

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

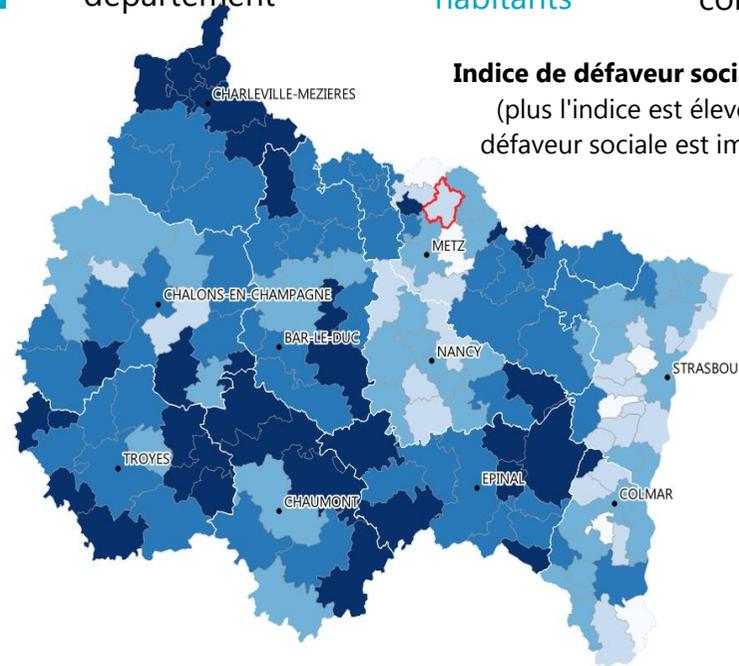
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

**35 150**  
habitants

**26**  
communes

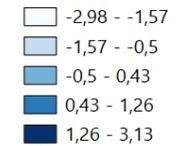
EPCI à dominante  
rurale



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

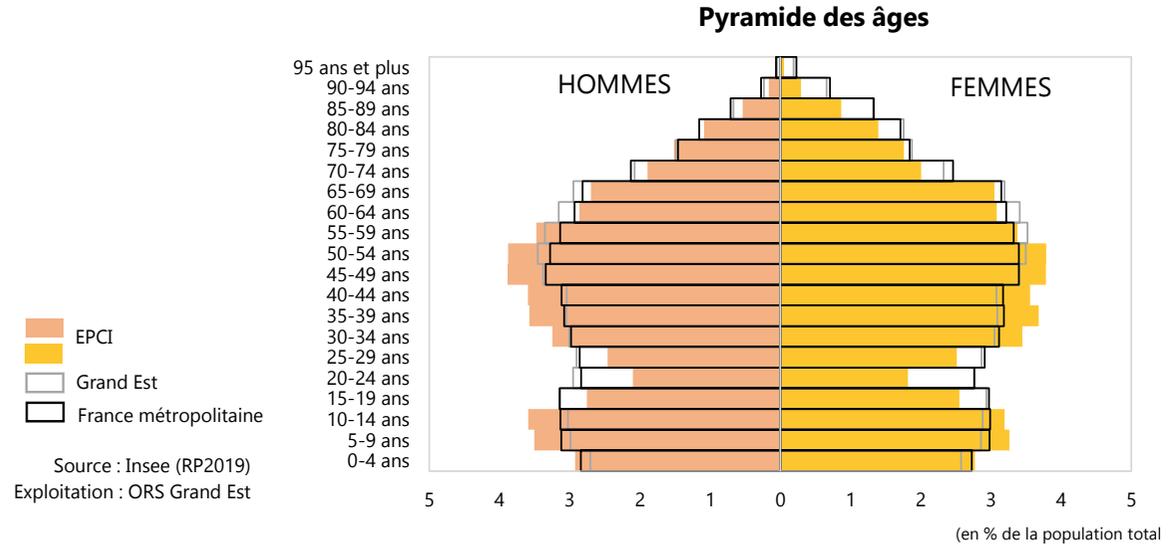
## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	35 150	156,9	96,7		119,7	168,4	0,99	192,8	36,2	0,8 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	1 333	0,78	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	810	0,48	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		70,6	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	3,9 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	19 321	55,0	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	-0,1 →

L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		-1,2	0,4	●		0,3		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 443	8,2	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-0,8 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	3 871	26,0	28,5	●	27,5	27,8	0,3	28,7	27,9	0,5 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,9	3,7	●	2,5	4,0	0,5	3,3	5,8	-2,2 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	25 150		21 800	●	21 930	21 820				1,7 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 258	9,4	14,7	●	14,5	15,6				4,1 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		2,7	5,8	●	5,8	5,4				0,0 →
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	5 704	21,8	27,8	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-3,8 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	7 600	29,1	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	3,1 ↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	80,7	85,6
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	240	820,2	784,7	●	725,2	822,4	1,5	773,8	818,4	-0,7 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	48	152,4	181,6	●	175,7	183,4	1,9	182,2	180,3	-2,2 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	86	252,6	294,9	●	277,8	301,6	1,8	294,8	295,6	-3,2 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	73	221,8	224,3	●	212,4	231,3	1,7	224,4	223,8	-0,8 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	54	198,5	187,5	●	170,0	195,4	1,4	181,7	205,6	-2,6 ➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	16	50,7	34,7	●	25,0	45,4	3,8	34,6	35,0	0,7 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	4	10,8	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	7,5 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	7	19,8	25,8	●	24,8	26,6	n.d.	26,0	25,2	-10,2 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	46	153,1	129,3	●	109,3	147,0	2,5	129,4	129,0	2,0 ➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	35	100,9	124,4	●	116,2	126,2	3,3	124,2	125,7	-1,7 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	19	55,4	58,0	●	53,2	59,3	0,9	57,8	58,7	-3,5 ➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

**Sources : 15-26.** Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

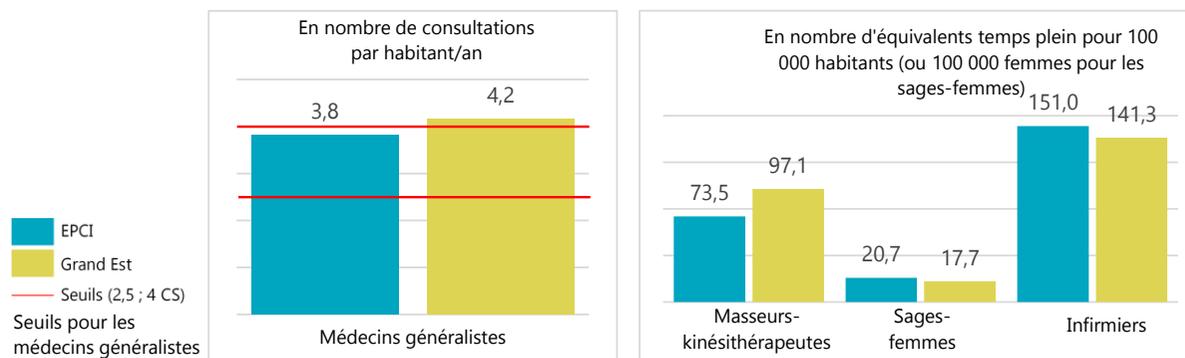
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 675	4 223	●	4 161	4 333	1,1	4 221	4 236	0,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	83	211	●	193	230	2,1	213	201	1,8	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	194	492	●	458	512	1,6	489	503	1,8	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	383	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	1,7	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	352	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-2,5	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 499	6 736	●	6 142	6 851	1,9	6 723	6 783	0,0	→ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	458	1 204	●	1 130	1 298	1,4	1 210	1 185	0,5	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 201	2 882	●	2 519	2 942	2,9	2 909	2 795	1,3	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	341	990	●	932	942	1,6	974	1 040	-2,3	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 972	5 516	●	4 840	5 595	1,4	5 586	5 284	0,2	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	11	32		33	43	2,0	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	15	117		212	99	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	715	3 451	●	3 821	3 057	1,0	3 602	2 954	2,8	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	173	927	●	1 020	804	1,7	948	866	13,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	2 345	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-2,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 042	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	0,4	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 328	4 002	●	3 902	4 011	0,5	3 998	4 018	-2,6	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,8	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-3,0	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,4	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-4,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	73,5	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	2,1	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	20,7	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	5,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	151,0	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	0,9	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	19	2,2	●	1,2	1,7	52,6	1,0	4,3	5,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	13,0	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	1,0	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	16,1	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	2,2	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	15,1	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	0,9	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	14,7	●	8,6	9,0	n.d.	8,1	19,5	0,2	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	10	3,4	●	2,2	2,4	10,0	1,5	6,1	3,3	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	8,2	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	1,3	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	58	1,3	●	0,9	1,0	11,5	0,7	3,6	1,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	16	2,2	●	1,3	1,5	25,0	1,0	4,5	-1,0	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	15,2 min	15,6 min	9,7 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	15,2	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	-0,7	↘
60	Services de chirurgie	0	15,4	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	-0,5	↘
61	Services d'obstétrique	0	15,6	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	-0,5	↘
62	Services de soins de suite	0	15,3	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	-0,7	↘
63	Services d'urgence	0	15,6	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	-0,5	↘
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,7	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	0,9	↗
65	EHPAD	2	4,7	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	2,1	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

### Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	0
soit	0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	16 704	44 370	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-0,4 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

### Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-75 107	-31,9	22,1
<b>Grand Est</b>	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	-84 492	-35,9	17,5
<b>Grand Est</b>	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>72</b> 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	70	1,4	2,4	●	2,3	2,2		2,6	2,0	3,4	↗
<b>73</b> 15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	428	13,2	16,4	●	15,9	16,8		16,4	16,3	-1,5	↘
<b>74</b> 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	287	7,1	12,9	●	12,4	13,0		13,4	11,2	-4,5	↘
<b>75</b> 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 898	47,1	41,5	●	46,6	41,8		43,0	35,8	0,4	↗
<b>76</b> Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	83	1,0	1,7	●	2,3	1,6		1,8	1,7	6,4	↗
<b>77</b> Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	720	62,8	58,4	●	62,2	52,5		58,4	58,6	2,4	↗ !
<b>78</b> Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	4 315	65,1	46,8	●	47,3	46,6	1,4	46,8	46,9	-0,9	↘

**Notes de lecture :** **74.** Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | **75.** Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | **76.** L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | **77.** Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **78 et 97 (p11).** Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

**Sources :** **72-75.** Insee (RP2019) **76.** Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) **77.** CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) **78.** Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	541	1,5	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	1,1	↗
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	728	2,5	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	2,1	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	906	37,6	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	0,5	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	285	4,8	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	299	1,5	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-0,2	↘
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	820	14,5	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	-0,8	↘
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	43	2,1	2,1	●		3,2		9,3	6,8	155,2	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

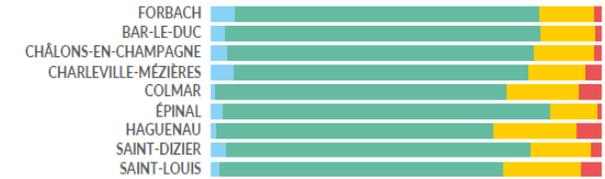
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	185	1,3	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-5,7	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	25	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-15,3	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 581	11,1	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,8	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 426	10,0	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,9	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	17	7,6	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,4	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-1,5	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	781	6,6	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	159		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	3 284	17,9	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	0,5	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		30,0	91,6	●	98,3	82,3				0,0	→ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	16 245	95,9	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,5		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,4		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		2,6	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	2	1,7	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	22	95,6	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	2	2,7	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

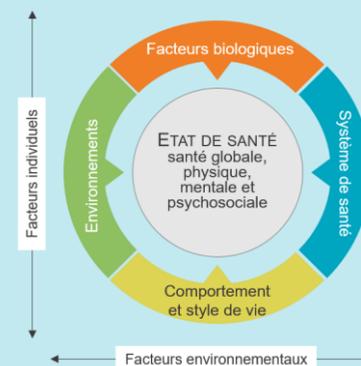
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

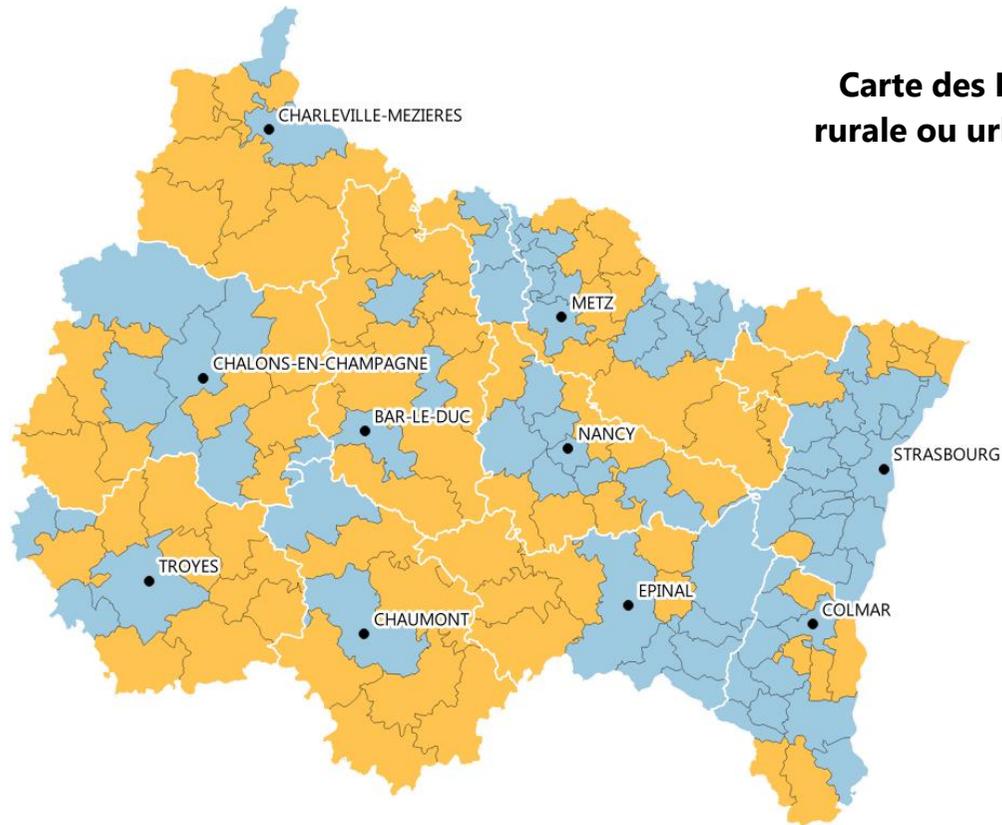
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

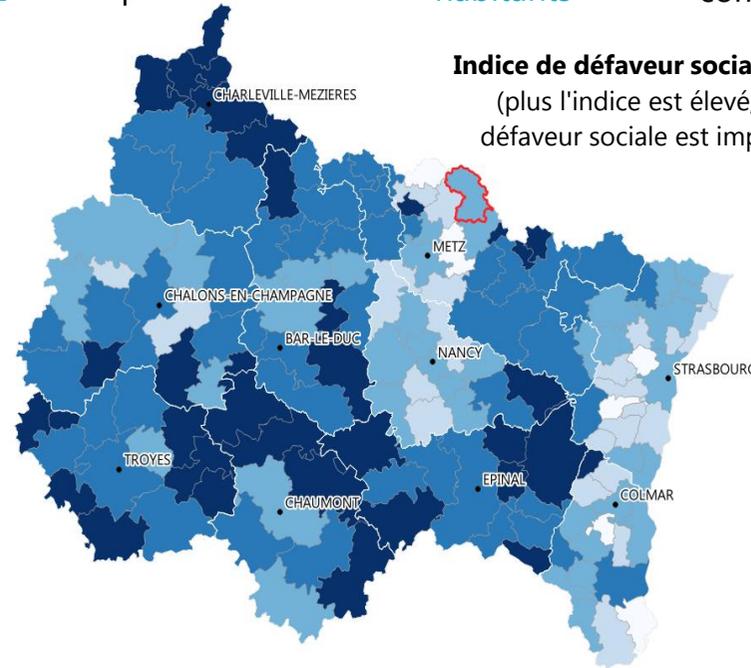
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

24 121  
habitants

40  
communes

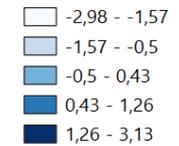
EPCI à dominante  
rurale



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

**Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	24 121	73,2	96,7		119,7	168,4	1,01	192,8	36,2	0,2 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	192	0,16	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	195	0,16	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		72,7	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	2,9 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	15 451	64,1	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	-0,1 →

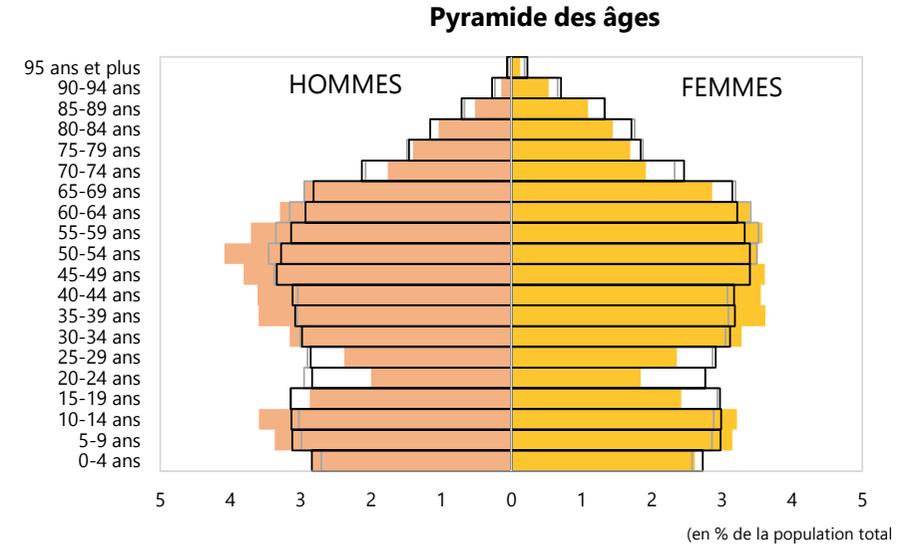
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		0,1	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 165	10,1	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-1,0	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 462	25,9	28,5	●	27,5	27,8	0,3	28,7	27,9	0,5	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,3	3,7	●	2,5	4,0	0,8	3,3	5,8	-4,6	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	23 320		21 800	●	21 930	21 820				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 283	13,4	14,7	●	14,5	15,6				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,3	5,8	●	5,8	5,4				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	4 963	27,3	27,8	●	27,0	27,5	0,6	27,4	29,4	-2,9	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	3 948	21,7	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	2,7	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- 🟢 situation **favorable**
- 🔴 situation **défavorable**

### Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	77,8	84,8
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

### Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	205	861,4	784,7	●	725,2	822,4	1,6	773,8	818,4	0,5 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	39	169,8	181,6	●	175,7	183,4	2,0	182,2	180,3	0,1 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	66	275,2	294,9	●	277,8	301,6	1,7	294,8	295,6	-1,1 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	58	232,9	224,3	●	212,4	231,3	1,8	224,4	223,8	2,7 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	52	221,5	187,5	●	170,0	195,4	1,2	181,7	205,6	-1,1 ➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	14	55,4	34,7	●	25,0	45,4	3,9	34,6	35,0	0,2 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	2	8,0	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	2,1 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	7	27,3	25,8	●	24,8	26,6	n.d.	26,0	25,2	0,1 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	37	147,5	129,3	●	109,3	147,0	3,0	129,4	129,0	0,8 ➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	27	117,4	124,4	●	116,2	126,2	2,2	124,2	125,7	-1,1 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	14	58,9	58,0	●	53,2	59,3	0,8	57,8	58,7	-0,6 ➔

**Note de lecture :** **20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
Grand Est	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
France métrop.	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

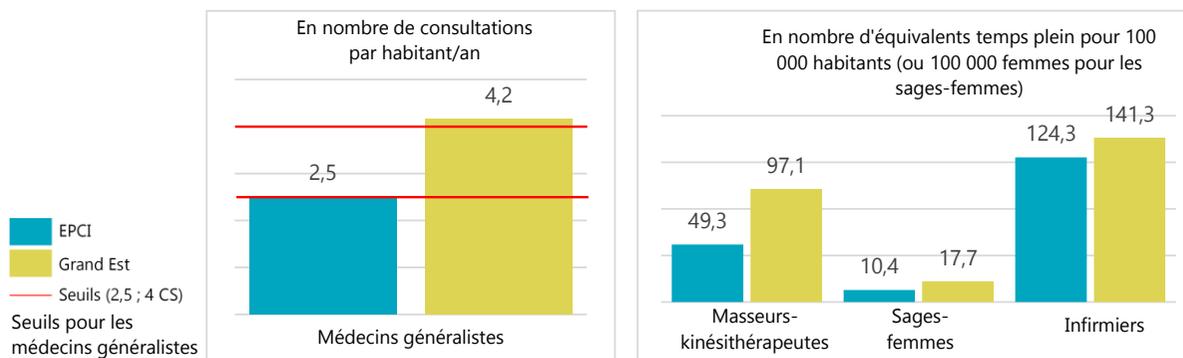
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	983	4 223	●	4 161	4 333	1,3	4 221	4 236	0,9	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	47	211	●	193	230	n.d.	213	201	1,4	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	156	492	●	458	512	1,8	489	503	3,4	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	204	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	-0,2	↘ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	191	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-1,0	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 766	6 736	●	6 142	6 851	1,8	6 723	6 783	0,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	325	1 204	●	1 130	1 298	1,3	1 210	1 185	-0,9	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	738	2 882	●	2 519	2 942	3,0	2 909	2 795	0,0	→ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	245	990	●	932	942	1,1	974	1 040	-3,8	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 329	5 516	●	4 840	5 595	1,2	5 586	5 284	0,1	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	●	33	43	1,3	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	117	●	212	99	6,4	131	67	19,5	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	499	3 451	●	3 821	3 057	1,0	3 602	2 954	4,1	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	142	927	●	1 020	804	1,6	948	866	15,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 480	7 186	●	7 149	7 084	0,5	7 201	7 142	-3,1	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	756	3 548	●	3 916	3 314	0,4	3 537	3 588	0,5	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	806	4 002	●	3 902	4 011	0,5	3 998	4 018	-3,4	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		2,5	4,2	●	3,9	4,0	4,4	3,3	-3,9	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,3	3,7	●	3,1	3,6	4,0	3,0	-1,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		49,3	97,1	●	104,0	91,6	105,3	70,9	9,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		10,4	17,7	●	17,3	20,3	19,0	13,0	27,6	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		124,3	141,3	●	146,5	193,2	149,9	114,4	1,1	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	15	5,0	1,8	●	1,2	1,7	53,3	1,0	4,3	-2,0	⬇️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					100,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	33,4	14,5	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	0,0	➡️
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	34,1	12,6	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	2,8	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	30,1	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	0,3	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	15,7	10,8	●	8,6	9,0	100,0	8,1	19,5	-0,4	⬇️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	12	5,7	2,6	●	2,2	2,4	33,3	1,5	6,1	1,3	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	5	7,6	5,5	●	4,5	5,0	40,0	3,9	10,7	3,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	35	4,1	1,4	●	0,9	1,0	15,4	0,7	3,6	-0,9	⬇️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	12	5,2	1,8	●	1,3	1,5	16,7	1,0	4,5	0,5	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	24,3 min	33,7 min	24,2 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	24,3	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	-1,1	↘
60	Services de chirurgie	0	32,4	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	-1,1	↘
61	Services d'obstétrique	0	33,7	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	-1,1	↘
62	Services de soins de suite	0	24,1	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	-1,1	↘
63	Services d'urgence	0	33,7	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	-1,1	↘
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	24,2	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	0,1	→
65	EHPAD	2	8,4	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	1,1	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

### Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI **0**  
soit 0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein <i>(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)</i>		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus <i>(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)</i>		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum <i>(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)</i>		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans <i>(part pour 100 personnes de 16 ans)</i>		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents <i>(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)</i>		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste <i>(taux standardisés pour 100 000)</i>	9 580	39 513	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-1,5 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	68	1,9	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	4,1	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	359	16,3	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-2,6	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	328	12,4	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-1,6	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 007	38,0	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,6	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	69	1,2	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	10,2	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	340	45,5	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	-1,1	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 989	44,3	46,8	●	47,3	46,6	1,3	46,8	46,9	-3,7	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	555	2,3	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-3,8	⬇️
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	651	3,4	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	-3,1	⬇️ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	624	37,9	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	-0,2	⬇️
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	283	6,9	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	236	1,7	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-1,5	⬇️
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	671	18,5	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	6,5	⬆️
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

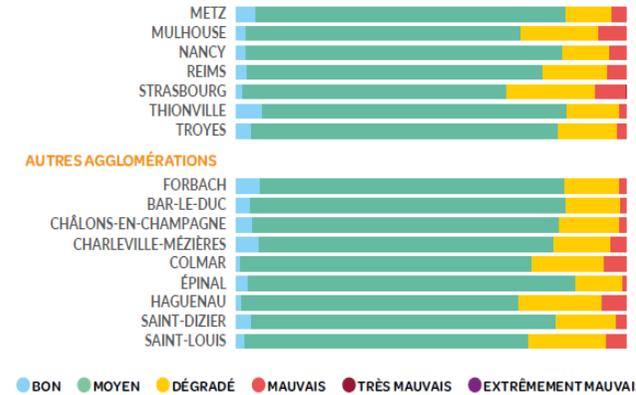
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	190	1,9	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-7,1	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	30	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-7,3	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 337	23,4	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,3	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 676	16,8	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	1	0,3	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,8	⬆️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	15	4,6	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,7	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-3,5	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 896	11,0	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	179		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 476	11,8	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-1,0	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		41,3	91,6	●	98,3	82,3				-0,9	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	12 068	91,5	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,0		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,2		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,5		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,7		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		17,9	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	40	100,0	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

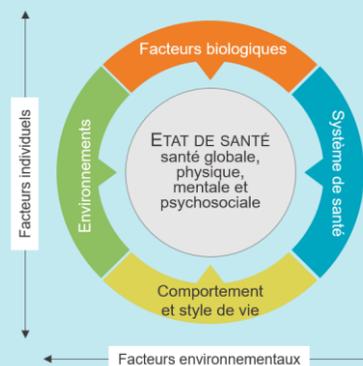
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

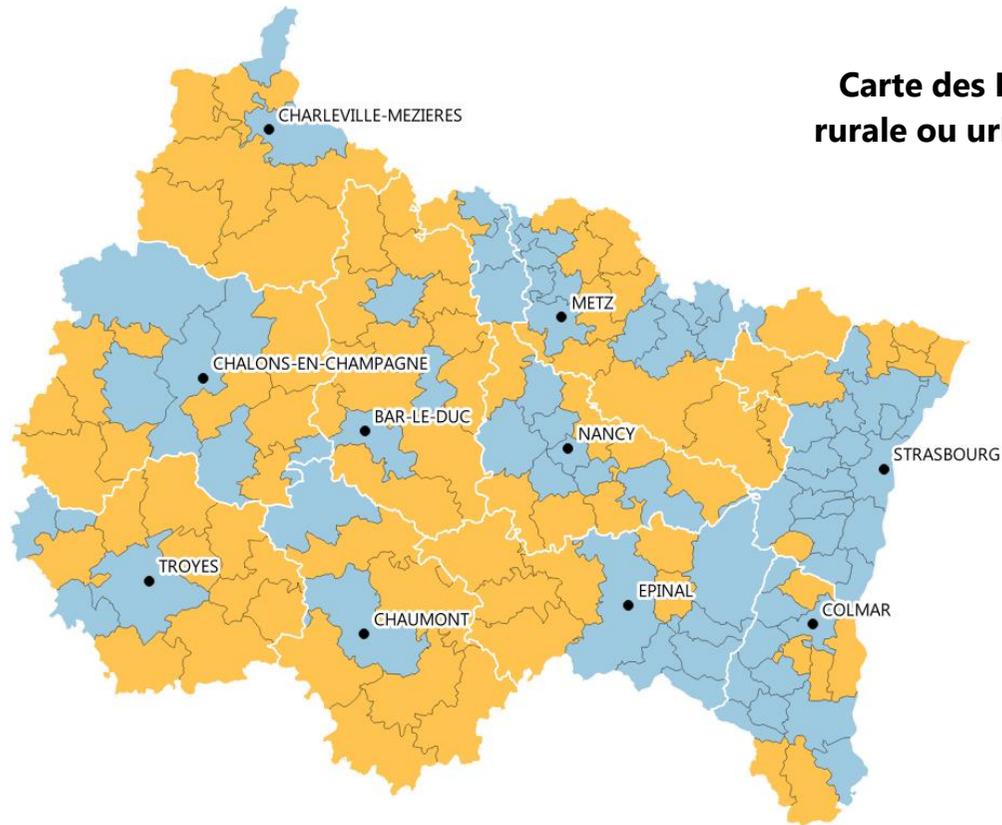
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

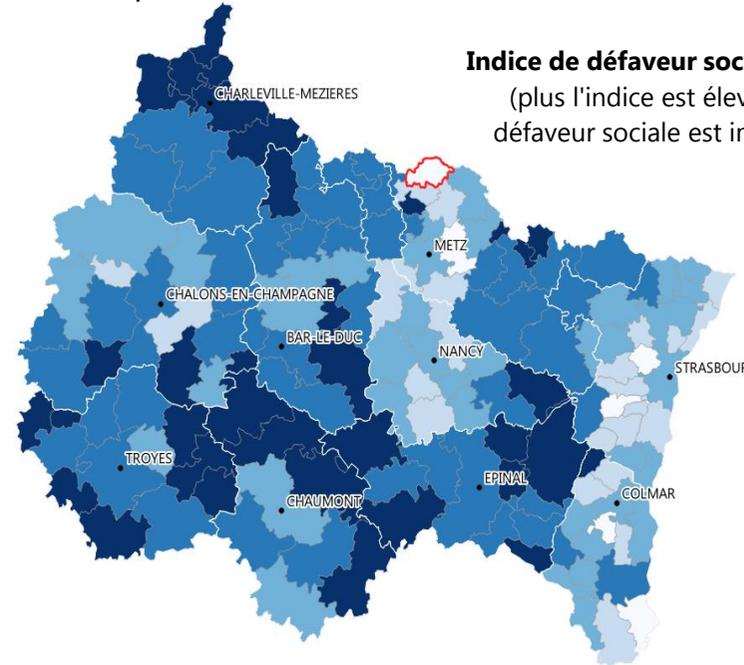
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

27 310  
habitants

22  
communes

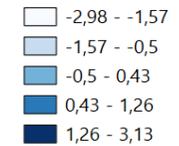
EPCI à dominante  
rurale



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	27 310	138,4	96,7		119,7	168,4	0,99	192,8	36,2	0,7 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	914	0,68	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	666	0,50	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		56,1	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	1,8 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	15 510	56,8	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,1 →

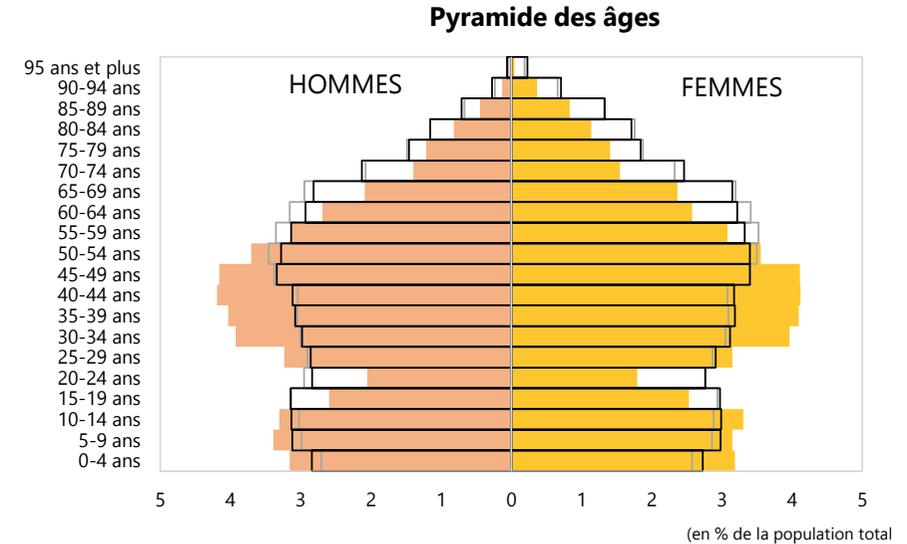
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )	-3,0	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 091	7,5	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	0,0	➔
8	Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 916	23,3	●	27,5	27,8	0,3	28,7	27,9	0,8	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		2,6	●	2,5	4,0	0,6	3,3	5,8	-1,4	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	31 120		●	21 930	21 820				2,5	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	973	10,3	●	14,5	15,6				2,7	↗
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		1,4	●	5,8	5,4				-1,4	↘
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	3 884	19,2	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-3,3	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	7 716	38,2	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	2,9	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées de FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	81,9	87,5
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	157	717,5	784,7	●	725,2	822,4	1,5	773,8	818,4	-3,5
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	33	142,2	181,6	●	175,7	183,4	2,0	182,2	180,3	-2,0
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	57	249,0	294,9	●	277,8	301,6	2,3	294,8	295,6	-3,0
<b>18</b> Décès par cancers	46	201,7	224,3	●	212,4	231,3	2,2	224,4	223,8	-3,1
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	36	171,1	187,5	●	170,0	195,4	1,1	181,7	205,6	-6,1
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	11	48,9	34,7	●	25,0	45,4	2,4	34,6	35,0	6,8
<b>21</b> Décès par suicide	2	7,2	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	-2,8
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	4	14,5	25,8	●	24,8	26,6	n.d.	26,0	25,2	-15,2
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	27	120,3	129,3	●	109,3	147,0	3,1	129,4	129,0	-1,9
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	23	98,5	124,4	●	116,2	126,2	3,3	124,2	125,7	-4,9
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	11	48,6	58,0	●	53,2	59,3	1,2	57,8	58,7	-1,8

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

**Sources : 15-26.** Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

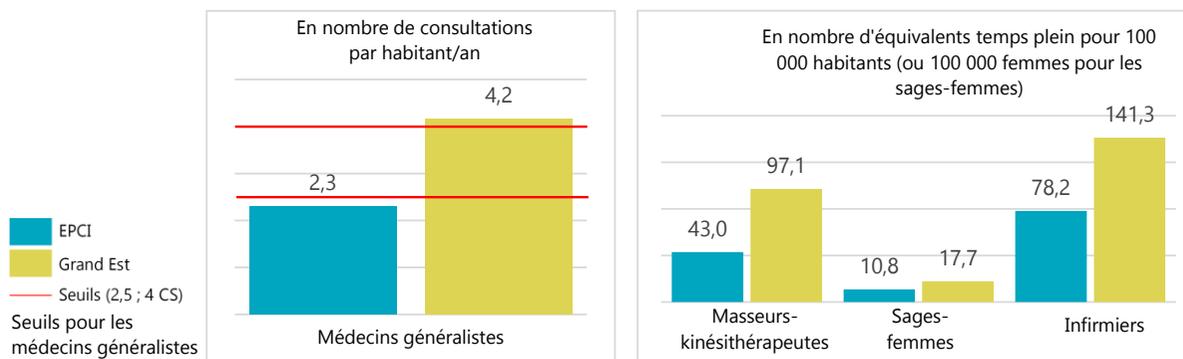
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	977	3 894	4 223	●	4 161	4 333	1,3	4 221	4 236	0,6	↗
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	41	171	211	●	193	230	n.d.	213	201	-1,7	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	120	467	492	●	458	512	1,5	489	503	4,4	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	233	1 751	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	1,3	↗
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	203	1 873	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-1,7	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 407	5 560	6 736	●	6 142	6 851	1,8	6 723	6 783	-1,3	↘
33	Personnes prises en charge pour AVC	241	933	1 204	●	1 130	1 298	1,3	1 210	1 185	-4,2	↘
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	610	2 432	2 882	●	2 519	2 942	3,1	2 909	2 795	-0,9	↘
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	216	816	990	●	932	942	1,4	974	1 040	-2,6	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 143	4 562	5 516	●	4 840	5 595	1,3	5 586	5 284	0,0	→
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	20	32	●	33	43	1,7	36	17	-16,8	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	12	n.d.	117		212	99	1,5	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	387	1 507	3 451	●	3 821	3 057	0,7	3 602	2 954	3,8	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	77	283	927	●	1 020	804	1,5	948	866	7,4	↗
41	Patients traités par psychotropes	1 235	4 779	7 186	●	7 149	7 084	0,5	7 201	7 142	-4,3	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	556	2 126	3 548	●	3 916	3 314	0,4	3 537	3 588	-0,5	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	722	2 793	4 002	●	3 902	4 011	0,5	3 998	4 018	-4,1	↘

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		2,3	4,2	●	3,9	4,0	4,4	3,3	-6,5	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,0	3,7	●	3,1	3,6	4,0	3,0	-8,9	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		43,0	97,1	●	104,0	91,6	105,3	70,9	0,0	➡️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		10,8	17,7	●	17,3	20,3	19,0	13,0	3,1	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		78,2	141,3	●	146,5	193,2	149,9	114,4	-3,1	⬇️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	17	3,2	1,8	●	1,2	1,7	47,1	1,0	4,3	1,3	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					100,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	18,5	14,5	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	-0,9	⬇️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	17,8	12,6	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	-1,7	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	18,6	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	0,3	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	17,8	10,8	●	8,6	9,0	n.d.	8,1	19,5	-0,8	⬇️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	10	5,2	2,6	●	2,2	2,4	10,0	1,5	6,1	1,2	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	9,0	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	2,2	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	27	2,3	1,4	●	0,9	1,0	31,0	0,7	3,6	0,8	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	14	5,2	1,8	●	1,3	1,5	7,1	1,0	4,5	6,8	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	17,9 min	17,9 min	17,9 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59 Services de médecine	0	17,9	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	-1,9	↘
60 Services de chirurgie	0	17,9	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	-1,9	↘
61 Services d'obstétrique	0	17,9	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	-1,9	↘
62 Services de soins de suite	0	17,9	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	-1,9	↘
63 Services d'urgence	0	17,9	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	-1,9	↘
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	17,9	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	-1,4	↘
65 EHPAD	2	7,0	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	1,3	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

### Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	0
soit	0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	11 723	42 501	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-1,0 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	51	1,3	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	1,6	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	286	11,7	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	0,5	↗	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	201	5,3	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-3,6	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	2 349	61,8	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,8	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	35	0,5	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	16,9	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	475	46,4	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	1,3	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 325	66,6	46,8	●	47,3	46,6	1,2	46,8	46,9	-1,8	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	248	0,9	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-1,1	⬇️
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	362	1,7	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	0,9	⬆️ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	530	35,4	42,8	●	42,7	41,2	0,5	43,5	40,5	-2,5	⬇️
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	132	3,6	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	131	0,8	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-0,8	⬇️
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	641	15,1	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	-1,2	⬇️
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

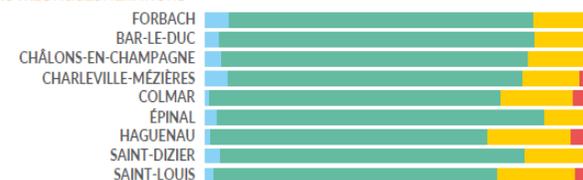
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	150	1,3	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-1,9	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	26	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-9,5	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 776	15,4	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,1	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 317	11,4	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	0	0,0	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	14	7,1	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,0	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-1,0	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	267	2,4	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	110		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	2 659	17,3	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	0,3	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		43,4	91,6	●	98,3	82,3				0,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	14 092	96,7	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,4		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		1,3	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	12	61,1	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	10	38,9	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

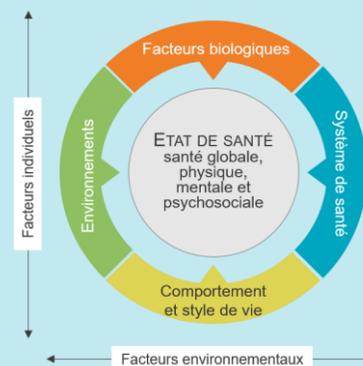
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

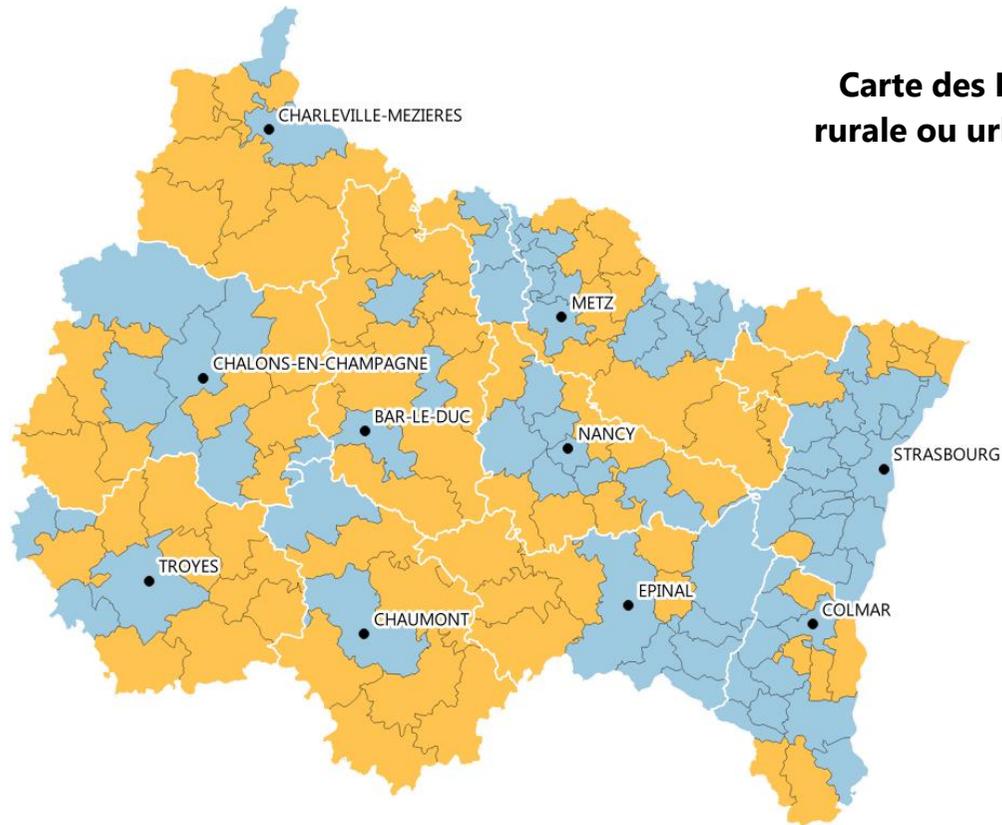
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

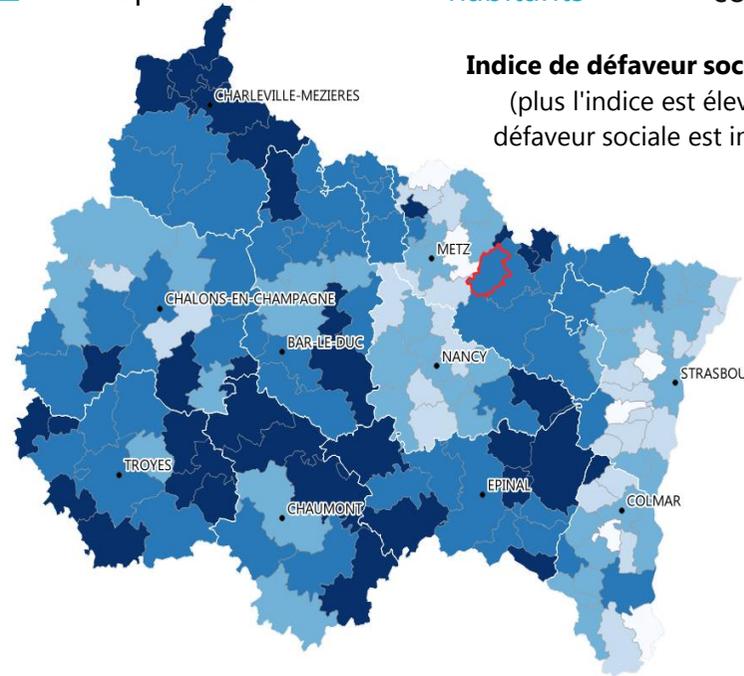
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

24 277  
habitants

33  
communes

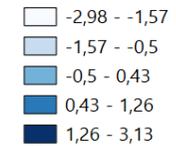
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



Grand Est : 0,4

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	24 277	93,5	96,7		119,7	168,4	0,95	192,8	36,2	-0,5 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-608	-0,49	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-623	-0,51	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		84,9	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	4,3 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	10 168	41,9	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,4 ↗

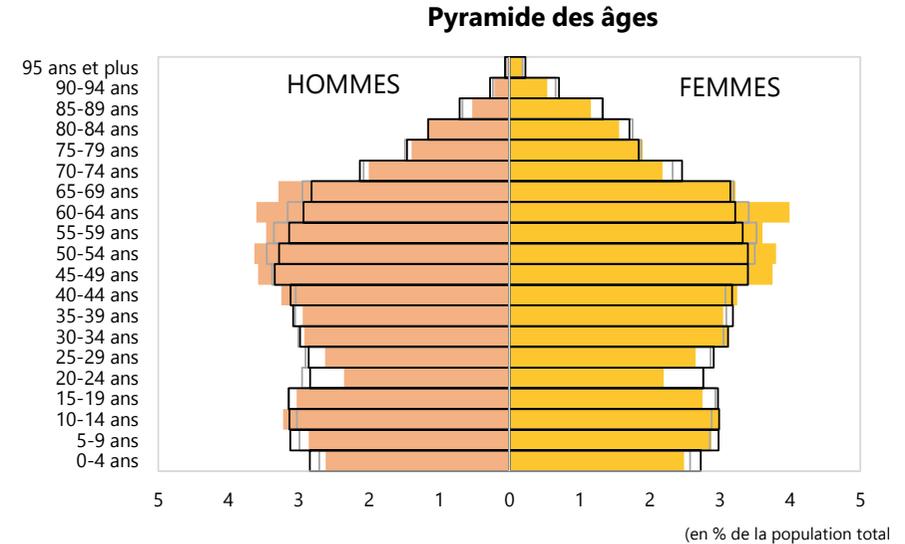
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		0,5	0,4	●		0,3		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 318	11,7	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-1,0 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 333	25,6	28,5	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	-0,5 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,3	3,7	●	2,5	4,0	0,5	3,3	5,8	1,0 ↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 680		21 800	●	21 930	21 820				1,5 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 192	12,1	14,7	●	14,5	15,6				1,0 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,2	5,8	●	5,8	5,4				1,6 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	4 927	26,7	27,8	●	27,0	27,5	0,6	27,4	29,4	-3,0 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	4 122	22,3	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	1,9 ↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance (en années)

		
<b>EPCI</b>	80,0	82,6
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	222	809,1	784,7	●	725,2	822,4	1,5	773,8	818,4	-1,7 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	41	166,1	181,6	●	175,7	183,4	1,6	182,2	180,3	-2,3 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	78	296,5	294,9	●	277,8	301,6	1,8	294,8	295,6	-1,2 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	62	224,9	224,3	●	212,4	231,3	1,6	224,4	223,8	-3,1 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	55	198,6	187,5	●	170,0	195,4	1,6	181,7	205,6	-4,4 ➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	10	36,0	34,7	●	25,0	45,4	2,3	34,6	35,0	-5,4 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	3	11,0	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	-12,0 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	8	28,6	25,8	●	24,8	26,6	3,7	26,0	25,2	0,8 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	42	149,8	129,3	●	109,3	147,0	2,5	129,4	129,0	-2,0 ➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	35	133,3	124,4	●	116,2	126,2	2,8	124,2	125,7	-0,3 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	15	58,3	58,0	●	53,2	59,3	1,1	57,8	58,7	-4,5 ➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

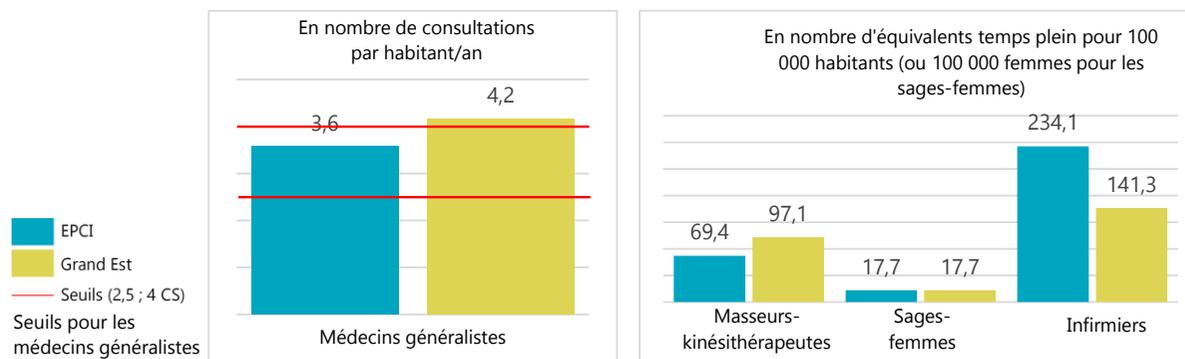
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 282	4 223	●	4 161	4 333	1,0	4 221	4 236	1,1	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	80	211	●	193	230	2,0	213	201	0,2	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	149	492	●	458	512	1,6	489	503	-0,2	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	299	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	0,5	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	226	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	1,0	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 977	6 736	●	6 142	6 851	1,7	6 723	6 783	-0,5	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	420	1 204	●	1 130	1 298	1,2	1 210	1 185	-1,0	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	793	2 882	●	2 519	2 942	2,9	2 909	2 795	-1,0	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	300	990	●	932	942	1,4	974	1 040	3,5	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 624	5 516	●	4 840	5 595	1,3	5 586	5 284	0,3	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	●	33	43	1,9	36	17	-19,8	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	20	117	●	212	99	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	778	3 451	●	3 821	3 057	0,9	3 602	2 954	4,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	238	927	●	1 020	804	1,5	948	866	10,5	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 947	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-3,6	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	913	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-1,2	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 104	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-1,7	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,6	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-2,8	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,5	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-2,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	69,4	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	4,7	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	17,7	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	17,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	234,1	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	1,6	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	8	2,9	●	1,2	1,7	37,5	1,0	4,3	1,6	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	17,2	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	-10,3	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	17,8	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	0,6	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	16,5	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	2,1	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	16,2	●	8,6	9,0	n.d.	8,1	19,5	0,9	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	12	3,9	●	2,2	2,4	16,7	1,5	6,1	1,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	6,0	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	-5,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	49	1,3	●	0,9	1,0	13,5	0,7	3,6	-2,0	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	13	3,2	●	1,3	1,5	7,7	1,0	4,5	-1,4	⬆️ !

**Notes de lecture :** 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

**Sources :** 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	17,0 min	17,2 min	9,1 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	17,0	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	17,2	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,6	↗
61	Services d'obstétrique	0	17,2	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	0,6	↗
62	Services de soins de suite	0	16,0	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	5,7	↗
63	Services d'urgence	0	17,2	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,6	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,1	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	0,8	↗
65	EHPAD	2	5,9	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	1,0	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58 et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	2
soit	0,3 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	11 112	44 648	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-0,5 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

## Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	57	1,8	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	6,7	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	388	15,5	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-2,7	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	244	9,1	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-5,8	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	993	37,0	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	0,8	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	109	2,0	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	8,5	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	409	57,6	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	-0,2	↘	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 160	50,2	46,8	●	47,3	46,6	1,2	46,8	46,9	-1,4	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	804	3,3	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-0,9	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	1 020	5,0	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	3,8	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	772	43,3	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	1,5	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	252	5,6	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	456	3,3	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	3,6	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	740	21,0	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	5,1	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	127	9,1	9,1	●		3,2		9,3	6,8	21,6	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

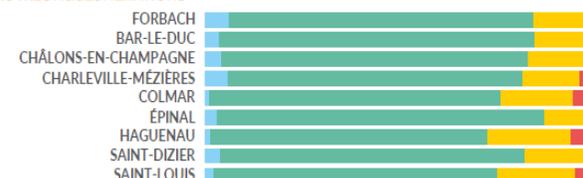
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	104	1,0	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-14,1	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	28	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-7,4	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 054	19,8	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-1,3	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 015	19,4	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,8	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	33	12,7	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,4	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-1,3	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 111	6,9	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	205		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

## Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 975	16,2	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-1,3	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		79,6	91,6	●	98,3	82,3				0,5	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	12 257	93,7	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,0		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,2		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		1,2	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

## Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	31	80,6	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	2	19,4	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

L'**évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

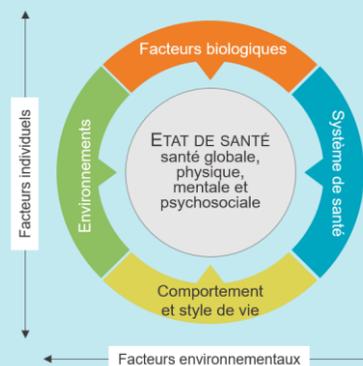
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

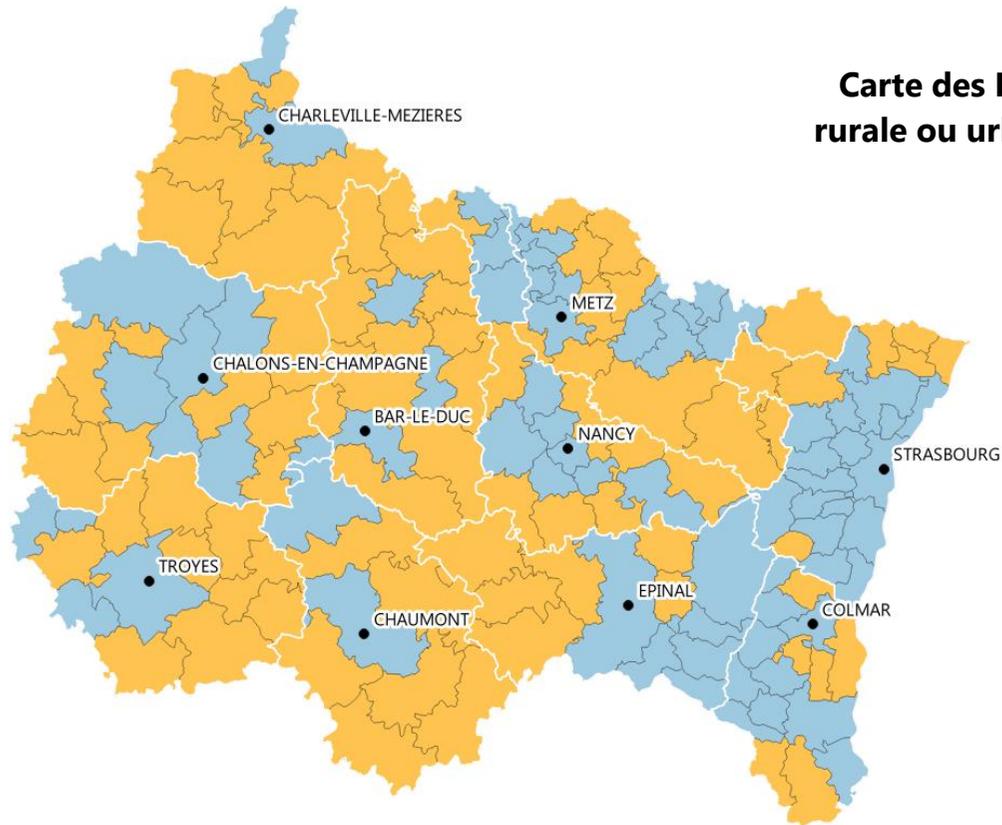
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

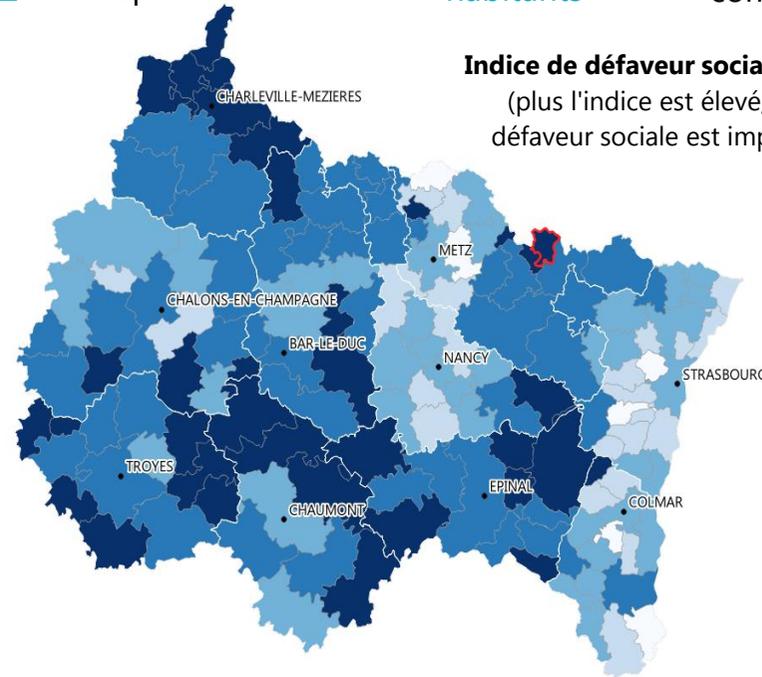
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

76 764  
habitants

21  
communes

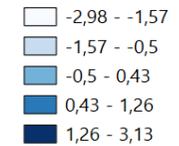
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	76 764	551,9	96,7		119,7	168,4	0,94	192,8	36,2	-0,5 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-1 802	-0,46	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-2 227	-0,57	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		94,6	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	2,5 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	3 633	4,7	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	1,2 ↗

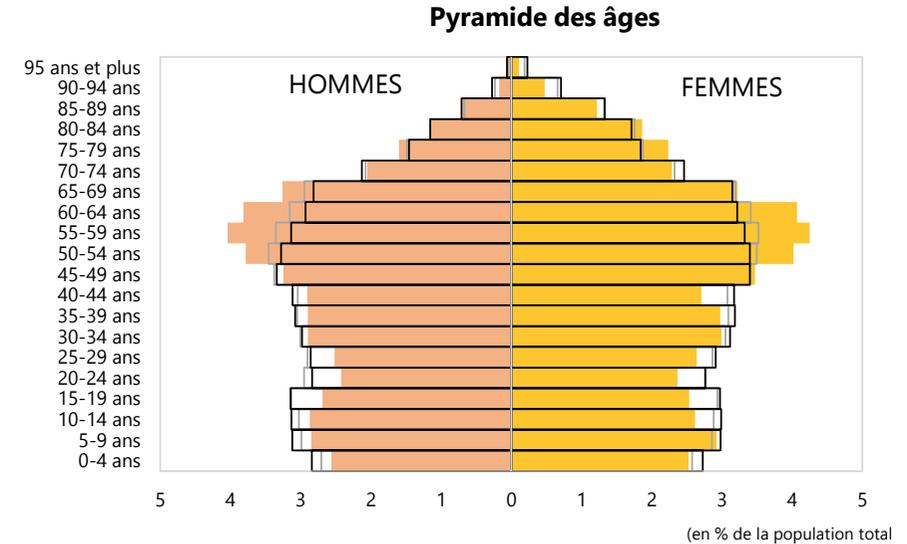
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		2,1	0,4	●		0,3		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	6 199	18,8	13,3	●	12,8	13,1	1,0	14,0	10,8	-0,7 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	7 441	30,0	28,5	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	-0,8 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,2	3,7	●	2,5	4,0	0,6	3,3	5,8	-1,5 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	19 640		21 800	●	21 930	21 820				1,4 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	6 770	21,0	14,7	●	14,5	15,6				1,9 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		7,7	5,8	●	5,8	5,4				2,5 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	20 498	34,6	27,8	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-1,9 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	10 729	18,1	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	1,8 ↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

### Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	77,9	84,0
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

### Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	787	889,4	784,7	●	725,2	822,4	1,6	773,8	818,4	-0,7	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	152	191,3	181,6	●	175,7	183,4	2,1	182,2	180,3	-1,9	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	290	335,5	294,9	●	277,8	301,6	2,0	294,8	295,6	-0,5	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	224	243,3	224,3	●	212,4	231,3	1,8	224,4	223,8	-0,7	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	182	205,3	187,5	●	170,0	195,4	1,4	181,7	205,6	-5,0	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	56	61,9	34,7	●	25,0	45,4	3,1	34,6	35,0	2,6	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	11	12,9	13,4	●	13,2	10,7	3,2	12,9	15,4	-0,7	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	●	1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	27	28,2	25,8	●	24,8	26,6	4,2	26,0	25,2	-3,4	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	162	177,1	129,3	●	109,3	147,0	2,7	129,4	129,0	-0,8	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	124	143,2	124,4	●	116,2	126,2	2,7	124,2	125,7	-0,1	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	57	66,4	58,0	●	53,2	59,3	1,1	57,8	58,7	-1,6	➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

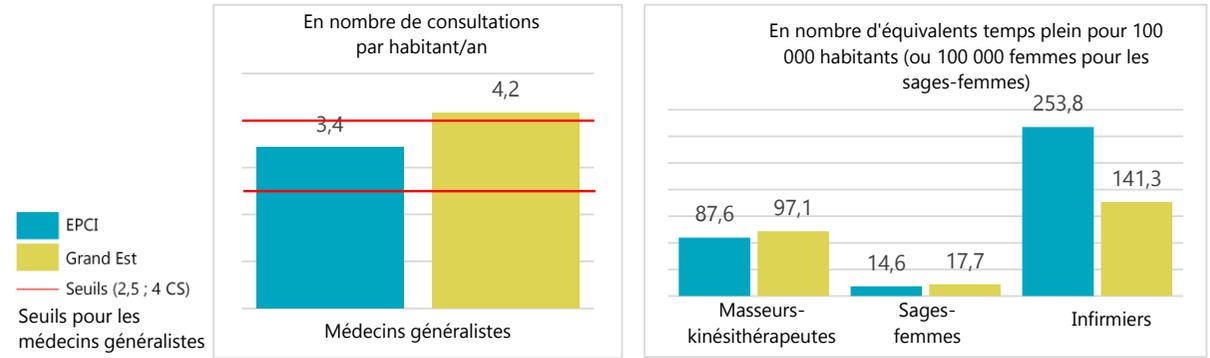
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	3 959	4 201	4 223	●	4 161	4 333	1,1	4 221	4 236	0,3	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	262	268	211	●	193	230	2,0	213	201	0,6	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	502	516	492	●	458	512	2,0	489	503	-1,4	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	866	1 742	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	1,4	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	633	1 454	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-1,4	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	6 575	6 857	6 736	●	6 142	6 851	1,6	6 723	6 783	-1,3	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	1 257	1 303	1 204	●	1 130	1 298	1,3	1 210	1 185	-0,5	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	2 853	2 949	2 882	●	2 519	2 942	2,5	2 909	2 795	-0,7	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	894	895	990	●	932	942	1,3	974	1 040	-1,6	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	5 815	6 150	5 516	●	4 840	5 595	1,3	5 586	5 284	0,2	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	26	34	32	●	33	43	n.d.	36	17	-18,6	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	72	99	117	●	212	99	1,9	131	67	7,7	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	2 724	3 395	3 451	●	3 821	3 057	1,0	3 602	2 954	4,4	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	725	890	927	●	1 020	804	1,7	948	866	13,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	6 543	7 471	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-2,9	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 915	3 449	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	0,0	→ !
43	Patients traités par anxiolytiques	3 809	4 347	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-3,4	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,4	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-3,3	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,9	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-6,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	87,6	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	2,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	14,6	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	3,8	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	253,8	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	2,7	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	33	1,0	●	1,2	1,7	84,8	1,0	4,3	2,1	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	43					72,1				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	3	8,6	●	10,6	12,7	100,0	11,1	25,8	0,5	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	6,2	●	12,5	11,2	50,0	8,3	27,0	-4,3	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	6	7,9	●	10,5	10,2	100,0	8,0	23,7	0,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	3	6,7	●	8,6	9,0	100,0	8,1	19,5	6,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	33	2,8	●	2,2	2,4	36,4	1,5	6,1	11,7	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	4,7	●	4,5	5,0	33,3	3,9	10,7	-2,8	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	193	0,0	●	0,9	1,0	17,6	0,7	3,6	0,0	➡️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	67	0,5	●	1,3	1,5	17,6	1,0	4,5	8,1	⬆️ !

**Notes de lecture :** 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

**Sources :** 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	8,6 min	8,6 min	6,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	1	8,6	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	2,1	↗
60	Services de chirurgie	1	8,6	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	1	8,6	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	1	7,9	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	0,5	↗
63	Services d'urgence	1	8,6	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	6,8	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	0,7	↗
65	EHPAD	6	3,1	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	0,8	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolution des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

### Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI **3**  
soit 0,5 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )			52,3		49,2	45,9				
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )			61,6		58,2	60,2				
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )			37,5		28,9	33,7				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	24,1				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )			75,2		71,5	73,9				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	29 162	38 740	43 256	●	40 236	41 977	0,8	43 674	41 912	-1,3 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

## Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	282	3,0	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	3,3	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	1 865	24,3	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-2,1	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 736	21,1	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-0,7	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	2 354	28,6	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	0,5	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	268	1,6	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	4,9	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	824	36,4	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	5,7	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	4 837	38,2	46,8	●	47,3	46,6	1,5	46,8	46,9	-7,7	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

### Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	6 323	8,2	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-1,5	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	8 008	13,1	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	2,3	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	2 935	44,1	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	1,1	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	1 009	6,7	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	2 166	4,9	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	1,3	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	2 625	25,3	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	2,2	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	163	3,7	3,7	●		3,2		9,3	6,8	23,6	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

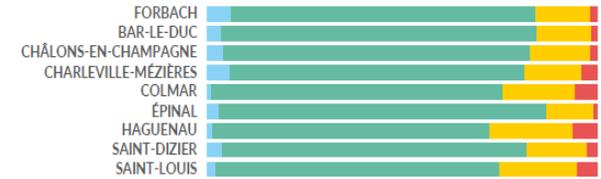
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	1 137	3,4	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-2,8	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	228	0,7	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	19,0	⬆️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	5 515	16,5	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-1,9	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	6 650	19,9	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	8	5,8	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	-2,8	⬇️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	41	29,5	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	2	1,4	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,4	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-2,7	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 678	34,3	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	57		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	1	4,8	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	4 261	11,1	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-2,6	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		67,6	91,6	●	98,3	82,3				0,1	➡️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	32 199	77,7	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,3		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,2		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,3		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,3		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	21	100,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	4	14,4	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	15	80,3	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	2	5,4	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

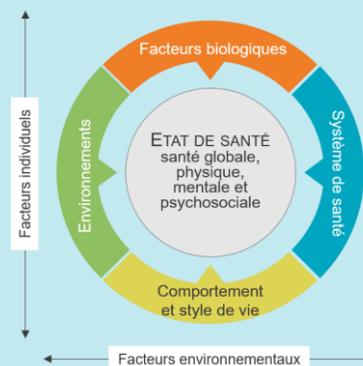
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

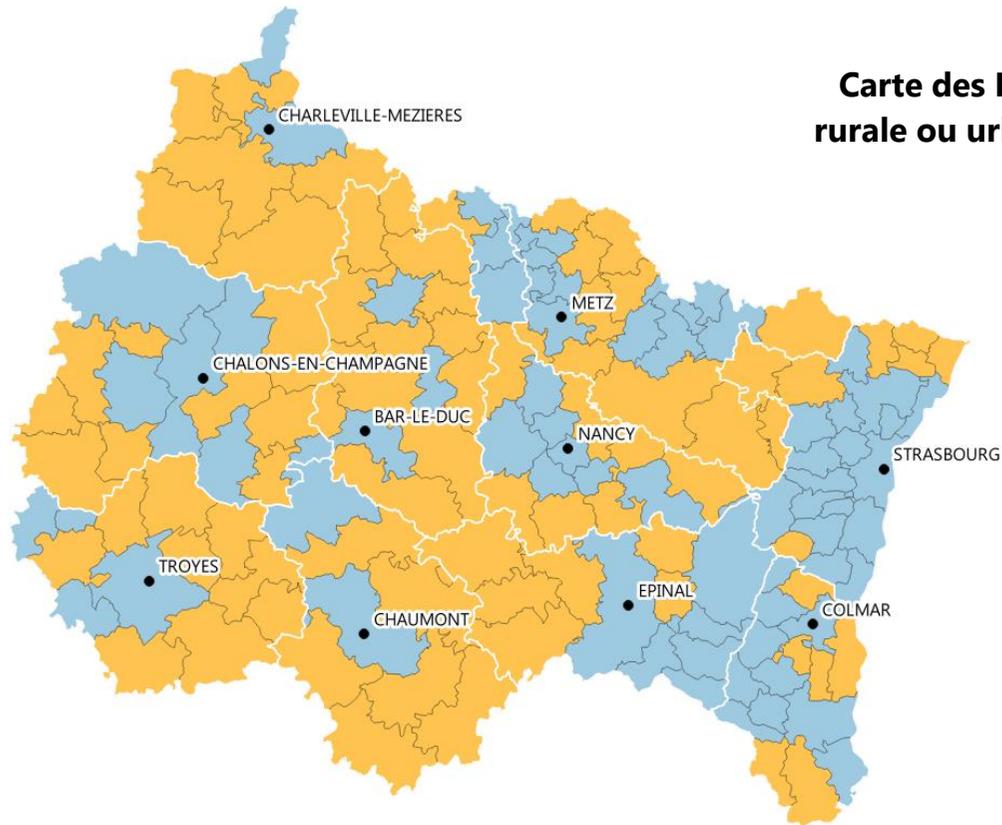
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

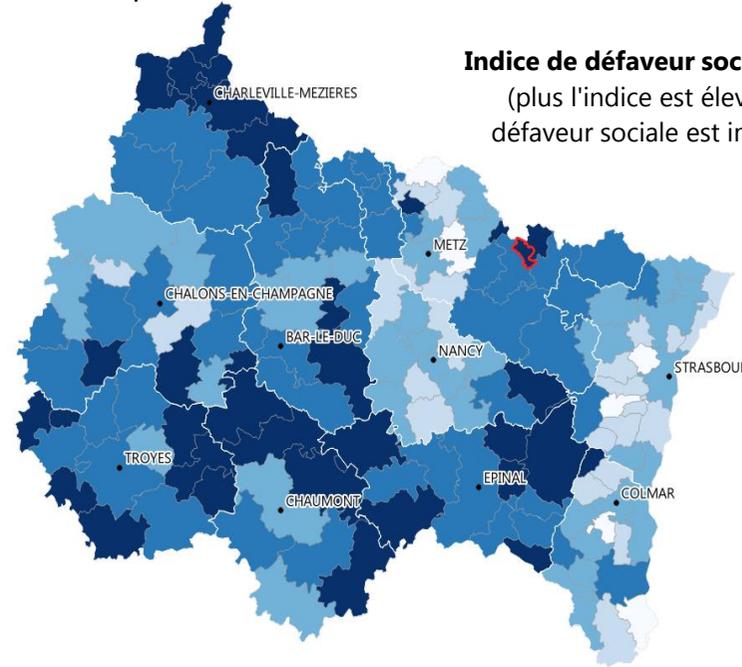
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

**31 541**  
habitants

**11**  
communes

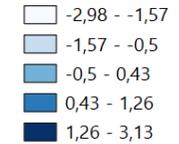
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	31 541	424,5	96,7		119,7	168,4	0,92	192,8	36,2	-0,8 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-1 254	-0,78	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-1 283	-0,79	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		98,0	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	2,3 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	5 018	15,9	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,1 ↗

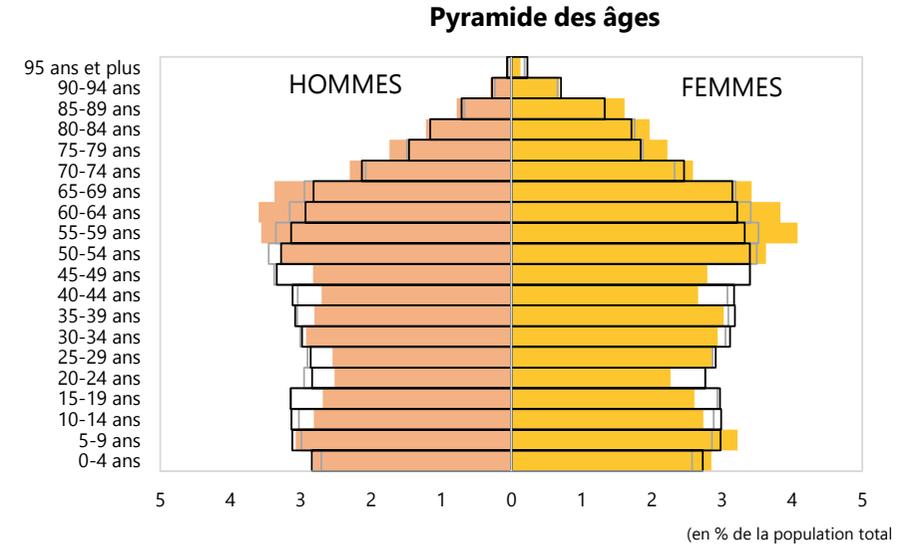
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		2,6	0,4	●		0,3		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	2 572	20,6	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-0,9 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	3 097	33,6	28,5	●	27,5	27,8	0,5	28,7	27,9	-0,8 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		10,0	3,7	●	2,5	4,0	0,6	3,3	5,8	2,5 ↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	18 700		21 800	●	21 930	21 820				1,5 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	2 849	21,6	14,7	●	14,5	15,6				0,2 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		9,1	5,8	●	5,8	5,4				2,1 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	8 614	35,8	27,8	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-2,3 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	3 882	16,1	26,3	●	31,0	25,9	1,1	27,7	21,5	3,3 ↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

### Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	76,9	85,6
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

### Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	351	869,2	784,7	●	725,2	822,4	1,7	773,8	818,4	-1,3 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	66	211,6	181,6	●	175,7	183,4	2,4	182,2	180,3	-1,1 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	124	347,4	294,9	●	277,8	301,6	2,2	294,8	295,6	-0,4 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	100	241,5	224,3	●	212,4	231,3	2,0	224,4	223,8	-0,6 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	93	228,8	187,5	●	170,0	195,4	1,5	181,7	205,6	-4,3 ↘
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	25	58,3	34,7	●	25,0	45,4	5,0	34,6	35,0	1,1 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	4	11,0	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	-4,6 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	■	1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	10	24,9	25,8	●	24,8	26,6	2,9	26,0	25,2	-7,1 ↘
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	71	171,9	129,3	●	109,3	147,0	3,1	129,4	129,0	-1,8 ➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	48	131,3	124,4	●	116,2	126,2	2,5	124,2	125,7	-2,5 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	27	77,1	58,0	●	53,2	59,3	1,3	57,8	58,7	-0,2 ➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

**Sources : 15-26.** Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

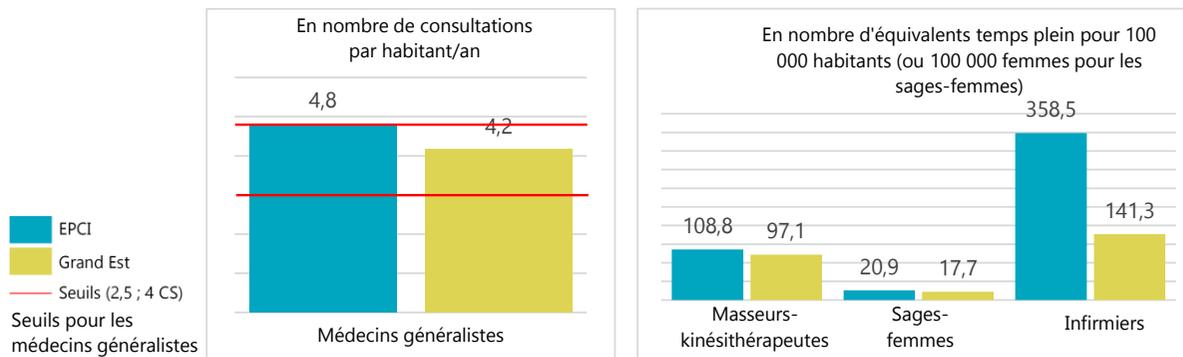
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 715	3 981	4 223	●	4 161	4 333	1,0	4 221	4 236	-1,9	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	125	284	211	●	193	230	2,3	213	201	1,0	⬆️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	220	493	492	●	458	512	1,9	489	503	-2,2	⬇️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	368	1 675	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	0,1	➡️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	265	1 300	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-3,7	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 169	7 188	6 736	●	6 142	6 851	1,7	6 723	6 783	-3,2	⬇️
33	Personnes prises en charge pour AVC	654	1 461	1 204	●	1 130	1 298	1,3	1 210	1 185	-4,2	⬇️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 373	3 092	2 882	●	2 519	2 942	2,7	2 909	2 795	-3,2	⬇️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	480	1 012	990	●	932	942	1,4	974	1 040	-3,3	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 893	6 804	5 516	●	4 840	5 595	1,2	5 586	5 284	-1,4	⬇️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	12	n.d.	32		33	43	2,5	36	17	n.d.	n.d.
38	Personnes prises en charge pour VIH	16	n.d.	117		212	99	n.d.	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 364	3 736	3 451	●	3 821	3 057	1,1	3 602	2 954	1,4	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	353	961	927	●	1 020	804	1,7	948	866	7,0	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	2 985	7 573	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-3,4	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 302	3 448	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-1,3	⬇️
43	Patients traités par anxiolytiques	1 716	4 364	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-2,4	⬇️

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,8	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-2,1	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,2	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-4,5	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	108,8	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	2,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	20,9	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	4,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	358,5	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	1,2	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	12	0,9	1,8	●	1,2	1,7	83,3	1,0	4,3	1,0	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	8						75,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	12,2	14,5	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	-1,1	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	4,2	12,6	●	12,5	11,2	100,0	8,3	27,0	2,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	4,2	11,6	●	10,5	10,2	100,0	8,0	23,7	2,4	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	12,2	10,8	●	8,6	9,0	n.d.	8,1	19,5	26,5	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	20	0,9	2,6	●	2,2	2,4	55,0	1,5	6,1	1,0	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	2,8	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	1,8	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	100	0,2	1,4	●	0,9	1,0	16,0	0,7	3,6	-5,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	15	0,9	1,8	●	1,3	1,5	26,7	1,0	4,5	-6,4	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	12,2 min	12,2 min	4,2 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	12,2	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	26,5	↗
60	Services de chirurgie	0	12,2	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,6	↗
61	Services d'obstétrique	0	12,2	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	0,6	↗
62	Services de soins de suite	1	4,2	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	2,4	↗
63	Services d'urgence	0	12,2	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,6	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	4,2	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	2,4	↗
65	EHPAD	4	1,2	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	0,6	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

### Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI **3**  
soit 0,5 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023  
Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.  
<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9						
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2						
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7						
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1						
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9						
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	13 390	40 484	43 256	●	40 236	41 977	0,8	43 674	41 912	-1,4	↘

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	112	2,8	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	9,7	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	794	25,0	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-1,3	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	648	18,6	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-4,2	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	956	27,5	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	2,6	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	132	1,8	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	7,1	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	366	35,4	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	6,6	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 948	36,0	46,8	●	47,3	46,6	1,8	46,8	46,9	-4,5	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	2 657	8,4	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-1,0	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	3 263	12,2	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	1,3	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 242	40,0	42,8	●	42,7	41,2	0,3	43,5	40,5	-0,4	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	452	6,7	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	890	5,1	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	3,4	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	868	20,4	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	-1,1	↘
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	73	4,2	4,2	●		3,2		9,3	6,8	39,2	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

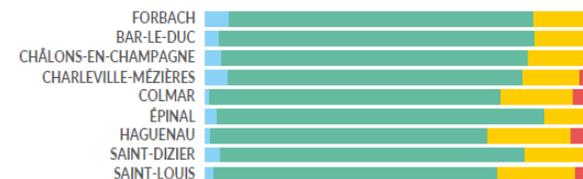
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	422	3,1	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-7,9	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	76	0,6	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	3,5	↗
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 292	16,9	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,4	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 775	20,4	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	4,0	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	21	28,3	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,0	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-1,1	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	481	16,0	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	51		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 819	12,2	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-2,4	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		78,3	91,6	●	98,3	82,3				-0,6	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	16 169	47,7	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,5		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	5	33,3	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	6	66,7	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

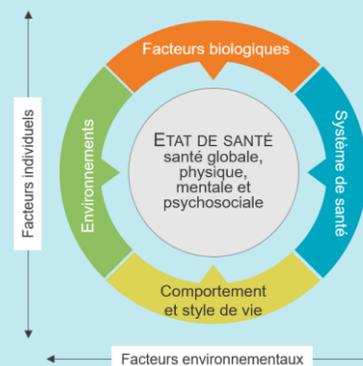
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

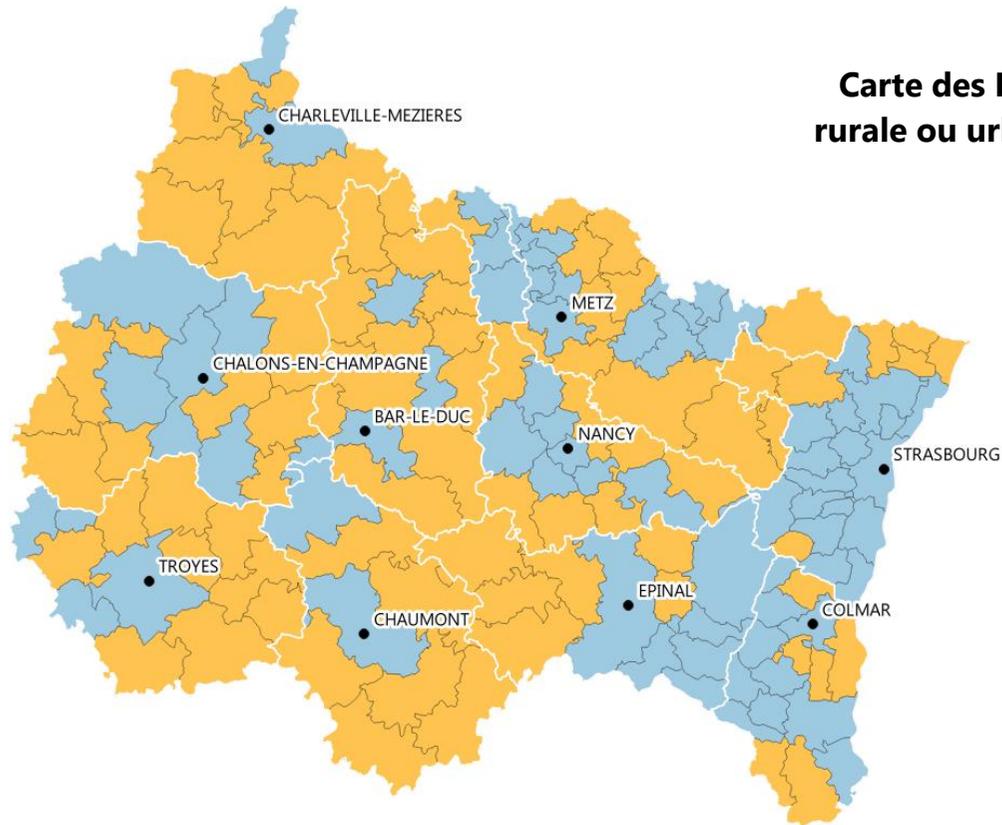
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

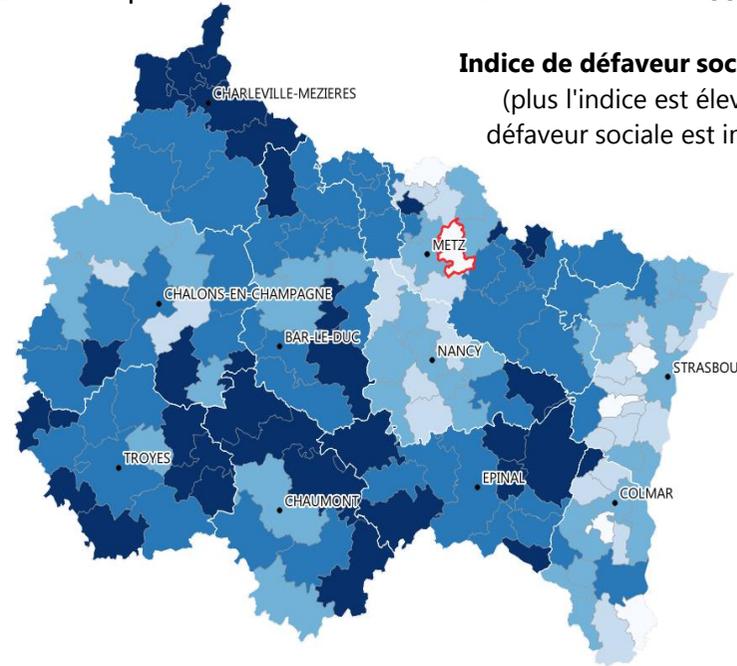
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

19 294  
habitants

28  
communes

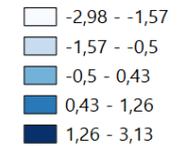
EPCI à dominante  
rurale



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	19 294	74,8	96,7		119,7	168,4	0,99	192,8	36,2	0,5 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	438	0,46	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	255	0,27	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		71,2	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	5,2 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	16 288	84,4	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,2 ↗

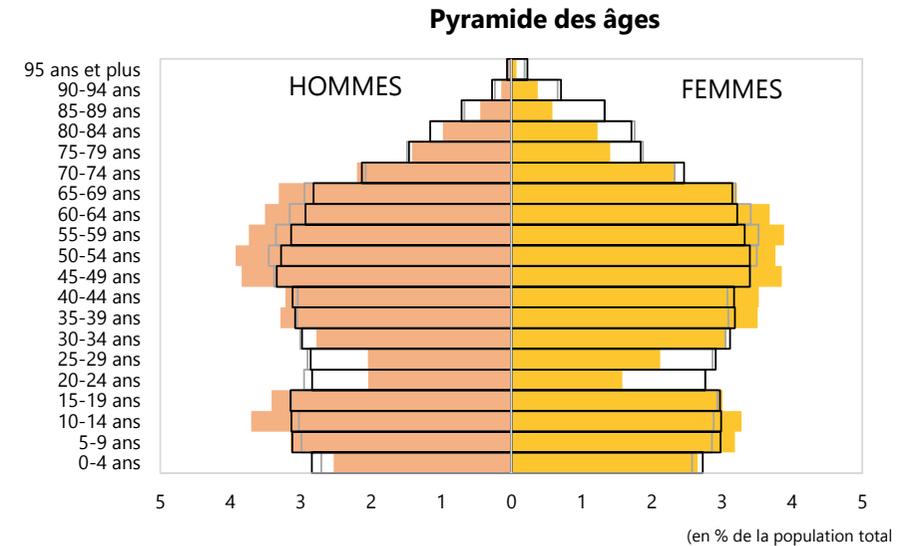
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		-1,9	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	705	7,4	13,3	●	12,8	13,1	1,0	14,0	10,8	-2,2	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 936	25,5	28,5	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	0,1	→
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		2,1	3,7	●	2,5	4,0	0,5	3,3	5,8	-2,9	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	25 700		21 800	●	21 930	21 820				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	463	6,3	14,7	●	14,5	15,6				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		2,7	5,8	●	5,8	5,4				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	2 463	17,3	27,8	●	27,0	27,5	0,8	27,4	29,4	-3,2	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	5 194	36,5	26,3	●	31,0	25,9	0,9	27,7	21,5	1,8	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	80,7	83,0
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	117	745,0	784,7	●	725,2	822,4	1,4	773,8	818,4	-0,4 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	23	122,6	181,6	●	175,7	183,4	1,5	182,2	180,3	-2,6 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	45	228,6	294,9	●	277,8	301,6	1,6	294,8	295,6	-1,5 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	40	225,7	224,3	●	212,4	231,3	1,9	224,4	223,8	-0,5 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	27	190,4	187,5	●	170,0	195,4	1,0	181,7	205,6	-2,0 ➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	5	33,0	34,7	●	25,0	45,4	2,1	34,6	35,0	0,5 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	2	10,3	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	0,8 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	3	13,1	25,8	●	24,8	26,6	n.d.	26,0	25,2	-4,1 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	22	136,9	129,3	●	109,3	147,0	2,5	129,4	129,0	4,0 ➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	17	86,5	124,4	●	116,2	126,2	2,8	124,2	125,7	-3,7 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	8	38,1	58,0	●	53,2	59,3	0,9	57,8	58,7	-5,9 ➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Diabète
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

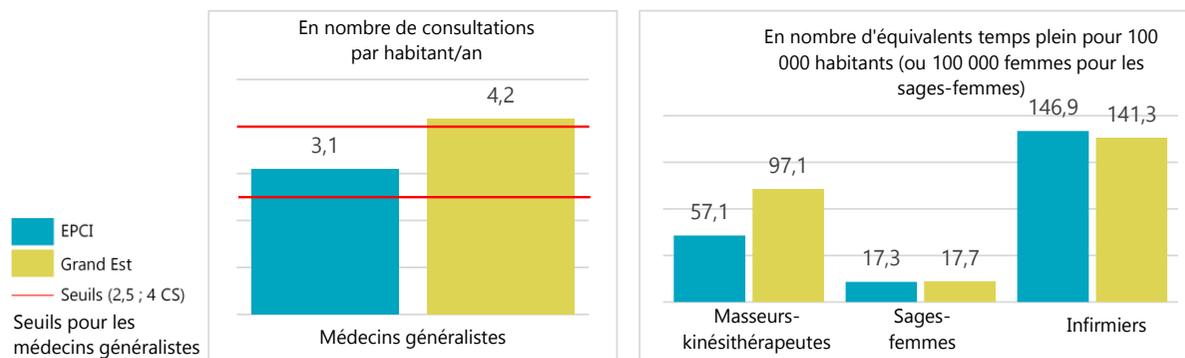
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 036	4 223	●	4 161	4 333	1,1	4 221	4 236	4,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	57	211	●	193	230	n.d.	213	201	4,7	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	134	492	●	458	512	1,2	489	503	6,0	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	263	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	5,1	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	203	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	3,2	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 475	6 736	●	6 142	6 851	1,9	6 723	6 783	2,6	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	249	1 204	●	1 130	1 298	1,6	1 210	1 185	-0,1	→ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	634	2 882	●	2 519	2 942	3,3	2 909	2 795	1,8	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	169	990	●	932	942	1,4	974	1 040	-1,9	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 056	5 516	●	4 840	5 595	1,5	5 586	5 284	3,7	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	●	33	43	0,9	36	17	-18,2	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	12	117		212	99	3,0	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	388	3 451	●	3 821	3 057	0,9	3 602	2 954	7,9	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	137	927	●	1 020	804	1,5	948	866	23,3	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 347	7 186	●	7 149	7 084	0,5	7 201	7 142	-1,7	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	677	3 548	●	3 916	3 314	0,4	3 537	3 588	1,5	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	725	4 002	●	3 902	4 011	0,5	3 998	4 018	-1,2	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,1	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	0,2	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,9	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-1,5	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	57,1	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	3,3	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	17,3	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	7,8	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	146,9	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	0,9	↗ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	12	4,6	●	1,2	1,7	33,3	1,0	4,3	5,6	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	16,5	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	0,8	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	22,9	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	0,4	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	18,4	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	0,6	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	16,2	●	8,6	9,0	n.d.	8,1	19,5	2,6	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	7	5,2	●	2,2	2,4	42,9	1,5	6,1	-10,5	↘ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	9,3	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	-8,2	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	35	2,4	●	0,9	1,0	13,9	0,7	3,6	-5,7	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	13	3,9	●	1,3	1,5	0,0	1,0	4,5	-2,2	↘ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	12,8 min	16,5 min	10,5 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	0	12,8	11,3	●	10,5	10,0	9,1	18,4	0,9	↗
60	Services de chirurgie	0	13,8	14,5	●	13,5	13,6	11,3	25,3	1,0	↗
61	Services d'obstétrique	0	16,5	14,3	●	14,8	13,1	11,6	23,6	0,7	↗
62	Services de soins de suite	2	10,2	9,3	●	9,1	9,4	7,2	16,5	1,0	↗
63	Services d'urgence	0	16,5	14,8	●	13,7	13,7	12,1	24,2	0,7	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	10,5	8,4	●	7,4	9,1	7,0	13,1	0,7	↗
65	EHPAD	2	7,1	4,0	●	3,0	3,6	2,9	7,4	1,0	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	0
soit	0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	9 715	47 623	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	0,6 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	59	2,1	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	7,5	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	199	10,2	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	0,1	↗	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	127	6,8	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-2,6	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 025	54,7	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,7	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	53	1,1	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	3,5	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	412	73,0	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	2,4	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 055	54,0	46,8	●	47,3	46,6	1,6	46,8	46,9	-2,1	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	235	1,2	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	0,5	↗
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	259	1,6	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	-0,2	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	402	30,9	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	0,2	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	124	3,8	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	113	1,0	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-0,4	↘
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	394	13,5	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	4,5	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

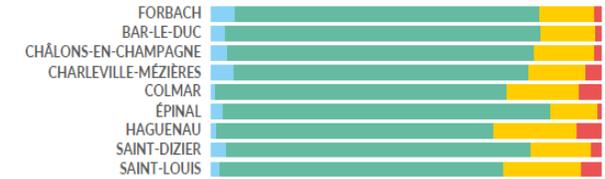
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	68	0,9	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-8,2	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	15	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-5,0	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 267	16,7	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-1,3	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	815	10,7	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,8	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	-0,2	⬇️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	13	5,0	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,3	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-2,2	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	299	1,9	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	163		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	2	7,1	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	2 043	21,1	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	0,7	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		32,0	91,6	●	98,3	82,3				0,5	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	9 171	97,1	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,0		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		5,2	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	13	39,4	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	15	60,6	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

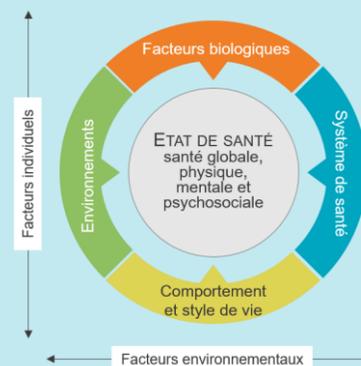
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

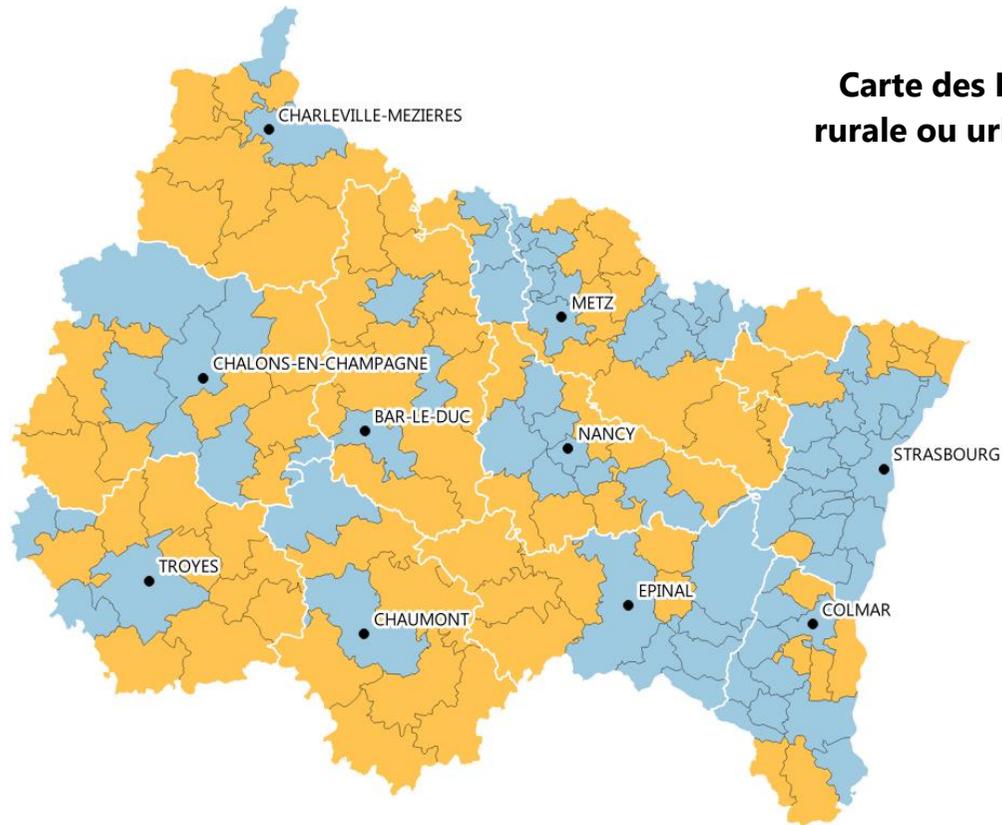
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

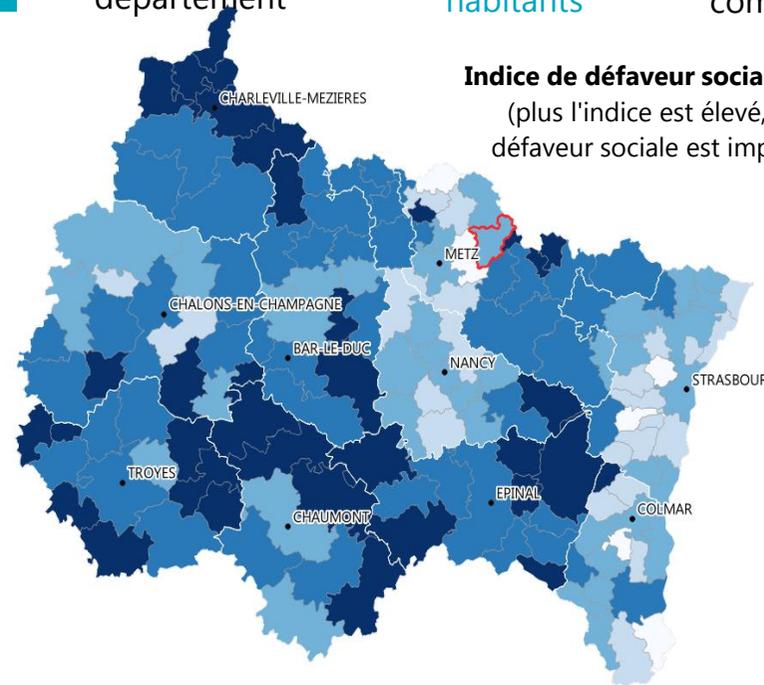
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

23 019  
habitants

37  
communes

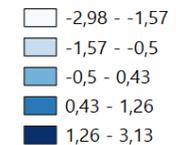
EPCI à dominante  
rurale



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



Grand Est : 0,4

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

**Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	23 019	91,2	96,7		119,7	168,4	0,96	192,8	36,2	-0,2 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-223	-0,19	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-248	-0,21	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		77,8	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	4,6 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	13 837	60,1	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,0 →

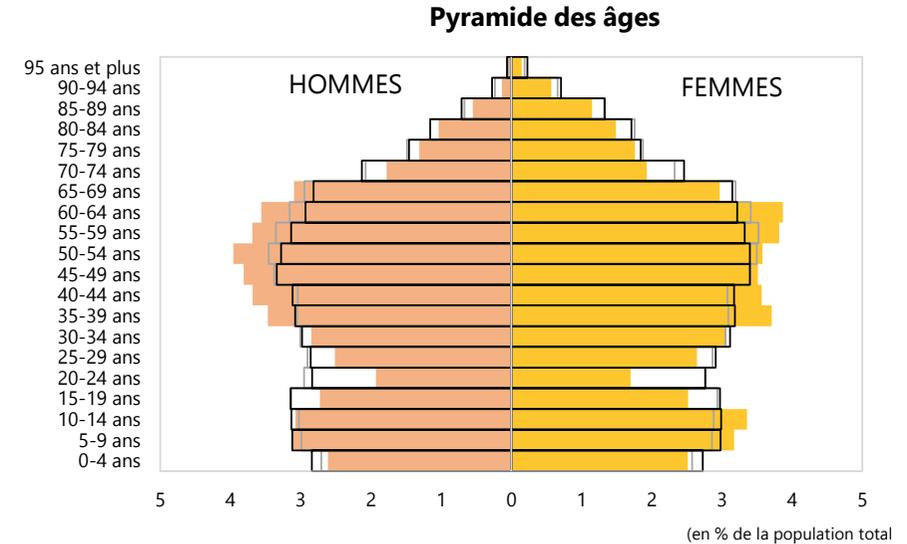
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		0,1	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 155	10,3	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-1,8	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 437	26,7	28,5	●	27,5	27,8	0,3	28,7	27,9	0,4	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,2	3,7	●	2,5	4,0	0,5	3,3	5,8	0,0	→
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 620		21 800	●	21 930	21 820				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	948	10,2	14,7	●	14,5	15,6				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,4	5,8	●	5,8	5,4				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	4 579	26,2	27,8	●	27,0	27,5	0,6	27,4	29,4	-3,3	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	3 949	22,6	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	3,1	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➡ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- 🟢 situation **favorable**
- 🔴 situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	77,5	84,8
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	186	776,7	784,7	●	725,2	822,4	1,6	773,8	818,4	-2,4	🟢➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	37	162,8	181,6	●	175,7	183,4	1,9	182,2	180,3	-1,1	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	64	278,2	294,9	●	277,8	301,6	2,1	294,8	295,6	-3,9	🟢➔
<b>18</b>	Décès par cancers	54	225,2	224,3	●	212,4	231,3	2,1	224,4	223,8	-2,8	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	50	206,6	187,5	●	170,0	195,4	1,5	181,7	205,6	-3,1	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	11	45,7	34,7	●	25,0	45,4	5,2	34,6	35,0	-7,3	🟢➔
<b>21</b>	Décès par suicide	4	15,2	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	10,2	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	20,2	25,8	●	24,8	26,6	n.d.	26,0	25,2	-0,4	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	34	140,6	129,3	●	109,3	147,0	3,6	129,4	129,0	-5,8	🟢➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	28	120,4	124,4	●	116,2	126,2	3,9	124,2	125,7	-4,8	🟢➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	15	68,3	58,0	●	53,2	59,3	1,2	57,8	58,7	-1,5	➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

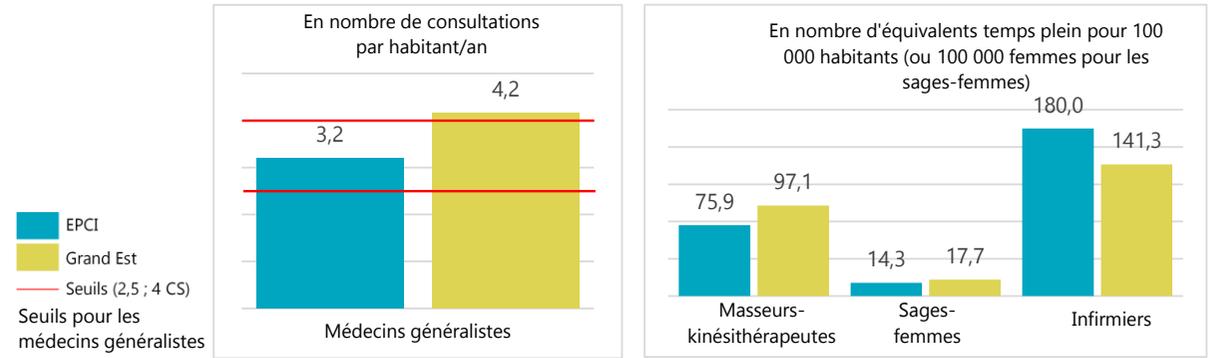
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 090	4 223	●	4 161	4 333	1,1	4 221	4 236	0,7	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	53	211	●	193	230	n.d.	213	201	-1,5	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	161	492	●	458	512	2,4	489	503	0,9	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	256	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	2,2	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	187	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	0,7	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 838	6 736	●	6 142	6 851	1,7	6 723	6 783	-0,5	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	352	1 204	●	1 130	1 298	1,2	1 210	1 185	0,7	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	765	2 882	●	2 519	2 942	2,9	2 909	2 795	-1,2	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	279	990	●	932	942	1,6	974	1 040	-0,4	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 388	5 516	●	4 840	5 595	1,3	5 586	5 284	0,3	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	●	33	43	1,4	36	17	-16,7	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	16	117		212	99	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	651	3 451	●	3 821	3 057	1,0	3 602	2 954	2,1	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	165	927	●	1 020	804	1,6	948	866	7,5	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 783	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-0,6	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	999	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	2,2	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	854	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-0,4	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,2	4,2	●	3,9	4,0	4,4	3,3	0,8	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,0	3,7	●	3,1	3,6	4,0	3,0	2,4	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		75,9	97,1	●	104,0	91,6	105,3	70,9	9,5	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		14,3	17,7	●	17,3	20,3	19,0	13,0	24,9	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		180,0	141,3	●	146,5	193,2	149,9	114,4	4,1	↗ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	14	4,3	1,8	●	1,2	1,7	64,3	1,0	4,3	0,0	→ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	27,6	14,5	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	-2,7	↘ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	26,8	12,6	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	6,7	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	20,1	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	0,7	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	15,8	10,8	●	8,6	9,0	n.d.	8,1	19,5	0,8	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	5	4,2	2,6	●	2,2	2,4	60,0	1,5	6,1	-0,6	↘ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	8,1	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	0,8	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	48	2,9	1,4	●	0,9	1,0	16,0	0,7	3,6	8,9	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	16	4,0	1,8	●	1,3	1,5	6,3	1,0	4,5	1,4	↗ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	11,5 min	27,6 min	8,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	1	11,5	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	0,6	↗
60	Services de chirurgie	0	27,0	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	27,6	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	1	11,3	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	6,2	↗
63	Services d'urgence	0	27,6	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	8,8	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	0,9	↗
65	EHPAD	2	8,1	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	0,9	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

### Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	0
soit	0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9						
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2						
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7						
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1						
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9						
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	9 081	39 734	43 256	●	40 236	41 977	0,8	43 674	41 912	-0,8	↘

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	45	1,4	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	1,9	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	331	16,2	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-1,7	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	277	11,1	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-5,4	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	886	35,4	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	0,7	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	81	1,5	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	1,8	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	303	45,7	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	0,0	→	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 221	53,7	46,8	●	47,3	46,6	1,2	46,8	46,9	-0,6	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	581	2,5	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-5,0	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	697	3,8	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	0,5	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	701	39,3	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	-1,8	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	258	6,5	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	317	2,3	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	0,8	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	560	16,7	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	1,6	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	18	1,3	1,3	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

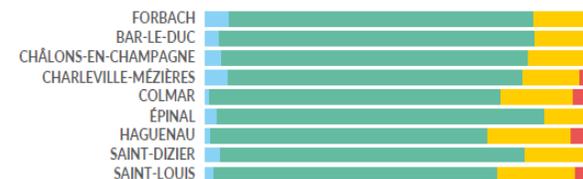
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	97	1,0	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-14,1	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	24	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-5,5	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 943	20,0	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,2	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 600	16,4	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	1,2	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	21	8,3	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,0	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-1,7	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 289	7,1	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	212		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 810	15,3	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	1,7	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		38,0	91,6	●	98,3	82,3				-0,2	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	11 412	93,4	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		2,7	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	10	19,4	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	27	80,6	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

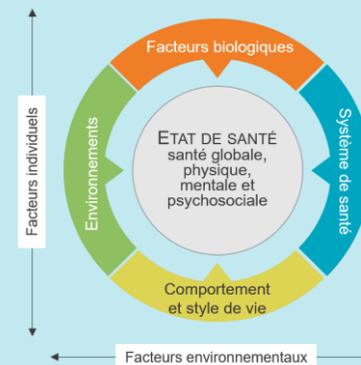
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

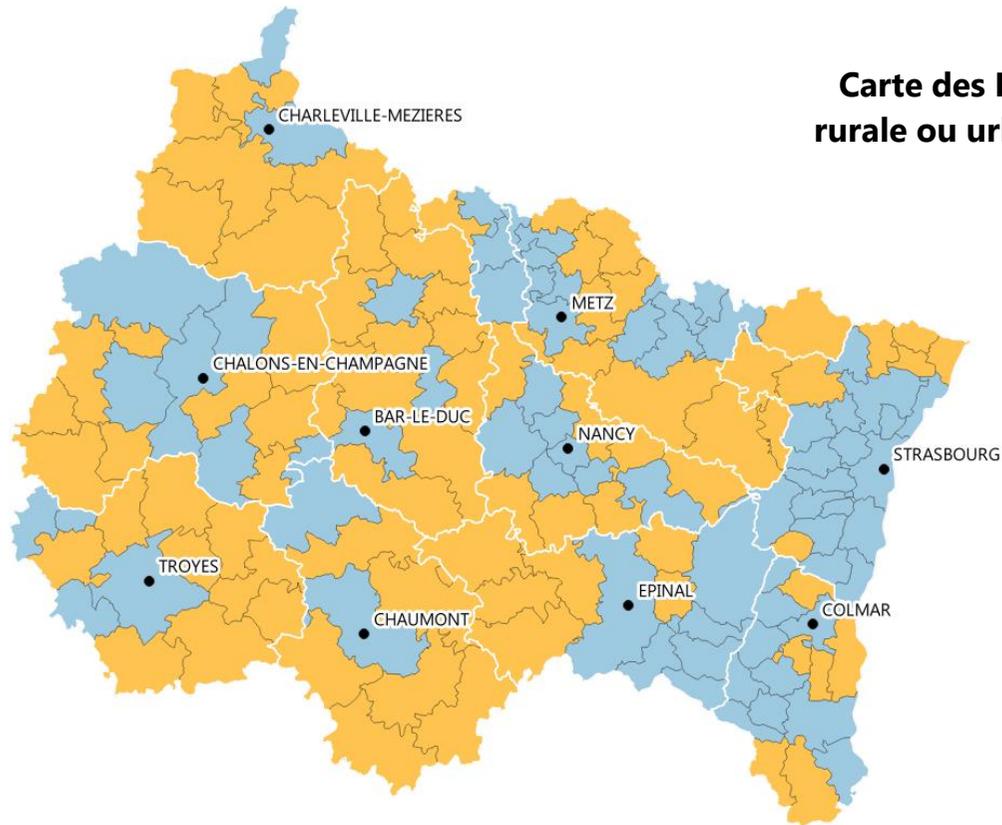
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

**Portrait de santé**

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

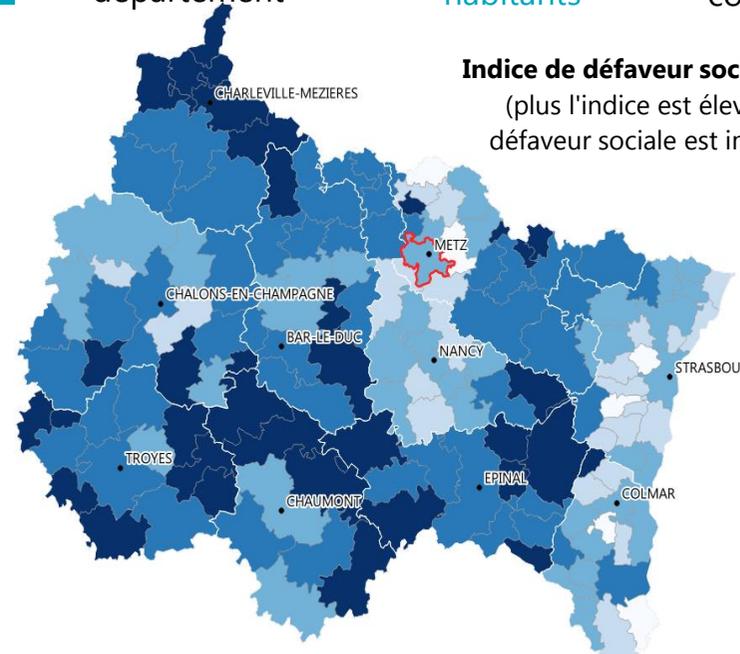
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

**Moselle**  
département

**224 863**  
habitants

**45**  
communes

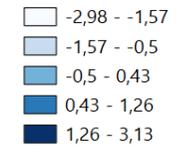
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

**Retrouvez les clés de lecture en page 12**

**Démographie**

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	224 863	719,0	96,7		119,7	168,4	0,94	192,8	36,2	0,3 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	3 181	0,29	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-3 847	-0,35	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		84,0	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	2,6 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	15 576	6,9	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,4 ↗

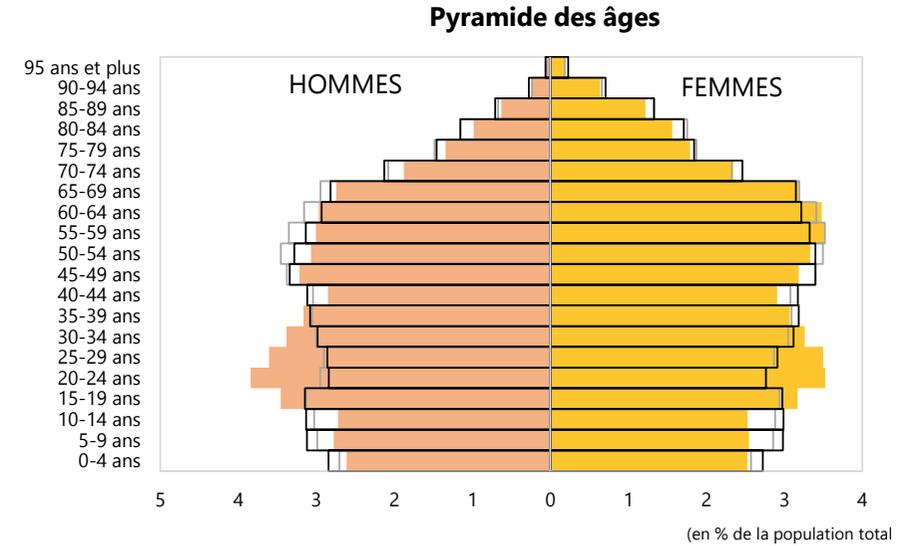
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		-0,1	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	15 652	14,7	13,3	●	12,8	13,1	1,0	14,0	10,8	-0,9	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	23 769	28,7	28,5	●	27,5	27,8	0,6	28,7	27,9	1,1	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		2,2	3,7	●	2,5	4,0	0,7	3,3	5,8	-1,3	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 900		21 800	●	21 930	21 820				1,2	↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	17 502	18,0	14,7	●	14,5	15,6				1,4	↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		6,3	5,8	●	5,8	5,4				1,7	↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	40 724	24,7	27,8	●	27,0	27,5	0,8	27,4	29,4	-2,5	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	57 922	35,2	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	2,2	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées de FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- 🟢 situation **favorable**
- 🔴 situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	79,0	84,5
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	1 872	764,1	784,7	●	725,2	822,4	1,6	773,8	818,4	-1,3	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	378	189,6	181,6	●	175,7	183,4	2,4	182,2	180,3	-1,7	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	645	293,9	294,9	●	277,8	301,6	2,1	294,8	295,6	-1,7	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	537	223,5	224,3	●	212,4	231,3	1,7	224,4	223,8	-0,9	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	449	180,3	187,5	●	170,0	195,4	1,6	181,7	205,6	-3,2	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	93	38,1	34,7	●	25,0	45,4	3,3	34,6	35,0	-3,1	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	17	7,2	13,4	●	13,2	10,7	2,6	12,9	15,4	-10,9	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	66	27,9	25,8	●	24,8	26,6	4,0	26,0	25,2	-2,3	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	334	137,6	129,3	●	109,3	147,0	2,8	129,4	129,0	-1,7	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	272	123,1	124,4	●	116,2	126,2	2,9	124,2	125,7	-1,7	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	119	54,7	58,0	●	53,2	59,3	1,1	57,8	58,7	-2,6	➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
Grand Est	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
France métrop.	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

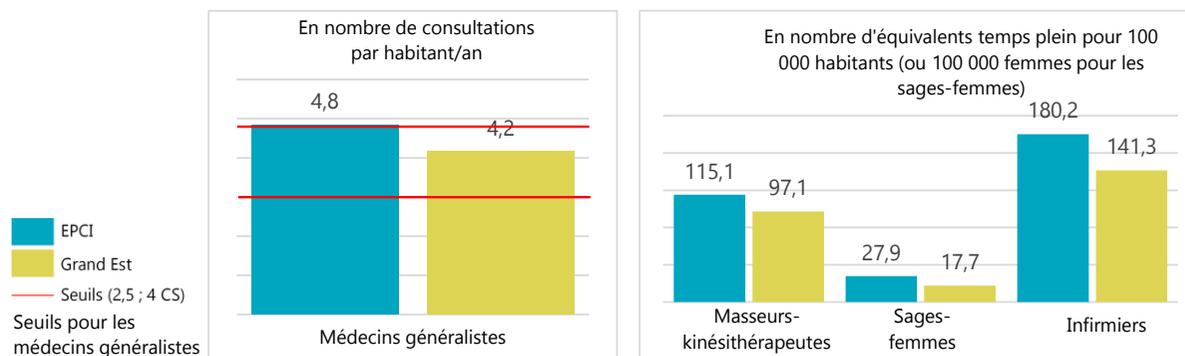
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	11 771	4 223	●	4 161	4 333	1,1	4 221	4 236	-0,1	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	635	211	●	193	230	2,0	213	201	1,2	⬆️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	1 507	492	●	458	512	1,6	489	503	1,1	⬆️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	2 781	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	0,0	➡️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	1 958	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-1,3	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	18 413	6 736	●	6 142	6 851	1,8	6 723	6 783	-0,8	⬇️
33	Personnes prises en charge pour AVC	3 568	1 204	●	1 130	1 298	1,3	1 210	1 185	-1,3	⬇️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	7 860	2 882	●	2 519	2 942	3,0	2 909	2 795	-0,6	⬇️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	2 529	990	●	932	942	1,6	974	1 040	-2,3	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	13 962	5 516	●	4 840	5 595	1,5	5 586	5 284	-0,5	⬇️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	185	32	●	33	43	1,9	36	17	-3,0	⬇️
38	Personnes prises en charge pour VIH	464	117	●	212	99	2,3	131	67	5,8	⬆️
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	9 129	3 451	●	3 821	3 057	1,1	3 602	2 954	1,3	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	2 423	927	●	1 020	804	1,5	948	866	8,2	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	18 933	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-4,1	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	9 138	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-2,0	⬇️
43	Patients traités par anxiolytiques	10 335	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-3,3	⬇️

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,8	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-0,9	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,5	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-1,2	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	115,1	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	4,8	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	27,9	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	3,1	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	180,2	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	2,0	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	246	0,4	1,8	●	1,2	1,7	55,2	1,0	4,3	-0,7	⬇️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	304					49,2					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	23	5,6	14,5	●	10,6	12,7	60,9	11,1	25,8	1,0	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	15	5,1	12,6	●	12,5	11,2	73,3	8,3	27,0	3,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	17	5,3	11,6	●	10,5	10,2	70,6	8,0	23,7	3,0	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	22	4,8	10,8	●	8,6	9,0	68,2	8,1	19,5	8,0	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	187	0,5	2,6	●	2,2	2,4	38,8	1,5	6,1	-5,2	⬇️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	31	1,9	5,5	●	4,5	5,0	19,4	3,9	10,7	4,0	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	472	0,3	1,4	●	0,9	1,0	16,4	0,7	3,6	2,0	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	232	0,5	1,8	●	1,3	1,5	14,7	1,0	4,5	2,2	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

### Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	5,2 min	5,9 min	6,0 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

### Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	6	5,2	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	0,1	➔
60	Services de chirurgie	4	5,7	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,9	↗
61	Services d'obstétrique	2	5,9	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	1,0	↗
62	Services de soins de suite	6	4,9	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	1,2	↗
63	Services d'urgence	3	5,9	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	1,0	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	6,0	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	5,5	↗
65	EHPAD	26	1,4	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	1,7	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI **23**  
soit 3,8 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9						
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2						
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7						
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1						
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9						
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	104 355	42 621	43 256	●	40 236	41 977	0,8	43 674	41 912	-0,2	↘

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
72 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	601	2,3	2,4	●	2,3	2,2		2,6	2,0	4,7 ↗
73 15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	4 813	15,3	16,4	●	15,9	16,8		16,4	16,3	-2,3 ↘
74 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	3 965	13,8	12,9	●	12,4	13,0		13,4	11,2	-2,5 ↘
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	14 356	50,0	41,5	●	46,6	41,8		43,0	35,8	1,7 ↗
76 Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	802	1,6	1,7	●	2,3	1,6		1,8	1,7	7,8 ↗
77 Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	4 054	59,3	58,4	●	62,2	52,5		58,4	58,6	1,5 ↗
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	16 395	42,4	46,8	●	47,3	46,6	1,6	46,8	46,9	-5,2 ↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	14 830	6,6	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-1,9	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	24 729	12,3	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	1,5	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	7 547	43,9	42,8	●	42,7	41,2	0,5	43,5	40,5	-0,3	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	1 930	4,9	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	4 666	3,5	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	1,0	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	8 497	29,4	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	1,1	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	413	3,1	3,1	●		3,2		9,3	6,8	23,1	↗ !

**Notes de lecture : 80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

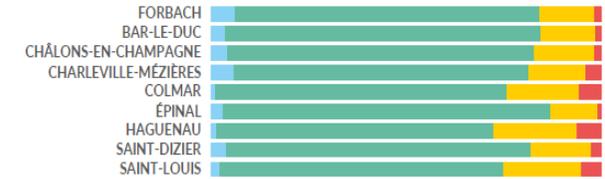
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	3 825	3,6	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-1,7	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	203	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	4,0	⬆️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	17 629	16,6	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,0	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	17 097	16,1	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	31	9,9	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,3	⬆️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	72	23,0	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,3	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,7	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-1,9	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	681	4,3	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	303		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	16 936	14,4	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-2,1	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		124,8	91,6	●	98,3	82,3				0,0	➡️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	125 256	89,3	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,4		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,4		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	44	99,5	44,3		36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	38	97,4	49,2		31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	2,7	20,3		16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	26	33,0	45,0		57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	19	64,2	34,7		25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

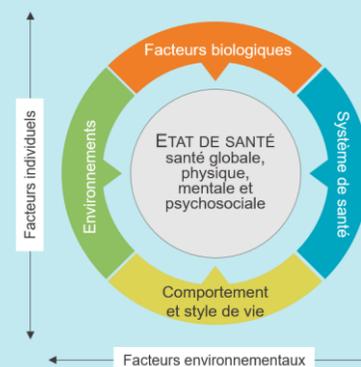
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

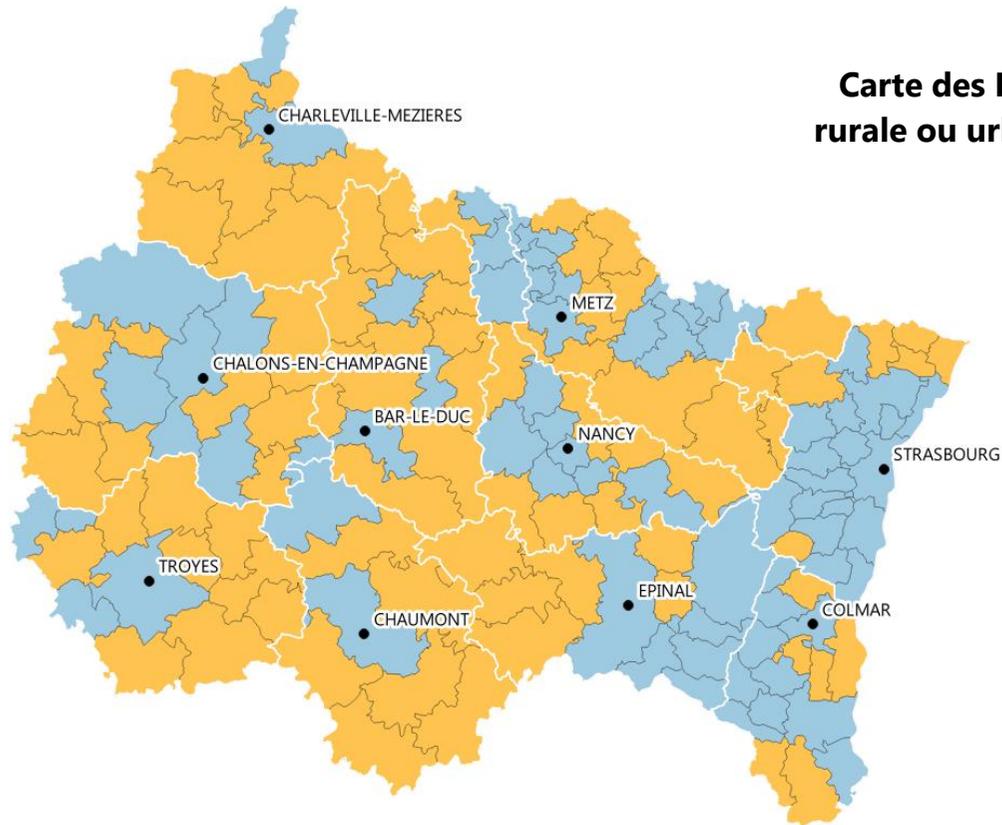
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

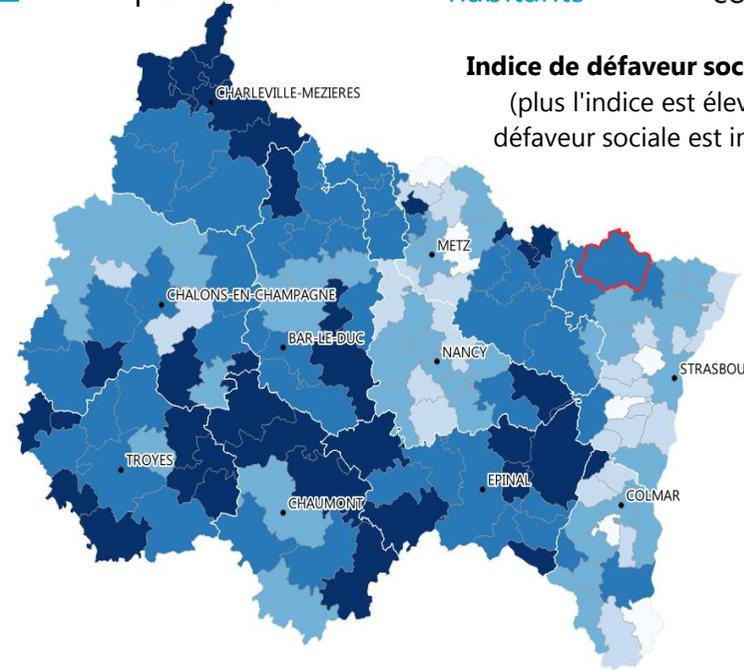
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

**33 840**  
habitants

**46**  
communes

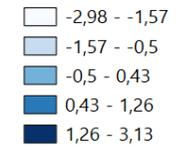
EPCI à dominante  
rurale



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

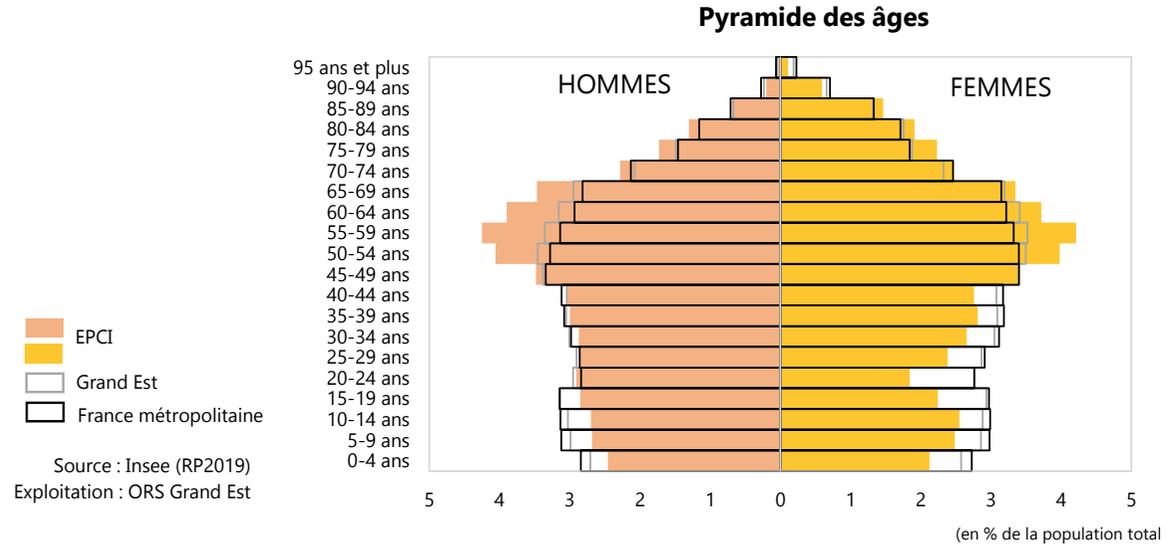
## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	33 840	56,2	96,7		119,7	168,4	1,03	192,8	36,2	-0,5 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-793	-0,46	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-312	-0,18	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		108,6	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	3,7 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	25 365	75,0	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	-0,1 ↘

L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12



### Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		0,6	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 750	10,6	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-0,8	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	4 173	30,5	28,5	●	27,5	27,8	0,5	28,7	27,9	-0,8	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,5	3,7	●	2,5	4,0	0,8	3,3	5,8	-4,0	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 070		21 800	●	21 930	21 820				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 478	10,6	14,7	●	14,5	15,6				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,3	5,8	●	5,8	5,4				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	8 426	31,3	27,8	●	27,0	27,5	0,6	27,4	29,4	-2,6	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	5 113	19,0	26,3	●	31,0	25,9	0,9	27,7	21,5	2,8	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

Sources : 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- 🟢 situation **favorable**
- 🔴 situation **défavorable**

### Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	78,2	82,7
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

### Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	357	877,0	784,7	●	725,2	822,4	1,6	773,8	818,4	-0,8	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	60	173,2	181,6	●	175,7	183,4	2,0	182,2	180,3	1,0	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	107	281,8	294,9	●	277,8	301,6	2,0	294,8	295,6	-0,8	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	92	219,8	224,3	●	212,4	231,3	1,9	224,4	223,8	-0,2	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	95	232,3	187,5	●	170,0	195,4	1,3	181,7	205,6	-4,1	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	23	56,3	34,7	●	25,0	45,4	4,3	34,6	35,0	6,7	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	6	14,8	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	6,5	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	9	21,1	25,8	●	24,8	26,6	n.d.	26,0	25,2	-2,7	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	65	154,9	129,3	●	109,3	147,0	3,2	129,4	129,0	-1,0	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	47	123,3	124,4	●	116,2	126,2	3,4	124,2	125,7	2,3	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	23	60,6	58,0	●	53,2	59,3	0,8	57,8	58,7	0,0	➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

**Sources : 15-26.** Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

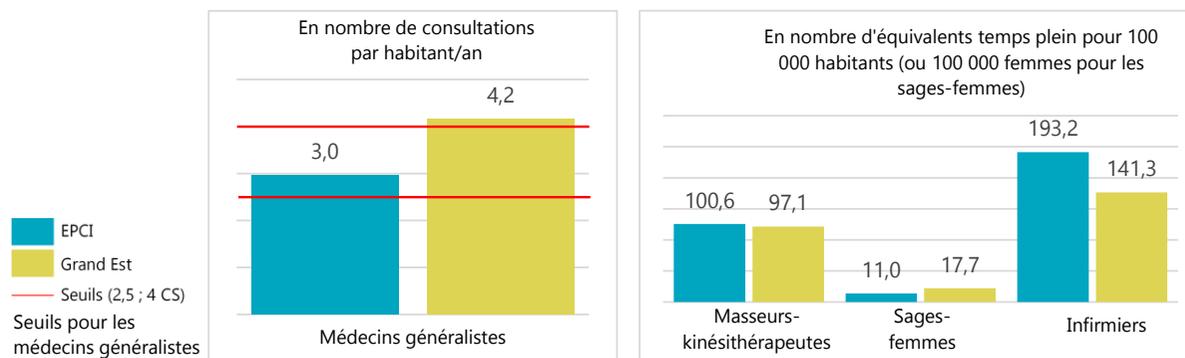
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 983	4 223	●	4 161	4 333	1,1	4 221	4 236	2,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	82	211	●	193	230	2,1	213	201	3,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	215	492	●	458	512	1,8	489	503	0,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	446	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	3,5	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	361	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-1,3	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 511	6 736	●	6 142	6 851	1,6	6 723	6 783	0,3	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	647	1 204	●	1 130	1 298	1,2	1 210	1 185	2,3	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 601	2 882	●	2 519	2 942	2,7	2 909	2 795	1,3	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	589	990	●	932	942	1,4	974	1 040	-3,3	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 430	5 516	●	4 840	5 595	1,3	5 586	5 284	0,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	●	33	43	3,0	36	17	25,3	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	21	117	●	212	99	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 198	3 451	●	3 821	3 057	1,0	3 602	2 954	4,7	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	248	927	●	1 020	804	1,5	948	866	15,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	2 881	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-2,5	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 233	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-1,2	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 657	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-2,9	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,0	4,2	●	3,9	4,0	4,4	3,3	-4,3	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,5	3,7	●	3,1	3,6	4,0	3,0	-2,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		100,6	97,1	●	104,0	91,6	105,3	70,9	7,1	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		11,0	17,7	●	17,3	20,3	19,0	13,0	30,9	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		193,2	141,3	●	146,5	193,2	149,9	114,4	-0,7	⬇️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	15	5,1	1,8	●	1,2	1,7	66,7	1,0	4,3	8,1	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	5					80,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	33,3	14,5	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	0,3	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	32,5	12,6	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	17,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	32,4	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	1,7	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	14,1	10,8	●	8,6	9,0	100,0	8,1	19,5	0,7	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	11	6,1	2,6	●	2,2	2,4	36,4	1,5	6,1	3,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	9,0	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	-5,2	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	87	3,1	1,4	●	0,9	1,0	19,6	0,7	3,6	-0,1	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	41	3,3	1,8	●	1,3	1,5	12,2	1,0	4,5	-6,4	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	14,8 min	34,7 min	13,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	1	14,8	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	0,8	↗
60	Services de chirurgie	0	34,7	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,4	↗
61	Services d'obstétrique	0	15,3	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	-14,9	↘
62	Services de soins de suite	1	14,4	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	0,8	↗
63	Services d'urgence	0	34,7	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	13,8	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	0,9	↗
65	EHPAD	4	7,7	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	1,1	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58 et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI **1**  
soit 0,2 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )			52,3		49,2	45,9				
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )			61,6		58,2	60,2				
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )			37,5		28,9	33,7				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	24,1				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )			75,2		71,5	73,9				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	14 282	42 837	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-0,7 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	89	2,2	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	11,0	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	434	13,0	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-1,0	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	375	10,5	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-4,4	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 296	36,2	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	2,8	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	120	1,8	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	6,6	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	395	44,0	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	-1,2	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 371	45,2	46,8	●	47,3	46,6	1,3	46,8	46,9	-4,2	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	816	2,4	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-1,2	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	1 067	3,8	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	2,6	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 242	38,8	42,8	●	42,7	41,2	0,5	43,5	40,5	0,2	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	514	7,3	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	538	2,7	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-0,3	↘
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	720	17,0	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	4,5	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	54	2,7	2,7	●		3,2		9,3	6,8	62,9	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

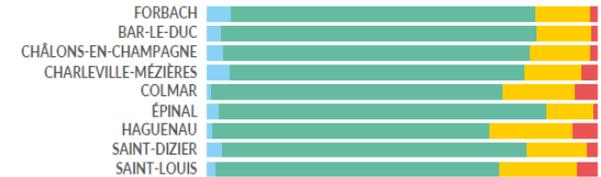
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	116	0,8	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-14,9	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	48	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-1,8	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 077	21,2	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-1,6	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 939	20,2	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,3	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	20	3,3	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,9	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-0,7	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	4 586	22,0	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	163		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	2 368	13,9	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-1,9	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		55,2	91,6	●	98,3	82,3				0,3	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	17 901	88,0	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,9		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		14,3	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	45	98,2	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	1	1,8	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

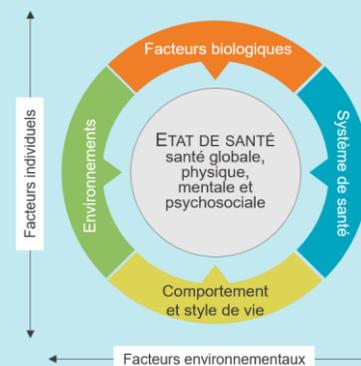
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

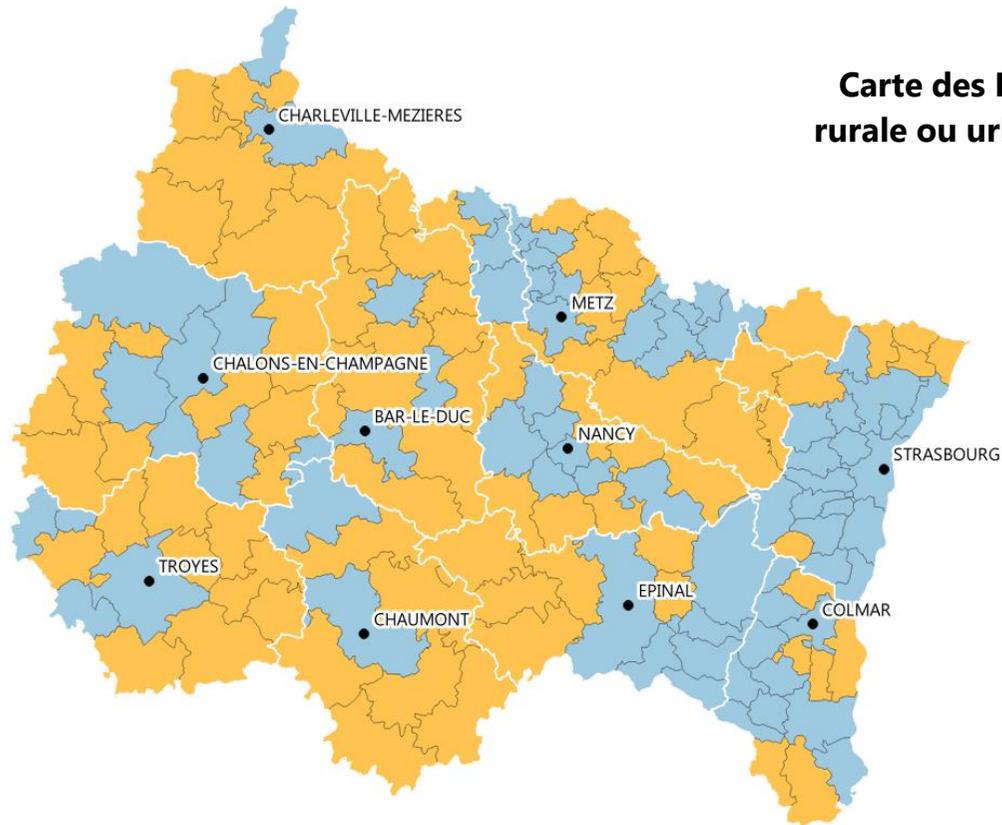
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

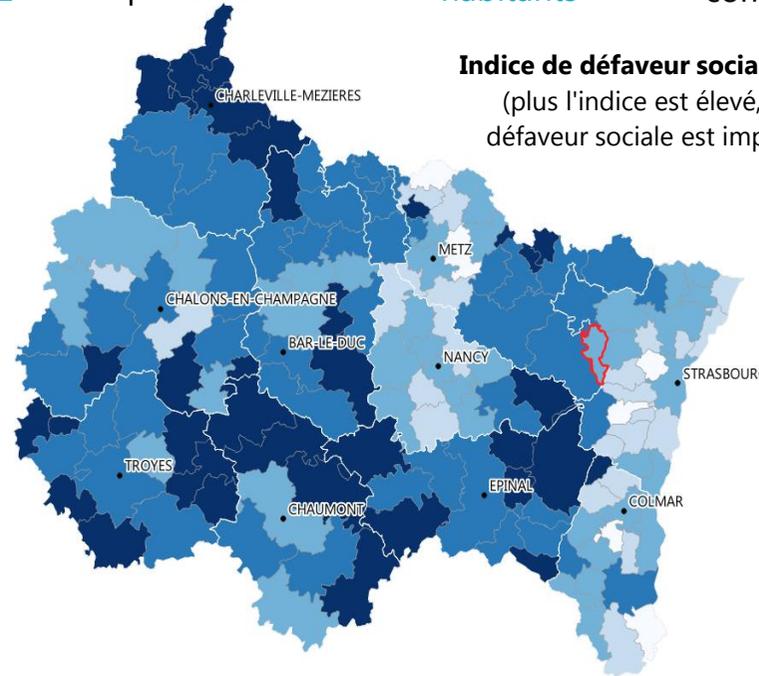
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Moselle  
département

**17 437**  
habitants

**26**  
communes

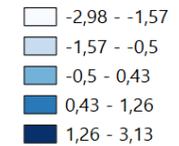
EPCI à dominante  
rurale



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	17 437	95,1	96,7		119,7	168,4	1,01	192,8	36,2	-0,3 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-245	-0,28	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-297	-0,34	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		86,8	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	2,8 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	11 673	66,9	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	-0,1 →

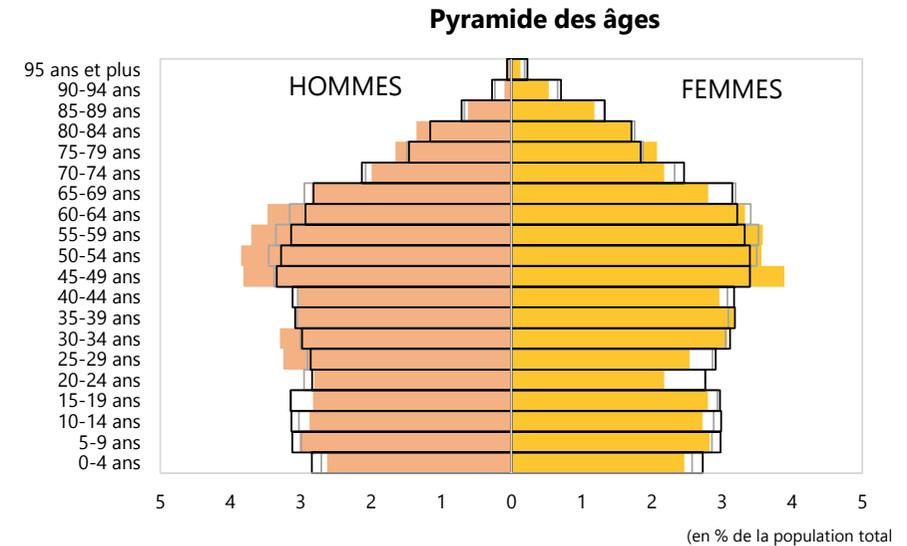
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



### Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		0,2	0,4	●		0,3		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	819	9,5	13,3	●	12,8	13,1	0,6	14,0	10,8	-0,7 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 011	28,7	28,5	●	27,5	27,8	0,5	28,7	27,9	-0,9 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,5	3,7	●	2,5	4,0	0,6	3,3	5,8	-2,8 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 240		21 800	●	21 930	21 820				1,5 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	644	9,1	14,7	●	14,5	15,6				-0,2 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,1	5,8	●	5,8	5,4				1,0 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	3 607	26,8	27,8	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-2,9 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	3 084	22,9	26,3	●	31,0	25,9	0,9	27,7	21,5	3,5 ↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

Sources : 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	79,1	86,1
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	153	797,2	784,7	●	725,2	822,4	1,5	773,8	818,4	-2,4	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	31	186,2	181,6	●	175,7	183,4	2,0	182,2	180,3	-0,4	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	52	290,3	294,9	●	277,8	301,6	2,2	294,8	295,6	-0,8	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	49	247,6	224,3	●	212,4	231,3	1,9	224,4	223,8	2,1	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	36	193,3	187,5	●	170,0	195,4	1,3	181,7	205,6	-5,3	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	11	54,7	34,7	●	25,0	45,4	2,3	34,6	35,0	-0,3	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	3	18,5	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	11,2	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	7	33,2	25,8	●	24,8	26,6	n.d.	26,0	25,2	-2,9	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	33	170,4	129,3	●	109,3	147,0	3,0	129,4	129,0	0,8	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	25	136,3	124,4	●	116,2	126,2	4,0	124,2	125,7	1,7	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	10	57,9	58,0	●	53,2	59,3	1,3	57,8	58,7	0,2	➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

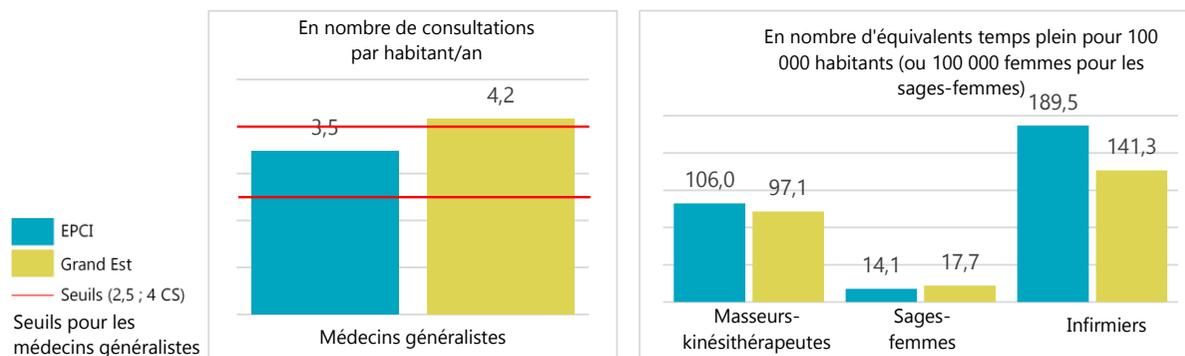
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 026	4 223	●	4 161	4 333	1,0	4 221	4 236	0,4	↗
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	48	211	●	193	230	n.d.	213	201	-2,8	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	102	492	●	458	512	1,3	489	503	-2,0	↘
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	268	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	2,1	↗
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	173	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-2,2	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 478	6 736	●	6 142	6 851	1,7	6 723	6 783	-0,8	↘
33	Personnes prises en charge pour AVC	280	1 204	●	1 130	1 298	1,3	1 210	1 185	3,0	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	508	2 882	●	2 519	2 942	2,8	2 909	2 795	-2,1	↘
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	248	990	●	932	942	1,2	974	1 040	-3,4	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 201	5 516	●	4 840	5 595	1,4	5 586	5 284	0,8	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	●	33	43	0,4	36	17	-6,9	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	15	117	●	212	99	n.d.	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	584	3 451	●	3 821	3 057	0,8	3 602	2 954	2,6	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	147	927	●	1 020	804	1,2	948	866	9,5	↗
41	Patients traités par psychotropes	1 458	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-2,3	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	651	3 548	●	3 916	3 314	0,4	3 537	3 588	-1,4	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	838	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-2,1	↘

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,5	4,2	●	3,9	4,0	4,4	3,3	1,4	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,1	3,7	●	3,1	3,6	4,0	3,0	-0,4	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		106,0	97,1	●	104,0	91,6	105,3	70,9	9,7	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		14,1	17,7	●	17,3	20,3	19,0	13,0	13,2	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		189,5	141,3	●	146,5	193,2	149,9	114,4	5,3	↗ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	13	4,0	1,8	●	1,2	1,7	69,2	1,0	4,3	1,1	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	2					100,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	17,5	14,5	●	10,6	12,7	100,0	11,1	25,8	0,5	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	17,5	12,6	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	0,5	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	17,5	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	0,5	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	9,0	10,8	●	8,6	9,0	100,0	8,1	19,5	0,9	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	10	6,5	2,6	●	2,2	2,4	20,0	1,5	6,1	20,8	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	17,3	5,5	●	4,5	5,0	n.d.	3,9	10,7	0,6	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	47	2,3	1,4	●	0,9	1,0	15,7	0,7	3,6	-0,5	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	20	2,7	1,8	●	1,3	1,5	10,0	1,0	4,5	0,2	↗ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	17,5 min	17,5 min	14,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	17,5	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	17,5	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	17,5	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	0	14,7	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	0,5	↗
63	Services d'urgence	0	17,5	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	14,8	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	0,3	↗
65	EHPAD	1	7,8	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	0,5	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI 0  
soit 0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum (part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (part pour 100 personnes de 16 ans)		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents (part pour 100 enfants de moins de 16 ans)		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	8 143	46 005	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-0,2

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	36	1,6	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	8,5	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	248	13,4	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-0,8	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	222	10,7	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-1,6	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	755	36,2	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,8	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	49	1,3	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	1,3	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	287	55,2	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	2,0	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 316	44,2	46,8	●	47,3	46,6	1,5	46,8	46,9	-10,0	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	315	1,8	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,5	⬇️
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	542	3,7	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	2,9	⬆️ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	562	37,4	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	-0,2	⬇️
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	259	7,9	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	212	2,1	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-0,4	⬇️
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	473	19,5	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	3,8	⬆️
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

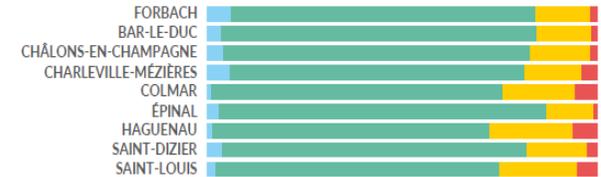
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	74	1,0	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-8,1	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	15	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-9,8	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 969	26,6	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-1,1	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 311	17,7	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	2,7	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	13,8	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	15	8,2	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-2,2	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	990	16,0	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	110		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 575	17,4	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-4,9	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		63,5	91,6	●	98,3	82,3				-1,2	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	8 916	90,6	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,2		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		8,8	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	1	2,4	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	25	97,6	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

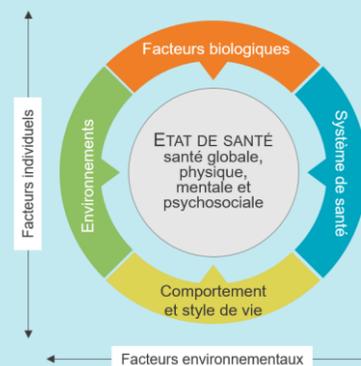
### Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

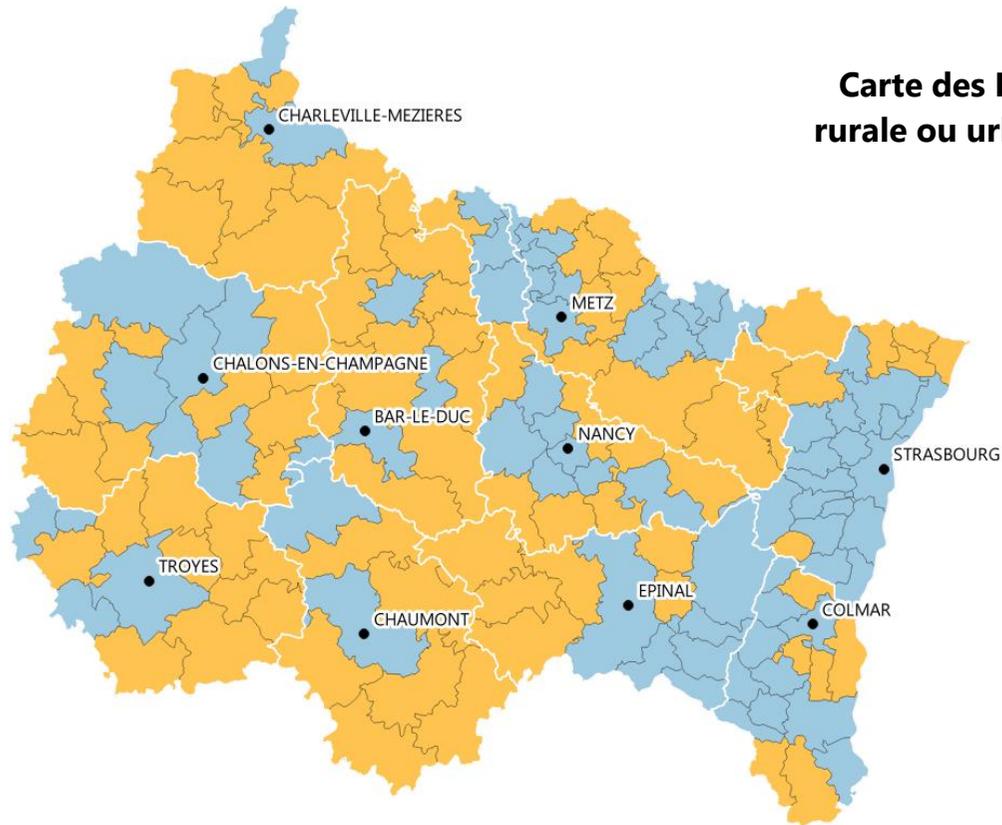
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

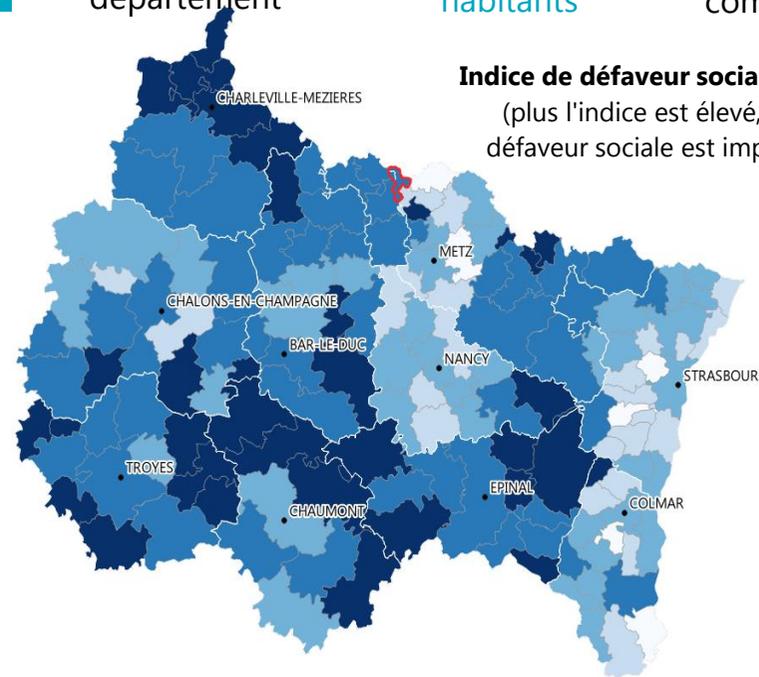
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

29 195  
habitants

8  
communes

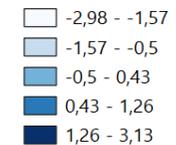
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



Grand Est : 0,4

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	29 195	400,6	96,7		119,7	168,4	0,96	192,8	36,2	1,1	
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	1 492	1,05	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3		
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	1 719	1,22	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2		
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		83,9	86,3		83,8	87,2		84,5	92,3	-1,1	
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	0	0,0	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	n.d.	n.d.

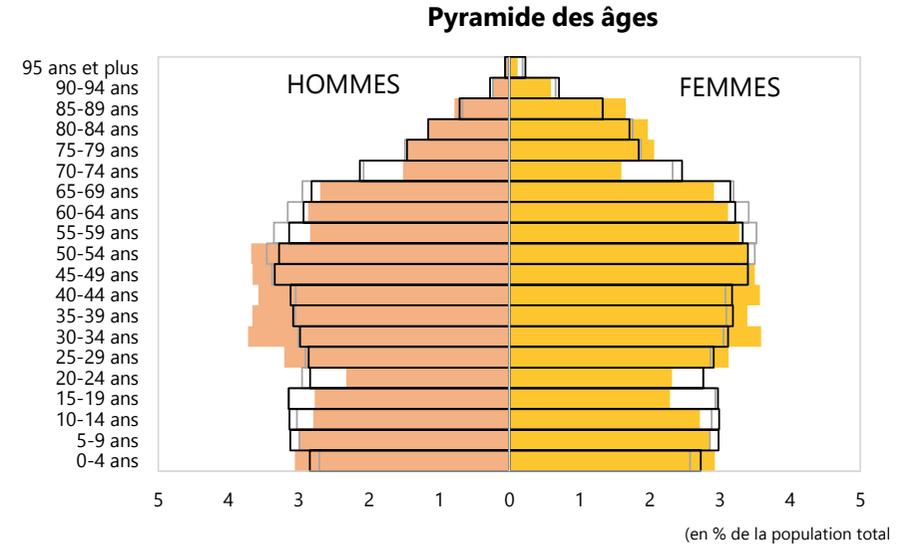
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		0,9	0,4	●		0,3		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 832	13,5	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-0,2 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 929	26,7	28,5	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	0,8 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		8,6	3,7	●	2,5	4,0	0,6	3,3	5,8	-2,3 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	23 240		21 800	●	21 930	21 820				1,5 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	2 092	19,5	14,7	●	14,5	15,6				4,2 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,4	5,8	●	5,8	5,4				1,2 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	8 204	36,8	27,8	●	27,0	27,5	0,8	27,4	29,4	-0,9 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	4 048	18,2	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	1,8 ↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	79,3	83,8
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	271	790,3	784,7	●	725,2	822,4	1,6	773,8	818,4	-1,2 ➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	44	174,3	181,6	●	175,7	183,4	1,9	182,2	180,3	-2,4 ➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	79	294,5	294,9	●	277,8	301,6	1,9	294,8	295,6	-1,1 ➔
<b>18</b>	Décès par cancers	72	219,1	224,3	●	212,4	231,3	1,7	224,4	223,8	0,4 ➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	59	167,8	187,5	●	170,0	195,4	1,6	181,7	205,6	-5,0 ↘
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	16	47,4	34,7	●	25,0	45,4	2,8	34,6	35,0	0,5 ➔
<b>21</b>	Décès par suicide	5	16,5	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	0,1 ➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	8	26,0	25,8	●	24,8	26,6	3,2	26,0	25,2	-1,3 ➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	48	140,4	129,3	●	109,3	147,0	3,1	129,4	129,0	-2,5 ➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	32	118,6	124,4	●	116,2	126,2	3,1	124,2	125,7	-2,1 ➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	18	65,2	58,0	●	53,2	59,3	1,1	57,8	58,7	1,2 ➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

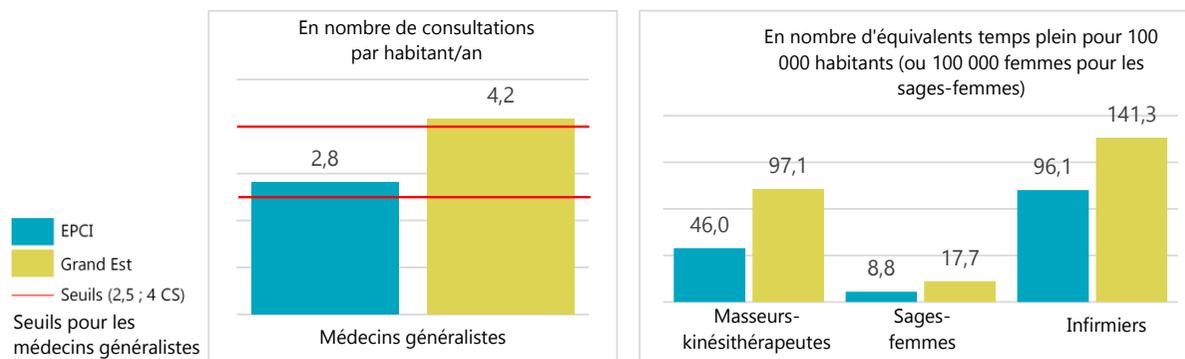
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 041	3 163	4 223	●	4 161	4 333	1,1	4 221	4 236	-1,0	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	73	234	211	●	193	230	2,5	213	201	0,9	⬆️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	122	361	492	●	458	512	1,7	489	503	-3,5	⬇️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	233	1 348	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	0,7	⬆️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	174	1 171	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-3,4	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 885	5 519	6 736	●	6 142	6 851	1,6	6 723	6 783	-2,4	⬇️
33	Personnes prises en charge pour AVC	296	827	1 204	●	1 130	1 298	1,1	1 210	1 185	-2,0	⬇️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	849	2 541	2 882	●	2 519	2 942	2,7	2 909	2 795	-2,4	⬇️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	308	825	990	●	932	942	1,3	974	1 040	-4,9	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 362	4 202	5 516	●	4 840	5 595	1,3	5 586	5 284	-0,6	⬇️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	31	32	●	33	43	0,9	36	17	n.d.	➡️
38	Personnes prises en charge pour VIH	23	83	117	●	212	99	n.d.	131	67	0,1	➡️
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	451	1 557	3 451	●	3 821	3 057	0,9	3 602	2 954	-1,9	⬇️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	81	299	927	●	1 020	804	1,7	948	866	-3,7	⬇️
41	Patients traités par psychotropes	1 713	5 274	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-3,9	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	677	2 097	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-0,6	⬇️
43	Patients traités par anxiolytiques	1 067	3 261	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-3,7	⬇️

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,8	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-3,1	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,3	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-6,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	46,0	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	-1,2	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	8,8	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	3,3	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	96,1	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	-2,2	⬇️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	13	0,7	●	1,2	1,7	69,2	1,0	4,3	40,8	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	3					100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	26,7	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	-1,6	⬇️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	6,9	●	12,5	11,2	100,0	8,3	27,0	0,3	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	19,5	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	-1,5	⬇️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	21,5	●	8,6	9,0	n.d.	8,1	19,5	0,5	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	12	1,3	●	2,2	2,4	25,0	1,5	6,1	2,0	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	11,7	●	4,5	5,0	n.d.	3,9	10,7	0,4	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	36	0,8	●	0,9	1,0	18,4	0,7	3,6	22,3	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	13	0,7	●	1,3	1,5	21,4	1,0	4,5	3,7	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	22,1 min	25,9 min	24,3 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
59 Services de médecine	0	22,1	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	0,0 →
60 Services de chirurgie	0	25,9	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,4 ↗
61 Services d'obstétrique	0	25,9	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	0,4 ↗
62 Services de soins de suite	0	22,1	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	0,0 →
63 Services d'urgence	0	25,9	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,4 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	24,3	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	1,7 ↗
65 EHPAD	3	2,4	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	2,4 ↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	0
soit	0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9						
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2						
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7						
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1						
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9						
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	9 258	34 237	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-2,8	↘

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

### Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-75 107	-31,9	22,1
<b>Grand Est</b>	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	-84 492	-35,9	17,5
<b>Grand Est</b>	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>72</b> 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	66	1,8	2,4	●	2,3	2,2		2,6	2,0	11,9 ↗
<b>73</b> 15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	492	17,4	16,4	●	15,9	16,8		16,4	16,3	-3,7 ↘
<b>74</b> 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	913	23,5	12,9	●	12,4	13,0		13,4	11,2	3,0 ↗
<b>75</b> 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 326	34,1	41,5	●	46,6	41,8		43,0	35,8	-0,6 ↘
<b>76</b> Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	30	0,5	1,7	●	2,3	1,6		1,8	1,7	7,9 ↗
<b>77</b> Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	215	21,1	58,4	●	62,2	52,5		58,4	58,6	-1,8 ↘
<b>78</b> Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 050	42,7	46,8	●	47,3	46,6	1,3	46,8	46,9	-4,0 ↘

**Notes de lecture :** **74.** Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | **75.** Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | **76.** L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | **77.** Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **78 et 97 (p11).** Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

**Sources :** **72-75.** Insee (RP2019) **76.** Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) **77.** CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) **78.** Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	841	2,9	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-3,6	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	1 086	5,0	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	-2,2	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 230	45,1	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	-0,1	→
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	289	5,5	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	275	1,6	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-1,9	↘
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	873	21,3	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	-2,0	↘
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

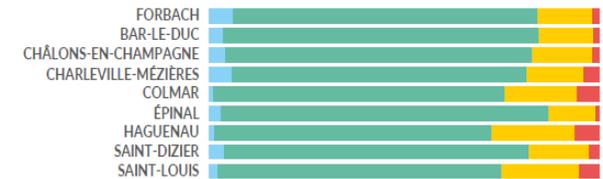
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	494	3,8	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	0,4	↗
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	26	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-8,4	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 982	30,6	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,5	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 674	20,6	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	6,9	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	13	17,8	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,4	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-0,8	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	n.d.	2,0	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	26		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 781	11,6	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-2,0	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		31,2	91,6	●	98,3	82,3				-0,7	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	4 096	25,7	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,5		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,4		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	8	100,0	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

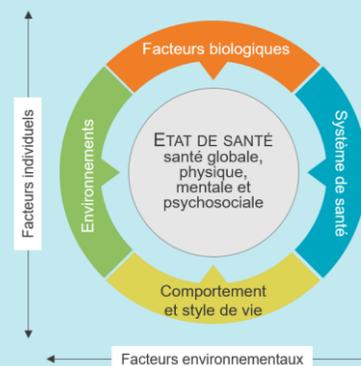
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

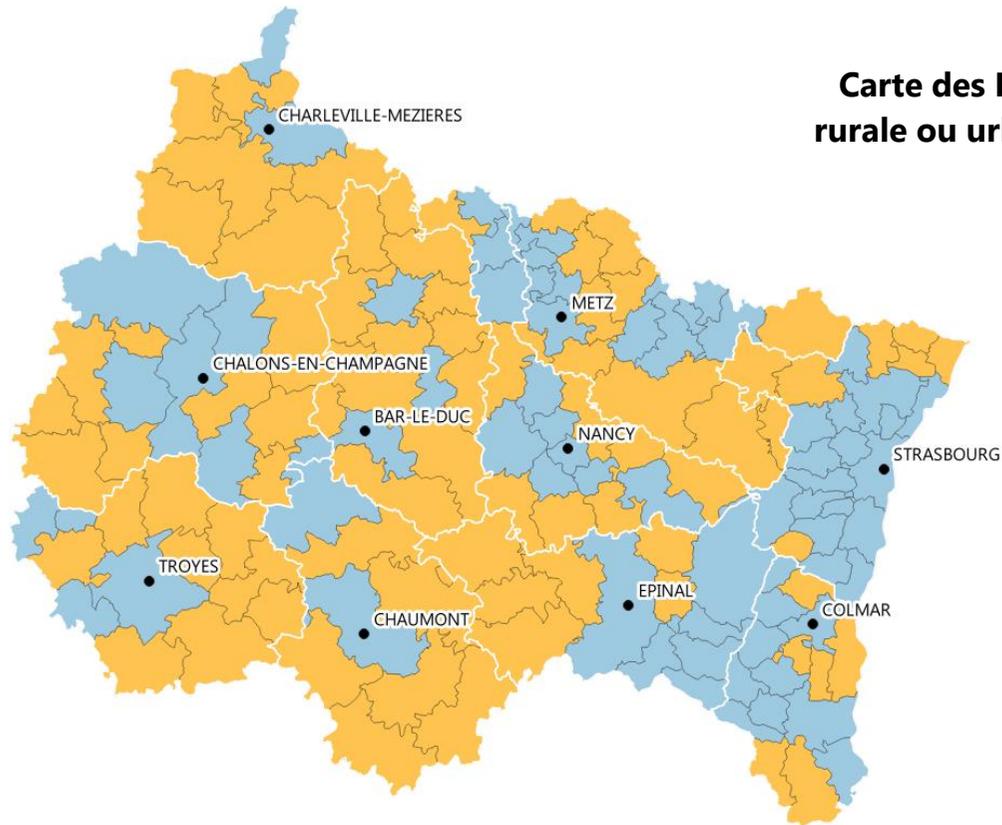
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

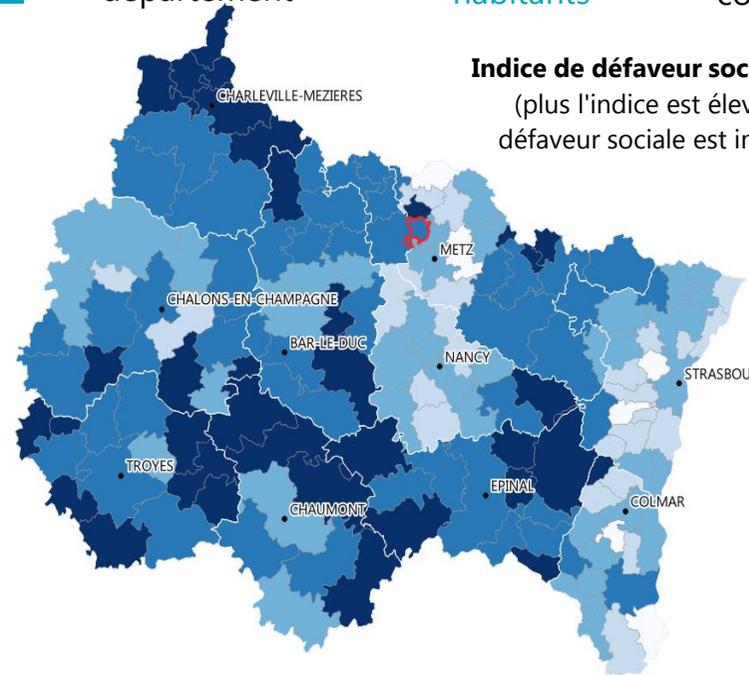
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

**52 842**  
habitants

**12**  
communes

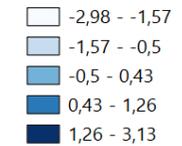
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	52 842	567,8	96,7		119,7	168,4	0,95	192,8	36,2	0,0	➔
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-15	-0,01	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3		
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-96	-0,04	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2		
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		88,1	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	2,1	↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	0	0,0	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	n.d.	n.d.

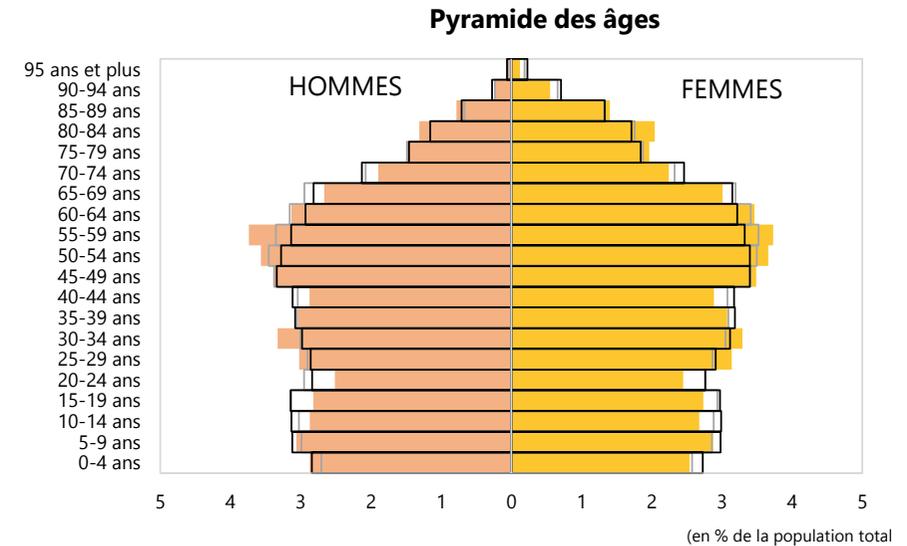
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		0,9	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	3 411	13,6	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-1,8	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	5 483	26,6	28,5	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	-0,5	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,7	3,7	●	2,5	4,0	0,5	3,3	5,8	0,0	→
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	20 980		21 800	●	21 930	21 820				1,4	↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	3 540	15,5	14,7	●	14,5	15,6				2,2	↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,8	5,8	●	5,8	5,4				1,4	↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	11 750	29,1	27,8	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-3,4	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	8 311	20,6	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	3,0	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	79,2	82,4
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	527	862,0	784,7	●	725,2	822,4	1,4	773,8	818,4	-1,0 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	107	216,5	181,6	●	175,7	183,4	1,9	182,2	180,3	0,1 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	177	332,0	294,9	●	277,8	301,6	1,8	294,8	295,6	0,3 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	158	256,2	224,3	●	212,4	231,3	1,7	224,4	223,8	-0,6 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	130	209,4	187,5	●	170,0	195,4	1,3	181,7	205,6	-2,8 ↘
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	27	42,2	34,7	●	25,0	45,4	3,5	34,6	35,0	-5,6 ↘
<b>21</b> Décès par suicide	8	15,3	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	-0,5 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	●	1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	16	26,9	25,8	●	24,8	26,6	3,4	26,0	25,2	-1,9 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	98	157,1	129,3	●	109,3	147,0	3,0	129,4	129,0	-1,5 ➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	75	139,5	124,4	●	116,2	126,2	2,4	124,2	125,7	0,9 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	32	60,3	58,0	●	53,2	59,3	1,2	57,8	58,7	-3,5 ➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

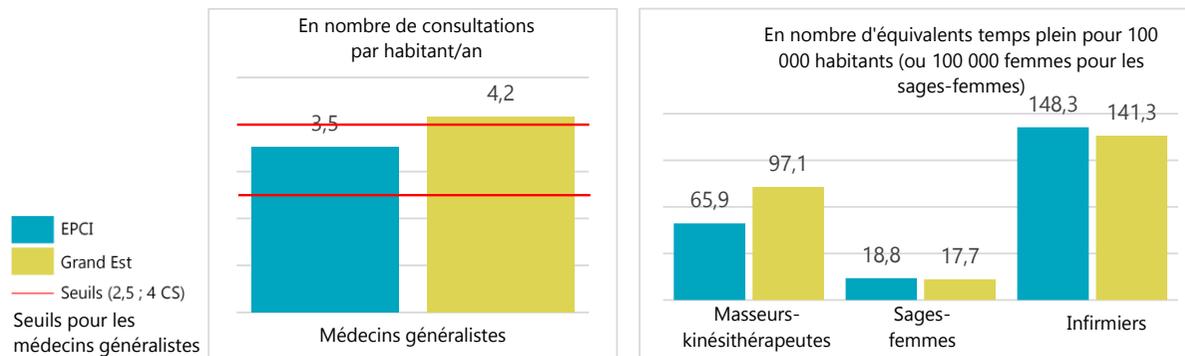
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 878	4 223	●	4 161	4 333	1,0	4 221	4 236	0,3	↗
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	151	211	●	193	230	2,5	213	201	-0,4	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	360	492	●	458	512	1,5	489	503	1,2	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	622	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	-0,4	↘
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	501	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-0,3	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	5 175	6 736	●	6 142	6 851	1,6	6 723	6 783	-0,2	↘
33	Personnes prises en charge pour AVC	923	1 204	●	1 130	1 298	1,1	1 210	1 185	-0,1	↘
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	2 209	2 882	●	2 519	2 942	2,6	2 909	2 795	-0,6	↘
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	755	990	●	932	942	1,5	974	1 040	-2,5	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	4 001	5 516	●	4 840	5 595	1,4	5 586	5 284	0,5	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	38	32	●	33	43	n.d.	36	17	-11,7	↘
38	Personnes prises en charge pour VIH	44	117	●	212	99	n.d.	131	67	11,1	↗
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 614	3 451	●	3 821	3 057	1,0	3 602	2 954	4,5	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	461	927	●	1 020	804	1,5	948	866	18,2	↗
41	Patients traités par psychotropes	4 890	7 186	●	7 149	7 084	0,5	7 201	7 142	-2,9	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 112	3 548	●	3 916	3 314	0,4	3 537	3 588	-1,2	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	2 867	4 002	●	3 902	4 011	0,5	3 998	4 018	-2,6	↘

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,5	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-1,2	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,2	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-2,8	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	65,9	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	1,5	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	18,8	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	2,9	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	148,3	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	1,9	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	52	0,1	1,8	●	1,2	1,7	63,5	1,0	4,3	5,2	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	16					75,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	13,7	14,5	●	10,6	12,7	0,0	11,1	25,8	0,1	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	10,3	12,6	●	12,5	11,2	100,0	8,3	27,0	1,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	2	7,6	11,6	●	10,5	10,2	100,0	8,0	23,7	1,1	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	10,5	10,8	●	8,6	9,0	n.d.	8,1	19,5	9,0	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	30	0,8	2,6	●	2,2	2,4	33,3	1,5	6,1	14,6	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	4,4	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	1,0	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	87	0,1	1,4	●	0,9	1,0	16,5	0,7	3,6	5,2	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	44	0,8	1,8	●	1,3	1,5	10,3	1,0	4,5	15,6	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	10,0 min	19,7 min	11,5 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	2	10,0	11,3	●	10,5	10,0	9,1	18,4	1,0	↗
60	Services de chirurgie	0	19,7	14,5	●	13,5	13,6	11,3	25,3	0,2	↗
61	Services d'obstétrique	0	19,7	14,3	●	14,8	13,1	11,6	23,6	0,2	↗
62	Services de soins de suite	2	10,0	9,3	●	9,1	9,4	7,2	16,5	1,0	↗
63	Services d'urgence	0	19,7	14,8	●	13,7	13,7	12,1	24,2	0,2	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	11,5	8,4	●	7,4	9,1	7,0	13,1	0,7	↗
65	EHPAD	5	3,8	4,0	●	3,0	3,6	2,9	7,4	2,2	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

### Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	0
soit	0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )			52,3		49,2	45,9				
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )			61,6		58,2	60,2				
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )			37,5		28,9	33,7				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	24,1				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )			75,2		71,5	73,9				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	23 723	43 112	43 256	●	40 236	41 977	0,8	43 674	41 912	0,5 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	131	2,0	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	7,6	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	979	17,6	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-2,4	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	783	11,9	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-5,1	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	2 349	35,7	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	0,6	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	192	1,6	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	6,5	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	1 055	63,0	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	2,5	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	4 041	44,9	46,8	●	47,3	46,6	1,6	46,8	46,9	-4,0	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

### Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	2 535	4,8	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-0,9	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	2 897	6,5	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	2,3	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	2 028	39,7	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	-0,8	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	741	7,4	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	1 064	3,5	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	0,7	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	1 828	24,0	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	0,7	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	200	6,6	6,6	●		3,2		9,3	6,8	12,8	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

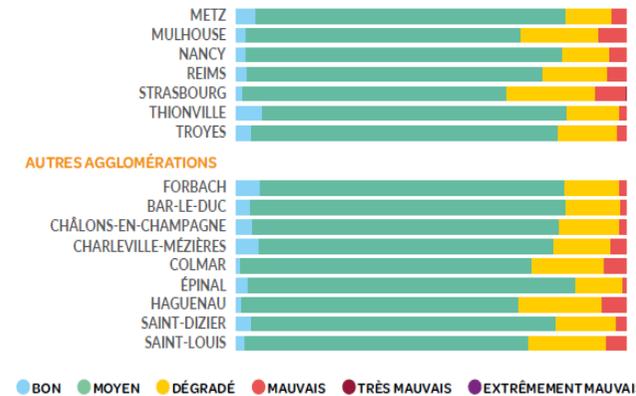
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	555	2,4	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-6,9	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	64	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-8,8	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	5 220	22,6	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-4,4	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	4 340	18,8	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	16	17,2	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,2	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	40	43,0	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	3	3,2	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,5	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-0,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	n.d.	0,8	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	85		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	3 676	13,6	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-1,2	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		50,6	91,6	●	98,3	82,3				-1,3	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	0	0,0	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,4		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,4		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3		36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	6	31,4	49,2		31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	2	25,4	20,3		16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	9	73,6	45,0		57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	1	1,0	34,7		25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

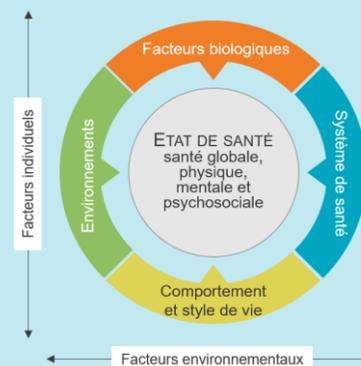
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

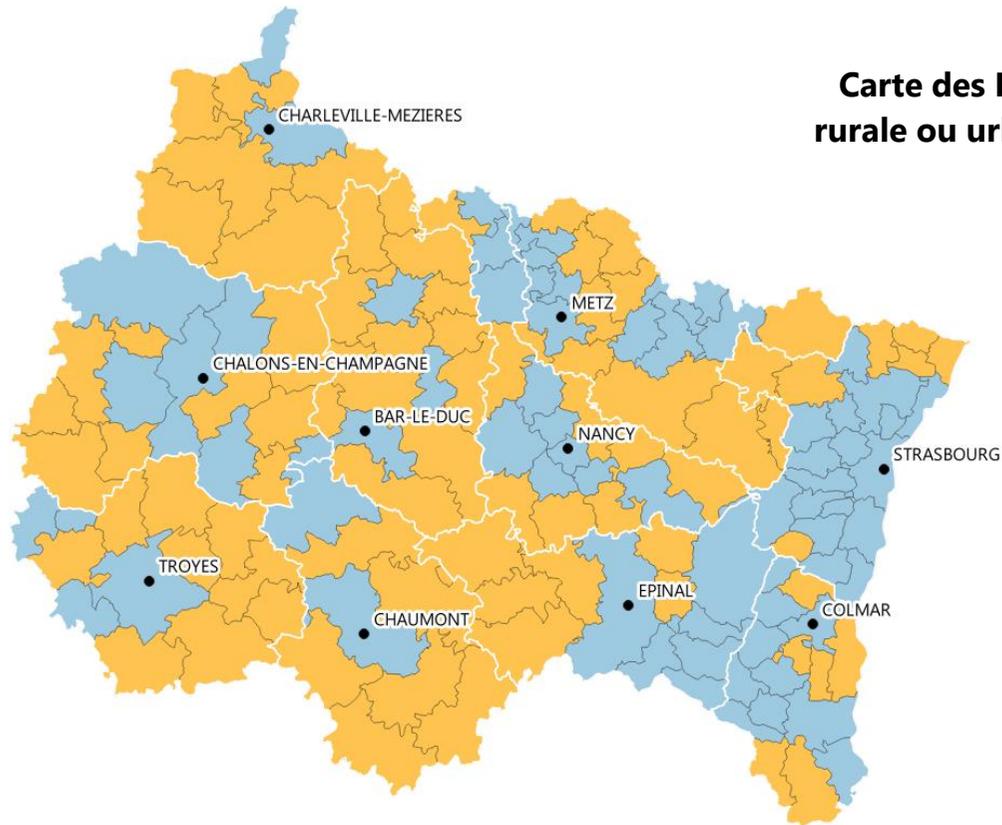
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

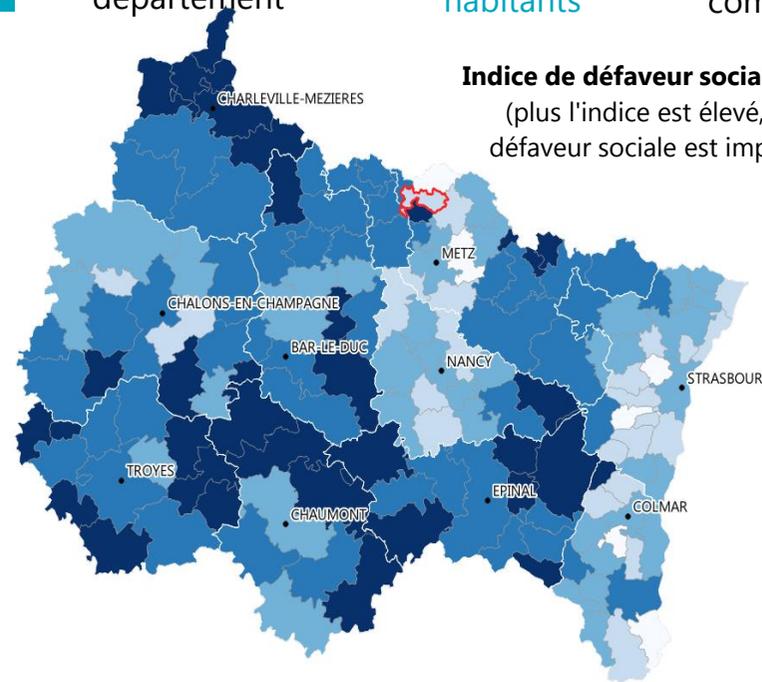
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

80 927  
habitants

13  
communes

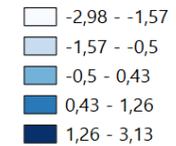
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	80 927	517,2	96,7		119,7	168,4	0,95	192,8	36,2	0,5 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	1 899	0,48	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-72	-0,02	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		89,5	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	2,1 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	5 416	6,7	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	-0,4 ↘

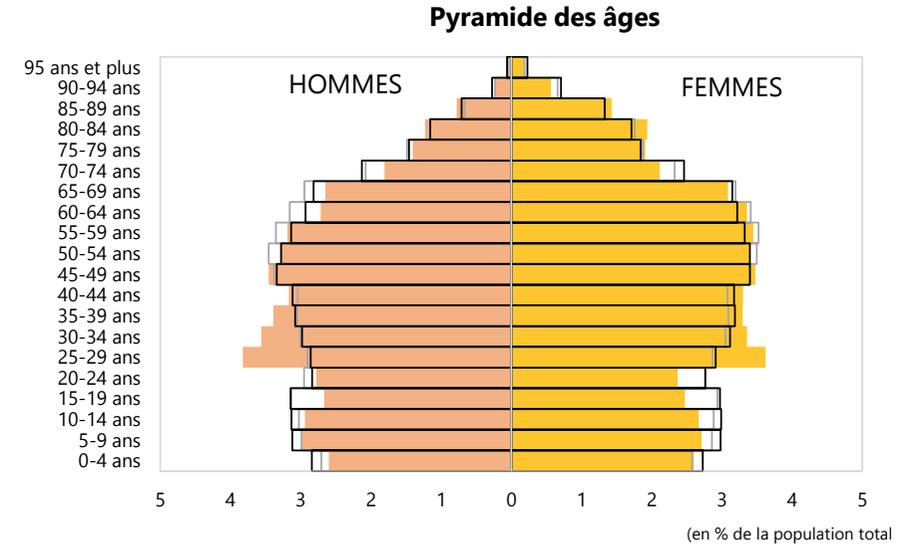
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )	-0,7	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	4 836	12,1	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-1,1	↘
8	Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	8 105	25,0	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	-1,7	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		2,9	●	2,5	4,0	0,6	3,3	5,8	-2,0	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	23 600		●	21 930	21 820				1,4	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	5 726	16,3	●	14,5	15,6				3,5	↗
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,1	●	5,8	5,4				1,5	↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	14 876	24,0	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-2,6	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	20 412	33,0	●	31,0	25,9	1,1	27,7	21,5	2,4	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	79,8	84,1
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	731	788,4	784,7	●	725,2	822,4	1,6	773,8	818,4	-1,2	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	126	174,9	181,6	●	175,7	183,4	2,1	182,2	180,3	-2,5	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	228	295,2	294,9	●	277,8	301,6	2,1	294,8	295,6	-1,7	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	214	240,4	224,3	●	212,4	231,3	2,0	224,4	223,8	0,7	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	167	175,3	187,5	●	170,0	195,4	1,7	181,7	205,6	-3,3	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	34	36,8	34,7	●	25,0	45,4	3,3	34,6	35,0	-3,0	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	8	9,4	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	-3,3	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	21	23,9	25,8	●	24,8	26,6	3,9	26,0	25,2	-5,4	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	119	130,2	129,3	●	109,3	147,0	3,2	129,4	129,0	-0,4	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	92	119,0	124,4	●	116,2	126,2	3,2	124,2	125,7	-2,6	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	43	56,7	58,0	●	53,2	59,3	0,9	57,8	58,7	-5,0	➔

**Note de lecture :** **20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

**Sources :** 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

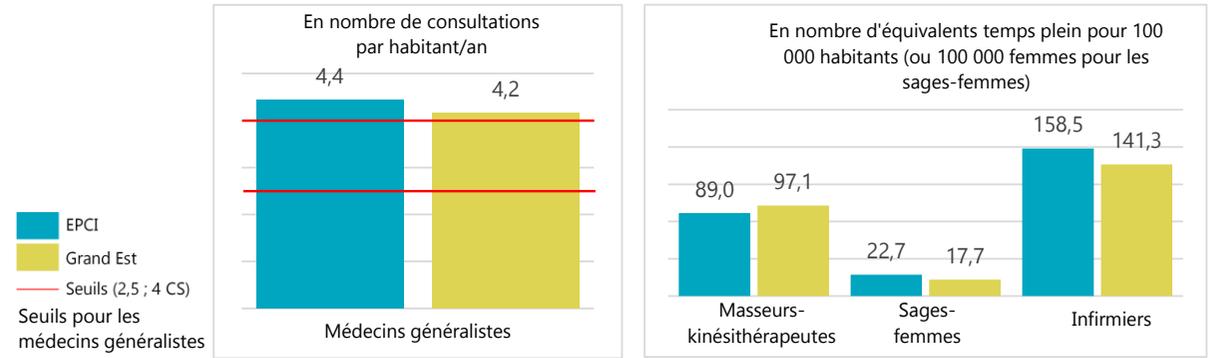
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	4 063	4 240	4 223	●	4 161	4 333	1,1	4 221	4 236	0,5	↗
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	186	194	211	●	193	230	2,8	213	201	-2,6	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	453	461	492	●	458	512	1,5	489	503	-1,0	↘
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	961	1 868	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	-0,4	↘
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	724	1 719	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-2,1	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	6 161	6 240	6 736	●	6 142	6 851	1,8	6 723	6 783	-0,4	↘
33	Personnes prises en charge pour AVC	1 184	1 184	1 204	●	1 130	1 298	1,4	1 210	1 185	-0,1	↘
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	2 643	2 706	2 882	●	2 519	2 942	3,0	2 909	2 795	0,1	→
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	910	844	990	●	932	942	1,5	974	1 040	-1,8	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	4 891	5 161	5 516	●	4 840	5 595	1,4	5 586	5 284	0,4	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	31	37	32	●	33	43	3,2	36	17	-16,0	↘
38	Personnes prises en charge pour VIH	78	93	117	●	212	99	2,6	131	67	2,2	↗
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	2 421	2 704	3 451	●	3 821	3 057	1,0	3 602	2 954	3,4	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	543	631	927	●	1 020	804	1,7	948	866	11,3	↗
41	Patients traités par psychotropes	5 997	6 380	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-3,8	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 649	2 848	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-1,1	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	3 537	3 773	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-3,2	↘

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,4	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-2,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,0	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-4,7	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	89,0	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	1,4	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	22,7	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	4,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	158,5	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	0,4	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	75	0,4	1,8	●	1,2	1,7	50,0	1,0	4,3	13,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	127					56,3					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	4,4	14,5	●	10,6	12,7	0,0	11,1	25,8	0,6	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	6	2,0	12,6	●	12,5	11,2	50,0	8,3	27,0	-5,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	11	2,9	11,6	●	10,5	10,2	81,8	8,0	23,7	8,1	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	10	2,0	10,8	●	8,6	9,0	30,0	8,1	19,5	-9,7	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	73	0,5	2,6	●	2,2	2,4	42,5	1,5	6,1	0,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	14	1,1	5,5	●	4,5	5,0	14,3	3,9	10,7	0,8	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	135	0,1	1,4	●	0,9	1,0	25,0	0,7	3,6	0,5	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	68	0,3	1,8	●	1,3	1,5	20,3	1,0	4,5	0,5	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	2,9 min	4,7 min	3,0 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	4	2,9	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	-7,2	↘
60	Services de chirurgie	3	4,7	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,1	→
61	Services d'obstétrique	1	4,7	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	0,1	→
62	Services de soins de suite	5	2,9	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	-7,2	↘
63	Services d'urgence	1	4,7	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,1	→
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	3	3,0	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	1,3	↗
65	EHPAD	10	0,5	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	-6,8	↘

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI **10**  
soit 1,7 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )			52,3		49,2	45,9				
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )			61,6		58,2	60,2				
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )			37,5		28,9	33,7				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	24,1				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )			75,2		71,5	73,9				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	37 480	42 660	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-0,8

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	274	2,7	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	8,1	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	1 303	15,6	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-2,6	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 208	10,7	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-2,1	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	5 972	53,0	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,0	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	229	1,3	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	7,1	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	1 386	54,8	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	-1,7	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	7 028	52,8	46,8	●	47,3	46,6	1,4	46,8	46,9	-6,8	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

### Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	3 585	4,4	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-0,2	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	5 181	7,3	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	1,5	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	3 136	44,2	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	0,9	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	700	4,7	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	1 412	3,0	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	1,5	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	3 002	27,2	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	1,9	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	200	4,2	4,2	●		3,2		9,3	6,8	28,5	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

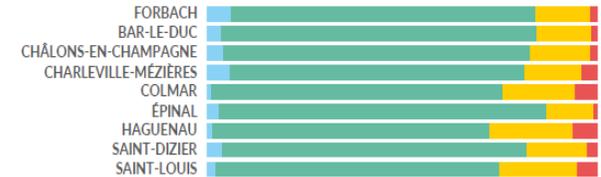
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	977	2,6	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-2,8	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	102	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-3,9	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	6 188	16,5	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,6	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	4 945	13,2	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	20	12,8	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	49	31,3	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,5	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-3,5	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	347	6,5	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	95		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	6 360	14,8	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-0,8	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		85,8	91,6	●	98,3	82,3				-1,2	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	45 222	89,4	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,4		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,4		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	13	100,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	1	2,7	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	10	86,2	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	2	11,1	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

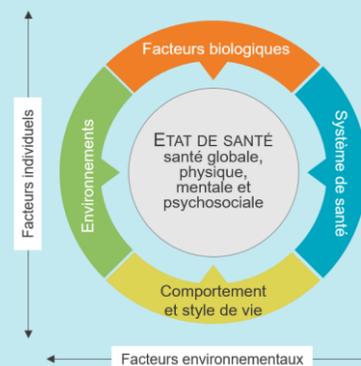
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

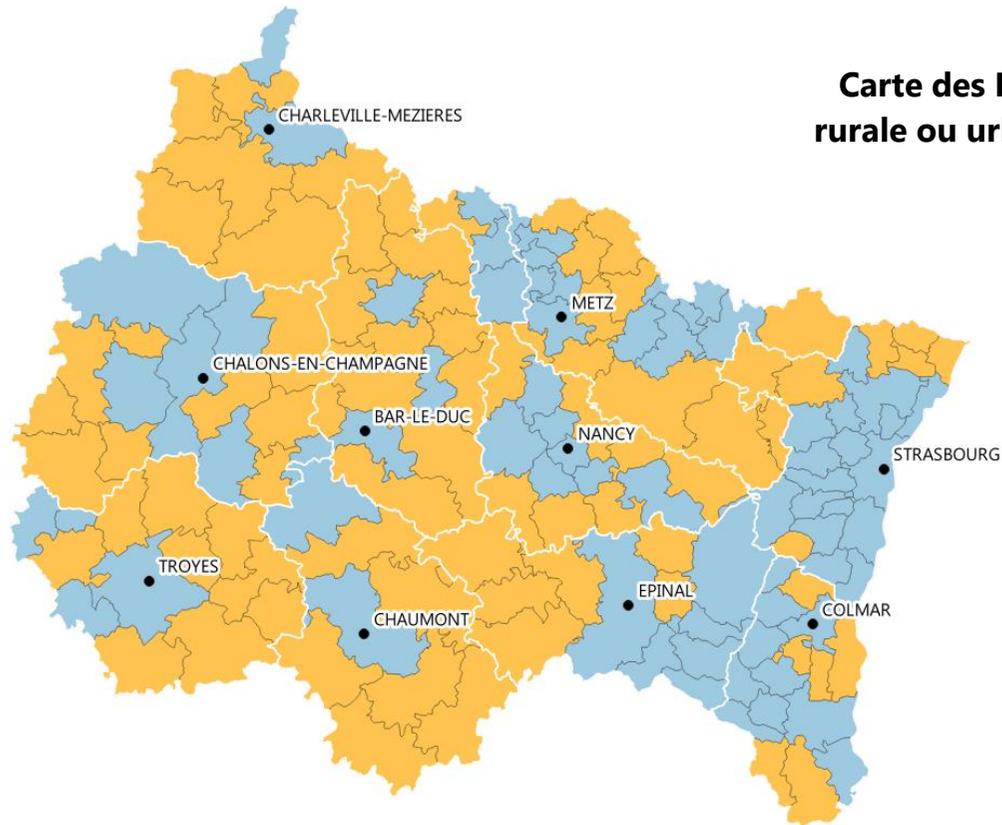
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
- Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
- 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

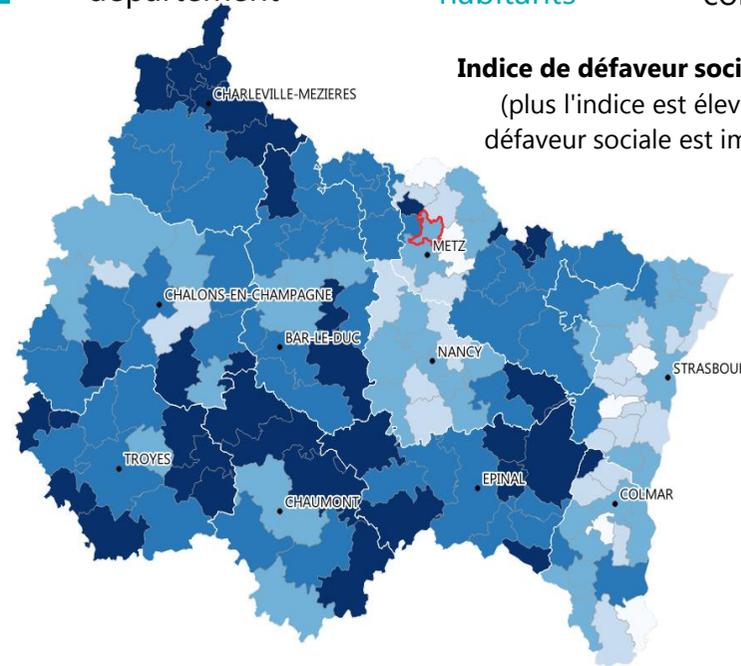
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

52 312  
habitants

20  
communes

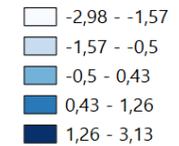
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

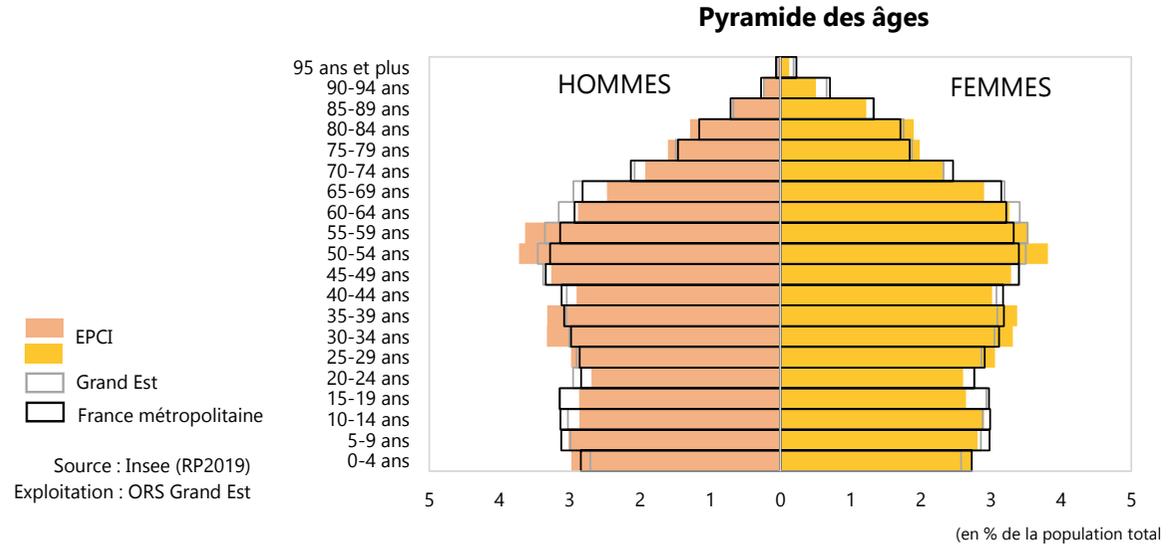
## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	52 312	414,9	96,7		119,7	168,4	0,95	192,8	36,2	0,5 
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	1 361	0,53	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-29	-0,01	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		84,1	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	1,9 
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	4 807	9,2	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	-0,2 

L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		-0,1	0,4	●		0,3		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	2 870	11,2	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-3,2 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	5 499	26,0	28,5	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	-0,5 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,5	3,7	●	2,5	4,0	0,6	3,3	5,8	1,1 ↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 070		21 800	●	21 930	21 820				1,3 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	3 082	14,2	14,7	●	14,5	15,6				3,4 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,8	5,8	●	5,8	5,4				1,3 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	9 878	25,0	27,8	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-2,6 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	10 594	26,9	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	2,4 ↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- 🟢 situation **favorable**
- 🔴 situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	79,2	85,4
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	436	774,5	784,7	●	725,2	822,4	1,5	773,8	818,4	-1,8	🟢➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	77	164,5	181,6	●	175,7	183,4	1,8	182,2	180,3	-1,8	➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	140	276,5	294,9	●	277,8	301,6	1,8	294,8	295,6	-2,5	🟢➔
<b>18</b> Décès par cancers	131	229,1	224,3	●	212,4	231,3	1,8	224,4	223,8	-1,5	➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	95	168,6	187,5	●	170,0	195,4	1,3	181,7	205,6	-6,2	🟢➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	24	41,4	34,7	●	25,0	45,4	2,6	34,6	35,0	-4,6	➔
<b>21</b> Décès par suicide	4	8,1	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	-9,7	➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	16	28,0	25,8	●	24,8	26,6	3,6	26,0	25,2	-1,2	➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	82	141,7	129,3	●	109,3	147,0	2,6	129,4	129,0	-3,2	🟢➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	60	118,9	124,4	●	116,2	126,2	2,2	124,2	125,7	-3,3	🟢➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	26	51,5	58,0	●	53,2	59,3	1,0	57,8	58,7	-3,5	➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

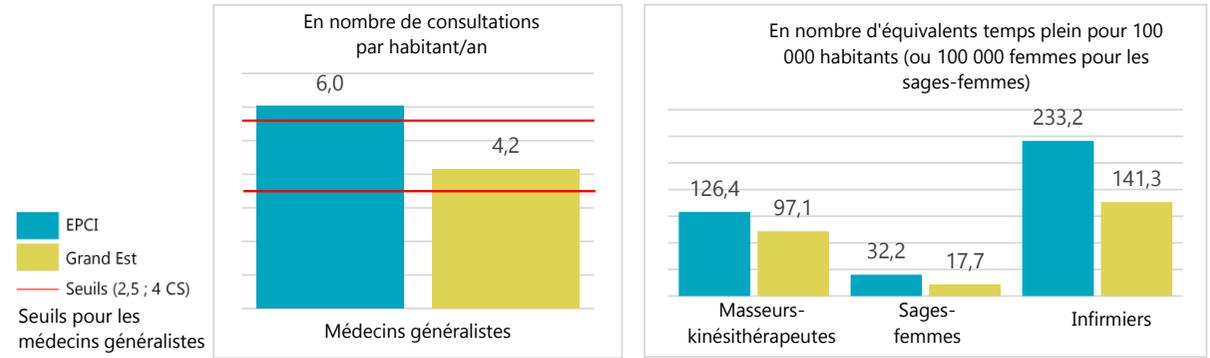
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 775	4 435	4 223	●	4 161	4 333	1,0	4 221	4 236	0,6	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	151	239	211	●	193	230	1,7	213	201	-2,6	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	340	529	492	●	458	512	1,4	489	503	5,0	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	638	1 962	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	1,1	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	449	1 559	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-1,2	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	4 391	6 807	6 736	●	6 142	6 851	1,7	6 723	6 783	0,1	→ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	801	1 246	1 204	●	1 130	1 298	1,4	1 210	1 185	-0,3	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 948	3 043	2 882	●	2 519	2 942	2,6	2 909	2 795	0,3	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	644	911	990	●	932	942	1,5	974	1 040	-2,0	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	3 642	5 828	5 516	●	4 840	5 595	1,3	5 586	5 284	0,2	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	15	n.d.	32		33	43	0,5	36	17	n.d.	n.d. !
38	Personnes prises en charge pour VIH	53	101	117	●	212	99	n.d.	131	67	13,4	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 231	2 141	3 451	●	3 821	3 057	0,9	3 602	2 954	2,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	373	667	927	●	1 020	804	1,1	948	866	10,8	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	4 038	6 644	7 186	●	7 149	7 084	0,5	7 201	7 142	-3,2	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 814	3 038	3 548	●	3 916	3 314	0,4	3 537	3 588	-1,8	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	2 296	3 783	4 002	●	3 902	4 011	0,5	3 998	4 018	-2,5	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	6,0	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-1,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	5,4	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-2,8	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	126,4	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	3,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	32,2	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	3,8	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	233,2	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	2,1	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	42	1,2	●	1,2	1,7	57,1	1,0	4,3	5,5	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	6					83,3				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	7,0	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	2,3	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	13,4	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	14,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	7,2	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	1,0	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	4,8	●	8,6	9,0	100,0	8,1	19,5	-6,8	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	21	1,7	●	2,2	2,4	47,6	1,5	6,1	-0,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	6	2,4	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	1,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	98	0,6	●	0,9	1,0	22,1	0,7	3,6	2,2	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	36	0,9	●	1,3	1,5	11,1	1,0	4,5	13,2	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

### Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	12,5 min	14,0 min	8,7 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

### Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	12,5	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	0,3	↗
60	Services de chirurgie	0	13,8	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,3	↗
61	Services d'obstétrique	0	14,0	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	0,3	↗
62	Services de soins de suite	0	12,7	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	0,3	↗
63	Services d'urgence	0	14,0	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,3	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	8,7	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	1,0	↗
65	EHPAD	6	1,7	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	-4,7	↘

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	0
soit	0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum (part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (part pour 100 personnes de 16 ans)		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents (part pour 100 enfants de moins de 16 ans)		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	23 631	43 257	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-0,1

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	135	2,0	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	5,0	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	842	14,9	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-1,8	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	696	10,8	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-0,8	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	3 008	46,5	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,4	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	200	1,7	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	10,7	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	1 079	61,9	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	1,3	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	4 522	50,5	46,8	●	47,3	46,6	1,5	46,8	46,9	-3,8	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	1 849	3,5	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-1,6	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	2 380	5,4	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	2,6	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 783	38,0	42,8	●	42,7	41,2	0,3	43,5	40,5	0,0	→
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	664	6,9	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	627	2,1	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	2,0	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	1 644	21,6	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	1,1	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	14	0,5	0,5	●		3,2		9,3	6,8	-0,3	↘ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

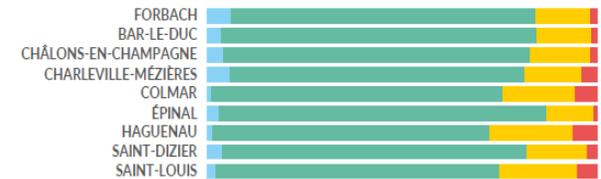
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	613	2,7	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-3,6	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	56	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-6,1	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 995	13,2	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,1	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	3 314	14,6	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	17	13,5	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	66	52,4	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	4	3,2	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,9	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-2,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	150	2,7	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	143		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	2	10,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	3 880	14,3	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-2,4	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		110,8	91,6	●	98,3	82,3				-0,9	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	11 585	42,1	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,4		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,4		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	6	31,2	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	1	5,8	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	4	5,5	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	15	88,7	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

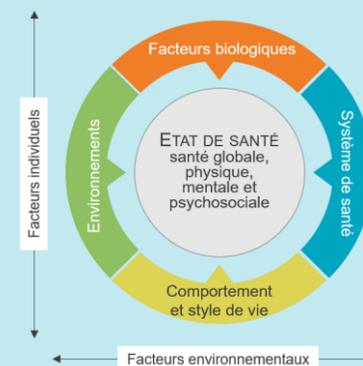
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

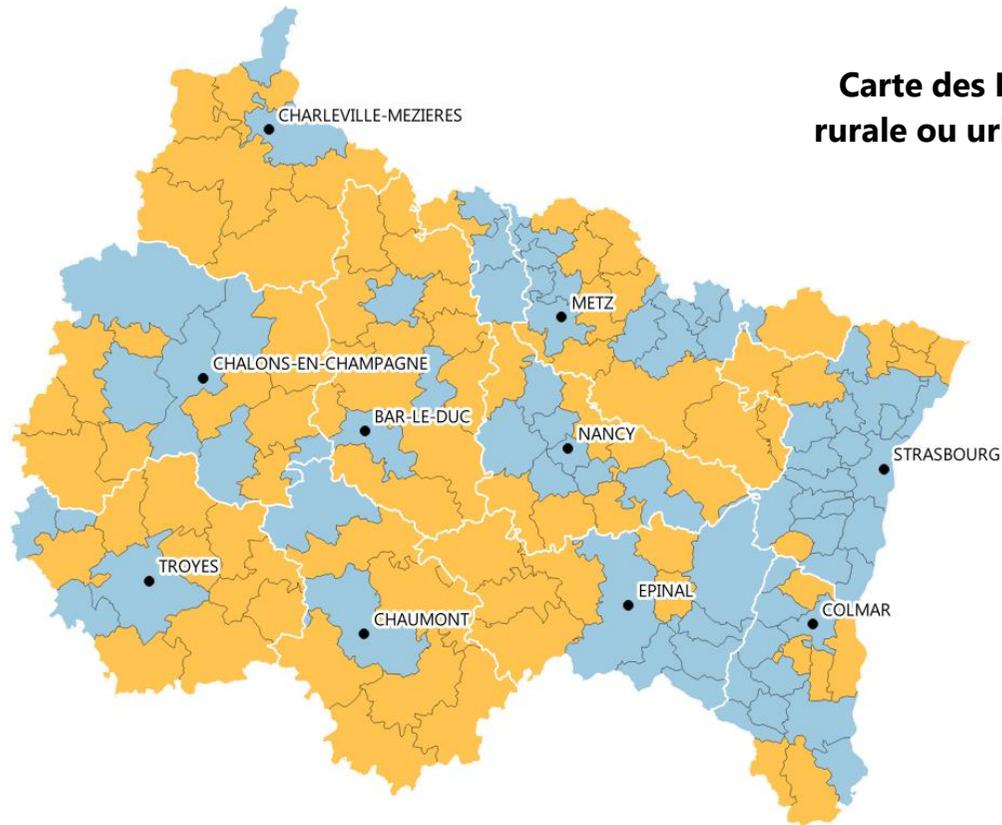
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

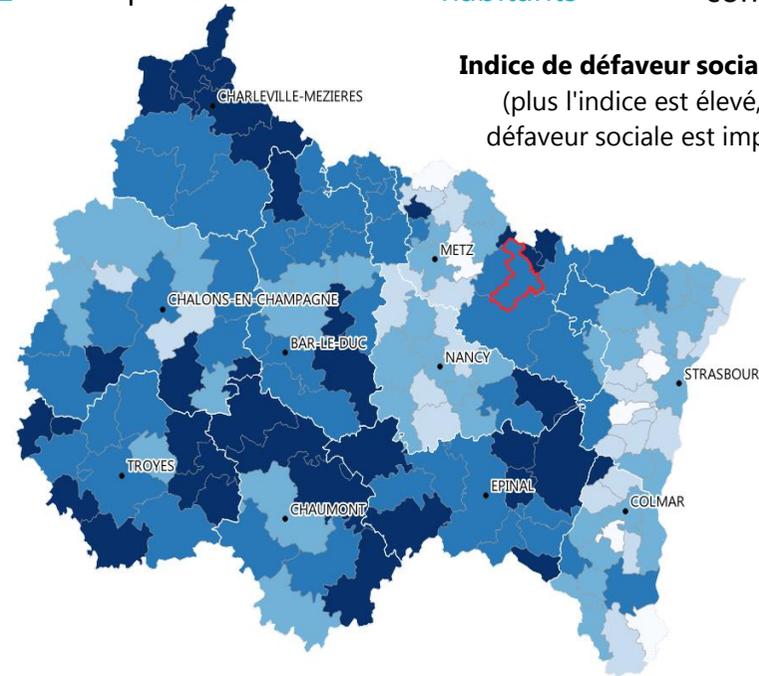
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

52 757  
habitants

41  
communes

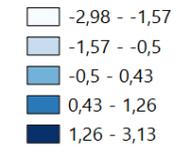
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



Grand Est : 0,4

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	52 757	151,8	96,7		119,7	168,4	0,94	192,8	36,2	-0,5 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-1 290	-0,48	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-1 768	-0,66	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		92,3	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	2,9 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	12 467	23,6	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,4 ↗

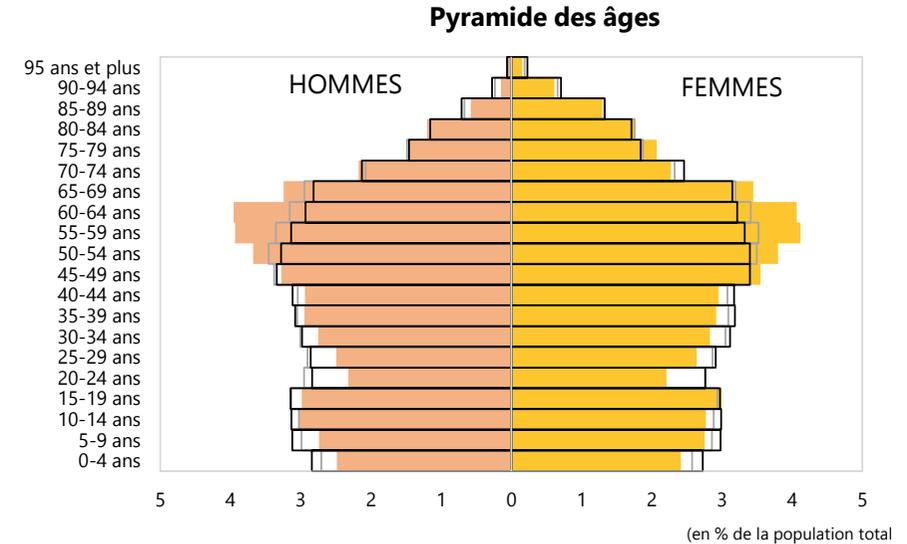
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		1,3	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	3 511	15,1	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-1,6	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	5 436	30,5	28,5	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	1,5	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,8	3,7	●	2,5	4,0	0,5	3,3	5,8	-2,1	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	20 640		21 800	●	21 930	21 820				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	3 742	16,5	14,7	●	14,5	15,6				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		6,7	5,8	●	5,8	5,4				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	12 140	29,9	27,8	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-3,0	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	8 414	20,7	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	2,8	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➡ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- 🟢 situation **favorable**
- 🔴 situation **défavorable**

### Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	78,5	84,9
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

### Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	512	822,0	784,7	●	725,2	822,4	1,7	773,8	818,4	-1,7	🟢
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	103	189,2	181,6	●	175,7	183,4	2,5	182,2	180,3	-1,8	➡
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	189	319,3	294,9	●	277,8	301,6	2,3	294,8	295,6	-0,8	➡
<b>18</b>	Décès par cancers	148	232,7	224,3	●	212,4	231,3	2,2	224,4	223,8	-1,5	➡
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	117	190,2	187,5	●	170,0	195,4	1,4	181,7	205,6	-5,8	🟢
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	32	50,1	34,7	●	25,0	45,4	3,8	34,6	35,0	-0,8	➡
<b>21</b>	Décès par suicide	7	13,2	13,4	●	13,2	10,7	3,1	12,9	15,4	-5,9	➡
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	21	31,7	25,8	●	24,8	26,6	3,1	26,0	25,2	3,9	➡
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	98	154,4	129,3	●	109,3	147,0	3,1	129,4	129,0	-1,9	➡
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	79	134,1	124,4	●	116,2	126,2	3,0	124,2	125,7	-1,4	➡
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	35	57,7	58,0	●	53,2	59,3	1,4	57,8	58,7	-5,6	🟢

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

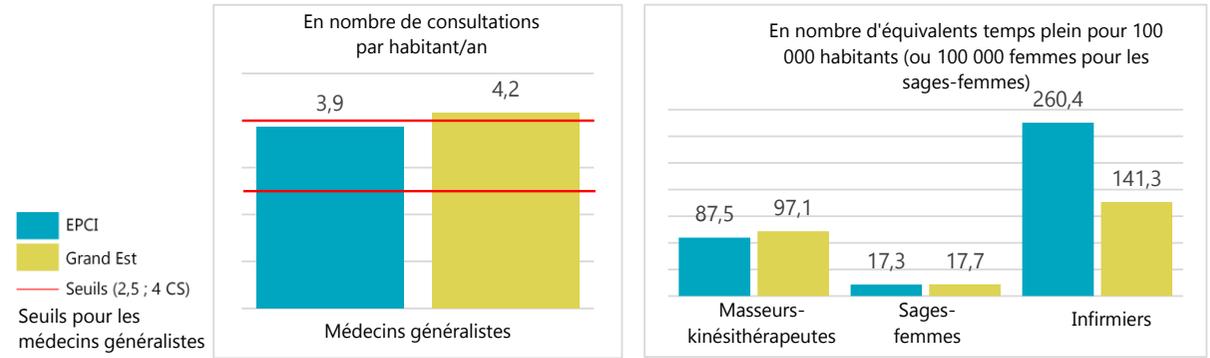
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 985	4 223	●	4 161	4 333	1,1	4 221	4 236	0,4	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	174	211	●	193	230	1,6	213	201	-2,0	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	372	492	●	458	512	1,5	489	503	0,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	671	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	0,5	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	560	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	0,4	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	4 937	6 736	●	6 142	6 851	1,6	6 723	6 783	-1,1	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	1 090	1 204	●	1 130	1 298	1,2	1 210	1 185	-2,5	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 996	2 882	●	2 519	2 942	2,7	2 909	2 795	-1,3	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	686	990	●	932	942	1,5	974	1 040	-3,1	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	4 013	5 516	●	4 840	5 595	1,2	5 586	5 284	0,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	18	32		33	43	n.d.	36	17	n.d.	n.d. !
38	Personnes prises en charge pour VIH	29	117	●	212	99	2,8	131	67	5,1	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	2 304	3 451	●	3 821	3 057	1,0	3 602	2 954	4,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	566	927	●	1 020	804	1,9	948	866	8,3	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	4 809	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-2,6	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 118	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-1,4	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	2 709	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-1,8	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans		
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,9	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-2,3	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,6	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-2,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		87,5	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	5,1	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		17,3	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	10,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		260,4	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	1,4	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	36	2,4	1,8	●	1,2	1,7	58,3	1,0	4,3	18,2	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	55					52,7					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	11,5	14,5	●	10,6	12,7	100,0	11,1	25,8	-14,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	4	10,6	12,6	●	12,5	11,2	75,0	8,3	27,0	-0,3	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	5	7,6	11,6	●	10,5	10,2	60,0	8,0	23,7	4,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	3	9,3	10,8	●	8,6	9,0	100,0	8,1	19,5	0,6	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	36	2,5	2,6	●	2,2	2,4	41,7	1,5	6,1	2,2	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	11	6,2	5,5	●	4,5	5,0	18,2	3,9	10,7	2,1	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	189	0,9	1,4	●	0,9	1,0	16,0	0,7	3,6	-3,1	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	44	1,7	1,8	●	1,3	1,5	22,9	1,0	4,5	1,0	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	10,5 min	11,5 min	9,2 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	3	10,5	11,3	●	10,5	10,0	9,1	18,4	1,0	↗
60	Services de chirurgie	2	11,5	14,5	●	13,5	13,6	11,3	25,3	0,4	↗
61	Services d'obstétrique	1	11,5	14,3	●	14,8	13,1	11,6	23,6	0,4	↗
62	Services de soins de suite	1	10,2	9,3	●	9,1	9,4	7,2	16,5	1,3	↗
63	Services d'urgence	1	11,5	14,8	●	13,7	13,7	12,1	24,2	0,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,2	8,4	●	7,4	9,1	7,0	13,1	0,7	↗
65	EHPAD	4	5,6	4,0	●	3,0	3,6	2,9	7,4	0,7	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI **2**  
soit 0,3 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9						
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2						
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7						
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1						
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9						
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	22 812	41 254	43 256	●	40 236	41 977	0,8	43 674	41 912	-1,2	↘

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	160	2,4	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	13,9	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	1 111	20,0	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-1,1	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	821	14,8	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-3,6	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 809	32,7	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,5	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	235	2,0	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	5,8	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	783	52,9	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	4,8	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 711	40,7	46,8	●	47,3	46,6	1,5	46,8	46,9	-4,9	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	3 044	5,8	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-0,9	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	3 796	8,5	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	2,2	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 916	39,8	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	-0,7	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	630	6,0	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	1 292	4,3	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	2,0	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	1 639	23,0	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	1,9	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	108	3,6	3,6	●		3,2		9,3	6,8	15,7	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

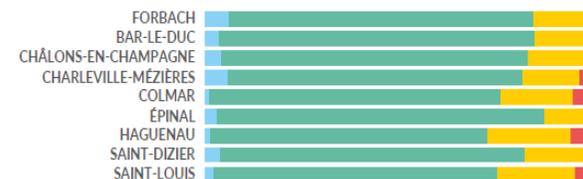
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	352	1,5	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-10,7	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	40	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-10,0	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 544	15,1	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,0	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	4 448	19,0	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	10	2,9	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	-2,3	⬇️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	76	21,9	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	27	7,8	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,4	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-13,8	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 918	14,0	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	121		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	5	12,2	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	3 392	13,0	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-2,2	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		95,8	91,6	●	98,3	82,3				-1,1	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	27 195	90,3	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,8	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	31	26,4	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	4	3,3	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	37	96,7	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

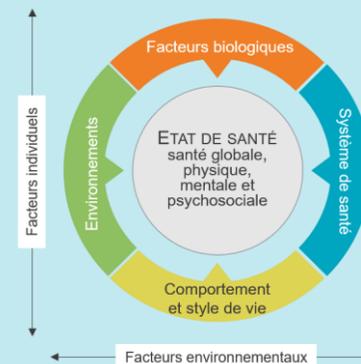
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

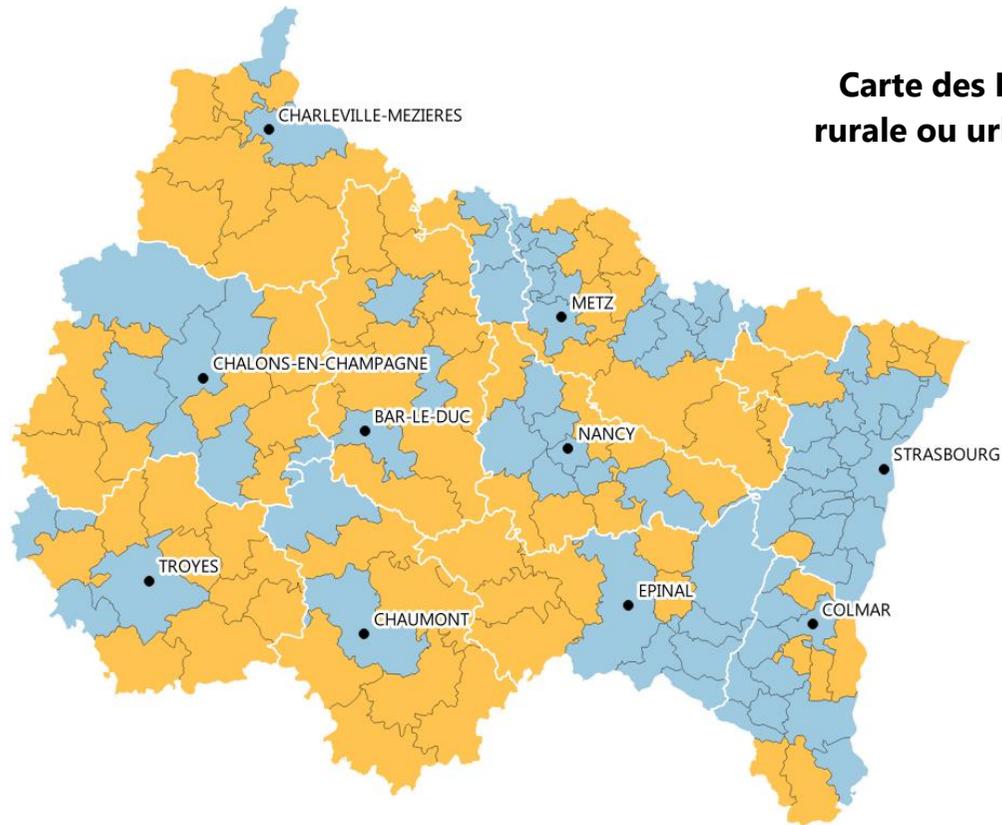
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

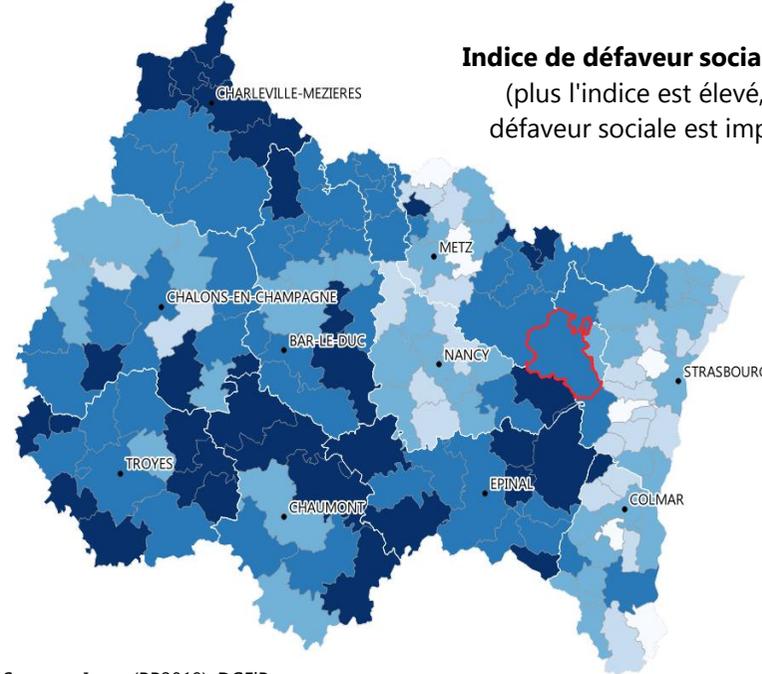
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Moselle  
département

**45 573**  
habitants

**76**  
communes

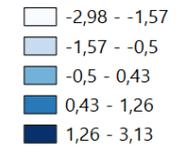
EPCI à dominante  
rurale



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	45 573	56,3	96,7		119,7	168,4	0,99	192,8	36,2	-0,3 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-621	-0,27	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-505	-0,22	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		103,1	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	3,1 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	26 732	58,7	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	-0,1 ↘

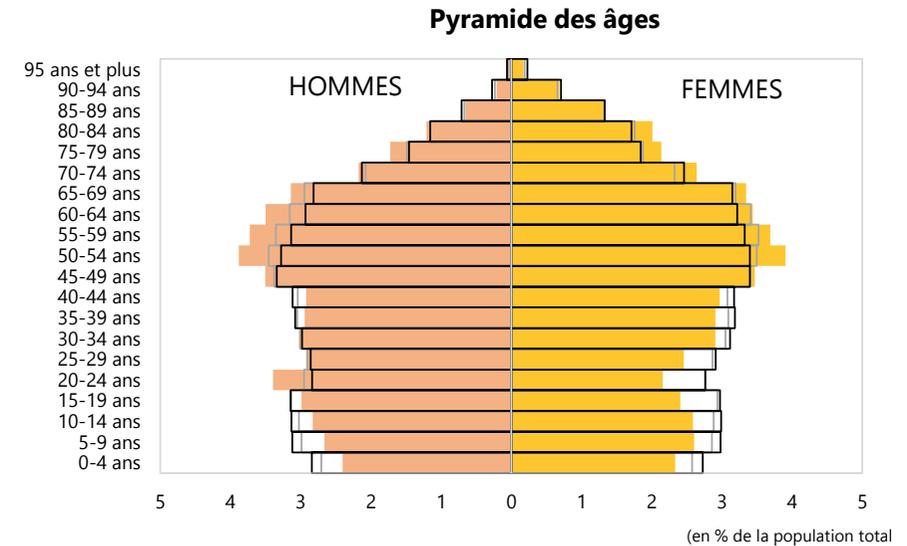
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )	0,7	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	2 468	11,6	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-1,2	↘
8	Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	4 914	29,0	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	-1,0	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,2	●	2,5	4,0	0,7	3,3	5,8	-3,1	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 310		●	21 930	21 820				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	2 437	12,5	●	14,5	15,6				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,5	●	5,8	5,4				n.d.	n.d.
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	10 642	30,1	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-3,1	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	7 337	20,7	●	31,0	25,9	0,9	27,7	21,5	2,9	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	78,7	82,7
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	504	881,8	784,7	●	725,2	822,4	1,6	773,8	818,4	-0,2 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	87	200,2	181,6	●	175,7	183,4	1,9	182,2	180,3	1,2 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	155	316,6	294,9	●	277,8	301,6	2,0	294,8	295,6	0,2 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	117	209,5	224,3	●	212,4	231,3	1,7	224,4	223,8	-2,3 ↘
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	131	223,3	187,5	●	170,0	195,4	1,3	181,7	205,6	-2,9 ↘
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	32	54,9	34,7	●	25,0	45,4	4,1	34,6	35,0	-3,2 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	6	12,6	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	-3,6 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	16	28,1	25,8	●	24,8	26,6	4,9	26,0	25,2	1,6 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	78	135,8	129,3	●	109,3	147,0	3,7	129,4	129,0	-4,6 ↘
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	65	133,2	124,4	●	116,2	126,2	3,2	124,2	125,7	0,0 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	33	68,0	58,0	●	53,2	59,3	1,0	57,8	58,7	-1,1 ➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

**Sources : 15-26.** Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
Grand Est	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
France métrop.	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

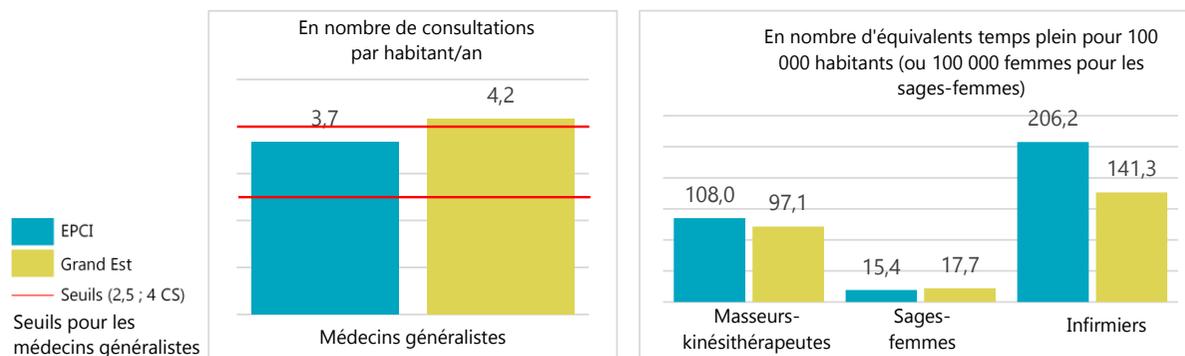
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 592	4 466	4 223	●	4 161	4 333	1,0	4 221	4 236	1,3	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	116	191	211	●	193	230	2,8	213	201	-1,0	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	260	421	492	●	458	512	1,3	489	503	0,1	→ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	633	2 049	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	1,7	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	494	1 864	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	0,6	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 944	6 538	6 736	●	6 142	6 851	1,8	6 723	6 783	0,3	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	767	1 268	1 204	●	1 130	1 298	1,3	1 210	1 185	0,0	→ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 369	2 280	2 882	●	2 519	2 942	3,2	2 909	2 795	1,9	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	695	1 074	990	●	932	942	1,5	974	1 040	-1,8	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	3 336	5 699	5 516	●	4 840	5 595	1,5	5 586	5 284	0,8	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	18	n.d.	32		33	43	n.d.	36	17	n.d.	n.d.
38	Personnes prises en charge pour VIH	35	70	117	●	212	99	n.d.	131	67	2,1	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 768	3 612	3 451	●	3 821	3 057	1,1	3 602	2 954	3,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	474	986	927	●	1 020	804	1,6	948	866	8,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	4 626	8 368	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-2,7	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 223	4 158	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	0,0	→ !
43	Patients traités par anxiolytiques	2 632	4 711	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-2,7	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

### Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



### Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,7	4,2	●	3,9	4,0	4,4	3,3	-0,4	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,1	3,7	●	3,1	3,6	4,0	3,0	-3,9	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		108,0	97,1	●	104,0	91,6	105,3	70,9	8,8	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		15,4	17,7	●	17,3	20,3	19,0	13,0	21,2	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		206,2	141,3	●	146,5	193,2	149,9	114,4	4,9	⬆️ !

### Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	32	4,0	1,8	●	1,2	1,7	65,6	1,0	4,3	2,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	23					70,8					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	4	10,8	14,5	●	10,6	12,7	50,0	11,1	25,8	1,1	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	10,5	12,6	●	12,5	11,2	100,0	8,3	27,0	0,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	10,8	11,6	●	10,5	10,2	0,0	8,0	23,7	1,1	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	2	10,2	10,8	●	8,6	9,0	100,0	8,1	19,5	0,6	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	28	5,4	2,6	●	2,2	2,4	42,9	1,5	6,1	2,6	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	5	7,6	5,5	●	4,5	5,0	40,0	3,9	10,7	-2,3	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	118	2,2	1,4	●	0,9	1,0	18,5	0,7	3,6	0,9	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	50	2,6	1,8	●	1,3	1,5	14,0	1,0	4,5	-1,8	⬆️ !

**Notes de lecture :** 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

**Sources :** 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	10,5 min	10,8 min	8,4 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	1	10,5	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	1,0	↗
60	Services de chirurgie	1	10,8	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	1,1	↗
61	Services d'obstétrique	1	10,8	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	1,1	↗
62	Services de soins de suite	2	10,3	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	1,0	↗
63	Services d'urgence	1	10,8	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	1,1	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	8,4	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	1,0	↗
65	EHPAD	7	4,9	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	1,0	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	6
soit	1,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	20 397	43 164	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-0,6 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	89	1,6	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	7,1	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	775	15,5	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-2,7	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	645	12,7	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-3,8	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 619	32,0	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,5	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	122	1,3	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	5,3	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	692	54,0	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	-0,4	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 696	50,4	46,8	●	47,3	46,6	1,3	46,8	46,9	-3,3	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

### Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	1 581	3,5	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-3,1	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	2 735	7,0	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	2,6	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 653	38,4	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	-0,6	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	661	7,3	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	1 040	4,0	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	1,6	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	1 285	21,6	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	1,0	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	194	7,4	7,4	●		3,2		9,3	6,8	24,0	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

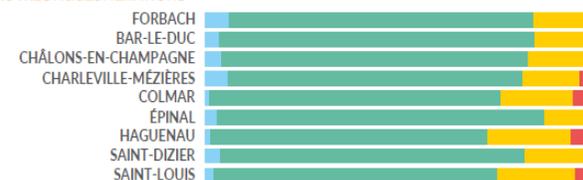
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	360	1,8	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-6,0	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	47	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-9,7	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	5 457	27,3	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,2	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	3 985	19,9	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	10	1,2	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	-1,7	⬇️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	53	6,5	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,1	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,6	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-2,2	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	5 041	14,7	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	441		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	4 130	17,8	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-2,0	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		92,0	91,6	●	98,3	82,3				-0,8	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	24 739	83,3	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,2		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,7		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,2		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		8,5	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	15	8,8	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	61	91,2	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ↗ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ↘ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

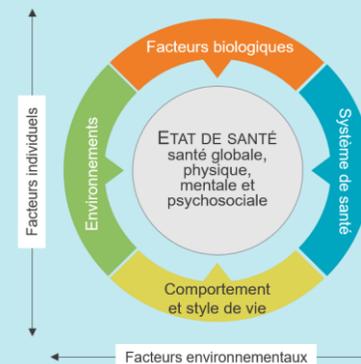
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

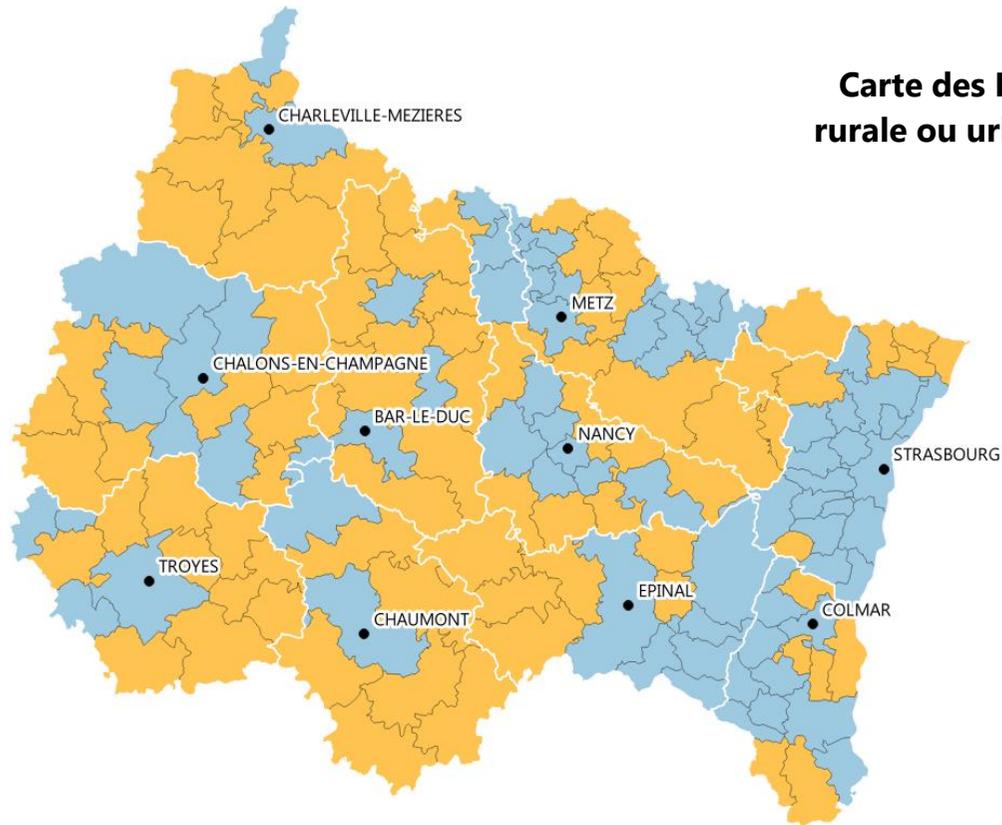
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

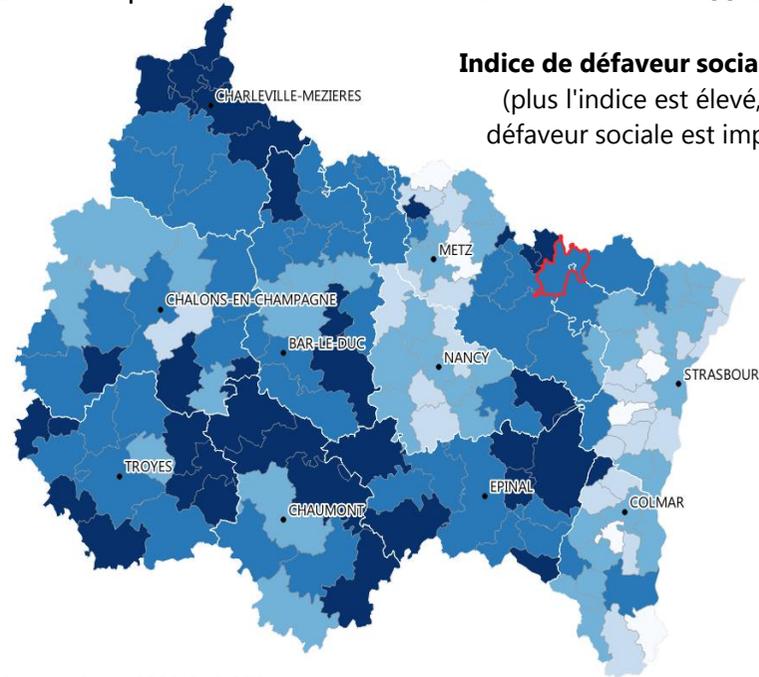
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Moselle  
département

**64 271**  
habitants

**38**  
communes

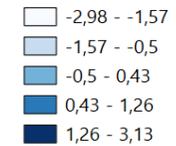
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	64 271	188,8	96,7		119,7	168,4	0,96	192,8	36,2	-0,5 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-1 516	-0,47	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-873	-0,27	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		103,7	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	3,3 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	16 773	26,1	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,0 →

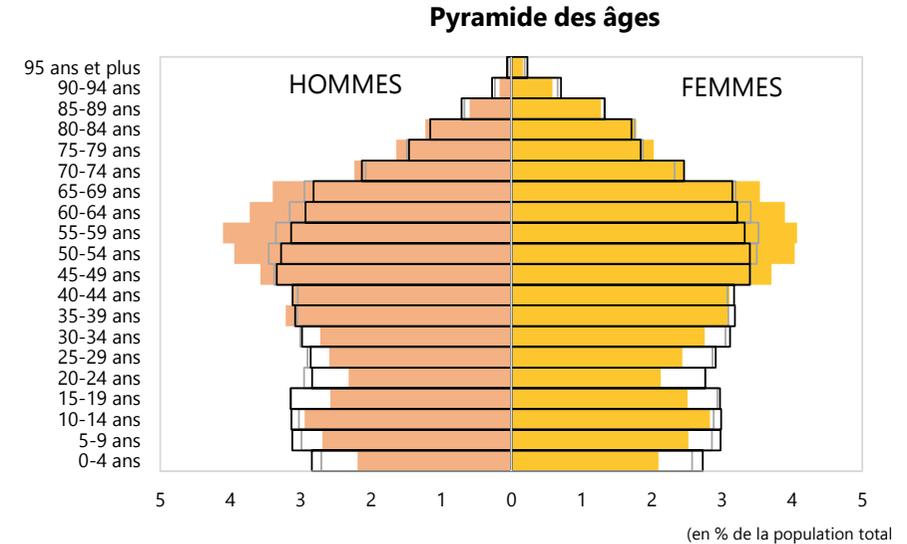
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )	0,6	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	3 985	13,1	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-2,3	↘
8	Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	6 953	29,3	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	0,8	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,8	●	2,5	4,0	0,6	3,3	5,8	-0,5	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 770		●	21 930	21 820				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	4 010	14,3	●	14,5	15,6				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,7	●	5,8	5,4				n.d.	n.d.
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	14 272	28,3	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-3,2	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	11 338	22,5	●	31,0	25,9	1,1	27,7	21,5	2,2	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➡ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- 🟢 situation **favorable**
- 🔴 situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

			
<b>EPCI</b>	77,6	83,5	
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7	
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5	Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	647	842,9	784,7	●	725,2	822,4	1,6	773,8	818,4	-1,3	🟢➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	115	174,9	181,6	●	175,7	183,4	1,9	182,2	180,3	-1,7	➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	221	305,3	294,9	●	277,8	301,6	1,9	294,8	295,6	-1,0	➔
<b>18</b> Décès par cancers	172	219,5	224,3	●	212,4	231,3	1,8	224,4	223,8	-1,3	➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	160	209,0	187,5	●	170,0	195,4	1,5	181,7	205,6	-3,7	🟢➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	33	42,3	34,7	●	25,0	45,4	3,0	34,6	35,0	-0,7	➔
<b>21</b> Décès par suicide	8	10,3	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	-6,8	➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	n.d.
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	19	23,7	25,8	●	24,8	26,6	4,1	26,0	25,2	-5,5	🟢➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	118	149,5	129,3	●	109,3	147,0	2,6	129,4	129,0	-2,4	🟢➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	96	131,7	124,4	●	116,2	126,2	2,7	124,2	125,7	-1,1	➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	45	63,1	58,0	●	53,2	59,3	1,1	57,8	58,7	-0,3	➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

**Sources : 15-26.** Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

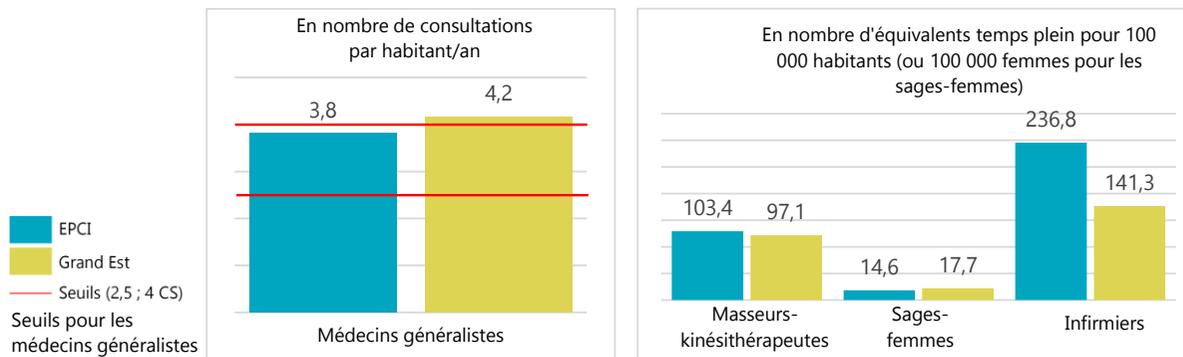
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	3 814	4 223	●	4 161	4 333	1,1	4 221	4 236	1,3	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	193	211	●	193	230	2,0	213	201	1,2	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	375	492	●	458	512	1,5	489	503	0,4	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	844	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	1,0	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	695	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-0,4	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	6 512	6 736	●	6 142	6 851	1,6	6 723	6 783	0,9	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	1 201	1 204	●	1 130	1 298	1,2	1 210	1 185	3,1	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	2 913	2 882	●	2 519	2 942	2,5	2 909	2 795	1,0	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	991	990	●	932	942	1,3	974	1 040	-0,9	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	4 862	5 516	●	4 840	5 595	1,4	5 586	5 284	1,1	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	23	32	●	33	43	n.d.	36	17	-7,8	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	41	117	●	212	99	n.d.	131	67	5,9	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	2 593	3 451	●	3 821	3 057	1,1	3 602	2 954	5,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	658	927	●	1 020	804	1,8	948	866	11,7	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	6 271	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-2,5	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 798	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-0,5	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	3 633	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-2,5	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,8	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-1,0	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,2	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-3,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	103,4	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	4,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	14,6	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	3,8	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	236,8	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	3,2	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	47	2,3	1,8	●	1,2	1,7	58,3	1,0	4,3	7,3	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	54					64,8					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	5	11,0	14,5	●	10,6	12,7	40,0	11,1	25,8	0,5	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	10,0	12,6	●	12,5	11,2	100,0	8,3	27,0	0,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	4	10,1	11,6	●	10,5	10,2	25,0	8,0	23,7	0,8	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	3	9,8	10,8	●	8,6	9,0	66,7	8,1	19,5	2,8	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	36	2,8	2,6	●	2,2	2,4	47,2	1,5	6,1	1,5	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	7,0	5,5	●	4,5	5,0	25,0	3,9	10,7	6,4	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	187	0,9	1,4	●	0,9	1,0	12,0	0,7	3,6	5,5	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	61	1,6	1,8	●	1,3	1,5	11,5	1,0	4,5	-6,0	⬇️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	7,7 min	11,0 min	8,7 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	3	7,7	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	1,9	↗
60	Services de chirurgie	1	11,0	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,6	↗
61	Services d'obstétrique	1	11,0	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	0,6	↗
62	Services de soins de suite	2	7,4	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	1,0	↗
63	Services d'urgence	1	11,0	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,6	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	8,7	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	1,0	↗
65	EHPAD	7	4,4	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	1,2	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI **1**  
soit 0,2 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )			52,3		49,2	45,9				
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )			61,6		58,2	60,2				
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )			37,5		28,9	33,7				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	24,1				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )			75,2		71,5	73,9				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	26 462	40 519	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-0,5 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

## Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	209	2,6	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	1,7	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	1 191	19,4	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-2,0	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	941	14,3	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-4,3	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	2 312	35,2	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	0,9	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	308	2,4	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	10,1	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	753	48,0	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	0,1	→ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	4 952	48,0	46,8	●	47,3	46,6	1,5	46,8	46,9	-4,2	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	3 134	4,9	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-3,3	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	4 414	8,2	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	1,4	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	2 324	42,0	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	0,4	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	868	6,7	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	1 700	4,5	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	3,0	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	2 183	25,8	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	3,2	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	89	2,4	2,4	●		3,2		9,3	6,8	91,1	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

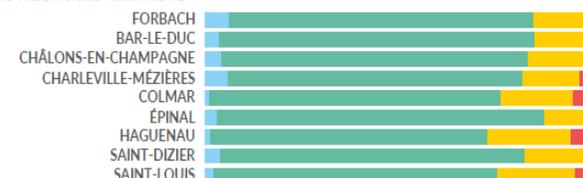
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	670	2,3	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-0,5	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	79	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	0,0	→
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	5 220	17,9	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,2	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	5 513	18,9	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	8	2,3	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	51	15,0	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	3	0,9	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,0	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-1,5	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 275	16,3	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	235		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	2	5,3	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	5 025	15,4	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-1,1	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		102,3	91,6	●	98,3	82,3				-0,6	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	18 698	50,2	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,8		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,7		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		1,4	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	14	24,8	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	12	18,0	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	26	82,0	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

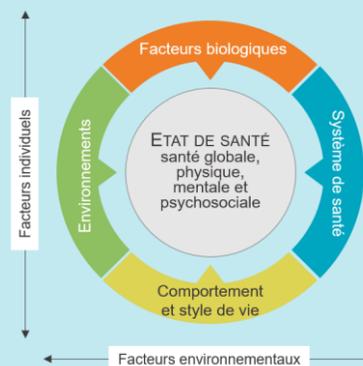
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

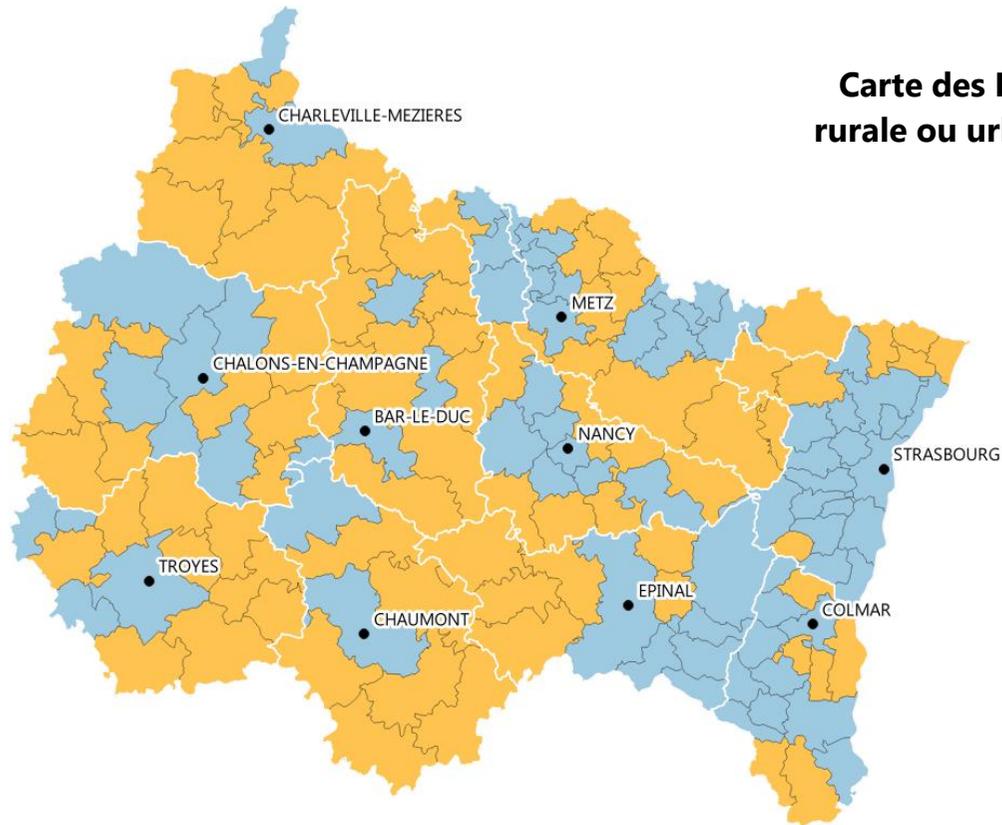
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

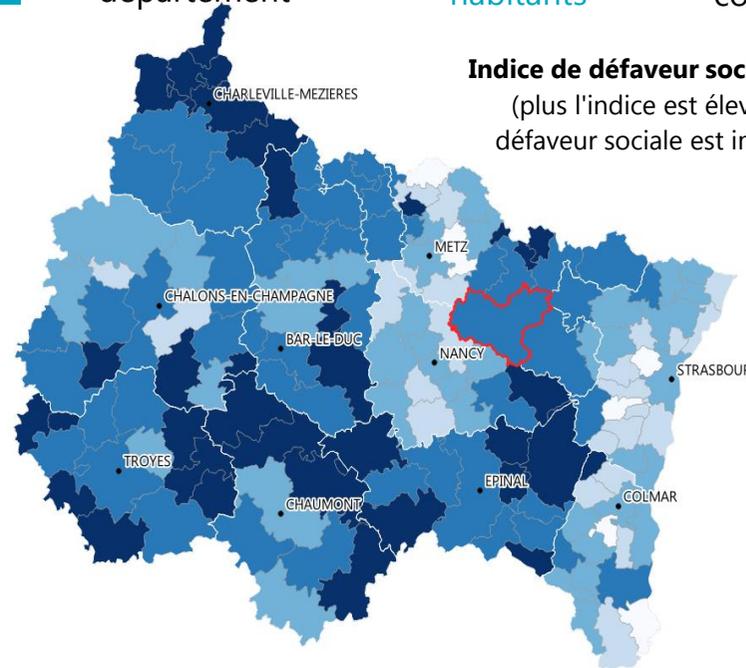
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

28 525  
habitants

128  
communes

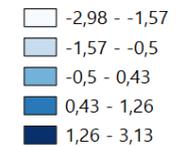
EPCI à dominante  
rurale



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	28 525	29,3	96,7		119,7	168,4	0,98	192,8	36,2	-0,7 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-1 080	-0,74	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-598	-0,41	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		88,5	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	2,3 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	23 368	81,9	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,3 ↗

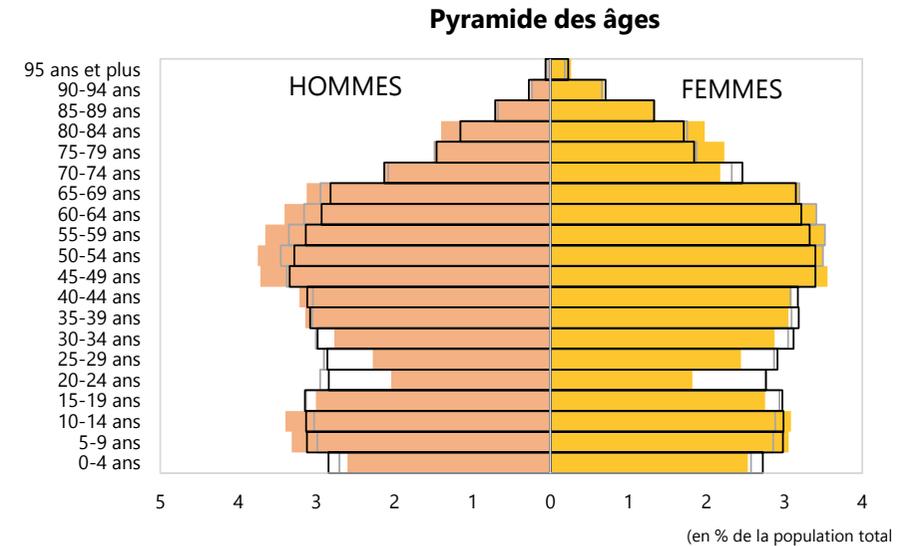
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12



Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



### Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		0,6	0,4	●		0,3		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 454	11,1	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-1,2 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 715	26,4	28,5	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	-2,5 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,2	3,7	●	2,5	4,0	0,6	3,3	5,8	-2,7 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 110		21 800	●	21 930	21 820				1,4 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 457	12,5	14,7	●	14,5	15,6				-0,3 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,7	5,8	●	5,8	5,4				0,7 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	6 444	29,8	27,8	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-2,4 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	4 437	20,5	26,3	●	31,0	25,9	0,9	27,7	21,5	2,3 ↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées de FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➡ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance  
(en années)

			
<b>EPCI</b>	77,9	82,9	
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7	
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5	Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	<b>1ère cause</b>	<b>2e cause</b>
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	335	883,6	784,7	●	725,2	822,4	1,7	773,8	818,4	-1,6	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	47	173,4	181,6	●	175,7	183,4	2,0	182,2	180,3	-2,4	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	94	313,5	294,9	●	277,8	301,6	2,0	294,8	295,6	-0,9	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	90	251,6	224,3	●	212,4	231,3	1,8	224,4	223,8	1,9	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	81	206,5	187,5	●	170,0	195,4	1,9	181,7	205,6	-3,4	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	14	38,6	34,7	●	25,0	45,4	4,7	34,6	35,0	-7,1	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	4	13,0	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	1,2	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	9	26,9	25,8	●	24,8	26,6	n.d.	26,0	25,2	-0,7	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	49	135,1	129,3	●	109,3	147,0	3,0	129,4	129,0	-4,0	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	41	135,8	124,4	●	116,2	126,2	3,2	124,2	125,7	0,1	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	19	61,3	58,0	●	53,2	59,3	0,9	57,8	58,7	-1,7	➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

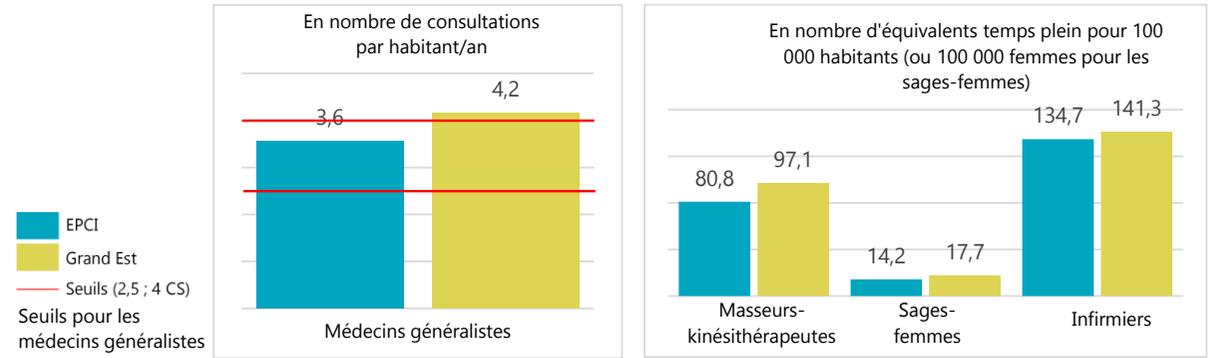
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 454	4 112	4 223	●	4 161	4 333	1,0	4 221	4 236	-0,3	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	82	225	211	●	193	230	2,3	213	201	-1,3	⬇️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	173	455	492	●	458	512	1,4	489	503	0,2	⬆️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	352	1 954	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	0,5	⬆️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	238	1 481	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-1,9	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 860	7 769	6 736	●	6 142	6 851	1,7	6 723	6 783	1,3	⬆️
33	Personnes prises en charge pour AVC	483	1 297	1 204	●	1 130	1 298	1,4	1 210	1 185	1,0	⬆️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 305	3 555	2 882	●	2 519	2 942	2,5	2 909	2 795	1,7	⬆️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	441	1 126	990	●	932	942	1,6	974	1 040	0,0	➡️
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 060	5 785	5 516	●	4 840	5 595	1,4	5 586	5 284	0,6	⬆️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	22	32	●	33	43	1,4	36	17	-11,3	➡️
38	Personnes prises en charge pour VIH	22	72	117	●	212	99	n.d.	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	917	2 956	3 451	●	3 821	3 057	1,1	3 602	2 954	5,2	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	255	827	927	●	1 020	804	1,5	948	866	12,6	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	2 550	7 455	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-2,4	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 176	3 554	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-0,5	⬇️
43	Patients traités par anxiolytiques	1 377	4 009	4 002	●	3 902	4 011	0,6	3 998	4 018	-3,0	⬇️

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,6	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-2,9	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,9	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-8,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	80,8	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	4,7	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	14,2	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	4,8	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	134,7	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	4,5	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	23	5,5	●	1,2	1,7	39,1	1,0	4,3	3,2	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	21					66,7				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	36,1	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	-0,2	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	20,5	●	12,5	11,2	0,0	8,3	27,0	-9,8	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	16,6	●	10,5	10,2	0,0	8,0	23,7	0,6	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	19,3	●	8,6	9,0	0,0	8,1	19,5	-9,4	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	12	6,1	●	2,2	2,4	33,3	1,5	6,1	0,7	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	11,0	●	4,5	5,0	50,0	3,9	10,7	5,5	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	55	4,3	●	0,9	1,0	22,0	0,7	3,6	0,6	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	18	5,5	●	1,3	1,5	10,9	1,0	4,5	-0,3	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	12,1 min	36,0 min	8,9 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	2	12,1	11,3	●	10,5	10,0	9,1	18,4	0,3	↗
60	Services de chirurgie	0	34,4	14,5	●	13,5	13,6	11,3	25,3	0,3	↗
61	Services d'obstétrique	0	36,0	14,3	●	14,8	13,1	11,6	23,6	0,2	↗
62	Services de soins de suite	2	12,1	9,3	●	9,1	9,4	7,2	16,5	0,4	↗
63	Services d'urgence	0	36,0	14,8	●	13,7	13,7	12,1	24,2	0,3	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	4	8,9	8,4	●	7,4	9,1	7,0	13,1	0,4	↗
65	EHPAD	9	6,0	4,0	●	3,0	3,6	2,9	7,4	0,4	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI 7  
soit 1,2 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum (part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (part pour 100 personnes de 16 ans)		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents (part pour 100 enfants de moins de 16 ans)		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	12 338	42 999	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	0,7

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	75	1,9	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	5,1	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	449	16,3	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-2,0	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	357	12,3	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-0,9	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	977	33,7	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,6	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	138	2,0	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	10,8	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	425	50,3	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	-0,7	↘	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 097	39,5	46,8	●	47,3	46,6	1,6	46,8	46,9	-4,7	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

### Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	910	3,2	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,6	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	1 103	4,7	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	-4,2	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 068	44,0	42,8	●	42,7	41,2	0,5	43,5	40,5	2,1	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	377	6,9	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	513	3,3	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	0,2	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	856	21,7	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	4,4	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	77	4,9	4,9	●		3,2		9,3	6,8	8,0	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

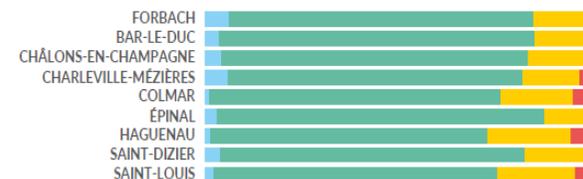
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	109	0,9	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-12,6	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	58	0,5	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-5,0	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 628	30,0	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-1,4	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 533	20,9	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	10	1,0	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	9,6	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	43	4,4	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,1	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,6	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-1,4	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	4 622	6,8	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	539		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	2 021	14,6	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	0,7	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		64,8	91,6	●	98,3	82,3				-0,6	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	16 045	93,8	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,1		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,7		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		28,2	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	128	100,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	49	36,6	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	79	63,4	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

L'**évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

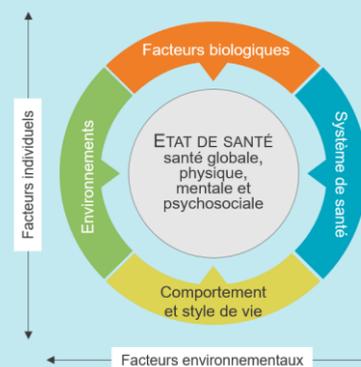
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

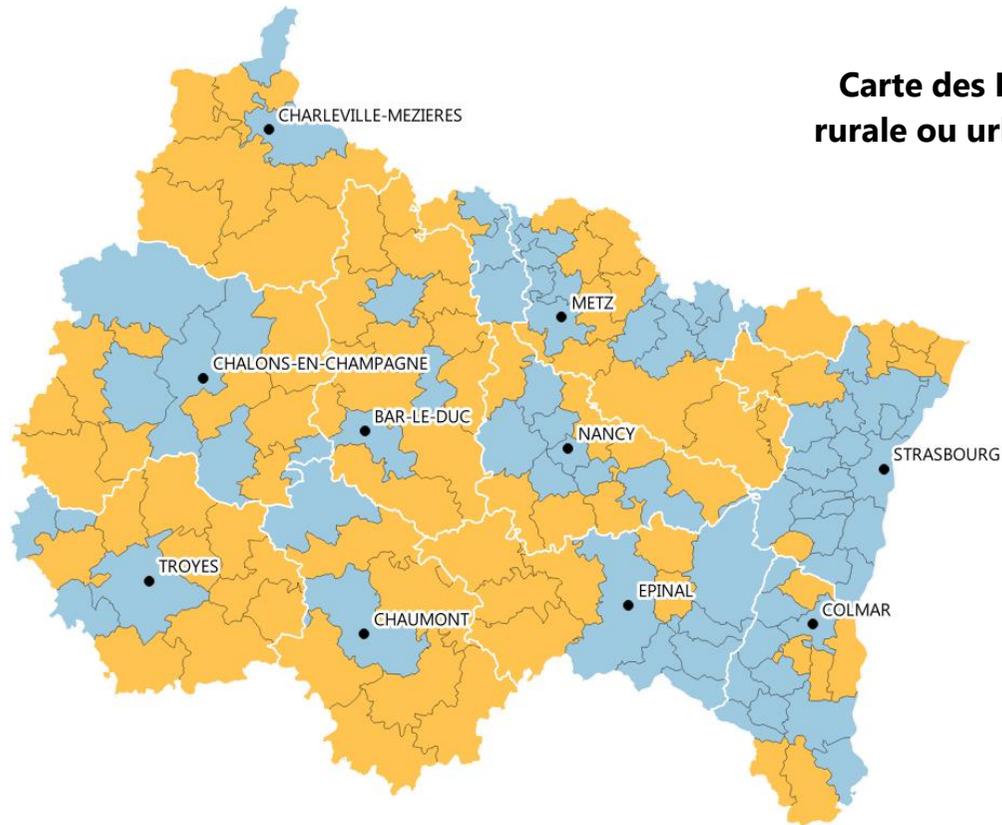
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

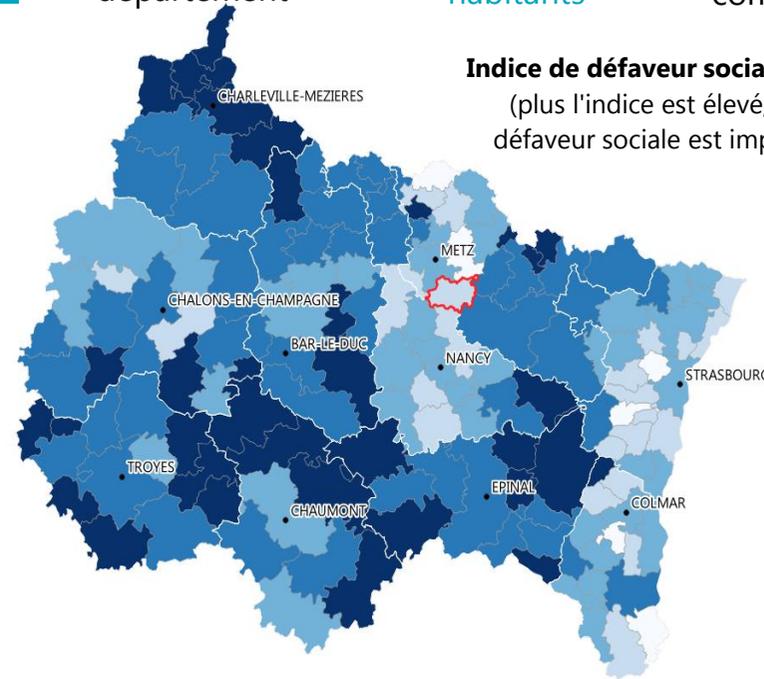
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

16 535  
habitants

34  
communes

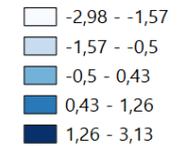
EPCI à dominante  
rurale



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



Grand Est : 0,4

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	16 535	66,2	96,7		119,7	168,4	0,99	192,8	36,2	0,9 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	723	0,90	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	382	0,48	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		62,3	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	3,9 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	13 883	84,0	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,2 ↗

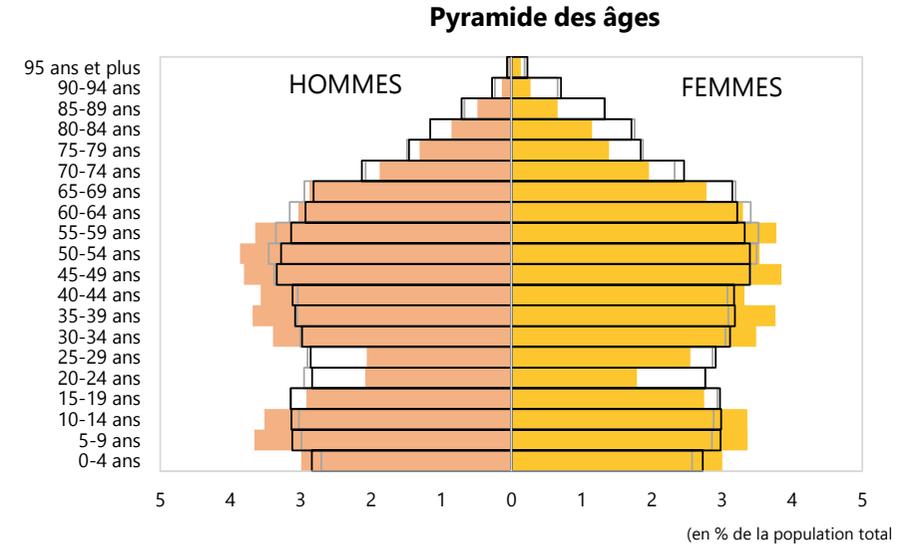
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )	-1,4	0,4	●		0,3		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	621	7,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-1,9	↘
8	Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 601	22,7	●	27,5	27,8	0,3	28,7	27,9	-2,6	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,1	●	2,5	4,0	0,5	3,3	5,8	-1,5	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	24 540		●	21 930	21 820				1,4	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	397	6,1	●	14,5	15,6				-1,9	↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,6	●	5,8	5,4				1,8	↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	2 245	18,6	●	27,0	27,5	0,8	27,4	29,4	-3,7	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	3 859	32,0	●	31,0	25,9	0,9	27,7	21,5	2,6	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	83,4	82,6
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	99	732,7	784,7	●	725,2	822,4	1,5	773,8	818,4	-2,7	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	22	144,0	181,6	●	175,7	183,4	1,6	182,2	180,3	-2,3	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	35	220,4	294,9	●	277,8	301,6	1,5	294,8	295,6	-3,9	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	33	225,4	224,3	●	212,4	231,3	1,8	224,4	223,8	-1,0	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	23	183,7	187,5	●	170,0	195,4	1,2	181,7	205,6	-2,7	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	5	37,0	34,7	●	25,0	45,4	n.d.	34,6	35,0	5,4	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	n.d.	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	4	25,2	25,8	●	24,8	26,6	n.d.	26,0	25,2	3,3	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	19	136,7	129,3	●	109,3	147,0	2,2	129,4	129,0	3,9	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	15	94,4	124,4	●	116,2	126,2	1,7	124,2	125,7	-1,8	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	6	37,9	58,0	●	53,2	59,3	1,5	57,8	58,7	-9,2	➔

**Note de lecture :** **20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

**Sources :** 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
Grand Est	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
France métrop.	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

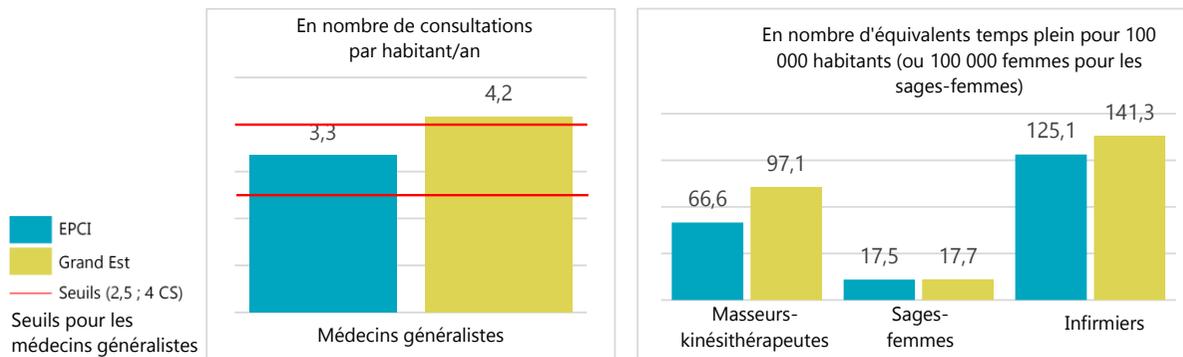
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	806	4 555	4 223	●	4 161	4 333	1,0	4 221	4 236	1,6	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	48	260	211	●	193	230	1,4	213	201	9,9	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	98	538	492	●	458	512	1,4	489	503	2,2	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	184	1 974	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	3,5	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	138	1 706	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	0,7	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 135	6 479	6 736	●	6 142	6 851	1,8	6 723	6 783	0,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	199	1 124	1 204	●	1 130	1 298	1,7	1 210	1 185	0,2	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	514	2 877	2 882	●	2 519	2 942	3,3	2 909	2 795	-0,2	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	164	984	990	●	932	942	1,4	974	1 040	0,9	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	866	4 807	5 516	●	4 840	5 595	1,5	5 586	5 284	-0,1	→ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	29	32	●	33	43	4,1	36	17	-4,8	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	14	n.d.	117		212	99	2,3	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	328	1 853	3 451	●	3 821	3 057	0,9	3 602	2 954	3,9	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	129	708	927	●	1 020	804	1,6	948	866	19,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 137	6 416	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-3,7	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	613	3 439	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-1,1	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	608	3 437	4 002	●	3 902	4 011	0,5	3 998	4 018	-3,2	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,3	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-1,1	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,2	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-0,8	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	66,6	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	1,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	17,5	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	5,7	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	125,1	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	-4,6	⬇️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	18	3,5	●	1,2	1,7	27,8	1,0	4,3	1,4	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	18,7	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	0,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	25,0	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	0,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	16,2	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	1,2	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	17,6	●	8,6	9,0	n.d.	8,1	19,5	0,7	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	10	4,7	●	2,2	2,4	10,0	1,5	6,1	1,3	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	5	5,6	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	1,2	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	23	3,4	●	0,9	1,0	19,2	0,7	3,6	4,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	15	3,4	●	1,3	1,5	0,0	1,0	4,5	1,4	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	14,7 min	17,6 min	22,1 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	14,7	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	-2,9	↘
60	Services de chirurgie	0	18,7	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	0,7	↗
61	Services d'obstétrique	0	17,6	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	-0,5	↘
62	Services de soins de suite	0	16,4	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	0,7	↗
63	Services d'urgence	0	17,6	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	0,7	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	22,1	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	0,5	↗
65	EHPAD	2	7,4	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	0,3	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolution des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58 et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

### Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	0
soit	0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	8 484	46 828	43 256	●	40 236	41 977	0,8	43 674	41 912	0,2 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	31	1,3	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	10,9	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	188	12,0	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-1,9	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	115	6,2	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-2,2	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	908	48,9	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	0,9	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	67	1,6	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	8,4	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	451	76,4	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	0,5	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 776	54,9	46,8	●	47,3	46,6	1,6	46,8	46,9	-1,2	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	234	1,4	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,0	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	274	2,0	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	1,7	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	342	33,1	42,8	●	42,7	41,2	0,3	43,5	40,5	0,9	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	126	4,9	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	115	1,2	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-2,5	↘
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	417	15,3	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	1,3	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

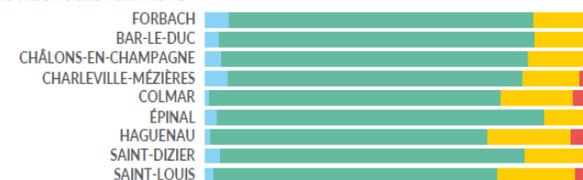
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	46	0,7	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-14,9	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	11	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-13,3	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 009	15,2	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-3,7	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	809	12,2	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	0	0,0	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	8	3,2	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,4	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,0	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-2,2	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 056	5,2	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	172		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 840	21,3	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	1,1	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		48,1	91,6	●	98,3	82,3				-0,1	→ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	8 095	95,4	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,3		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,2		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		3,9	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	9	45,5	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	27	82,6	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	7	17,4	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

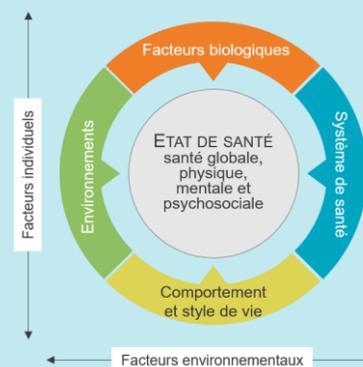
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

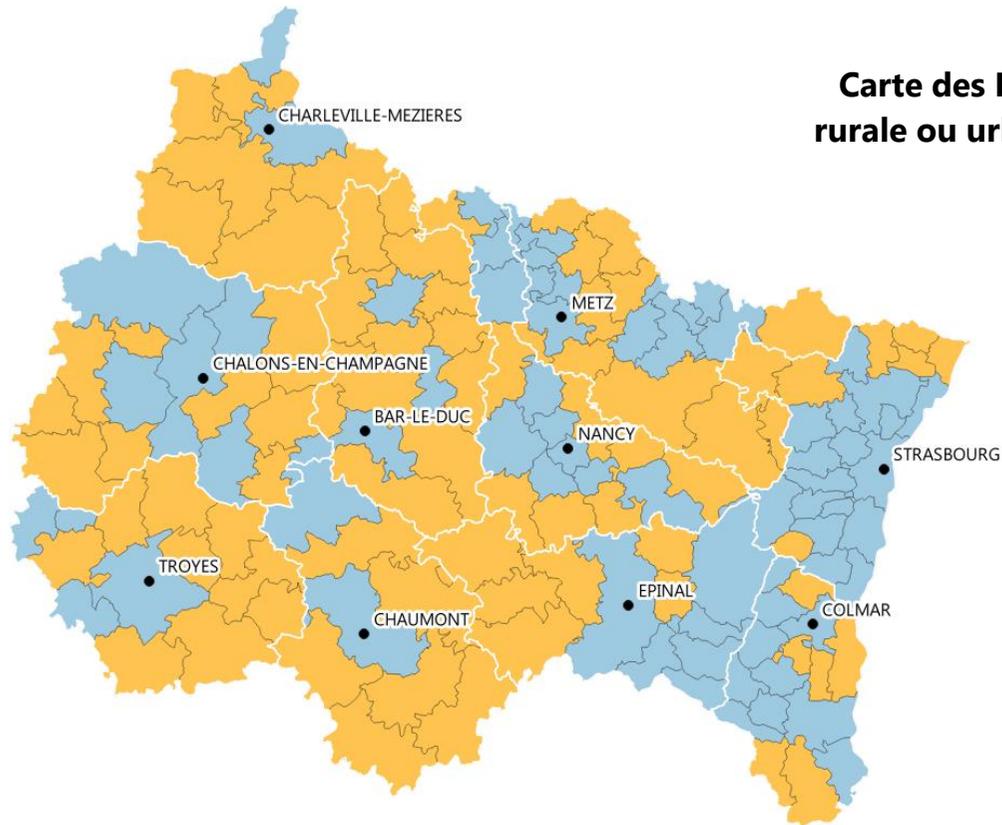
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

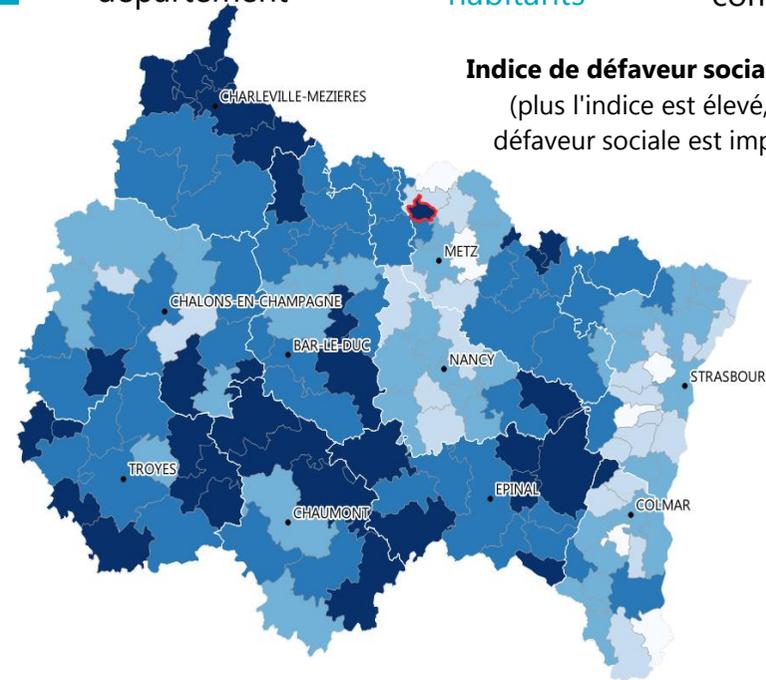
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

70 772  
habitants

10  
communes

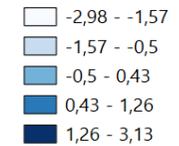
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	70 772	820,4	96,7		119,7	168,4	0,94	192,8	36,2	0,2 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	640	0,18	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-239	-0,07	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		86,5	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	1,3 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	847	1,2	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,8 ↗

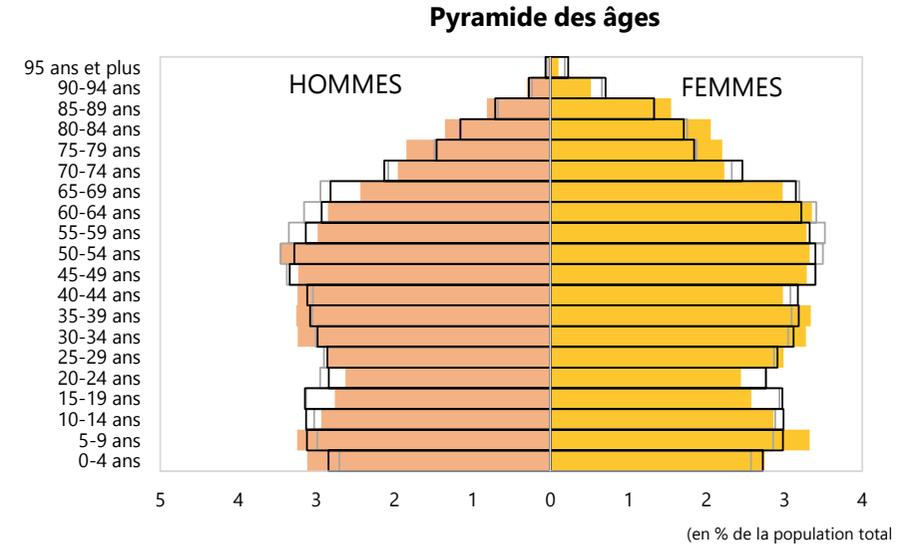
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		1,4	0,4	●		0,3		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	4 888	15,4	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-2,6 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	7 486	29,7	28,5	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	0,1 →
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		8,7	3,7	●	2,5	4,0	0,6	3,3	5,8	-1,6 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	19 890		21 800	●	21 930	21 820				1,0 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	6 079	21,4	14,7	●	14,5	15,6				4,3 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		6,6	5,8	●	5,8	5,4				1,6 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	16 286	30,6	27,8	●	27,0	27,5	0,7	27,4	29,4	-2,8 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	10 261	19,3	26,3	●	31,0	25,9	1,0	27,7	21,5	3,1 ↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées de FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➡ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- 🟢 situation **favorable**
- 🔴 situation **défavorable**

### Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	78,3	83,7
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

### Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	719	865,9	784,7	●	725,2	822,4	1,6	773,8	818,4	-1,0	🟢➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	129	211,9	181,6	●	175,7	183,4	1,9	182,2	180,3	-1,6	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	218	322,0	294,9	●	277,8	301,6	2,0	294,8	295,6	-2,2	🟢➔
<b>18</b>	Décès par cancers	198	239,8	224,3	●	212,4	231,3	1,8	224,4	223,8	-1,5	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	161	188,9	187,5	●	170,0	195,4	1,5	181,7	205,6	-3,2	🟢➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	39	45,2	34,7	●	25,0	45,4	3,3	34,6	35,0	1,9	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	8	11,5	13,4	●	13,2	10,7	2,0	12,9	15,4	2,5	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	25	31,3	25,8	●	24,8	26,6	3,9	26,0	25,2	-3,3	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	122	146,1	129,3	●	109,3	147,0	2,9	129,4	129,0	-1,7	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	90	132,6	124,4	●	116,2	126,2	2,9	124,2	125,7	-2,4	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	40	59,2	58,0	●	53,2	59,3	1,1	57,8	58,7	-3,8	🟢➔

**Note de lecture :** **20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

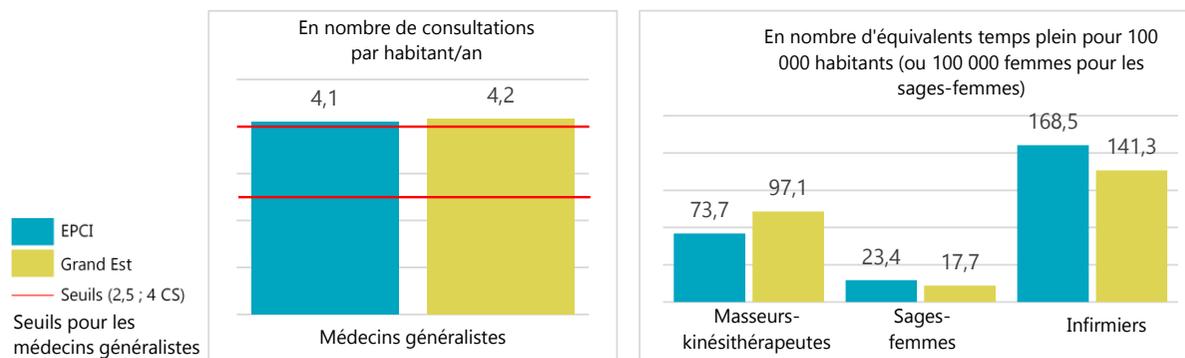
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	3 604	4 223	●	4 161	4 333	1,0	4 221	4 236	0,9	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	213	211	●	193	230	1,8	213	201	6,6	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	478	492	●	458	512	1,3	489	503	0,8	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	829	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	0,9	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	595	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-1,4	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	6 048	6 736	●	6 142	6 851	1,7	6 723	6 783	-0,2	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	1 106	1 204	●	1 130	1 298	1,2	1 210	1 185	-0,7	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	2 662	2 882	●	2 519	2 942	2,9	2 909	2 795	-0,3	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	967	990	●	932	942	1,5	974	1 040	-2,7	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	5 515	5 516	●	4 840	5 595	1,2	5 586	5 284	0,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	40	32	●	33	43	n.d.	36	17	-9,6	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	45	117	●	212	99	n.d.	131	67	2,5	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 968	3 451	●	3 821	3 057	1,0	3 602	2 954	3,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	449	927	●	1 020	804	1,4	948	866	13,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	5 826	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-3,6	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 410	3 548	●	3 916	3 314	0,5	3 537	3 588	-1,9	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	3 488	4 002	●	3 902	4 011	0,5	3 998	4 018	-3,1	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,1	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-3,4	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,6	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	-5,8	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	73,7	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	1,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	23,4	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	2,1	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	168,5	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	1,1	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans			
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	40	0,2	1,8	●	1,2	1,7	64,3	1,0	4,3	24,6	⬆️ !	
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	7					85,7						
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	14,2	14,5	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	1,0	⬆️ !	
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	6,4	12,6	●	12,5	11,2	100,0	8,3	27,0	-0,5	⬆️ !	
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	2	7,1	11,6	●	10,5	10,2	100,0	8,0	23,7	3,7	⬆️ !	
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	6,4	10,8	●	8,6	9,0	100,0	8,1	19,5	1,5	⬆️ !	
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	21	0,7	2,6	●	2,2	2,4	54,5	1,5	6,1	41,7	⬆️ !	
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	7	3,1	5,5	●	4,5	5,0	14,3	3,9	10,7	2,5	⬆️ !	
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	115	0,0	1,4	●	0,9	1,0	23,1	0,7	3,6	n.d.	n.d.	! !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	39	0,1	1,8	●	1,3	1,5	10,0	1,0	4,5	0,0	➡️ !	

**Notes de lecture :** 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

**Sources :** 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	6,7 min	14,6 min	10,1 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	1	6,7	11,3	●	10,5	10,0		9,1	18,4	-0,4	↘
60	Services de chirurgie	0	14,6	14,5	●	13,5	13,6		11,3	25,3	-0,8	↘
61	Services d'obstétrique	0	14,6	14,3	●	14,8	13,1		11,6	23,6	-0,8	↘
62	Services de soins de suite	1	6,7	9,3	●	9,1	9,4		7,2	16,5	-0,4	↘
63	Services d'urgence	0	14,6	14,8	●	13,7	13,7		12,1	24,2	-0,8	↘
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	10,1	8,4	●	7,4	9,1		7,0	13,1	0,9	↗
65	EHPAD	7	1,8	4,0	●	3,0	3,6		2,9	7,4	4,0	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI **1**  
soit 0,2 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	45,9						
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ( <i>part pour 100 femmes de 25 à 65 ans</i> )		61,6		58,2	60,2						
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	33,7						
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	24,1						
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	73,9						
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	29 305	39 414	43 256	●	40 236	41 977	0,8	43 674	41 912	-0,5	↘

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	205	2,2	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	2,5	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	1 464	19,9	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	-2,6	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 190	13,9	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-2,7	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	3 048	35,7	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,9	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	259	1,6	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	7,2	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	970	40,2	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	3,0	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	5 577	44,5	46,8	●	47,3	46,6	1,6	46,8	46,9	-3,6	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	4 126	5,8	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,8	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	5 676	9,6	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	1,8	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	2 910	40,0	42,8	●	42,7	41,2	0,4	43,5	40,5	-0,2	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	866	6,3	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	1 416	3,6	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	0,8	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	2 449	24,2	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	1,6	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	10	0,3	0,3	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

**Notes de lecture : 80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

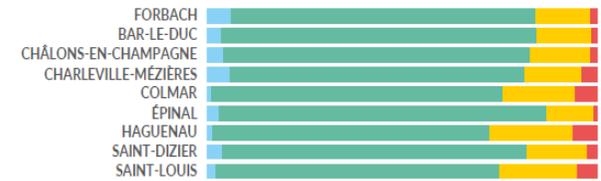
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	946	3,1	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-6,9	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	328	1,1	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	13,9	↗
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	7 076	23,2	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,1	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	5 693	18,6	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	18	20,9	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	51	59,1	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	2	2,3	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,2	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-2,5	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	n.d.	2,1	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	63		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	3	30,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	4 361	12,4	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-0,9	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		67,9	91,6	●	98,3	82,3				-1,3	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	29 421	83,0	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,3		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,3		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,3		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,2		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	8	73,3	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	2	26,7	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

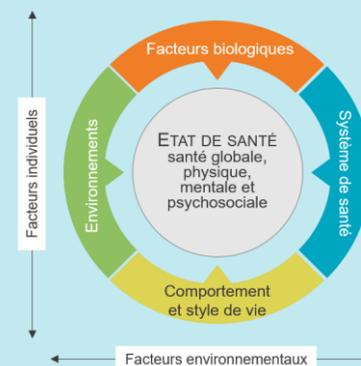
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

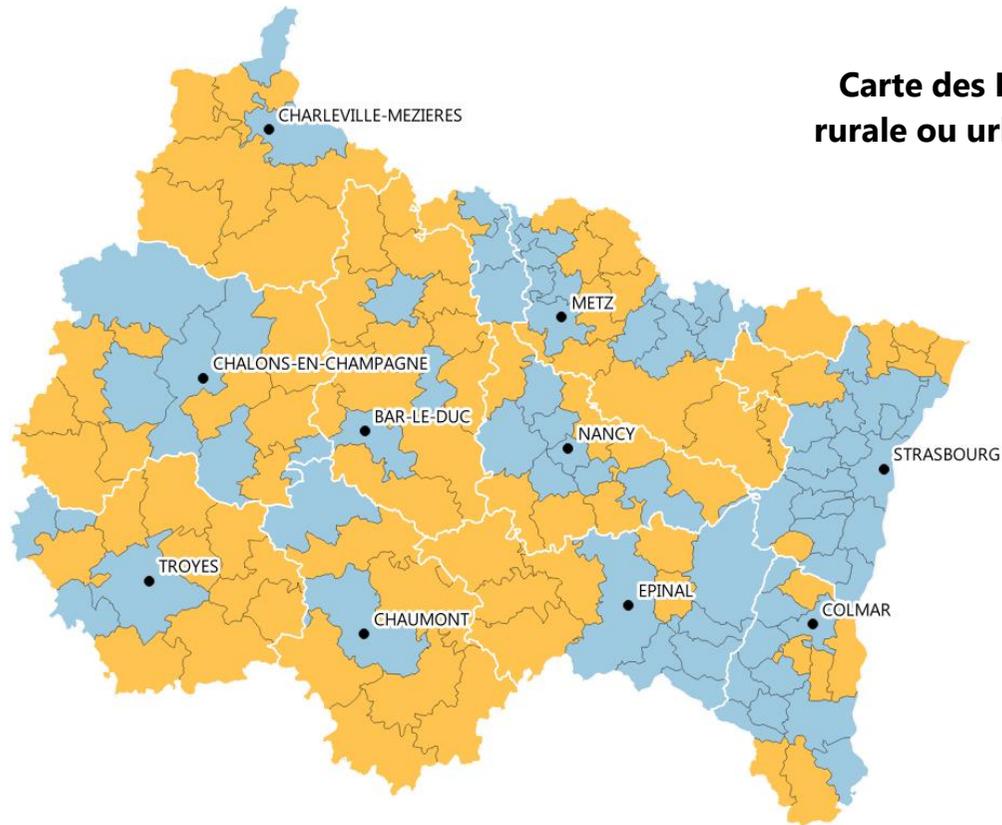
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

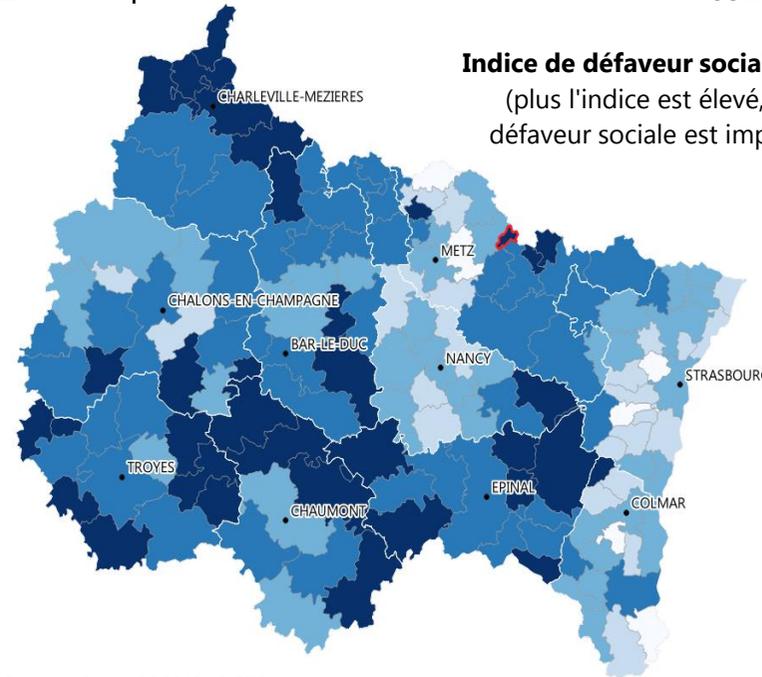
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Moselle  
département

17 955  
habitants

5  
communes

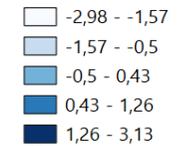
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

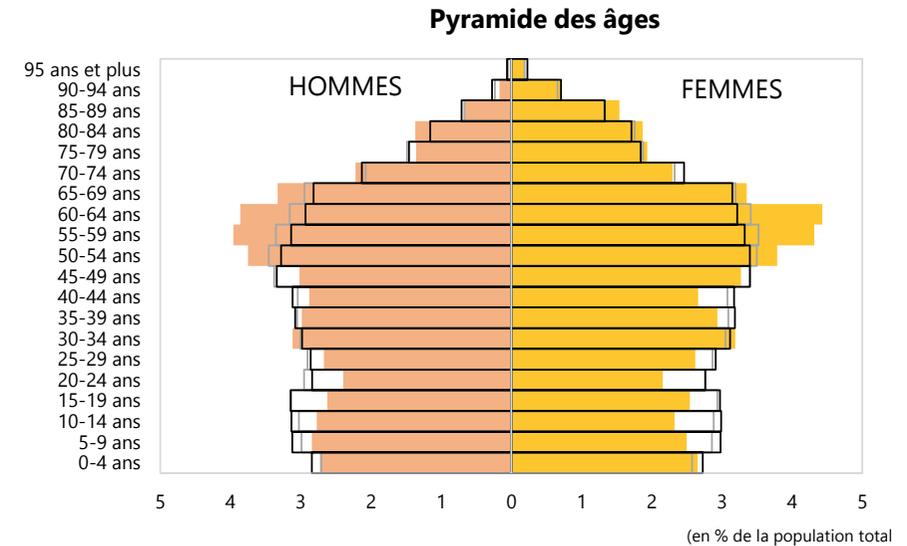
	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	17 955	377,8	96,7		119,7	168,4	0,95	192,8	36,2	-0,3 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-239	-0,26	0,01		0,33	0,03		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-147	-0,16	-0,17		0,07	-0,19		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		100,2	86,3	●	83,8	87,2		84,5	92,3	0,8 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	1 104	6,1	28,1		21,3	24,8		14,9	72,3	0,2 ↗

L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine  
 Source : Insee (RP2019)  
 Exploitation : ORS Grand Est



### Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		1,9	0,4	●		0,3		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 293	16,7	13,3	●	12,8	13,1	1,0	14,0	10,8	-1,3 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 832	30,8	28,5	●	27,5	27,8	0,4	28,7	27,9	0,6 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,6	3,7	●	2,5	4,0	0,8	3,3	5,8	-3,7 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	19 920		21 800	●	21 930	21 820				1,1 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 440	18,6	14,7	●	14,5	15,6				0,8 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		7,3	5,8	●	5,8	5,4				2,7 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	4 808	34,0	27,8	●	27,0	27,5	0,6	27,4	29,4	-2,1 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	2 436	17,2	26,3	●	31,0	25,9	1,1	27,7	21,5	2,8 ↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %



L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- 🟢 situation **favorable**
- 🔴 situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	78,7	84,0
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	221	959,6	784,7	●	725,2	822,4	1,8	773,8	818,4	0,9 ➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	43	228,5	181,6	●	175,7	183,4	2,1	182,2	180,3	3,8 ➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	74	360,5	294,9	●	277,8	301,6	1,8	294,8	295,6	2,0 ➔
<b>18</b>	Décès par cancers	58	245,5	224,3	●	212,4	231,3	1,7	224,4	223,8	-2,0 ➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	59	251,1	187,5	●	170,0	195,4	1,9	181,7	205,6	0,3 ➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	11	47,1	34,7	●	25,0	45,4	4,1	34,6	35,0	-5,4 ➔
<b>21</b>	Décès par suicide	3	15,5	13,4	●	13,2	10,7	n.d.	12,9	15,4	8,1 ➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	●	1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	8	36,1	25,8	●	24,8	26,6	n.d.	26,0	25,2	5,3 ➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	43	183,8	129,3	●	109,3	147,0	3,4	129,4	129,0	0,8 ➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	32	156,7	124,4	●	116,2	126,2	3,0	124,2	125,7	3,2 ➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	15	75,7	58,0	●	53,2	59,3	1,2	57,8	58,7	1,6 ➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
Grand Est	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
France métrop.	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

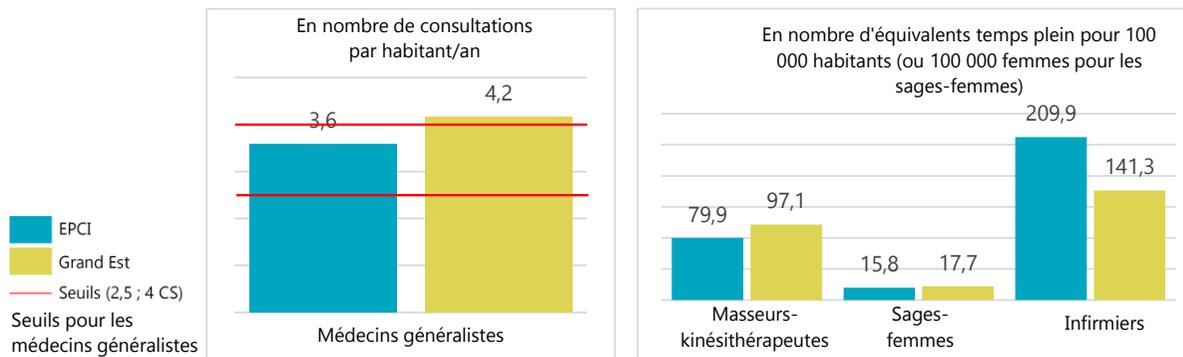
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 061	4 223	●	4 161	4 333	1,0	4 221	4 236	0,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	51	211	●	193	230	n.d.	213	201	2,0	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	140	492	●	458	512	1,6	489	503	0,0	→ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	208	1 799	●	1 755	1 888		1 806	1 774	0,7	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	190	1 592	●	1 467	1 663		1 575	1 647	-0,4	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 634	6 736	●	6 142	6 851	1,5	6 723	6 783	-1,3	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	366	1 204	●	1 130	1 298	1,3	1 210	1 185	-0,5	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	621	2 882	●	2 519	2 942	2,7	2 909	2 795	-1,5	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	248	990	●	932	942	1,3	974	1 040	-6,3	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 412	5 516	●	4 840	5 595	1,2	5 586	5 284	0,2	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	●	33	43	3,8	36	17	-12,7	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	15	117	●	212	99	1,9	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	705	3 451	●	3 821	3 057	1,1	3 602	2 954	5,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	230	927	●	1 020	804	1,5	948	866	13,7	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 634	7 186	●	7 149	7 084	0,6	7 201	7 142	-2,0	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	698	3 548	●	3 916	3 314	0,4	3 537	3 588	0,5	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	942	4 002	●	3 902	4 011	0,5	3 998	4 018	-1,5	↘ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,6	4,2	●	3,9	4,0		4,4	3,3	-1,3	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,4	3,7	●	3,1	3,6		4,0	3,0	1,6	⬆️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	79,9	97,1	●	104,0	91,6		105,3	70,9	4,4	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	15,8	17,7	●	17,3	20,3		19,0	13,0	13,7	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	209,9	141,3	●	146,5	193,2		149,9	114,4	1,3	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	9	0,7	1,8	●	1,2	1,7	77,8	1,0	4,3	4,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	7					85,7					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	19,1	14,5	●	10,6	12,7	n.d.	11,1	25,8	-6,7	⬇️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	19,0	12,6	●	12,5	11,2	n.d.	8,3	27,0	42,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	2	3,3	11,6	●	10,5	10,2	100,0	8,0	23,7	0,4	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	3,3	10,8	●	8,6	9,0	100,0	8,1	19,5	0,4	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	6	2,0	2,6	●	2,2	2,4	66,7	1,5	6,1	37,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	3,3	5,5	●	4,5	5,0	25,0	3,9	10,7	0,5	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	44	0,1	1,4	●	0,9	1,0	17,0	0,7	3,6	0,0	➡️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	15	0,3	1,8	●	1,3	1,5	20,0	1,0	4,5	4,5	⬆️ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	18,6 min	19,1 min	3,3 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	0	18,6	11,3	●	10,5	10,0	9,1	18,4	0,9	↗
60	Services de chirurgie	0	19,1	14,5	●	13,5	13,6	11,3	25,3	0,1	↗
61	Services d'obstétrique	0	19,1	14,3	●	14,8	13,1	11,6	23,6	0,1	↗
62	Services de soins de suite	0	18,6	9,3	●	9,1	9,4	7,2	16,5	42,1	↗
63	Services d'urgence	0	19,1	14,8	●	13,7	13,7	12,1	24,2	0,1	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	3,3	8,4	●	7,4	9,1	7,0	13,1	0,4	↗
65	EHPAD	2	3,2	4,0	●	3,0	3,6	2,9	7,4	1,4	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	0
soit	0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	45,9					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)		61,6		58,2	60,2					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum (part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)		37,5		28,9	33,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (part pour 100 personnes de 16 ans)		26,6		24,3	24,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents (part pour 100 enfants de moins de 16 ans)		75,2		71,5	73,9					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	7 105	39 180	43 256	●	40 236	41 977	0,9	43 674	41 912	-1,4

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-75 107	-31,9	22,1
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-84 492	-35,9	17,5
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	34	1,6	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	3,9	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	408	23,4	16,4	●	15,9	16,8	16,4	16,3	0,0	→	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	383	18,7	12,9	●	12,4	13,0	13,4	11,2	-0,8	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	563	27,6	41,5	●	46,6	41,8	43,0	35,8	1,7	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	63	1,7	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	5,9	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	208	36,7	58,4	●	62,2	52,5	58,4	58,6	-2,0	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 322	47,2	46,8	●	47,3	46,6	1,1	46,8	46,9	-3,8	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	-33683	-16,7	23,2
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+71 530	+35,5	31,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	1 241	6,9	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,0	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	1 417	9,4	8,9	●	9,3	8,1		10,1	4,9	3,2	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	658	42,2	42,8	●	42,7	41,2	0,3	43,5	40,5	-0,8	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	238	6,6	5,6		n.d.	5,9					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	427	4,1	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	0,2	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	604	25,8	24,2	●	24,9	23,4		25,7	19,0	2,8	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

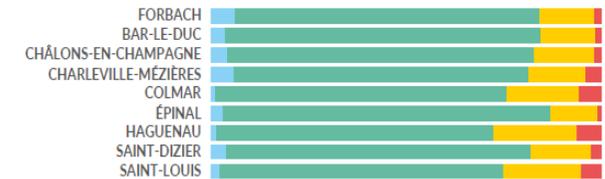
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	138	1,7	2,7	●	4,8	2,4		3,2	1,2	-7,4	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	8	0,1	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	0,2	⬆️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	911	11,3	22,6	●	21,6	18,6		20,4	30,7	-2,9	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 809	22,3	17,5	●	13,9	17,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	6,3	1,8	●	1,3	2,9		3,9	0,7	0,1	➡️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	12	25,3	9,5	●	n.d.	12,0		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,6	2,5	●	n.d.	2,3		2,4	2,9	-2,5	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	n.d.	13,3	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	31		19 047	●	171 485	3 701		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 100	12,3	15,5	●	15,7	14,6	0,0	15,3	16,0	-0,4	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		91,3	91,6	●	98,3	82,3				-0,7	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	9 726	94,0	76,9	●	71,2	77,3		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,4		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,4		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	2,7		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			36,5		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	49,2			31,3		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	13,3	20,3			16,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	5	86,7	45,0			57,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	34,7			25,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

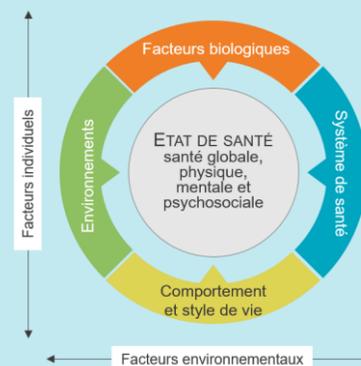
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

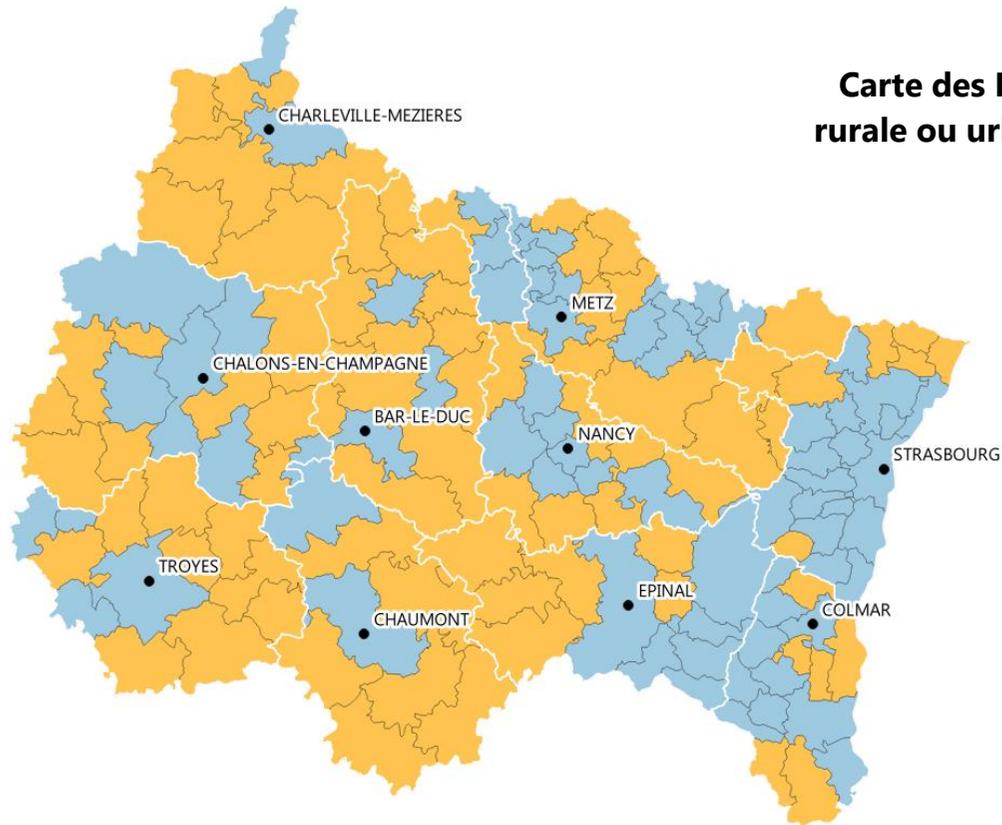
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)