1,1	88,3	5,3	6,4
Prendre ses médicaments	99,5	0,1	0,4	96,7	1,2	2,1
Se déplacer dans toutes les pièces d'un étage	99,5	0,2	0,3	98,6	0,4	0,9
Sortir de son logement	99,1	0,3	0,6	93,6	2,2	4,2
Utiliser un moyen de déplacement	98,9	0,4	0,7	91,2	2,4	6,3
Trouver son chemin quand on sort	99,4	0,2	0,4	96,0	1,2	2,8
Se servir du téléphone	99,5	0,1	0,4	97,8	0,7	1,5
Se servir d'un ordinateur**	99,5	0,1	0,4	98,9	0,3	0,9
EFFECTIFS	1984			1397		

* Avec difficultés : avoir quelques difficultés ou beaucoup de difficultés à réaliser seul l'activité.

** Difficulté ou impossibilité d'utilisation pour raison de santé (à l'exclusion de toute autre raison).



Observatoire régional de santé Île-de-France

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

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