

Meurthe-et-Moselle  
département

**40 157**  
habitants

**13**  
communes

EPCI à dominante  
urbaine

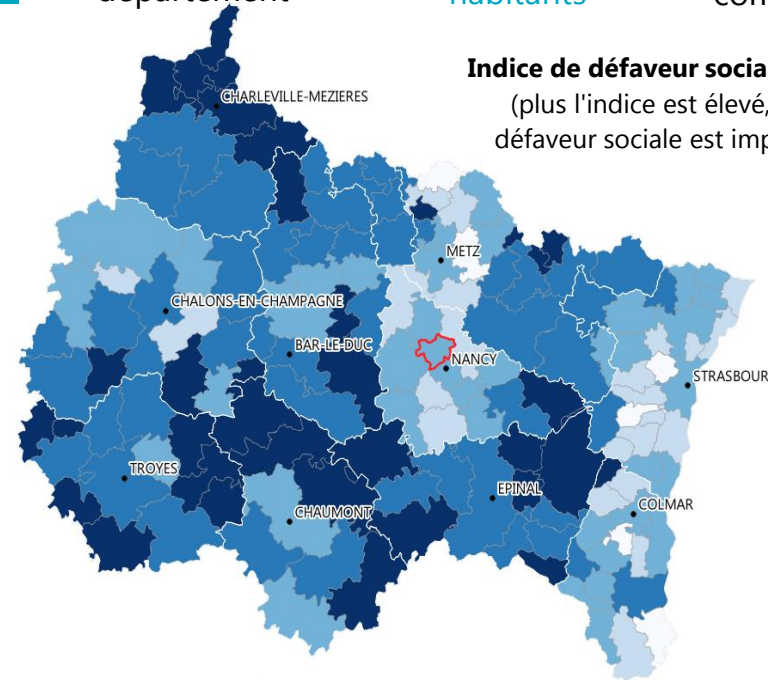
## Portrait de santé

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.

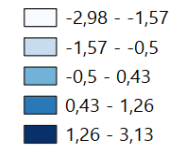
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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> )	40 157	258,1	96,7		119,7	139,9	0,92	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> )	-455	-0,23	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-281	-0,14	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		95,9	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	3,0 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	3 866	9,6	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	-0,1 ↘

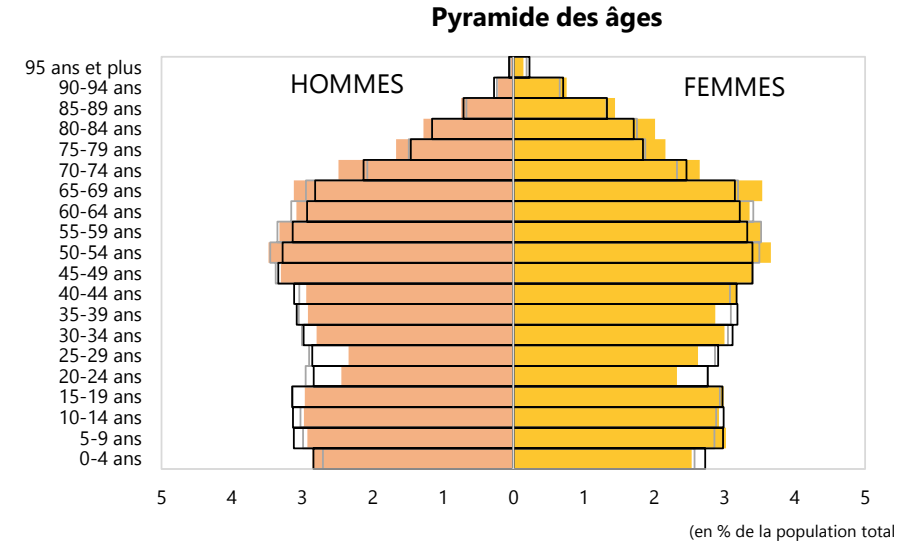
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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	●		0,2		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	2 296	12,4	●	12,8	13,5	1,1	14,0	10,8	-0,7	↘
8	Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	3 750	25,2	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-0,1	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,4	●	2,5	3,2	0,6	3,3	5,8	-1,3	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 530		●	21 930	21 790				1,3	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 795	10,6	●	14,5	15,0				-0,4	↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,4	●	5,8	6,0				2,4	↗
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> )	7 973	26,5	●	27,0	26,3	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> )	7 929	26,3	●	31,0	28,4	1,0	27,7	21,5	1,7	↗

**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>	78,6	85,0
<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	416	846,9	784,7	●	725,2	770,6	1,7	773,8	818,4	-1,7	➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	65	175,5	181,6	●	175,7	180,8	1,7	182,2	180,3	-2,7	➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	133	303,9	294,9	●	277,8	294,2	1,8	294,8	295,6	-2,2	➔
<b>18</b> Décès par cancers	122	252,0	224,3	●	212,4	226,9	2,1	224,4	223,8	0,4	➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	93	185,6	187,5	●	170,0	171,7	1,4	181,7	205,6	-4,3	➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	15	29,1	34,7	●	25,0	32,6	2,3	34,6	35,0	-7,6	➔
<b>21</b> Décès par suicide	6	12,9	13,4	●	13,2	14,4	n.d.	12,9	15,4	-9,2	➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	11	22,1	25,8	●	24,8	27,1	4,9	26,0	25,2	-10,3	➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	63	127,1	129,3	●	109,3	125,4	2,7	129,4	129,0	-4,2	➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	58	131,4	124,4	●	116,2	128,2	2,5	124,2	125,7	-3,5	➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	28	63,5	58,0	●	53,2	55,6	1,1	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.

**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

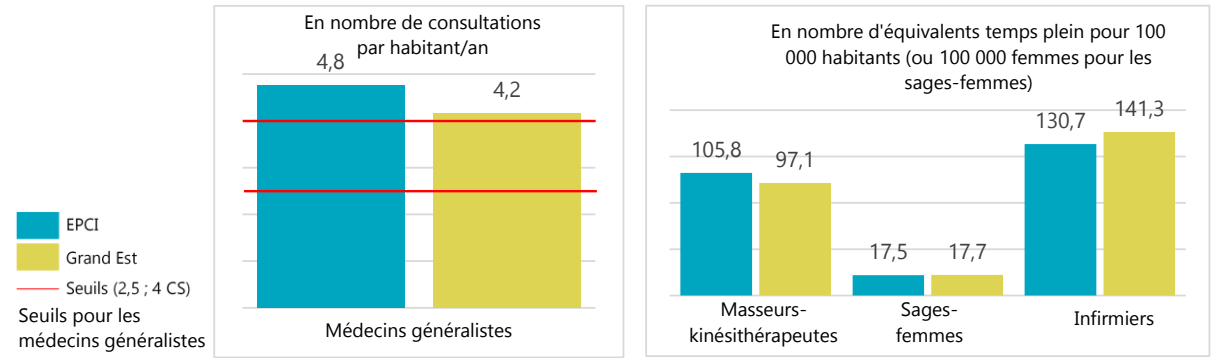
## Morbidité

	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	2 296	4 518	4 223	●	4 161	3 989	1,0	4 221	4 236	2,1	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	154	307	211	●	193	258	1,9	213	201	3,4	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	277	519	492	●	458	459	1,6	489	503	3,4	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	537	2 013	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	1,8	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	366	1 546	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	1,6	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 887	7 327	6 736	●	6 142	6 660	1,9	6 723	6 783	1,6	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	600	1 132	1 204	●	1 130	1 035	1,4	1 210	1 185	2,9	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 814	3 408	2 882	●	2 519	3 056	3,0	2 909	2 795	1,5	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	571	968	990	●	932	946	1,4	974	1 040	-0,2	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 866	5 641	5 516	●	4 840	5 375	1,4	5 586	5 284	0,6	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	15	32	●	33	34	5,3	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	21	54	117	●	212	102	n.d.	131	67	0,2	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 351	3 103	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	3,8	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	412	959	927	●	1 020	924	1,4	948	866	20,1	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	4 116	8 816	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-2,1	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 362	5 235	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	-0,2	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	2 052	4 363	4 002	●	3 902	4 072	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](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	4,4		4,4	3,3	-0,3	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,4	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-1,3	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	105,8	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	4,0	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	17,5	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	2,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	130,7	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	1,7	⬆️ !

## 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	39	0,3	1,8	●	1,2	1,3	38,5	1,0	4,3	4,1	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	6					66,7					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	13,0	14,5	●	10,6	16,3	100,0	11,1	25,8	10,5	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	3	8,9	12,6	●	12,5	9,4	33,3	8,3	27,0	1,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	8,2	11,6	●	10,5	10,2	100,0	8,0	23,7	0,1	➡️
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	13,0	10,8	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	16,4	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	29	0,5	2,6	●	2,2	2,1	51,7	1,5	6,1	3,7	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	5,8	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	-8,4	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	59	0,7	1,4	●	0,9	1,2	23,8	0,7	3,6	2,0	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	46	0,3	1,8	●	1,3	1,6	13,0	1,0	4,5	-5,4	⬆️ !

**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	18,4 min	19,8 min	7,8 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	18,4	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	0,8	↗
60	Services de chirurgie	0	19,4	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	19,8	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	-4,2	↘
62	Services de soins de suite	2	7,8	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	1,8	↗
63	Services d'urgence	0	19,8	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	1,7	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	7,8	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	1,4	↗
65	EHPAD	6	5,2	4,0	●	3,0	3,8		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 **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	49,9				
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	59,1				
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	36,3				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	32,9				
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	77,1				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	19 400	46 940	43 256	●	40 236	43 859	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>			
Département	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	111	2,1	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	1,3	↗	
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)	711	16,5	16,4	●	15,9	14,6	16,4	16,3	-0,9	↘	
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)	474	11,3	12,9	●	12,4	12,7	13,4	11,2	-1,9	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 667	39,8	41,5	●	46,6	42,7	43,0	35,8	-0,3	↘	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	149	1,6	1,7	●	2,3	1,5	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)	807	65,8	58,4	●	62,2	56,9	58,4	58,6	2,9	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 656	51,1	46,8	●	47,3	44,8	1,6	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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	1 822	4,5	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-0,6	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	2 318	6,9	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	1,9	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 547	42,0	42,8	●	42,7	44,8	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> )	468	5,6	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	460	2,1	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	-0,9	↘
<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> )	1 420	24,2	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	0,9	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		3,3		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)

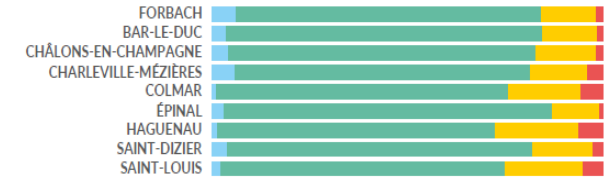
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	362	2,1	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-6,4	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	56	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-2,1	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 348	19,4	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,9	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 938	17,0	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	6	3,9	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	34	21,9	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,1	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	552	17,9	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	87		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	3 095	16,0	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-1,2	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		76,3	91,6	●	98,3	88,0				-0,3	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	14 049	66,9	76,9	●	71,2	70,6		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		0,7		●							
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	2,8		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		58,8		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		57,2		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		23,8		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		20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	13	100,0	34,7		55,9		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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**40 566**  
habitants

**31**  
communes

EPCI à dominante  
urbaine

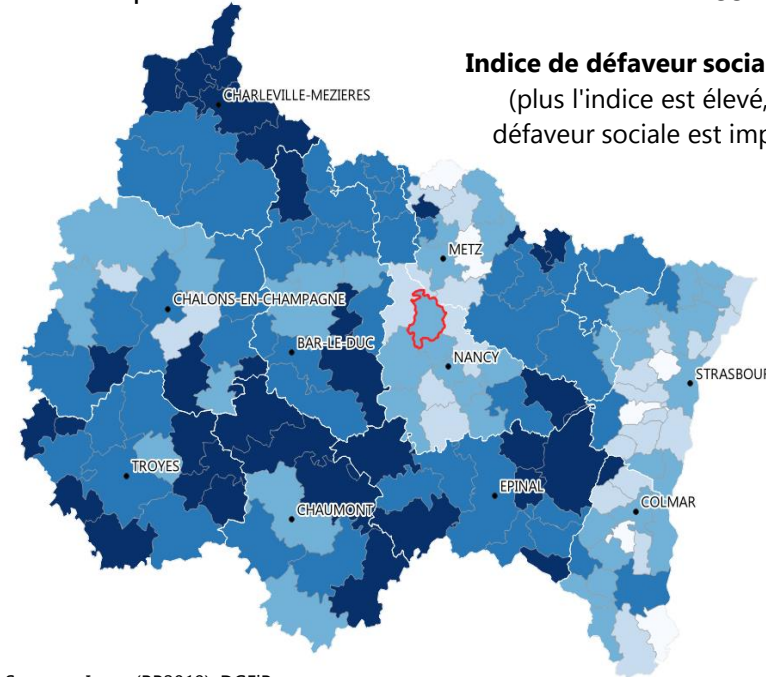
## Portrait de santé

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.

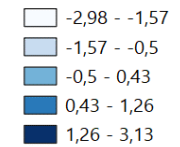
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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> )	40 566	152,4	96,7		119,7	139,9	0,96	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> )	-3	0,00	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-641	-0,32	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		75,1	86,3	●	83,8	81,5		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)	6 301	15,5	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,3 ↗

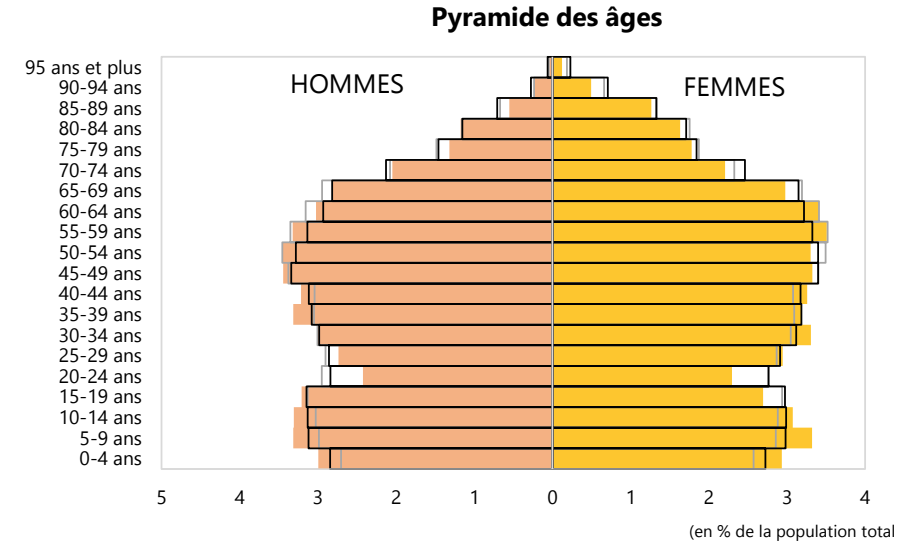
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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> )		0,3	0,4	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	2 402	12,6	13,3	●	12,8	13,5	0,9	14,0	10,8	-0,6 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	4 018	26,3	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-1,0 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,3	3,7	●	2,5	3,2	0,8	3,3	5,8	-1,9 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 700		21 800	●	21 930	21 790				1,2 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	2 077	12,3	14,7	●	14,5	15,0				0,2 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,9	5,8	●	5,8	6,0				2,6 ↗
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> )	8 060	27,0	27,8	●	27,0	26,3	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> )	7 433	24,9	26,3	●	31,0	28,4	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 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>	79,3	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	316	714,7	784,7	●	725,2	770,6	1,8	773,8	818,4	-3,4	🟢➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	68	181,7	181,6	●	175,7	180,8	2,1	182,2	180,3	-0,7	➡
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	117	287,6	294,9	●	277,8	294,2	2,1	294,8	295,6	-2,1	➡
<b>18</b>	Décès par cancers	98	219,6	224,3	●	212,4	226,9	2,2	224,4	223,8	-1,3	➡
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	79	177,2	187,5	●	170,0	171,7	1,7	181,7	205,6	-4,1	🟢➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	13	28,9	34,7	●	25,0	32,6	3,5	34,6	35,0	-6,0	➡
<b>21</b>	Décès par suicide	5	11,6	13,4	●	13,2	14,4	n.d.	12,9	15,4	-7,2	➡
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	13	29,4	25,8	●	24,8	27,1	4,2	26,0	25,2	-2,2	➡
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	54	119,9	129,3	●	109,3	125,4	3,2	129,4	129,0	-4,6	🟢➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	51	124,1	124,4	●	116,2	128,2	3,2	124,2	125,7	-3,1	➡
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	22	53,0	58,0	●	53,2	55,6	1,0	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.



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

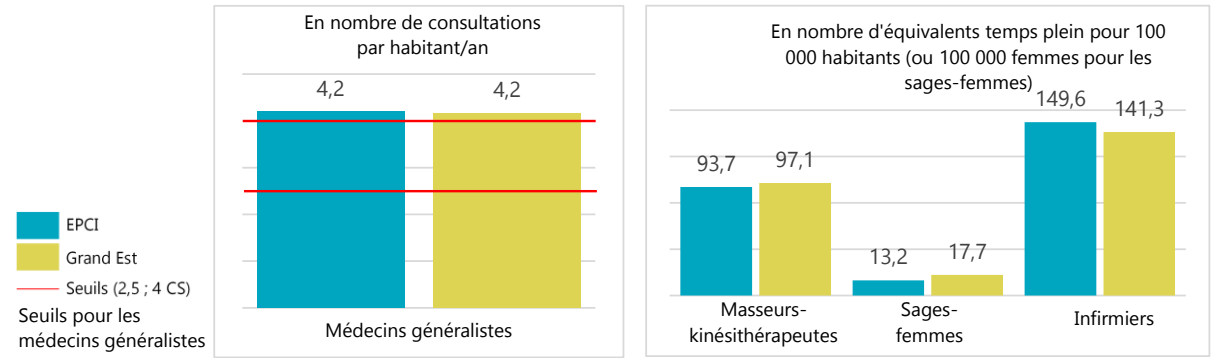
## Morbidité

	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	1 933	4 093	4 223	●	4 161	3 989	1,1	4 221	4 236	1,2	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	141	290	211	●	193	258	1,9	213	201	7,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	230	486	492	●	458	459	1,6	489	503	3,7	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	425	1 735	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	1,0	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	307	1 377	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-2,7	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 429	7 098	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	0,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	532	1 099	1 204	●	1 130	1 035	1,4	1 210	1 185	0,8	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 710	3 569	2 882	●	2 519	3 056	2,9	2 909	2 795	0,1	→ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	588	1 148	990	●	932	946	1,4	974	1 040	1,2	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 721	5 748	5 516	●	4 840	5 375	1,3	5 586	5 284	0,9	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	23	32	●	33	34	1,3	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	40	97	117	●	212	102	n.d.	131	67	5,9	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 157	2 700	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	1,4	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	383	893	927	●	1 020	924	1,4	948	866	11,8	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	3 791	8 394	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-2,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 069	4 678	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	-1,2	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 901	4 193	4 002	●	3 902	4 072	0,5	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	4,2	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	0,7	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,9	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-0,7	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	93,7	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	2,8	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	13,2	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	4,4	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	149,6	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	5,2	↗ !

## 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	39	1,7	1,8	●	1,2	1,3	41,0	1,0	4,3	1,1	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	19					52,4					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	19,4	14,5	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	0,6	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	6,3	12,6	●	12,5	9,4	0,0	8,3	27,0	-4,5	↘ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	3	5,7	11,6	●	10,5	10,2	66,7	8,0	23,7	-6,2	↘ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	2	8,3	10,8	●	8,6	10,1	100,0	8,1	19,5	1,2	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	23	2,5	2,6	●	2,2	2,1	34,8	1,5	6,1	3,6	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	5,2	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	-8,1	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	61	1,7	1,4	●	0,9	1,2	12,1	0,7	3,6	7,4	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	33	1,2	1,8	●	1,3	1,6	23,5	1,0	4,5	1,5	↗ !

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	8,3 min	8,3 min	10,3 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	1	8,3	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	1,0	↗
60	Services de chirurgie	0	27,0	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	0,2	↗
61	Services d'obstétrique	0	8,3	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	-21,6	↘
62	Services de soins de suite	1	8,1	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	0,6	↗
63	Services d'urgence	1	8,3	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	1,0	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	10,3	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	1,3	↗
65	EHPAD	2	7,2	4,0	●	3,0	3,8		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 **8**  
soit 1,3 % 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	49,9				
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	59,1				
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	36,3				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	32,9				
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	77,1				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	18 275	43 542	43 256	●	40 236	43 859	0,8	43 674	41 912	0,3 

**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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	119	2,1	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	4,2	↗	
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)	752	17,5	16,4	●	15,9	14,6	16,4	16,3	-0,9	↘	
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)	568	12,1	12,9	●	12,4	12,7	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)	1 925	41,0	41,5	●	46,6	42,7	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)	158	1,6	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	8,0	↗	
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)	817	59,2	58,4	●	62,2	56,9	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)	3 655	47,6	46,8	●	47,3	44,8	1,3	46,8	46,9	-5,0	↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	1 901	4,7	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-1,3	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	2 379	7,1	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	0,8	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 430	43,4	42,8	●	42,7	44,8	0,4	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> )	498	6,8	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	490	2,1	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	1,7	↗
<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> )	1 500	24,6	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	0,1	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		3,3		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)

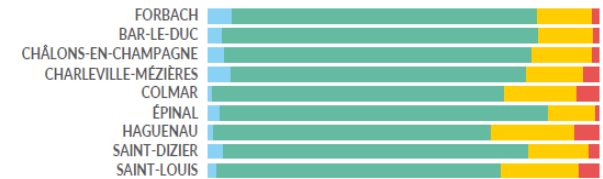
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	420	2,4	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-4,8	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	46	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-6,2	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 814	21,8	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,9	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	3 021	17,3	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	14	5,3	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	0,3	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	57	21,4	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,3	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-5,8	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	522	4,5	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	164		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	3 254	16,0	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-0,4	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		76,1	91,6	●	98,3	88,0				-1,5	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	20 344	84,5	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,7		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,8		●							
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> )		1,9	4,5	●	3,1	2,8		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			58,8		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			57,2		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	3,2	20,3			23,8		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			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	31	96,8	34,7			55,9		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.

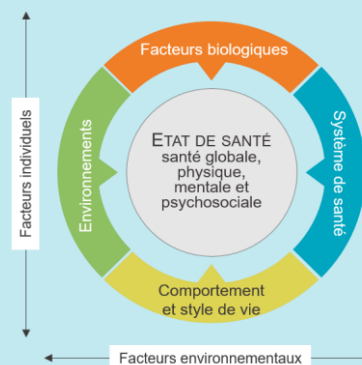
## Autres informations

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. »

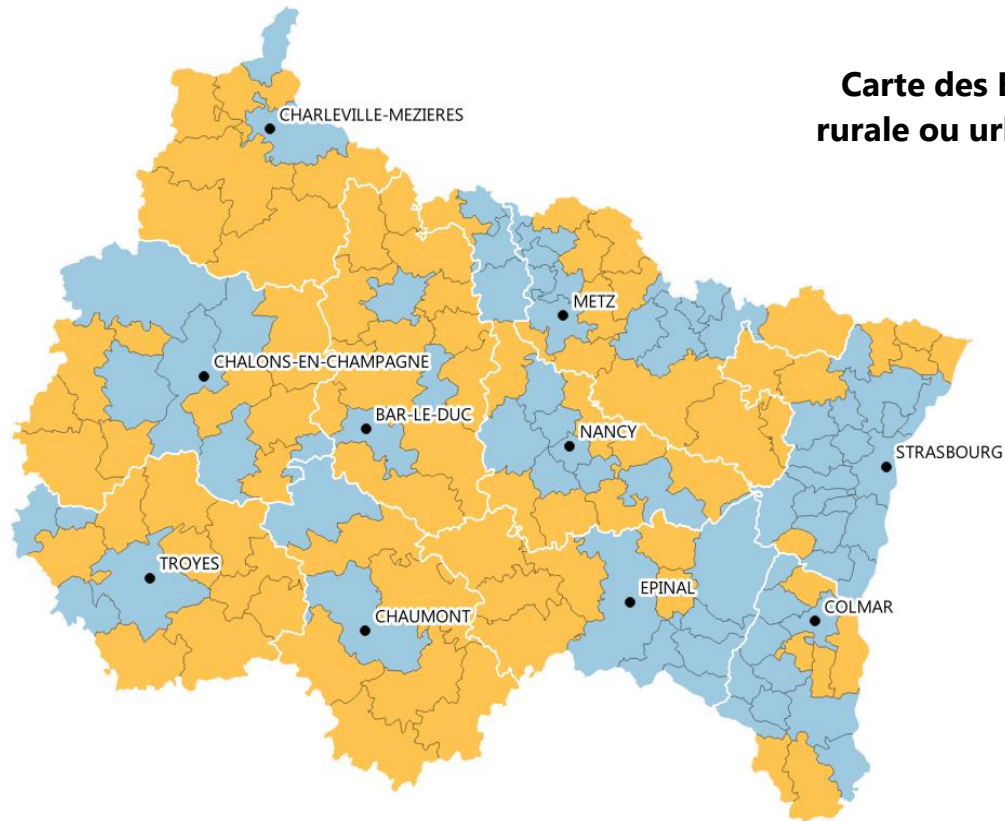
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**23 230**  
habitants

**25**  
communes

EPCI à dominante  
urbaine

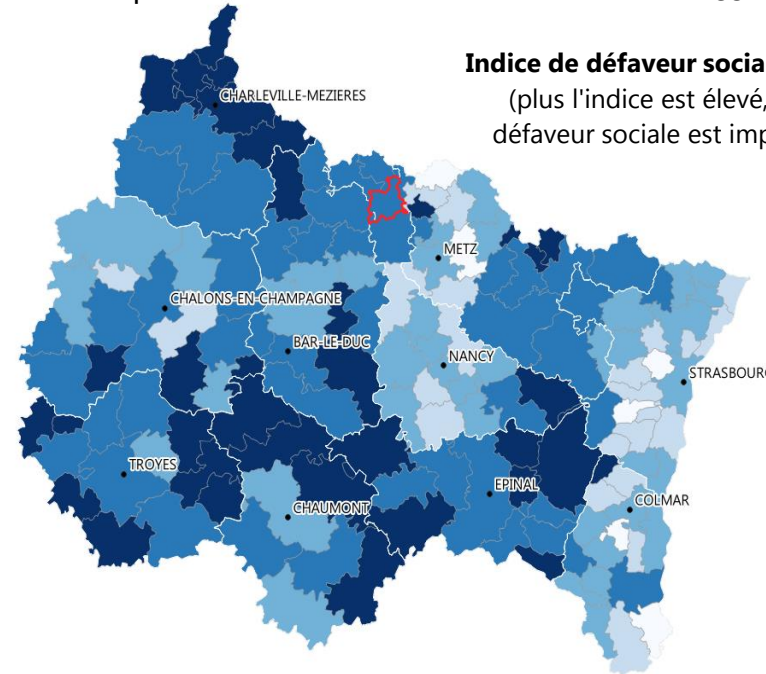
## Portrait de santé

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.

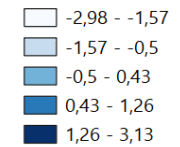
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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> )	23 230	110,4	96,7		119,7	139,9	0,95	192,8	36,2	-0,1 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-140	-0,12	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-136	-0,12	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		78,8	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	0,9 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	8 174	35,2	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	-0,1 ↘

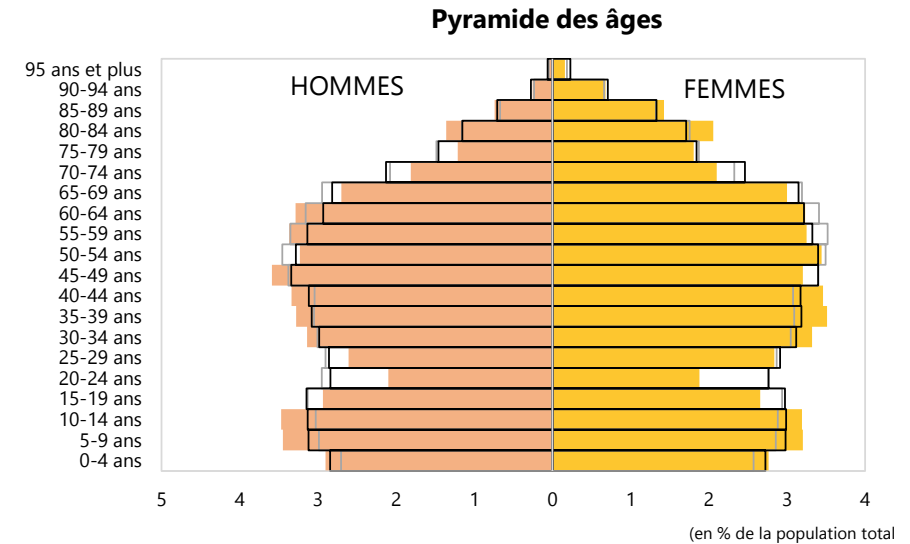
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )		1,0	0,4	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 378	13,0	13,3	●	12,8	13,5	0,8	14,0	10,8	-2,5 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 317	27,7	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	1,5 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		8,7	3,7	●	2,5	3,2	0,8	3,3	5,8	0,1 ↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 010		21 800	●	21 930	21 790				n.d. n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 723	18,3	14,7	●	14,5	15,0				n.d. n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,7	5,8	●	5,8	6,0				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> )	5 076	29,2	27,8	●	27,0	26,3	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> )	3 096	17,8	26,3	●	31,0	28,4	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 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	84,8
<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	238	841,5	784,7	●	725,2	770,6	1,6	773,8	818,4	-1,2 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	38	181,9	181,6	●	175,7	180,8	1,8	182,2	180,3	-5,2 ↘
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	71	318,7	294,9	●	277,8	294,2	1,8	294,8	295,6	-3,0 ↘
<b>18</b> Décès par cancers	67	245,3	224,3	●	212,4	226,9	1,8	224,4	223,8	-2,3 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	51	177,2	187,5	●	170,0	171,7	1,4	181,7	205,6	-5,9 ↘
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	12	37,9	34,7	●	25,0	32,6	2,4	34,6	35,0	-8,1 ↘
<b>21</b> Décès par suicide	3	11,3	13,4	●	13,2	14,4	n.d.	12,9	15,4	-9,6 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	7	27,5	25,8	●	24,8	27,1	n.d.	26,0	25,2	5,8 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	39	140,4	129,3	●	109,3	125,4	2,3	129,4	129,0	-6,2 ↘
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	32	145,9	124,4	●	116,2	128,2	2,6	124,2	125,7	-2,8 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	15	66,8	58,0	●	53,2	55,6	1,4	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.

**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

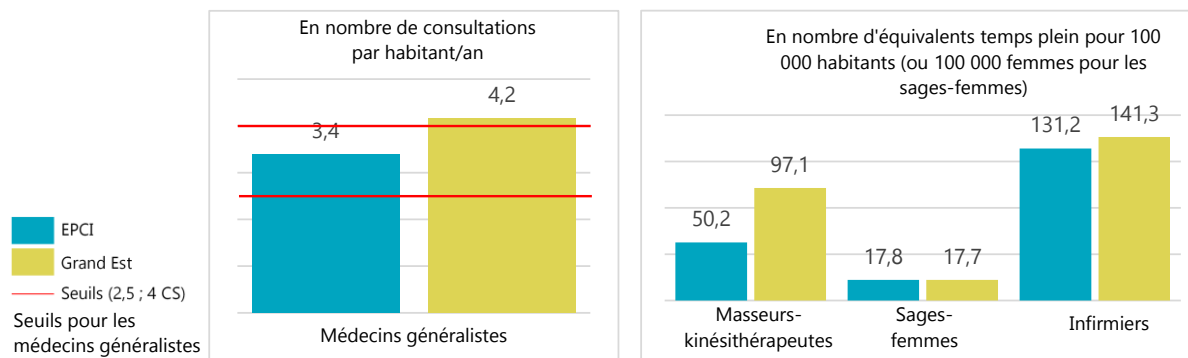
## Morbidité

	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	930	3 354	4 223	●	4 161	3 989	1,1	4 221	4 236	-1,8	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	80	290	211	●	193	258	1,9	213	201	5,5	⬆️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	120	409	492	●	458	459	1,6	489	503	-1,9	⬇️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	185	1 308	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	-1,7	⬇️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	156	1 178	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-3,9	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 862	6 354	6 736	●	6 142	6 660	1,7	6 723	6 783	-1,5	⬇️
33	Personnes prises en charge pour AVC	286	971	1 204	●	1 130	1 035	1,3	1 210	1 185	-1,1	⬇️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	841	2 886	2 882	●	2 519	3 056	2,5	2 909	2 795	-0,8	⬇️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	301	926	990	●	932	946	1,3	974	1 040	-2,9	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 493	5 413	5 516	●	4 840	5 375	1,4	5 586	5 284	0,1	⬆️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	39	32	●	33	34	1,5	36	17	n.d.	n.d.
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	36	117	●	212	102	n.d.	131	67	4,4	⬆️
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	514	2 059	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	2,4	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	143	586	927	●	1 020	924	1,2	948	866	13,1	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	1 717	6 295	7 186	●	7 149	7 796	0,5	7 201	7 142	-3,8	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	782	2 976	3 548	●	3 916	4 292	0,4	3 537	3 588	-0,8	⬇️
43	Patients traités par anxiolytiques	1 059	3 886	4 002	●	3 902	4 072	0,5	3 998	4 018	-4,2	⬇️

**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](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	4,4	4,4	3,3	-3,9	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,5	3,7	●	3,1	4,0	4,0	3,0	-9,8	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		50,2	97,1	●	104,0	93,1	105,3	70,9	0,7	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		17,8	17,7	●	17,3	17,3	19,0	13,0	9,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		131,2	141,3	●	146,5	123,6	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	11	2,6	1,8	●	1,2	1,3	75,0	1,0	4,3	6,9	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	25,5	14,5	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	-4,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	18,1	12,6	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	0,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	25,0	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	6,3	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	21,7	10,8	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	0,8	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	6	2,8	2,6	●	2,2	2,1	83,3	1,5	6,1	1,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	8	4,9	5,5	●	4,5	5,0	25,0	3,9	10,7	-4,1	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	35	1,6	1,4	●	0,9	1,2	21,1	0,7	3,6	2,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	12	4,7	1,8	●	1,3	1,6	8,3	1,0	4,5	2,1	⬆️ !

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	19,0 min	20,6 min	20,0 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	0	19,0	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	20,6	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	0,4	↗
61	Services d'obstétrique	0	20,6	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	0,4	↗
62	Services de soins de suite	0	19,0	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	0,5	↗
63	Services d'urgence	0	20,6	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	0,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	20,0	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	0,8	↗
65	EHPAD	2	9,4	4,0	●	3,0	3,8		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	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	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	9 168	38 867	43 256	●	40 236	43 859	0,8	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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	56	1,7	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	3,6 ↗
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)	421	18,9	16,4	●	15,9	14,6		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)	337	12,4	12,9	●	12,4	12,7		13,4	11,2	-2,4 ↘
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	847	31,1	41,5	●	46,6	42,7		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)	58	1,0	1,7	●	2,3	1,5		1,8	1,7	11,9 ↗
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)	330	44,0	58,4	●	62,2	56,9		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)	1 746	39,8	46,8	●	47,3	44,8	1,4	46,8	46,9	-5,0 ↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	924	4,0	5,2	●	5,3	5,8		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> )	1 047	5,5	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	-0,8	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	989	45,3	42,8	●	42,7	44,8	0,5	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> )	254	5,8	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	250	1,9	3,0	●	3,1	2,8		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> )	709	20,2	24,2	●	24,9	26,0		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> )	20	1,5	1,5	●		3,3		9,3	6,8	0,4	↗ !

**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)

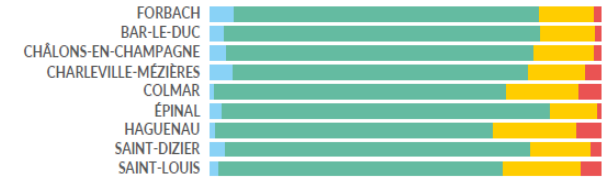
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	189	1,9	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-8,5	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	50	0,5	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-1,7	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	4 464	44,9	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,9	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 335	23,5	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	1	0,5	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	0,2	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	11	5,2	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,6	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,4	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 140	8,4	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	75		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	1 368	11,9	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-2,1	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		32,8	91,6	●	98,3	88,0				-0,6	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	5 810	44,1	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,9		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,7		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,0		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,6		●							
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	2,8		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			58,8		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> )	24	89,4	49,2			57,2		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> )	24	98,6	20,3			23,8		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> )	1	1,4	45,0			20,4		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			55,9		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.

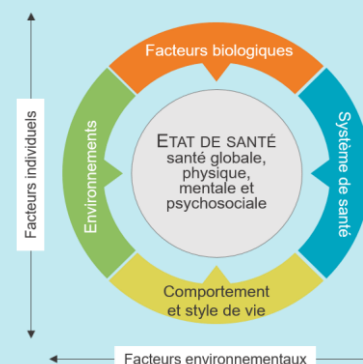
## Autres informations

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. »

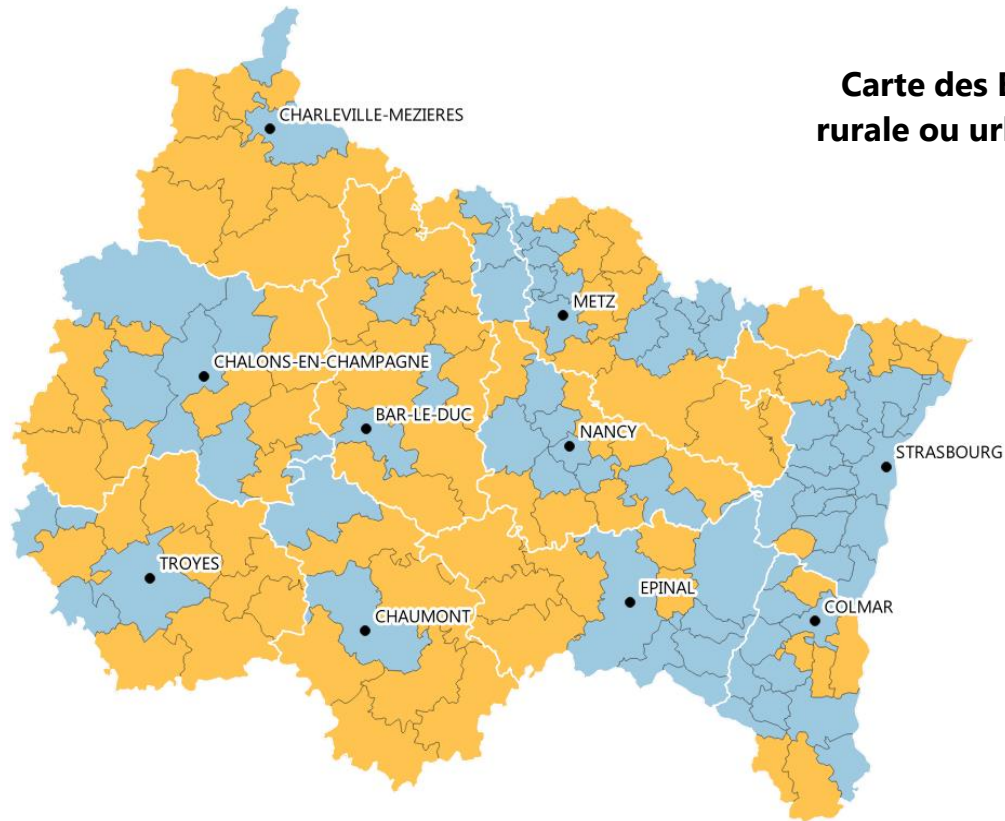
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**62 433**  
habitants

**21**  
communes

EPCI à dominante  
urbaine

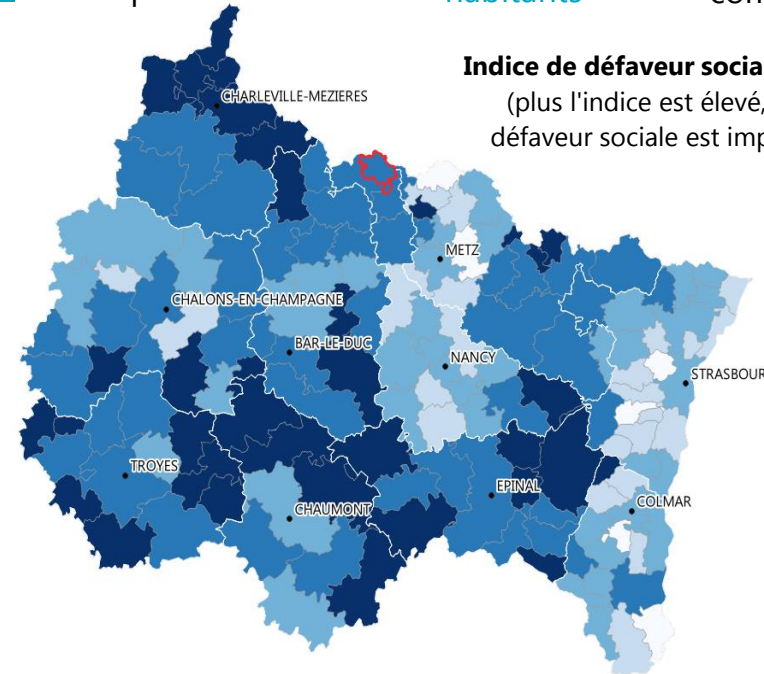
## Portrait de santé

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.

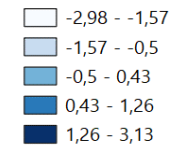
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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> )	62 433	359,9	96,7		119,7	139,9	0,95	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> )	2 384	0,78	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	2 075	0,68	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		78,3	86,3		83,8	81,5		84,5	92,3	0,2 
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	6 237	10,0	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	-0,8 

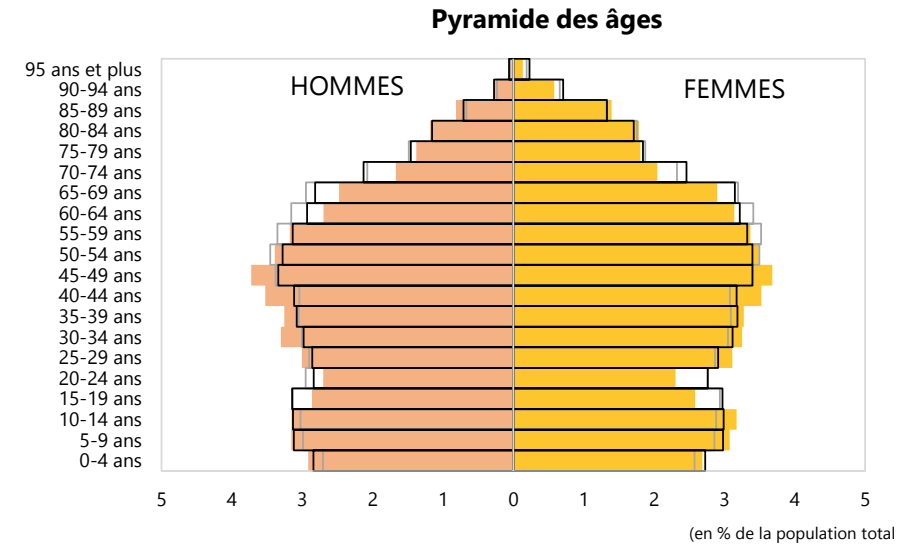


L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )		0,8	0,4	●		0,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	4 155	14,2	13,3	●	12,8	13,5	1,1	14,0	10,8	-0,6	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	6 560	28,4	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	1,1	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,5	3,7	●	2,5	3,2	0,6	3,3	5,8	-3,0	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 600		21 800	●	21 930	21 790				1,5	↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	5 179	20,7	14,7	●	14,5	15,0				3,4	↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,7	5,8	●	5,8	6,0				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> )	14 510	31,1	27,8	●	27,0	26,3	0,8	27,4	29,4	-2,2	↘
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> )	10 388	22,3	26,3	●	31,0	28,4	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>	81,0	86,2	
<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	524	736,9	784,7	●	725,2	770,6	1,6	773,8	818,4	-2,3	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	89	164,9	181,6	●	175,7	180,8	1,8	182,2	180,3	-4,8	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	160	274,8	294,9	●	277,8	294,2	1,9	294,8	295,6	-3,2	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	141	202,7	224,3	●	212,4	226,9	1,6	224,4	223,8	-3,4	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	135	184,1	187,5	●	170,0	171,7	1,2	181,7	205,6	-3,5	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	38	52,1	34,7	●	25,0	32,6	3,4	34,6	35,0	0,0	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	8	12,3	13,4	●	13,2	14,4	3,2	12,9	15,4	-2,0	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	15	22,6	25,8	●	24,8	27,1	2,6	26,0	25,2	0,4	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	113	157,5	129,3	●	109,3	125,4	2,5	129,4	129,0	-2,4	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	71	121,1	124,4	●	116,2	128,2	2,4	124,2	125,7	-2,8	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	28	47,9	58,0	●	53,2	55,6	1,5	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>	<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

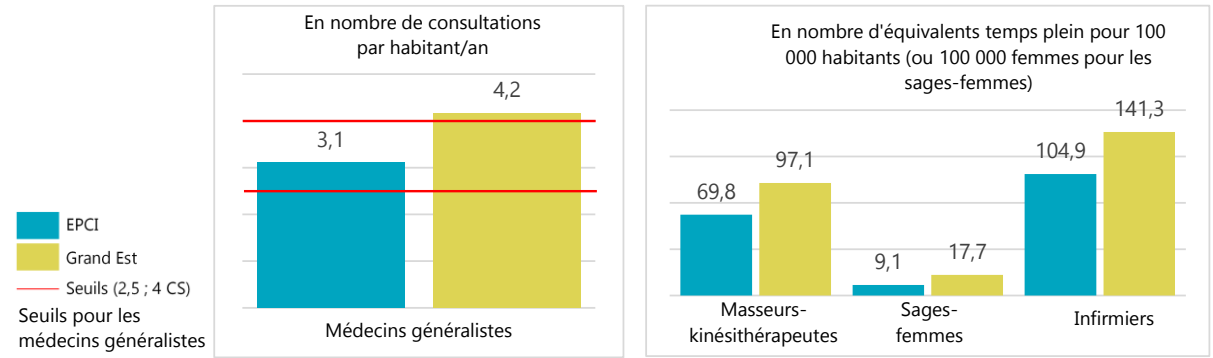
## Morbidité

	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	2 354	3 277	4 223	●	4 161	3 989	1,2	4 221	4 236	0,1	➔ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	162	230	211	●	193	258	1,9	213	201	5,5	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	289	391	492	●	458	459	1,8	489	503	3,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	505	1 319	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	-0,1	➔ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	428	1 320	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-2,7	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	4 462	5 926	6 736	●	6 142	6 660	1,7	6 723	6 783	0,3	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	702	918	1 204	●	1 130	1 035	1,3	1 210	1 185	1,3	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	2 045	2 763	2 882	●	2 519	3 056	2,4	2 909	2 795	-0,2	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	891	1 089	990	●	932	946	1,4	974	1 040	0,5	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	3 607	5 104	5 516	●	4 840	5 375	1,3	5 586	5 284	0,8	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	30	49	32	●	33	34	2,9	36	17	-8,0	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	51	83	117	●	212	102	n.d.	131	67	4,8	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 150	1 765	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	2,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	288	461	927	●	1 020	924	1,6	948	866	5,7	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	4 012	5 665	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-3,4	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 885	2 702	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	-1,4	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	2 365	3 365	4 002	●	3 902	4 072	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](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	3,1	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	-5,6	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,5	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-8,5	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	69,8	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	0,4	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	9,1	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	9,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	104,9	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	0,0	➡️ !

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	48	0,5	1,8	●	1,2	1,3	64,6	1,0	4,3	2,0	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	35					51,4					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	34,0	14,5	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	-0,4	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	5,8	12,6	●	12,5	9,4	100,0	8,3	27,0	-3,8	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	6,3	11,6	●	10,5	10,2	100,0	8,0	23,7	-3,2	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	9,2	10,8	●	8,6	10,1	0,0	8,1	19,5	4,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	25	1,1	2,6	●	2,2	2,1	48,0	1,5	6,1	1,4	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	7,4	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	10,6	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	84	0,7	1,4	●	0,9	1,2	21,6	0,7	3,6	0,3	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	37	0,9	1,8	●	1,3	1,6	16,2	1,0	4,5	9,8	⬆️ !

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	9,2 min	9,2 min	8,6 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	9,2	11,3	●	10,5	10,5	9,1	18,4	0,0 →
60	Services de chirurgie	1	9,2	14,5	●	13,5	12,7	11,3	25,3	0,0 →
61	Services d'obstétrique	1	9,2	14,3	●	14,8	13,9	11,6	23,6	0,0 →
62	Services de soins de suite	1	9,2	9,3	●	9,1	9,2	7,2	16,5	0,0 →
63	Services d'urgence	1	9,2	14,8	●	13,7	13,9	12,1	24,2	0,0 →
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	3	8,6	8,4	●	7,4	8,9	7,0	13,1	7,5 ↗
65	EHPAD	5	3,4	4,0	●	3,0	3,8	2,9	7,4	-2,6 ↘

**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 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	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	23 635	37 132	43 256	●	40 236	43 859	0,8	43 674	41 912	-1,6

**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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	155	1,8	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	2,3	↗	
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)	1 198	18,4	16,4	●	15,9	14,6	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)	1 367	17,8	12,9	●	12,4	12,7	13,4	11,2	-0,3	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	2 939	38,2	41,5	●	46,6	42,7	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)	102	0,7	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	3,7	↗	
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)	556	27,5	58,4	●	62,2	56,9	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)	5 037	44,8	46,8	●	47,3	44,8	1,4	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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	3 218	5,2	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-0,7	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	4 582	9,0	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	-0,7	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	2 382	41,7	42,8	●	42,7	44,8	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> )	709	6,3	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	849	2,3	3,0	●	3,1	2,8		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> )	2 178	24,1	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	0,3	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	127	3,5	3,5	●		3,3		9,3	6,8	10,3	↗ !

**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)

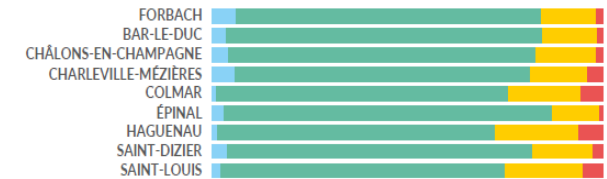
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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 ♀)	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)	724	2,6	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-7,4	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	89	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-0,8	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	6 541	23,5	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,7	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	5 522	19,8	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	28	16,1	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	1,0	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	57	32,9	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,7	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-2,8	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	128	1,7	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	83		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	3 900	12,0	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-1,5	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		57,5	91,6	●	98,3	88,0				-1,6	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	13 861	41,0	76,9	●	71,2	70,6		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> )		0,8	4,5	●	3,1	2,8		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			58,8		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			57,2		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> )	21	100,0	20,3			23,8		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			20,4		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			55,9		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.

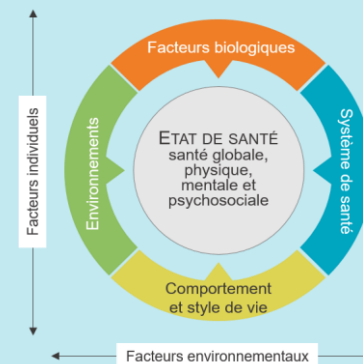
## Autres informations

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. »

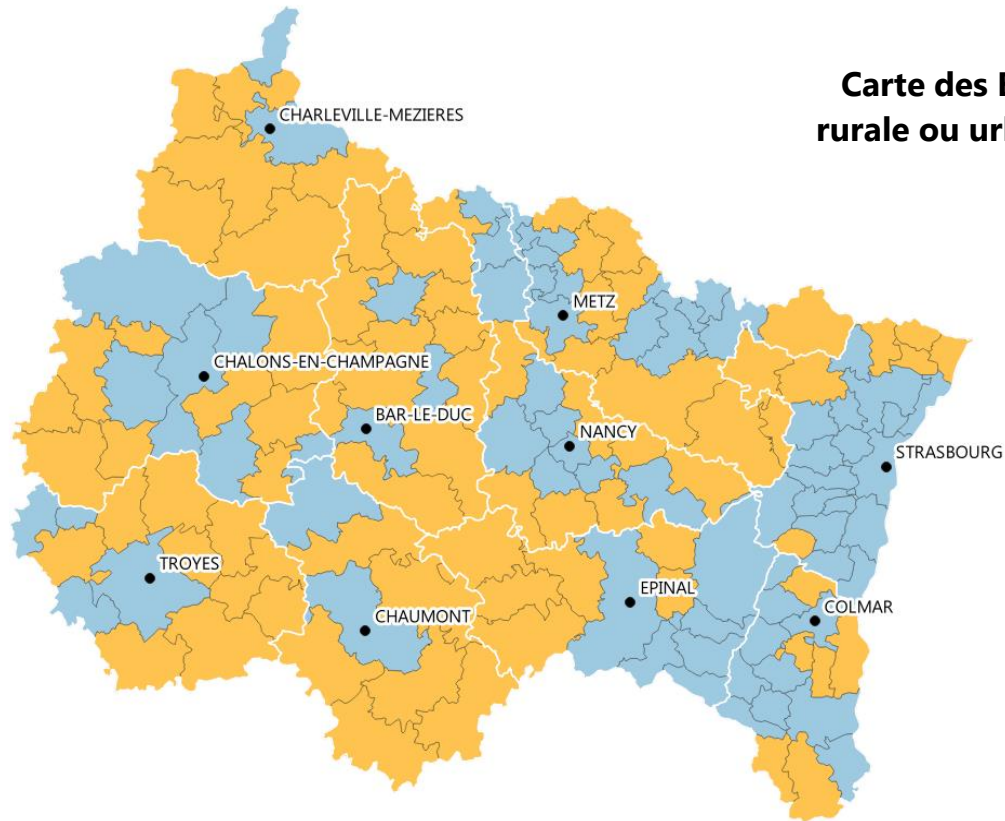
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**19 916**  
habitants

**48**  
communes

EPCI à dominante  
rurale

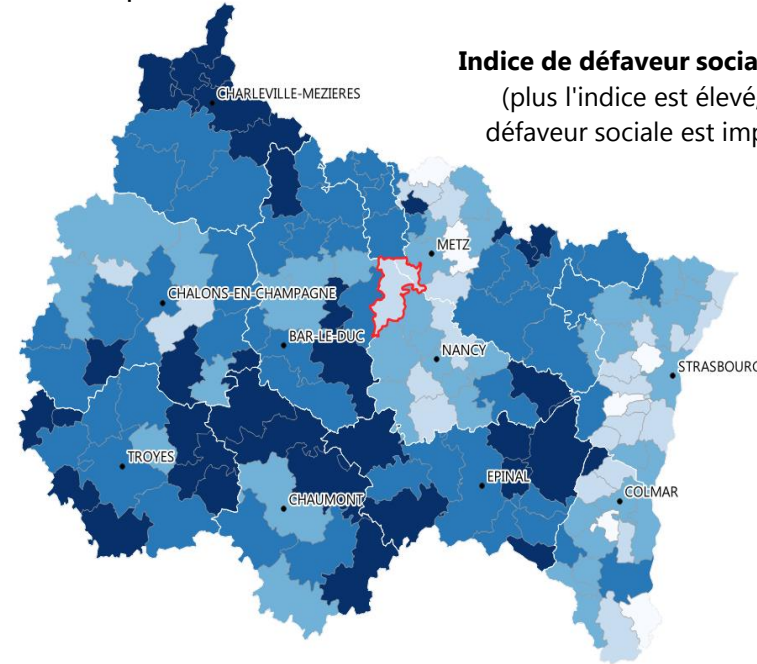
## Portrait de santé

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.

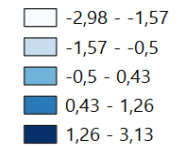
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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**

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

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> )	19 916	42,5	96,7		119,7	139,9	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> )	-514	-0,51	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-156	-0,15	-0,17		0,07	-0,12		-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	81,5		84,5	92,3	4,4 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	12 952	65,0	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,2 ↗

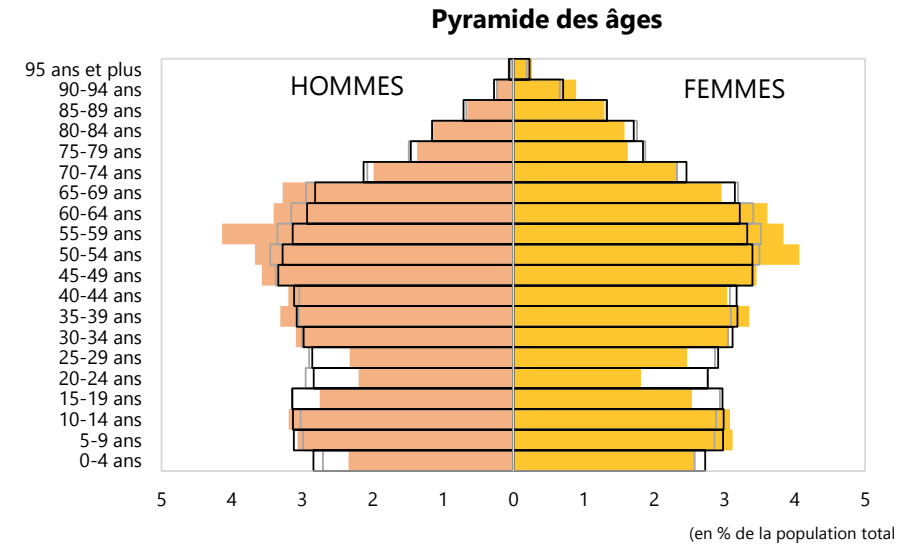
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )		-0,7	0,4	●		0,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	908	9,3	13,3	●	12,8	13,5	0,9	14,0	10,8	-1,7	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 996	26,0	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-0,7	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,4	3,7	●	2,5	3,2	0,7	3,3	5,8	0,0	→
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	23 330		21 800	●	21 930	21 790				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	576	7,3	14,7	●	14,5	15,0				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,8	5,8	●	5,8	6,0				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> )	3 522	23,3	27,8	●	27,0	26,3	0,7	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> )	4 267	28,2	26,3	●	31,0	28,4	0,9	27,7	21,5	1,6	↗

**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>	74,4	81,4
<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	274	1116,8	784,7	●	725,2	770,6	1,5	773,8	818,4	0,8 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	45	233,4	181,6	●	175,7	180,8	2,0	182,2	180,3	0,6 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	86	418,6	294,9	●	277,8	294,2	1,9	294,8	295,6	-0,1 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	64	274,3	224,3	●	212,4	226,9	1,7	224,4	223,8	-0,3 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	64	246,0	187,5	●	170,0	171,7	1,4	181,7	205,6	-1,4 ➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	14	57,2	34,7	●	25,0	32,6	3,0	34,6	35,0	0,1 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	3	13,4	13,4	●	13,2	14,4	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	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	7	28,2	25,8	●	24,8	27,1	1,4	26,0	25,2	-0,7 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	41	172,6	129,3	●	109,3	125,4	2,7	129,4	129,0	-1,1 ➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	33	159,4	124,4	●	116,2	128,2	3,2	124,2	125,7	-1,0 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	19	95,4	58,0	●	53,2	55,6	1,0	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

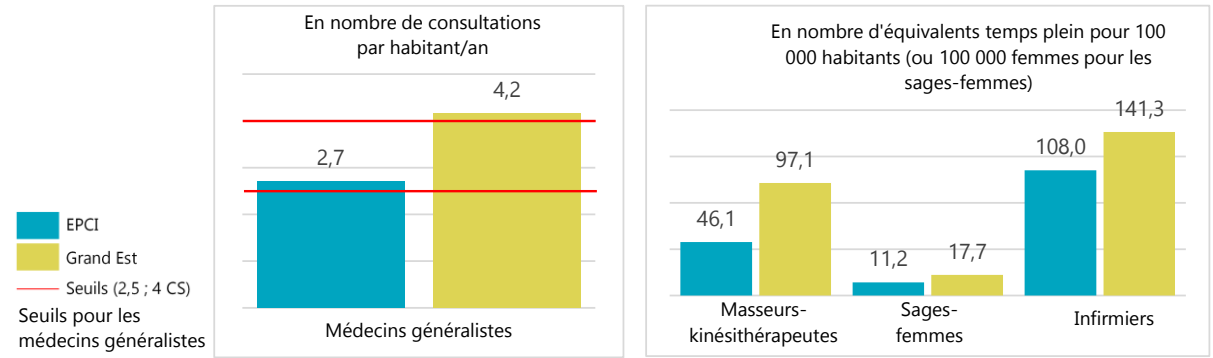
	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	954	4 226	4 223	●	4 161	3 989	1,2	4 221	4 236	4,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	64	272	211	●	193	258	1,7	213	201	15,1	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	101	416	492	●	458	459	1,5	489	503	5,4	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	196	1 697	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	1,1	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	181	1 793	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	2,5	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 638	7 016	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	3,0	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	268	1 169	1 204	●	1 130	1 035	1,2	1 210	1 185	-1,0	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	745	3 196	2 882	●	2 519	3 056	2,7	2 909	2 795	3,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	231	917	990	●	932	946	1,9	974	1 040	-4,2	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 112	4 839	5 516	●	4 840	5 375	1,5	5 586	5 284	4,2	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	25	32	●	33	34	0,7	36	17	4,0	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	20	90	117	●	212	102	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	519	2 471	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	4,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	162	762	927	●	1 020	924	1,3	948	866	17,4	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 560	6 937	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-0,3	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	802	3 603	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	2,6	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	837	3 744	4 002	●	3 902	4 072	0,6	3 998	4 018	-0,7	↘ !

**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	2,7	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	-0,4	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,4	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-0,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	46,1	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	3,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	11,2	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	4,4	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	108,0	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	5,5	⬆️ !

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	13	3,7	●	1,2	1,3	30,8	1,0	4,3	0,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	4					100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	4	14,6	●	10,6	16,3	100,0	11,1	25,8	0,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	17,4	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	0,8	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	23,8	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	4,0	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	17,3	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	2,4	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	5	7,6	●	2,2	2,1	0,0	1,5	6,1	-6,1	⬇️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	10,4	●	4,5	5,0	25,0	3,9	10,7	-3,8	⬇️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	31	3,4	●	0,9	1,2	25,7	0,7	3,6	0,8	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	12	4,6	●	1,3	1,6	16,7	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	24,2 min	24,3 min	20,7 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	24,2	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	27,1	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	24,2	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	-1,7	↘
62	Services de soins de suite	1	14,0	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	0,5	↗
63	Services d'urgence	0	24,3	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	20,7	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	0,5	↗
65	EHPAD	5	6,5	4,0	●	3,0	3,8		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 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	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	9 127	45 006	43 256	●	40 236	43 859	0,9	43 674	41 912	0,9 

**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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	27	1,0	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	-2,6	↘	
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)	247	13,3	16,4	●	15,9	14,6	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)	184	8,7	12,9	●	12,4	12,7	13,4	11,2	-0,2	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	904	42,7	41,5	●	46,6	42,7	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)	59	1,3	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	9,9	↗	
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)	417	76,2	58,4	●	62,2	56,9	58,4	58,6	3,5	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 655	46,8	46,8	●	47,3	44,8	1,5	46,8	46,9	-1,7	↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	378	1,9	5,2	●	5,3	5,8		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> )	442	2,7	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	-2,0	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	607	40,6	42,8	●	42,7	44,8	0,5	43,5	40,5	-2,0	↘
<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> )	201	6,0	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	356	3,1	3,0	●	3,1	2,8		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> )	520	17,7	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	4,2	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	232	20,2	20,2	●		3,3		9,3	6,8	2,3	↗ !

**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.

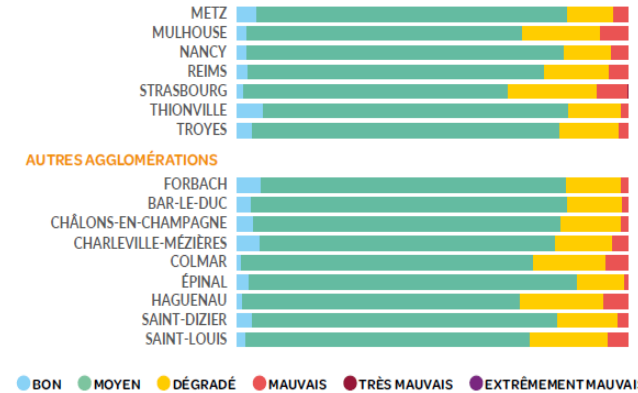
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### 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)



## 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)	49	0,6	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-19,7	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	29	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-6,6	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 884	35,4	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,4	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 431	17,6	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	1,1	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	0,2	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	19	4,1	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,0	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	3 224	12,2	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	154		19 047	●	171 485	3 003		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	3	6,3	2,1	●	2,4	2,9		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> )	1 897	18,8	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	0,3	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		52,2	91,6	●	98,3	88,0				-1,2	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	7 791	71,4	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,3		●							
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> )		11,7	4,5	●	3,1	2,8		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			58,8		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> )	15	62,2	49,2			57,2		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> )	9	13,6	20,3			23,8		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> )	16	52,7	45,0			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	23	33,7	34,7			55,9		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.

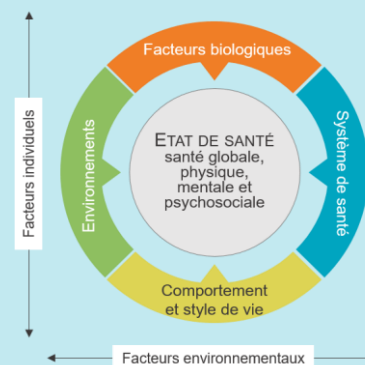
## Autres informations

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)

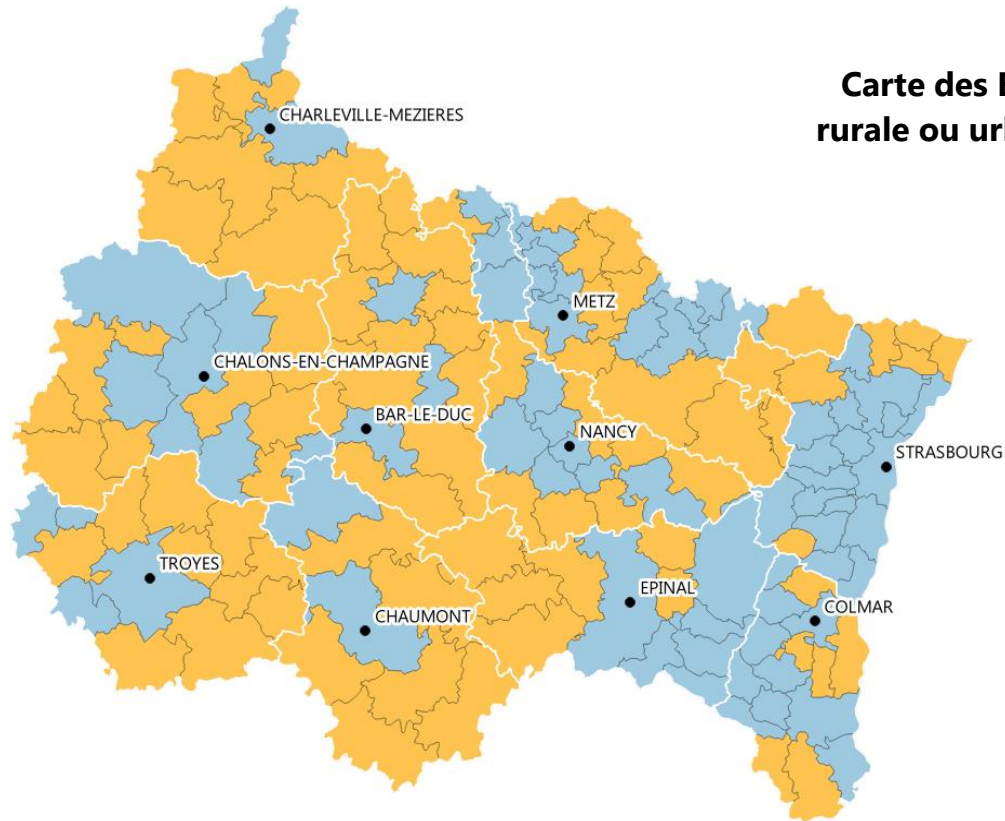


L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, 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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**257 915**  
habitants

**20**  
communes

EPCI à dominante  
urbaine

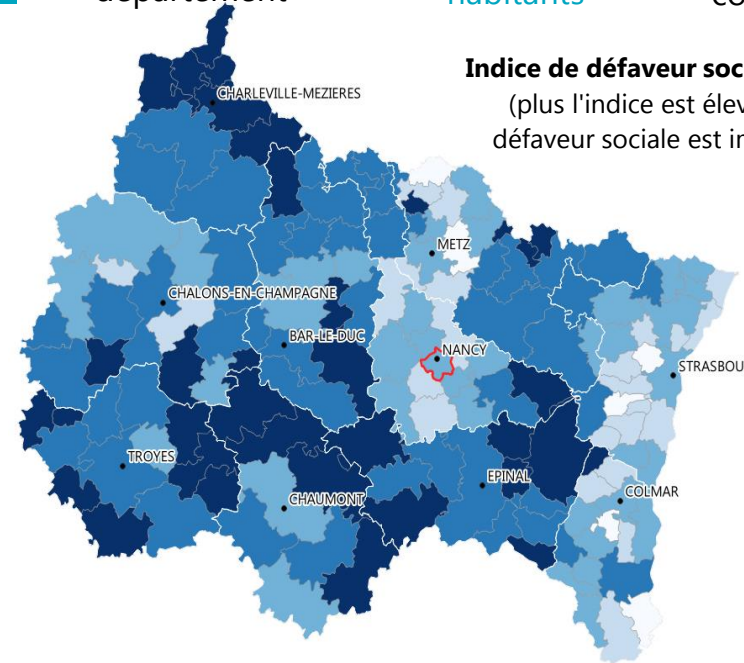
## Portrait de santé

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.

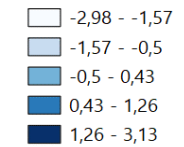
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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> )	257 915	1 812,5	96,7		119,7	139,9	0,92	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> )	3 127	0,24	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-786	-0,06	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		78,0	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	1,0 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	1 591	0,6	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	4,9 ↗

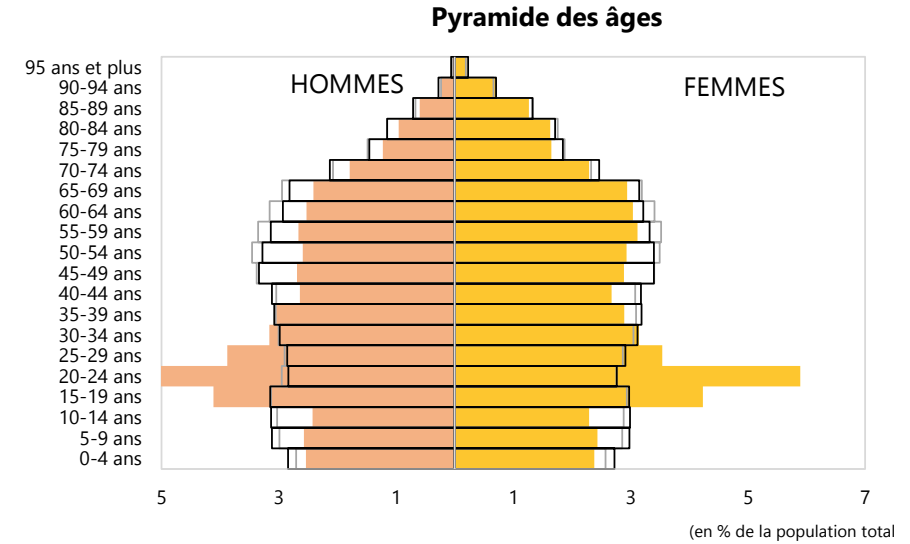
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )		0,0	0,4	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	18 359	15,7	13,3	●	12,8	13,5	1,1	14,0	10,8	-0,5 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	28 338	32,1	28,5	●	27,5	28,9	0,7	28,7	27,9	0,3 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		1,6	3,7	●	2,5	3,2	0,7	3,3	5,8	-1,3 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 660		21 800	●	21 930	21 790				1,2 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	20 818	18,6	14,7	●	14,5	15,0				1,6 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		7,3	5,8	●	5,8	6,0				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> )	39 724	23,0	27,8	●	27,0	26,3	0,8	27,4	29,4	-2,7 ↘
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> )	68 563	39,7	26,3	●	31,0	28,4	1,0	27,7	21,5	1,7 ↗

**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>	79,6	85,3
<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	2 054	720,8	784,7	●	725,2	770,6	1,6	773,8	818,4	-1,0	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	376	182,6	181,6	●	175,7	180,8	1,8	182,2	180,3	-2,6	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	666	285,3	294,9	●	277,8	294,2	1,9	294,8	295,6	-1,5	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	598	222,2	224,3	●	212,4	226,9	1,8	224,4	223,8	-0,7	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	441	146,7	187,5	●	170,0	171,7	1,6	181,7	205,6	-3,1	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	64	22,9	34,7	●	25,0	32,6	2,8	34,6	35,0	-1,2	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	35	14,1	13,4	●	13,2	14,4	1,8	12,9	15,4	-4,9	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	68	27,1	25,8	●	24,8	27,1	3,8	26,0	25,2	-3,7	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	293	106,4	129,3	●	109,3	125,4	3,1	129,4	129,0	-1,8	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	283	119,7	124,4	●	116,2	128,2	2,6	124,2	125,7	-2,6	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	126	54,2	58,0	●	53,2	55,6	1,1	57,8	58,7	-2,1	➔

**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.

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>Affections psychiatriques</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

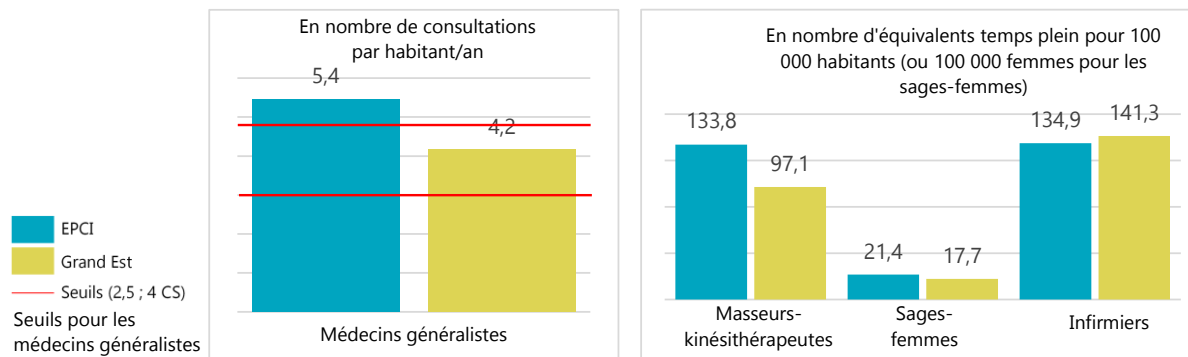
## Morbidité

	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	11 450	4 001	4 223	●	4 161	3 989	1,1	4 221	4 236	-1,0	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	692	244	211	●	193	258	1,8	213	201	1,5	⬆️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	1 315	442	492	●	458	459	1,4	489	503	-0,9	⬇️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	2 764	1 784	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	-1,1	⬇️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	1 700	1 382	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-2,6	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	18 642	6 301	6 736	●	6 142	6 660	2,0	6 723	6 783	0,4	⬆️
33	Personnes prises en charge pour AVC	3 206	1 077	1 204	●	1 130	1 035	1,4	1 210	1 185	1,5	⬆️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	8 327	2 865	2 882	●	2 519	3 056	3,1	2 909	2 795	0,6	⬆️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	2 798	864	990	●	932	946	1,6	974	1 040	0,0	➡️
36	Personnes prises en charge pour diabète	14 387	5 100	5 516	●	4 840	5 375	1,5	5 586	5 284	0,1	⬆️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	127	50	32	●	33	34	2,0	36	17	-7,4	⬇️
38	Personnes prises en charge pour VIH	419	169	117	●	212	102	2,1	131	67	0,8	⬆️
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	10 805	4 074	3 451	●	3 821	3 205	1,1	3 602	2 954	3,8	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	2 923	1 130	927	●	1 020	924	1,6	948	866	18,3	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	21 892	7 971	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-3,3	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	12 484	4 580	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	-1,2	⬇️
43	Patients traités par anxiolytiques	11 024	4 024	4 002	●	3 902	4 072	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](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		5,4	4,2	●	3,9	4,4	4,4	3,3	-0,6	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		5,0	3,7	●	3,1	4,0	4,0	3,0	-1,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		133,8	97,1	●	104,0	93,1	105,3	70,9	4,8	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		21,4	17,7	●	17,3	17,3	19,0	13,0	1,8	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		134,9	141,3	●	146,5	123,6	149,9	114,4	3,4	⬆️ !

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	293	0,0	1,8	●	1,2	1,3	45,6	1,0	4,3	0,0	➡️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	453					46,8					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	58	2,9	14,5	●	10,6	16,3	47,5	11,1	25,8	1,4	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	26	3,9	12,6	●	12,5	9,4	23,1	8,3	27,0	11,0	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	25	3,7	11,6	●	10,5	10,2	68,0	8,0	23,7	3,9	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	30	2,8	10,8	●	8,6	10,1	43,3	8,1	19,5	8,8	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	237	0,1	2,6	●	2,2	2,1	38,0	1,5	6,1	0,0	➡️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	38	1,0	5,5	●	4,5	5,0	10,5	3,9	10,7	-7,1	⬇️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	413	0,0	1,4	●	0,9	1,2	20,3	0,7	3,6	0,0	➡️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	290	0,0	1,8	●	1,3	1,6	22,0	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	4,1 min	9,7 min	5,3 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	12	4,1	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	-2,9	↘
60	Services de chirurgie	9	5,0	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	0,9	↗
61	Services d'obstétrique	2	9,7	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	0,6	↗
62	Services de soins de suite	9	4,3	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	0,9	↗
63	Services d'urgence	4	9,7	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	9,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	5	5,3	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	8,2	↗
65	EHPAD	24	1,0	4,0	●	3,0	3,8		2,9	7,4	2,5	↗

**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 **90**  
soit 15,0 % 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	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	117 377	45 918	43 256	●	40 236	43 859	0,8	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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	907	3,3	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	10,4
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)	6 254	12,1	16,4	●	15,9	14,6		16,4	16,3	-1,2
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)	3 438	11,3	12,9	●	12,4	12,7		13,4	11,2	-1,9
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	16 674	54,7	41,5	●	46,6	42,7		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)	923	1,6	1,7	●	2,3	1,5		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)	4 831	62,8	58,4	●	62,2	56,9		58,4	58,6	-0,8
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	19 055	40,9	46,8	●	47,3	44,8	1,7	46,8	46,9	-5,3

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	21 115	8,2	5,2	●	5,3	5,8		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> )	30 943	14,6	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	5,5	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	9 375	48,4	42,8	●	42,7	44,8	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> )	1 757	4,0	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	4 925	3,2	3,0	●	3,1	2,8		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> )	10 386	33,6	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	0,9	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	463	3,0	3,0	●		3,3		9,3	6,8	11,9	↗ !

**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)

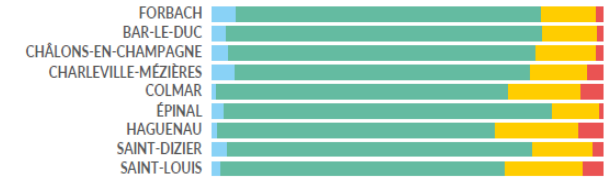
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	4 987	3,8	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	1,7	↗
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	347	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-2,3	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	25 167	19,2	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-3,0	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	20 982	16,0	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	30	21,1	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	1,8	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	56	39,4	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,1	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	220	7,9	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	218		19 047	●	171 485	3 003		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	3	15,0	2,1	●	2,4	2,9		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> )	20 471	14,8	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-1,0	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		138,3	91,6	●	98,3	88,0				0,2	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	134 168	85,5	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,2		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,2		●							
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	2,8		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> )	20	100,0	44,3			58,8		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> )	20	100,0	49,2			57,2		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	6,1	20,3			23,8		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> )	6	20,2	45,0			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	14	73,7	34,7			55,9		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.

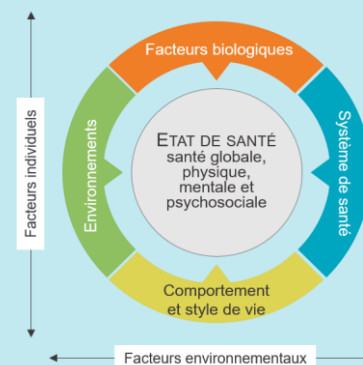
## Autres informations

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. »

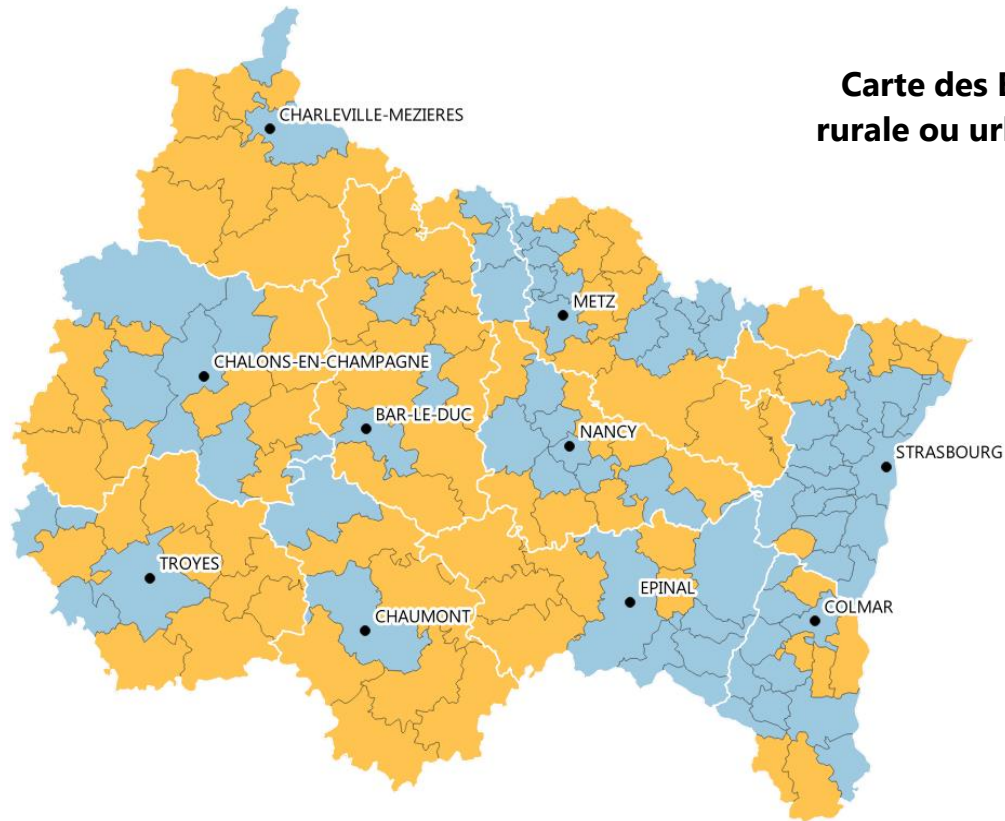
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)

Meurthe-et-Moselle  
département

16 673

habitants

37

communes

EPCI à dominante  
rurale

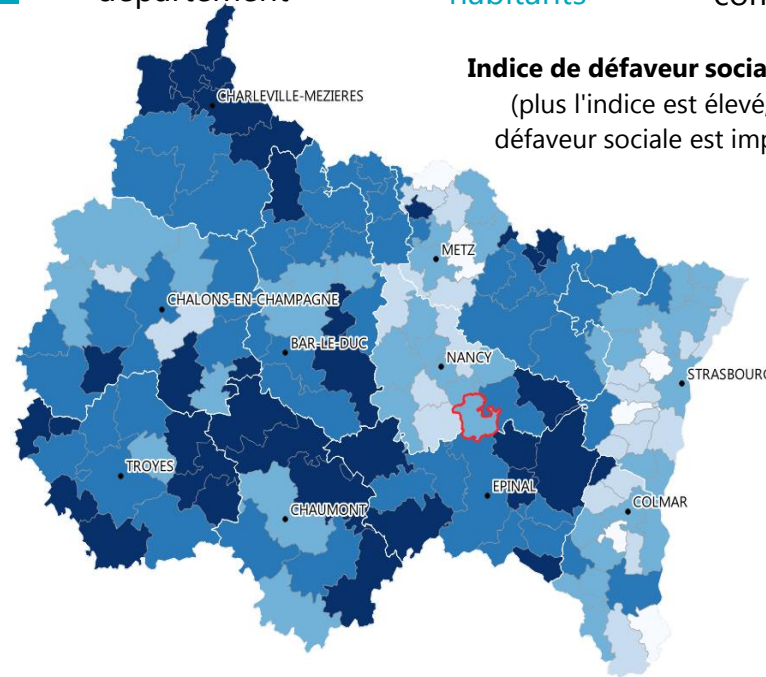
## Portrait de santé

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.

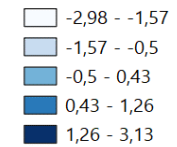


### Indice de défaveur sociale en 2019

(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

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

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> )	16 673	61,6	96,7		119,7	139,9	0,98	192,8	36,2	-0,1 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-121	-0,14	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	17	0,02	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		77,2	86,3	●	83,8	81,5		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)	9 545	57,2	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	-0,1 →

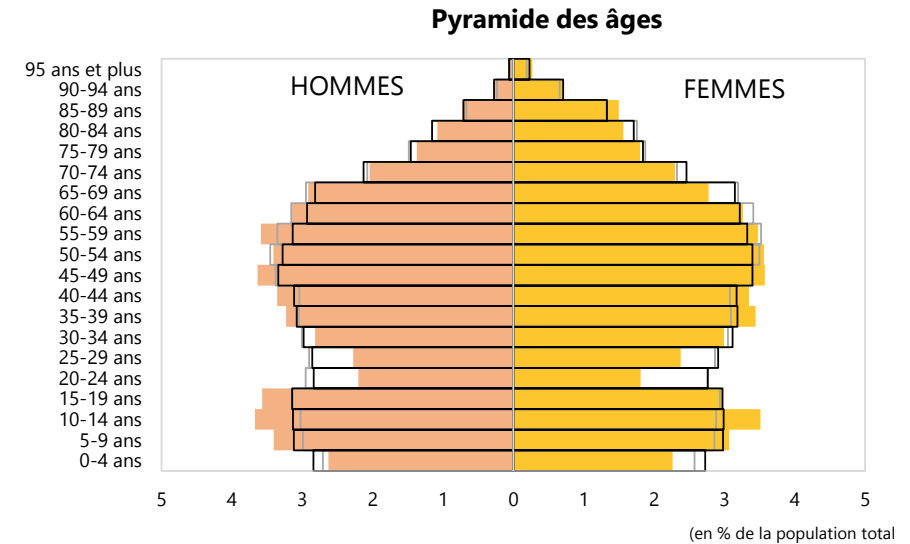
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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	●		0,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	849	10,7	13,3	●	12,8	13,5	0,8	14,0	10,8	-0,5	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 499	23,6	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-0,6	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,0	3,7	●	2,5	3,2	0,8	3,3	5,8	-2,0	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 900		21 800	●	21 930	21 790				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	600	8,7	14,7	●	14,5	15,0				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,5	5,8	●	5,8	6,0				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> )	3 068	24,9	27,8	●	27,0	26,3	0,7	27,4	29,4	-4,0	↘
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> )	2 830	22,9	26,3	●	31,0	28,4	0,8	27,7	21,5	2,5	↗

**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>	79,0	85,3
<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	184	894,0	784,7	●	725,2	770,6	1,8	773,8	818,4	-0,4	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	27	174,3	181,6	●	175,7	180,8	3,0	182,2	180,3	-3,1	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	49	300,2	294,9	●	277,8	294,2	2,6	294,8	295,6	-1,5	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	46	237,9	224,3	●	212,4	226,9	2,1	224,4	223,8	1,6	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	46	217,7	187,5	●	170,0	171,7	1,4	181,7	205,6	-1,2	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	8	39,9	34,7	●	25,0	32,6	4,2	34,6	35,0	-1,1	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	14,4	n.d.	12,9	15,4	n.d.	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	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	25,6	25,8	●	24,8	27,1	n.d.	26,0	25,2	-5,2	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	30	153,6	129,3	●	109,3	125,4	3,4	129,4	129,0	0,6	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	25	150,8	124,4	●	116,2	128,2	4,6	124,2	125,7	-1,0	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	8	49,0	58,0	●	53,2	55,6	0,9	57,8	58,7	-5,1	➔

**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

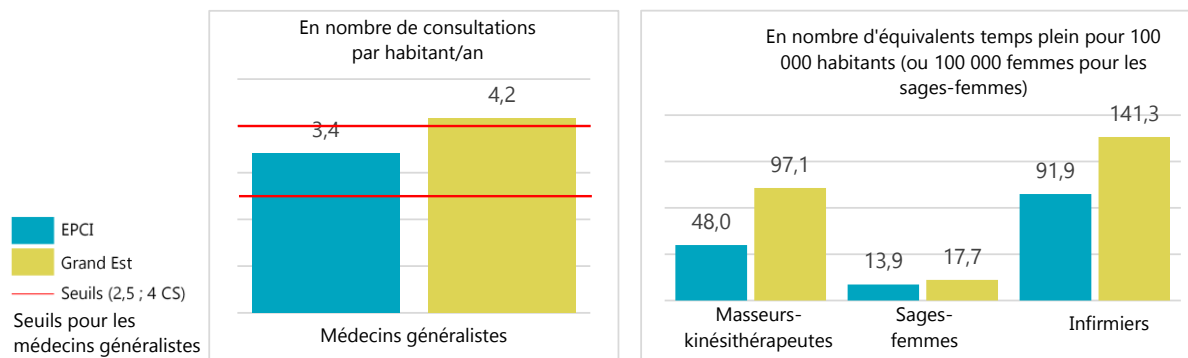
## Morbidité

	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	779	4 026	4 223	●	4 161	3 989	1,2	4 221	4 236	-0,1	↘ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	53	274	211	●	193	258	1,6	213	201	8,1	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	92	454	492	●	458	459	1,2	489	503	0,9	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	166	1 622	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	-1,2	↘ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	139	1 648	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-2,9	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 447	7 319	6 736	●	6 142	6 660	1,9	6 723	6 783	3,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	235	1 154	1 204	●	1 130	1 035	1,5	1 210	1 185	2,0	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	662	3 392	2 882	●	2 519	3 056	2,5	2 909	2 795	6,1	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	209	968	990	●	932	946	1,6	974	1 040	2,5	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 037	5 334	5 516	●	4 840	5 375	1,5	5 586	5 284	1,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	6	32	●	33	34	n.d.	36	17	-26,7	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	53	117	●	212	102	1,9	131	67	7,5	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	512	2 871	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	7,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	154	880	927	●	1 020	924	1,4	948	866	22,6	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 559	8 357	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-2,7	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	812	4 434	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	0,7	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	846	4 535	4 002	●	3 902	4 072	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		3,4	4,2	●	3,9	4,4	4,4	3,3	0,0 →
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,2	3,7	●	3,1	4,0	4,0	3,0	0,1 ↗
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		48,0	97,1	●	104,0	93,1	105,3	70,9	1,7 ↗
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		13,9	17,7	●	17,3	17,3	19,0	13,0	2,7 ↗
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		91,9	141,3	●	146,5	123,6	149,9	114,4	3,9 ↗

## 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	14	2,0	1,8	●	1,2	1,3	60,0	1,0	4,3	0,5 ↗
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	25,9	14,5	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	2,2 ↗
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	19,9	12,6	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	-3,4 ↘
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	20,8	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	5,2 ↗
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	20,0	10,8	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	0,6 ↗
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	7	3,1	2,6	●	2,2	2,1	57,1	1,5	6,1	1,3 ↗
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	11,7	5,5	●	4,5	5,0	n.d.	3,9	10,7	-1,2 ↘
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	27	2,0	1,4	●	0,9	1,2	14,3	0,7	3,6	0,4 ↗
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	10	2,9	1,8	●	1,3	1,6	30,0	1,0	4,5	1,2 ↗

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	20,8 min	21,4 min	9,3 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	20,8	11,3	●	10,5	10,5	9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	20,8	14,5	●	13,5	12,7	11,3	25,3	0,4	↗
61	Services d'obstétrique	0	21,4	14,3	●	14,8	13,9	11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	0	20,1	9,3	●	9,1	9,2	7,2	16,5	0,3	↗
63	Services d'urgence	0	21,4	14,8	●	13,7	13,9	12,1	24,2	0,9	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,3	8,4	●	7,4	8,9	7,0	13,1	0,9	↗
65	EHPAD	3	3,9	4,0	●	3,0	3,8	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	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	7 686	44 471	43 256	●	40 236	43 859	0,8	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>			
Département	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	44	1,7	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	8,6	↗	
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)	292	16,6	16,4	●	15,9	14,6	16,4	16,3	-0,3	↘	
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)	155	9,1	12,9	●	12,4	12,7	13,4	11,2	-3,0	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	610	35,5	41,5	●	46,6	42,7	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)	65	1,6	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	6,9	↗	
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)	336	73,1	58,4	●	62,2	56,9	58,4	58,6	1,9	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 837	54,5	46,8	●	47,3	44,8	1,2	46,8	46,9	-3,9	↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	599	3,6	5,2	●	5,3	5,8		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> )	683	4,9	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	0,4	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	590	42,5	42,8	●	42,7	44,8	0,5	43,5	40,5	-2,0	↘
<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> )	193	6,5	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	191	2,1	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	1,2	↗
<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> )	493	19,5	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	-0,2	↘
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	12	1,3	1,3	●		3,3		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)

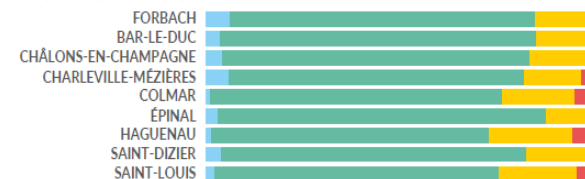
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	49	0,7	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-19,4	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	30	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-0,7	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 900	27,2	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,3	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 209	17,3	17,5	●	13,9	18,0		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	2,1		3,9	0,7	n.d.	n.d.
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	18	6,7	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,4	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,3	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 786	10,7	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	207		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	1 358	16,6	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	0,7	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		39,5	91,6	●	98,3	88,0				-2,1	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	4 148	45,7	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,0		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,8		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,1		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		9,0	4,5	●	3,1	2,8		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> )	37	100,0	44,3			58,8		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			57,2		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			23,8		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> )	24	31,3	45,0			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	13	68,7	34,7			55,9		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.

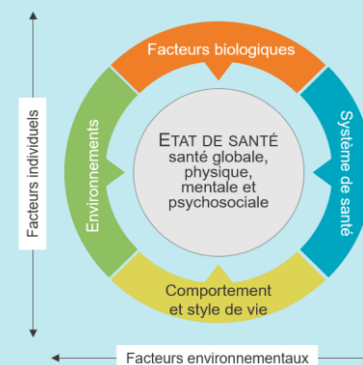
## Autres informations

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. »

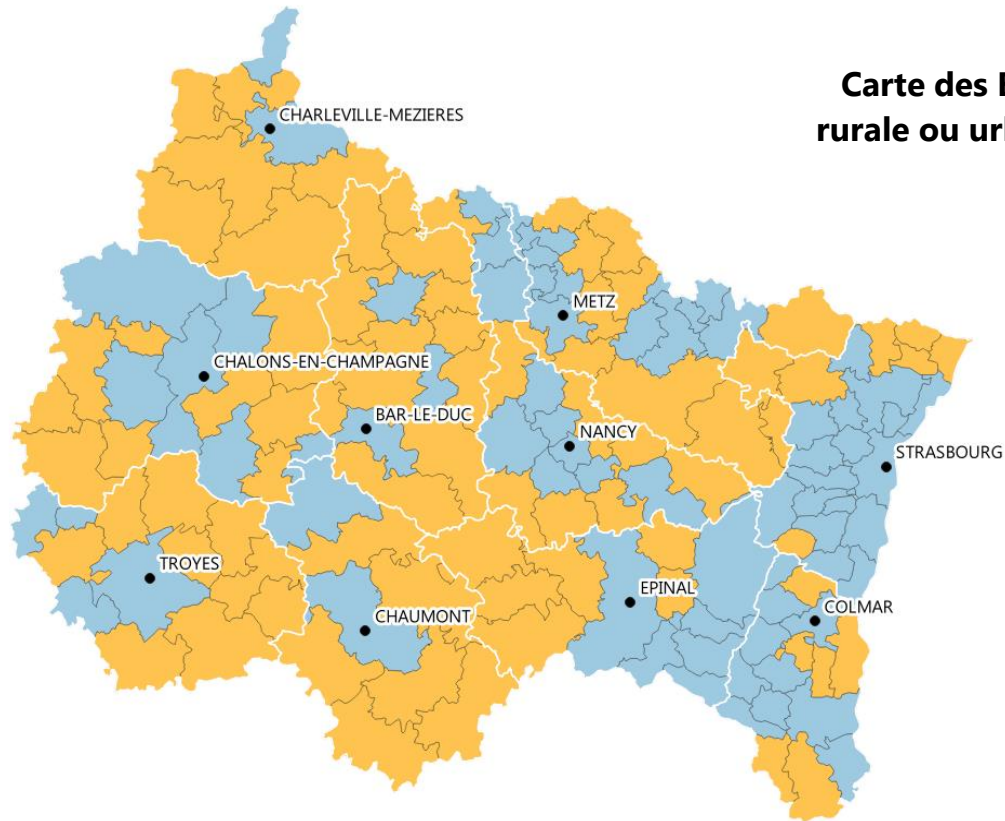
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**28 422**  
habitants

**19**  
communes

EPCI à dominante  
urbaine

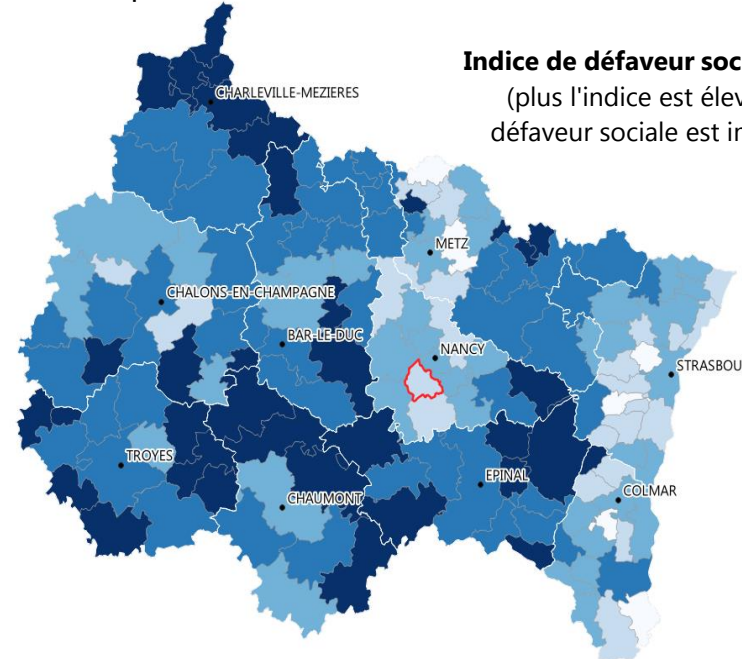
## Portrait de santé

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.

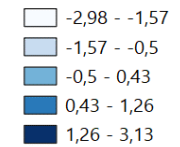
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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

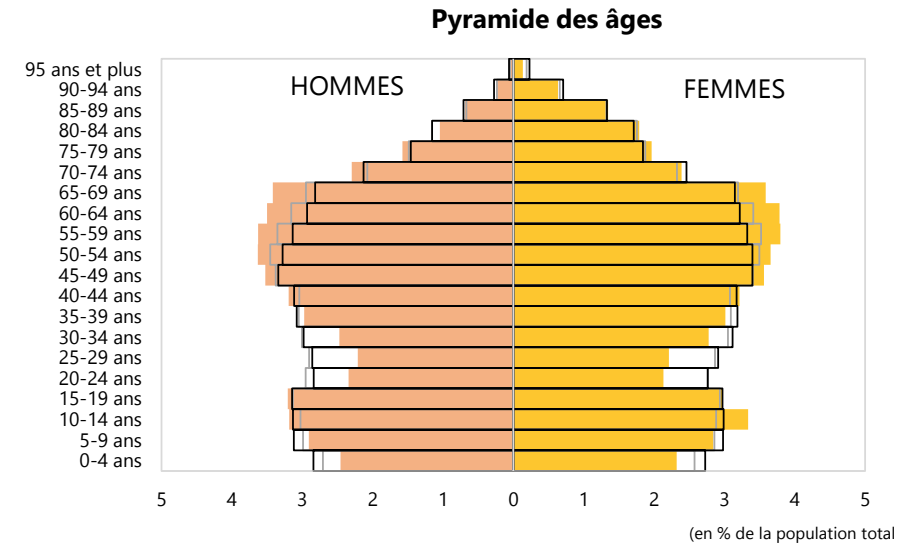
	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	28 422	150,5	96,7		119,7	139,9	0,94	192,8	36,2	-0,4 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-562	-0,39	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-682	-0,47	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		91,0	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	4,5 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	6 624	23,3	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,6 ↗

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	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 243	9,4	13,3	●	12,8	13,5	1,2	14,0	10,8	-0,3 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 785	25,2	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-0,1 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,0	3,7	●	2,5	3,2	0,5	3,3	5,8	-0,9 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	23 510		21 800	●	21 930	21 790				1,4 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	903	7,5	14,7	●	14,5	15,0				-1,5 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,2	5,8	●	5,8	6,0				2,0 ↗
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> )	5 418	25,4	27,8	●	27,0	26,3	0,8	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> )	6 002	28,1	26,3	●	31,0	28,4	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>	80,0	86,5
<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	234	691,6	784,7	●	725,2	770,6	1,8	773,8	818,4	-2,4
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	43	154,9	181,6	●	175,7	180,8	1,9	182,2	180,3	-4,5
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	84	262,7	294,9	●	277,8	294,2	2,0	294,8	295,6	-3,8
<b>18</b> Décès par cancers	82	242,0	224,3	●	212,4	226,9	2,0	224,4	223,8	-0,7
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	54	155,9	187,5	●	170,0	171,7	1,6	181,7	205,6	-2,4
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	9	25,2	34,7	●	25,0	32,6	4,8	34,6	35,0	-8,2
<b>21</b> Décès par suicide	3	9,7	13,4	●	13,2	14,4	n.d.	12,9	15,4	-4,8
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	11	31,5	25,8	●	24,8	27,1	2,9	26,0	25,2	-4,8
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	38	107,8	129,3	●	109,3	125,4	4,9	129,4	129,0	-4,2
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	37	115,9	124,4	●	116,2	128,2	3,3	124,2	125,7	-4,7
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	16	49,8	58,0	●	53,2	55,6	1,1	57,8	58,7	-3,1

**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
<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

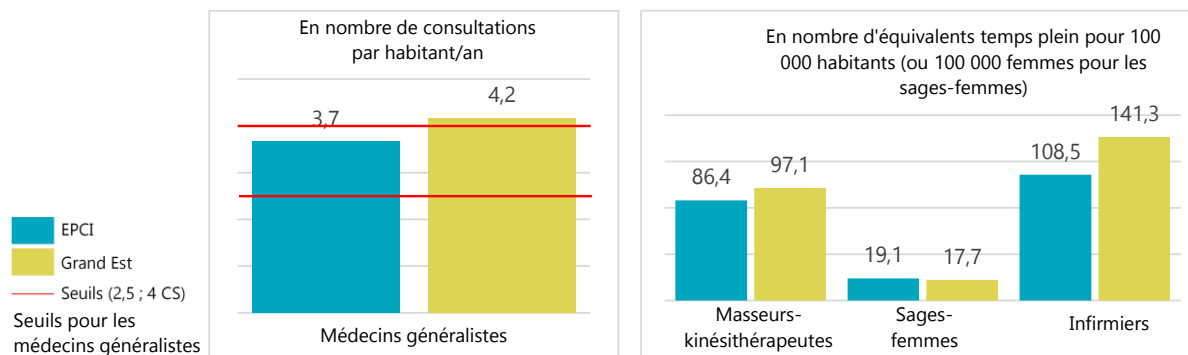
## Morbidité

	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	1 438	4 056	4 223	●	4 161	3 989	1,2	4 221	4 236	-0,7	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	104	283	211	●	193	258	2,3	213	201	-0,1	➡️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	178	483	492	●	458	459	1,4	489	503	-0,6	⬇️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	295	1 601	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	-1,6	⬇️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	212	1 277	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-3,1	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 311	6 412	6 736	●	6 142	6 660	2,0	6 723	6 783	0,8	⬆️
33	Personnes prises en charge pour AVC	353	979	1 204	●	1 130	1 035	1,2	1 210	1 185	-0,1	➡️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 036	2 844	2 882	●	2 519	3 056	3,7	2 909	2 795	2,2	⬆️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	311	822	990	●	932	946	1,7	974	1 040	-1,5	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 970	5 465	5 516	●	4 840	5 375	1,5	5 586	5 284	0,9	⬆️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	14	32	●	33	34	1,3	36	17	n.d.	➡️
38	Personnes prises en charge pour VIH	16	n.d.	117		212	102	1,4	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	865	2 832	3 451	●	3 821	3 205	1,1	3 602	2 954	2,5	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	222	698	927	●	1 020	924	1,6	948	866	9,4	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	2 560	7 853	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-1,5	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 512	4 736	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	0,7	⬆️
43	Patients traités par anxiolytiques	1 152	3 482	4 002	●	3 902	4 072	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](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	3,7	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	-0,2	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,4	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-0,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	86,4	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	2,4	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	19,1	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	2,9	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	108,5	141,3	●	146,5	123,6		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	29	1,4	1,8	●	1,2	1,3	34,5	1,0	4,3	1,8	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	2					50,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	15,7	14,5	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	0,5	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	13,5	12,6	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	0,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	15,7	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	1,0	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	8,7	10,8	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	9,9	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	13	3,0	2,6	●	2,2	2,1	30,8	1,5	6,1	6,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	4,9	5,5	●	4,5	5,0	25,0	3,9	10,7	2,4	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	45	0,9	1,4	●	0,9	1,2	25,0	0,7	3,6	2,8	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	28	1,8	1,8	●	1,3	1,6	14,2	1,0	4,5	2,4	⬆️ !

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	15,7 min	23,9 min	7,1 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	15,7	11,3	●	10,5	10,5	9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	15,7	14,5	●	13,5	12,7	11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	23,9	14,3	●	14,8	13,9	11,6	23,6	0,4	↗
62	Services de soins de suite	5	4,0	9,3	●	9,1	9,2	7,2	16,5	1,5	↗
63	Services d'urgence	0	23,9	14,8	●	13,7	13,9	12,1	24,2	9,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	7,1	8,4	●	7,4	8,9	7,0	13,1	2,2	↗
65	EHPAD	2	4,8	4,0	●	3,0	3,8	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 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	49,9				
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	59,1				
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	36,3				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	32,9				
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	77,1				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	14 136	47 836	43 256	●	40 236	43 859	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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	97	2,5	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	8,4	↗	
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)	475	15,7	16,4	●	15,9	14,6	16,4	16,3	-0,9	↘	
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)	287	10,8	12,9	●	12,4	12,7	13,4	11,2	-0,6	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 117	42,3	41,5	●	46,6	42,7	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)	133	2,0	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	9,9	↗	
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)	561	71,4	58,4	●	62,2	56,9	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)	2 949	56,2	46,8	●	47,3	44,8	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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	870	3,1	5,2	●	5,3	5,8		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> )	1 078	4,5	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	1,6	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	999	42,0	42,8	●	42,7	44,8	0,4	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> )	264	4,7	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	314	2,0	3,0	●	3,1	2,8		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> )	892	21,6	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	4,0	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	40	2,5	2,5	●		3,3		9,3	6,8	0,7	↗ !

**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.

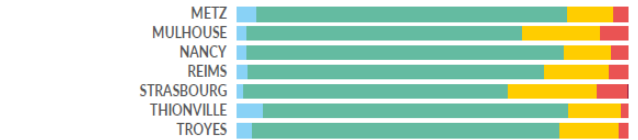
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

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

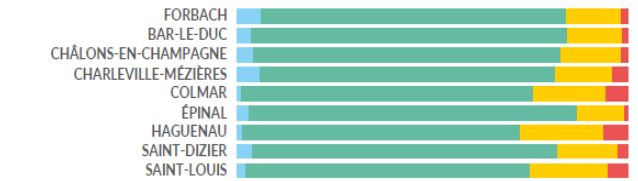
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	120	1,0	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-14,5	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	60	0,5	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-1,5	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 814	23,4	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-2,8	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 859	15,5	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	2,6	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	-4,2	↘
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	11	5,8	9,5	●	n.d.	9,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,5	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		5,5	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-0,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	744	13,2	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	171		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	2 371	17,3	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	0,5	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		58,2	91,6	●	98,3	88,0				0,3	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	12 024	76,0	76,9	●	71,2	70,6		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		0,6		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		1,0	4,5	●	3,1	2,8		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> )	19	100,0	44,3			58,8		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> )	19	100,0	49,2			57,2		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			23,8		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> )	17	85,7	45,0			20,4		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	14,3	34,7			55,9		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.

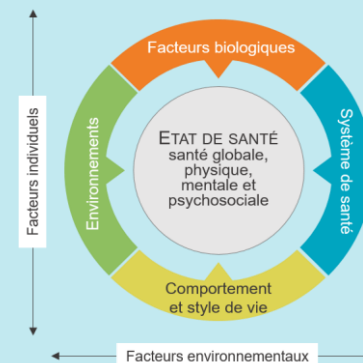
## Autres informations

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. »

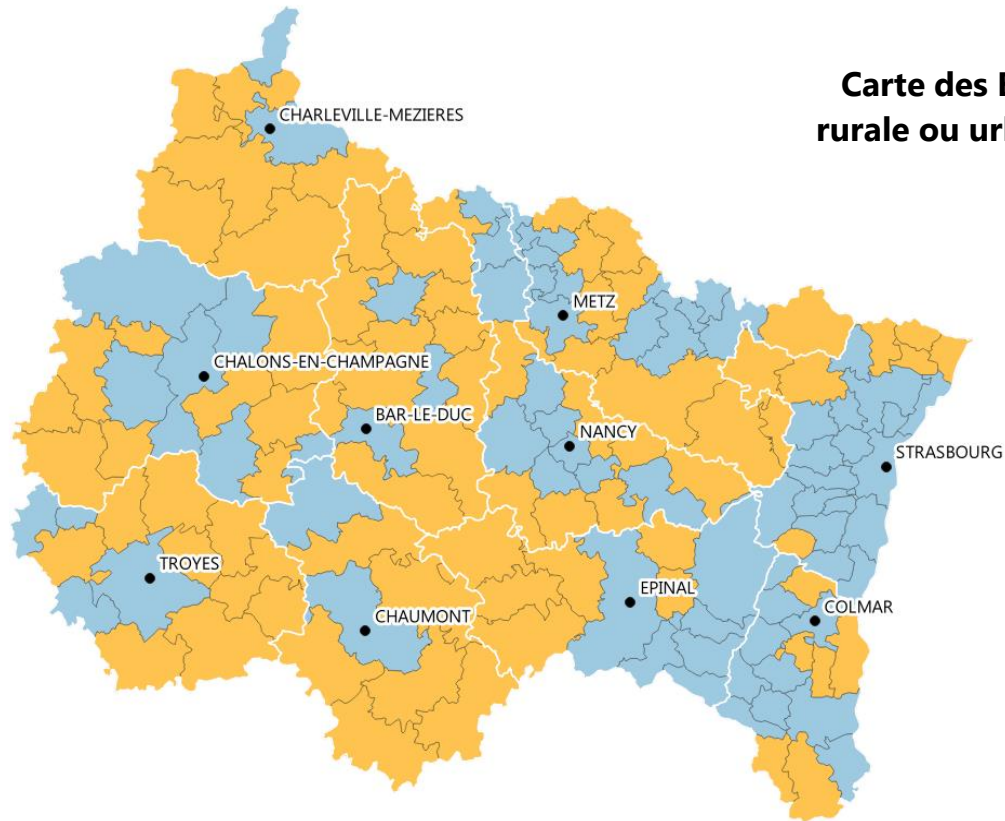
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)



Meurthe-et-Moselle  
département

**53 070**  
habitants

**41**  
communes

EPCI à dominante  
urbaine

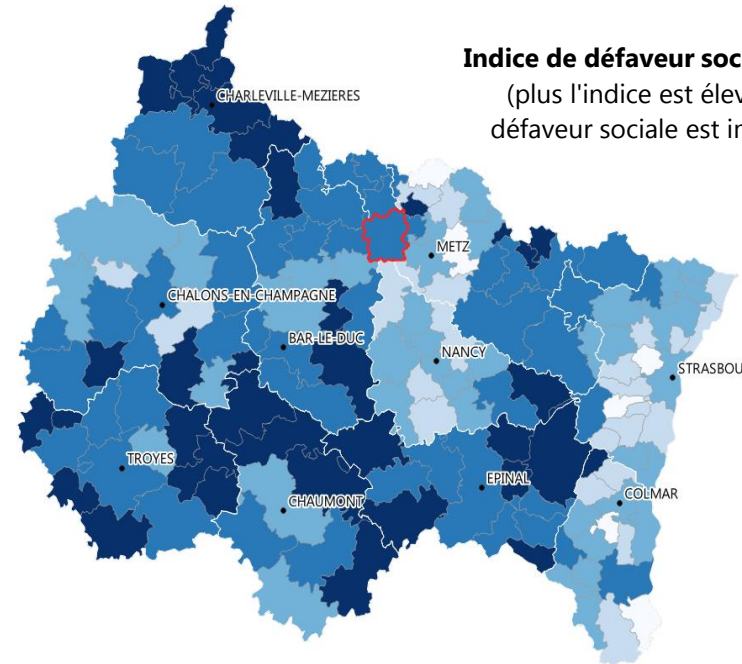
## Portrait de santé

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.

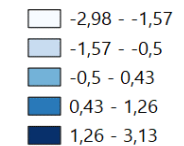
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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> )	53 070	135,1	96,7		119,7	139,9	0,95	192,8	36,2	-0,1 →
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-140	-0,05	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-320	-0,12	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		91,2	86,3	●	83,8	81,5		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)	11 981	22,6	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,0 →

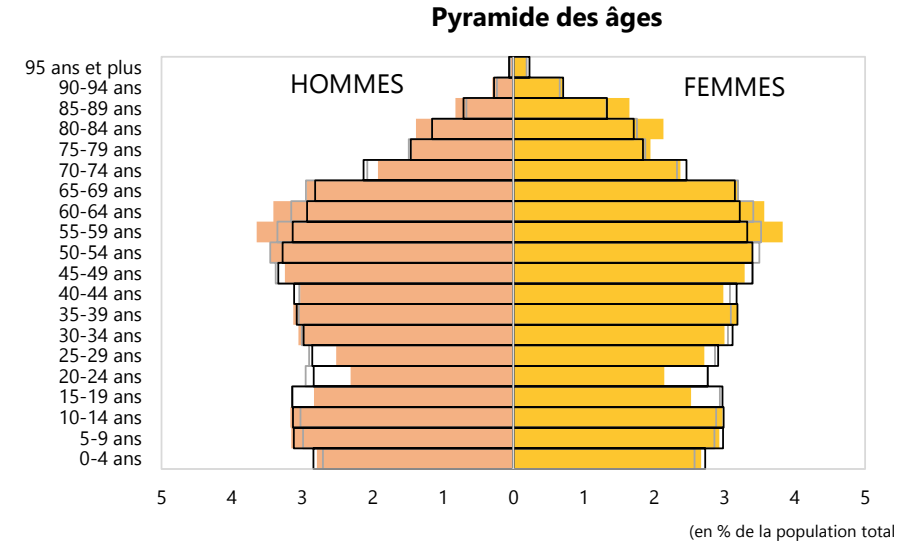
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )		1,1	0,4	●		0,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	3 410	14,1	13,3	●	12,8	13,5	0,8	14,0	10,8	-0,5	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	5 205	28,0	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-0,5	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,1	3,7	●	2,5	3,2	0,8	3,3	5,8	-0,8	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	20 850		21 800	●	21 930	21 790				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	3 459	14,9	14,7	●	14,5	15,0				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		6,3	5,8	●	5,8	6,0				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> )	11 360	28,1	27,8	●	27,0	26,3	0,7	27,4	29,4	-3,6	↘
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> )	7 726	19,1	26,3	●	31,0	28,4	0,9	27,7	21,5	2,5	↗

**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>	79,2	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	548	801,0	784,7	●	725,2	770,6	1,6	773,8	818,4	-1,7	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	100	202,0	181,6	●	175,7	180,8	1,8	182,2	180,3	-2,9	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	172	318,1	294,9	●	277,8	294,2	1,7	294,8	295,6	-2,7	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	146	218,6	224,3	●	212,4	226,9	1,9	224,4	223,8	-3,7	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	130	187,7	187,5	●	170,0	171,7	1,4	181,7	205,6	-2,1	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	30	44,1	34,7	●	25,0	32,6	2,8	34,6	35,0	-2,2	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	10	17,6	13,4	●	13,2	14,4	2,4	12,9	15,4	-1,8	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	19	30,1	25,8	●	24,8	27,1	3,8	26,0	25,2	3,2	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	99	148,0	129,3	●	109,3	125,4	2,7	129,4	129,0	-2,6	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	80	147,9	124,4	●	116,2	128,2	2,4	124,2	125,7	-1,6	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	34	63,3	58,0	●	53,2	55,6	0,9	57,8	58,7	-3,6	➔

**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
<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

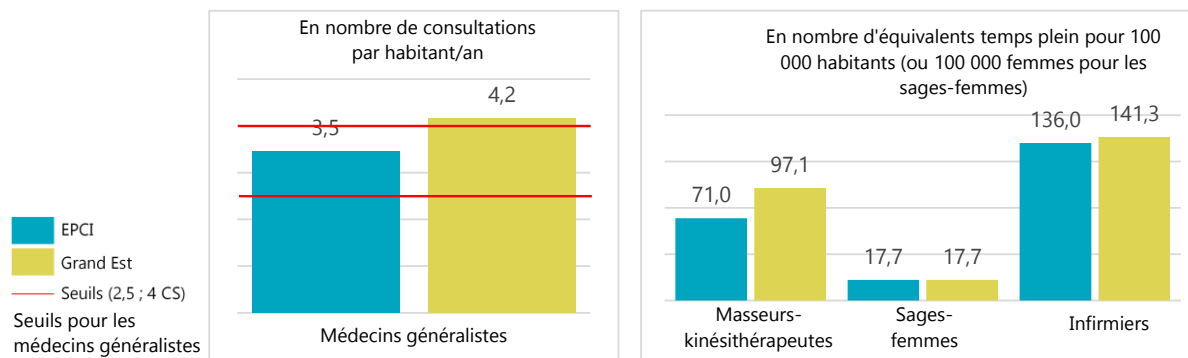
## Morbidité

	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	2 561	3 835	4 223	●	4 161	3 989	1,1	4 221	4 236	6,6	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	159	235	211	●	193	258	2,1	213	201	7,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	363	522	492	●	458	459	1,5	489	503	9,5	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	539	1 560	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	6,3	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	387	1 217	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	4,0	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	4 777	6 775	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	5,5	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	710	1 014	1 204	●	1 130	1 035	1,2	1 210	1 185	5,8	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	2 124	3 025	2 882	●	2 519	3 056	2,7	2 909	2 795	5,0	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	761	967	990	●	932	946	1,3	974	1 040	4,6	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	3 601	5 402	5 516	●	4 840	5 375	1,4	5 586	5 284	6,9	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	29	47	32	●	33	34	3,0	36	17	-13,5	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	34	63	117	●	212	102	n.d.	131	67	6,9	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 684	2 934	3 451	●	3 821	3 205	1,1	3 602	2 954	11,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	429	770	927	●	1 020	924	1,5	948	866	23,1	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	5 157	8 160	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	4,3	↗ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 370	3 903	3 548	●	3 916	4 292	0,4	3 537	3 588	6,8	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	3 121	4 931	4 002	●	3 902	4 072	0,5	3 998	4 018	4,8	↗ !

**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	3,5	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	-1,2	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,0	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-2,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	71,0	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	3,0	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	17,7	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	4,6	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	136,0	141,3	●	146,5	123,6		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	31	2,1	●	1,2	1,3	65,6	1,0	4,3	3,1	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	19					65,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	22,4	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	-0,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	14,1	●	12,5	9,4	0,0	8,3	27,0	0,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	16,9	●	10,5	10,2	100,0	8,0	23,7	26,8	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	15,9	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	13,9	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	20	2,6	●	2,2	2,1	25,0	1,5	6,1	4,4	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	5	7,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	12,0	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	80	1,4	●	0,9	1,2	12,9	0,7	3,6	1,1	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	30	2,0	●	1,3	1,6	17,9	1,0	4,5	1,2	⬆️ !

**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	10,2 min	13,1 min	8,3 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	2	10,2	11,3	●	10,5	10,5	9,1	18,4	-1,4	↘
60	Services de chirurgie	1	13,1	14,5	●	13,5	12,7	11,3	25,3	-1,2	↘
61	Services d'obstétrique	1	13,1	14,3	●	14,8	13,9	11,6	23,6	-1,2	↘
62	Services de soins de suite	2	10,1	9,3	●	9,1	9,2	7,2	16,5	-1,4	↘
63	Services d'urgence	1	13,1	14,8	●	13,7	13,9	12,1	24,2	-1,2	↘
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	3	8,3	8,4	●	7,4	8,9	7,0	13,1	-0,4	↘
65	EHPAD	8	2,6	4,0	●	3,0	3,8	2,9	7,4	-6,4	↘

**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 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 **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	49,9						
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	59,1						
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	36,3						
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9						
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	77,1						
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	22 500	40 887	43 256	●	40 236	43 859	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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	139	1,9	2,4	●	2,3	2,4	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)	960	18,4	16,4	●	15,9	14,6	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)	749	12,7	12,9	●	12,4	12,7	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)	1 778	30,3	41,5	●	46,6	42,7	43,0	35,8	-0,3	↘	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	172	1,4	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	9,9	↗	
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)	873	52,5	58,4	●	62,2	56,9	58,4	58,6	-2,2	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 961	42,4	46,8	●	47,3	44,8	1,6	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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	2 780	5,2	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-0,1	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	3 128	7,0	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	-0,1	→ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	2 312	44,1	42,8	●	42,7	44,8	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> )	633	5,9	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	904	3,0	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	1,1	↗
<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> )	1 880	25,1	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	3,0	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	41	1,4	1,4	●		3,3		9,3	6,8	8,4	↗ !

**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)

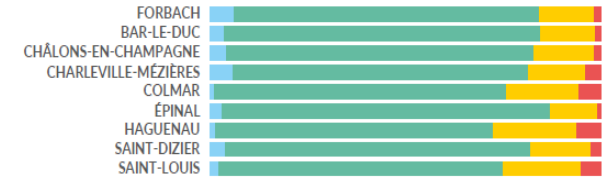
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	427	1,8	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-9,6	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	69	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-8,6	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	7 165	30,2	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-2,7	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	5 287	22,3	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	7	1,8	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	0,2	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	33	8,4	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,9	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,6	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 096	4,3	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	226		19 047	●	171 485	3 003		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	4	9,8	2,1	●	2,4	2,9		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> )	3 163	12,2	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-2,5	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		70,4	91,6	●	98,3	88,0				-1,2	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	7 687	25,6	76,9	●	71,2	70,6		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		0,8		●							
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> )		1,2	4,5	●	3,1	2,8		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			58,8		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> )	41	100,0	49,2			57,2		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> )	34	61,3	20,3			23,8		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> )	7	38,7	45,0			20,4		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			55,9		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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**11 336**  
habitants

**38**  
communes

EPCI à dominante  
rurale

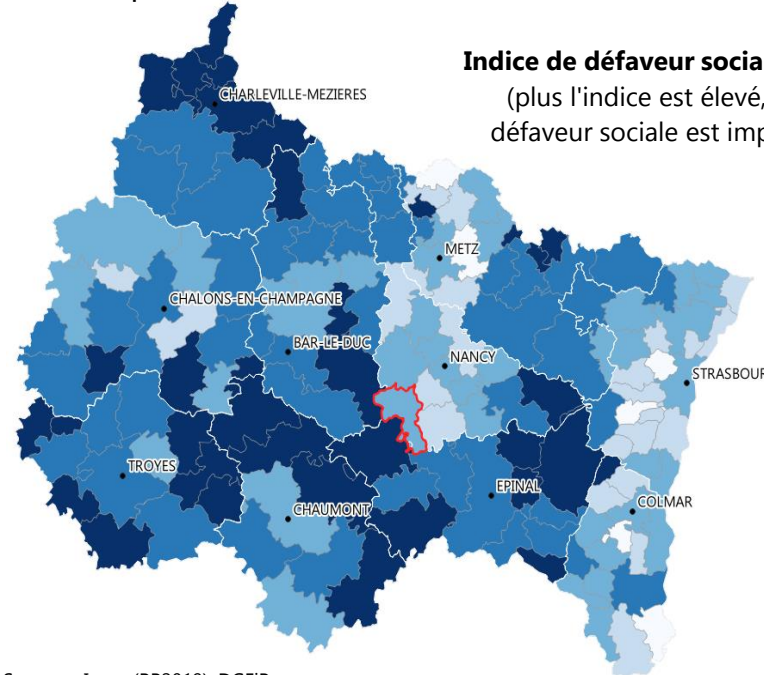
## Portrait de santé

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.

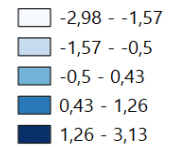
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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**

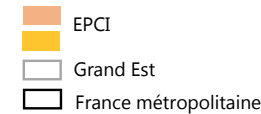
## Démographie

	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> )	11 336	30,5	96,7		119,7	139,9	1,04	192,8	36,2	-0,1 →
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-29	-0,05	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-115	-0,20	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		66,0	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	3,8 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	11 336	100,0	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,0 →

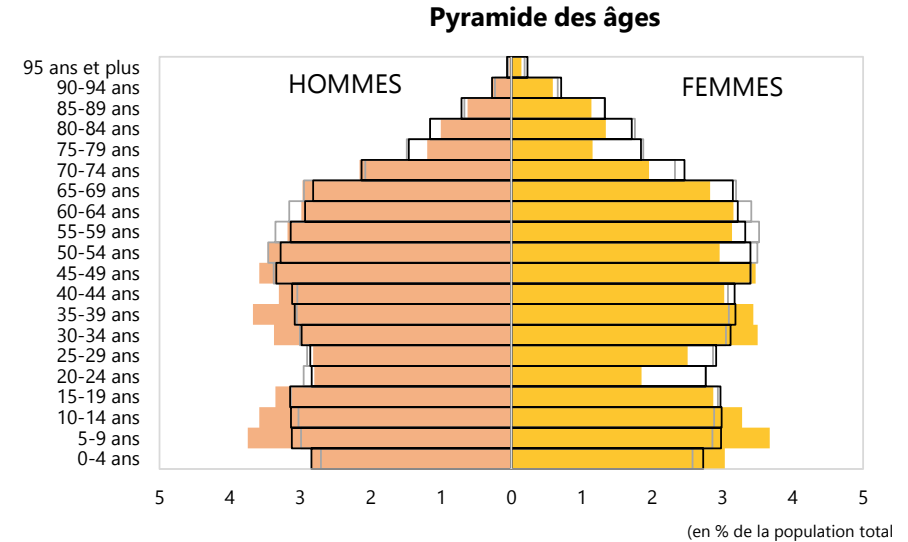
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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



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> )		0,0	0,4	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	524	9,3	13,3	●	12,8	13,5	0,8	14,0	10,8	↗
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 527	32,9	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		9,7	3,7	●	2,5	3,2	1,2	3,3	5,8	↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 550		21 800	●	21 930	21 790				1,8 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	416	9,4	14,7	●	14,5	15,0				-2,7 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,5	5,8	●	5,8	6,0				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> )	2 109	25,5	27,8	●	27,0	26,3	0,8	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> )	1 900	22,9	26,3	●	31,0	28,4	0,8	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>	82,5	89,7
<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	86	765,7	784,7	●	725,2	770,6	1,7	773,8	818,4	0,3	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	17	177,9	181,6	●	175,7	180,8	2,6	182,2	180,3	-0,7	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	31	294,5	294,9	●	277,8	294,2	2,6	294,8	295,6	-0,4	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	25	220,2	224,3	●	212,4	226,9	1,7	224,4	223,8	-2,9	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	21	183,2	187,5	●	170,0	171,7	1,3	181,7	205,6	-1,0	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	3	31,3	34,7	●	25,0	32,6	n.d.	34,6	35,0	-3,9	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4	■	13,2	14,4	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	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	3	26,3	25,8	●	24,8	27,1	n.d.	26,0	25,2	-1,9	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	14	130,3	129,3	●	109,3	125,4	2,9	129,4	129,0	-0,8	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	16	153,3	124,4	●	116,2	128,2	4,8	124,2	125,7	1,1	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	5	48,7	58,0	●	53,2	55,6	1,0	57,8	58,7	-5,3	➔

**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.



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

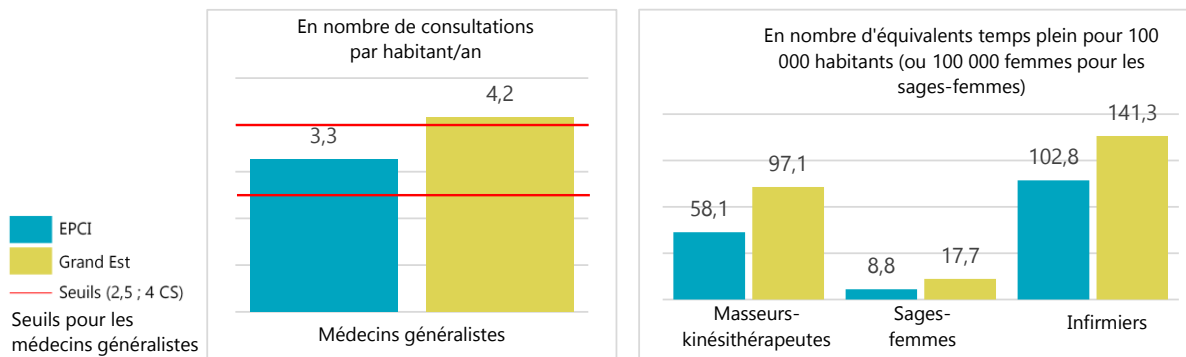
## Morbidité

	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	502	4 195	4 223	●	4 161	3 989	1,0	4 221	4 236	0,2	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	25	206	211	●	193	258	n.d.	213	201	-3,5	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	63	506	492	●	458	459	1,1	489	503	3,2	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	95	1 643	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	4,1	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	84	1 456	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-3,5	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	906	7 345	6 736	●	6 142	6 660	1,9	6 723	6 783	2,4	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	132	1 078	1 204	●	1 130	1 035	1,4	1 210	1 185	1,8	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	363	2 973	2 882	●	2 519	3 056	3,1	2 909	2 795	3,9	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	138	1 106	990	●	932	946	1,7	974	1 040	3,6	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	665	5 513	5 516	●	4 840	5 375	1,2	5 586	5 284	1,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32		33	34	n.d.	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	51	117	●	212	102	1,6	131	67	-13,3	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	393	3 401	3 451	●	3 821	3 205	1,2	3 602	2 954	7,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	107	975	927	●	1 020	924	1,6	948	866	22,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	893	7 466	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-1,6	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	498	4 227	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	3,7	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	449	3 785	4 002	●	3 902	4 072	0,6	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	3,3	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	3,8	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,2	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	4,6	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	58,1	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	3,1	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	8,8	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	-0,1	→ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	102,8	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	10,7	↗ !

### 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	12	5,9	●	1,2	1,3	41,7	1,0	4,3	0,4	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	30,0	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	0,5	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	22,4	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	1,8	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	22,2	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	1,9	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	21,4	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	0,2	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	7,2	●	2,2	2,1	25,0	1,5	6,1	5,3	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	16,9	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	1,3	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	20	5,3	●	0,9	1,2	27,3	0,7	3,6	-4,9	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	8	7,1	●	1,3	1,6	25,0	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	22,0 min	22,0 min	10,6 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	22,0	11,3	●	10,5	10,5	9,1	18,4	1,3	↗
60	Services de chirurgie	0	22,2	14,5	●	13,5	12,7	11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	22,2	14,3	●	14,8	13,9	11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	0	20,1	9,3	●	9,1	9,2	7,2	16,5	0,7	↗
63	Services d'urgence	0	22,0	14,8	●	13,7	13,9	12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	10,6	8,4	●	7,4	8,9	7,0	13,1	0,6	↗
65	EHPAD	1	9,8	4,0	●	3,0	3,8	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	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	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	5 091	43 965	43 256	●	40 236	43 859	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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	29	1,6	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	12,2	↗	
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)	161	13,1	16,4	●	15,9	14,6	16,4	16,3	-4,1	↘	
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)	123	9,2	12,9	●	12,4	12,7	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)	462	34,4	41,5	●	46,6	42,7	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)	63	2,1	1,7	●	2,3	1,5	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)	257	64,7	58,4	●	62,2	56,9	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)	809	34,8	46,8	●	47,3	44,8	1,8	46,8	46,9	-0,2	↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	257	2,3	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-5,4	⬇️
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	409	4,5	8,9	●	9,3	9,5		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> )	367	42,4	42,8	●	42,7	44,8	0,5	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> )	118	6,2	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	117	1,8	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	1,7	⬆️
<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> )	318	18,1	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	11,3	⬆️
<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	●		3,3		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)

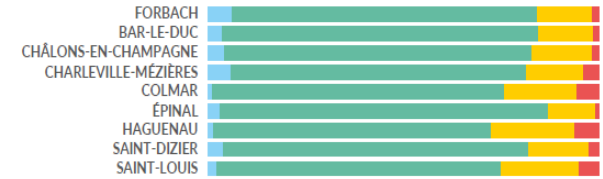
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	54	1,2	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-10,8	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	30	0,7	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-2,8	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 763	39,0	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-2,2	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	778	17,2	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,5	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	0,2	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	12	3,2	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,9	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,6	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 303	15,1	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	125		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	674	11,9	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	0,8	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		63,3	91,6	●	98,3	88,0				-0,5	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	4 841	76,2	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,7		●							
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> )		20,8	4,5	●	3,1	2,8		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> )	38	100,0	44,3			58,8		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	100,0	49,2			57,2		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			23,8		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	49,0	45,0			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	13	51,0	34,7			55,9		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.

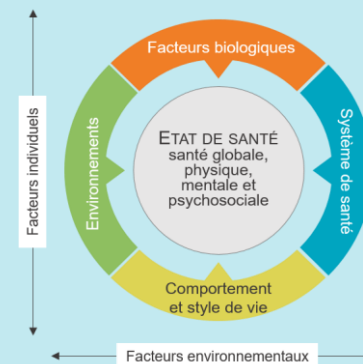
## Autres informations

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. »

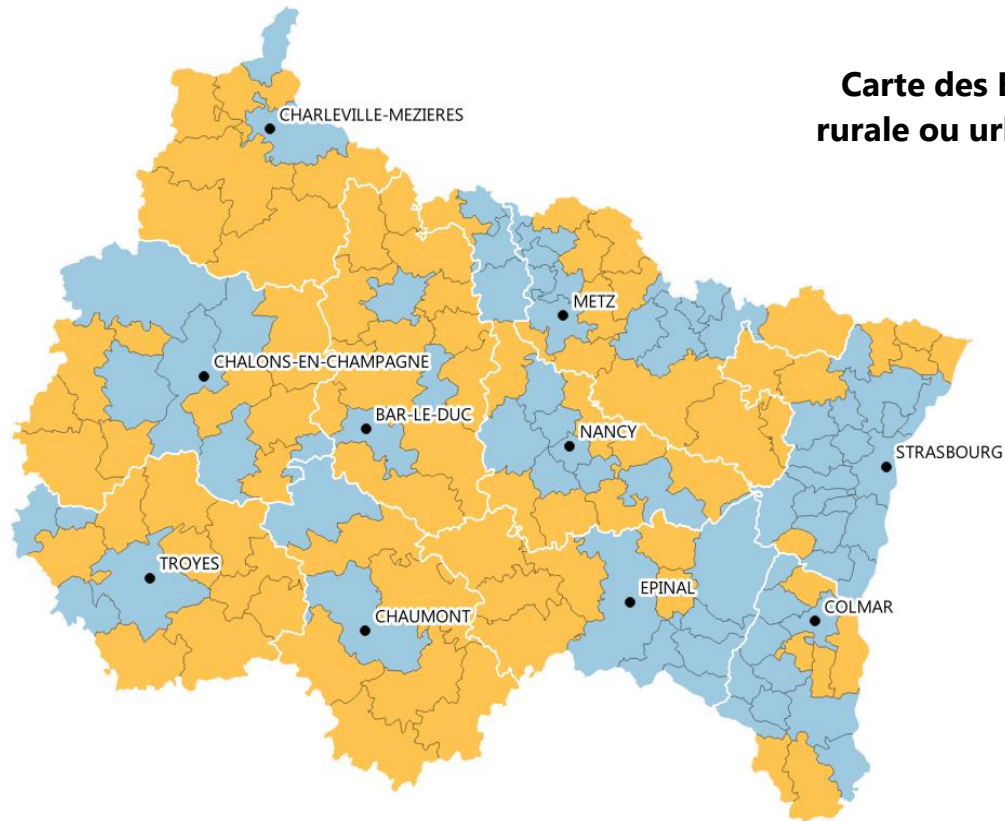
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**14 314**  
habitants

**55**  
communes

EPCI à dominante  
rurale

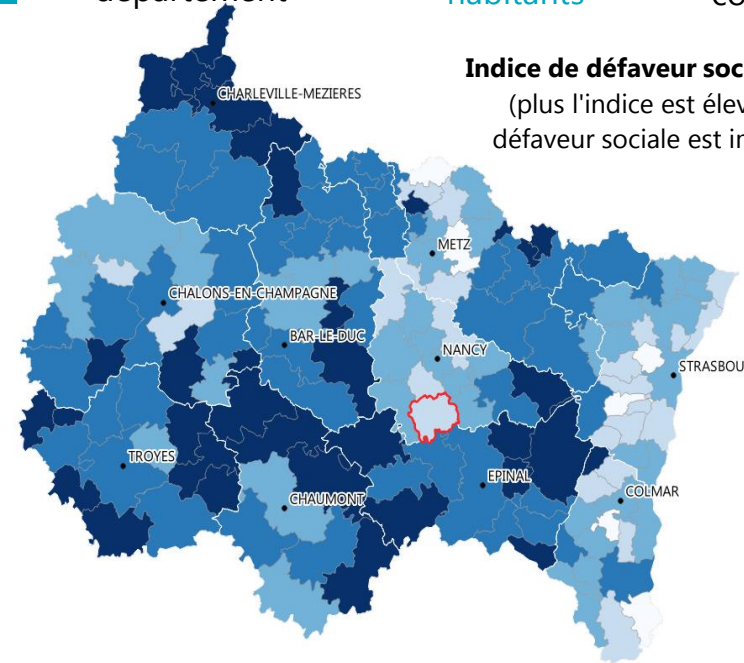
## Portrait de santé

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.

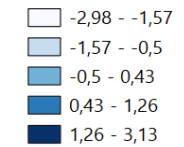
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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

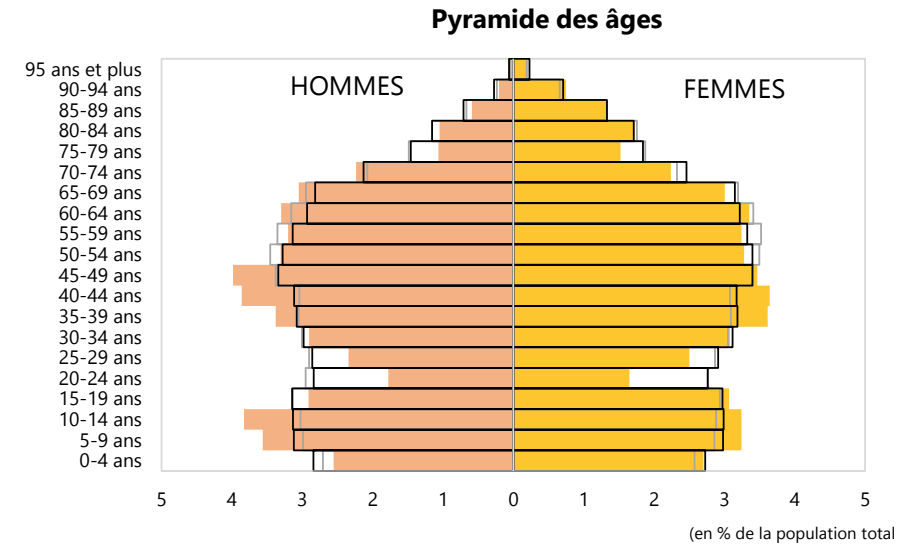
	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	14 314	41,1	96,7		119,7	139,9	0,97	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> )	-193	-0,27	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-198	-0,27	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		75,6	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	3,5 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	14 314	100,0	28,1		21,3	23,1		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> )		-0,9	0,4	●		0,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	505	7,3	13,3	●	12,8	13,5	0,9	14,0	10,8	-3,2	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 297	23,8	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	-1,3	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,8	3,7	●	2,5	3,2	0,8	3,3	5,8	-2,1	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 860		21 800	●	21 930	21 790				1,5	↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	466	7,9	14,7	●	14,5	15,0				-0,5	↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,4	5,8	●	5,8	6,0				0,5	↗
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> )	2 502	23,5	27,8	●	27,0	26,3	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> )	2 999	28,2	26,3	●	31,0	28,4	0,8	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>	75,6	87,8
<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	142	838,0	784,7	●	725,2	770,6	1,7	773,8	818,4	-3,0	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	19	144,0	181,6	●	175,7	180,8	2,9	182,2	180,3	-8,1	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	38	274,5	294,9	●	277,8	294,2	2,8	294,8	295,6	-4,4	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	34	214,3	224,3	●	212,4	226,9	2,0	224,4	223,8	-3,5	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	36	203,7	187,5	●	170,0	171,7	1,2	181,7	205,6	-3,1	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	6	39,9	34,7	●	25,0	32,6	3,2	34,6	35,0	9,1	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	3	18,2	13,4	●	13,2	14,4	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	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	29,8	25,8	●	24,8	27,1	n.d.	26,0	25,2	4,0	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	18	114,0	129,3	●	109,3	125,4	3,1	129,4	129,0	-3,7	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	18	129,3	124,4	●	116,2	128,2	4,5	124,2	125,7	-5,2	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	7	47,2	58,0	●	53,2	55,6	1,1	57,8	58,7	-7,6	➔

**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
<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

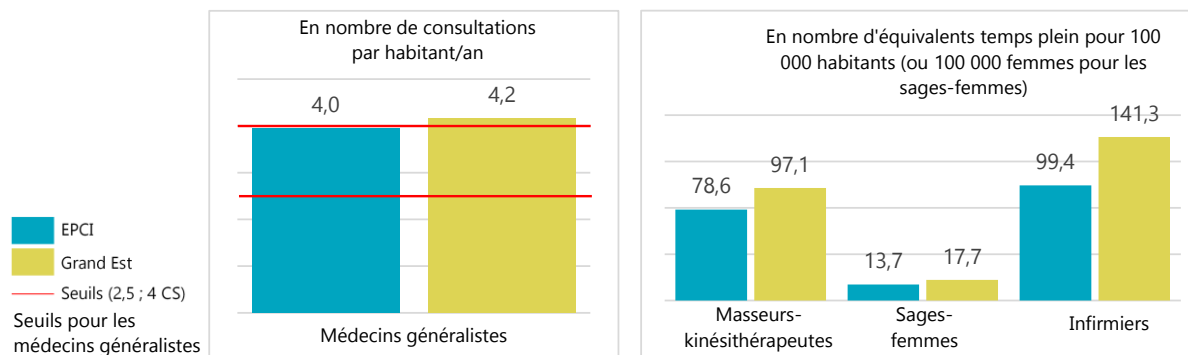
## Morbidité

	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	667	4 102	4 223	●	4 161	3 989	1,0	4 221	4 236	1,9	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	38	230	211	●	193	258	n.d.	213	201	5,4	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	80	478	492	●	458	459	1,1	489	503	0,2	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	161	1 923	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	1,6	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	96	1 309	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-0,7	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 146	6 762	6 736	●	6 142	6 660	2,0	6 723	6 783	2,8	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	184	1 078	1 204	●	1 130	1 035	1,5	1 210	1 185	0,3	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	497	3 003	2 882	●	2 519	3 056	3,0	2 909	2 795	5,0	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	157	854	990	●	932	946	2,1	974	1 040	0,0	→ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	887	5 454	5 516	●	4 840	5 375	1,5	5 586	5 284	1,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	7	32	●	33	34	n.d.	36	17	-13,9	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	41	117	●	212	102	2,5	131	67	6,5	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	459	3 063	3 451	●	3 821	3 205	1,1	3 602	2 954	7,4	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	133	895	927	●	1 020	924	1,9	948	866	25,3	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 206	7 553	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-3,3	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	656	4 133	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	0,2	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	600	3 739	4 002	●	3 902	4 072	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 (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		4,0	4,2	●	3,9	4,4	4,4	3,3	0,8	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,6	3,7	●	3,1	4,0	4,0	3,0	2,5	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		78,6	97,1	●	104,0	93,1	105,3	70,9	2,7	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		13,7	17,7	●	17,3	17,3	19,0	13,0	3,3	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		99,4	141,3	●	146,5	123,6	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	14	4,8	1,8	●	1,2	1,3	28,6	1,0	4,3	1,1	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	23,6	14,5	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	0,5	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	22,5	12,6	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	2,5	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	26,2	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	5,3	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	22,3	10,8	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	0,9	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	6,0	2,6	●	2,2	2,1	75,0	1,5	6,1	2,5	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	8,7	5,5	●	4,5	5,0	n.d.	3,9	10,7	0,6	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	22	5,2	1,4	●	0,9	1,2	26,1	0,7	3,6	3,8	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	9	4,6	1,8	●	1,3	1,6	11,1	1,0	4,5	-0,7	↘ !

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	26,2 min	32,5 min	8,2 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	26,2	11,3	●	10,5	10,5	9,1	18,4	2,8	↗
60	Services de chirurgie	0	26,2	14,5	●	13,5	12,7	11,3	25,3	0,4	↗
61	Services d'obstétrique	0	32,7	14,3	●	14,8	13,9	11,6	23,6	0,3	↗
62	Services de soins de suite	0	16,5	9,3	●	9,1	9,2	7,2	16,5	0,9	↗
63	Services d'urgence	0	32,5	14,8	●	13,7	13,9	12,1	24,2	4,9	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	8,2	8,4	●	7,4	8,9	7,0	13,1	0,3	↗
65	EHPAD	3	6,2	4,0	●	3,0	3,8	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 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 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 (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (part pour 100 personnes de 16 ans)		26,6		24,3	32,9					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (part pour 100 enfants de moins de 16 ans)		75,2		71,5	77,1					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	6 978	46 956	43 256	●	40 236	43 859	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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	58	2,6	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	24,3	↗	
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)	183	13,6	16,4	●	15,9	14,6	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)	121	8,0	12,9	●	12,4	12,7	13,4	11,2	0,0	→	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	624	41,2	41,5	●	46,6	42,7	43,0	35,8	0,0	→	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	54	1,5	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	7,4	↗	
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)	293	64,7	58,4	●	62,2	56,9	58,4	58,6	2,6	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 335	47,0	46,8	●	47,3	44,8	1,4	46,8	46,9	0,5	↗

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	284	2,0	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-0,4	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	361	3,1	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	-2,5	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	438	43,9	42,8	●	42,7	44,8	0,5	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> )	136	5,4	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	174	2,2	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	1,7	↗
<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> )	375	17,2	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	4,3	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	50	6,3	6,3	●		3,3		9,3	6,8	13,4	↗ !

**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)

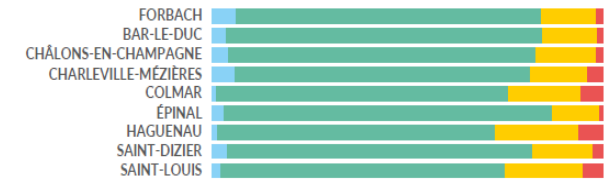
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	54	0,9	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-11,4	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	35	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)	2 370	39,8	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-2,4	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 062	17,8	17,5	●	13,9	18,0		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	2,1		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	19	5,5	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,7	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-2,0	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 066	8,2	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	318		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	1 046	14,8	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	1,8	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		38,9	91,6	●	98,3	88,0				-1,3	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	7 207	84,9	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,3		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		12,6	4,5	●	3,1	2,8		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> )	55	100,0	44,3			58,8		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> )	55	100,0	49,2			57,2		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			23,8		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> )	55	100,0	45,0			20,4		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			55,9		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.

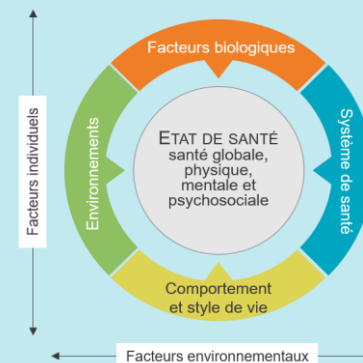
## Autres informations

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. »

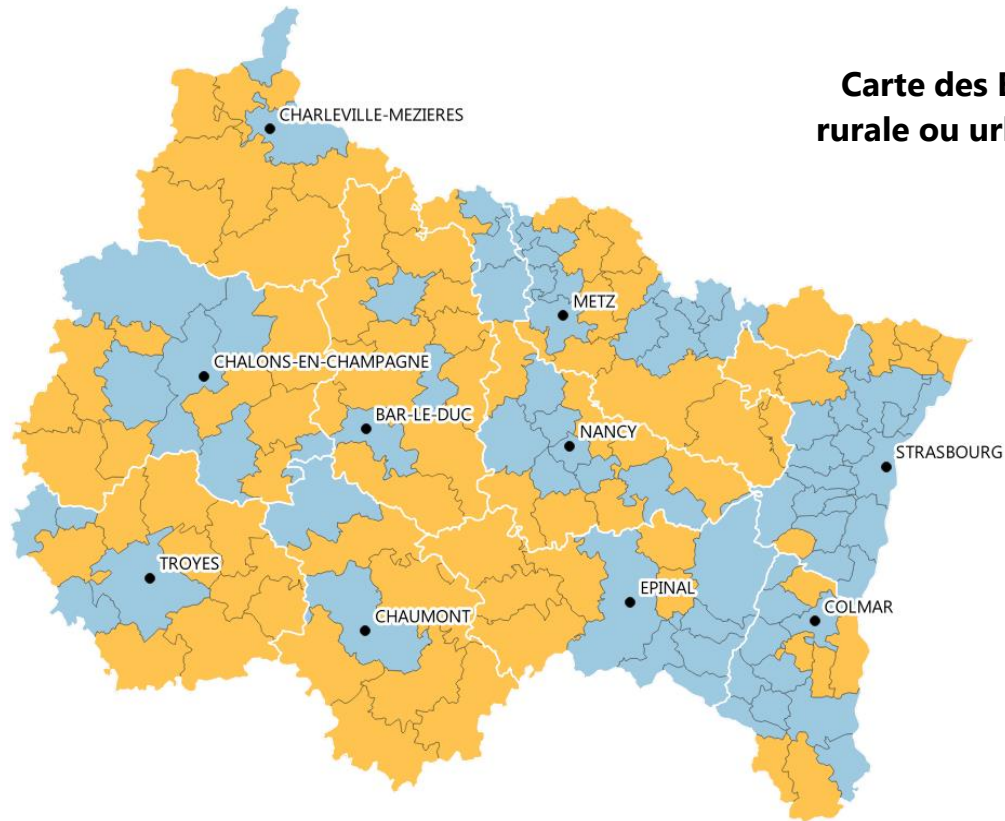
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**5 897**  
habitants

**28**  
communes

EPCI à dominante  
rurale

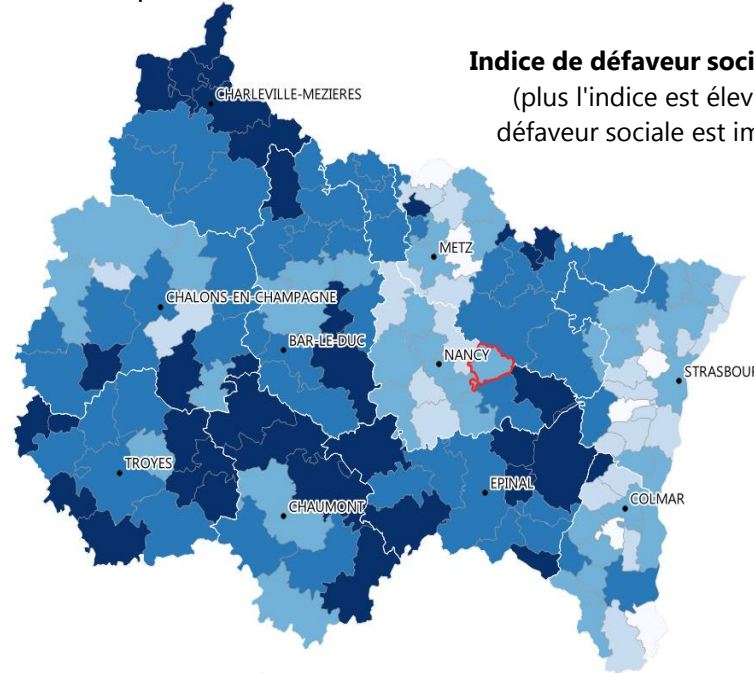
## Portrait de santé

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.

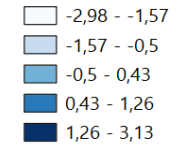
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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

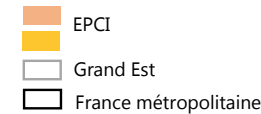
	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	5 897	23,9	96,7		119,7	139,9	1,00	192,8	36,2	-0,4 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-108	-0,36	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-166	-0,56	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		79,1	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	3,6 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	5 897	100,0	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,0 →



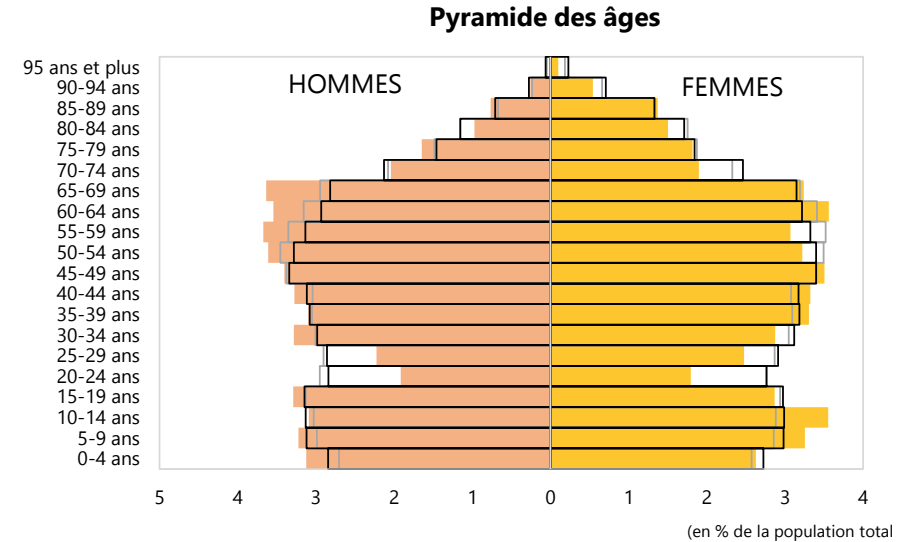
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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



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> )		-0,3	0,4	●		0,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	255	9,1	13,3	●	12,8	13,5	0,9	14,0	10,8	-2,5	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	480	21,9	28,5	●	27,5	28,9	0,3	28,7	27,9	-0,6	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,0	3,7	●	2,5	3,2	0,5	3,3	5,8	6,6	↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 340		21 800	●	21 930	21 790				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	192	8,0	14,7	●	14,5	15,0				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,7	5,8	●	5,8	6,0				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> )	1 040	23,7	27,8	●	27,0	26,3	0,7	27,4	29,4	-4,2	↘
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> )	1 033	23,5	26,3	●	31,0	28,4	0,8	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 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>	76,0	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

	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	53	827,6	784,7	●	725,2	770,6	1,4	773,8	818,4	-2,4 ➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	10	172,1	181,6	●	175,7	180,8	1,7	182,2	180,3	-0,8 ➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	19	308,2	294,9	●	277,8	294,2	1,6	294,8	295,6	-0,2 ➔
<b>18</b>	Décès par cancers	15	217,2	224,3	●	212,4	226,9	1,1	224,4	223,8	-4,2 ➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	14	218,9	187,5	●	170,0	171,7	1,3	181,7	205,6	-3,2 ➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	2	35,8	34,7	●	25,0	32,6	n.d.	34,6	35,0	1,9 ➔
<b>21</b>	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4	■	13,2	14,4	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	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	3	34,1	25,8	●	24,8	27,1	n.d.	26,0	25,2	-2,4 ➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	8	121,9	129,3	●	109,3	125,4	3,2	129,4	129,0	-4,3 ➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	9	138,4	124,4	●	116,2	128,2	n.d.	124,2	125,7	-0,2 ➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	4	57,4	58,0	●	53,2	55,6	n.d.	57,8	58,7	2,8 ➔

**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

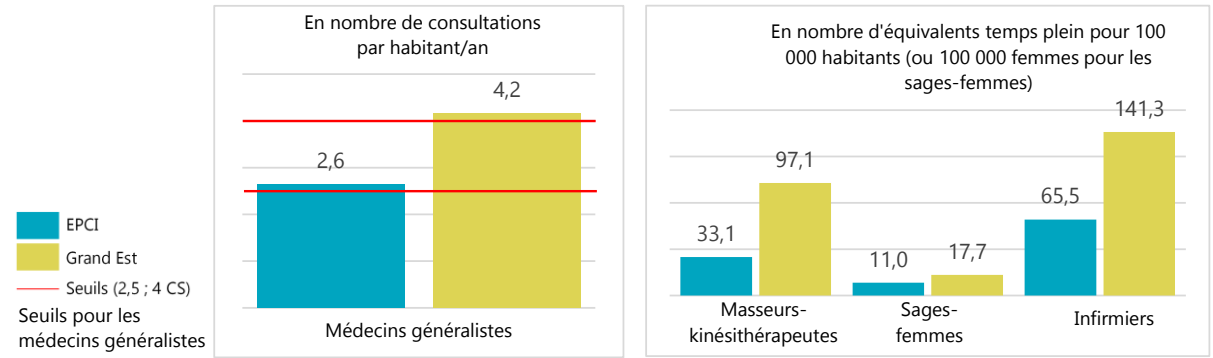
## Morbidité

	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	316	4 434	4 223	●	4 161	3 989	1,0	4 221	4 236	1,6	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	25	331	211	●	193	258	n.d.	213	201	n.d.	n.d. !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	31	441	492	●	458	459	2,2	489	503	-0,3	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	73	2 050	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	-1,8	↘ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	61	1 654	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-1,3	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	519	7 143	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	3,5	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	79	1 112	1 204	●	1 130	1 035	1,4	1 210	1 185	2,9	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	217	3 002	2 882	●	2 519	3 056	3,4	2 909	2 795	2,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	79	969	990	●	932	946	1,8	974	1 040	0,3	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	397	5 552	5 516	●	4 840	5 375	1,6	5 586	5 284	0,7	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	18	32	●	33	34	n.d.	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	37	117	●	212	102	n.d.	131	67	n.d.	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	181	2 851	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	9,9	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	63	995	927	●	1 020	924	1,4	948	866	n.d.	n.d. !
41	Patients traités par psychotropes	440	6 566	7 186	●	7 149	7 796	0,5	7 201	7 142	-2,4	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	258	3 896	3 548	●	3 916	4 292	0,4	3 537	3 588	1,2	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	204	3 034	4 002	●	3 902	4 072	0,5	3 998	4 018	-2,3	↘ !

**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	2,6	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	-0,6	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,5	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-1,0	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	33,1	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	2,7	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	11,0	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	-5,3	⬇️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	65,5	141,3	●	146,5	123,6		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	3	7,9	●	1,2	1,3	33,3	1,0	4,3	1,5	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	31,4	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	2,9	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	18,3	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	-9,1	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	16,3	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	1,3	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	18,3	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	0,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	1	8,4	●	2,2	2,1	0,0	1,5	6,1	1,5	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	8,9	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	1,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	8	7,2	●	0,9	1,2	12,5	0,7	3,6	1,8	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	1	8,4	●	1,3	1,6	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	17,3 min	19,0 min	9,4 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	0	17,3	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	0,8	↗
60	Services de chirurgie	0	18,6	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	0,7	↗
61	Services d'obstétrique	0	19,0	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	0,6	↗
62	Services de soins de suite	0	23,6	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	0,5	↗
63	Services d'urgence	0	19,0	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	0,6	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,4	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	1,2	↗
65	EHPAD	1	8,8	4,0	●	3,0	3,8		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 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	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	2 842	46 836	43 256	●	40 236	43 859	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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	8	0,9	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	51,7	↗	
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)	89	15,4	16,4	●	15,9	14,6	16,4	16,3	-0,4	↘	
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)	49	7,7	12,9	●	12,4	12,7	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)	231	36,4	41,5	●	46,6	42,7	43,0	35,8	0,1	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	28	1,9	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	8,3	↗	
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)	88	45,2	58,4	●	62,2	56,9	58,4	58,6	-7,0	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	561	49,3	46,8	●	47,3	44,8	1,1	46,8	46,9	-6,4	↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	144	2,4	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-3,2	⬇️
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	142	2,9	8,9	●	9,3	9,5		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> )	220	39,3	42,8	●	42,7	44,8	0,6	43,5	40,5	-1,3	⬇️
<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> )	77	6,8	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	52	1,6	3,0	●	3,1	2,8		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> )	134	14,9	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	4,0	⬆️
<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	●		3,3		9,3	6,8	-100,0	⬇️ !

**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)

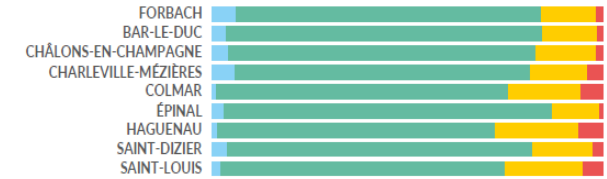
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	29	1,2	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-5,4	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	12	0,5	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-10,1	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	993	40,5	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-2,7	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	442	18,0	17,5	●	13,9	18,0		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	2,1		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	10	4,0	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,7	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	596	3,1	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	106		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	435	15,4	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-2,0	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		40,7	91,6	●	98,3	88,0				0,4	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	2 837	84,0	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,3		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,8		●							
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> )		28,0	4,5	●	3,1	2,8		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> )	28	100,0	44,3			58,8		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			57,2		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	1,7	20,3			23,8		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	11,0	45,0			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	22	87,3	34,7			55,9		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.

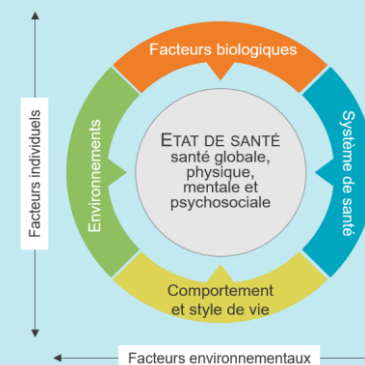
## Autres informations

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. »

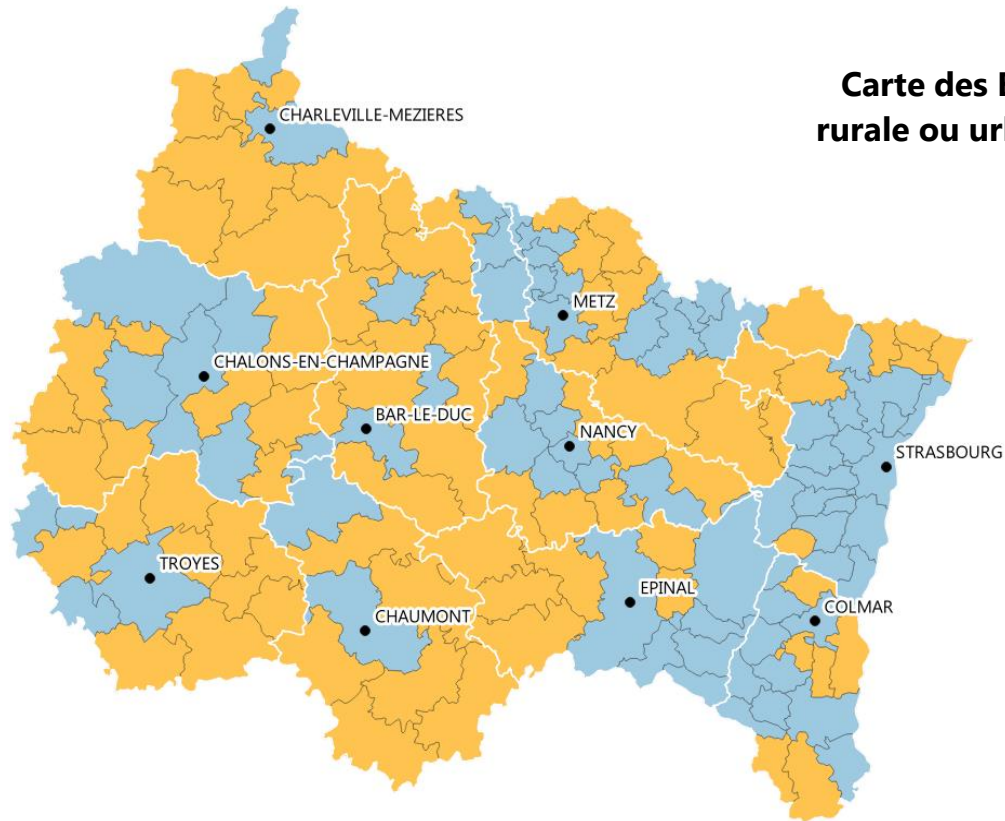
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**28 992**  
habitants

**16**  
communes

EPCI à dominante  
urbaine

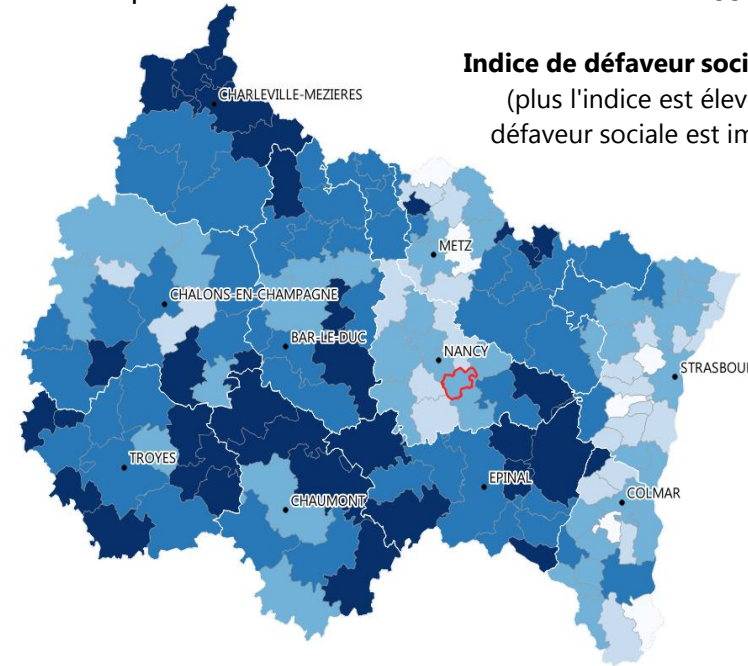
## Portrait de santé

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.

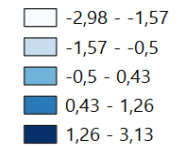
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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> )	28 992	210,7	96,7		119,7	139,9	0,95	192,8	36,2	-0,4 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-528	-0,36	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-608	-0,41	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		89,1	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	3,0 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	4 449	15,3	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,4 ↗

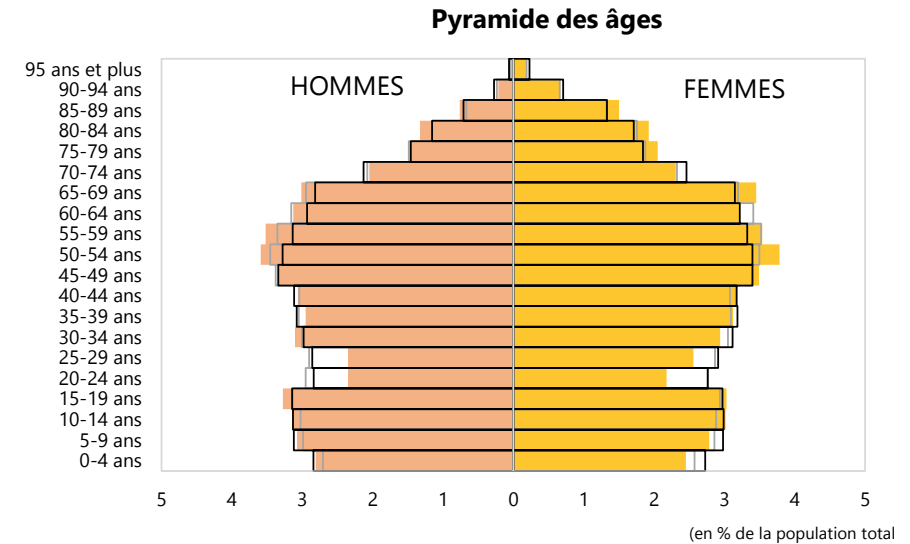
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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	●		0,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 543	11,6	13,3	●	12,8	13,5	1,1	14,0	10,8	-0,1	➔
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 700	25,3	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	0,7	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,8	3,7	●	2,5	3,2	0,7	3,3	5,8	-0,3	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 350		21 800	●	21 930	21 790				1,5	↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 272	10,3	14,7	●	14,5	15,0				-0,8	↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,7	5,8	●	5,8	6,0				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> )	5 834	26,8	27,8	●	27,0	26,3	0,7	27,4	29,4	-2,7	↘
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> )	5 085	23,4	26,3	●	31,0	28,4	0,9	27,7	21,5	1,3	↗

**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>	78,7	85,9
<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	299	814,2	784,7	●	725,2	770,6	1,6	773,8	818,4	-2,2
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	53	198,2	181,6	●	175,7	180,8	2,3	182,2	180,3	-3,0
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	96	315,5	294,9	●	277,8	294,2	2,4	294,8	295,6	-3,1
<b>18</b> Décès par cancers	84	237,4	224,3	●	212,4	226,9	2,2	224,4	223,8	-2,1
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	63	165,9	187,5	●	170,0	171,7	1,5	181,7	205,6	-4,4
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	9	23,9	34,7	●	25,0	32,6	2,2	34,6	35,0	-7,9
<b>21</b> Décès par suicide	6	20,6	13,4	●	13,2	14,4	n.d.	12,9	15,4	7,8
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	8	22,9	25,8	●	24,8	27,1	2,1	26,0	25,2	-2,9
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	46	126,5	129,3	●	109,3	125,4	2,8	129,4	129,0	-3,6
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	43	140,8	124,4	●	116,2	128,2	3,1	124,2	125,7	-1,3
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	17	54,1	58,0	●	53,2	55,6	1,5	57,8	58,7	-5,4

**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

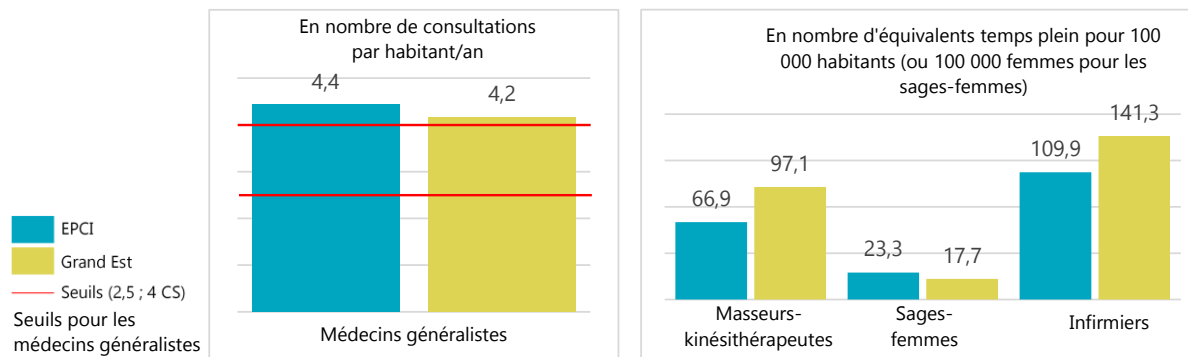
	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 560	4 223	●	4 161	3 989	1,1	4 221	4 236	0,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	112	211	●	193	258	1,9	213	201	3,6	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	226	492	●	458	459	1,3	489	503	0,2	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	343	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	1,5	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	252	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-1,6	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 628	6 736	●	6 142	6 660	1,9	6 723	6 783	0,9	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	391	1 204	●	1 130	1 035	1,2	1 210	1 185	0,4	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 195	2 882	●	2 519	3 056	3,3	2 909	2 795	2,9	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	357	990	●	932	946	1,4	974	1 040	-1,2	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 126	5 516	●	4 840	5 375	1,4	5 586	5 284	0,3	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	●	33	34	0,8	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	20	117	●	212	102	n.d.	131	67	-0,1	↘ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 180	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	5,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	281	927	●	1 020	924	1,3	948	866	16,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	2 913	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-2,0	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 740	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	-0,8	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 348	4 002	●	3 902	4 072	0,6	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		4,4	4,2	●	3,9	4,4	4,4	3,3	0,2	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		4,3	3,7	●	3,1	4,0	4,0	3,0	0,6	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		66,9	97,1	●	104,0	93,1	105,3	70,9	4,5	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		23,3	17,7	●	17,3	17,3	19,0	13,0	2,0	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		109,9	141,3	●	146,5	123,6	149,9	114,4	1,5	↗ !

## 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	35	0,5	1,8	●	1,2	1,3	40,0	1,0	4,3	0,6	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	5					20,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	14,5	14,5	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	16,5	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	13,7	12,6	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	0,4	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	16,7	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	23,2	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	15,3	10,8	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	0,5	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	15	2,4	2,6	●	2,2	2,1	40,0	1,5	6,1	16,3	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	2,7	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	1,1	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	43	0,6	1,4	●	0,9	1,2	28,9	0,7	3,6	-2,0	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	24	1,7	1,8	●	1,3	1,6	16,7	1,0	4,5	-7,2	↘ !

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	16,7 min	18,9 min	7,1 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	16,7	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	0,1 ↗
60 Services de chirurgie	0	16,7	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	0,1 ↗
61 Services d'obstétrique	0	18,9	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	0,1 ↗
62 Services de soins de suite	1	6,8	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	0,8 ↗
63 Services d'urgence	0	18,9	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	2,7 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	7,1	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	0,8 ↗
65 EHPAD	3	2,0	4,0	●	3,0	3,8		2,9	7,4	1,6 ↗

**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 **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	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	13 669	45 990	43 256	●	40 236	43 859	0,8	43 674	41 912	0,0 →

**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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	72	1,8	2,4	●	2,3	2,4	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)	507	16,1	16,4	●	15,9	14,6	16,4	16,3	-2,2	↘	
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)	346	11,2	12,9	●	12,4	12,7	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)	1 112	36,0	41,5	●	46,6	42,7	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)	102	1,5	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	4,2	↗	
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)	597	70,3	58,4	●	62,2	56,9	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)	2 674	50,4	46,8	●	47,3	44,8	1,5	46,8	46,9	-1,7	↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	1 277	4,4	5,2	●	5,3	5,8		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> )	1 576	6,5	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	-1,0	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 161	42,8	42,8	●	42,7	44,8	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> )	349	6,1	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	638	4,0	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	-0,6	↘
<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> )	885	21,5	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	1,8	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	287	17,9	17,9	●		3,3		9,3	6,8	22,8	↗ !

**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)

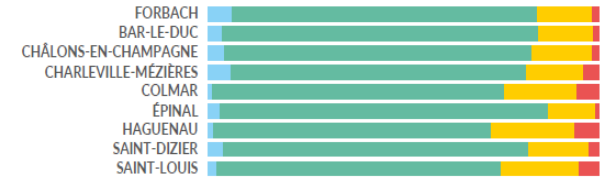
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)



#### 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)	186	1,5	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-9,2	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	34	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-4,9	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 373	27,1	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,2	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 318	18,6	17,5	●	13,9	18,0		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	2,1		3,9	0,7	-100,0	⬇️ !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	18	13,1	9,5	●	n.d.	9,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,7	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		8,0	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-0,2	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	935	11,8	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	113		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	2 376	16,7	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-0,1	➔
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		63,3	91,6	●	98,3	88,0				1,2	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	12 359	76,8	76,9	●	71,2	70,6		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		0,6		●							
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> )		1,0	4,5	●	3,1	2,8		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			58,8		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> )	16	100,0	49,2			57,2		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			23,8		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			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	16	100,0	34,7			55,9		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.

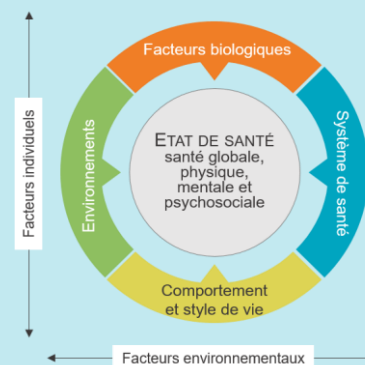
## Autres informations

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)

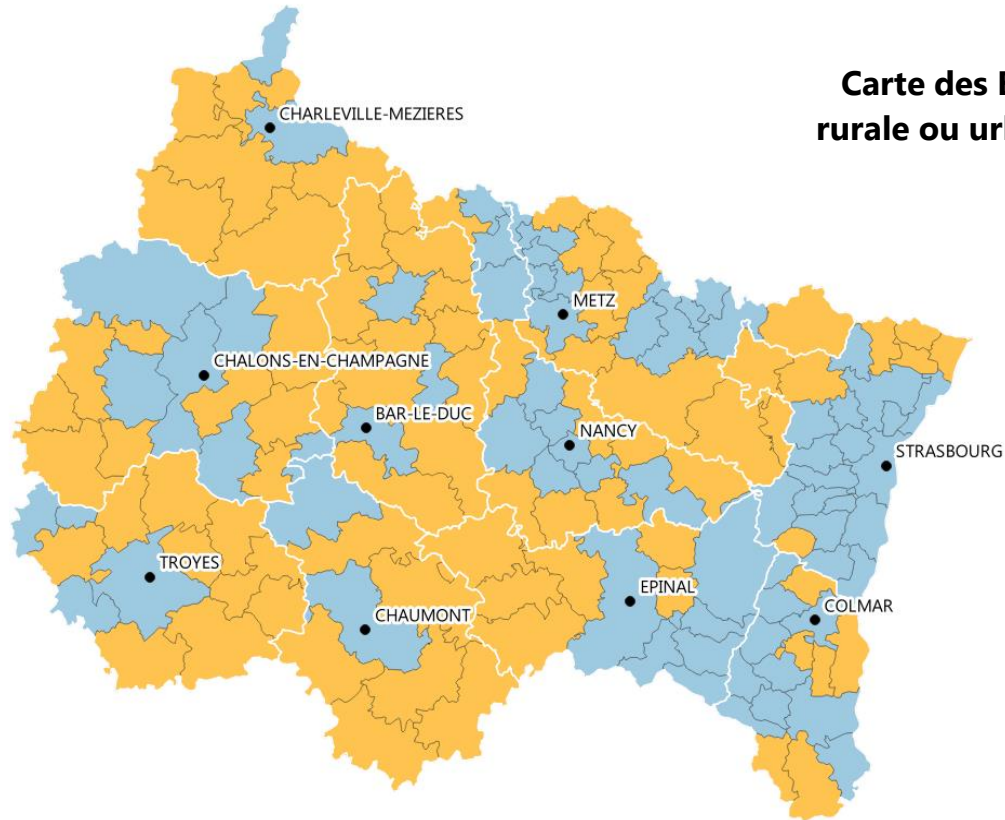


L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, 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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**18 750**  
habitants

**42**  
communes

EPCI à dominante  
rurale

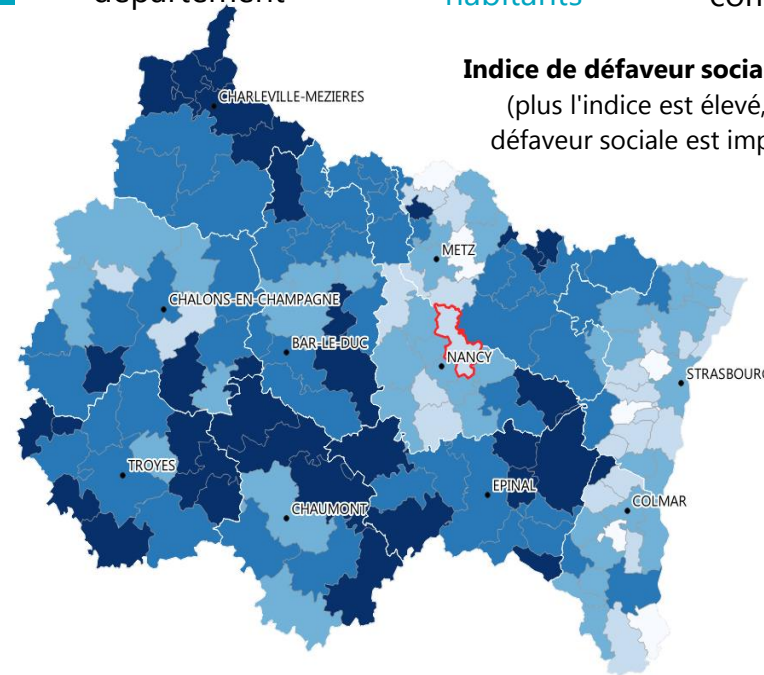
## Portrait de santé

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.

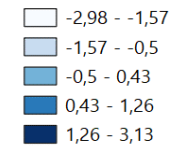
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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> )	18 750	54,3	96,7		119,7	139,9	0,98	192,8	36,2	0,4	↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	383	0,41	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3		
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	19	0,02	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2		
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		67,3	86,3	●	83,8	81,5		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)	17 645	94,1	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	-0,1	↘

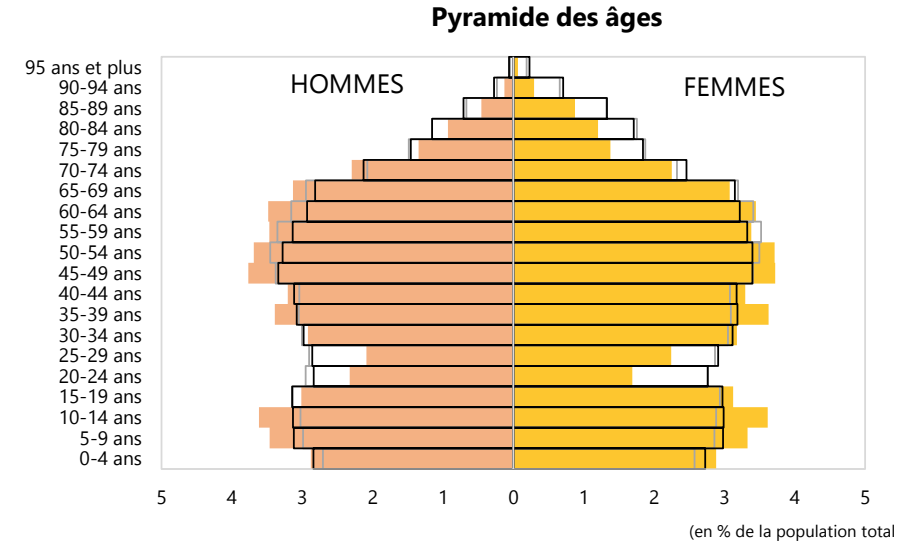
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )		-1,4	0,4	●		0,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	684	7,4	13,3	●	12,8	13,5	1,0	14,0	10,8	-1,5	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 833	24,5	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	-0,3	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,0	3,7	●	2,5	3,2	0,5	3,3	5,8	1,4	↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	24 370		21 800	●	21 930	21 790				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	434	5,9	14,7	●	14,5	15,0				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,5	5,8	●	5,8	6,0				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> )	2 654	19,5	27,8	●	27,0	26,3	0,8	27,4	29,4	-3,6	↘
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> )	4 261	31,3	26,3	●	31,0	28,4	0,9	27,7	21,5	2,1	↗

**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>	81,5	87,2	
<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	112	705,0	784,7	●	725,2	770,6	1,5	773,8	818,4	-1,9	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	24	138,9	181,6	●	175,7	180,8	1,6	182,2	180,3	-2,0	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	44	231,9	294,9	●	277,8	294,2	1,6	294,8	295,6	-3,5	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	38	220,6	224,3	●	212,4	226,9	1,3	224,4	223,8	-2,6	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	27	180,6	187,5	●	170,0	171,7	1,3	181,7	205,6	-2,4	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	5	32,3	34,7	●	25,0	32,6	n.d.	34,6	35,0	4,4	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	14,4	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	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	4	22,7	25,8	●	24,8	27,1	n.d.	26,0	25,2	5,9	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	19	111,6	129,3	●	109,3	125,4	3,2	129,4	129,0	0,1	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	19	100,6	124,4	●	116,2	128,2	2,2	124,2	125,7	-4,1	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	10	51,2	58,0	●	53,2	55,6	0,8	57,8	58,7	-2,3	➔

**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

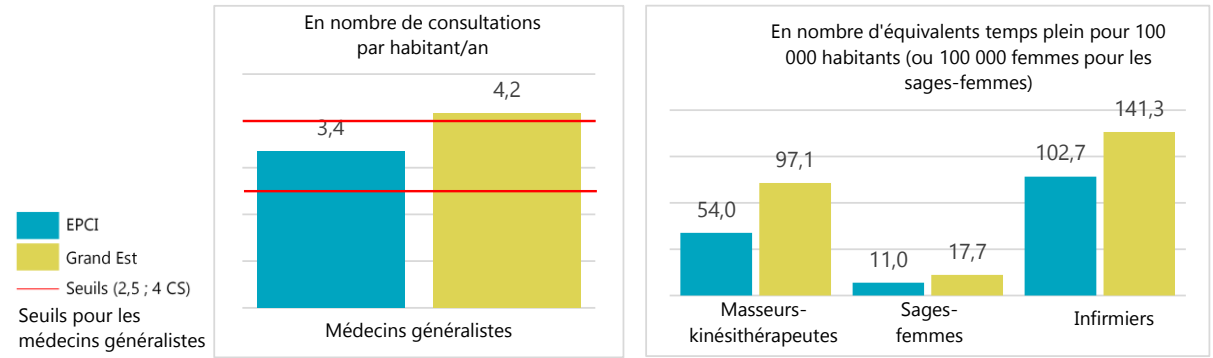
## Morbidité

	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	898	4 293	4 223	●	4 161	3 989	1,0	4 221	4 236	2,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	51	237	211	●	193	258	n.d.	213	201	6,5	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	85	400	492	●	458	459	2,0	489	503	1,5	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	193	1 786	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	1,4	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	158	1 616	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	0,4	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 496	7 124	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	0,9	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	215	1 067	1 204	●	1 130	1 035	1,1	1 210	1 185	1,8	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	749	3 523	2 882	●	2 519	3 056	3,1	2 909	2 795	1,2	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	227	1 087	990	●	932	946	1,5	974	1 040	2,2	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 124	5 241	5 516	●	4 840	5 375	1,6	5 586	5 284	0,7	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	12	32	●	33	34	1,4	36	17	-18,8	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	15	n.d.	117		212	102	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	429	2 148	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	2,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	152	756	927	●	1 020	924	1,4	948	866	15,3	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 524	7 428	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-2,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	827	4 073	3 548	●	3 916	4 292	0,4	3 537	3 588	0,6	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	769	3 730	4 002	●	3 902	4 072	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](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	4,4	4,4	3,3	0,5	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,0	3,7	●	3,1	4,0	4,0	3,0	-0,6	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		54,0	97,1	●	104,0	93,1	105,3	70,9	3,1	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		11,0	17,7	●	17,3	17,3	19,0	13,0	-3,4	↘ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		102,7	141,3	●	146,5	123,6	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	14	4,1	1,8	●	1,2	1,3	60,0	1,0	4,3	3,6	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	22,7	14,5	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	0,9	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	17,7	12,6	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	0,7	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	13,8	11,6	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	0,7	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	18,3	10,8	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	0,8	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	10	6,4	2,6	●	2,2	2,1	20,0	1,5	6,1	1,6	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	11,2	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	-0,1	→ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	26	3,3	1,4	●	0,9	1,2	21,4	0,7	3,6	-1,5	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	9	4,2	1,8	●	1,3	1,6	22,2	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	25,4 min	14,4 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	0	17,5	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	0,6	↗
60	Services de chirurgie	0	20,3	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	0,6	↗
61	Services d'obstétrique	0	25,4	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	-2,3	↘
62	Services de soins de suite	0	14,8	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	0,5	↗
63	Services d'urgence	0	25,4	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	0,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	14,4	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	0,9	↗
65	EHPAD	0	11,9	4,0	●	3,0	3,8		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'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	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	9 578	47 883	43 256	●	40 236	43 859	0,8	43 674	41 912	0,0 →

**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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	44	1,5	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	6,4	↗	
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)	222	11,7	16,4	●	15,9	14,6	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)	137	7,2	12,9	●	12,4	12,7	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)	824	43,5	41,5	●	46,6	42,7	43,0	35,8	-0,1	↘	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	66	1,4	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	5,7	↗	
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)	403	65,3	58,4	●	62,2	56,9	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)	2 011	53,2	46,8	●	47,3	44,8	1,3	46,8	46,9	-0,4	↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	284	1,5	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-5,2	⬇
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	342	2,2	8,9	●	9,3	9,5		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> )	441	35,4	42,8	●	42,7	44,8	0,3	43,5	40,5	-2,9	⬇
<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> )	166	5,1	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	125	1,2	3,0	●	3,1	2,8		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> )	437	14,4	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	3,3	⬆
<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	●		3,3		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)

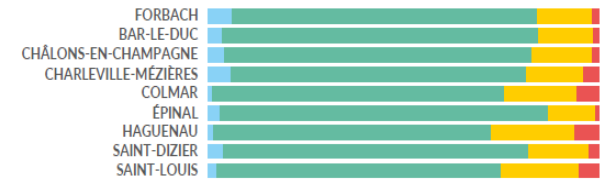
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	60	0,8	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-13,4	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	38	0,5	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-4,7	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 034	26,9	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-2,3	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	996	13,2	17,5	●	13,9	18,0		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	2,1		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	10	2,9	9,5	●	n.d.	9,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	2	0,6	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,7	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,7	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	3 452	15,0	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	224		19 047	●	171 485	3 003		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	3	7,1	2,1	●	2,4	2,9		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> )	1 715	18,4	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	2,1	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		31,5	91,6	●	98,3	88,0				-0,5	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	6 581	65,9	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,4		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,1		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		3,3	4,5	●	3,1	2,8		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			58,8		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			57,2		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			23,8		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> )	21	59,0	45,0			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	21	41,0	34,7			55,9		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.

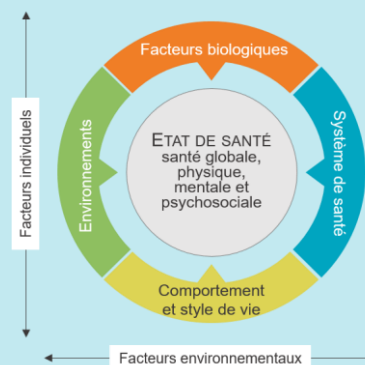
## Autres informations

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. »

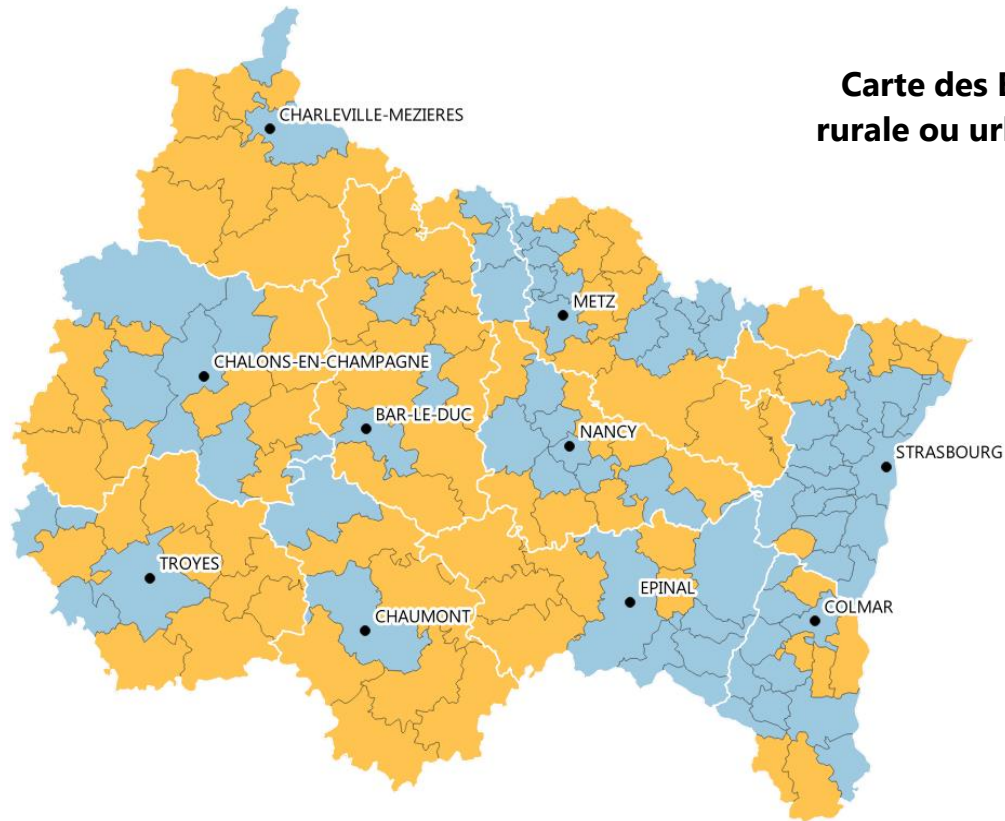
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**15 378**  
habitants

**27**  
communes

EPCI à dominante  
rurale

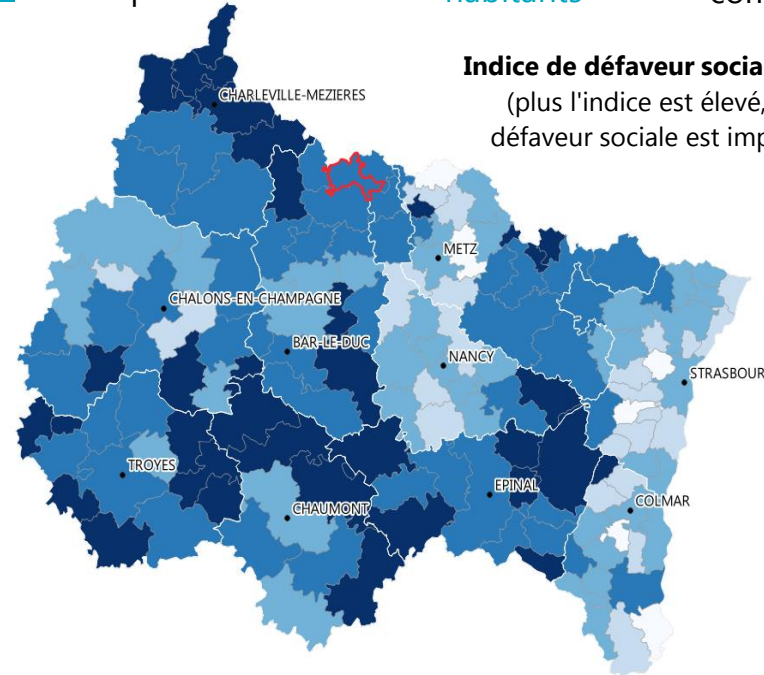
## Portrait de santé

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.

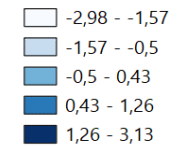
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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> )	15 378	63,4	96,7		119,7	139,9	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> )	-209	-0,27	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-112	-0,14	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		84,8	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	2,2 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	10 160	66,1	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,2 ↗

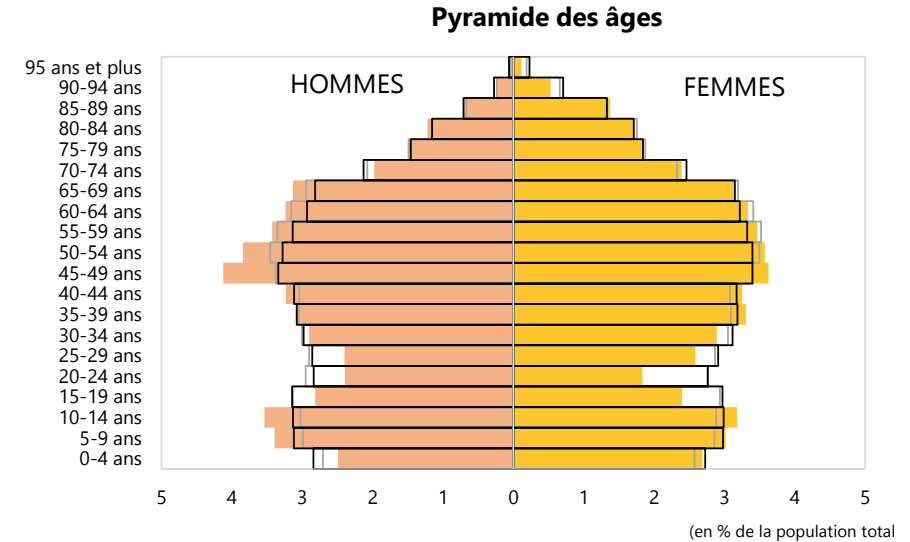
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )		0,5	0,4	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	793	11,1	13,3	●	12,8	13,5	0,8	14,0	10,8	-2,2 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 819	30,5	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	0,1 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		10,6	3,7	●	2,5	3,2	0,8	3,3	5,8	0,8 ↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 440		21 800	●	21 930	21 790				1,7 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	991	15,6	14,7	●	14,5	15,0				3,7 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,7	5,8	●	5,8	6,0				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> )	3 432	29,4	27,8	●	27,0	26,3	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> )	2 273	19,5	26,3	●	31,0	28,4	0,9	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>	76,9	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	163	915,9	784,7	●	725,2	770,6	1,5	773,8	818,4	0,6	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	29	198,6	181,6	●	175,7	180,8	1,6	182,2	180,3	-1,4	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	51	321,5	294,9	●	277,8	294,2	1,6	294,8	295,6	-0,9	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	46	258,2	224,3	●	212,4	226,9	1,7	224,4	223,8	2,0	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	39	211,5	187,5	●	170,0	171,7	1,2	181,7	205,6	-1,8	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	10	57,0	34,7	●	25,0	32,6	3,0	34,6	35,0	2,0	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	4	25,4	13,4	●	13,2	14,4	n.d.	12,9	15,4	0,4	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	28,3	25,8	●	24,8	27,1	n.d.	26,0	25,2	-3,2	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	32	173,3	129,3	●	109,3	125,4	2,5	129,4	129,0	1,0	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	21	132,4	124,4	●	116,2	128,2	2,3	124,2	125,7	-2,2	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	9	54,2	58,0	●	53,2	55,6	1,1	57,8	58,7	-2,2	➔

**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.

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

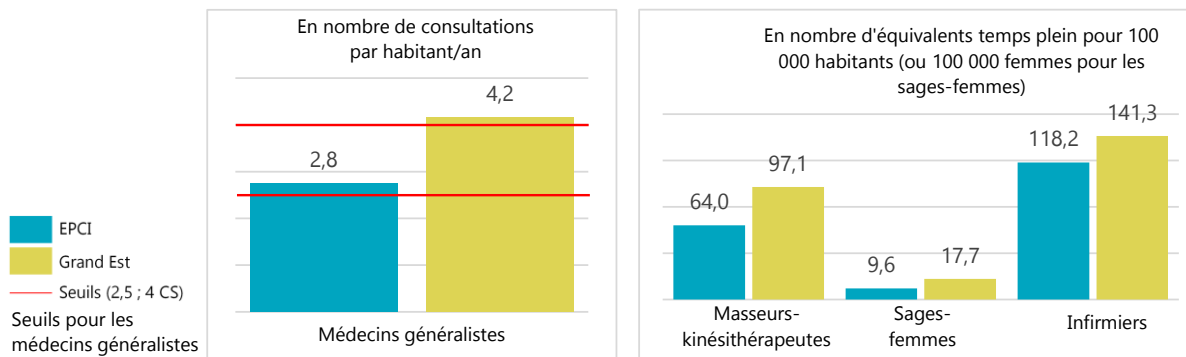
## Morbidité

	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	613	3 305	4 223	●	4 161	3 989	1,0	4 221	4 236	0,2	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	47	252	211	●	193	258	n.d.	213	201	13,0	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	83	443	492	●	458	459	1,5	489	503	2,5	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	147	1 524	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	0,4	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	103	1 177	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-4,0	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 200	6 261	6 736	●	6 142	6 660	1,7	6 723	6 783	-0,2	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	172	860	1 204	●	1 130	1 035	1,4	1 210	1 185	3,0	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	577	3 073	2 882	●	2 519	3 056	2,4	2 909	2 795	0,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	194	953	990	●	932	946	1,5	974	1 040	-3,8	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	948	5 055	5 516	●	4 840	5 375	1,2	5 586	5 284	-0,7	↘ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	32	●	33	34	5,2	36	17	15,8	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	14	117	●	212	102	1,2	131	67	2,1	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	273	1 668	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	5,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	99	610	927	●	1 020	924	1,4	948	866	18,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 211	6 658	7 186	●	7 149	7 796	0,5	7 201	7 142	-3,6	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	579	3 241	3 548	●	3 916	4 292	0,4	3 537	3 588	-0,4	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	697	3 799	4 002	●	3 902	4 072	0,6	3 998	4 018	-4,0	↘ !

**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 (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	4,4		4,4	3,3	-1,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,6	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-1,2	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	64,0	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	1,7	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	9,6	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	3,7	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	118,2	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	5,1	⬆️ !

## 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	9	4,4	●	1,2	1,3	55,6	1,0	4,3	0,6	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	33,2	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	-6,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	21,1	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	0,2	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	21,2	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	0,2	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	22,2	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	1,2	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	4,6	●	2,2	2,1	50,0	1,5	6,1	1,0	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	8,9	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	3,9	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	22	5,0	●	0,9	1,2	18,2	0,7	3,6	2,5	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	11	5,2	●	1,3	1,6	27,3	1,0	4,5	0,6	⬆️ !

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	23,7 min	23,7 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	23,7	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	-0,3	↘
60	Services de chirurgie	0	23,7	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	-0,4	↘
61	Services d'obstétrique	0	23,7	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	-0,4	↘
62	Services de soins de suite	0	23,7	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	-0,3	↘
63	Services d'urgence	0	23,7	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	-0,4	↘
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	17,9	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	1,2	↗
65	EHPAD	2	7,5	4,0	●	3,0	3,8		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 ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	5 940	38 133	43 256	●	40 236	43 859	0,8	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>			
<b>Département</b>	-144 474	-82,9	18,7
<b>Grand Est</b>	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	-53 319	-30,6	19,3
<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)	37	1,7	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	4,2	↗
<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)	253	17,4	16,4	●	15,9	14,6		16,4	16,3	-1,4	↘
<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)	229	14,1	12,9	●	12,4	12,7		13,4	11,2	-2,1	↘
<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)	524	32,1	41,5	●	46,6	42,7		43,0	35,8	1,6	↗
<b>76</b> Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	19	0,5	1,7	●	2,3	1,5		1,8	1,7	-0,8	↘
<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)	159	33,3	58,4	●	62,2	56,9		58,4	58,6	-6,3	↘ !
<b>78</b> Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 059	37,5	46,8	●	47,3	44,8	1,5	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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	527	3,4	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-2,4	⬇️
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	640	5,0	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	-3,4	⬇️ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	584	43,7	42,8	●	42,7	44,8	0,3	43,5	40,5	-1,4	⬇️
<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> )	206	6,9	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	139	1,6	3,0	●	3,1	2,8		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> )	476	20,9	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	-0,6	⬇️
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		3,3		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)

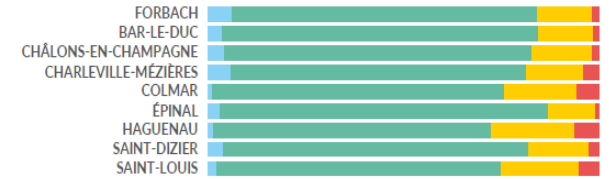
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	87	1,3	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-11,4	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	24	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-10,9	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 224	33,3	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-2,2	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 535	23,0	17,5	●	13,9	18,0		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	2,1		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	17	7,0	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,6	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-2,2	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	905	5,4	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	99		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	843	11,0	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-1,4	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		28,3	91,6	●	98,3	88,0				-3,2	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	5 241	55,6	76,9	●	71,2	70,6		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		1,4		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,6		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		14,5	4,5	●	3,1	2,8		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			58,8		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			57,2		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> )	27	100,0	20,3			23,8		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			20,4		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			55,9		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.

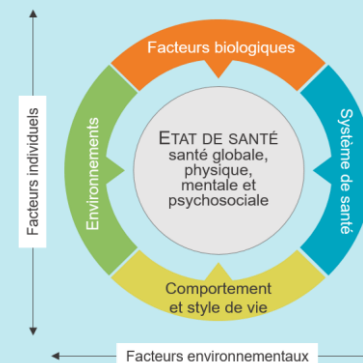
## Autres informations

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. »

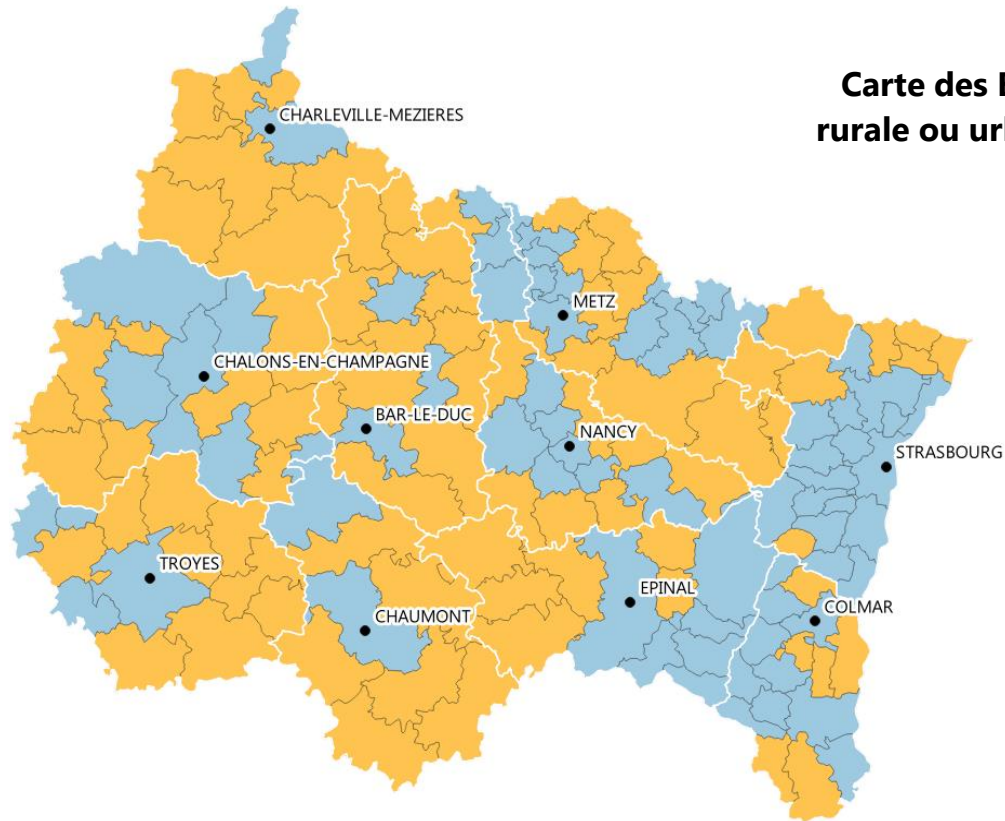
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**44 441**  
habitants

**41**  
communes

EPCI à dominante  
urbaine

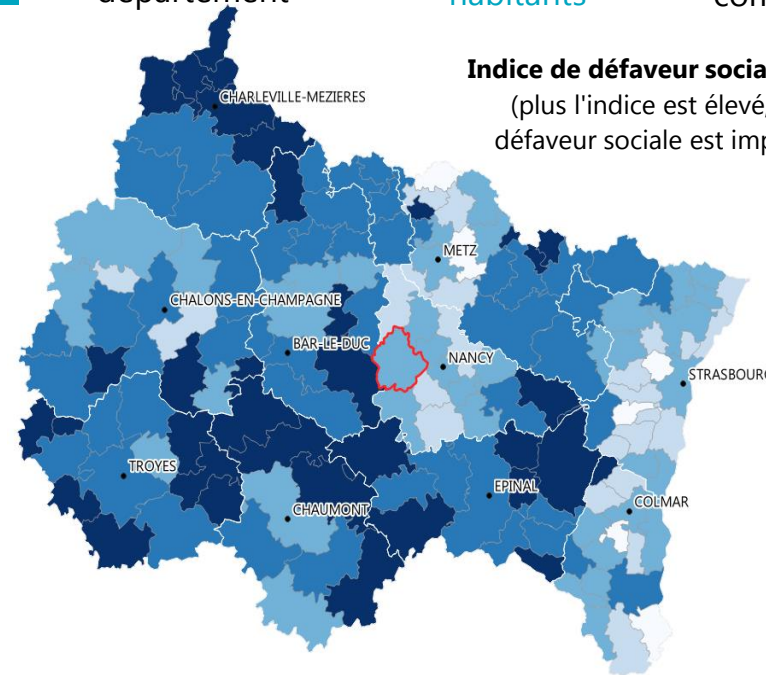
## Portrait de santé

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.

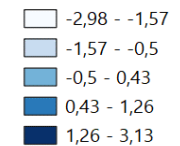
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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**

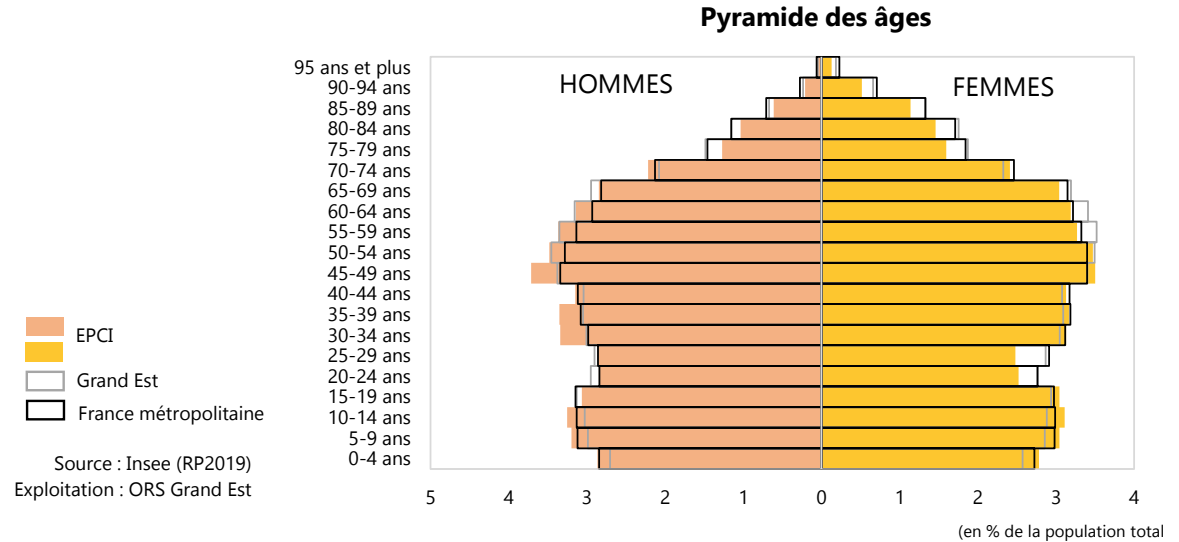
## Démographie

	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> )	44 441	95,0	96,7		119,7	139,9	0,99	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> )	-556	-0,25	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-1 532	-0,69	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		76,0	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	4,7 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	16 359	36,8	28,1		21,3	23,1		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



### 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> )		0,0	0,4	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	2 380	11,5	13,3	●	12,8	13,5	0,9	14,0	10,8	-1,2 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	4 609	27,7	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	-1,2 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,3	3,7	●	2,5	3,2	0,8	3,3	5,8	-2,3 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 940		21 800	●	21 930	21 790				n.d. n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	2 244	12,3	14,7	●	14,5	15,0				n.d. n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		6,1	5,8	●	5,8	6,0				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> )	8 558	25,9	27,8	●	27,0	26,3	0,8	27,4	29,4	-2,2 ↘
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> )	8 371	25,4	26,3	●	31,0	28,4	0,9	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 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>	80,1	84,2	
<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	355	778,9	784,7	●	725,2	770,6	1,6	773,8	818,4	-0,9	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	68	171,7	181,6	●	175,7	180,8	2,3	182,2	180,3	-2,4	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	125	286,5	294,9	●	277,8	294,2	2,4	294,8	295,6	-1,1	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	107	235,4	224,3	●	212,4	226,9	2,1	224,4	223,8	-0,8	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	75	166,3	187,5	●	170,0	171,7	1,4	181,7	205,6	-3,3	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	16	35,8	34,7	●	25,0	32,6	3,8	34,6	35,0	-1,8	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	7	15,2	13,4	●	13,2	14,4	n.d.	12,9	15,4	-1,1	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	15	32,8	25,8	●	24,8	27,1	3,6	26,0	25,2	-1,7	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	56	123,3	129,3	●	109,3	125,4	4,0	129,4	129,0	-3,3	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	55	126,7	124,4	●	116,2	128,2	2,8	124,2	125,7	-2,1	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	22	51,2	58,0	●	53,2	55,6	1,8	57,8	58,7	-2,5	➔

**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
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
Grand Est	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
France métrop.	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

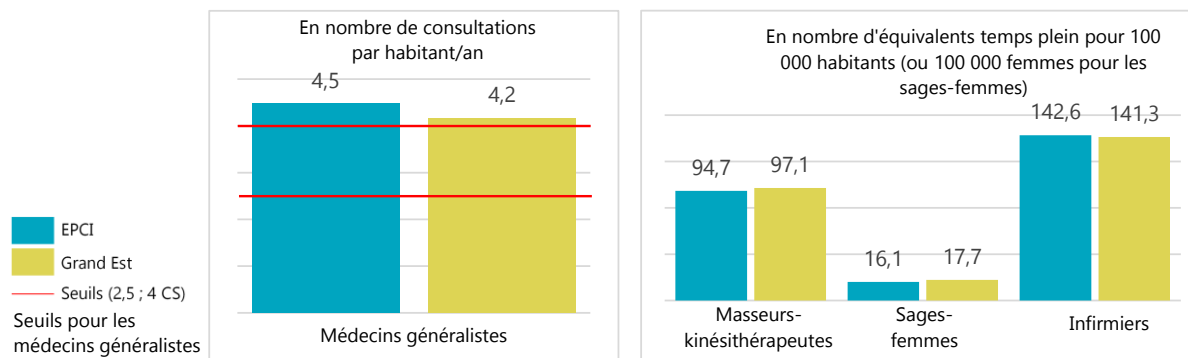
Morbidité

	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	2 173	4 454	4 223	●	4 161	3 989	1,1	4 221	4 236	2,9	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	134	268	211	●	193	258	2,2	213	201	4,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	257	516	492	●	458	459	1,5	489	503	3,7	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	467	1 850	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	2,8	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	339	1 542	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	1,1	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 530	7 095	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	2,5	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	532	1 057	1 204	●	1 130	1 035	1,3	1 210	1 185	0,9	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 596	3 200	2 882	●	2 519	3 056	2,9	2 909	2 795	3,5	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	449	871	990	●	932	946	1,5	974	1 040	3,8	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 837	5 739	5 516	●	4 840	5 375	1,5	5 586	5 284	2,6	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	12	32	●	33	34	2,0	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	37	84	117	●	212	102	n.d.	131	67	1,2	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 418	3 134	3 451	●	3 821	3 205	1,2	3 602	2 954	6,9	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	421	919	927	●	1 020	924	1,6	948	866	16,8	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	3 919	8 314	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-0,4	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 050	4 410	3 548	●	3 916	4 292	0,4	3 537	3 588	2,6	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 989	4 204	4 002	●	3 902	4 072	0,5	3 998	4 018	-0,9	↘ !

**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 (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	4,5	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	-0,4	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,4	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-0,5	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	94,7	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	4,6	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	16,1	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	1,3	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	142,6	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	4,4	⬆️ !

## 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	33	2,2	●	1,2	1,3	36,4	1,0	4,3	8,3	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	18					50,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	21,5	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	0,8	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	8,4	●	12,5	9,4	100,0	8,3	27,0	1,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	3	8,2	●	10,5	10,2	0,0	8,0	23,7	2,7	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	2	8,4	●	8,6	10,1	50,0	8,1	19,5	1,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	28	4,1	●	2,2	2,1	25,0	1,5	6,1	0,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	8	8,1	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	5,2	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	64	1,8	●	0,9	1,2	15,2	0,7	3,6	-5,3	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	38	2,5	●	1,3	1,6	31,6	1,0	4,5	-1,5	⬆️ !

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	8,5 min	8,5 min	7,1 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	8,5	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	1,4	↗
60	Services de chirurgie	1	8,5	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	1,4	↗
61	Services d'obstétrique	1	8,5	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	1,3	↗
62	Services de soins de suite	1	8,5	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	1,3	↗
63	Services d'urgence	1	8,5	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	1,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	7,1	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	1,5	↗
65	EHPAD	3	5,9	4,0	●	3,0	3,8		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 **11**  
soit 1,8 % 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	49,9					
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	59,1					
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	36,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	32,9					
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	77,1					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	21 458	46 250	43 256	●	40 236	43 859	0,8	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>			
Département	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	134	2,2	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	9,3	↗	
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)	905	17,7	16,4	●	15,9	14,6	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)	782	15,2	12,9	●	12,4	12,7	13,4	11,2	-0,2	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 735	33,9	41,5	●	46,6	42,7	43,0	35,8	0,0	→	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	211	1,9	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	8,3	↗	
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)	889	60,9	58,4	●	62,2	56,9	58,4	58,6	1,0	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	4 264	51,3	46,8	●	47,3	44,8	1,7	46,8	46,9	-2,6	↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	2 216	5,0	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	0,6	↗
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	2 980	8,0	8,9	●	9,3	9,5		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> )	1 369	42,7	42,8	●	42,7	44,8	0,4	43,5	40,5	1,2	↗
<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> )	439	5,6	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	631	2,5	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	2,7	↗
<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> )	1 459	22,3	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	3,0	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	68	2,7	2,7	●		3,3		9,3	6,8	-7,4	↘ !

**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)

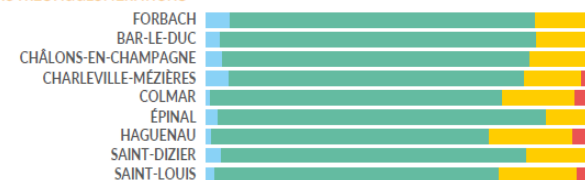
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	316	1,7	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-11,1	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	72	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	6,9	⬆️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	4 567	24,5	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,9	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 985	16,0	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	6	1,3	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	4,9	⬆️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	59	12,6	9,5	●	n.d.	9,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,2	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,1	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,7	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	5 815	30,5	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	207		19 047	●	171 485	3 003		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	4	9,8	2,1	●	2,4	2,9		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> )	4 408	19,5	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	1,7	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		87,8	91,6	●	98,3	88,0				-0,5	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	17 463	70,6	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,9		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,1		●							
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> )		2,2	4,5	●	3,1	2,8		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> )	41	100,0	44,3			58,8		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> )	4	5,6	49,2			57,2		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			23,8		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> )	1	5,2	45,0			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	40	94,8	34,7			55,9		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.

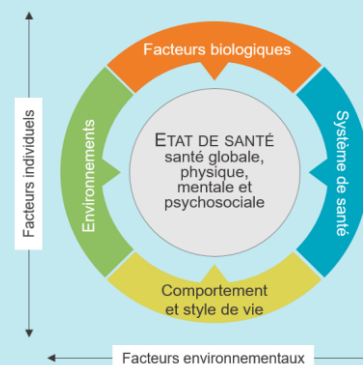
## Autres informations

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. »

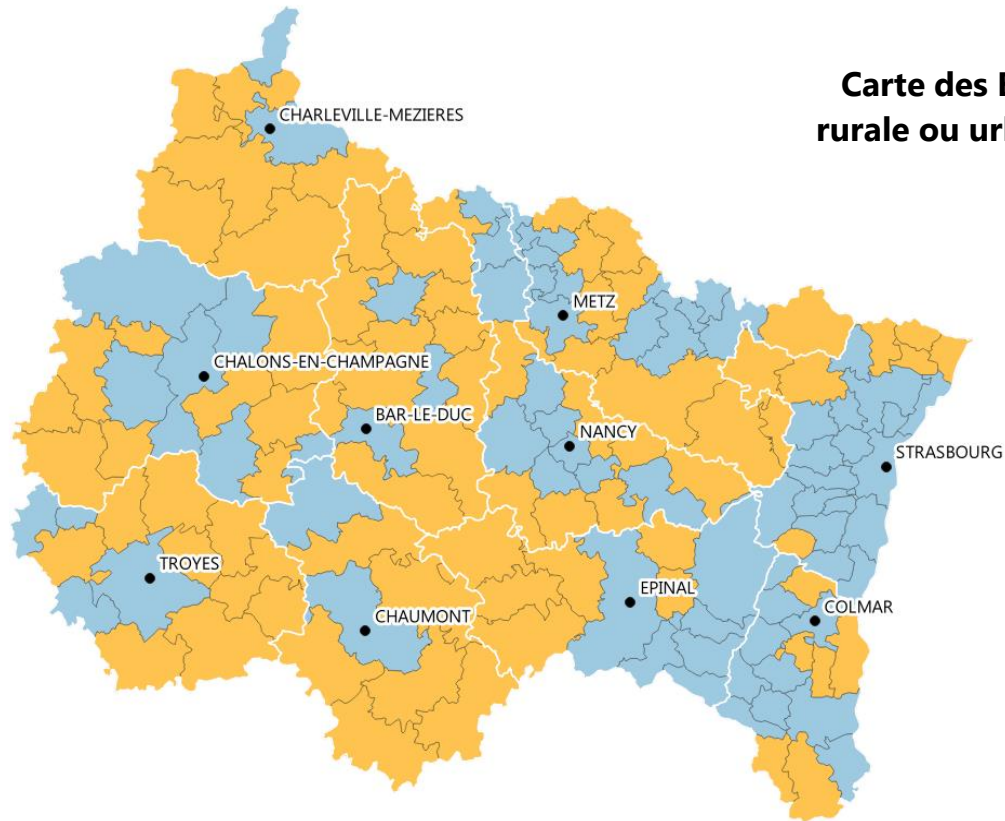
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)



Meurthe-et-Moselle  
département

**40 885**

habitants

**43**

communes

EPCI à dominante  
urbaine

## 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.

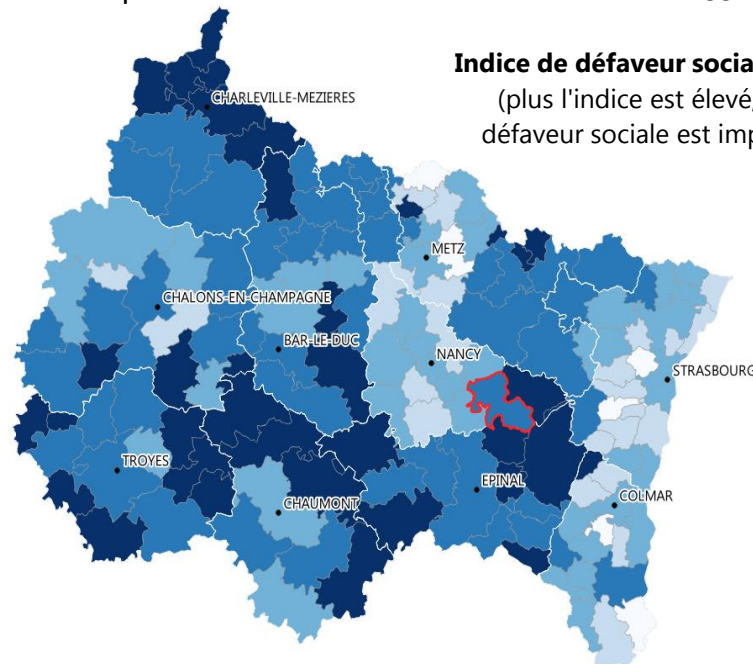
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les 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.

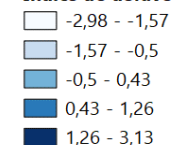
### Indice de défaveur sociale en 2019

(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

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

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> )	40 885	90,4	96,7		119,7	139,9	0,94	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> )	-1 712	-0,82	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-1 609	-0,77	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		95,0	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	3,5 
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	12 980	31,7	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,8 

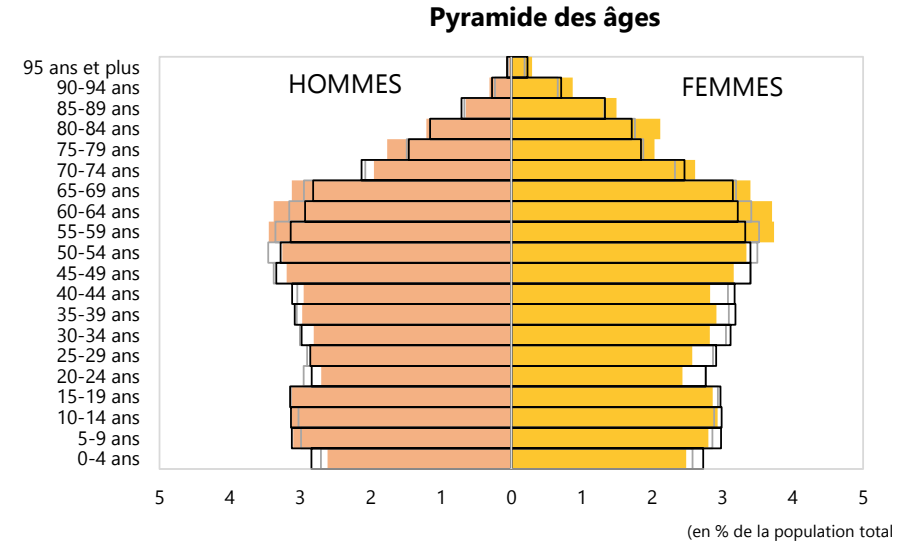
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )	1,1	0,4	●		0,2		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	2 748	15,1	●	12,8	13,5	1,0	14,0	10,8	-0,5	↘
8	Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	4 122	29,2	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	0,6	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,5	●	2,5	3,2	0,6	3,3	5,8	-0,5	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	20 360		●	21 930	21 790				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	2 862	15,6	●	14,5	15,0				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		7,9	●	5,8	6,0				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> )	9 795	31,5	●	27,0	26,3	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> )	6 109	19,6	●	31,0	28,4	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 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>	76,1	86,0
<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	440	813,0	784,7	●	725,2	770,6	1,8	773,8	818,4	-1,5	➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	81	210,8	181,6	●	175,7	180,8	2,2	182,2	180,3	-1,7	➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	146	332,4	294,9	●	277,8	294,2	2,2	294,8	295,6	-1,8	➔
<b>18</b> Décès par cancers	125	240,8	224,3	●	212,4	226,9	2,0	224,4	223,8	-1,7	➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	106	185,6	187,5	●	170,0	171,7	1,5	181,7	205,6	-3,2	➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	18	33,7	34,7	●	25,0	32,6	3,3	34,6	35,0	-2,9	➔
<b>21</b> Décès par suicide	6	15,0	13,4	●	13,2	14,4	2,5	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	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	16	32,0	25,8	●	24,8	27,1	4,7	26,0	25,2	2,4	➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	68	126,8	129,3	●	109,3	125,4	2,5	129,4	129,0	-3,7	➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	63	144,3	124,4	●	116,2	128,2	2,8	124,2	125,7	-2,0	➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	25	56,5	58,0	●	53,2	55,6	1,4	57,8	58,7	-5,3	➔

**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

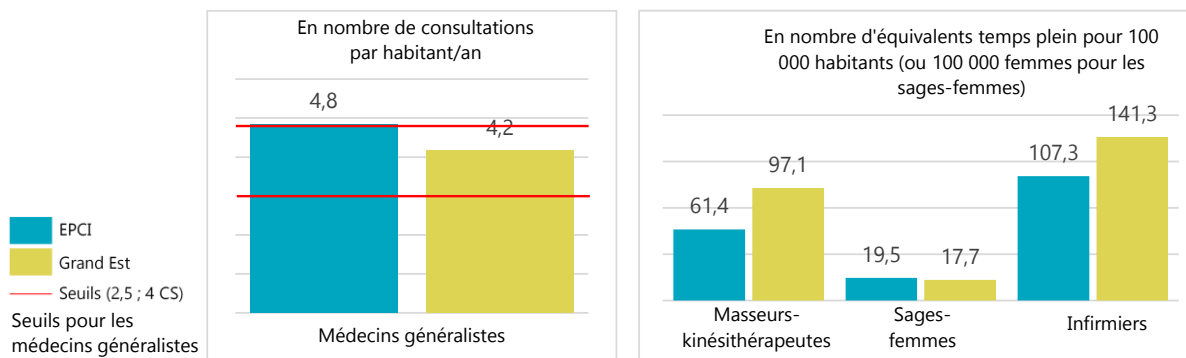
## Morbidité

	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	2 188	4 277	4 223	●	4 161	3 989	1,1	4 221	4 236	0,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	140	265	211	●	193	258	1,5	213	201	2,9	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	241	448	492	●	458	459	2,1	489	503	1,7	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	476	1 760	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	0,1	→ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	365	1 503	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-3,3	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 958	7 436	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	1,7	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	526	970	1 204	●	1 130	1 035	1,1	1 210	1 185	-2,3	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 815	3 445	2 882	●	2 519	3 056	2,9	2 909	2 795	3,9	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	601	1 026	990	●	932	946	1,6	974	1 040	0,9	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	3 053	5 976	5 516	●	4 840	5 375	1,4	5 586	5 284	1,3	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	15	32	●	33	34	0,4	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	33	76	117	●	212	102	3,0	131	67	-3,5	↘ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 534	3 501	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	6,1	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	528	1 247	927	●	1 020	924	1,6	948	866	21,6	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	4 176	8 976	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-1,4	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 174	4 798	3 548	●	3 916	4 292	0,4	3 537	3 588	0,0	→ !
43	Patients traités par anxiolytiques	2 354	5 079	4 002	●	3 902	4 072	0,6	3 998	4 018	-0,9	↘ !

**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 (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	4,4		4,4	3,3	-0,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,5	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-0,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	61,4	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	3,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	19,5	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	1,1	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	107,3	141,3	●	146,5	123,6		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	46	1,8	●	1,2	1,3	66,0	1,0	4,3	-0,4	⬇️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	55					49,1				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	25,3	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	2,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	9,2	●	12,5	9,4	100,0	8,3	27,0	-17,7	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	3	9,1	●	10,5	10,2	100,0	8,0	23,7	0,8	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	3	9,1	●	8,6	10,1	33,3	8,1	19,5	0,8	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	22	3,6	●	2,2	2,1	31,8	1,5	6,1	1,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	9	3,7	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	-4,8	⬇️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	66	1,5	●	0,9	1,2	25,7	0,7	3,6	-1,6	⬇️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	23	2,3	●	1,3	1,6	12,9	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	4,9 min	9,1 min	12,7 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	4,9	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	2,0	↗
60	Services de chirurgie	2	9,1	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	0,8	↗
61	Services d'obstétrique	1	9,1	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	0,8	↗
62	Services de soins de suite	1	16,2	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	0,5	↗
63	Services d'urgence	1	9,1	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	0,8	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	12,7	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	1,2	↗
65	EHPAD	2	4,4	4,0	●	3,0	3,8		2,9	7,4	1,8	↗

**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 **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 ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )			52,3		49,2	49,9				
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	59,1				
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	36,3				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	32,9				
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	77,1				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	17 828	41 858	43 256	●	40 236	43 859	0,8	43 674	41 912	-0,3 

**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>			
<b>Département</b>	-144 474	-82,9	18,7
<b>Grand Est</b>	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	-53 319	-30,6	19,3
<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)	105	1,9	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	5,7	↗
<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)	874	19,2	16,4	●	15,9	14,6		16,4	16,3	-2,5	↘
<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)	664	15,0	12,9	●	12,4	12,7		13,4	11,2	-3,2	↘
<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)	1 340	30,3	41,5	●	46,6	42,7		43,0	35,8	0,9	↗
<b>76</b> Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	186	2,0	1,7	●	2,3	1,5		1,8	1,7	9,6	↗
<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)	721	60,6	58,4	●	62,2	56,9		58,4	58,6	3,9	↗
<b>78</b> Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 517	47,9	46,8	●	47,3	44,8	1,3	46,8	46,9	-6,1	↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	3 215	7,9	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	0,7	↗
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	3 583	10,3	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	2,7	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	2 006	47,7	42,8	●	42,7	44,8	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> )	587	6,9	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	874	3,9	3,0	●	3,1	2,8		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> )	1 606	28,4	24,2	●	24,9	26,0		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> )	153	6,8	6,8	●		3,3		9,3	6,8	51,0	↗ !

**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)

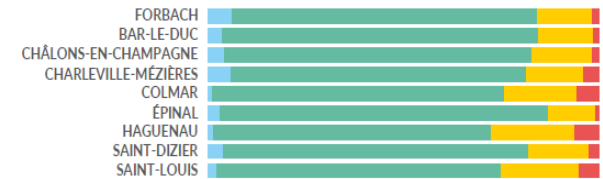
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	373	2,0	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-8,9	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	65	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-8,9	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	6 400	34,3	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-2,3	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	4 142	22,2	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	4	0,9	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	7,6	⬆️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	29	6,4	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,3	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,2	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 724	9,0	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	241		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	2 895	14,8	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	0,7	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		89,5	91,6	●	98,3	88,0				-0,2	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	22 656	88,2	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,7		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,0		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,3		●							
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	2,8		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> )	43	100,0	44,3			58,8		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			57,2		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> )	17	21,3	20,3			23,8		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	5,8	45,0			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	21	72,8	34,7			55,9		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.

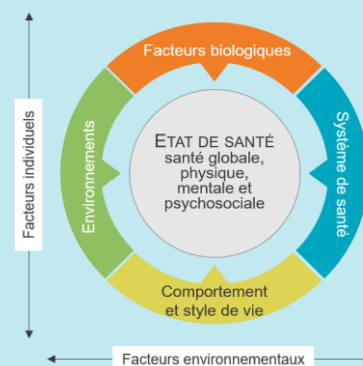
## Autres informations

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)

Meurthe-et-Moselle  
département

**11 693**  
habitants

**51**  
communes

EPCI à dominante  
rurale

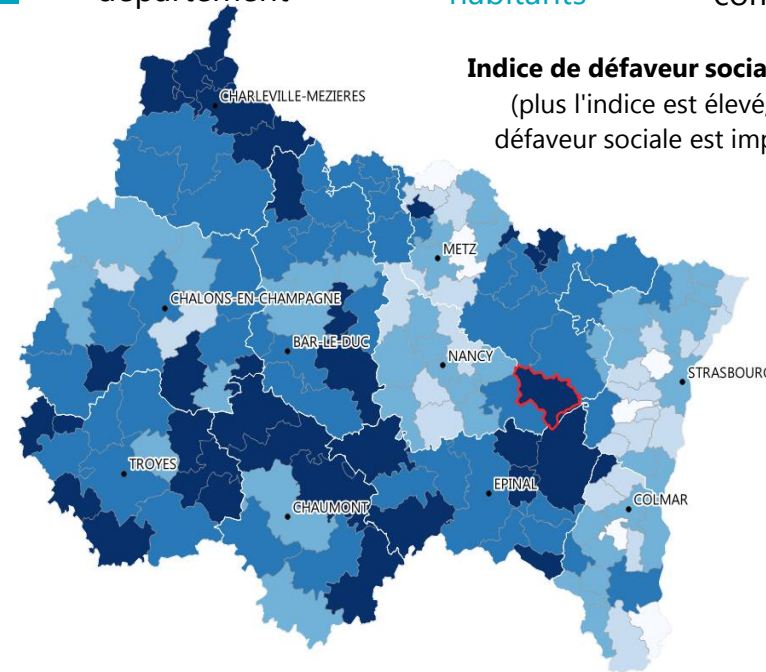
## Portrait de santé

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.

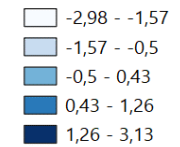
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.



**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**

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

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> )	11 693	26,3	96,7		119,7	139,9	1,02	192,8	36,2	-0,4 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-241	-0,41	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	7	0,01	-0,17		0,07	-0,12		-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	81,5		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)	11 693	100,0	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,0 →

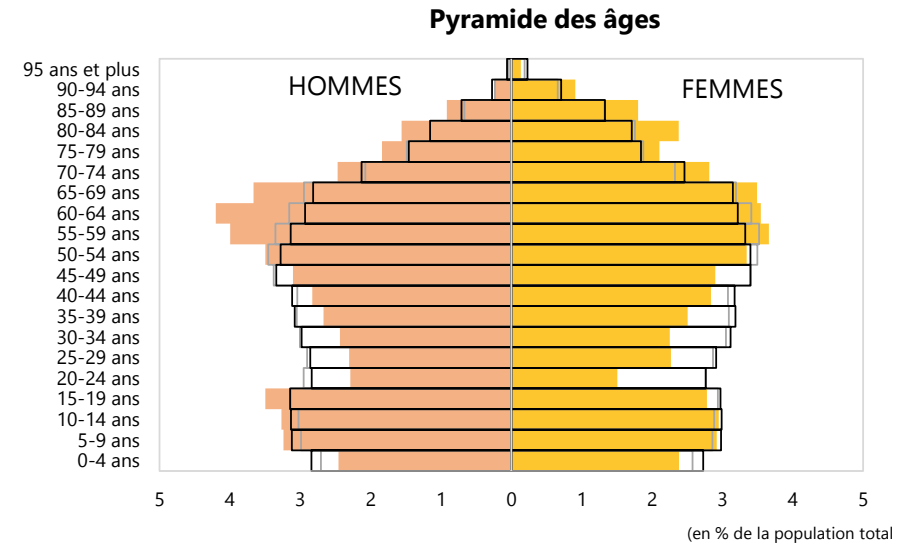
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )		1,9	0,4	●		0,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	776	15,9	13,3	●	12,8	13,5	1,0	14,0	10,8	-1,2	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 061	30,8	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	0,5	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		10,0	3,7	●	2,5	3,2	0,6	3,3	5,8	3,8	↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	19 250		21 800	●	21 930	21 790				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	871	17,7	14,7	●	14,5	15,0				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		7,7	5,8	●	5,8	6,0				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> )	3 275	36,5	27,8	●	27,0	26,3	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> )	1 395	15,5	26,3	●	31,0	28,4	0,9	27,7	21,5	3,2	↗

**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>	79,1	77,9
<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	150	897,2	784,7	●	725,2	770,6	1,6	773,8	818,4	-2,3	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	25	217,0	181,6	●	175,7	180,8	1,1	182,2	180,3	-3,5	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	46	345,0	294,9	●	277,8	294,2	1,4	294,8	295,6	-3,3	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	38	223,5	224,3	●	212,4	226,9	1,8	224,4	223,8	-2,9	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	37	214,4	187,5	●	170,0	171,7	1,7	181,7	205,6	-1,7	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	7	43,6	34,7	●	25,0	32,6	3,1	34,6	35,0	-8,7	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	14,4	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	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	32,1	25,8	●	24,8	27,1	n.d.	26,0	25,2	11,1	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	25	149,7	129,3	●	109,3	125,4	2,3	129,4	129,0	-2,4	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	20	153,0	124,4	●	116,2	128,2	1,8	124,2	125,7	-2,7	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	10	71,5	58,0	●	53,2	55,6	0,8	57,8	58,7	-4,4	➔

**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

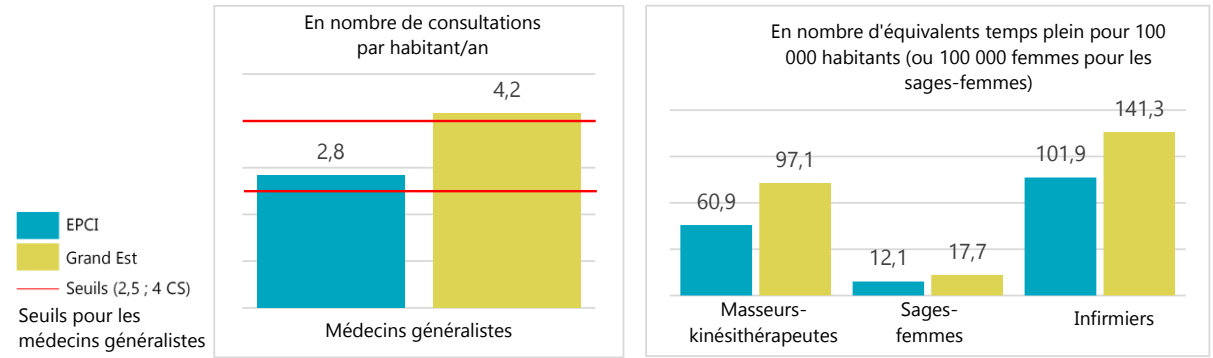
## Morbidité

	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	635	4 101	4 223	●	4 161	3 989	1,1	4 221	4 236	2,6	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	33	219	211	●	193	258	5,0	213	201	-0,7	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	64	402	492	●	458	459	1,6	489	503	0,9	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	139	1 773	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	2,3	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	123	1 602	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	0,8	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 264	7 809	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	3,6	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	163	1 026	1 204	●	1 130	1 035	1,5	1 210	1 185	1,4	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	536	3 340	2 882	●	2 519	3 056	3,0	2 909	2 795	5,3	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	218	1 203	990	●	932	946	1,8	974	1 040	2,9	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	989	6 292	5 516	●	4 840	5 375	1,3	5 586	5 284	1,9	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	23	32	●	33	34	3,0	36	17	23,1	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	44	117	●	212	102	3,6	131	67	22,5	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	404	3 294	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	5,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	131	1 082	927	●	1 020	924	1,7	948	866	27,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 110	8 063	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-3,4	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	651	4 890	3 548	●	3 916	4 292	0,4	3 537	3 588	-0,4	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	559	4 022	4 002	●	3 902	4 072	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	2,8	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	-2,8	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,5	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	0,1	⬆️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	60,9	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	9,7	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	12,1	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	12,9	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	101,9	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	0,8	⬆️ !

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	4,1	●	1,2	1,3	37,5	1,0	4,3	1,2	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	31,3	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	0,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	27,9	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	-1,8	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	27,8	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	0,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	27,8	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	0,5	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	9,0	●	2,2	2,1	33,3	1,5	6,1	13,7	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	9,8	●	4,5	5,0	n.d.	3,9	10,7	2,9	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	16	4,2	●	0,9	1,2	11,8	0,7	3,6	0,7	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	4	3,9	●	1,3	1,6	0,0	1,0	4,5	-4,9	⬇️ !

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	23,5 min	27,8 min	23,8 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	23,5	11,3	●	10,5	10,5	9,1	18,4	1,1	↗
60	Services de chirurgie	0	27,8	14,5	●	13,5	12,7	11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	27,8	14,3	●	14,8	13,9	11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	2	8,8	9,3	●	9,1	9,2	7,2	16,5	1,3	↗
63	Services d'urgence	0	27,8	14,8	●	13,7	13,9	12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	23,8	8,4	●	7,4	8,9	7,0	13,1	1,0	↗
65	EHPAD	3	5,5	4,0	●	3,0	3,8	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 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	49,9				
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	59,1				
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	36,3				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	32,9				
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	77,1				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	4 385	38 803	43 256	●	40 236	43 859	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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	85	5,2	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	13,8	↗	
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)	217	18,4	16,4	●	15,9	14,6	16,4	16,3	-5,7	↘	
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)	182	17,1	12,9	●	12,4	12,7	13,4	11,2	-0,6	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	255	24,0	41,5	●	46,6	42,7	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)	39	1,4	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	2,5	↗	
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)	136	40,6	58,4	●	62,2	56,9	58,4	58,6	-2,9	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	664	30,4	46,8	●	47,3	44,8	1,4	46,8	46,9	-6,5	↘

**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>	-91529	-65,4	30,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+36 620	+26,1	28,1
<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> )	749	6,4	5,2	●	5,3	5,8		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> )	828	8,7	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	3,6	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	487	40,9	42,8	●	42,7	44,8	0,6	43,5	40,5	-2,2	↘
<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> )	241	9,0	5,6		n.d.	5,5					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	246	4,0	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	-1,4	↘
<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> )	382	25,5	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	4,7	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	69	11,3	11,3	●		3,3		9,3	6,8	5,1	↗ !

**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)

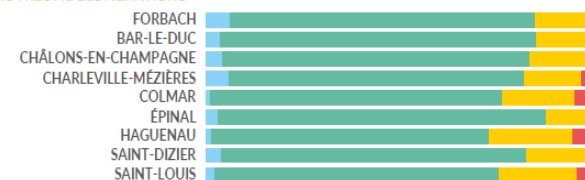
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	61	1,2	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-9,4	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	42	0,8	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-6,3	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 802	55,6	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,6	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 400	27,8	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,4	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	0,3	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	20	4,5	9,5	●	n.d.	9,2		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,5	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-0,1	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	3 823	20,6	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	227		19 047	●	171 485	3 003		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	2,9		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> )	542	10,4	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	0,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		59,3	91,6	●	98,3	88,0				-0,6	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	7 594	95,4	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,8		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		26,8	4,5	●	3,1	2,8		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> )	51	100,0	44,3			58,8		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			57,2		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> )	22	26,4	20,3			23,8		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	67,6	45,0			20,4		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	4	6,0	34,7			55,9		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.

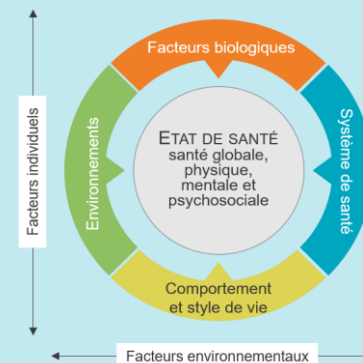
## Autres informations

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. »

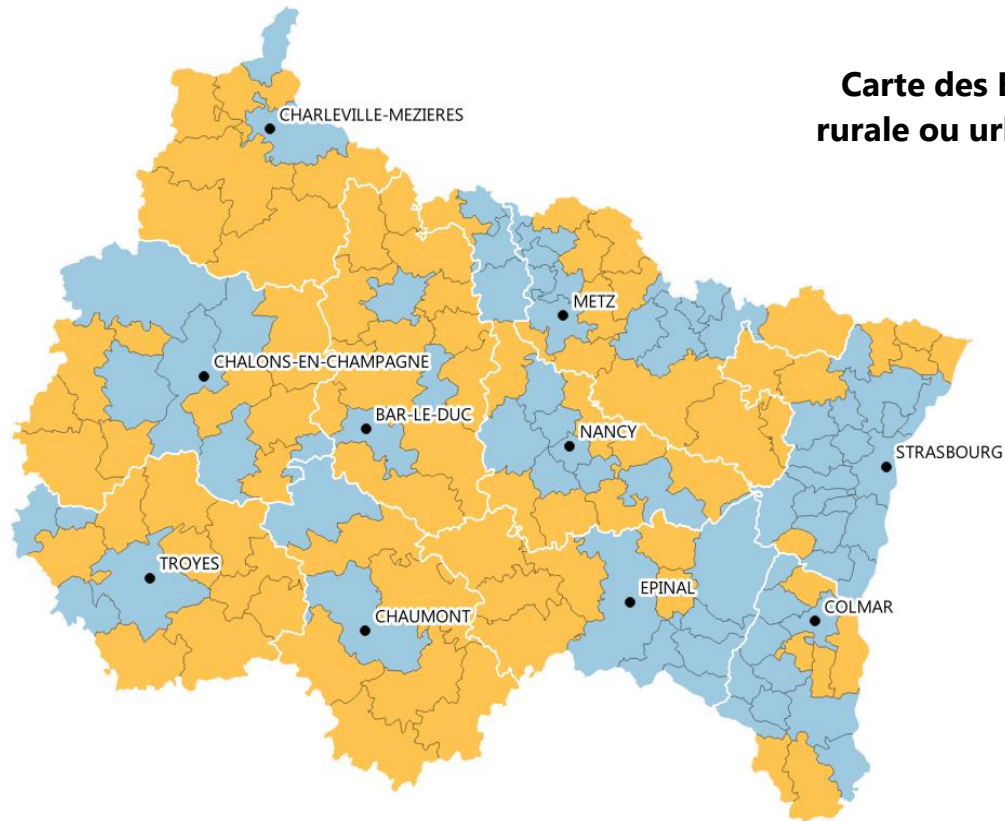
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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)