

91 SUD

PROFIL DES TERRITOIRES DE COORDINATION

Décembre 2019

L'essentiel

Un territoire de 617 000 habitants, en croissance, jeune et au profil social intermédiaire

- Un territoire essonnien, urbain au nord et rural au sud, qui compte près de 617 000 habitants, dont plus de 37 000 personnes de 75 ans ou plus ;
- Malgré un vieillissement relativement marqué, le territoire reste assez jeune, avec une fécondité dynamique et une sur-représentation des couples avec enfants, caractéristique des territoires de grande couronne ;
- Un profil social intermédiaire, avec quelques communes moins favorisées notamment au nord.

Un territoire relativement préservé des nuisances environnementales

- L'eau distribuée sur le territoire est très globalement de bonne qualité, les sites potentiellement pollués y sont très peu représentés, la pollution atmosphérique ou sonore n'y touche que certaines communes situées au nord du territoire. Cependant, ces communes exposées sont aussi parmi les plus peuplées et/ou les plus pauvres du territoire.

Des indicateurs sanitaires relativement défavorables comparativement aux moyennes régionales

- Des espérances de vie à la naissance inférieures et des niveaux de mortalité supérieurs aux moyennes régionales, notamment pour les 45 ans et plus ;
- Une très forte surmortalité par accidents de la circulation, une surmortalité par maladies cardiovasculaires, pour les pathologies liées à l'alcool et par cancers, notamment pour les cancers des VADS et du colon ;
- Une situation vis-à-vis du VIH/sida plus favorable que les situations régionales et départementales mais qui reste moins favorable que la situation moyenne de France métropolitaine.

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION
Isabelle Grémy

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

CARTOGRAPHIE
Adrien Saunal

DIRECTION ARTISTIQUE
Olivier Cransac

MAQUETTE
Agnès Charles

MISE EN PAGE
Christine Canet
Chahrazed Sellami

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

Sommaire

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

Introduction

Les territoires de coordination des prises en charge constituent une maille territoriale d'analyse et d'action issue du projet régional de santé (PRS2) 2018-2022.

Identifiés par l'Agence régionale de santé (ARS) à partir de l'expérience et des propositions des acteurs et porteurs de projets de terrain, ces territoires infra-départementaux ont vocation à structurer l'observation et l'action à une échelle intermédiaire et cohérente avec les usages dans le but d'améliorer et de faciliter la structuration de la réponse aux besoins de proximité en santé.

Le diagnostic présente les principales caractéristiques et dynamiques urbaines, démographiques et sociales du territoire ainsi que les chiffres clés en matière de mortalité et de morbidité.

Un diagnostic structuré de manière identique est réalisé pour l'ensemble des 22 territoires de coordination franciliens, ce qui permettra les comparaisons entre territoires et l'identification des spécificités propres à chacun.

La première partie est consacrée au contexte socio-démographique du territoire et présente ses caractéristiques géographiques et urbaines, puis les dynamiques et spécificités démographiques ainsi que le contexte économique et social. Enfin, puisque les usagers d'un territoire ne se limitent pas aux seules personnes qui y résident, un chapitre est consacré aux actifs et aux élèves et étudiants.

La deuxième partie décrit la situation du territoire par rapport aux risques environnementaux susceptibles d'impacter la santé des habitants.

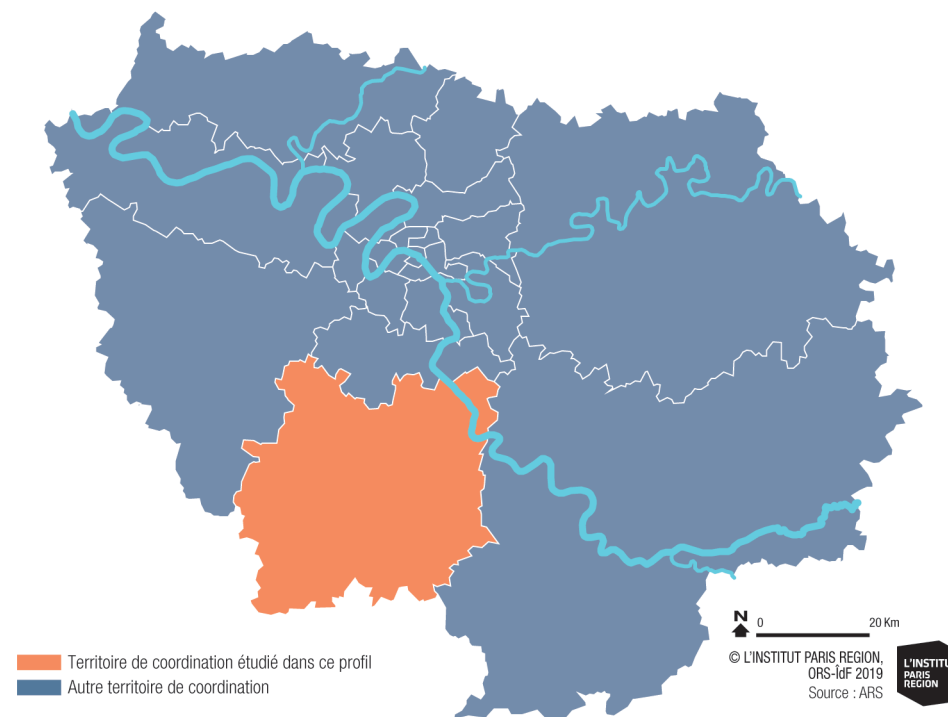
La troisième partie présente les principaux indicateurs relatifs à l'état de santé des populations du territoire : état de santé général (espérance de vie, mortalité et ALD) décliné par tranches d'âge tout d'abord, puis par pathologies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète...).

Les données sont présentées sous la forme de tableaux. Y sont intégrés :

- les effectifs,
- les taux standardisés et les indices comparatifs (voir glossaire) permettant d'annuler les effets des structures par âge,
- des graphiques permettant, par un code couleur, une lecture rapide de la significativité des indices comparatifs, de la position du territoire par rapport à la moyenne régionale mais aussi par rapport aux autres territoires de coordination (voir page 31 la grille de lecture des tableaux).

En 2020, ces profils de territoire seront complétés par une analyse descriptive de l'offre de soins. Par ailleurs, avec l'accès au système national des données de santé (SNDS), les indicateurs de morbidité vont évoluer, permettant à l'avenir de bien meilleures approximations d'incidence et de prévalence des pathologies.

Les territoires de coordination



1 . Contexte socio-démographique

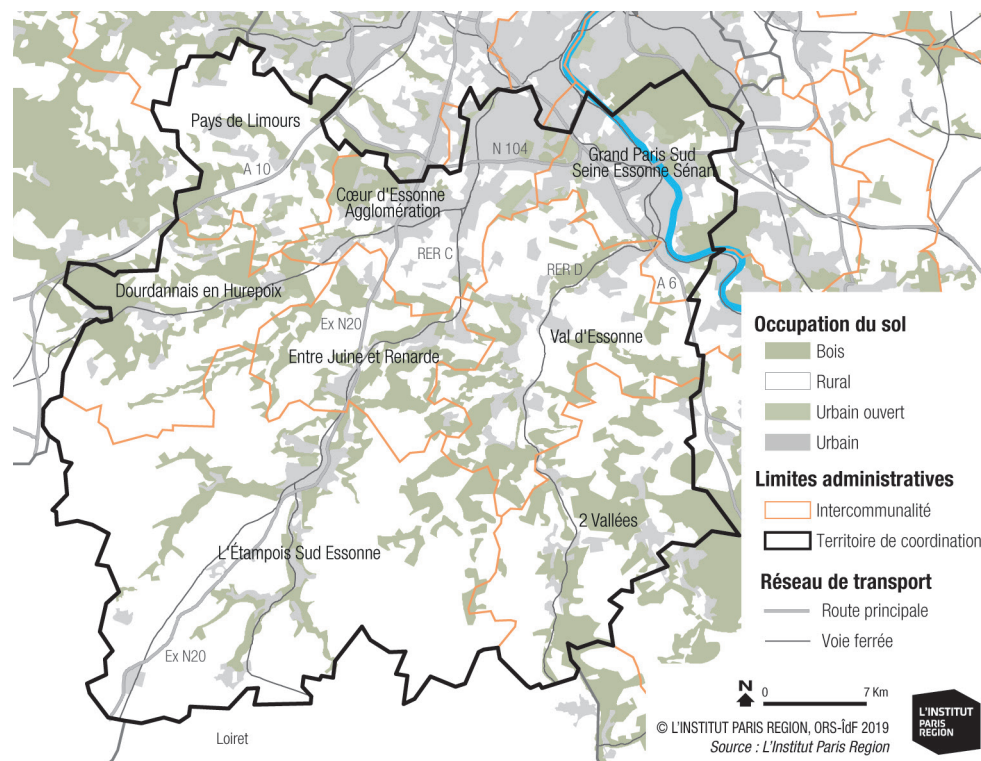
CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET MORPHOLOGIQUES

Un territoire concerné par huit intercommunalités

Le territoire, situé au centre sud de la région Île-de-France, dans le département de l'Essonne, compte 616 800 habitants répartis sur 150 communes et est concerné par huit intercommunalités dont la plupart sont entièrement incluses dans le territoire.

Le territoire est relié au centre de l'agglomération et irrigué grâce aux RER C et D. Les autoroutes A10 au nord-ouest et A6 au nord-est ainsi que la nationale 104 au nord-est et la nationale 20 du nord au sud sont les axes routiers majeurs du territoire.

Les intercommunalités du territoire en 2019

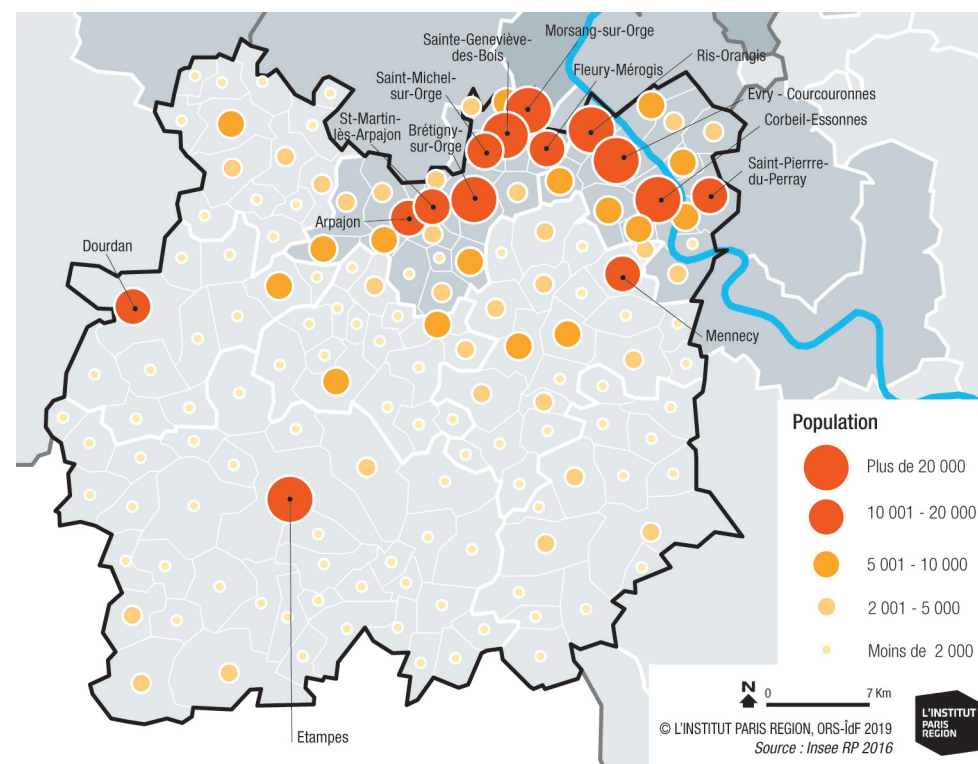


Un territoire multipolarisé

Evry-Courcouronnes et Corbeil-Essonne sont les villes principales du territoire (respectivement 68 100 et 51 000 habitants). Les autres villes les plus peuplées du territoire sont pour la plupart concentrées dans sa partie nord : Sainte-Geneviève-des-Bois (35 900 habitants), Ris-Orangis (28 800 habitants), Brétigny-sur-Orge (26 300 habitants), Morsang-sur-Orge (21 100 habitants) et Saint-Michel-sur-Orge (19 900 habitants) sont les plus importantes. Ces sept communes regroupent, à elles seules, 41 % de la population totale du territoire.

D'autres communes structurent également la partie plus rurale du territoire, comme Etampes (24 400 habitants), Mennecy (14 200 habitants), Arpajon (10 200 habitants) ou Dourdan (10 700 habitants).

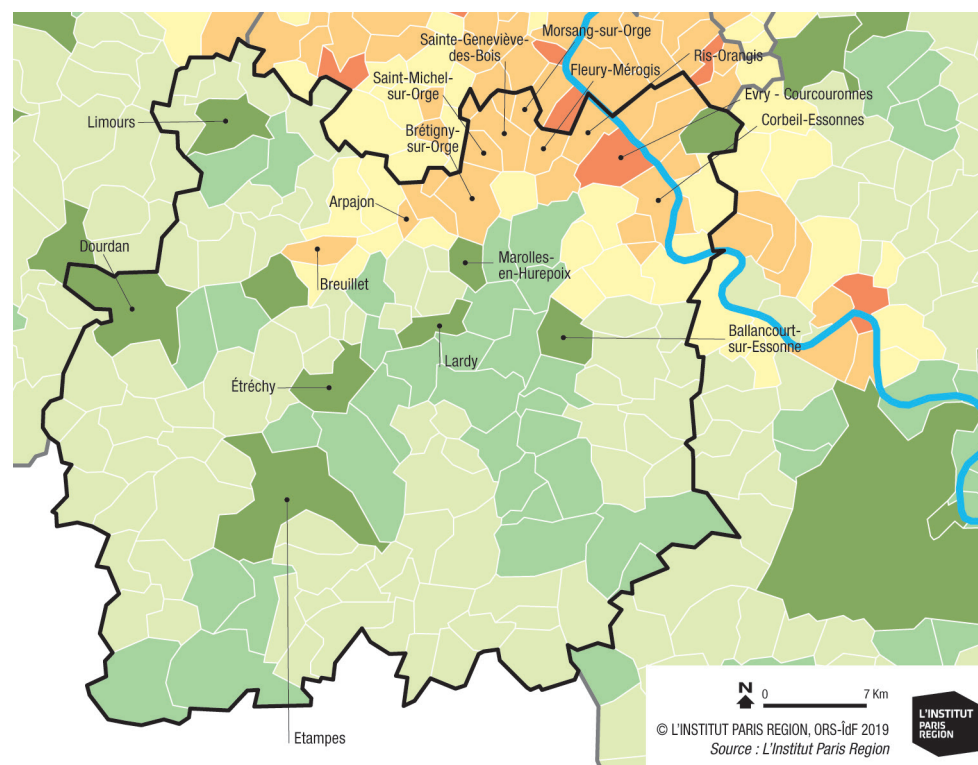
Nombre d'habitants des communes du territoire en 2016



Un territoire entre rural et urbain

Un territoire dont le nord, majoritairement urbanisé, appartient à l'agglomération parisienne, tandis que les parties ouest et sud sont largement rurales et structurées autour de pôles secondaires, tels que Ballancourt-sur-Essonne, Lardy, Etréchy, Etampes, Dourdan ou Limours.

Caractéristiques morphologiques du territoire en 2016



Agglomération parisienne

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

Hors agglomération parisienne

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

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

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES HABITANTS

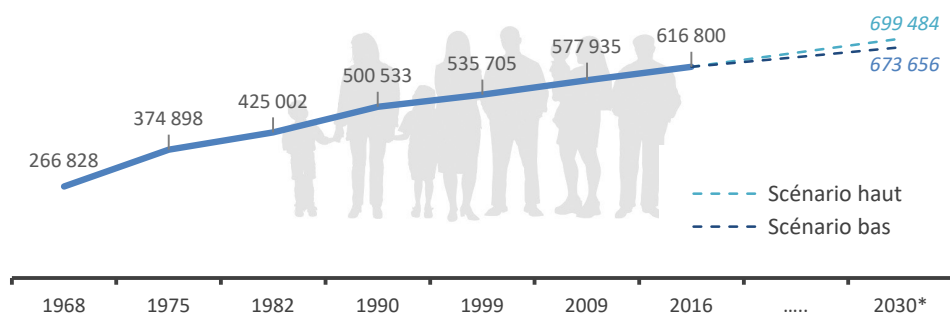
Une population en croissance surtout avant la fin des années 2000

Un territoire dont la population a augmenté à un rythme annuel moyen plus soutenu que les dynamiques régionales et départementales avant la fin des années 1990, rythme qui s'est ralenti depuis mais reste plus élevé que la moyenne régionale et s'apparente aux évolutions moyennes du département.

Une croissance qui devrait se poursuivre d'ici 2030

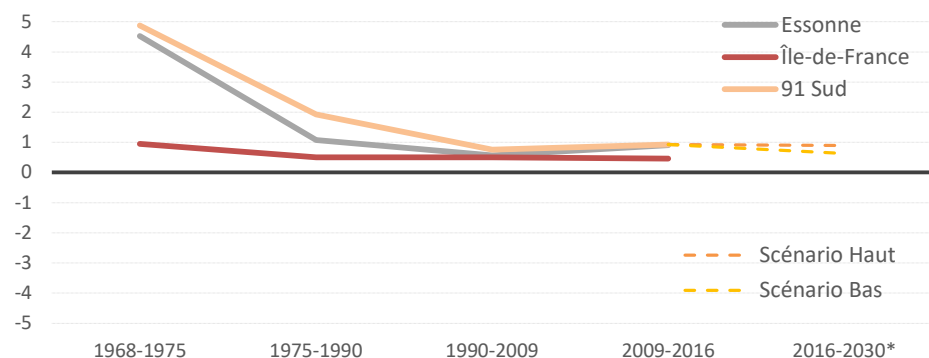
Selon les projections de population de l'Institut Paris Région (voir éléments de méthode page 31), la population du territoire devrait continuer d'augmenter d'ici 2030, mais à un rythme légèrement moindre que celui observé entre 2009 et 2016.

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



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

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

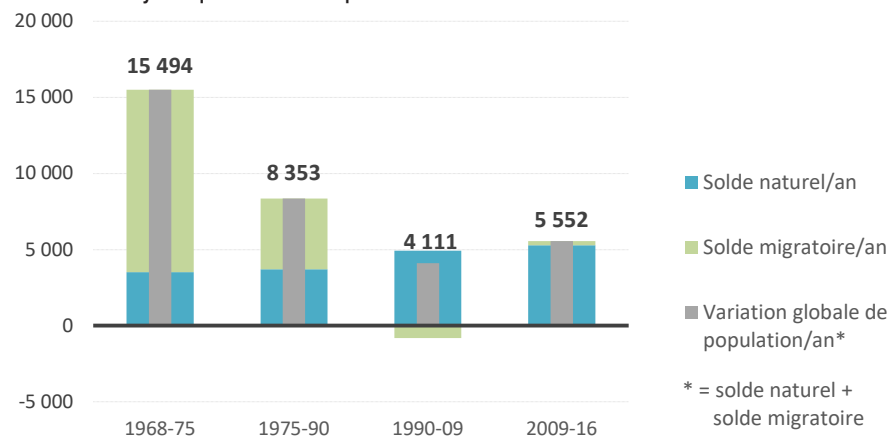


* Les chiffres indiqués pour 2030 reposent sur les deux scénarios (haut et bas) des projections de population réalisées par l'Institut Paris Région (voir éléments de méthode page 31).

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

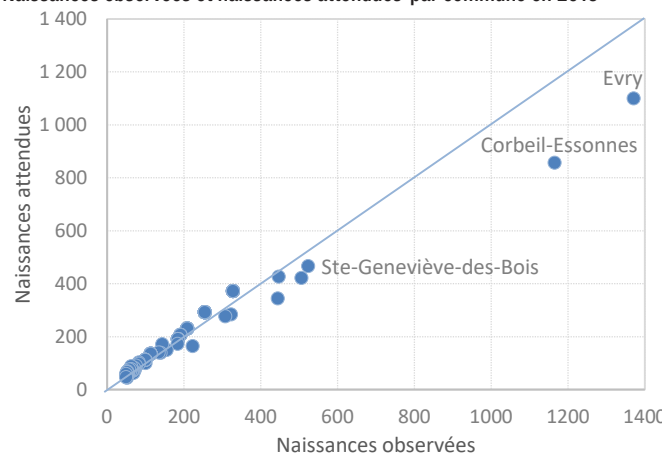
Si, avant 1990 et surtout sur la période 1968-1975, la dynamique démographique du territoire reposait en grande partie sur des apports de population extérieure, le moteur de la croissance démographique repose, depuis les années 1990, sur le seul solde naturel (naissances moins décès).

Les leviers de la dynamique territoriale depuis 1968



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

Naissances observées et naissances attendues* par commune en 2015



* Naissances attendues : naissances qui auraient été comptabilisées sur le territoire si, à chaque âge, les femmes de ce territoire avaient un comportement de fécondité identique au comportement moyen francilien.

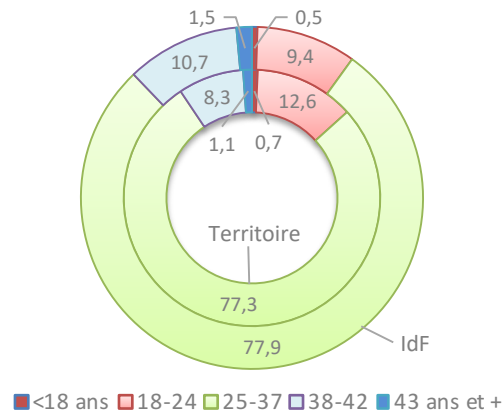
Lecture : si le point est au-dessus de la ligne, la fécondité est moindre qu'attendue. Si le point est en dessous, la fécondité est supérieure.

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

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

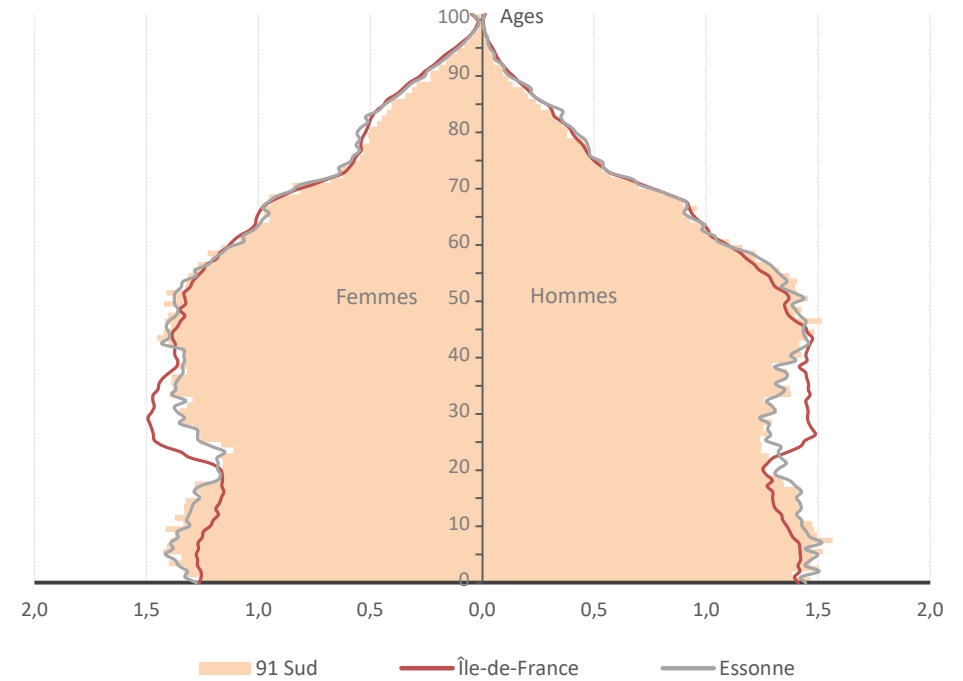
Les femmes du territoire sont également un peu plus nombreuses à avoir un enfant avant 25 ans (13,3 % contre 9,9 % en moyenne en Île-de-France), et un peu moins nombreuses à les avoir après 38 ans (9,4 % contre 12,2 %).

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



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

Pyramide des âges de la population (2016)

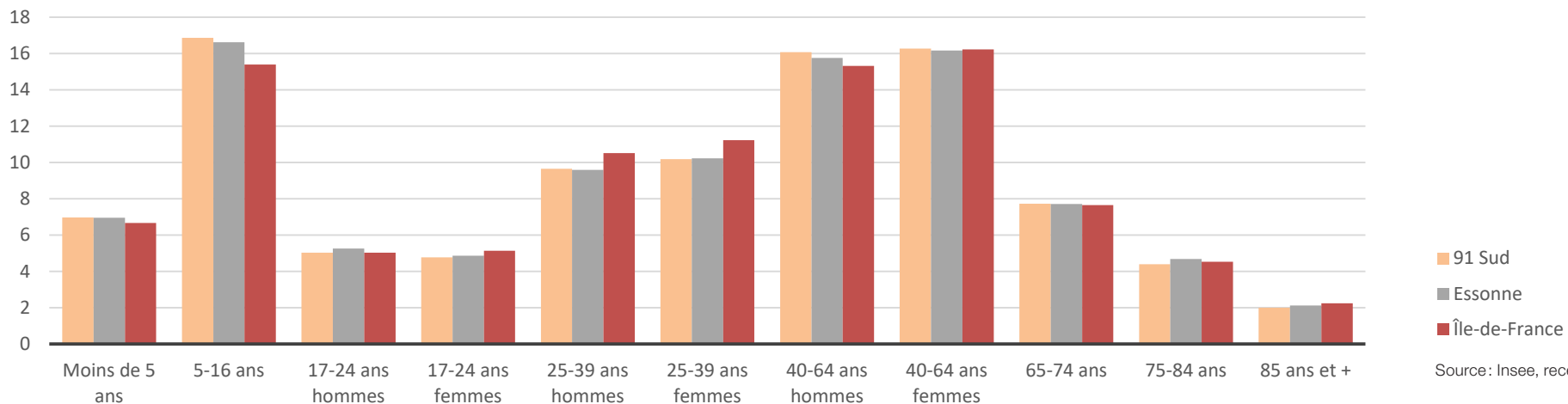


Source: Insee, recensement 2016.

Une population légèrement plus jeune que la moyenne francilienne

Une population assez caractéristique des territoires de grande couronne, avec une sous-représentation de jeunes adultes et une sur-représentation de familles avec enfants (40-60 ans et moins de 18 ans). La proportion de personnes âgées est légèrement en deçà des moyennes régionales et départementales.

Structure par âge en 2016



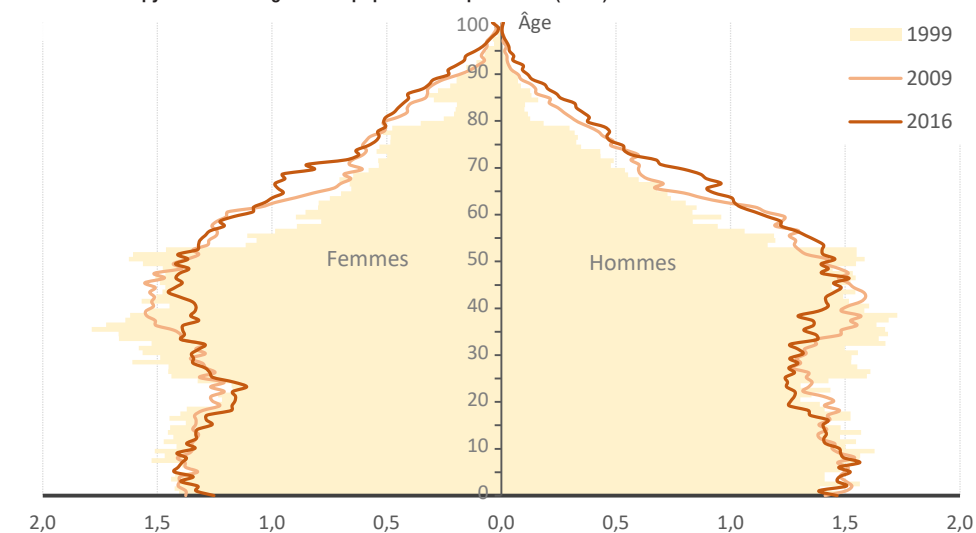
Source: Insee, recensement 2016.

Un vieillissement de population qui touche surtout les 60-74 ans

Depuis le début des années 2000, la proportion des moins de 60 ans reste relativement stable tandis qu'aux âges plus élevés, les augmentations sont plus sensibles, notamment entre 60 et 74 ans.

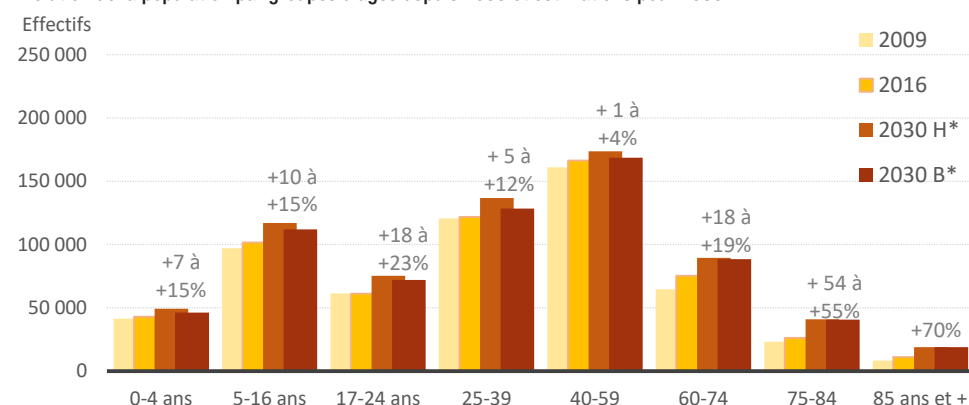
A l'horizon 2030, le territoire devrait compter encore un peu plus de 14 000 personnes de 60-74 ans et près de 22 000 personnes de 75 ans et plus supplémentaires.

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



Source: Insee, recensements de la population.

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



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

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

Les pourcentages indiquent les évolutions de population entre 2016 et 2030 (scénarios bas et haut).

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

Effectifs	1999	2009	2016	2030 H*	2030 B*
0-4 ans	38 457	41 575	43 063	49 415	46 282
5-16 ans	95 164	97 089	101 551	117 134	111 880
17-24 ans	57 010	61 375	61 201	75 391	72 042
25-39 ans	128 391	120 710	121 879	136 757	128 349
40-59 ans	143 897	161 005	166 232	173 665	168 618
60-74 ans	50 870	64 603	75 335	89 481	88 562
75-84 ans	14 826	23 186	26 315	40 863	40 641
85 ans et +	7 065	8 392	11 111	18 940	18 851
Total	535 680	577 935	606 688	701 646	675 225

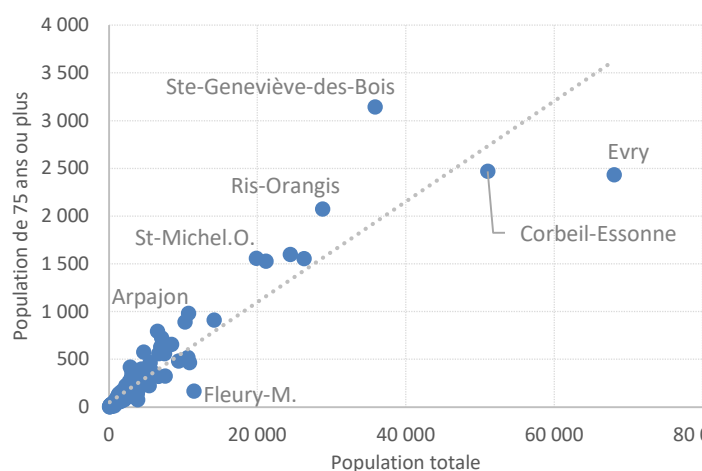
* H : scénario haut - B : scénario bas. Voir note méthodologique page 31.

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

La répartition de la population âgée sur le territoire ne suit pas exactement la répartition de la population totale : Evry-Courcouronnes notamment est une commune relativement jeune comptant, proportionnellement à sa taille, moins de personnes âgées que la moyenne des communes du territoire.

Inversement, la commune de Sainte-Geneviève-des-Bois, et, dans une moindre mesure, les communes de Ris-Orangis, Saint-Michel-sur-Orge ou Arpajon comptent un peu plus de personnes âgées que la moyenne du territoire.

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

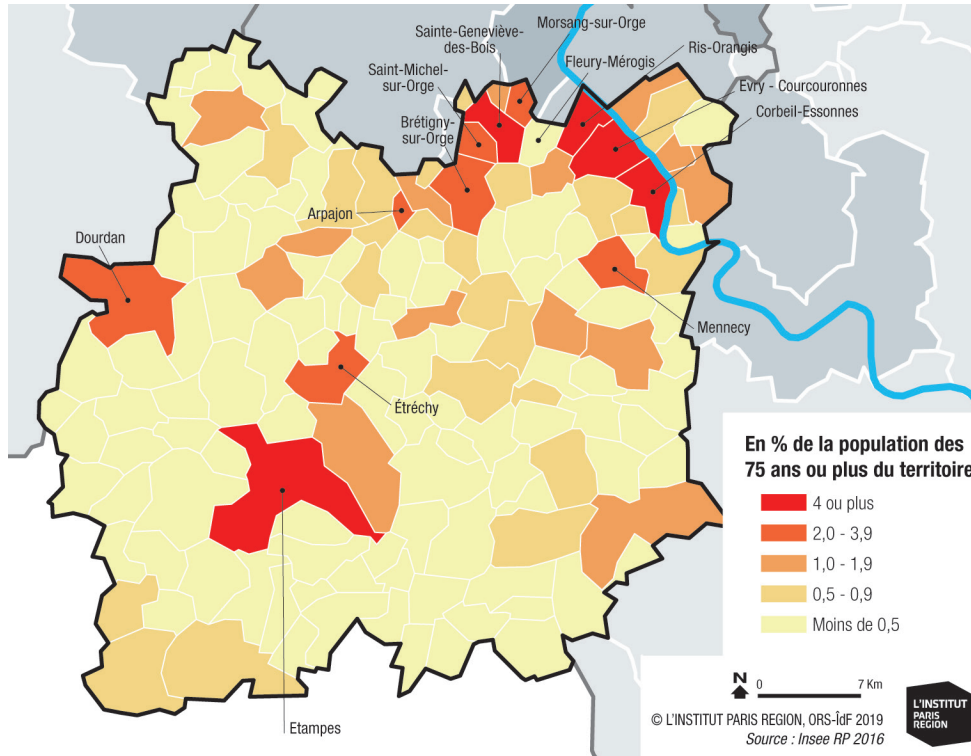


Lecture : si le point est en dessous de la ligne pointillée, la commune compte moins de personnes âgées par rapport à la moyenne des communes du territoire. Inversement si le point est au dessus, la commune présente plus de personnes âgées que la moyenne des communes du territoire.

Source: Insee, recensement de la population, 2016.

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

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



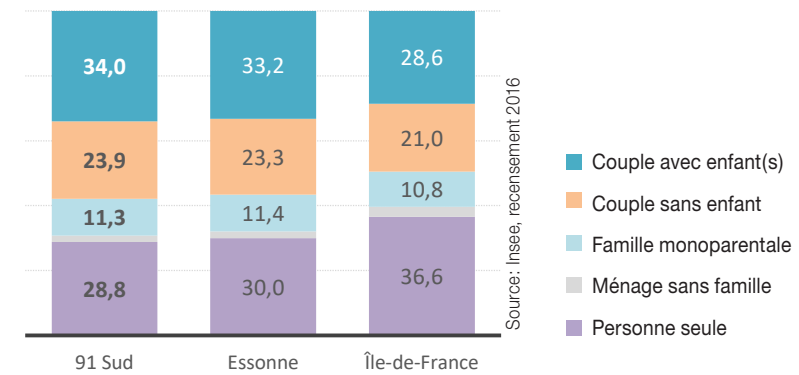
Une sur-représentation des couples avec enfants

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

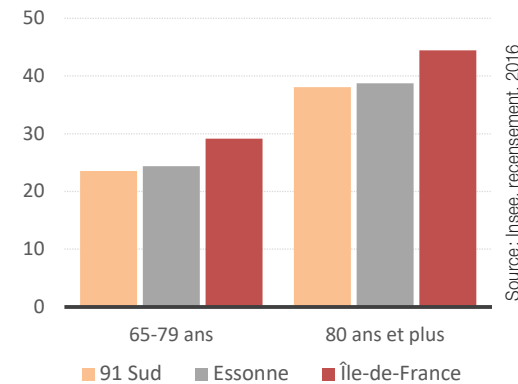
- une moindre présence de personnes seules, comparativement à la moyenne régionale ;
- une sur-représentation des couples avec enfants.

Les personnes âgées de 65 à 79 ans, quant à elles, sont 24 % à vivre seules (contre 29 % en moyenne en Île-de-France), tandis que, pour les 80 ans et plus, cette proportion monte à 38 % (contre 44 % en moyenne au niveau régional).

Structure familiale des ménages (en %)



Part des personnes âgées vivant seules (en %)



CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES HABITANTS

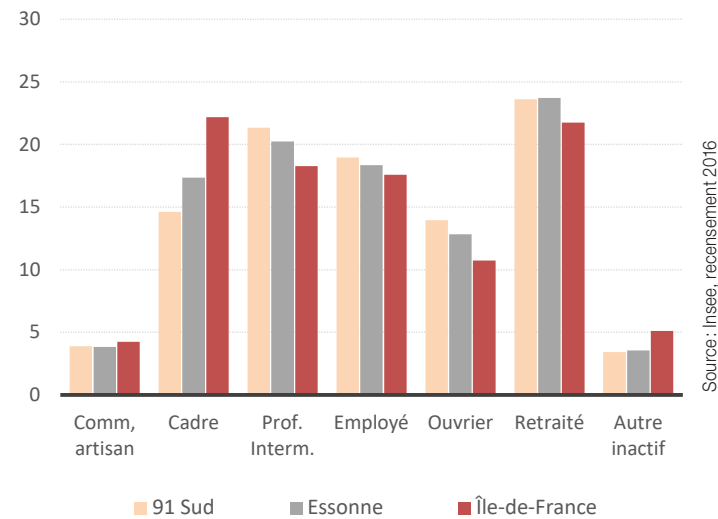
Des ménages aux revenus intermédiaires

La structure des ménages du territoire par PCS indique une nette sous-représentation des cadres, et une sur-représentation des professions intermédiaires et des ouvriers et, dans une moindre mesure, des employés.

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

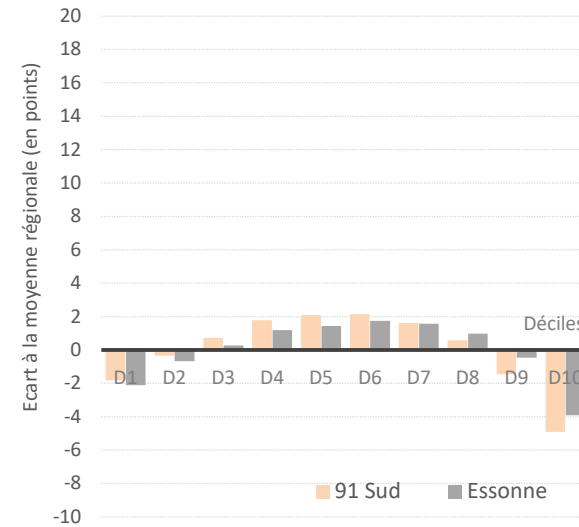
Sur le territoire, en moyenne, les ménages les plus pauvres (D1) ainsi que les plus riches (D9 à D10) sont sous-représentés par rapport à la moyenne régionale, tandis que les ménages intermédiaires (D3 à D7) sont sur-représentés.

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



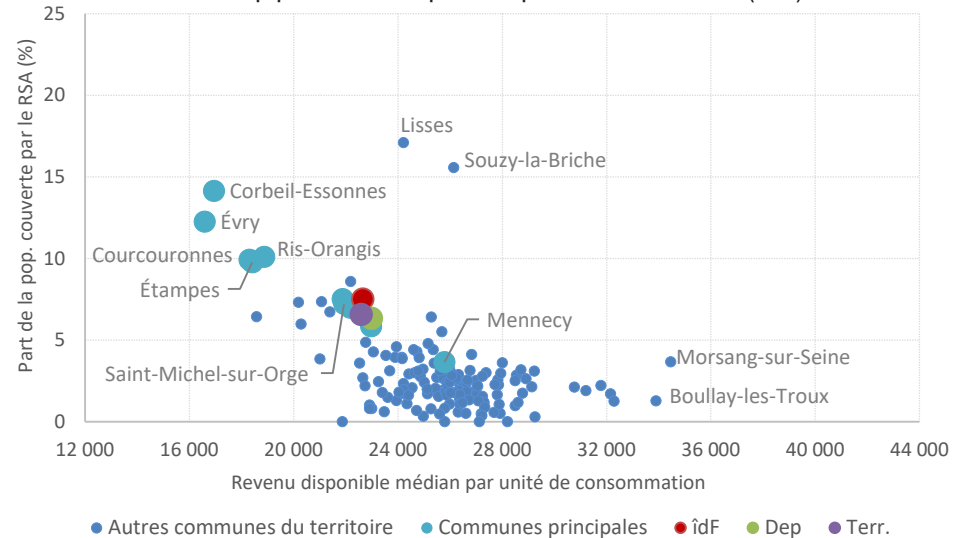
Le territoire est assez peu homogène sur le plan social avec des communes comme Corbeil-Essonnes, Evry, Courcouronnes, Ris-Orangis ou Etampes plus pauvres que la moyenne régionale, et inversement, des communes plus favorisées socialement, comme Mennecy.

Profil de revenu des ménages



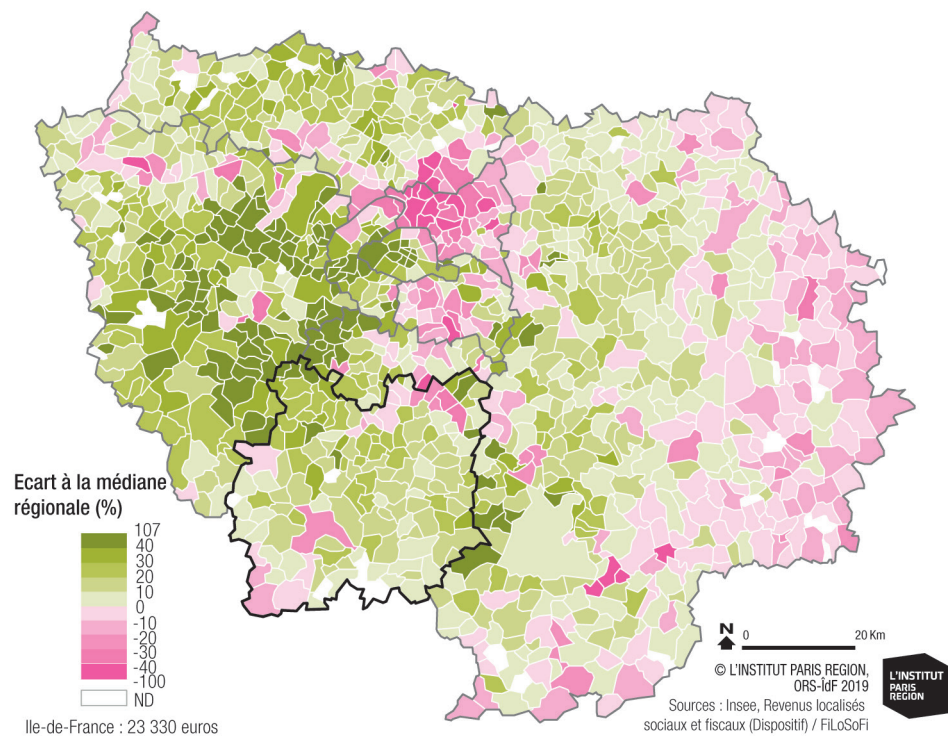
Note de lecture :
 D1 = le 1^{er} décile de revenu correspond aux ménages les plus pauvres.
 D10 = le 10^e décile correspond aux ménages les plus riches.
 Les déciles sont calculés par rapport au niveau régional.

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

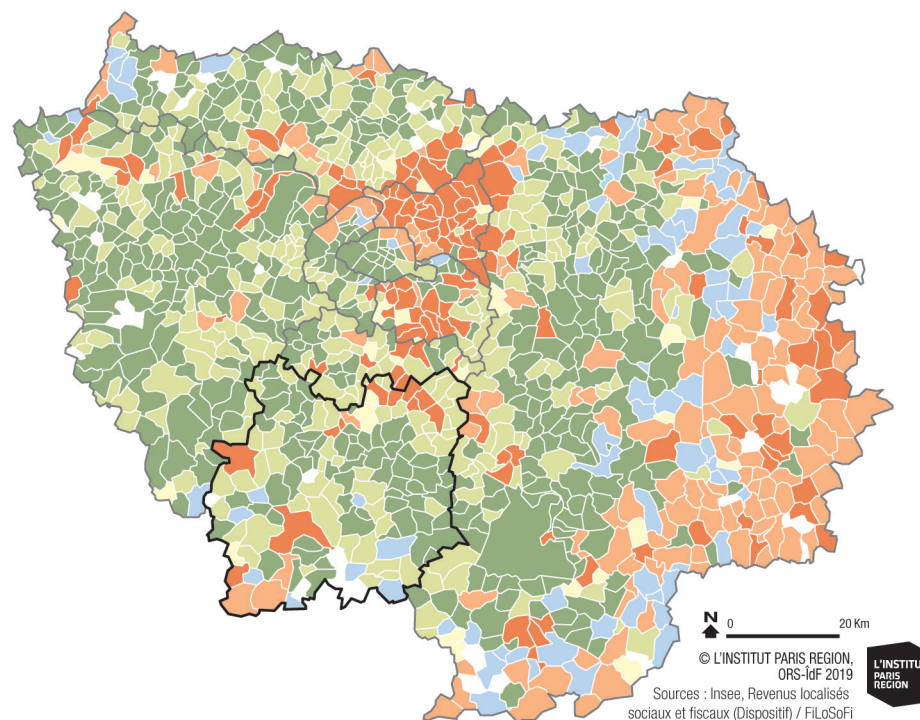


Revenu médian par unité de consommation (UC) des communes (écart à la médiane régionale) et évolution 2006-2015

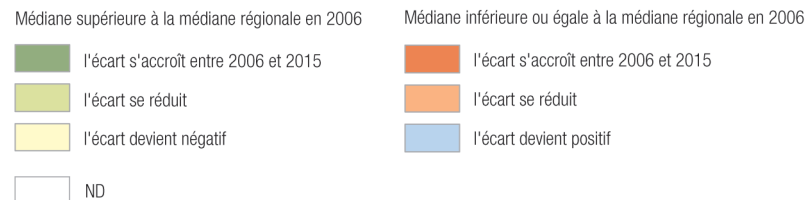
Revenu médian par UC des communes (écart à la médiane régionale) en 2015



Renforcement du marquage social du territoire entre 2006 et 2015



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



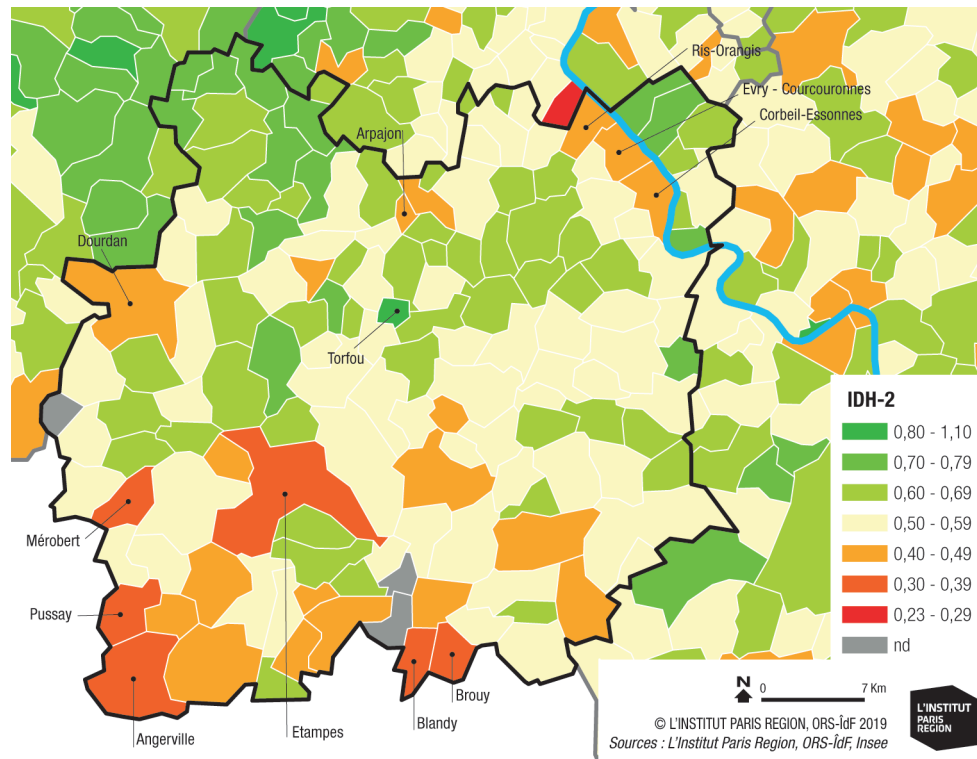
Note de lecture :

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

Les communes du territoire sont, pour la plupart, socialement favorisées ou dans une situation comparable à la médiane régionale. Une partie de ces communes ont d'ailleurs vu leur situation sociale, déjà favorable en 2006, s'améliorer encore entre 2006 et 2015, comparativement à la situation médiane régionale.

Le territoire compte cependant aussi des communes plus défavorisées, notamment à Etampes et dans les communes voisines du sud d'Etampes, à Dourdan, à Arpajon, Egly et sur tout le pourtour nord-est du territoire (notamment de Fleury-Mérogis à Corbeil-Essonnes).

Indicateur de Développement Humain IDH-2 en 2013



Un indice de développement humain qui affine encore le diagnostic

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

Sur ce territoire, l'IDH-2 dessine une géographie sensiblement similaire à celle des revenus.

Le sud-ouest du territoire se caractérise par des IDH-2 inférieurs à l'IDH-2 moyen régional : c'est le cas de communes comme Etampes, Mérobert, Angerville ou Blandy. C'est aussi le cas de Dourdan et au nord-est de villes comme Ris-Orangis, Evry-Courcouronnes et Corbeil-Essonnes. Le nord-ouest présente au contraire des IDH-2 particulièrement favorables.

Un territoire qui compte quelques quartiers en politique de la ville

Le territoire compte quelques quartiers en politique de la ville (QPV), principalement situés dans le nord du territoire. La commune d'Etampes, plus au sud, est également concernée.

Le territoire compte quatre ateliers santé-ville (ASV) communaux et un ASV intercommunal qui couvrent une large partie nord du territoire, de Corbeil-Essonne à Arpajon.

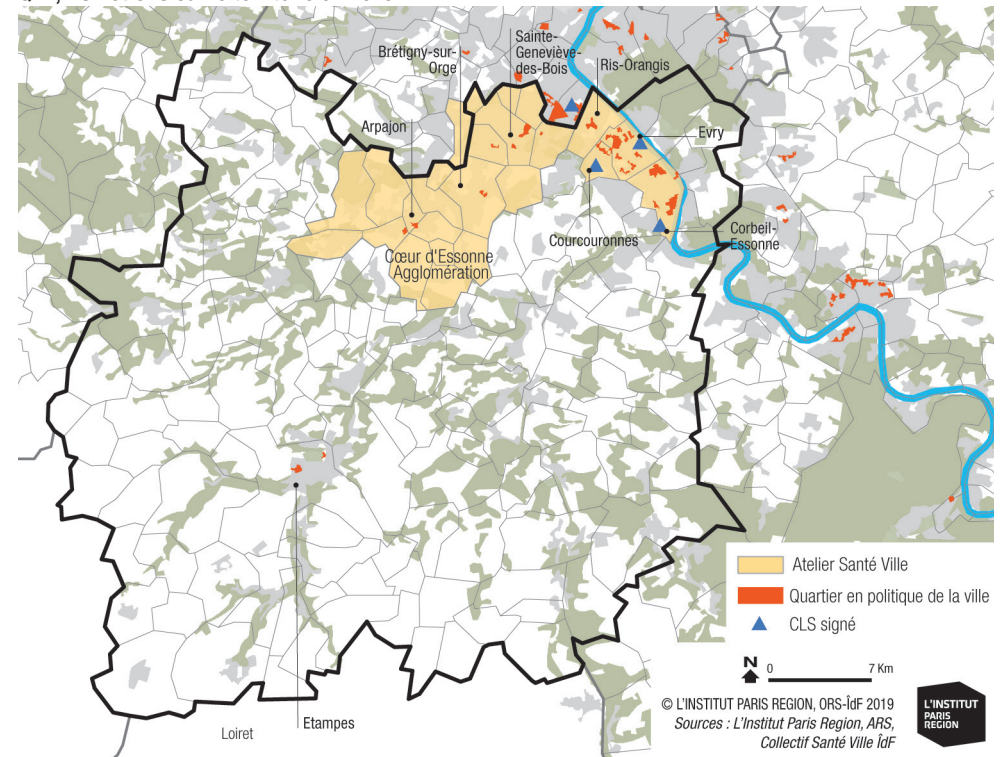
Trois contrats locaux de santé (CLS) sont également signés, à Evry, Courcouronnes et Corbeil-Essonnes.

Un territoire qui compte peu d'immigrés

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

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

QPV, ASV et CLS sur le territoire en 2019



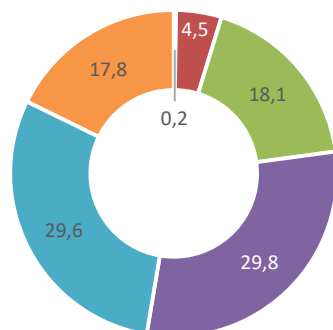
LES AUTRES USAGERS DU TERRITOIRE

Les deux-tiers des emplois du territoire occupés par des actifs résidents

Sur le territoire résident près de 300 000 actifs en activité, tandis que le territoire offre 204 200 emplois. Le profil des emplois occupés par les résidents est sensiblement identique à celui des emplois offerts sur le territoire.

Profil des actifs résidant sur le territoire (en %)

qu'ils y travaillent ou non

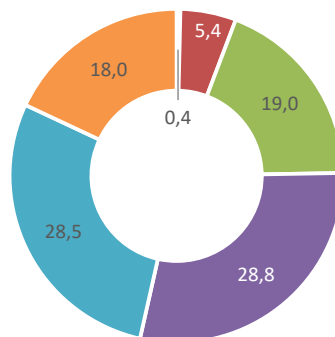


■ Agriculteurs
■ Cadres et PIS
■ Employés

Source : Insee, recensement 2016.

Profil des actifs travaillant sur le territoire (en %)

qu'ils y résident ou non



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

Pour autant, les actifs résidant sur le territoire ne sont «que» 50 % à y travailler (69 % pour les artisans, commerçants, 57 % et 54 % pour les employés et ouvriers, 47 % pour les professions intermédiaires et 36 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures (PIS)). Les autres actifs résidant sur le territoire vont travailler principalement ailleurs en Essonne (31 %), à Paris (26 %), dans le Val-de-Marne (14 %) ou dans les Hauts-de-Seine (10 %).

Inversement, les emplois offerts sur le territoire sont occupés à 66 % par les habitants du territoire. Les autres emplois du territoire sont occupés principalement par des actifs résidant ailleurs en Essonne (33 %), en Seine-et-Marne (24 %) ou hors de la région (15 %).

Les élèves largement scolarisés sur le territoire jusqu'au lycée

Jusqu'au collège, la majorité des enfants du territoire sont scolarisés dans une commune du territoire : 97 % pour les élèves de primaire (maternelle et élémentaire) et 93 % pour les élèves de collège. Les campagnes de prévention ou autre qui pourraient être organisées dans les écoles et collèges du territoire toucheraient donc la quasi-totalité des enfants résidant sur le territoire. Les collèges du territoire n'accueillent que très peu d'élèves en provenance d'autres territoires franciliens (4 %).

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

- Au lycée, 83 % des lycéens du territoire sont scolarisés dans un lycée du territoire. Inversement, les lycées du territoire accueillent 13 % de lycéens résidant dans un autre territoire.
- Au niveau de l'enseignement supérieur, 48 % des étudiants résidant sur le territoire y poursuivent leurs études. Inversement, les écoles et universités du territoire accueillent 40 % d'élèves qui résident sur un autre territoire.

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

Taux de scolarisation sur place				Taux d'attractivité des établissements			
Primaire	Collège	Lycée	Ens. supérieur	Primaire	Collège	Lycée	Ens. supérieur
97%	93%	83%	48%	3%	4%	13%	40%

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

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

Source : Insee, recensement 2016.

2 . Déterminants liés à l'environnement

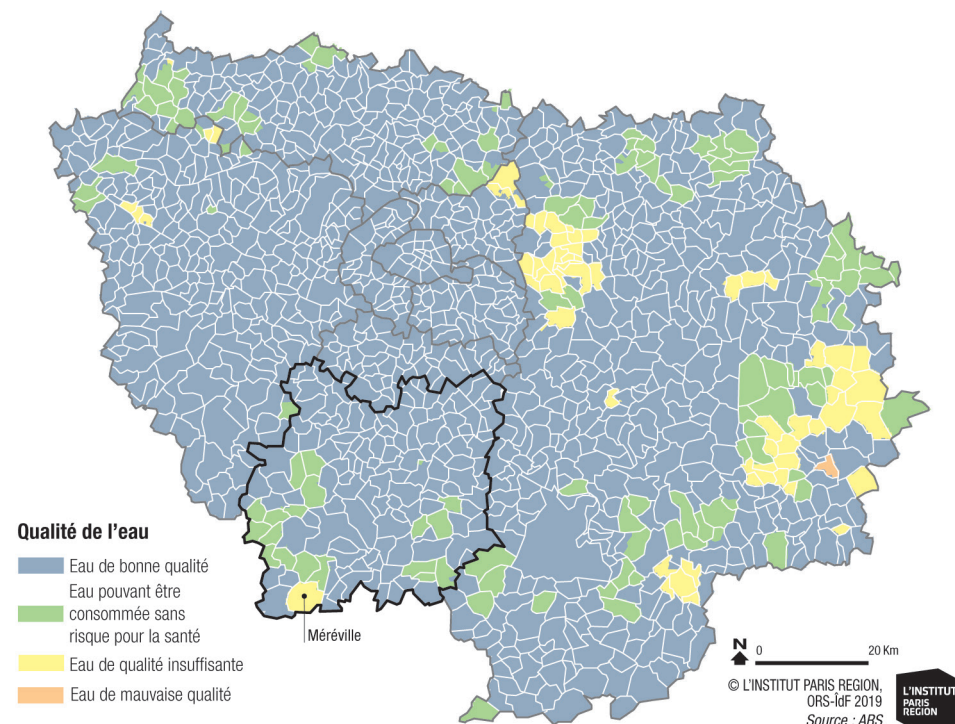
QUALITÉ DE L'EAU DE CONSOMMATION

Une eau distribuée globalement de bonne qualité

L'eau distribuée sur le territoire est globalement de bonne qualité. Sur quelques communes cependant (couleur verte sur la carte), au moins un des critères de qualité n'était pas conforme sans toutefois que l'eau distribuée ne pose un risque pour la santé. A Méréville, la situation était plus préoccupante avec une eau de consommation de qualité insuffisante affectant potentiellement 3 100 habitants soit 0,5 % de la population du territoire.

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

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



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

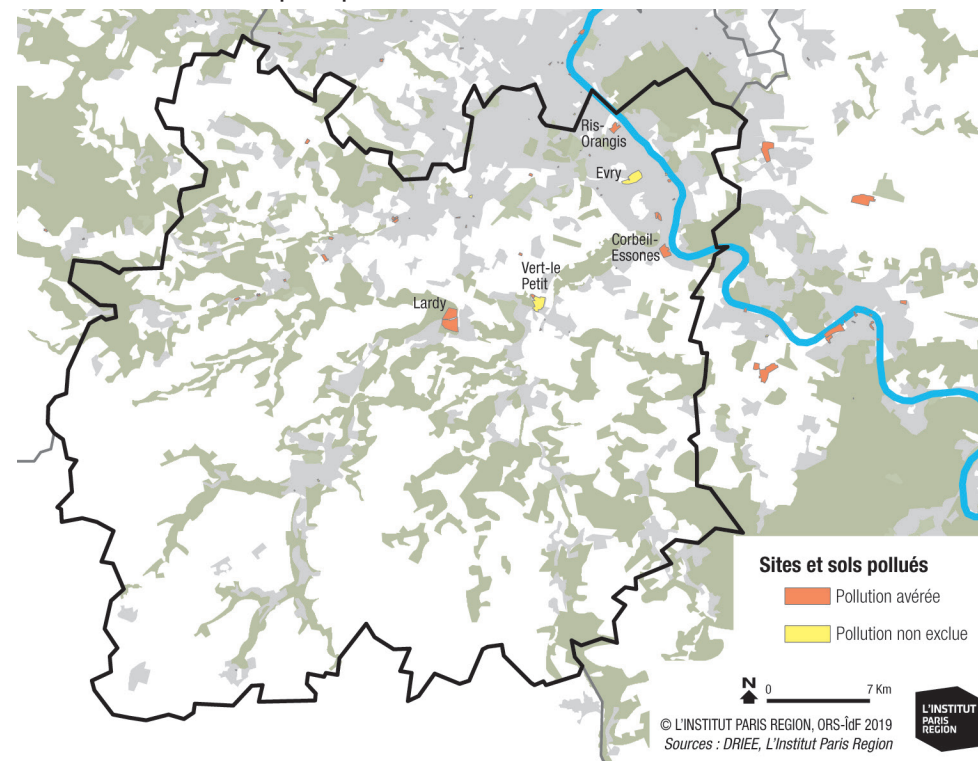
SITES ET SOLS POLLUÉS

Peu de sites et sols pollués sur le territoire

Le territoire est peu affecté par la pollution des sols avec 44 sites et sols potentiellement pollués* sur les 78 sites du département et les 484 de la région. Les sites pollués du territoire (pollution avérée ou non exclue) sont pour la plupart de petite taille et n'occupent que 3,9 km² soit 0,3 % de la surface du territoire. Les deux plus importants en surface (respectivement 1,2 km² et 0,7 km²) sont situés sur les communes de Lardy et de Vert-le-Petit.

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

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



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

QUALITÉ DE L'AIR

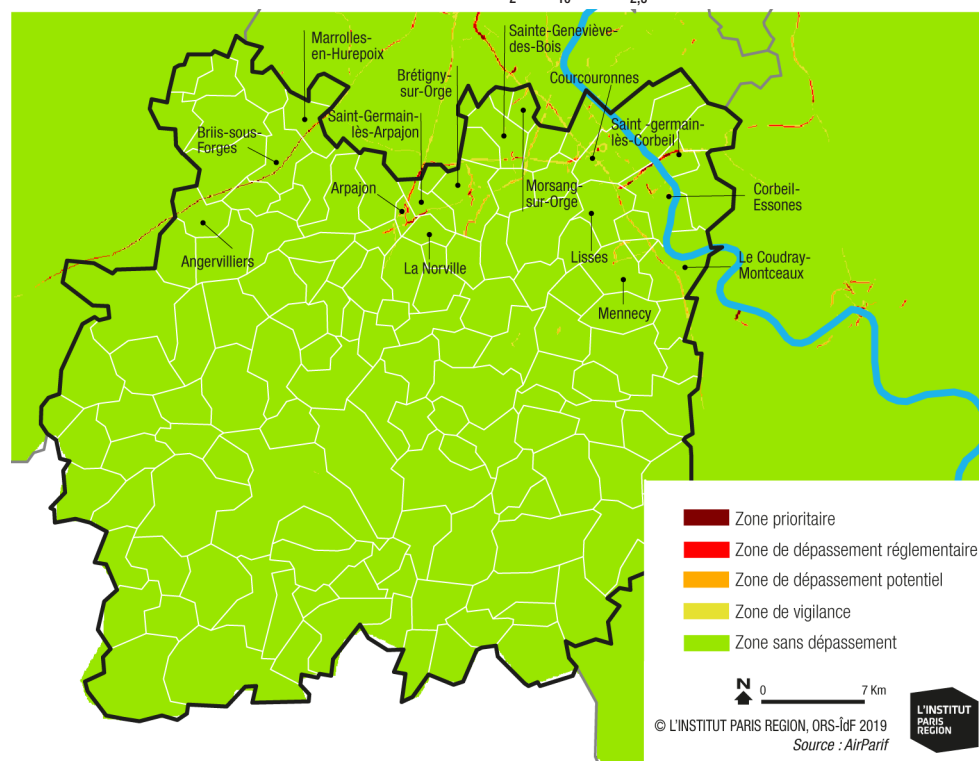
Une pollution surtout présente le long des principaux axes routiers du nord

Corbeil-Essonnes et Mennecy sont les communes du territoire qui comptent, en volume, le plus d'habitants potentiellement exposés, respectivement 7 710 et 7 450 habitants soit 17,1 et 57,6 % de la population de ces deux communes. Viennent ensuite les communes d'Arpajon, Morsang-sur-Orge, et Sainte-Geneviève-des-Bois.

Globalement, sur l'ensemble du territoire, 32 200 personnes (soit 5,3% de la population totale du territoire) se situent en zone de vigilance, 3 850 (0,6 %) en zone de dépassement potentiel, 2 825 (0,5 %) en zone de dépassement réglementaire et 1 185 (0,2 %) en zone prioritaire.

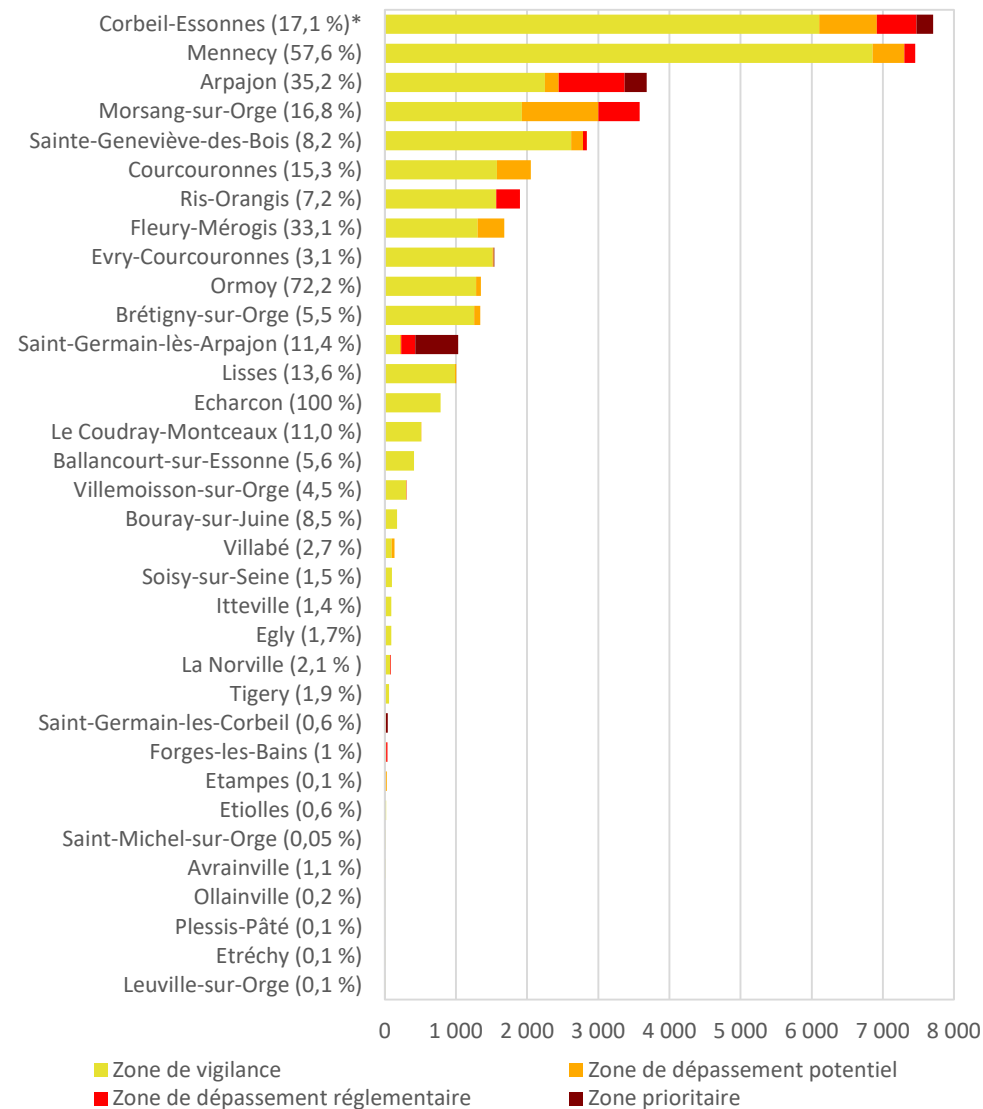
Voir page 17 les contextes et enjeux sanitaires concernant la pollution de l'air.

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



* Voir glossaire : Indice multipolluants.

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



*Part de la population résidant en zone de vigilance ou en dépassement (cela signifie, inversement, que 82,9% des habitants de Corbeil-Essonnes résident en zone sans dépassement).

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

Source : Airparif, 2016.

EXPOSITION AU BRUIT

Un territoire relativement préservé des nuisances sonores

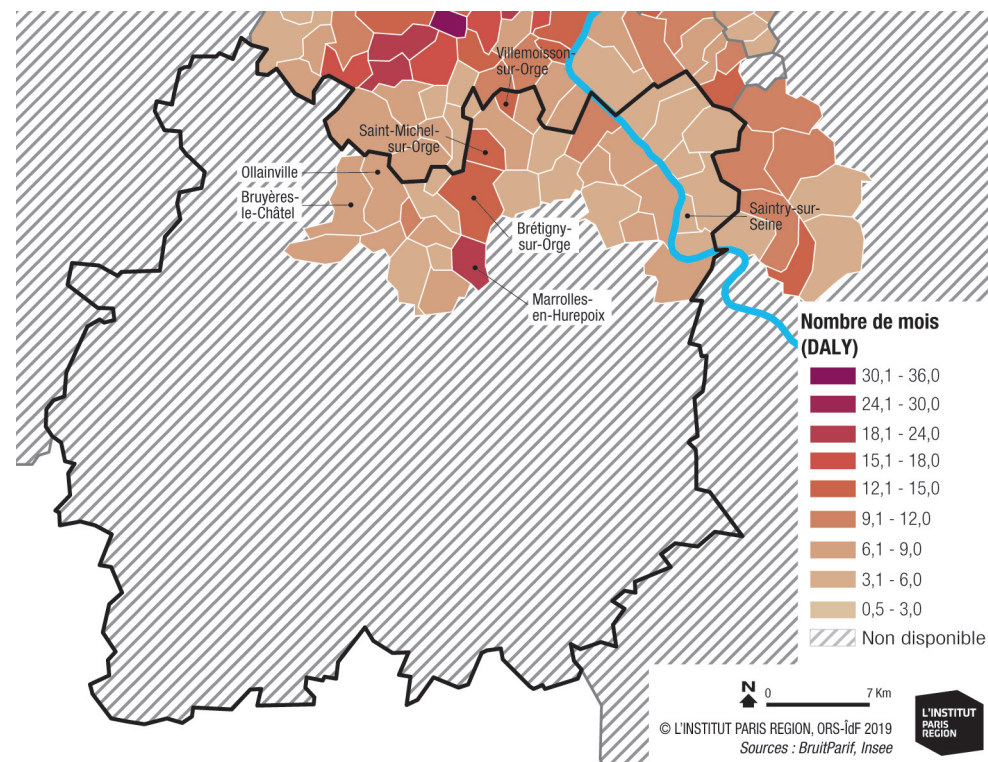
D'une manière générale, le territoire est relativement préservé des nuisances sonores, sauf dans sa frange nord où la population est par endroit concernée par le bruit routier (peu par les autres sources principales de pollution sonore que sont le bruit aérien et le bruit ferré).

9 540 personnes (soit 1,7 % de la population totale du territoire) sont potentiellement exposées au bruit routier sur leur lieu de résidence (dépassement de la valeur limite Lden* 68 dBA). Le bruit ferré (dépassement de la valeur limite 63/68 dBA), quant à lui, n'impacte potentiellement que 555 habitants du territoire (soit 0,1 % de la population), et principalement les habitants des communes de Saint-Michel-sur-Orge, Brétigny-sur-Orge et Marolles-en-Hurepoix, riveraines du RER C. Enfin, le bruit aérien ne concerne potentiellement que 145 personnes (soit 0,02 % de la population totale du territoire) résidant principalement dans les communes de Bruyères-le-Châtel et Ollainville au nord du territoire.

A partir d'une méthodologie proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Bruitparif a calculé, pour les communes de l'agglomération parisienne, un indicateur mesurant le nombre d'années ou de mois en bonne santé perdus (DALY – Disability Adjusted Life Years*) en lien avec la gêne et les perturbations du sommeil. Sur les 37 communes de la frange nord du département faisant partie de l'agglomération parisienne et donc concernées par la mesure, 35 sont affectées par des pertes de mois de vie en bonne santé pour leurs habitants du fait de leur exposition aux nuisances sonores. Ces pertes varient, selon les communes de 3,5 mois pour Saintry-sur-Seine à 18,4 mois pour Marolles-en-Hurepoix.

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

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

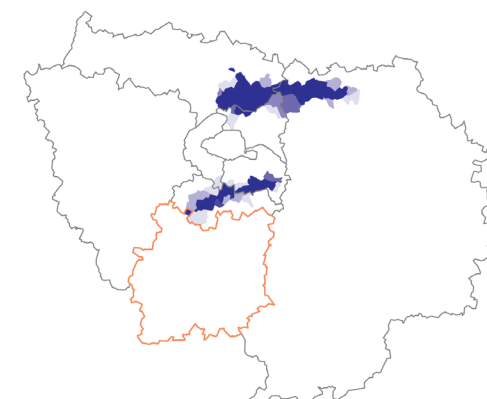
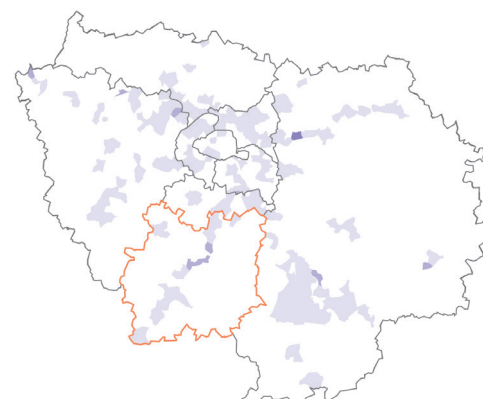
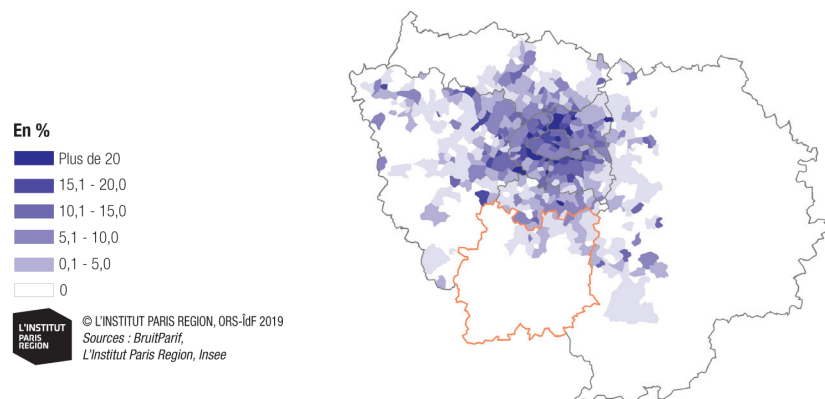


Pourcentage de la population exposée en 2018 au dépassement de la valeur limite (indicateur Lden*) pour :

Le bruit routier

Le bruit ferré

Le bruit aérien



* Voir glossaire : Indicateurs Lden et DALYs.

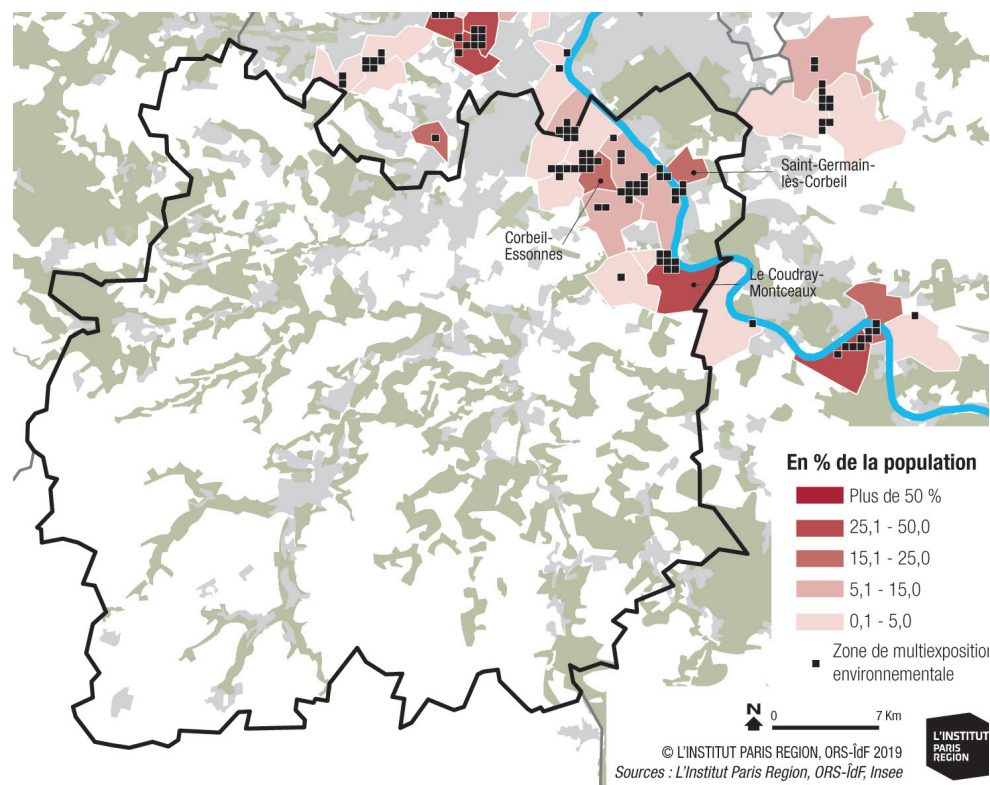
ZONES DE MULTI-EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE

Des secteurs multi-exposés au nord du territoire

Certains secteurs, localisés dans la partie nord-est, connaissent des cumuls d'au moins trois nuisances et pollutions environnementales. Le croisement avec la localisation des populations montre qu'en proportion, les communes de Coudray-Montceaux, de Saint-Germain-Lès-Corbeil et de Courcouronnes sont les plus concernées. Cependant, en volume de population, ce sont Evry et Corbeil-Essonnes qui comptent le plus grand nombre d'habitants potentiellement multi-exposés.

	91 Sud	Essonne	Île-de-France
Part de la population potentiellement multi-exposée	3,3 %	3,2 %	13,1 %

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



* Voir glossaire : Zones de multi-exposition environnementale.

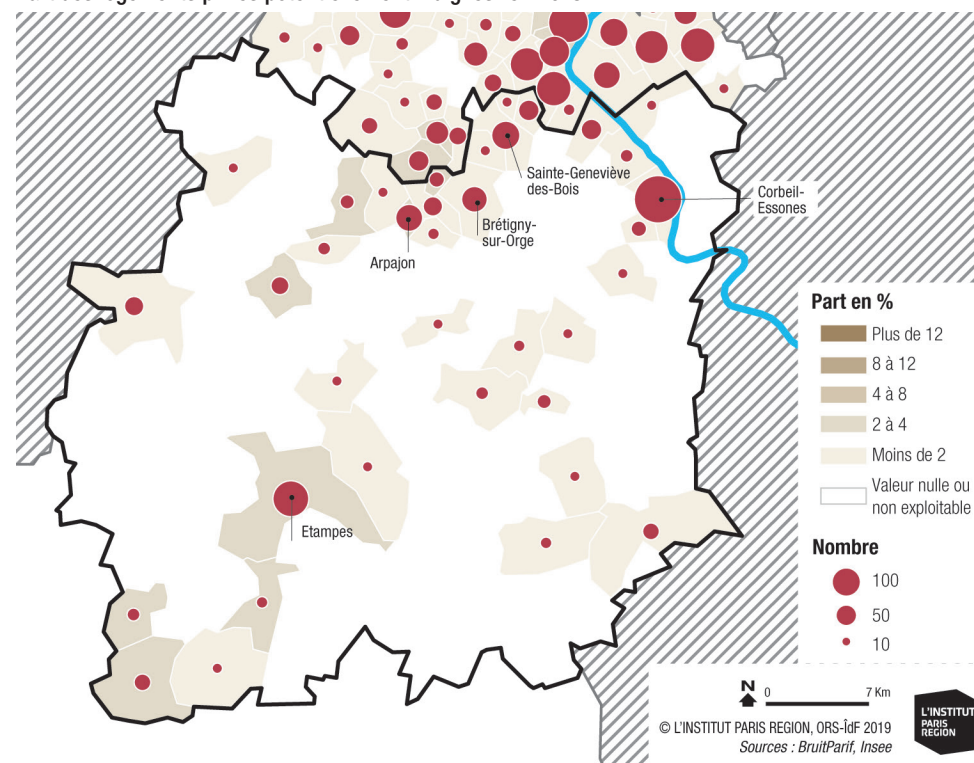
HABITAT POTENTIELLEMENT INDIGNE

L'habitat potentiellement indigne plus présent dans le nord du département

Sur le territoire, on dénombrait, en 2013, près de 1 450 logements privés potentiellement indignes, soit 1,1 % du parc total des résidences principales. A titre de comparaison, sur l'ensemble du département de l'Essonne, on estime à un peu moins de 4 000 le nombre de logements privés potentiellement indignes (soit 1 % du parc total des résidences principales privées du département). Ce sont les communes du nord du département, les plus urbanisées, qui comptent le plus de logements privés potentiellement indignes.

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

Part des logements privés potentiellement indignes* en 2013



* Voir glossaire : Parc privé potentiellement indigne. Les données n'étant pas comparables d'un département à l'autre, les départements limitrophes ont été hachurés.

CONTEXTES ET ENJEUX SANITAIRES DE L'ENVIRONNEMENT



Qualité de l'eau de consommation

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

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

Pollution de l'air

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



Sites et sols pollués

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

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

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



Exposition au bruit

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

L'habitat dégradé

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

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

3 . État de santé

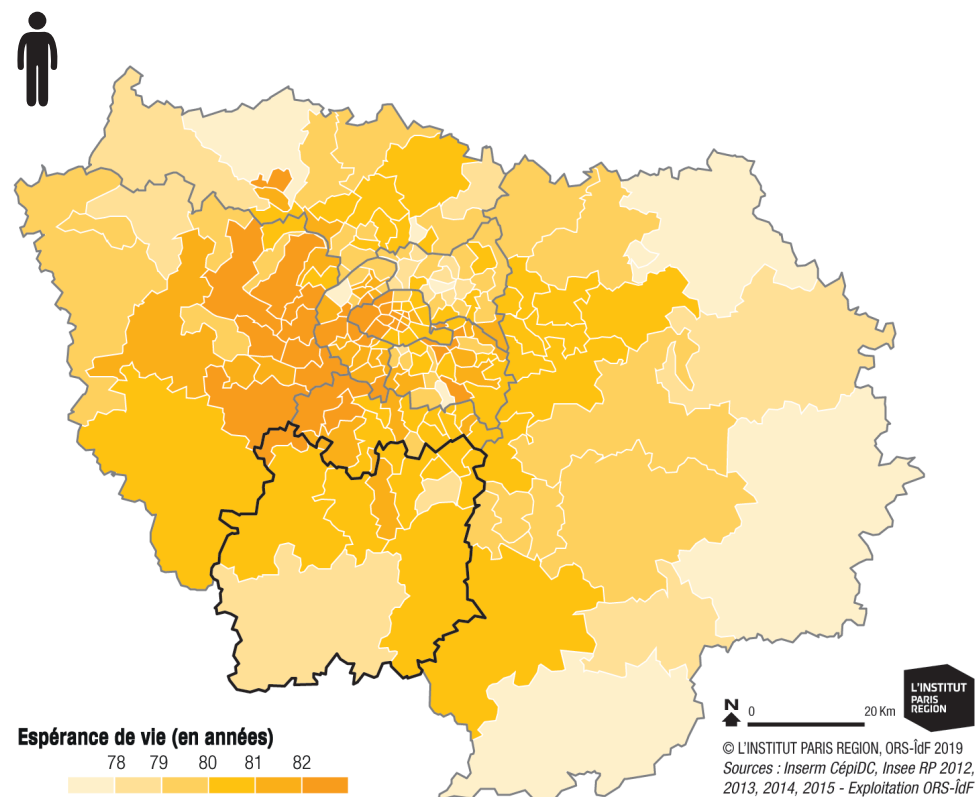
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

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

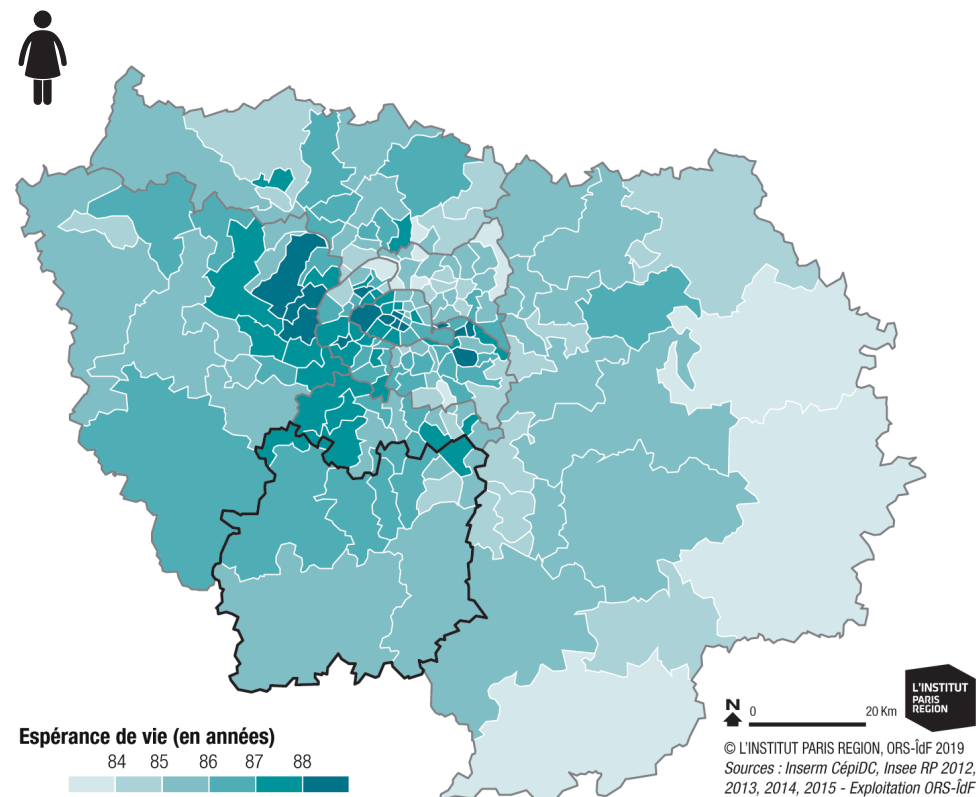
Les cantons-villes les plus urbanisés ont les espérances de vie les plus élevées du territoire, tandis que les cantons-villes ayant les espérances de vie les plus basses sont, chez les hommes, ceux d'Etampes (78,8 ans), de Corbeil-Essonnes (78,9 ans) et de Ris-Orangis (80,1 ans) et, chez les

femmes, ceux de Corbeil-Essonne (84,7 ans), de Mennecey (85,1 ans) et d'Etampes (85,2 ans). Au contraire, on observe une espérance de vie à la naissance supérieure à la moyenne régionale chez les hommes sur le canton-ville de Brétigny-sur-Orge (81,2 ans), et, chez les femmes, sur les cantons-villes de Draveil (87,4 ans), d'Arpajon (86,8 ans), de Ris-Orangis (86,7 ans) et de Sainte-Geneviève-des-Bois (86,5 ans).

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



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



ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

Des taux de mortalité générale, prématurée et prématurée évitable supérieurs à la moyenne régionale

	Etat de santé	Valeur			minimum territoire	maximum territoire	
		Valeur	Valeur rég.				
1	Espérance de vie à la naissance - Hommes	80,4	80,9	79,3		84,1	
2	Espérance de vie à la naissance- Femmes	85,9	86,3	84,7		88,7	
3	Espérance de vie à 35 ans - Hommes	46,4	46,9	45,5		49,9	
4	Espérance de vie à 35 ans - Femmes	51,6	52,0	50,7		54,3	
5	Espérance de vie à 60 ans - Hommes	23,9	24,3	23,0		26,9	
6	Espérance de vie à 60 ans - Femmes	28,1	28,5	27,1		30,5	
		Effectif	taux stand. rég.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire	maximum territoire
7	Mortalité générale - Hommes	1848	864,6	830,4	104,7	76,4	114,6
8	Mortalité générale - Femmes	1760	538,4	517,4	105,6	80,6	116,6
9	Mortalité prématurée Hommes (avant 65 ans)	551	214,9	205,4	104,8	72,9	116,0
10	Mortalité prématurée Femmes (avant 65 ans)	286	108,9	106,1	102,7	78,4	116,5
11	Mortalité prématurée évitable	734	126,8	117,8	108,9	73,9	118,0

Sur le territoire, quels que soient l'âge et le sexe, les espérances de vie sont inférieures à ce qui est observé en moyenne au niveau régional. De fait, les indicateurs de mortalité générale du territoire sont défavorables par rapport à ceux observés en Île-de-France (+4,7 % chez les hommes et +5,6 % chez les femmes). En ce qui concerne la mortalité prématurée, elle est supérieure au niveau régional chez les hommes et comparable chez les femmes. Le niveau de mortalité prématurée évitable est supérieur de +8,9 % à celui de la région.

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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

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

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

ÉTAT DE SANTÉ PAR TRANCHE D'ÂGE

Santé des mères et des enfants de moins de 1 an : la mortalité infantile de 4,5 ‰ est supérieure à la moyenne régionale

	Santé des mères et des enfants de moins de 1 an	Valeur		Valeur rég.	minimum territoire	maximum territoire
		Valeur				
12	Age moyen de la mère à la naissance	30,4	31,4	30,4		33,6
13	Enfants nés de mères âgées de plus de 40 ans (%)	4,6	5,9	4,3		10,3
14	Enfants nés de mères âgées de moins de 18 ans (%)	0,7	0,5	0,0		1,0
15	ICF (15-49 ans)	2,2	2,0	1,3		2,6
		Effectif	taux	taux rég.		minimum territoire
16	Mortalité néonatale (moins de 28 jours)	29	3,3	2,8	2,0	3,7
17	Mortalité néonatale précoce (moins de 7 jours)	19	2,1	2,0	1,4	2,7
18	Mortalité infantile (moins de 1 an)	39	4,5	3,9	2,7	5,3





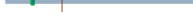
L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) du territoire est de 2,2 enfants par femme de 15 à 49 ans. La mortalité infantile, de 4,5 pour 1 000 enfants nés vivants, est supérieure à la moyenne régionale.

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

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

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

Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans : relativement favorable par rapport au niveau régional

	Santé des enfants et adolescents de 1 à 14 ans	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
19	Personnes en ALD (0-14 ans)	3727	2944,7	2648,2	111,2	57,1		143,7
20	Admission en ALD (0-14 ans)	479	384,3	413,8	92,9	61,5		141,6
21	Mortalité générale (1-14 ans)	12	10,2	38,1	91,5	65,4		126,3
22	Admission en ALD pour affection psychiatrique (0-14 ans)	150	120,6	117,6	102,4	66,3		138,2
23	Admission en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (0-14 ans)	71	56,9	81,1	70,1	43,8		234,2

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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



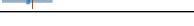
N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

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

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

Contrairement à ce que l'on observe pour l'ensemble de la population, les indicateurs de santé des jeunes de moins de 15 ans du territoire sont relativement favorables. En effet, les indicateurs sanitaires comme les nouvelles admissions en ALD, et notamment pour insuffisance respiratoire chronique grave, sont meilleurs que ceux observés en Île-de-France (entre -7,1 % et -29,9 %). Le niveau de mortalité des jeunes de 1 à 14 ans est quant à lui comparable à la moyenne régionale. Seule la fréquence en ALD chez les 0-14 ans est supérieure à la moyenne francilienne de +11,2 %.

Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans : une mortalité comparable à la mortalité régionale

	Santé des personnes âgées de 15 à 24 ans	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
24	Mortalité des 15-24 ans	19	23,6	24,2	99,9	75,5		190,2
25	Admission en ALD pr insuffisance resp. chronique grave	13	16,7	21,1	80,1	71,0		229,5
26	Admission en ALD pour affection psychiatrique	107	143	151,2	94,6	67,2		121,6

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 24/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015. 25,26/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

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

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

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

Chez les jeunes de 15 à 24 ans du territoire, le niveau de mortalité est comparable à celui de la région. Les indicateurs de nouvelles admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave et pour affection psychiatrique sont aussi équivalents à ceux observés en Île-de-France.

Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans : une surmortalité notamment due à un excès de +13,1 % de mortalité par maladies cardiovasculaires

	Santé des personnes âgées de 25 à 64 ans	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
27	Mortalité des 25-44 ans	109	65,9	68,4	96,5	77,6		127,2
28	Mortalité des 45-64 ans	660	427,5	400,4	106,6	71,7		115,1
29	Mortalité des 25-64 ans	769	238,8	227,1	105,1	74,1		116,2
30	Admission en ALD cancer (<65 ans)	1286	260,1	252,3	103	88,6		107,6
31	Mortalité par cancer (<65 ans)	351	67,8	64,8	104,3	74,5		114,4
32	Admission en ALD mal. cardiovasculaires (<65 ans)	1049	211,5	203,2	104,2	62,1		133,4
33	Mortalité par mal. cardiovasculaires (<65 ans)	107	20,7	18,2	113,1	56,9		144,7

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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

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

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

Les niveaux de mortalité des 45-64 ans du territoire sont significativement supérieurs aux niveaux franciliens. En ce qui concerne les cancers et les maladies cardiovasculaires chez les moins de 65 ans, les niveaux de mortalité et de nouvelles admissions en ALD sont relativement défavorables par rapport à ceux d'Île-de-France surtout en ce qui concerne le niveau de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires, qui est supérieur à celui de la région de +13,1 %.

Santé des personnes âgées de 65 ans et plus : des indicateurs de mortalité générale et d'admission pour maladies chroniques supérieurs à la région

	Santé des personnes âgées de 65 ans et plus	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
34	Mortalité des 65 ans et plus	2771	3317,3	3150,3	105,6	79,1		117,7
35	Admission en ALD pour cancer	1274	1737,5	1691,8	102,4	90,2		107,0
36	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	1739	2400,5	2293,5	104,4	79,3		106,1
37	Admission en ALD pour diabète	743	991,8	948,7	104,6	58,0		146,0
38	Personne en ALD pour maladie d'Alzheimer	3245	3739,3	3068,6	122,3	85,2		122,3
39	Admission en ALD pour maladie d'Alzheimer	496	691,4	636,0	108,9	85,8		113,0

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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

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

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

Les décès des 65 ans et plus représentent 76,8 % des décès du territoire. Les indicateurs de santé des 65 ans et plus du territoire sont tous défavorables par rapport à ceux observés en moyenne en Île-de-France. On peut noter une fréquence d'ALD pour maladie d'Alzheimer plus importante de +22,3 % par rapport au niveau francilien. C'est l'indice comparatif le plus élevé des territoires de coordination.

ÉTAT DE SANTÉ PAR PATHOLOGIES

Les cancers : une situation défavorable avec une surmortalité tous cancers supérieure à la moyenne régionale de +5,4 % et une surmortalité par cancers des VADS de +18,7 % et par cancer colorectal de +11,8 %

	Cancers	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
40	Mortalité par cancer	1154	221,1	208,6	105,4	86,3		113,4
41	Personne en ALD pour cancer	20959	3904,0	3675,7	106,4	91,4		109,9
42	Admission en ALD pour cancer	2560	502,8	488,8	102,7	90,4		107,3
43	Mortalité par cancer des VADS	69	12,7	10,7	118,7	72,8		124,3
44	Admission en ALD pour cancer des VADS	136	26,1	24,4	106,8	70,8		115,1
45	Mortalité par cancer du poumon	228	42,6	41,0	103,6	73,4		117,4
46	Admission en ALD pour cancer du poumon	232	45,7	44,6	102,4	87,4		121,6
47	Mortalité par cancer du sein	93	30,9	30,3	102,8	87,2		110,3
48	Admission en ALD pour cancer du sein	508	180,6	185,5	97,5	81,3		117,9
49	Mortalité par cancer de la prostate	59	31,5	28,5	109,7	89,4		114,8
50	Admission en ALD pour cancer de la prostate	301	138,5	140,5	98,6	89,3		113,7
51	Mortalité par cancer du côlon-rectum	119	23,0	20,5	111,8	77,4		115,3
52	Admission en ALD pour cancer du côlon-rectum	257	52,6	49,2	106,4	86,1		107,2

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 40, 43, 45, 47, 49, 51/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015. 41/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2017. 42, 44, 46, 48, 50, 52/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

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

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

Les maladies cardiovasculaires : une situation défavorable par rapport à la région

	Maladies cardiovasculaires	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
53	Mortalité par maladies cardiovasculaires	752	142,1	137,8	104,0	73,7		125,2
54	Mortalité par cardiopathie ischémique	191	36,0	34,6	105,4	70,9		135,1
55	Mortalité maladies vasculaires cérébrales	169	32,5	31,6	102,2	76,0		132,0
56	Admission en ALD pour mal. cardiovasculaires	2788	571,1	546,6	104,3	74,6		116,2

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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

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

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

Le territoire est dans une situation plutôt défavorable en ce qui concerne les cancers. Avec 1 154 décès par cancer en moyenne par an entre 2013 et 2015 (soit 32,0 % des décès du territoire), le taux standardisé de mortalité du territoire s'élève à 221,1 décès pour 100 000 habitants, et l'indice comparatif de mortalité est supérieur de +5,4 % à la moyenne régionale. Cette surmortalité par cancer observée sur le territoire est due aux cancers des VADS et du côlon-rectum, où l'on observe une surmortalité respectivement de +18,7 % et de +11,8 % par rapport aux moyennes régionales. Pour les cancers du sein, du poumon et de la prostate, les niveaux de la mortalité sont comparables aux moyennes régionales. En ce qui concerne les nouvelles admissions en ALD pour cancer, seules les admissions en ALD pour cancers (toutes localisations) et notamment pour cancer du côlon-rectum sont supérieures aux niveaux franciliens (respectivement +2,7 % et +6,4 %). Pour les autres cancers, la situation du territoire est comparable à celle observée en Île-de-France. Sur le territoire, la mortalité par cancer du poumon représente 19,6 % des décès par cancer du territoire.

Le territoire présente une surmortalité par maladies cardiovasculaires par rapport à la mortalité francilienne de +4,0 %. Les décès par maladies cardiovasculaires représentent 20,8 % des décès du territoire. On observe un taux de nouvelles admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires supérieur à celui de la région.

Le diabète : un taux de nouvelles admissions et une prévalence en ALD supérieurs à la moyenne régionale

	Diabète	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
57	Personne en ALD pour diabète	25915	4722,3	4346,9	108,6	44,9		166,4
58	Admission en ALD pour diabète	2150	401,9	386,2	103,9	51,6		172,8

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

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

En 2017, le territoire comptait 25 915 personnes en ALD pour diabète, avec un taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour diabète de 401,9 pour 100 000 habitants sur la période 2012-2014. Le territoire se situe ainsi au-dessus des moyennes régionales de +8,6 % en fréquence d'ALD pour diabète et de +3,9 % en nouvelles admission en ALD pour diabète.

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

	Maladies de l'appareil respiratoire	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
59	Mortalité par maladies de l'app. respiratoire	219	42,0	41,3	101,9	74,3		145,4
60	Personne en ALD pour mal. de l'app. respiratoire	4383	786,2	817,4	95,8	51,0		143,9
61	Admission en ALD pr mal. de l'app. respiratoire	411	77,6	91,8	83,7	56,8		163,8

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 59/ Statistiques des causes médicales de décès (Inserm CépiDc) 2013-2015. 60/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2017. 61/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

N.B. : Pour des raisons de fiabilité statistique, les effectifs de décès ou d'admission en ALD correspondent au nombre annuel moyen sur la période de 3 ans 2012-2014. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans.

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

Entre 2013 et 2015, en moyenne par an, 219 personnes sont décédées de maladies de l'appareil respiratoire, soit une mortalité comparable à la moyenne régionale. En revanche, les taux comparatifs de fréquence et de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire sont significativement inférieurs aux niveaux franciliens.

Les troubles mentaux et du comportement

	Troubles mentaux et du comportement	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
62	Personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement	12612	2152,4	2126,8	101,4	77,0		122,7
63	Admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement	1111	194,9	205,9	94,3	76,7		119,5

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

Sources des données: 62/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2017. 63/ Statistiques de l'Assurance maladie (RG, RSI, MSA) 2012-2014.

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

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

Avec 12 612 personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement et 1 111 nouvelles admissions en moyenne par an, les indices comparatifs montrent des nouvelles admissions significativement inférieures de -5,7 % aux moyennes régionales.

La mortalité due à des pathologies attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac : une mortalité supérieure à la moyenne régionale pour pathologies liées à l'alcool de +15,1 %

	Problèmes de santé liés à des comportements	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
64	Mortalité par pathologie liée à l'alcool	131	23,4	20,4	115,1	56,2		128,8
65	Mortalité par pathologie liée à l'usage du tabac	527	99,8	97,1	103,5	75,9		122,6

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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

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

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

Le territoire présente un indice comparatif de mortalité par pathologies liées à l'alcool supérieur de +15,1 % à celui observé en Île-de-France. La mortalité par pathologies liées au tabac représente 14,6 % de la mortalité générale du territoire.

Les accidents : une surmortalité marquée du territoire de +40,3 % par accident de la circulation en comparaison à la moyenne régionale

	Accidents	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
66	Mortalité par accidents de la vie courante	128	23,4	23,0	103,8	87,7		119,2
67	Mortalité par accidents de la circulation	20	3,3	2,4	140,3	70,7		240,5

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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

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

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

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

Entre 2013 et 2015, en moyenne par an sur le territoire, on observe 128 décès par accidents de la vie courante et 20 décès par accidents de la circulation. Le niveau de mortalité par accident de la circulation est supérieur à celui observé en Île-de-France de +40,3 % (attention à la variabilité du taux dû au faible effectif) alors que celui de mortalité par accidents de la vie courante est comparable.

Les personnes en situation de handicap

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

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

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

Les proportions de personnes touchant les allocations liées au handicap (AEEH et AAH) sur le territoire sont de 1,8 % pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans et 2,0 % pour les adultes de 20 à 59 ans.

Le VIH sida : un territoire relativement peu touché

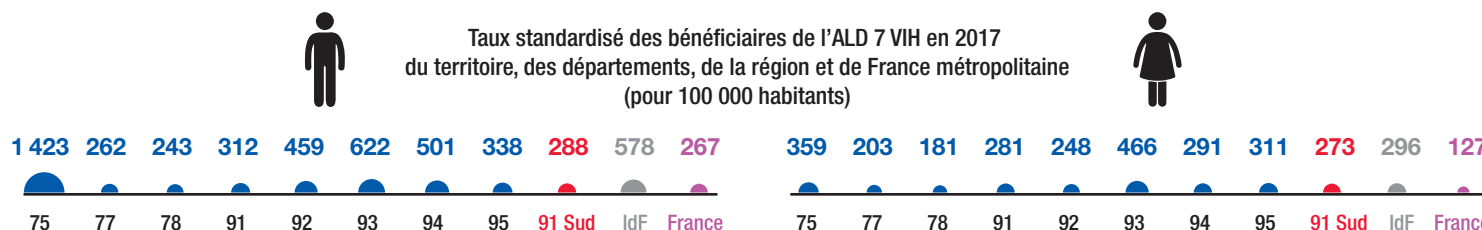
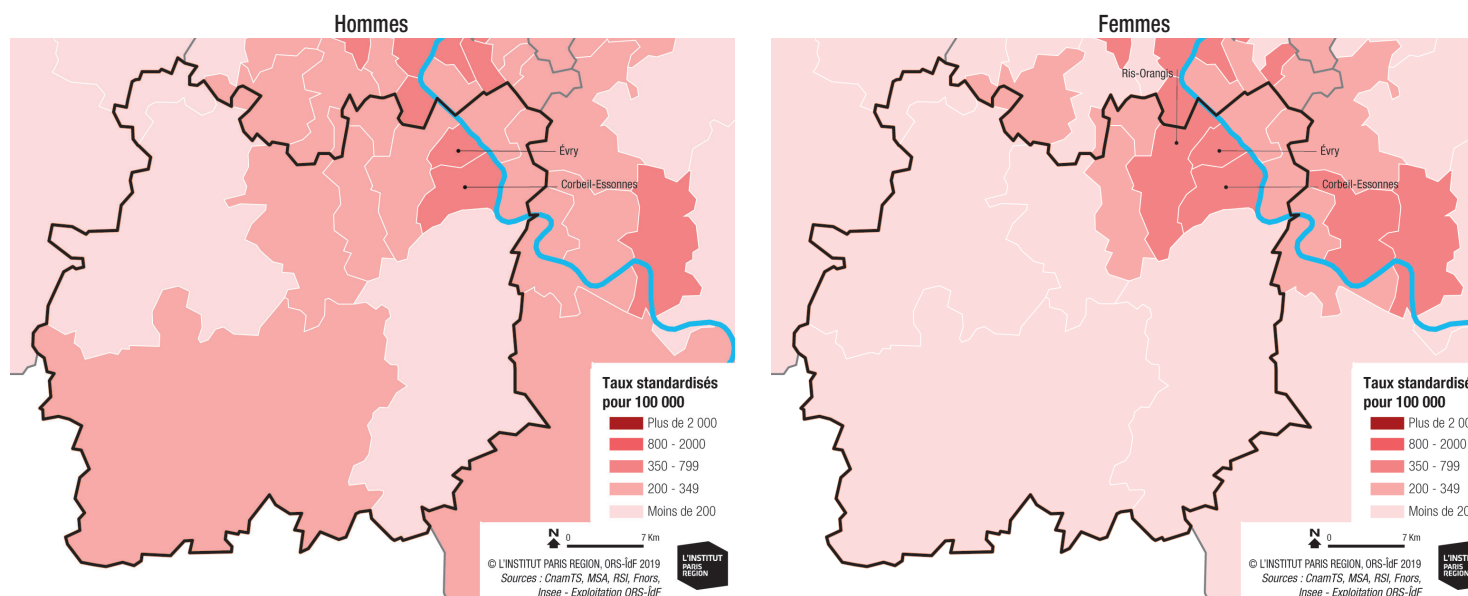
	VIH/SIDA	Effectif	taux stand.	taux stand. rég.	ICM	minimum territoire		maximum territoire
70	Admission en ALD VIH/SIDA - Hommes	72	24,1	39,0	62,3	34,4		354,1
71	Admission en ALD VIH/SIDA - Femmes	54	17,6	19,1	92,5	46,8		166,3
72	Personne en ALD VIH/SIDA - Hommes	841	288,2	577,5	49,9	35,4		357,6
73	Personne en ALD VIH/SIDA - Femmes	821	272,7	296,3	92,1	50,6		176,4

Taux standardisé pour 100 000 habitants.

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

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

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



La situation du VIH/sida sur le territoire est favorable par rapport aux moyennes départementales et régionales (tout en restant à des niveaux supérieurs à ce qui est observé en moyenne sur l'ensemble de la France métropolitaine).

En 2017, le territoire comptait 841 hommes et 821 femmes en ALD 7 VIH, soit des taux standardisés par âge, de 288,2 pour 100 000 chez les hommes et de 272,7 chez les femmes. Les indices comparatifs de prévalence chez les hommes comme chez les femmes sont inférieurs à ceux observés sur l'ensemble de la région respectivement de -50,1 % et de -7,9 %.

Les cantons-villes de Corbeille-Essonnes, d'Evry ainsi que de Ris-Orangis chez les femmes présentent les taux standardisés de personnes en ALD 7 VIH les plus importants du territoire.

Entre 2011 et 2014, en moyenne par an, 72 hommes et 54 femmes sont nouvellement admis en ALD 7 VIH sur le territoire, soit des taux standardisés chez les hommes significativement inférieurs à ceux de la région (24,1 contre 39,0 pour 100 000).

A noter cependant, qu'au niveau départemental, il est estimé* que 900 habitants de l'Essonne (IC95% : [700;1 200]) vivaient avec le VIH/Sida sans le savoir. 4 personnes non diagnostiquées sur 10 seraient des HSH**, 3 sur 10 des hommes hétérosexuels nés à l'étranger et 3 sur 10 des femmes hétérosexuelles nées à l'étranger.

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

** Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Glossaire

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

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

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

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

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

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

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

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

dédié à la scolarisation des élèves en situation de handicap ;

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

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

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

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

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

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

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

- Cancer du larynx (CIM10 = C32).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : ARS Île-de-France

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

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

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

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

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

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

Source : Airparif

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles.

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

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

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

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

VADS : Voies aérodigestives supérieures.

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

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

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

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

Source : Drie

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

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

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

GRILLE DE LECTURE DES TABLEAUX

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

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

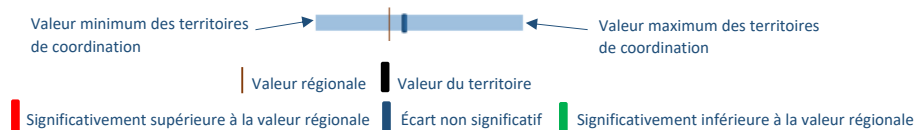
Les tableaux présentent en colonne 6 les indices comparatifs de mortalité (ICM) ou de morbidité du territoire.

Dans les tableaux, les ICM en colonne 6 sont :

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

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

Les graphiques indiquent :



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

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

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

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

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

Pour le territoire 91 Sud, la construction annuelle estimée à 2 670 logements dans le scénario bas et à 4 379 dans le scénario haut.

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

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

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

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



ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Région
île de France

Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org
Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de la publication : Dr. Isabelle Grémy

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