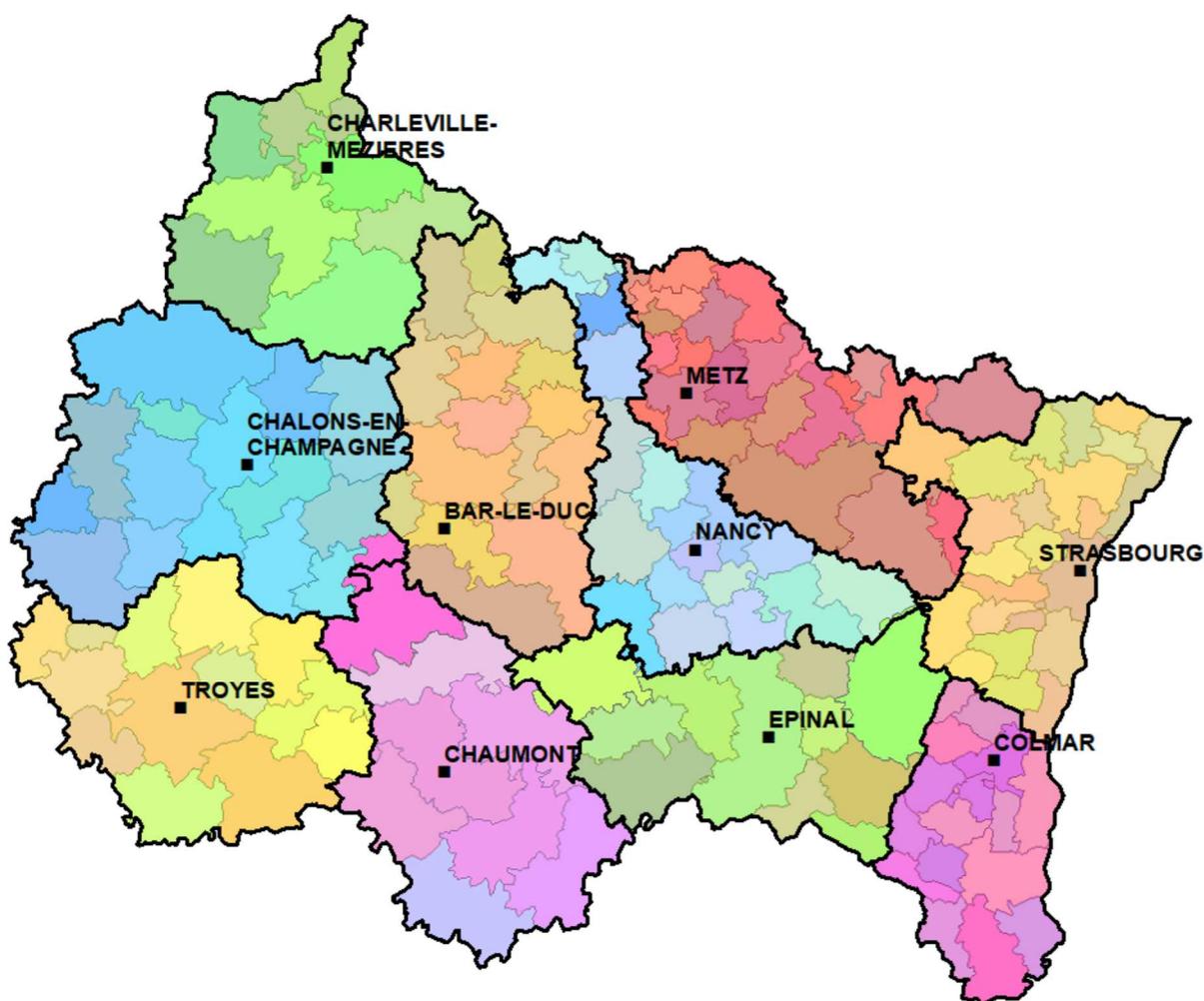


Grand Est

Ce document constitue un complément aux 149 profils des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) du Grand Est qui compilent par territoire, un peu plus d'une soixantaine d'indicateurs portant sur l'état de santé de la population et ses déterminants.

Il fournit ainsi quelques éléments clés sur la région Grand Est, en la positionnant (ainsi que ses départements) au regard des autres régions (départements) de France métropolitaine et illustre les disparités observées au sein de la région pour quelques indicateurs.



Cartographie des 149 EPCI du Grand Est à la date du 31/12/2018

Version du 30 août 2019



PRÉFET
DE LA RÉGION
GRAND EST



Introduction

La France mène depuis près de 30 ans une politique de décentralisation et transfère certaines compétences de l'Etat aux collectivités locales. Cette décentralisation a pour objectif de rationaliser les ressources aux besoins de chaque territoire. Sous la présidence Hollande, la loi du 7 Août 2015 de la nouvelle organisation du territoire de la République (NOTRe) a profondément changé le visage des régions et des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

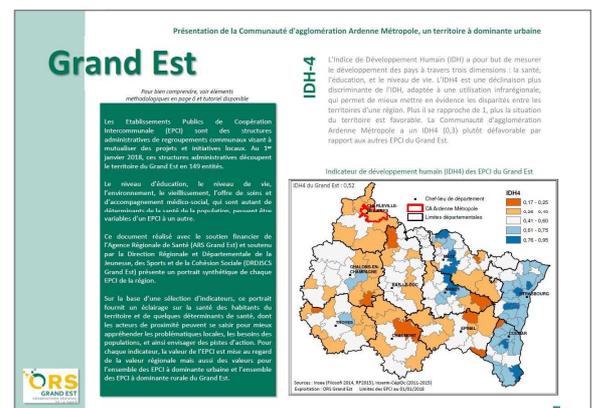
Les EPCI sont des regroupements de communes qui permettent de mutualiser les initiatives et les projets locaux. La loi NOTRe a changé le seuil minimal de regroupement des communes en EPCI ce qui a conduit à modifier leur contour, et à diminuer leur nombre (de 249 à 149 EPCI dans le Grand Est). En outre, la loi NOTRe a transféré certaines compétences des communes aux EPCI, en matière de développement économique, de promotion du tourisme, et de gestion des milieux aquatiques. Ce transfert de prérogatives des communes vers les intercommunalités en fait des unités territoriales de plus en plus importantes dans le cadre des politiques locales.

Dans ce présent document, complémentaire aux 149 profils, proposer une vision globale de la situation démographique, économique, sociale, et de santé, du Grand Est, à l'échelle des EPCI, permet de distinguer la variété des situations présentes dans la région. Elle permet également d'interroger les liens entre les déterminants de santé et l'état de santé des populations.

Les 149 profils EPCI constitués fournissent quant à eux, un premier éclairage aux acteurs et décideurs locaux, en positionnant leur territoire au regard de la région et des autres EPCI. Ceux-ci peuvent ainsi amorcer une réflexion quant aux problématiques qui y apparaissent plus prégnantes, envisager si besoin d'approfondir les éléments (extraction - analyse de données plus détaillées ou complémentaires, partage des constats sur le territoire, construction d'une vision commune de la situation du territoire, de ses besoins et ressources) pour ensuite développer des actions spécifiques et promouvoir la santé des populations.

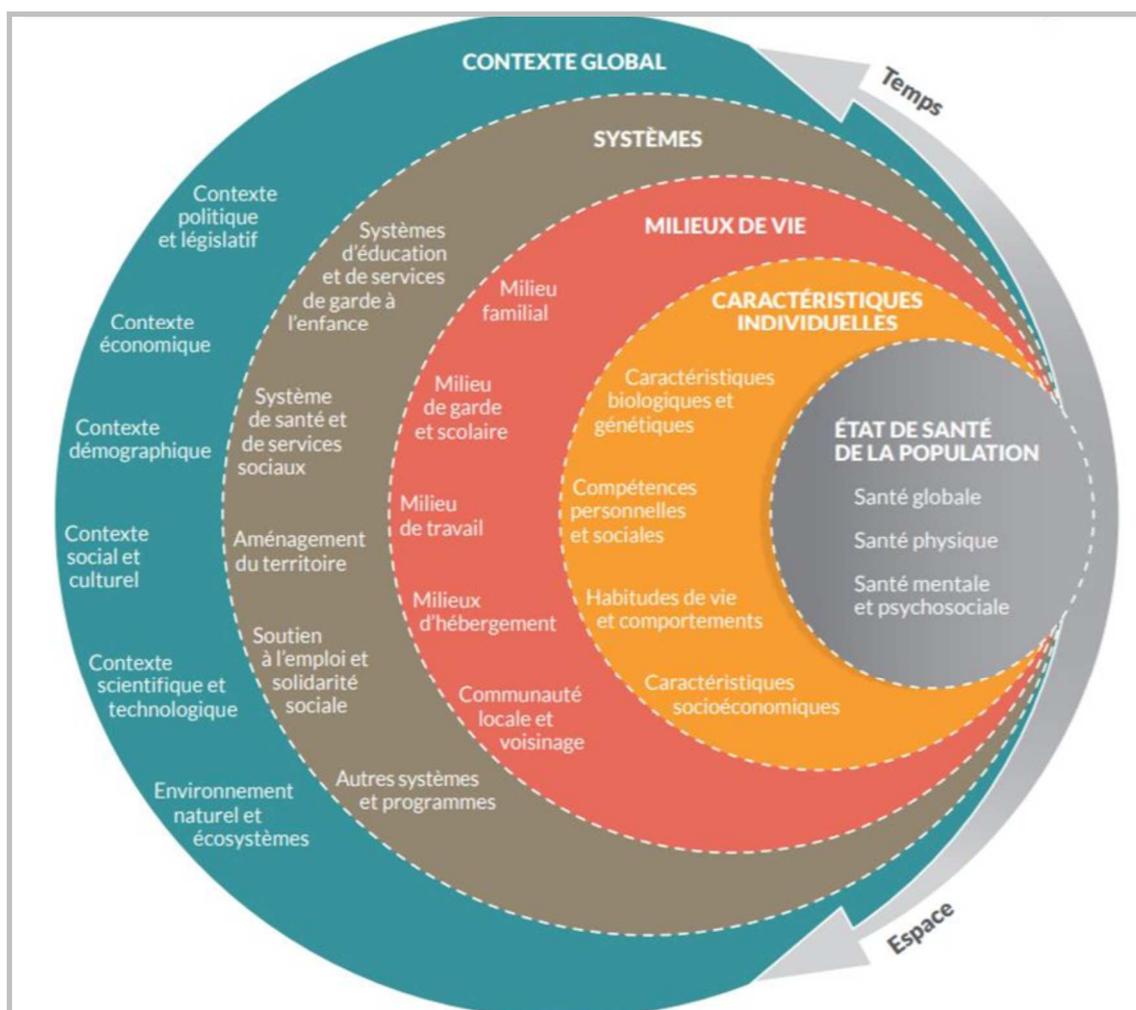
Ce travail permet donc de diffuser de la connaissance à cet échelon géographique et vise à encourager la mise en œuvre de politiques favorables à la santé.

Il a été réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est (ORS GE) avec le soutien financier de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) et le soutien de la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) du Grand Est.



Les déterminants de santé

Plusieurs facteurs déterminent la santé des populations : les facteurs individuels (âge, sexe, hérédité, habitudes de vie), le milieu de vie (hébergement, famille, communauté), les systèmes (aménagement du territoire, offre de soins et services sociaux), ou encore le contexte global (démographique, environnemental, économique, politique). Ainsi, une grande partie des déterminants de santé repose sur des facteurs extérieurs à l'individu lui-même. La manière dont sont structurés les territoires, l'offre éducative, l'offre de soins, le tissu d'emploi, sont autant de paramètres qui déterminent la santé de la population, et mettent en exergue, l'importance d'un regard sur ces différents déterminants de santé à l'échelle locale.



Source : *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*, La Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

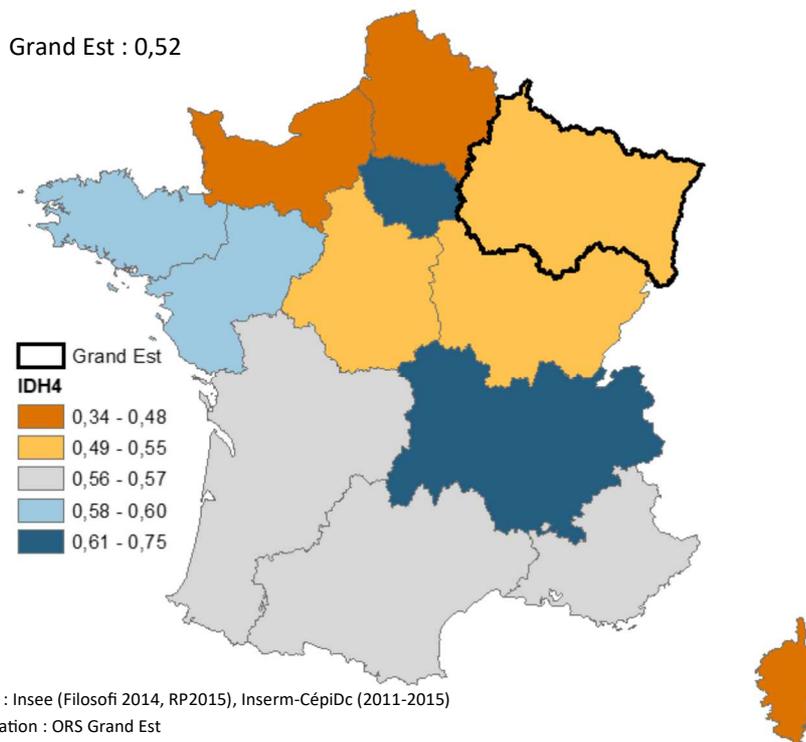
Un développement inégal en France

L'Indice de développement humain (IDH), a été créé par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) dans une approche globale. Son but est de révéler le niveau de développement des pays au regard de trois dimensions : **la santé, l'éducation, et le niveau de vie**. Cependant, du fait des indicateurs utilisés, la pertinence de cet indicateur composite à une échelle fine est limitée, ce qui a conduit à la création de plusieurs dérivés. L'IDH4 est l'une de ces adaptations. Dans cette version, les indicateurs caractérisant chacune des dimensions sont plus discriminants (cf. encart), donc plus adaptés à la situation du Grand Est et du reste de la France, à l'échelle régionale et infrarégionale. **Plus la valeur de l'IDH4 d'un territoire est proche de 1, plus son développement est important.**

L'IDH varie de 0 à 1, plus il est proche de 1, plus le développement du territoire sélectionné est important. L'IDH (1^{ère} version) utilise comme indicateurs pour ses trois dimensions : le taux d'alphabétisation, l'espérance de vie, le produit intérieur brut (PIB) par habitant. L'IDH4 quant à lui est composé de la part de personnes sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplômes, de l'indice comparatif de mortalité, et du revenu médian disponible par unité de consommation. L'IDH (y compris la version 4) est construit à partir de la moyenne des indices des trois dimensions. Chaque indice est relatif aux valeurs maximales et minimales prises par les unités territoriales de l'ensemble comparés (ici les 149 EPCI du Grand Est) (pour plus d'information cf. annexe page 23) :

$$\text{Indice dimensionnel} = \frac{\text{Valeur observée} - \text{Valeur minimale}}{\text{Valeur maximale} - \text{Valeur minimale}}$$

IDH4 des régions de France métropolitaine



L'indice de développement humain (IDH4) du Grand Est est plutôt faible par rapport aux autres régions métropolitaines. Il se classe au 10^{ème} rang sur 13 (dans l'ordre décroissant de l'IDH4).

Parmi les dimensions de l'IDH4 du Grand Est, la santé est la plus défavorable (12^{ème} sur 13), tandis que la dimension éducation est intermédiaire (8^{ème} sur 13), et le niveau de vie (4^{ème} sur 13) est la dimension la plus favorable.

Un développement inégal en Grand Est

A une échelle plus fine le territoire du Grand Est recouvre des situations diverses, avec des IDH4 variant de 0,31 à 0,65 parmi ses départements, et de 0,17 à 0,95 parmi ses EPCI.

Les départements du Bas-Rhin (0,65) et du Haut-Rhin (0,62) diffèrent du reste de la région avec des IDH4 plutôt favorables par rapport aux autres départements de la région et de France métropolitaine. Cela s'explique principalement par les dimensions de l'éducation et du niveau de vie plutôt favorables. Quant à la dimension de la santé de ces deux départements, elle est plutôt favorable par rapport aux autres départements du Grand Est, mais elle l'est moins au regard des autres départements de France métropolitaine.

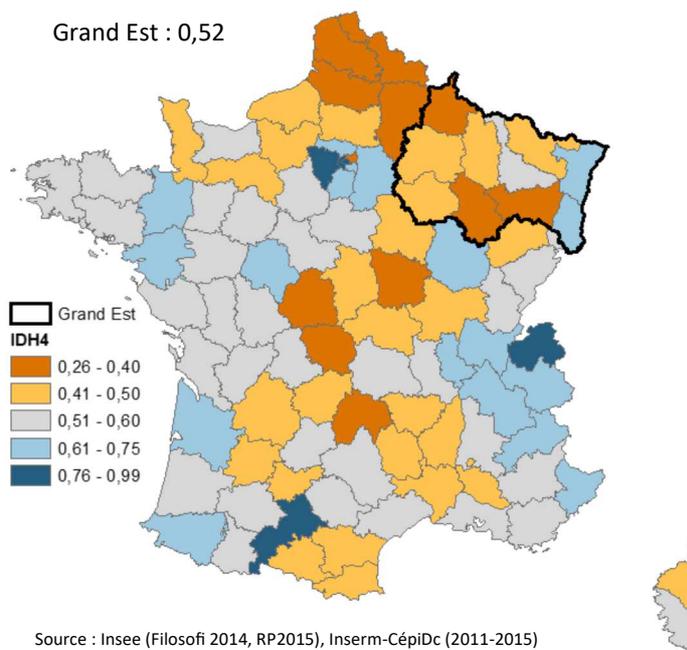
Inversement, des IDH4 parmi les plus défavorables (en orange foncé sur la carte) sont observés dans les Ardennes (0,31), la Haute-Marne (0,38) et les Vosges (0,39), ce qui est lié aux trois dimensions de l'indicateur.

La cartographie des EPCI montre que les zones les plus développées selon l'IDH4 dans le Grand Est, sont surtout situées en Alsace, et dans le sillon lorrain. Deux EPCI autour des agglomérations de Châlons-en-Champagne et de Troyes ont également des IDH4 plutôt favorables.

Ainsi, comme dans les profils EPCI de Nouvelle Aquitaine produits par l'ORS Nouvelle Aquitaine, les zones les plus développées selon l'IDH4 sont le plus souvent situées dans des zones urbaines et péri-urbaines, ce qui ne doit pas faire oublier pour autant les disparités que ces zones peuvent connaître elles-mêmes.

IDH4 des départements de France métropolitaine

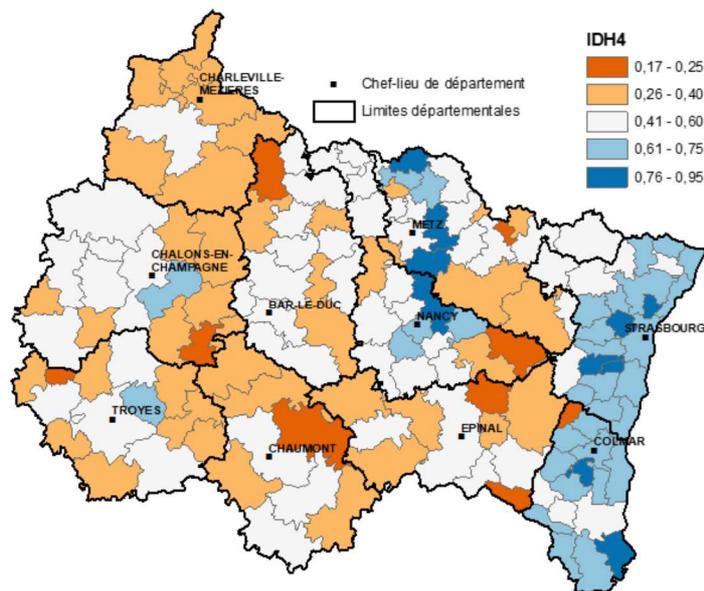
Grand Est : 0,52



Source : Insee (Filosofi 2014, RP2015), Inserm-CépiDc (2011-2015)
Exploitation : ORS Grand Est

IDH4 des EPCI du Grand Est

Grand Est : 0,52



Source : Insee (Filosofi 2014, RP2015), Inserm-CépiDc (2011-2015)
Exploitation : ORS Grand Est

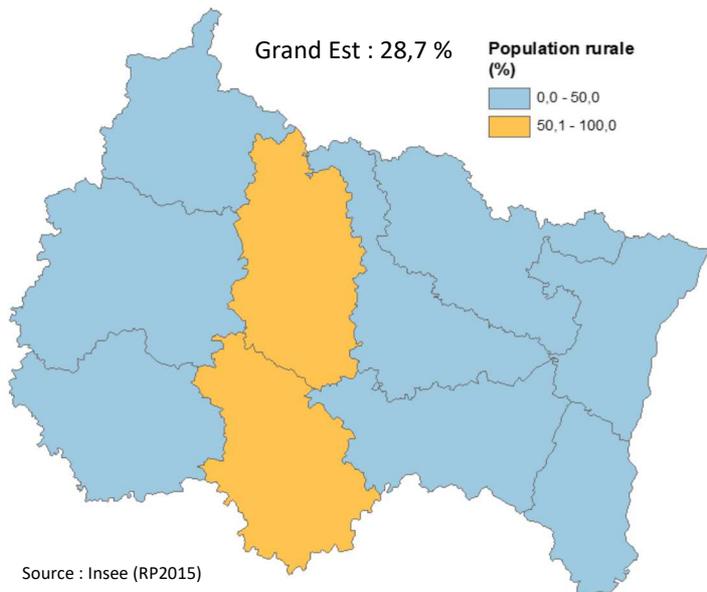
Des territoires urbains et ruraux en Grand Est

Le Grand Est est la 6^{ème} (sur 13) région la plus peuplée de France métropolitaine, avec une population de près de 5 559 000 habitants. Le Grand Est connaît sur la période 2010-2015 une croissance relativement faible de sa population par rapport aux autres régions françaises (12^{ème} sur 13 ; +0,09 % en moyenne chaque année vs +0,48 % en France métropolitaine). Cela s'explique par un solde migratoire négatif sur cette période. La région a également une densité légèrement inférieure à celle de la France métropolitaine (97 habitants/km² vs 118 hab/km²), et est inégalement peuplée et urbanisée.

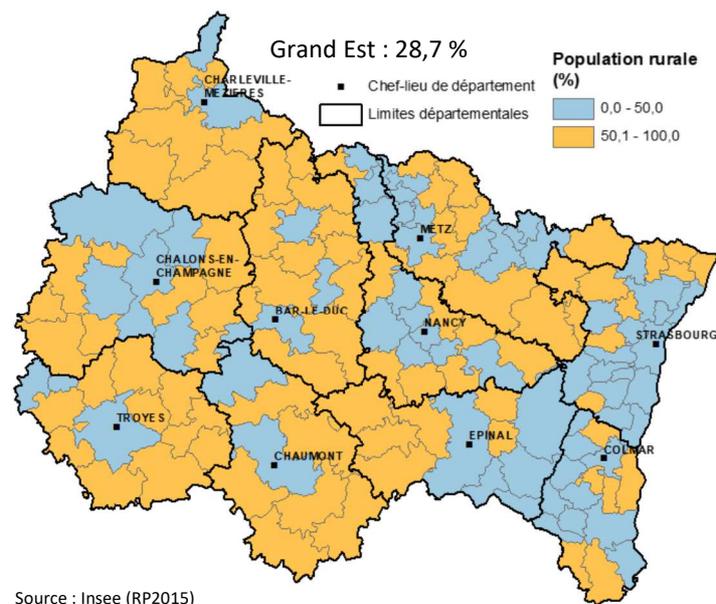
Les territoires à dominante rurale du Grand Est ont une croissance relativement plus faible que les territoires à dominante urbaine (0 % vs +0,13 %). La croissance démographique de ces derniers est avant tout soutenue par l'accroissement naturel (+0,31 % vs +0,09 % dans les territoires à dominante rurale), alors que ces territoires ont les taux d'accroissement migratoire les plus bas (-0,19 % vs -0,09 % dans les territoires à dominante rurale).

Les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin abritent d'importantes agglomérations : Mulhouse, Colmar, et Strasbourg (qui a la population la plus importante de la région). Ce sont les départements enregistrant les parts de population vivant dans des communes rurales les plus faibles (respectivement 22 % et 21 %), et les plus densément peuplés (233 hab/km², 216 hab/km²). La région Grand Est est traversée par le sillon lorrain, porté par les intercommunalités de Thionville, Metz, Nancy et Epinal, qui sont aussi d'importants pôles urbains. Quant aux départements des Ardennes (42 %), de l'Aube (40 %), de la Meuse (57 %) et de la Haute-Marne (54 %), des parts plus importantes de leur population vivent dans des communes rurales. Ce sont également ces départements, et plus particulièrement la Meuse et la Haute-Marne qui enregistrent les densités de population les plus faibles (respectivement 31 hab/km² et 29 hab/km²).

Part de la population vivant dans une commune rurale (en %) dans les départements du Grand Est



Part de la population vivant dans une commune rurale (en %) dans les EPCI du Grand Est



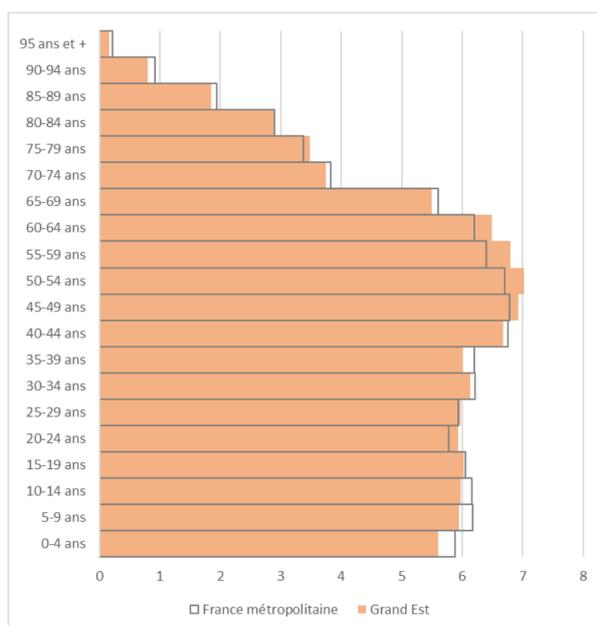
Les EPCI dont plus de 50 % de la population vit dans une commune rurale (selon la définition de l'Insee) sont considérés à dominante rurale (en orange sur la carte) et inversement pour les territoires à dominante urbaine (en bleu).

Un vieillissement plus ou moins prononcé selon les territoires

En fonction de leur âge les individus n'ont pas les mêmes besoins. Les variations démographiques au sein des territoires peuvent influencer la manière de se saisir des problématiques de santé. La répartition par âge de la population en Grand Est et en France métropolitaine est relativement similaire. Toutefois, dans le Grand Est, la proportion de personnes âgées de 45 à 64 ans est légèrement supérieure (27,3 % vs 26,1 %) et la proportion de jeunes de moins de 20 ans (23,6 % vs 24,3 %) est légèrement inférieure au regard de la France métropolitaine.

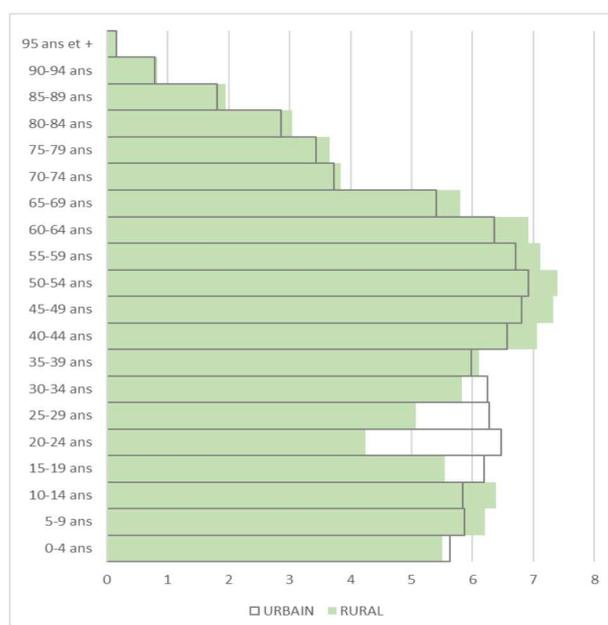
Dans les territoires ruraux du Grand Est (en vert sur le schéma ci-dessous), les jeunes de 15 à 34 ans sont proportionnellement moins nombreux que dans les territoires urbains. La sous-représentation particulièrement marquée des 20-24 ans est sans doute liée à la mobilité d'une partie d'entre eux pour réaliser des études dans des pôles universitaires situés plutôt en zones urbaines (de la région ou non). *A contrario*, les plus de 34 ans et en particulier les tranches d'âges de 40 à 69 ans sont surreprésentés dans les territoires ruraux (*versus* les territoires urbains).

Population par groupe d'âges en France métropolitaine, et en Grand Est (en %)



Source : Insee (RP2015)

Population par groupe d'âges dans les territoires à dominante urbaine et rurale du Grand Est (en %)



Source : Insee (RP2015)

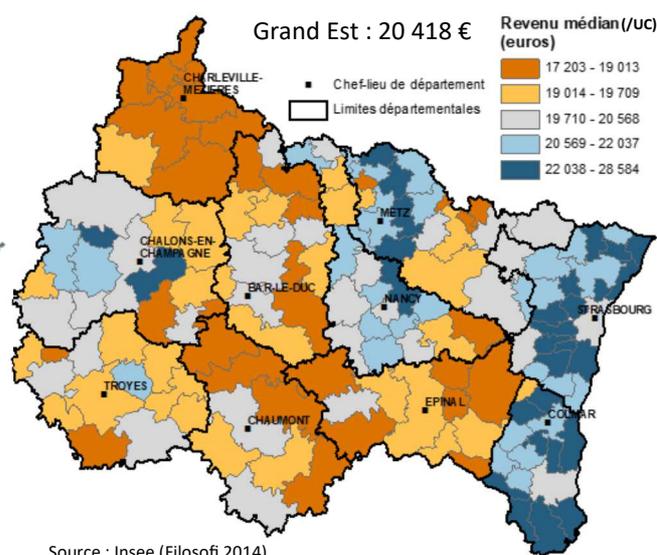
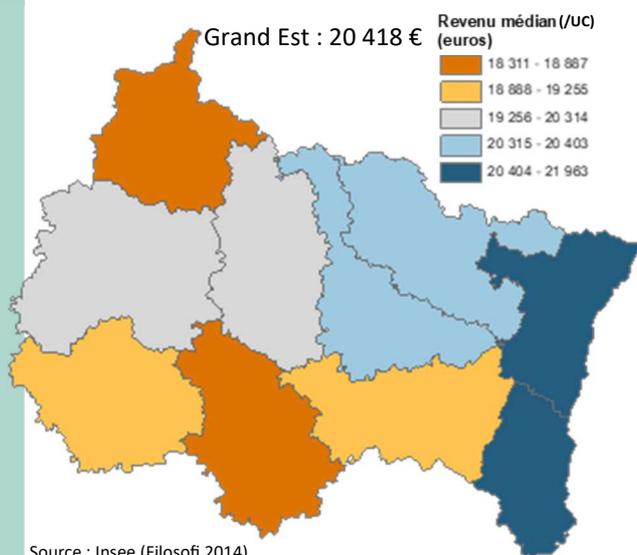
Le vieillissement est légèrement plus marqué dans les territoires à dominante rurale et varie à l'échelle des EPCI de manière importante, avec un indice de vieillissement allant de 51,4 pour la communauté de communes de la Région de Suippes (département 51) à 154,7 pour la communauté de communes du Pays de Chalindrey de Vannier Amance et de la Région de Bourbonne-Les-Bains (département 52), rappelant l'intérêt d'un regard local.

L'indice de vieillissement est le nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans. Un indice de 100 indique qu'il y a le même nombre de personnes de moins de 65 ans que de personnes de plus de 20 ans. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.

Des différences de niveau de vie en Grand Est

Le niveau de vie est un déterminant de santé et peut conditionner l'accès aux soins. En 2014, en France métropolitaine, 11 % des adultes parmi les 20 % les plus modestes déclaraient avoir renoncé à consulter un médecin au cours de l'année pour des raisons financières, contre 1 % des 20 % les plus aisés (Source : EHIS-ESPS 2014, Drees-Irdes). De plus, les personnes avec un niveau de vie plus faible ont plus fréquemment que les autres des comportements défavorables pour leur santé. Par exemple, le tabagisme touche 36 % des personnes appartenant au premier tercile de revenu (revenus les plus faibles) contre 22 % des personnes appartenant au dernier (Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France). Ces inégalités face à la santé nous invitent à observer où les problèmes de niveau de vie défavorable sont les plus prégnants.

Niveau de revenus médians par UC dans le Grand Est selon le département, et selon l'EPCI (en €)



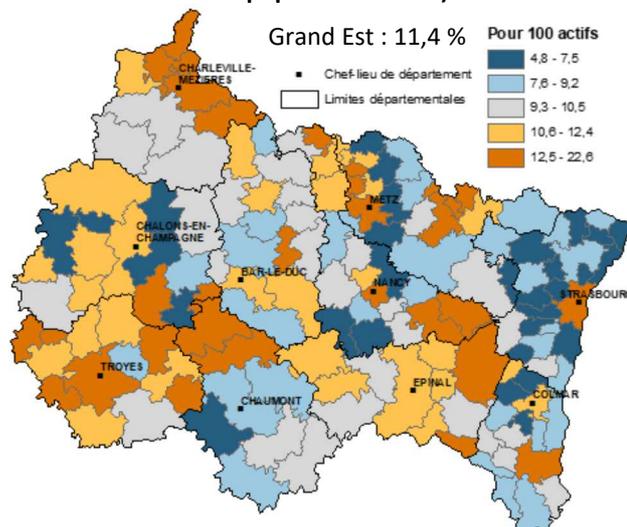
Attention : les classes et légendes des cartes sont différentes

Les revenus médians des habitants des zones urbaines sont en général plus importants que dans les zones rurales. Au sein du Grand Est, les habitants des Ardennes (18 171 €) et de la Haute-Marne (18 718 €) ont les revenus médians par unité de consommation (UC) les plus faibles, tandis qu'ils sont les plus élevés dans le Haut-Rhin (21 803 €) et le Bas-Rhin (21 495 €).

A une échelle plus fine, les EPCI appartenant au dernier quintile de revenu médian par UC (revenus les plus élevés) sont le plus souvent situés dans l'est de la région et dans le sillon lorrain, qui regroupent les principales agglomérations.

Cependant, les territoires à dominante urbaine qui ont des niveaux de vie relativement favorables par rapport aux territoires à dominante rurale, sont aussi les zones où les taux de demandeurs d'emploi de catégorie A sont fréquemment plus importants (12,2 % vs 8,9 %). Ces taux peuvent quadrupler d'un EPCI à un autre, de 4,8 % pour la communauté de communes de Moivre à la Coole (dép. 51), à 22,6 % pour la communauté de communes des Portes de Romilly Sur Seine (dép. 10).

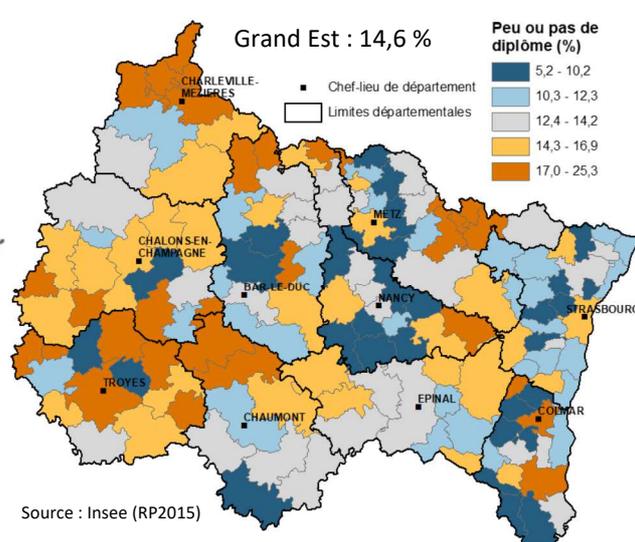
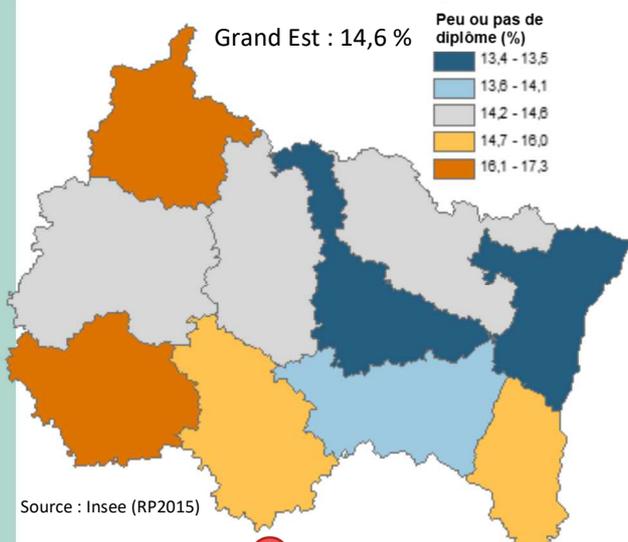
Demands d'emploi de catégorie A (taux brut en % de la population active)



Des différences de niveau de diplôme en Grand Est

A l'instar du niveau de revenu, le niveau de diplôme est également un déterminant de santé et est souvent corrélé avec ce dernier. Un niveau de diplôme élevé est plus fréquemment lié à des comportements positifs en terme de santé et, l'espérance de vie à 35 ans des plus diplômés est plus élevée que celles des moins diplômés (Source : Insee Première n°1584, 18 février 2016). La promotion et l'éducation à la santé des jeunes, plutôt en bonne santé, mais dont les comportements impacteront leur santé future se trouvent être particulièrement importantes.

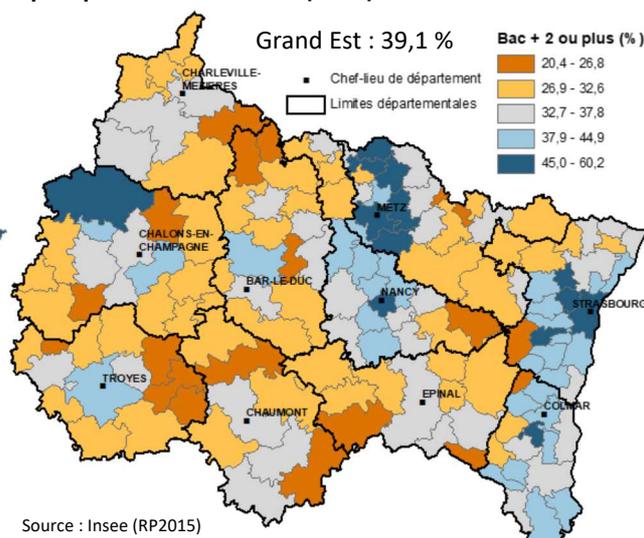
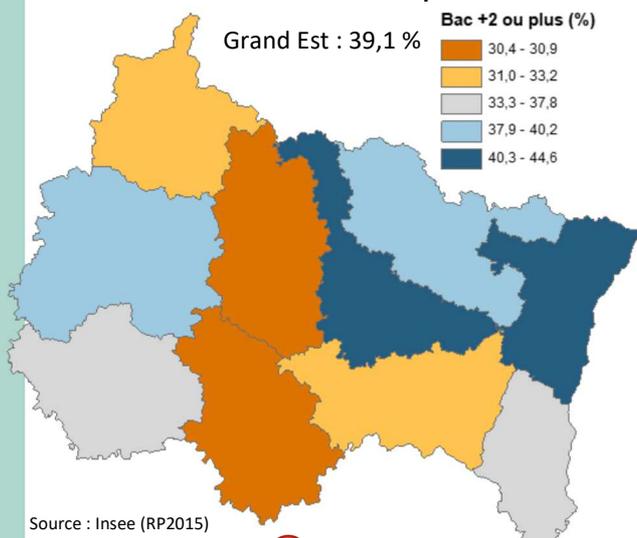
Part de peu ou pas diplômés parmi les 25-34 ans (en %)



Attention : les classes et légendes des cartes sont différentes

La proportion de jeunes adultes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômés (aucun diplôme ou au plus BEPC, brevet des collèges, DNB) varie de 13,4 % à 17,4 % entre les départements du Grand Est. Les départements des Ardennes (16,9 %) et de l'Aube (17,4 %) ont les proportions de jeunes adultes peu ou pas diplômés les plus importantes du Grand Est.

Part de diplômés d'un Bac+2 et plus parmi les 25-34 ans (en %)



Attention : les classes et légendes des cartes sont différentes

Les départements de la Meurthe-et-Moselle et du Bas-Rhin enregistrent les parts les plus élevées de jeunes adultes (25-34 ans) diplômés de l'enseignement supérieur (respectivement 41,5 % et 44,6 %). Ces deux départements ont d'importants centres urbains qui concentrent des emplois qualifiés et disposent d'importantes universités, ce qui pourrait expliquer les proportions observées. A l'échelle des EPCI, les plus importantes métropoles (Strasbourg, Metz, Nancy, etc.) ont à la fois d'importantes proportions de jeunes adultes peu ou pas diplômés, et de diplômés de l'enseignement supérieur. Cela montre d'importantes inégalités au sein de ces territoires, qui connaissent également des taux relativement importants de demandeurs d'emploi.

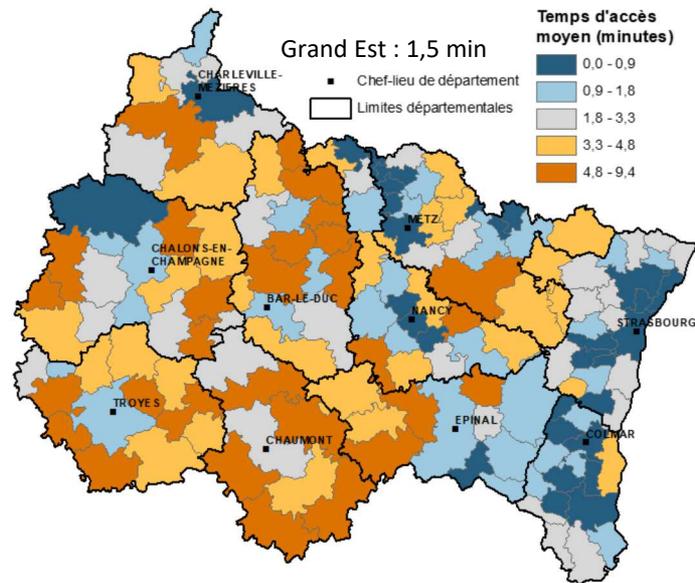
Les temps d'accès aux soins en Grand Est

Même si, dans la constitution des inégalités de santé, la part attribuable aux soins apparaît plus limitée que celle attribuable aux facteurs sociaux et environnementaux, l'accès aux soins reste néanmoins un élément central des politiques de santé. Le Plan du Gouvernement du 13 octobre 2017 prône un égal accès aux soins dans les territoires. Les régions les plus rurales sont souvent les plus éloignées de l'offre de soins, et le temps d'accès routier est un indicateur permettant de témoigner de cet éloignement en tant qu'inégalité territoriale de santé. Les profils EPCI du Grand Est mettent à disposition ces temps d'accès ainsi que les effectifs de médecins généralistes et d'autres professionnels de santé (cf. Annexe pour le calcul des temps d'accès, page 23).

Dans le système de soins le médecin généraliste a un rôle d'orientation et de prévention. Il contribue par le suivi de ses patients, et ses conseils, à réduire les complications ultérieures. Près de 95 % des habitants du Grand Est accèdent à un médecin généraliste en moins de 9 minutes. Les temps de trajet routier moyen vers un médecin généraliste varient toutefois d'un territoire à un autre. Ils sont plus courts dans les principales agglomérations, à l'est de la région, dans le sillon lorrain, ou encore à Reims. A l'inverse, les territoires à dominante rurale connaissent en moyenne des temps d'accès plus importants (3,8 min vs 0,8 min dans les territoires à dominante urbaine).

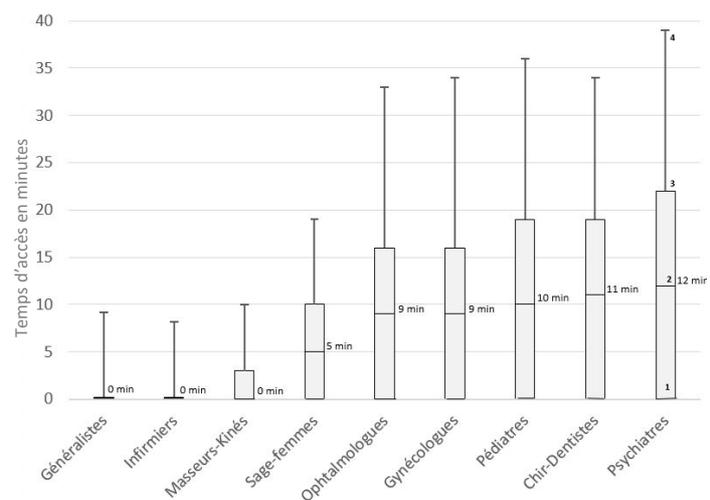
Les temps d'accès à d'autres professionnels de santé libéraux ont également été étudiés. Au moins 95 % des habitants du Grand Est accèdent à un masseur-kinésithérapeute ou à un infirmier en moins de 10 minutes. Pour les chirurgiens-dentistes, ces temps d'accès sont plus longs : plus de 11 minutes pour 50 % des habitants, et plus de 34 minutes pour 5 % d'entre eux. Pour les médecins spécialistes, moins nombreux, les temps de trajets routiers sont aussi plus élevés, notamment pour les psychiatres : 50 % des habitants du Grand Est y accèdent en plus de 12 minutes, et 25 % en plus de 22 minutes.

Temps d'accès moyens pondérés à un médecin généraliste libéral ou mixte selon l'EPCI (en minutes)



Source : FNPS - Insee - Distancier METRIC 2016

Distribution des temps d'accès aux professionnels de santé libéraux en Grand Est (en minutes)



Source : FNPS - Insee - Distancier METRIC 2016

- 1 : 25% de la population du Grand Est accède à un psychiatre en moins de 0 minute.
 - 2 : 50% de la population du Grand Est accède à un psychiatre en moins de 12 minutes.
 - 3 : 75% de la population du Grand Est accède à un psychiatre en moins de 22 minutes.
 - 4 : 95% de la population du Grand Est accède à un psychiatre en moins de 39 minutes.
- Les temps indiqués sont calculés avec le Distancier METRIC pour les transports routiers.

A noter : les temps de trajet routier sont calculés de commune à commune et donc sous-évalués à 0 minute pour les professionnels installés dans la commune de résidence des populations ; or les communes peuvent être étendues, denses, congestionnées. L'accessibilité géographique ainsi calculée ne rend pas forcément compte de l'accessibilité réelle (facilité pour s'y rendre mais aussi délai pour RDV, freins financiers, etc.).

La mortalité prématurée en Grand Est

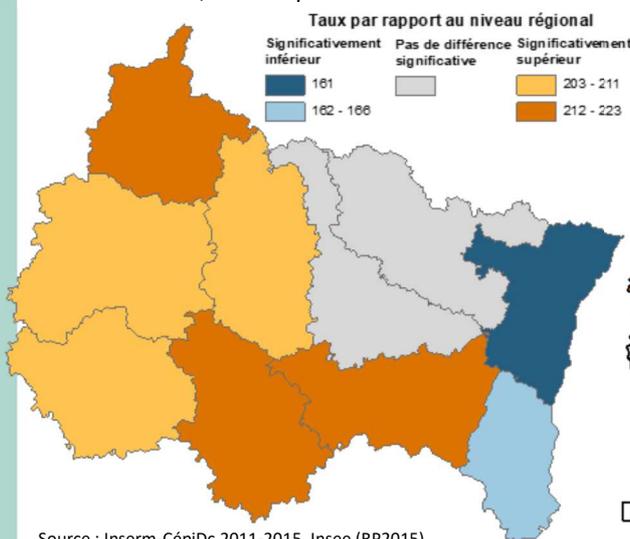
L'analyse suivante est axée sur les données de mortalité prématurée, les données sur la mortalité générale sont disponibles en annexe (page 21). La mortalité prématurée est définie comme l'ensemble des décès avant l'âge de 65 ans. Elle rend compte de la santé de la population moins âgée, comprend une grande partie de la mortalité « évitable » (liée aux comportements à risques ou encore à un environnement défavorable—cf. page suivante), et permet d'évaluer les besoins en termes de prévention. Sur la période 2011-2015, en moyenne, près de 49 800 décès par an sont survenus en Grand Est, dont près de 9 600 parmi les personnes de moins de 65 ans.

Les taux comparatifs de mortalité ou TCM (calculés pour 100 000 habitants) permettent la comparaison entre des territoires avec des populations aux structures par âge différentes et, des tests statistiques permettent de vérifier si une différence avec un territoire de comparaison est significative (cf. Annexe p. 23).

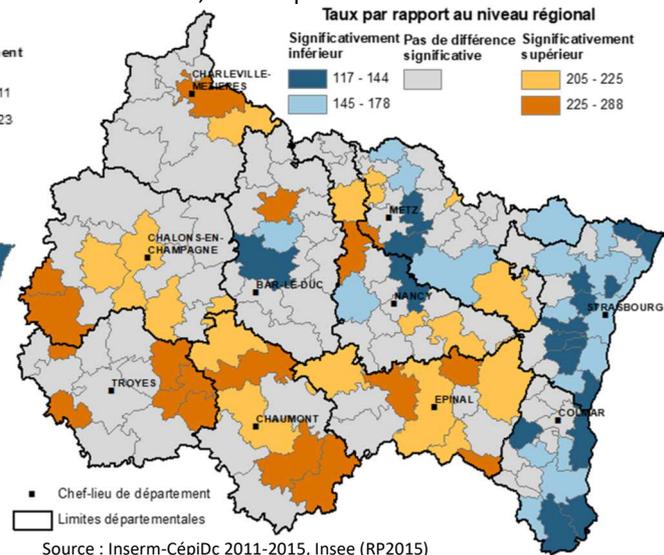
Sur la période 2011-2015, le taux comparatif de mortalité prématurée dans le Grand Est (187,9 décès vs 182,6 décès pour 100 000 habitants de moins de 65 ans) est légèrement supérieur à celui enregistré pour la France métropolitaine. A l'échelle des départements, les Ardennes (223,0 décès pour 100 000 habitants) et la Haute-Marne (221,8 décès pour 100 000) ont les taux comparatifs de mortalité prématurée les plus importants. Inversement, les départements du Bas-Rhin (160,6 décès pour 100 000) et du Haut-Rhin (166,3 décès pour 100 000) ont les taux comparatifs de mortalité prématurée les plus faibles du Grand Est.

Taux comparatifs de mortalité prématurée (pour 100 000 habitants, avant l'âge de 65 ans) standardisés sur l'âge, par département, et par EPCI du Grand Est, sur la période 2011-2015

Grand Est : 187,9 décès pour 100 000



Grand Est : 187,9 décès pour 100 000



⚠ Attention : les classes et légendes des cartes sont différentes

A l'échelle des EPCI, les taux comparatifs de mortalité prématurée sont plus faibles dans l'est de la région et au niveau du sillon lorrain, ce qui pourrait être en lien avec les conditions socioéconomiques relativement plus favorables de ces territoires. Toutefois, rappelons qu'au sein même d'un EPCI, de fortes inégalités existent. Il a par exemple été montré que les écarts de mortalité avant 75 ans sont plus élevés entre les 24 quartiers de Strasbourg qu'entre les 316 cantons du Grand Est (cf. *La santé en milieu urbain, des inégalités de santé particulièrement marquées*, Bulletin d'information de l'ORS Grand Est, numéro 3, Octobre 2018).

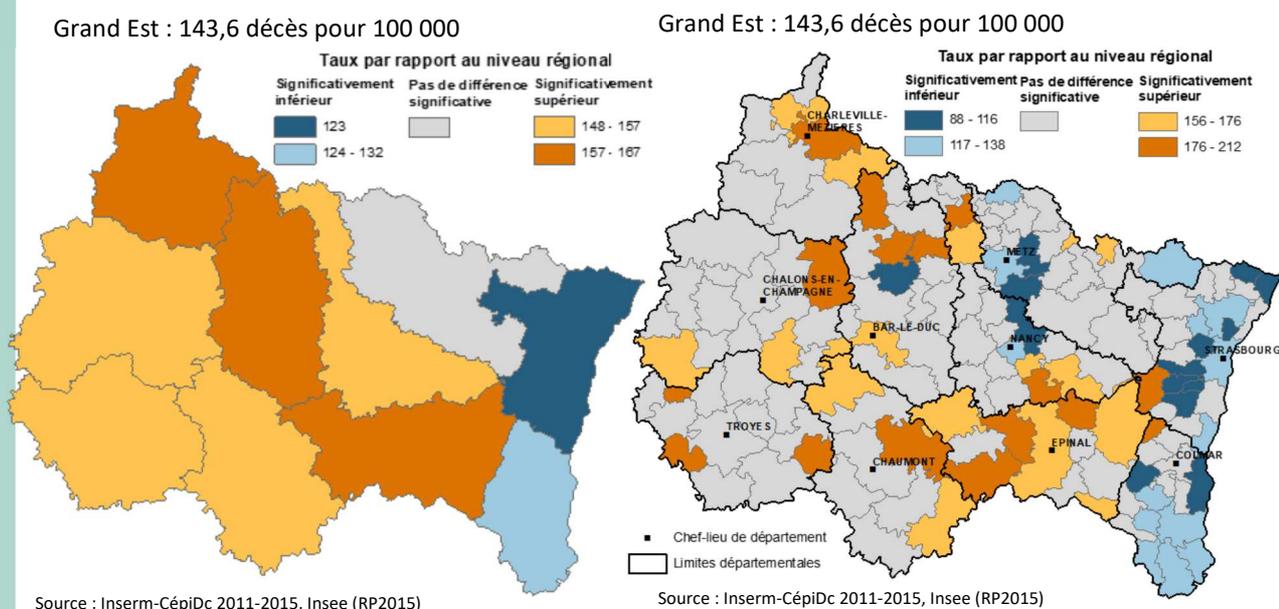


La mortalité évitable par la prévention en Grand Est

La mortalité évitable correspond à la mortalité qui pourrait être évitée soit par l'amélioration de la prévention primaire (réduction des pratiques à risques telles que les consommations d'alcool, de tabac, la conduite dangereuse sur la route, etc.), soit par l'amélioration du système de soins. La mortalité évitable et ses composantes sont estimées en intégrant des causes de décès et certaines tranches d'âges (cf. Annexe page 22 pour plus de précisions).

Dans la période 2011-2015, la région Grand Est a enregistré en moyenne 7 900 décès chaque année pouvant être évités par la réduction des pratiques à risque en améliorant la prévention primaire. Le taux comparatif de mortalité évitable par l'amélioration de la prévention primaire du Grand Est est ainsi légèrement supérieur à celui de la France métropolitaine (143,6 décès pour 100 000 habitants vs 135,3 décès pour 100 000 habitants). Au niveau des EPCI, les taux comparatifs de mortalité les plus bas sont le plus souvent situés à l'est de la région, et dans le sillon lorrain.

Taux comparatif de mortalité évitable par l'amélioration de la prévention primaire (pour 100 000 habitants) standardisés sur l'âge, par département, et par EPCI du Grand Est, sur la période de 2011-2015



Attention : les classes et légendes des cartes sont différentes

Tout comme pour la mortalité avant l'âge de 65 ans, la cartographie de la mortalité évitable par l'amélioration de la prévention primaire recoupe en partie avec celles des diplômés de l'enseignement supérieur et des revenus médians par UC.

Les territoires du Grand Est où ces indicateurs sont relativement défavorables, enregistrent plus souvent des mortalités prématurées supérieures au reste du territoire. Ces indicateurs sont plus défavorables dans les territoires à dominante rurale. Une observation similaire a été faite en Bourgogne-Franche-Comté, montrant le lien entre pauvreté, ruralité, et surmortalité (Source : *Etat de santé et accès aux soins contrastés dans les territoires ruraux pauvres de Bourgogne-Franche-Comté, Insee Analyse n°42*).

Dans les profils EPCI, d'autres causes de mortalité et, la morbidité approchée par la prévalence d'affections longue durée, sont étudiées.

Conclusion

Ce document synthétique fournit quelques éléments clés sur la région Grand Est et complète les profils des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) constitués pour les 149 territoires de la région. Les indicateurs d'état de santé et de déterminants de santé cartographiés et commentés à l'échelle de ces EPCI permettent d'illustrer les disparités observées au sein de la région Grand Est et d'identifier des territoires qui apparaissent plus fragiles. Il ressort notamment que les territoires plus fragiles socio-économiquement, en particulier dans des zones relativement rurales de la région, présentent des indicateurs de santé (ici les indicateurs de mortalité prématurée et évitable étudiés) plus défavorables.

En effet, comme le montrent les études de l'Insee (*Insee Première n°1584, 18 février 2016*) et le rapport de l'Académie nationale de médecine (*20 juin 2017*), les tranches de la population les moins diplômées et celles aux situations de vie les plus défavorables connaissent une mortalité et une morbidité supérieures à celles des autres. Cela est lié, d'une part, à leurs conditions de vie plus difficiles et, d'autre part, ce sont les publics les moins réceptifs aux messages de prévention et qui par conséquent ont plus souvent des habitudes de vie défavorables à leur santé.

Ce document fournit par ailleurs, pour chacun des 65 indicateurs utilisés dans les profils, des valeurs caractéristiques (minimum, maximum, rapport de taux, etc.) ce qui permet d'aller plus loin dans la lecture des données. (cf. Annexe pages 15 à 18).

Quelques précisions méthodologiques sont aussi apportées. Signalons enfin que pour une bonne compréhension des profils, nous invitons le lecteur à se référer au tutoriel disponible et téléchargeable sur le site de l'ORS Grand Est (<https://ors-ge.org/> ; rubrique « Nos Productions - Nos études » et, à l'avenir, rubrique dédiée aux travaux par EPCI).



PRESENTATION DU TERRITOIRE		Taux minimum EPCI	Taux maximum EPCI	Valeur régionale	Coef. taux maximum / minimum EPCI	Taux territoires (EPCI) urbains	Taux territoires (EPCI) ruraux	Coef. taux ruraux / urbains	Rapport taux ♂ / taux ♀ Minimum EPCI	Rapport taux ♂ / taux ♀ Maximum EPCI
1	Indice de Développement Humain (IDH4)	0,17	0,95	0,52	x 5,6	n.d.	n.d.	n.d.		
Démographie										
2	Densité de population (nombre de personnes au km ²)	9,9	1 802,9	96,8	x 181,3	195,4	37,4	x 0,2	0,9	1,2
3	Croissance annuelle de la population (entre 2010 et 2015, taux moyen annuel, en %)	-1,0	1,3	0,1	n.d.	0,1	0,0	x 0,0		
4	Solde migratoire (entre 2010 et 2015, taux moyen annuel, en %)	-1,0	1,2	-0,2	n.d.	-0,2	-0,1	x 0,5		
5	Indice de vieillissement (65 ans ou plus / pour 100 moins de 20 ans)	51,4	154,7	78,3	x 3,0	77,2	81,6	x 1,1		
6	Population vivant dans une commune rurale (part pour 100 individus)	0,0	100,0	28,7	n.d.	15,1	71,3	x 4,7		
Situation socio-économique du territoire										
7	Rapport ouvriers / cadres	0,6	8,4	1,8	x 14,5	1,6	3,1	x 1,9		
8	Personnes sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	17,7	45,5	30,9	x 2,6 (a)	30,5	32,4	x 1,1 (b)	0,6	0,9
9	Demandeurs d'emploi de catégorie A (part pour 100 actifs)	4,8	22,6	11,4	x 4,7	12,2	8,9	x 0,7	0,5	1,4
10	Emplois précaires (part pour 100 emplois)	19,7	48,2	28,4	x 2,4	28,6	28,0	x 1	0,2	1,1
11	Revenus médians disponibles par unité de consommation (en euros)	17 203,3	28 583,8	20 417,5	x 1,66	n.d.	n.d.	n.d.		
12	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (part pour 100 ménages)	3,9	22,2	14,2	x 5,7	n.d.	n.d.	n.d.		
13	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (en %)	1,5	9,0	5,2	x 6,0	n.d.	n.d.	n.d.		
14	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (part pour 100 familles avec enfant(s) de moins de 25 ans)	10,1	32,3	22,6	x 3,2	24	17	x 0,7		

(a) L'EPCI ayant le taux le plus élevé de pas ou peu diplômés en a 2,6 fois plus que l'EPCI qui en a le moins.

(b) Il y a 1,1 fois plus de peu ou pas diplômés dans l'ensemble formé par les territoires à dominante rurale que dans l'ensemble des territoires à dominante urbaine (un coefficient inférieur à 1 signifie que la valeur est plus élevée dans les territoires urbains que dans les territoires ruraux).

Les coefficients taux maximum/minimum ; taux ruraux/urbains et les rapports taux ♂/taux ♀ sont arrondis à un chiffre après la virgule (sauf pour revenus médians—2 chiffres).

ENVIRONNEMENT		Taux minimum EPCI	Taux maximum EPCI	Valeur régionale	Coef. taux maximum / minimum EPCI	Taux territoires (EPCI) urbains	Taux territoires (EPCI) ruraux	Coef. taux ruraux / urbains
15	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (densité pour 100 km ²)	0,0	20,8	1,7	n.d.	3,6	0,6	x 0,2
16	Parc privé potentiellement indigne - PPPI (part pour 100 logements privés) (uniquement pour les EPCI pour lesquels la donnée est disponible)	0,8	15,4	3,7	x 19,0	n.d.	n.d.	n.d.
17	Logements sur-occupés (part pour 100 résidences principales)	0,7	6,8	3,5	x 9,7	3,9	2,1	x 0,5

Le nombre d'indicateurs sélectionnés dans ces profils pour caractériser l'environnement est limité. Dans le cadre des diagnostics menés localement il est préconisé d'inclure d'autres thématiques (Ex : pollution de l'air, présence de radon, bruit,...). Des travaux réalisés dans le cadre du Plan régional santé environnement 3 (PRSE3) Grand Est peuvent fournir des informations complémentaires (cf. site du PRSE3 GE).

Les coefficients taux maximum/minimum ; taux ruraux/urbains sont arrondis à un chiffre après la virgule.

CADRE DE VIE ET ACCESSIBILITE		Taux minimum EPCI	Taux maximum EPCI	Valeur régionale	Coef. taux maximum / minimum EPCI	Taux territoires (EPCI) urbains	Taux territoires (EPCI) ruraux	Coef. taux ruraux / urbains	Rapport taux ♂ / taux ♀ Minimum EPCI	Rapport taux ♂ / taux ♀ Maximum EPCI
Niveau d'équipements										
18	Equipements culturels - musée, cinéma, conservatoire (part pour 10 000 habitants)	0,0	2,3	0,4	n.d.	0,4	0,3	x 0,7		
19	Equipements sportifs (part pour 10 000 habitants)	27,4	240,2	59,5	x 8,8	52,1	82,6	x 1,6		
20	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (part pour 100 habitants de 20-59 ans)	8,5	26,8	16,3	x 3,2	16,3	16,4	x 1,0	1,1	3,7
Offre de soins (Temps d'accès moyen par la route en minutes)		Temps minimum EPCI	Temps maximum EPCI	Valeur régionale	Coef. temps maximum / minimum EPCI	Temps territoires (EPCI) urbains	Temps territoires (EPCI) ruraux	Coef. temps ruraux / urbains	Minimum EPCI Part des 55 ans et plus (en %)	Maximum EPCI Part des 55 ans et plus (en %)
21	Temps d'accès moyen aux services des urgences	2,0	59,2	14,3	x 29,2 (a)	11,2	23,9	x 2,1 (b)		
22	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	0,0	9,4	1,5	n.d.	0,8	3,8	x 4,7	0,0	100,0
23	Pédiatres libéraux ou mixtes	1,4	60,3	12,1	x 44,4	8,2	24,1	x 2,9	0,0	100,0
24	Gynécologues obstétriciens libéraux ou mixtes	1,9	48,8	10,8	x 25,2	7,6	20,9	x 2,8	0,0	100,0
25	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1,8	59,2	10,4	x 32,5	7,4	19,9	x 2,7	0,0	100,0
26	Psychiatres libéraux ou mixtes	2,3	59,2	14,0	x 25,5	10,7	24,3	x 2,3	0,0	100,0
27	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	2,0	55,6	11,9	x 27,5	8,2	23,3	x 2,8	0,0	100,0
28	Infirmiers libéraux ou mixtes	0,0	7,9	1,4	n.d.	0,7	3,4	x 4,6	0,0	50,0
29	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	0,0	10,3	1,8	n.d.	1,0	4,5	x 4,6	0,0	50,0
30	Sages-femmes libérales ou mixtes	1,1	26,0	6,1	x 24,5	4,3	11,6	x 2,7	0,0	100,0

(a) Au niveau des EPCI, le temps d'accès aux services des urgences le plus long est 29,2 fois plus long que le temps d'accès aux services des urgences le plus court.

(b) Le temps d'accès aux services des urgences est 2,1 fois plus long en moyenne dans l'ensemble formé par les territoires à dominante rurale que dans l'ensemble des territoires à dominante urbaine (un coefficient inférieur à 1 signifie que la valeur est plus élevée dans les territoires urbains que dans les territoires ruraux).

Les coefficients taux maximum/minimum ; taux ruraux/urbains et les rapports taux ♂/taux ♀ sont arrondis à un chiffre après la virgule.

ETAT DE SANTE DES HABITANTS										
		Taux minimum EPCI	Taux maximum EPCI	Valeur régionale	Coef. taux maximum / minimum EPCI	Taux territoires (EPCI) urbains	Taux territoires (EPCI) ruraux	Coef. taux ruraux / urbains	Rapport taux ♂ / taux ♀ Minimum EPCI	Rapport taux ♂ / taux ♀ Maximum EPCI
Mortalité										
(taux standardisés pour 100 000 habitants)										
31	Décès toutes causes confondues	690,2	1 101,2	802,2	x 1,6	791,2	834,6	x 1,1	1,3	2,3
32	Décès par cancer	193,1	305,7	238,8	x 1,6	239,0	237,8	x 1,0	1,2	3,1
33	Décès par maladie de l'appareil circulatoire	158,1	273,3	198,5	x 1,7	192,3	216,5	x 1,1	1,0	2,2
34	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	13,5	66,0	35,8	x 4,9	35,3	37,1	x 1,1	0,8	14,9
35	Décès par suicide	6,0	41,2	14,4	x 6,9	13,8	16,2	x 1,2	1,0	47,0
36	Décès par pathologies liées à l'alcool	8,0	45,9	27,5	x 5,8	27,8	26,6	x 1,0	0,8	48,5
37	Décès par pathologies liées au tabac	83,5	168,9	114,1	x 2,0	114,0	114,2	x 1,0	1,4	6,6
38	Décès prématurés (<i>avant 65 ans</i>)	116,8	287,5	187,9	x 2,5	188,3	186,9	x 1,0	1,2	3,9
39	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	88,3	211,9	143,6	x 2,4	142,4	147,4	x 1,0	1,5	5,7
40	Décès évitables liés au système de soins	40,7	124,3	73,4	x 3,1	72,9	75,0	x 1,0	0,8	2,9
Morbidité										
(taux de prévalence standardisés pour 100 000 habitants)										
41	Affections de longue durée (ALD)	16 446,4	27 918,2	21 309,9	x 1,7	21 557,5	20 398,0	x 0,9	1,1	1,5
42	Affections de longue durée pour cancers	2 504,1	4 928,5	3 687,6	x 2,0	3 675,9	3 687,1	x 1,0	0,8	1,6
43	Affections de longue durée cancer du poumon	78,3	254,3	169,7	x 3,3	173,2	157,2	x 0,9	0,8	15,6
44	Affections de longue durée cancer du sein	566,2	1 268,7	905,6	x 2,2	918,7	858,7	x 0,9	n.d.	n.d.
45	Affections de longue durée cancer du côlon-rectum	237,3	642,5	362,8	x 2,7	358,2	373,3	x 1,0	0,6	3,4
46	Affections de longue durée pour maladies de l'appareil circulatoire	4 004,1	7 954,0	5 920,6	x 2,0	5 885,7	5 975,8	x 1,0	1,6	3,0
47	Affections de longue durée pour diabète (type I et II)	3 429,6	6 538,4	4 879,5	x 1,9	4 900,2	4 613,8	x 0,9	1,1	1,8
48	Personnes Hospitalisées à cause d'un accident de la circulation	85,9	888,3	337,6	x 10,3	308,0	430,5	x 1,4	n.d.	n.d.

Les coefficients taux maximum/minimum ; taux ruraux/urbains et les rapports taux ♂/taux ♀ sont arrondis à un chiffre après la virgule.

Les coefficients taux maximum/minimum ; taux ruraux/urbains et les rapports taux ♂/taux ♀ sont arrondis à un chiffre après la virgule (sauf pour l'indicateur ALD des 65 ans et plus — 2 chiffres).

POPULATIONS SPECIFIQUES		Taux minimum EPCI	Taux maximum EPCI	Valeur régionale	Coef. taux maximum / minimum EPCI	Taux territoires (EPCI) urbains	Taux territoires (EPCI) ruraux	Coef. taux ruraux / urbains	Rapport taux ♂ / taux ♀ Minimum EPCI	Rapport taux ♂ / taux ♀ Maximum EPCI
Jeunesse										
49	Personnes âgées de moins de 20 ans (part en % dans l'ensemble de la population)	18,9	27,8	23,6	x 1,5	23,5	23,6	x 1,0	1,0	1,2
50	6-16 ans non-scolarisés (part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	0,3	3,9	1,8	x 13,5	2,0	1,5	x 0,7	0,4	4,6
51	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	5,2	25,3	14,6	x 4,9	15,3	12,4	x 0,8	0,7	2,2
52	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	20,4	60,2	39,1	x 3,0	40,4	34,8	x 0,9	0,5	0,9
53	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	8,3	27,7	16,8	x 3,4	16,8	16,5	x 1,0	0,5	1,7
54	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	22,6	85,6	56,6	x 3,8	56,0	58,7	x 1,0		
55	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	34,8	112,4	71,3	x 3,2	71,5	70,5	x 1,0	0,9	2,0
56	Jeunes de moins de 15 ans en affection de longue durée (taux standardisé de prévalence pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans)	1 141,0	4 284,1	2 445,1	x 3,8	2 520,8	2 195,0	x 0,9	0,4	3,8
57	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	0,3	2,6	1,4	x 9,1	1,4	1,3	x 0,9		
Personnes âgées ou en situation de handicap										
58	Personnes âgées de 65 ans ou plus (part en % dans l'ensemble de la population)	13,3	29,3	18,4	x 2,2	18,2	19,3	x 1,1	0,6	0,9
59	Personnes âgées isolées (part pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus)	19,1	36,1	31,1	x 1,9	32,0	28,6	x 0,9	0,3	0,8
60	Personnes âgées en établissement - EPHAD, USLD, résidence autonomie (part pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus)	0,0	15,1	5,3	n.d.	5,3	5,4	x 1,0	0,2	1,0
61	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées (en base 100 pour la France métropolitaine)	10,6	414,7	78,6	x 39,0	n.d.	n.d.	n.d.		
62	Personnes de 65 ans ou plus en affection longue durée (taux standardisés de prévalence pour 100 000 personnes de 65 ans ou plus)	43 003,4	96 639,0	73 981,1	x 2,25	74 157,8	72 916,1	x 1,0	1,2	1,8
63	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (part pour 100 personnes de 65 ans ou plus)	2,8	14,4	6,0	x 5,1	5,7	6,7	x 1,2	n.d.	n.d.
64	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)	0,7	6,6	2,7	x 9,7	2,9	2,2	x 0,7	n.d.	n.d.
65	Places en établissement pour personnes handicapées (part pour 1 000 personnes âgées de 20 à 65 ans)	0,0	24,2	2,6	n.d.	2,6	2,8	x 1,1		

Annexe : Sources des profils EPCI

Liste des sources, chaque numéro est relatif au numéro de l'indicateur sur les profils EPCI et dans l'annexe précédente

1. Insee (RP2015, Filosofi 2014), Inserm-CépiDc 2011-2015
2. Insee (RP2015)
3. Insee (RP2010, RP2015)
4. Insee (RP2010, RP2015, Etat-Civil)
- 5-8. Insee (RP2015)
9. Pôle Emploi au 31/12/2016
10. Insee (RP2015)
- 11-13. Insee, DGFIP, Cnaf, Cnav, CCMSA (Fichier Localisé social et fiscal)
14. Insee (RP2015)
15. Basol 2018
16. Filocom 2013, MEDDE d'après DGFIP, Traitement CD Rom Anah
17. Insee (RP2014)
18. Insee (BPE 2016)
19. Insee (RP2015), Ministère en charge des sports RES (20/05/18)
20. Insee (RP2015), MEOS 2015 - Injep
21. FNPS - Insee - Distancier METRIC 2016
- 22-27. RPPS2018, FNPS - Insee - Distancier METRIC 2016
28. Adeli 2018, FNPS - Insee - Distancier METRIC
- 29-30. RPPS2018, FNPS - Insee - Distancier METRIC 2016
- 31-40. Inserm-CépiDc 2011-2015, Insee (RP2015)
- 41-47. Cnamts, CCMSA, RSI, Insee (RP2015)
48. Atih (PMSI-MCO) 2013-2017, Insee (RP2015)
- 49-53. Insee (RP2015)
54. CAF, ONPE 2014, Insee (RP2014)
55. Insee (RP2015), MEOS 2015 Injep
56. Cnamts, CCMSA, RSI, Insee 2015
57. Cnaf, CCMSA 2016, Insee (RP2015)
- 58-60. Insee (RP2015)
61. Insee (BPE, RP 2015)
62. Cnamts, CCMSA, RSI, Insee (RP2015)
63. Conseils départementaux au 31/12/2016
64. Cnaf, CCMSA 2016, Insee (RP2015)
65. Finess 2018, Insee (RP2015)

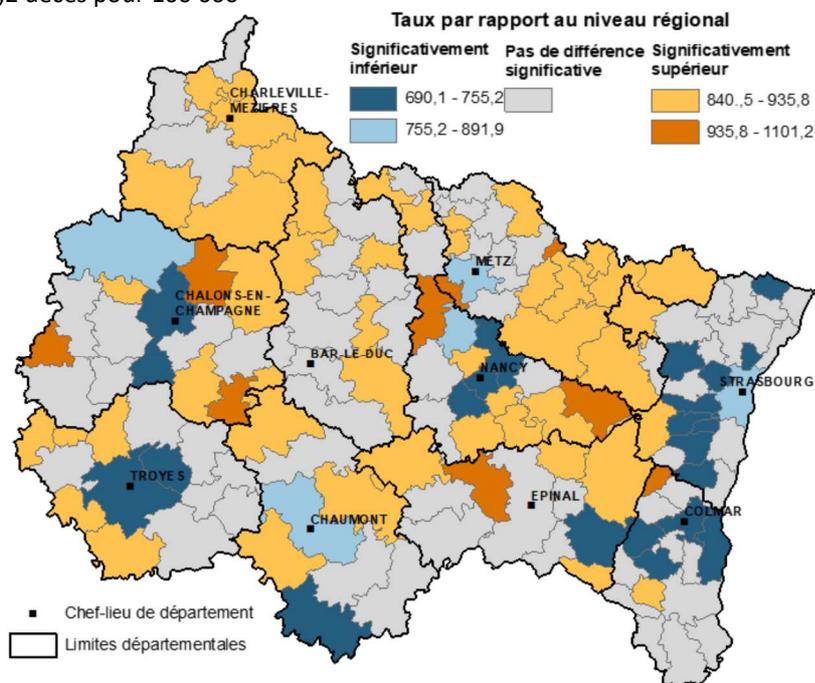
Annexe : Liste des acronymes

- AAH** : Allocation adulte handicapé
- ALD** : Affection de longue durée
- AAEH** : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- APA** : Allocation personnalisée à l'autonomie à domicile
- Atih** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- Basol** : Base de données Basol référençant les sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics à titre préventif ou curatif
- BPCO** : Bronchopneumopathie chronique obstructive
- BPE** : Base permanente des équipements
- CAF** : Caisse d'allocation familiale
- CCMSA** : Caisse centrale mutualité sociale agricole
- Cnaf** : Caisse nationale des allocations familiales
- Cnamts** : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- Cnav** : Caisse nationale d'assurance vieillesse
- DGFIP** : Direction générale des Finances publiques
- EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EPCI** : Etablissement public de coopération intercommunale
- Filocom** : Fichier des logements par communes
- Filosofi** : Fichier localisé social et fiscal
- Finess** : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
- FNPS** : Fichier national des professionnels de santé
- Insee** : Institut national de la statistique et des études économiques
- Inserm-CépiDc** : Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique
- MEDDE** : Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable et de l'Energie
- MEOS** : Mission des études, de l'observation et des statistiques, au ministère en charge des sports
- METRIC (distancier)** : Mesure des trajets inter-communes / Carreaux
- ONPE** : Observatoire national de la protection de l'enfance
- PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- PPPI** : Parc privé potentiellement indigne
- RES** : Recensement des équipements sportifs
- RP** : Recensement de la population
- RSI** : Régime social des indépendants
- TCM** : Taux comparatif de mortalité
- USLD** : Unité de soins de longue durée

Annexe : Mortalité générale en Grand Est

Taux comparatifs de mortalité (pour 100 000 habitants) standardisés sur l'âge, par EPCI du Grand Est, sur la période 2011-2015

Grand Est : 802,2 décès pour 100 000



La carte représente les taux comparatifs de mortalité (TCM) pour toutes les causes de décès, et ce, pour tous les âges. Les EPCI en bleu foncé, représentent les territoires enregistrant les TCM les plus bas du Grand Est. Les EPCI qui comprennent une grande ville et son agglomération sont ceux qui enregistrent le plus souvent les TCM les plus bas. Les EPCI colorés en orange enregistrent les TCM les plus élevés.

Annexe : Méthodes

Les taux de mortalité sont standardisés sur l'âge et permettent les comparaisons entre les territoires qui ont des structures par âge différentes.

Les indicateurs de mortalité n°39 (mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire) et n°40 (mortalité évitable liée au système de soins) sont calculés de manière spécifique, sur une sélection de causes et d'âges de décès selon la cause (cf. tableaux ci-dessous—causes/âges retenus en orangé). Cette sélection est basée sur des travaux européens, de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) et notamment sur le document du Haut Conseil de Santé Publique – HCSP (« *Indicateurs de mortalité prématurée et évitables* », avril 2013). Certaines causes peuvent se retrouver dans les deux sous-catégories de la mortalité évitable conformément aux recommandations citées par le HCSP. Selon celui-ci, « malgré un certain nombre de limitations liées à leur définition et à leur interprétation, les indicateurs de mortalité "prématurée" et "évitable" sont des indicateurs importants et utiles à prendre en compte dans le contexte du suivi des lois de santé publique ».

Tableau 1 (Indic n°39) : Causes de décès et âges retenus dans le calcul de la mortalité évitable par l'amélioration de la prévention primaire

Un décès est évitable par les comportements à risque, si compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date de ce décès, la totalité ou la plupart des décès relatifs à la cause considérée peuvent être évités grâce à des interventions (actions) de santé publique dans un sens très large.



Tableau 2 (indic n°40) : Causes de décès et âges retenus dans le calcul de la mortalité évitable liée au système de soins

Un décès est évitable par le système de soins, si compte-tenu des connaissances médicales et techniques à la date de ce décès, la totalité ou la plupart des décès relatifs à la cause considérée peuvent être évités grâce à une bonne qualité du système de soins. Les causes retenues sont celles pour lesquelles des innovations thérapeutiques notamment ont eu lieu, et la mortalité a diminué ces dernières décennies.



* Code CIM 10 retenus : C91, C92.0

Annexe : Méthodes

Indicateur n° 1 : L'IDH est un indicateur composite, sans dimension variant de 0 (situation mauvaise) à 1 (situation excellente). Il se calcule à partir de la moyenne de trois indices quantifiant : les niveaux de santé (composante **S**), de vie (composante **N**) et d'éducation (composante **E**).

$$IDH4 = \frac{S + N + E}{3}$$

Dans cette version 4 de l'IDH (IDH4), la santé est estimée par l'indice comparatif de mortalité (ICM), le niveau de vie par le logarithme du revenu médian par unité de consommation* (Revenu) et l'éducation par la part de peu ou pas diplômés (Dipl).

* *Unité de consommation* : Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes

Pour chaque composante, la valeur minimale prise par un territoire de l'ensemble comparé (ici les 149 EPCI du Grand Est) est soustraite à la valeur observée pour le territoire. Le tout est divisé par la différence entre la valeur maximale et minimale prises par l'ensemble des territoires comparés.

$$S = 1 - \frac{ICM_{observé} - ICM_{minimum}}{ICM_{maximal} - ICM_{minimal}}$$

$$N = \frac{\log(Revenu_{observé}) - \log(Revenu_{minimal})}{\log(Revenu_{maximal}) - \log(Revenu_{minimal})}$$

$$E = \frac{Dipl_{observé} - Dipl_{minimum}}{Dipl_{maximal} - Dipl_{minimal}}$$

A mesure que le niveau de vie augmente, les bienfaits supplémentaires

qu'il octroie diminuent. Ainsi, pour la dimension du niveau de vie, un logarithme (et non le revenu proprement dit) est utilisé pour diminuer l'importance du revenu à mesure qu'il augmente.

Indicateurs n° 21 à 30 : Les temps de trajets routiers présentés sont calculés à partir de l'outil METRIC développé par l'Insee. METRIC permet de calculer les temps de trajet routier aux différents professionnels de santé de commune à commune. Lorsqu'un professionnel de santé est situé sur la commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 minute.

A l'échelle des EPCI, les temps d'accès à un professionnel de santé ont été calculés par la moyenne pondérée (selon le nombre d'habitants) des temps d'accès des communes composant l'EPCI.

$$m = \frac{\sum_{i=1}^n h_i t_i}{\sum_{i=1}^n h_i}$$

Soit **m** : la moyenne pondérée ; **h** : le nombre d'habitants pour une commune (*i*) donnée ; **t** : le temps de trajet pour une commune (*i*).

Indicateurs 31 à 48 -56 et 62 : Les indicateurs de mortalité et morbidité sont standardisés sur la structure par âge de la France métropolitaine de l'année 2006, ce qui permet de comparer des territoires aux structures par âge différentes.

$$\sum_{i=1}^n P_i T_{ji}$$

Soit **P_i** : la part de la classe d'âge (*i*) dans la population de France métropolitaine en 2006 ; **T_{ji}** : le taux de mortalité observé dans la sous-population (*j*) pour la classe d'âge (*i*).

Les taux de chaque territoire sont ensuite ici comparés au taux du Grand Est. Dans le cadre de cette comparaison, du fait de l'aléa statistique autour des événements (décès, pathologies), des tests statistiques sont utilisés. Sur les cartes traitant de mortalité dans ce document, les EPCI qui ne se distinguent pas significativement (au seuil de 5%) du Grand Est sont colorés en gris. Dans les profils, les taux statistiquement différents du Grand Est sont en gras et un code couleur sur le graphique est utilisé (vert et orange : taux statistiquement resp. plus faible, et plus élevé).



Version du 29 juillet 2019



Observatoire régional de la santé du Grand Est

(ORS Grand Est)

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1^{er} étage

1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex

Tél. : **03.88.11.69.80** – E-mail : contact@ors-ge.org

Site internet : www.ors-ge.org