

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.

Bas-Rhin

département

24 399

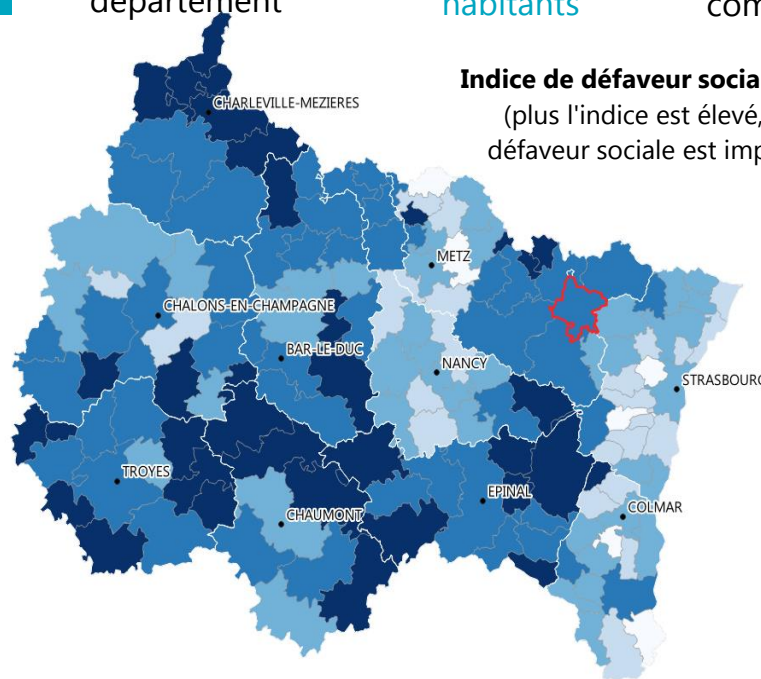
habitants

45

communes

EPCI à dominante

rurale

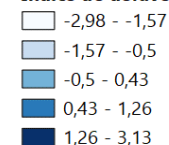


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	24 399	64,2	96,7		119,7	239,8	1,02	192,8	36,2	-0,5 ↘
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-605	-0,49	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-395	-0,32	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		102,0	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,3 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	21 603	88,5	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,1 ➡

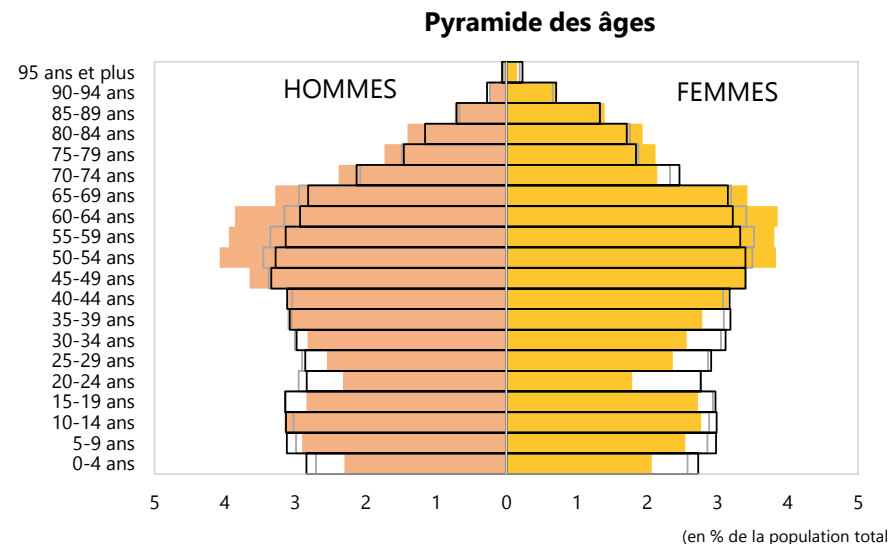
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,0	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 253	10,9	13,3	●	12,8	11,6	0,7	14,0	10,8	-0,6 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 792	30,0	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	0,5 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,5	3,7	●	2,5	2,7	0,6	3,3	5,8	-3,8 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 430		21 800	●	21 930	22 860				n.d. n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 174	11,5	14,7	●	14,5	13,2				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	5,2				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>)	5 999	31,4	27,8	●	27,0	23,2	0,7	27,4	29,4	-2,4 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 385	17,7	26,3	●	31,0	31,6	0,9	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)

	Homme	Femme
EPCI	80,2	82,9
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15 Décès toutes causes confondues	265	838,2	784,7	●	725,2	747,9	1,5	773,8	818,4	-2,5	➡
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	38	156,7	181,6	●	175,7	155,7	1,7	182,2	180,3	-3,1	➡
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	71	266,7	294,9	●	277,8	263,1	2,2	294,8	295,6	-2,9	➡
18 Décès par cancers	66	213,8	224,3	●	212,4	213,5	2,0	224,4	223,8	-1,5	➡
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	80	248,0	187,5	●	170,0	187,7	1,2	181,7	205,6	-2,8	➡
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	13	40,7	34,7	●	25,0	35,1	3,6	34,6	35,0	-9,0	➡
21 Décès par suicide	4	16,8	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	1,9	➡
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	8	25,9	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-3,9	➡
24 Décès par pathologies liées au tabac	47	146,8	129,3	●	109,3	125,8	2,9	129,4	129,0	-4,3	➡
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	29	107,4	124,4	●	116,2	104,1	4,2	124,2	125,7	-4,1	➡
26 Décès évitables liés au système de soins	15	57,9	58,0	●	53,2	53,1	1,2	57,8	58,7	-4,1	➡

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. Insee, 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

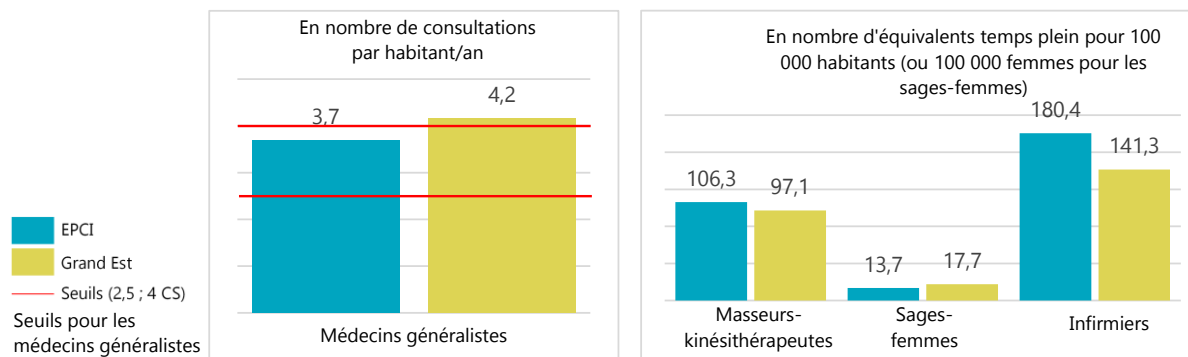
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 438	4 618	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	3,2	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	69	211	211	●	193	203	2,2	213	201	5,0	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	176	535	492	●	458	504	2,3	489	503	3,5	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	320	2 008	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	2,9	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	268	1 800	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-0,9	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 416	7 450	6 736	●	6 142	7 096	1,7	6 723	6 783	1,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	495	1 523	1 204	●	1 130	1 425	1,2	1 210	1 185	2,4	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	972	2 997	2 882	●	2 519	2 940	2,7	2 909	2 795	1,5	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	346	988	990	●	932	1 059	1,4	974	1 040	-3,7	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 875	5 955	5 516	●	4 840	5 601	1,5	5 586	5 284	1,7	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	46	32	●	33	36	2,2	36	17	8,4	↗ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	36	117	●	212	143	12,3	131	67	n.d.	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	914	3 539	3 451	●	3 821	3 680	1,0	3 602	2 954	5,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	243	936	927	●	1 020	823	1,5	948	866	15,5	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	2 446	8 178	7 186	●	7 149	6 351	0,5	7 201	7 142	-2,3	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 162	4 040	3 548	●	3 916	2 811	0,4	3 537	3 588	-0,4	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 438	4 714	4 002	●	3 902	3 518	0,5	3 998	4 018	-2,0	↘ !

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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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	5,0		4,4	3,3	0,1	➡ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,7	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-5,5	➡ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		106,3	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	5,9	➡ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		13,7	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	6,3	➡ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		180,4	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	9,4	➡ !

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	20	4,6	1,8	●	1,2	0,9	65,0	1,0	4,3	0,9	➡ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	28,5	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,3	➡ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	28,3	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,4	➡ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	28,2	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	0,7	➡ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	11,4	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	0,9	➡ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	9	4,9	2,6	●	2,2	1,3	55,6	1,5	6,1	0,9	➡ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	10,3	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	0,3	➡ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	44	3,7	1,4	●	0,9	0,7	13,3	0,7	3,6	2,5	➡ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	27	3,7	1,8	●	1,3	0,8	0,0	1,0	4,5	0,5	➡ !

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

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL 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	19,1 min	28,8 min	6,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

Établissements 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	19,1	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,8	↗
60	Services de chirurgie	0	28,8	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,3	↗
61	Services d'obstétrique	0	27,9	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	-0,3	↘
62	Services de soins de suite	0	19,1	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	0,8	↗
63	Services d'urgence	0	28,8	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,3	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	3	6,8	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	1,1	↗
65	EHPAD	3	5,8	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	1,1	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	10 571	42 181	43 256	●	40 236	47 867	0,8	43 674	41 912	-1,1

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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	55	1,8	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	6,5	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	387	16,4	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-3,3	↘
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)	293	11,9	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-3,5	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	784	31,7	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	0,4	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	66	1,3	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	2,9	↗
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)	367	60,4	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	-0,5	↘
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 788	43,3	46,8	●	47,3	52,3	1,5	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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	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	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	708	2,9	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-0,7	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	1 034	5,0	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	6,8	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	770	34,2	42,8	●	42,7	39,6	0,3	43,5	40,5	-3,4	↘
82 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>)	376	7,5	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	362	2,6	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	5,1	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	635	19,8	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	2,8	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	9	0,6	0,6	●		3,1		9,3	6,8	1,1	↗ !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

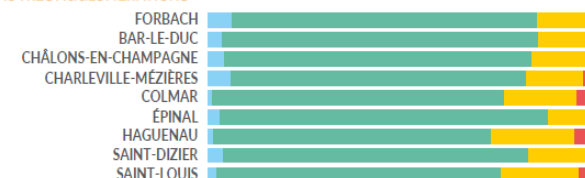
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	134	1,3	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-8,0	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	39	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-4,1	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 263	31,6	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-0,8	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 074	20,1	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	1,3	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,3	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	59	15,5	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,7	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-1,6	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	7 964	37,7	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	189		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	2 026	16,8	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	0,3	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		80,5	91,6	●	98,3	96,0				-0,2	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	12 838	86,2	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,3		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,3		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,8		●							
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>		3,8	4,5	●	3,1	0,5		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>	45	100,0	44,3			51,9		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			58,6		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>	39	83,0	20,3			6,9		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	17,0	45,0			26,8		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			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

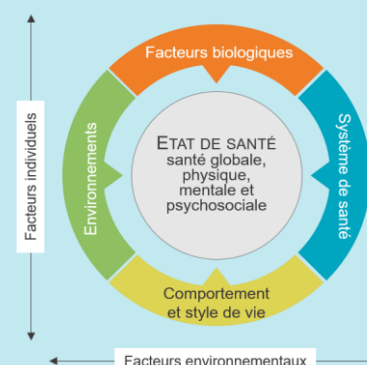
Autres informations

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. »

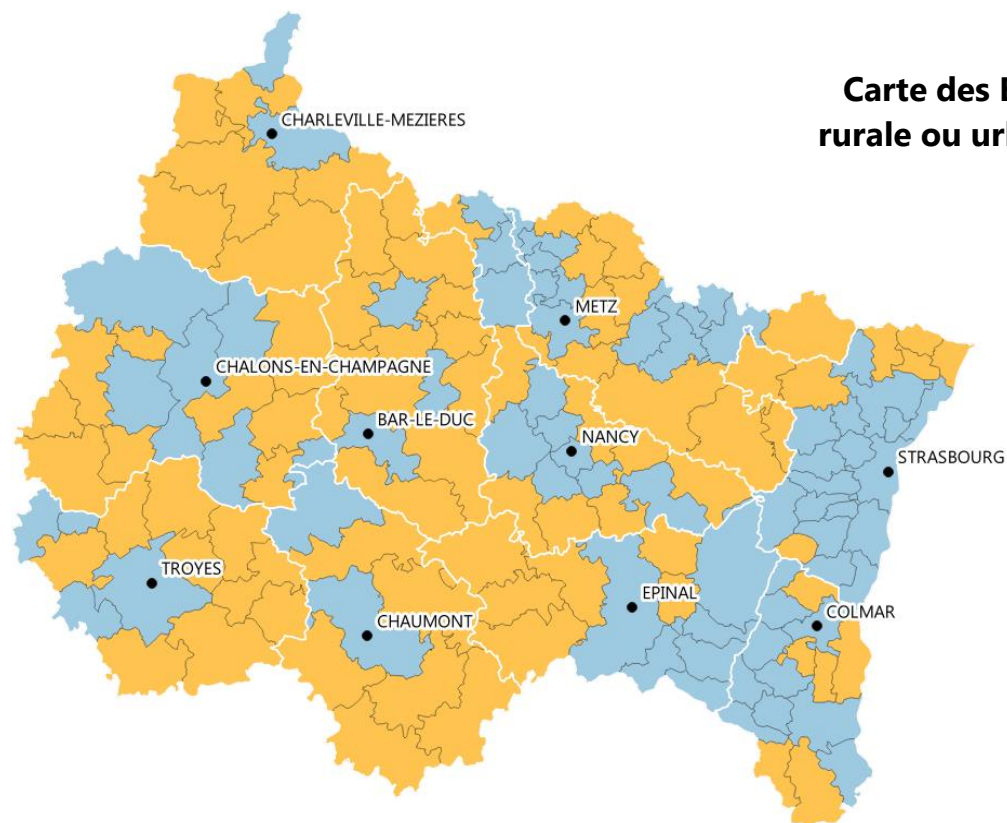
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

17 515

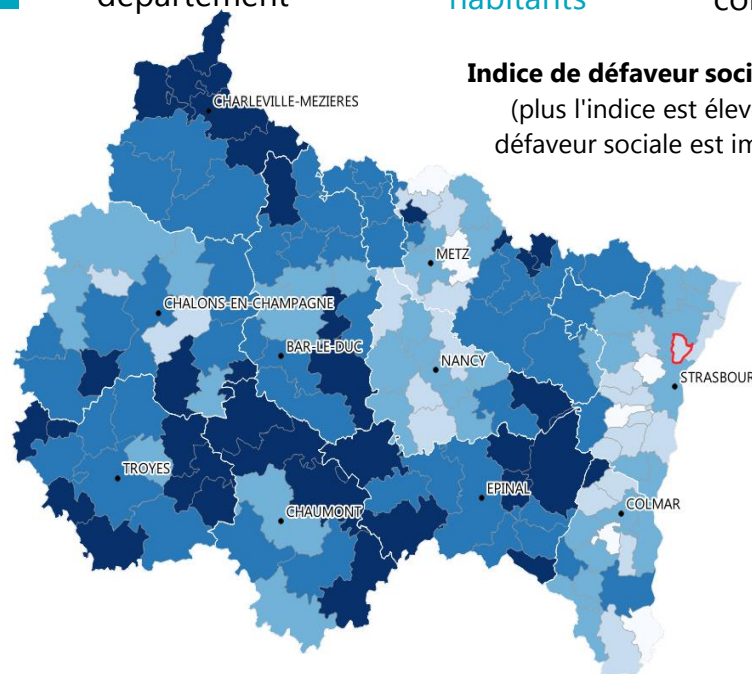
habitants

7

communes

EPCI à dominante

urbaine

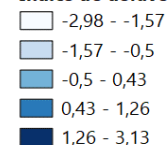


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	17 515	219,6	96,7		119,7	239,8	0,97	192,8	36,2	0,6 ↗
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	525	0,61	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	268	0,31	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		90,9	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	2,6 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	298	1,7	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	1,4 ↗

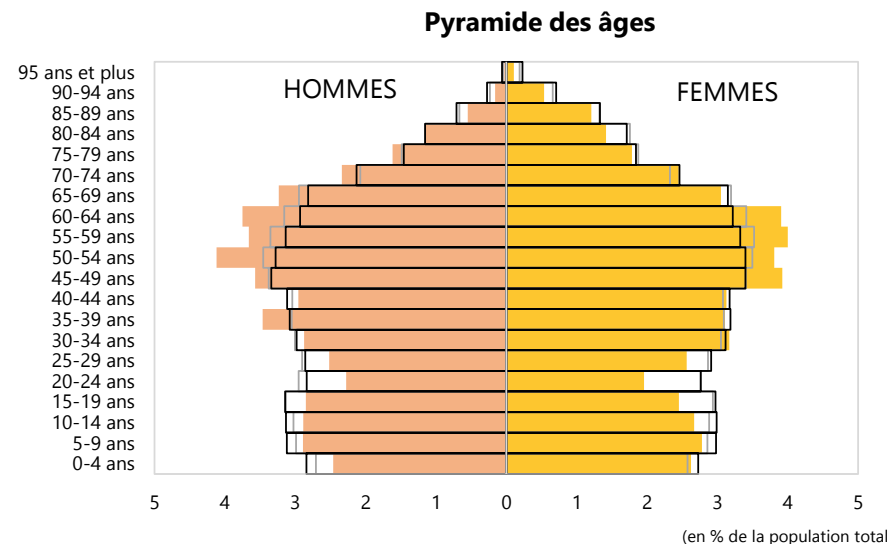
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		-1,1	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	616	6,8	13,3	●	12,8	11,6	0,9	14,0	10,8	-2,2 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 678	22,7	28,5	●	27,5	27,7	0,5	28,7	27,9	-0,2 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,3	3,7	●	2,5	2,7	0,7	3,3	5,8	-3,5 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	25 420		21 800	●	21 930	22 860				1,0 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	357	5,0	14,7	●	14,5	13,2				0,0 ➡
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		2,5	5,8	●	5,8	5,2				1,7 ↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 573	19,1	27,8	●	27,0	23,2	0,6	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>)	3 760	27,9	26,3	●	31,0	31,6	0,9	27,7	21,5	3,1 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	81,4	87,3
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15 Décès toutes causes confondues	126	696,4	784,7	●	725,2	747,9	1,7	773,8	818,4	-0,2	➡
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	20	112,9	181,6	●	175,7	155,7	2,4	182,2	180,3	-2,9	➡
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	34	179,7	294,9	●	277,8	263,1	1,8	294,8	295,6	-5,1	➡
18 Décès par cancers	35	183,3	224,3	●	212,4	213,5	1,8	224,4	223,8	-2,4	➡
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	29	163,0	187,5	●	170,0	187,7	1,7	181,7	205,6	-4,1	➡
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	6	30,1	34,7	●	25,0	35,1	n.d.	34,6	35,0	-2,8	➡
21 Décès par suicide	2	11,4	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	-3,3	➡
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	3	16,0	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-7,0	➡
24 Décès par pathologies liées au tabac	18	92,2	129,3	●	109,3	125,8	4,2	129,4	129,0	-6,5	➡
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	13	68,1	124,4	●	116,2	104,1	4,0	124,2	125,7	-8,3	➡
26 Décès évitables liés au système de soins	7	41,2	58,0	●	53,2	53,1	1,3	57,8	58,7	1,7	➡

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

Sources : 15-26. Insee, 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

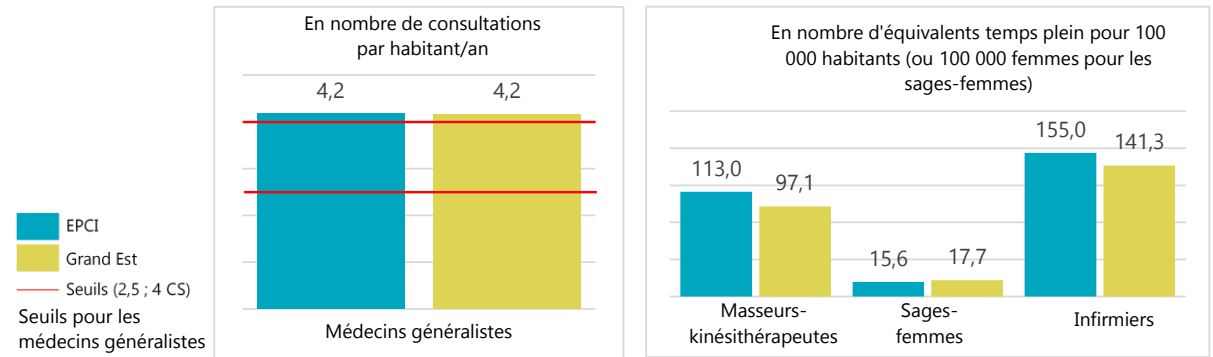
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	940	4 285	4 223	●	4 161	4 406	1,2	4 221	4 236	-0,6	↘
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	37	157	211	●	193	203	n.d.	213	201	-1,5	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	136	596	492	●	458	504	1,8	489	503	1,4	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	181	1 595	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	-2,6	↘
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	182	1 806	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-1,4	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 503	6 722	6 736	●	6 142	7 096	1,9	6 723	6 783	0,3	↗
33	Personnes prises en charge pour AVC	257	1 164	1 204	●	1 130	1 425	1,5	1 210	1 185	1,3	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	615	2 748	2 882	●	2 519	2 940	3,4	2 909	2 795	0,4	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	237	1 018	990	●	932	1 059	1,8	974	1 040	-4,4	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 151	5 212	5 516	●	4 840	5 601	1,5	5 586	5 284	0,1	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	22	32	●	33	36	0,9	36	17	-8,4	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	12	n.d.	117		212	143	n.d.	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	500	2 515	3 451	●	3 821	3 680	0,8	3 602	2 954	1,7	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	113	561	927	●	1 020	823	1,8	948	866	12,9	↗
41	Patients traités par psychotropes	1 372	6 480	7 186	●	7 149	6 351	0,5	7 201	7 142	-3,1	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	569	2 769	3 548	●	3 916	2 811	0,4	3 537	3 588	-2,2	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	770	3 573	4 002	●	3 902	3 518	0,5	3 998	4 018	-3,3	↘

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

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 σ) / (Taux η)	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	5,0		4,4	3,3	0,0	➡
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,8	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-0,6	➡
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		113,0	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	7,8	➡
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		15,6	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	6,8	➡
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		155,0	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	0,3	➡

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	16	0,1	1,8	●	1,2	0,9	43,8	1,0	4,3	7,5	➡
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	11,1	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	-2,3	➡
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	10,9	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,9	➡
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	10,9	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	0,9	➡
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	10,1	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	-1,5	➡
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	11	0,4	2,6	●	2,2	1,3	27,3	1,5	6,1	6,0	➡
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	6,4	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	1,0	➡
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	35	0,1	1,4	●	0,9	0,7	16,2	0,7	3,6	7,5	➡
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	21	0,1	1,8	●	1,3	0,8	4,7	1,0	4,5	-30,8	➡

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. ADEL 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	15,4 min	20,2 min	10,9 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	15,4	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,5 ↗
60 Services de chirurgie	0	20,2	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,4 ↗
61 Services d'obstétrique	0	20,2	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	0,4 ↗
62 Services de soins de suite	0	11,1	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	0,4 ↗
63 Services d'urgence	0	20,2	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,4 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	10,9	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	0,9 ↗
65 EHPAD	1	6,4	4,0	●	3,0	2,7		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.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	9 247	49 823	43 256	●	40 236	47 867	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	34	1,6	2,4	●	2,3	2,7		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)	169	10,1	16,4	●	15,9	14,1		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)	100	5,3	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-3,2	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	882	46,7	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	1,8	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	27	0,7	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	-0,9	↘
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)	373	74,2	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	4,1	↗
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 919	66,3	46,8	●	47,3	52,3	1,3	46,8	46,9	-2,1	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	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	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	197	1,1	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	2,2	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	267	1,8	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	8,4	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	556	37,9	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	3,1	↗
82 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>)	210	6,2	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	107	1,0	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	1,9	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	391	15,1	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	3,4	↗
85 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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

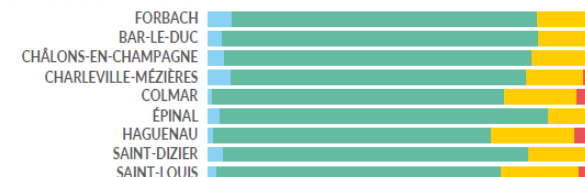
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	138	1,9	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-1,9	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	26	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-3,8	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 283	17,7	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-1,5	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 005	13,8	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	4	5,0	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,3	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	22	27,6	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,1	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-2,3	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	114	2,4	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	27		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	2 173	24,3	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	1,3	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		71,5	91,6	●	98,3	96,0				-0,6	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	8 823	86,3	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,7		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,6		●							
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	0,5		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			51,9		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			58,6		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			6,9		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			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	7	100,0	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

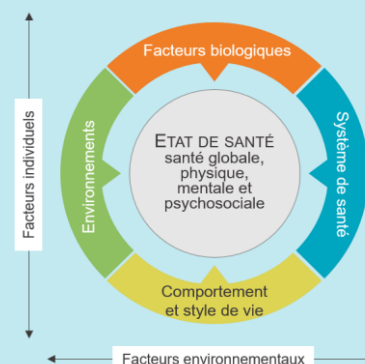
Autres informations

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. »

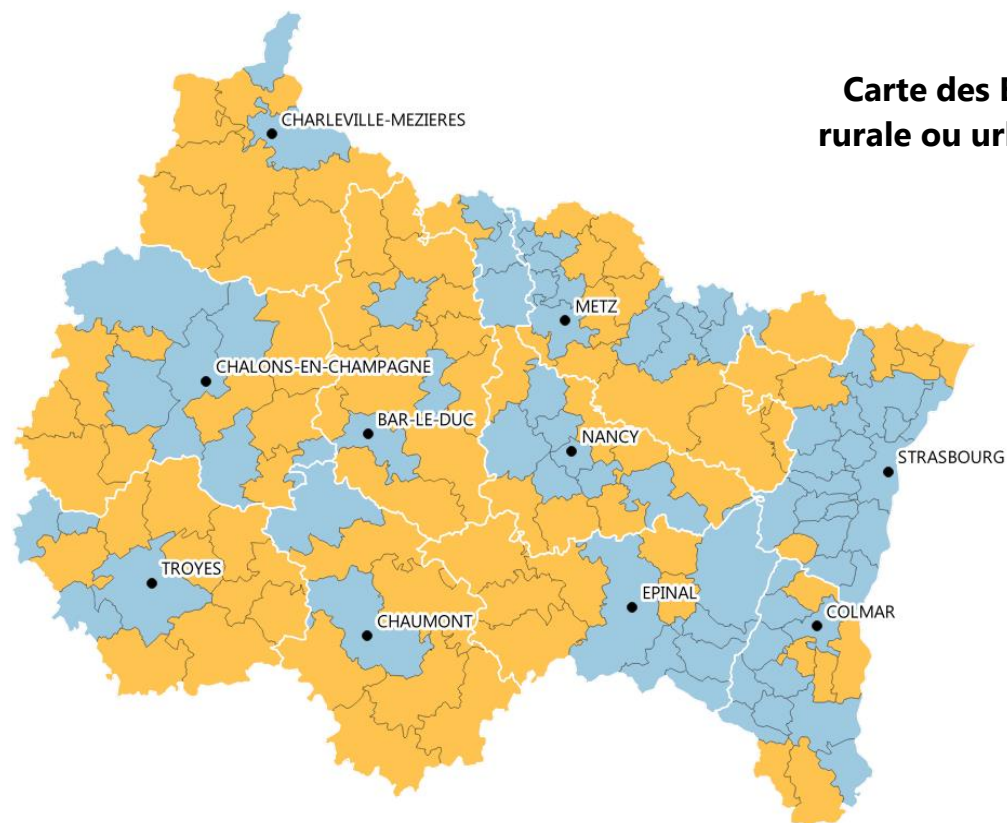
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

Portrait de santé

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

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

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

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Bas-Rhin

département

48 137

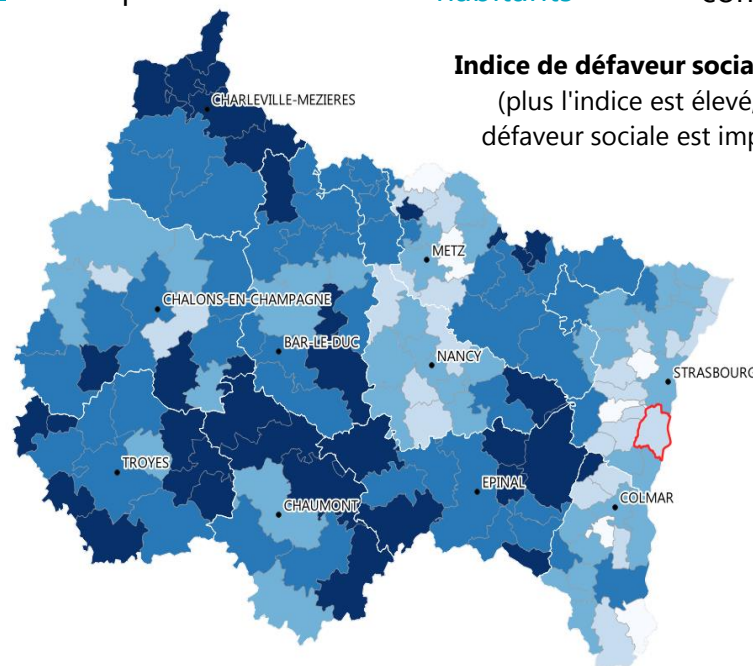
habitants

28

communes

EPCI à dominante

urbaine

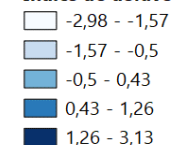


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	48 137	179,3	96,7		119,7	239,8	0,97	192,8	36,2	0,3 ↗
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	665	0,28	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	185	0,08	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		78,9	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	4,0 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	15 629	32,5	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,2 ↗

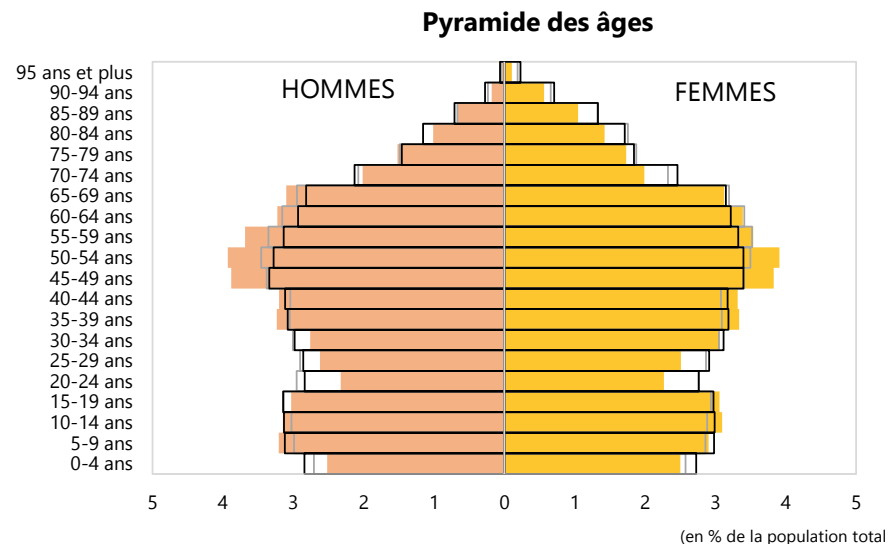
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		-0,5	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	2 109	8,6	13,3	●	12,8	11,6	0,9	14,0	10,8	-1,4 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	4 694	22,5	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	-0,9 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,0	3,7	●	2,5	2,7	0,7	3,3	5,8	0,4 ↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	24 030		21 800	●	21 930	22 860				n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 571	7,9	14,7	●	14,5	13,2				n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,7	5,8	●	5,8	5,2				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>)	7 988	22,0	27,8	●	27,0	23,2	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>)	9 746	26,9	26,3	●	31,0	31,6	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)

	Homme	Femme
EPCI	80,7	85,8
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

rtalité

		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	
15	Décès toutes causes confondues	367	758,7	784,7	●	725,2	747,9	1,5	773,8	818,4	-2,2	↘
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	69	151,8	181,6	●	175,7	155,7	1,7	182,2	180,3	-2,5	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	121	253,4	294,9	●	277,8	263,1	1,6	294,8	295,6	-3,7	↘
18	Décès par cancers	104	210,2	224,3	●	212,4	213,5	1,6	224,4	223,8	-1,7	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	100	210,1	187,5	●	170,0	187,7	1,4	181,7	205,6	-3,6	↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	17	35,9	34,7	●	25,0	35,1	3,4	34,6	35,0	1,0	→
21	Décès par suicide	7	13,2	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	4,7	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	11	19,7	25,8	●	24,8	21,4	4,7	26,0	25,2	-4,8	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	69	140,0	129,3	●	109,3	125,8	2,4	129,4	129,0	-2,1	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	55	113,3	124,4	●	116,2	104,1	2,3	124,2	125,7	-0,8	→
26	Décès évitables liés au système de soins	23	48,6	58,0	●	53,2	53,1	0,9	57,8	58,7	-8,0	↘

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

Sources : 15-26. Insee, 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

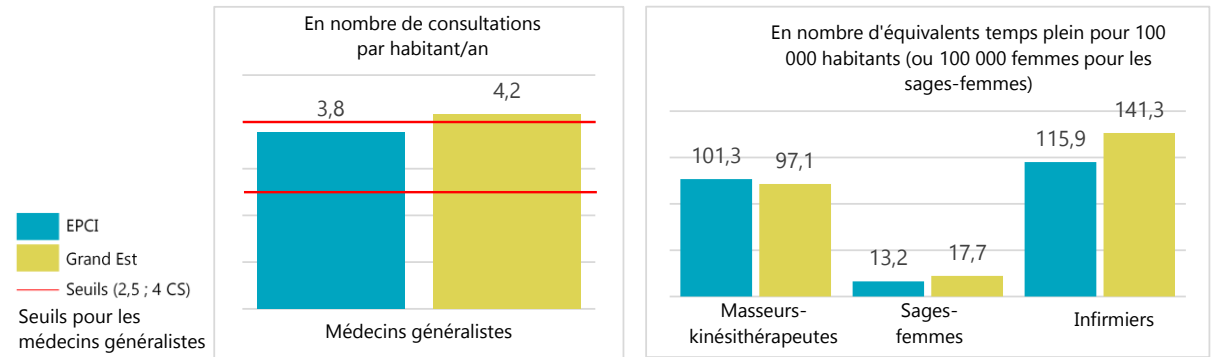
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 566	4 510	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	0,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	129	220	211	●	193	203	1,8	213	201	5,5	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	292	509	492	●	458	504	1,6	489	503	0,9	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	557	1 873	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	1,2	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	471	1 818	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-1,0	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	4 322	7 439	6 736	●	6 142	7 096	1,7	6 723	6 783	0,4	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	836	1 433	1 204	●	1 130	1 425	1,5	1 210	1 185	1,0	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 927	3 281	2 882	●	2 519	2 940	2,7	2 909	2 795	0,5	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	660	1 114	990	●	932	1 059	1,5	974	1 040	-1,8	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	3 061	5 320	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	-0,1	↘ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	16	32	●	33	36	2,9	36	17	-22,0	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	42	80	117	●	212	143	3,4	131	67	3,0	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 687	3 173	3 451	●	3 821	3 680	1,1	3 602	2 954	2,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	393	724	927	●	1 020	823	1,9	948	866	12,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	3 559	6 345	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-4,5	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 673	3 030	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	-2,2	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 919	3 401	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-4,6	↘ !

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 (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,8	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-1,1	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,4	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-2,3	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		101,3	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	4,9	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		13,2	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	5,4	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		115,9	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	1,0	↗ !

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	39	2,3	1,8	●	1,2	0,9	41,0	1,0	4,3	6,5	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	14						35,7				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	7,3	14,5	●	10,6	7,6	100,0	11,1	25,8	-4,3	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	21,2	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	3,3	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	18,8	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	15,8	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	4	9,5	10,8	●	8,6	6,5	0,0	8,1	19,5	10,2	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	31	1,6	2,6	●	2,2	1,3	22,6	1,5	6,1	2,6	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	5	4,8	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	-3,3	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	64	1,7	1,4	●	0,9	0,7	11,9	0,7	3,6	-3,7	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	44	1,8	1,8	●	1,3	0,8	13,6	1,0	4,5	2,9	↗ !

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. ADEL 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	22,9 min	24,2 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	22,9	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,6	↗
60 Services de chirurgie	0	24,2	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	5,9	↗
61 Services d'obstétrique	0	22,9	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	-0,8	↘
62 Services de soins de suite	1	9,5	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	1,0	↗
63 Services d'urgence	0	24,2	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,2	↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,3	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	1,4	↗
65 EHPAD	6	3,5	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	2,3	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	24 894	48 542	43 256	●	40 236	47 867	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	125	1,9	2,4	●	2,3	2,7		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)	628	12,2	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-3,8	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	553	10,8	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-2,8	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	2 056	40,0	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	0,7	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	123	1,1	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	4,1	↗
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)	953	67,9	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	0,4	↗
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	6 197	69,8	46,8	●	47,3	52,3	1,1	46,8	46,9	-2,1	↘

!

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	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	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	1 055	2,2	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-0,8	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	1 388	3,4	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	4,9	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	1 323	37,1	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	-1,2	↘
82 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>)	495	5,8	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	501	1,8	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	1,6	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	1 226	17,0	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	0,6	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	15	0,5	0,5	●		3,1		9,3	6,8	0,2	↗ !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

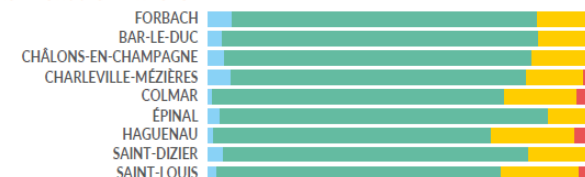
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	383	1,9	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-8,0	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	45	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-11,1	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 736	18,5	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-2,2	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 700	13,4	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	11	4,1	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	2,8	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	57	21,2	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,9	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-3,4	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 274	8,7	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	113		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans <i>(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)</i>	5 198	21,0	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-1,0	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		69,8	91,6	●	98,3	96,0				0,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	20 190	76,6	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,7		●							
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>		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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>	28	100,0	49,2			58,6		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			6,9		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) <i>(et part de la population couverte)</i>	26	97,2	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	2	2,8	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

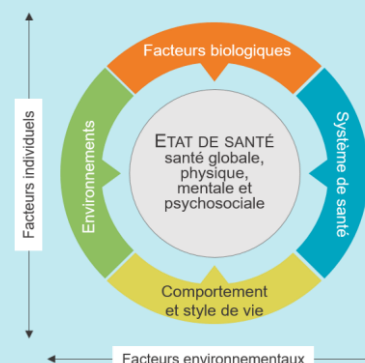
Autres informations

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. »

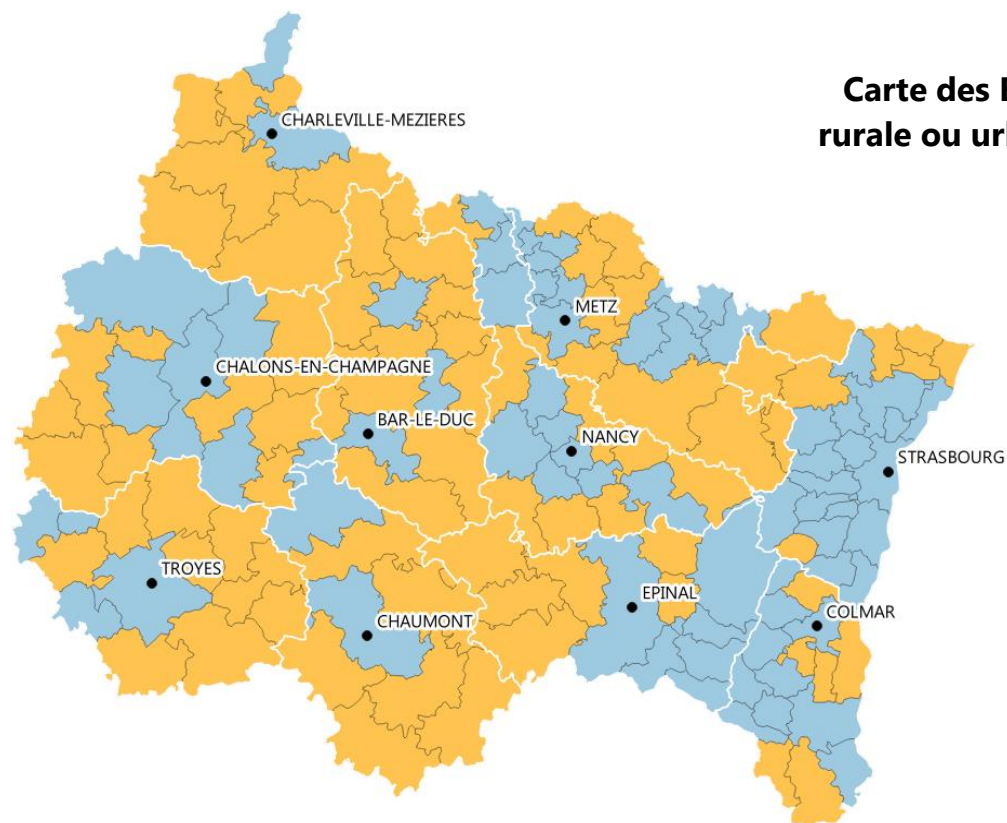
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

Portrait de santé

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

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

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

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Bas-Rhin

département

505 272

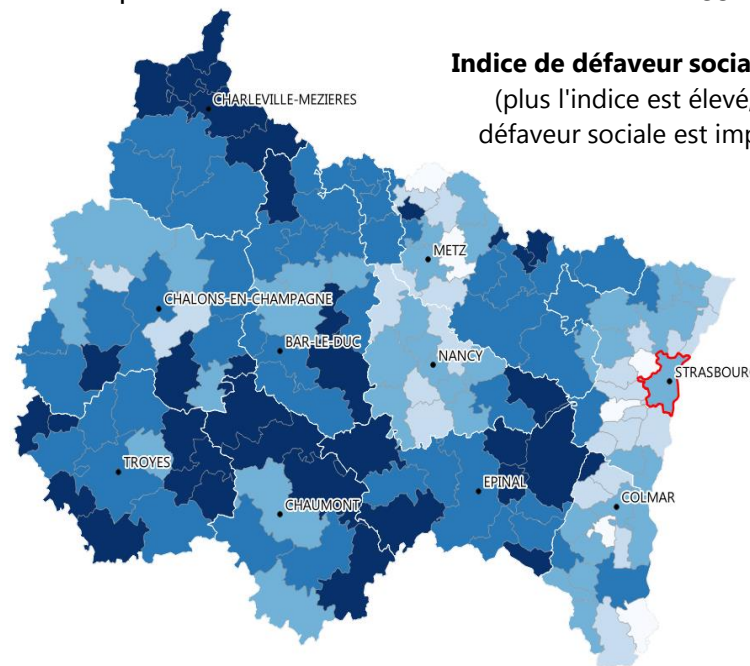
habitants

33

communes

EPCI à dominante

urbaine

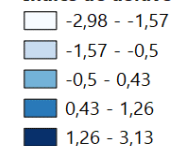


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	505 272	1 496,6	96,7		119,7	239,8	0,92	192,8	36,2	0,9 ↗
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	21 115	0,86	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	3 981	0,16	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		67,8	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	1,2 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	5 747	1,1	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	-0,5 ↘

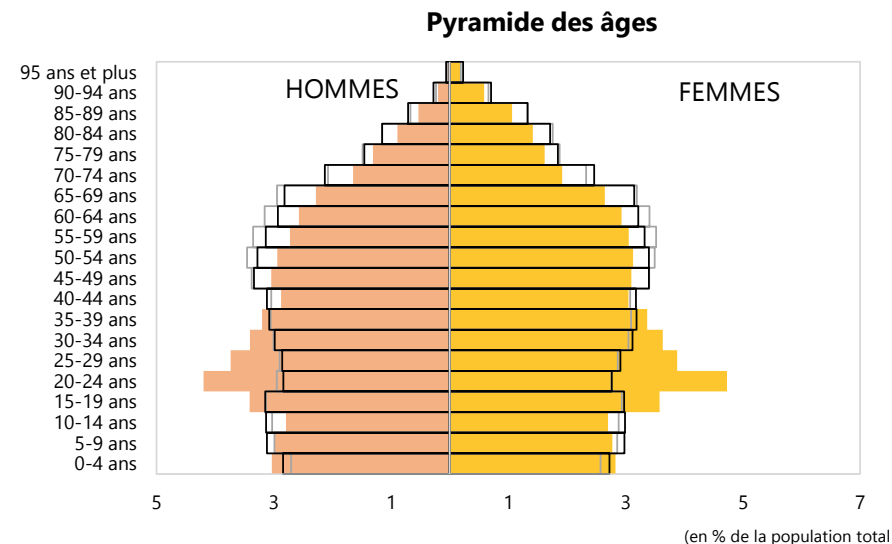
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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>)	36 466	15,0	13,3	●	12,8	11,6	1,0	14,0	10,8	-1,0 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	56 832	30,8	28,5	●	27,5	27,7	0,6	28,7	27,9	0,5 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		1,8	3,7	●	2,5	2,7	0,7	3,3	5,8	-1,3 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 080		21 800	●	21 930	22 860				1,0 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	42 598	19,9	14,7	●	14,5	13,2				1,5 ↗
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		7,4	5,8	●	5,8	5,2				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>)	78 292	22,5	27,8	●	27,0	23,2	0,8	27,4	29,4	-2,9 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	137 044	39,4	26,3	●	31,0	31,6	1,0	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 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

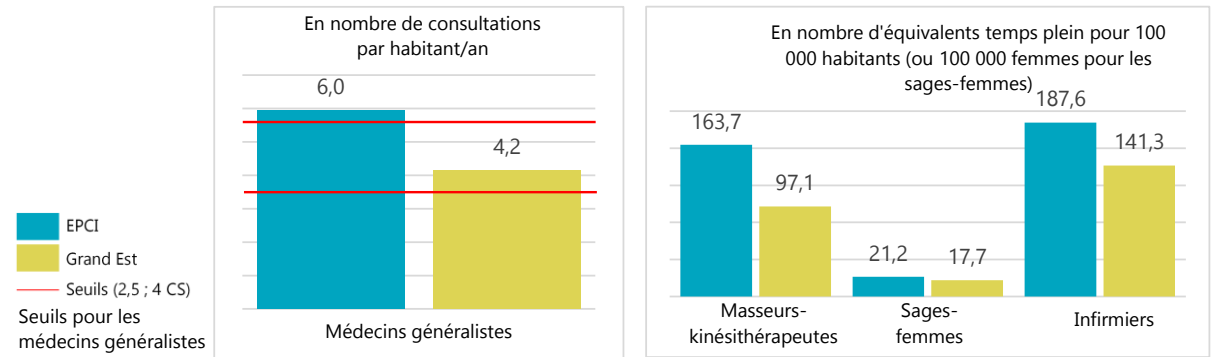
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	23 947	4 377	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	-0,7	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	1 183	218	211	●	193	203	1,7	213	201	0,9	⬆️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	2 784	504	492	●	458	504	1,4	489	503	-1,7	⬇️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	5 922	2 035	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	-0,2	⬇️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	3 793	1 590	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-3,0	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	37 989	6 798	6 736	●	6 142	7 096	1,7	6 723	6 783	0,1	⬆️
33	Personnes prises en charge pour AVC	7 897	1 405	1 204	●	1 130	1 425	1,3	1 210	1 185	0,6	⬆️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	16 034	2 907	2 882	●	2 519	2 940	2,8	2 909	2 795	-0,1	⬇️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	6 017	1 014	990	●	932	1 059	1,4	974	1 040	-2,0	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	31 761	5 878	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	-0,2	⬇️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	306	60	32	●	33	36	2,2	36	17	-11,4	⬇️
38	Personnes prises en charge pour VIH	1 206	231	117	●	212	143	2,1	131	67	1,2	⬆️
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	21 695	4 045	3 451	●	3 821	3 680	1,1	3 602	2 954	2,2	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	4 877	924	927	●	1 020	823	1,9	948	866	11,4	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	33 660	6 163	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-4,0	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	14 815	2 730	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	-1,3	⬇️
43	Patients traités par anxiolytiques	18 416	3 375	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-3,6	⬇️

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 (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		6,0	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-0,5	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		5,1	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-2,1	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		163,7	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	4,9	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		21,2	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	9,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		187,6	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	3,0	⬆️ !

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	586	0,0	1,8	●	1,2	0,9	52,1	1,0	4,3	0,0	➡️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	817						49,6				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	110	2,5	14,5	●	10,6	7,6	53,8	11,1	25,8	1,2	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	56	2,8	12,6	●	12,5	9,0	48,2	8,3	27,0	15,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	79	2,4	11,6	●	10,5	7,2	58,2	8,0	23,7	1,7	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	53	2,1	10,8	●	8,6	6,5	49,1	8,1	19,5	-0,6	⬇️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	444	0,0	2,6	●	2,2	1,3	38,2	1,5	6,1	3,6	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	68	1,2	5,5	●	4,5	3,8	11,8	3,9	10,7	0,5	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	800	0,0	1,4	●	0,9	0,7	18,3	0,7	3,6	4,0	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	772	0,0	1,8	●	1,3	0,8	13,6	1,0	4,5	-24,1	⬇️ !

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. ADEL au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	7,0 min	7,0 min	3,2 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

Établissements 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	11	7,0	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	4,5	↗
60	Services de chirurgie	8	5,9	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	10,5	↗
61	Services d'obstétrique	5	5,9	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	0,9	↗
62	Services de soins de suite	9	3,0	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	1,4	↗
63	Services d'urgence	4	7,0	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,7	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	9	3,2	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	1,3	↗
65	EHPAD	44	0,6	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	1,5	↗

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.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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 **82**
 soit 13,6 % 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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	255 970	46 926	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	0,8 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	2 161	3,5	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	8,9	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	11 595	14,4	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-1,1	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	8 484	12,9	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-4,4	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	36 814	56,0	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	2,2	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	1 557	1,3	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	5,0	↗
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)	11 298	64,0	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	0,5	↗
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	42 199	45,8	46,8	●	47,3	52,3	1,5	46,8	46,9	-3,7	↘

!

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	39 646	7,8	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-0,5	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	62 524	14,2	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	6,3	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	15 832	43,9	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	-0,1	→
82 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>)	4 627	5,9	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	8 828	2,9	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	3,6	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	18 921	28,1	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	1,0	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	690	2,3	2,3	●		3,1		9,3	6,8	1,4	↗ !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

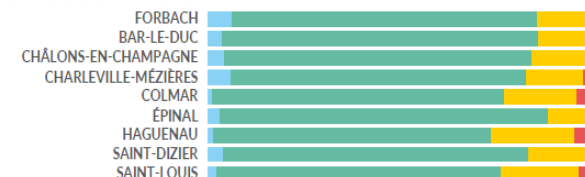
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	15 060	6,4	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-1,1	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	981	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	1,7	↗
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	45 276	19,2	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-2,6	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	30 599	13,0	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	72	21,3	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	1,2	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	259	76,7	9,5	●	n.d.	20,9		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	13	3,9	0,2	●	n.d.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,8	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-2,4	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	311	2,6	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	168		19 047	●	171 485	1 934		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	4	12,1	2,1	●	2,4	3,5		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>	41 841	15,3	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-1,8	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		124,8	91,6	●	98,3	96,0				-0,1	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	257 969	85,3	76,9	●	71,2	84,6		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		0,3		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité <i>(en %)</i>		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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>	33	100,0	44,3			51,9		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>	23	91,5	49,2			58,6		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	4,2	20,3			6,9		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>	11	11,6	45,0			26,8		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	84,2	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

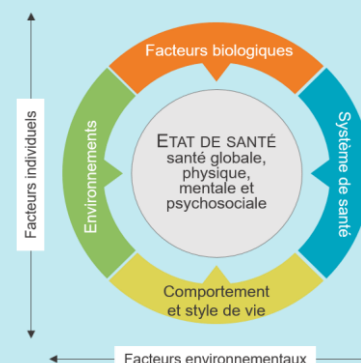
Autres informations

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. »

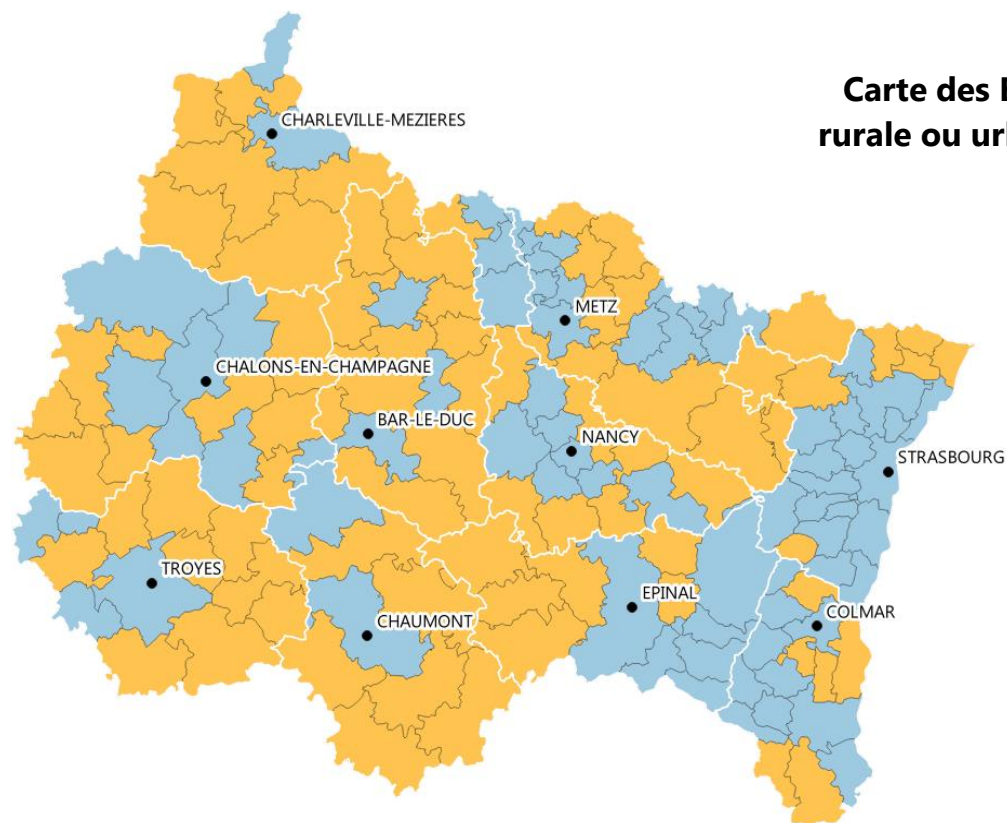
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

97 508

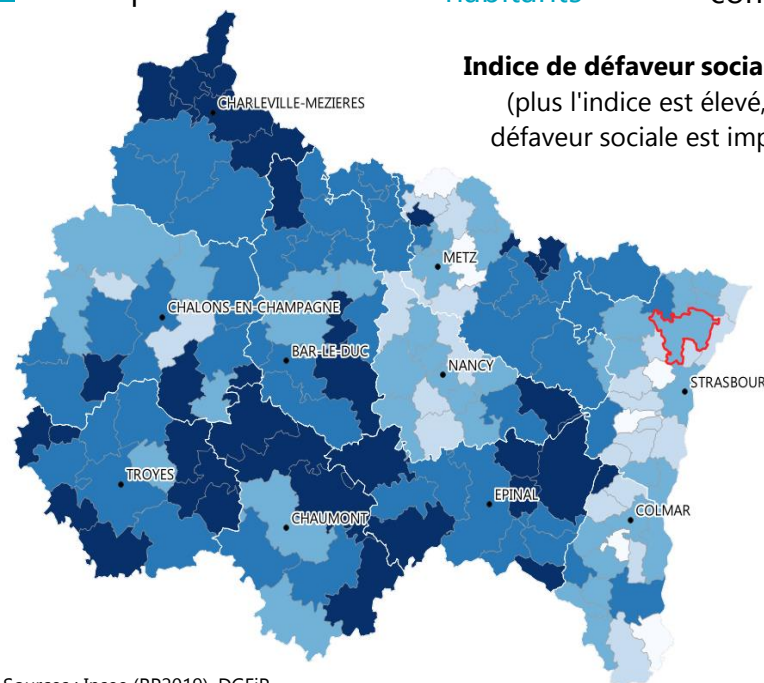
habitants

36

communes

EPCI à dominante

urbaine

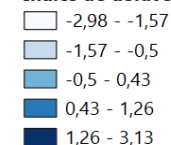


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	97 508	244,2	96,7		119,7	239,8	0,96	192,8	36,2	0,3
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	1 644	0,34	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	156	0,03	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		84,4	86,3		83,8	78,8		84,5	92,3	3,8
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	15 654	16,1	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,2

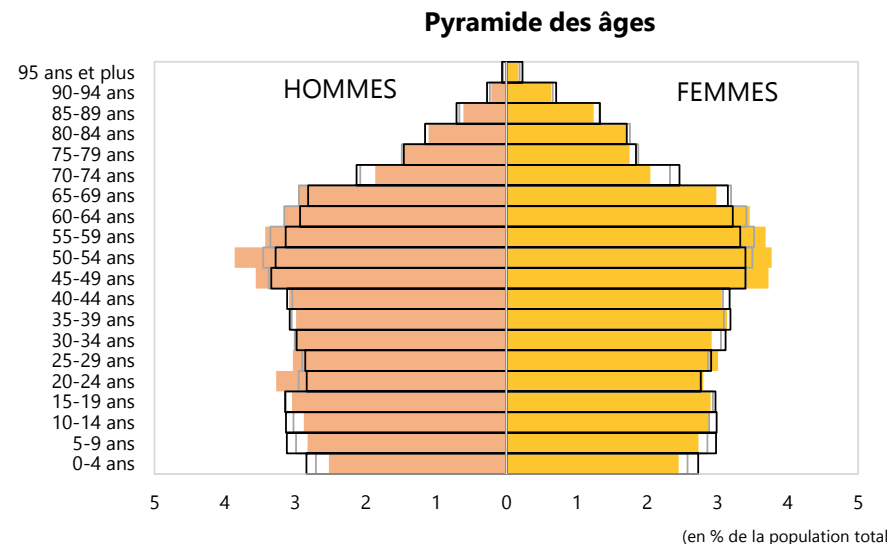
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		-0,1	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	5 192	10,5	13,3	●	12,8	11,6	0,8	14,0	10,8	-1,3 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	11 160	27,4	28,5	●	27,5	27,7	0,5	28,7	27,9	0,2 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,6	3,7	●	2,5	2,7	0,6	3,3	5,8	-2,0 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	23 230		21 800	●	21 930	22 860				n.d. n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	4 167	10,4	14,7	●	14,5	13,2				n.d. n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,6	5,8	●	5,8	5,2				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>)	19 027	25,5	27,8	●	27,0	23,2	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>)	18 832	25,2	26,3	●	31,0	31,6	1,0	27,7	21,5	2,7 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance
(en années)

EPCI	78,9	85,0
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

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	
15	Décès toutes causes confondues	834	792,7	784,7	●	725,2	747,9	1,7	773,8	818,4	-0,8	➡
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	146	161,6	181,6	●	175,7	155,7	1,9	182,2	180,3	-0,8	➡
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	259	272,9	294,9	●	277,8	263,1	1,8	294,8	295,6	-0,7	➡
18	Décès par cancers	227	217,8	224,3	●	212,4	213,5	2,1	224,4	223,8	-1,4	➡
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	204	193,2	187,5	●	170,0	187,7	1,5	181,7	205,6	-3,5	⬇️
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	41	37,7	34,7	●	25,0	35,1	3,2	34,6	35,0	-0,7	➡
21	Décès par suicide	12	11,6	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	0,9	➡
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	n.d.
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	22	21,0	25,8	●	24,8	21,4	4,7	26,0	25,2	-0,3	➡
24	Décès par pathologies liées au tabac	139	132,2	129,3	●	109,3	125,8	3,0	129,4	129,0	-1,6	➡
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	104	108,1	124,4	●	116,2	104,1	2,9	124,2	125,7	-0,6	➡
26	Décès évitables liés au système de soins	49	51,6	58,0	●	53,2	53,1	1,1	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. Insee, 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

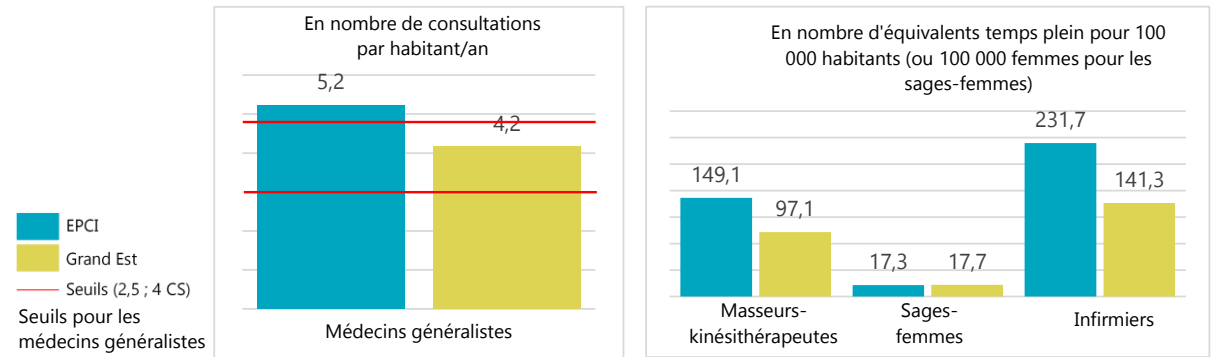
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	5 154	4 457	4 223	●	4 161	4 406	1,0	4 221	4 236	3,6	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	242	205	211	●	193	203	1,8	213	201	4,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	583	502	492	●	458	504	1,5	489	503	3,7	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	1 306	2 113	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	4,6	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	817	1 584	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	1,4	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	8 810	7 411	6 736	●	6 142	7 096	1,7	6 723	6 783	4,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	1 758	1 509	1 204	●	1 130	1 425	1,2	1 210	1 185	5,5	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	3 603	3 027	2 882	●	2 519	2 940	2,9	2 909	2 795	4,2	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	1 374	1 087	990	●	932	1 059	1,4	974	1 040	0,9	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	7 004	6 002	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	3,8	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	31	29	32	●	33	36	n.d.	36	17	-3,9	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	95	89	117	●	212	143	2,5	131	67	10,7	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	4 457	4 161	3 451	●	3 821	3 680	1,0	3 602	2 954	6,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	908	851	927	●	1 020	823	2,0	948	866	15,4	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	7 891	6 964	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-0,2	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	3 150	2 854	3 548	●	3 916	2 811	0,4	3 537	3 588	2,7	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	4 682	4 120	4 002	●	3 902	3 518	0,5	3 998	4 018	-0,3	↘ !

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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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		5,2	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-0,6	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		4,6	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-2,5	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		149,1	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	8,0	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		17,3	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	4,7	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		231,7	141,3	●	146,5	182,3		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	96	0,6	1,8	●	1,2	0,9	43,3	1,0	4,3	4,5	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	162						38,7				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	15	4,3	14,5	●	10,6	7,6	40,0	11,1	25,8	-8,8	⬆️
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	4,6	12,6	●	12,5	9,0	100,0	8,3	27,0	-0,6	⬆️
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	17	3,4	11,6	●	10,5	7,2	64,7	8,0	23,7	1,4	⬆️
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	14	4,6	10,8	●	8,6	6,5	64,3	8,1	19,5	0,6	⬆️
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	80	1,1	2,6	●	2,2	1,3	33,8	1,5	6,1	15,7	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	14	2,7	5,5	●	4,5	3,8	14,3	3,9	10,7	-0,9	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	219	0,4	1,4	●	0,9	0,7	20,3	0,7	3,6	2,6	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	139	0,5	1,8	●	1,3	0,8	7,2	1,0	4,5	-6,7	⬆️ !

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. ADEL au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	7,4 min	10,9 min	4,8 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

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

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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 18
soit 3,0 % 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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	50 497	48 533	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	0,5 ↗

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	325	2,6	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	7,7	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	1 838	15,7	16,4	●	15,9	14,1		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)	1 493	13,1	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-3,1	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	4 420	38,8	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	1,9	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	292	1,3	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	5,4	↗
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)	1 919	66,5	58,4	●	62,2	64,8		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)	8 477	50,3	46,8	●	47,3	52,3	1,3	46,8	46,9	-4,3	↘

!

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		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	
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	3 935	4,0	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	0,3	↗
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	5 634	6,6	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	5,2	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	2 861	38,6	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	0,7	↗
82	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>)	1 111	6,6	5,6		n.d.	6,1					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	1 791	3,1	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	2,4	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	2 965	21,5	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	1,9	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	651	11,3	11,3	●		3,1		9,3	6,8	3,6	↗ !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

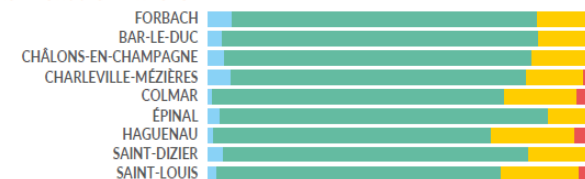
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	1 317	3,2	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-4,3	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	104	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-6,3	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	6 418	15,6	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-3,4	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	6 134	14,9	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	18	4,5	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,0	→ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	85	21,3	9,5	●	n.d.	20,9		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,3	0,2	●	n.d.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,0	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-2,8	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	628	4,1	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	123		19 047	●	171 485	1 934		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	7	19,4	2,1	●	2,4	3,5		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>	8 685	17,0	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-1,5	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		100,5	91,6	●	98,3	96,0				-0,1	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	50 091	89,4	76,9	●	71,2	84,6		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		0,5		●							
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>		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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			58,6		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			6,9		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) <i>(et part de la population couverte)</i>	8	10,5	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	28	89,5	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

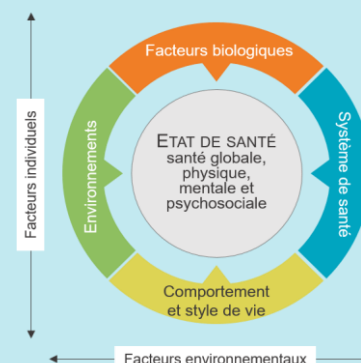
Autres informations

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. »

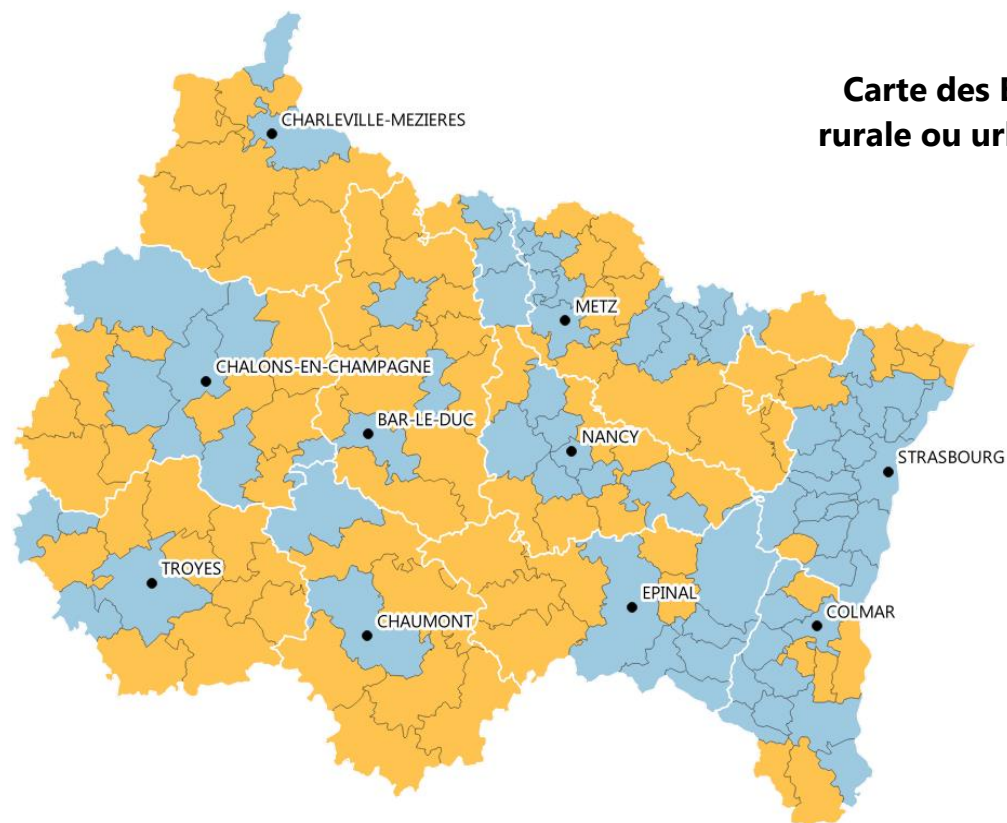
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

26 445

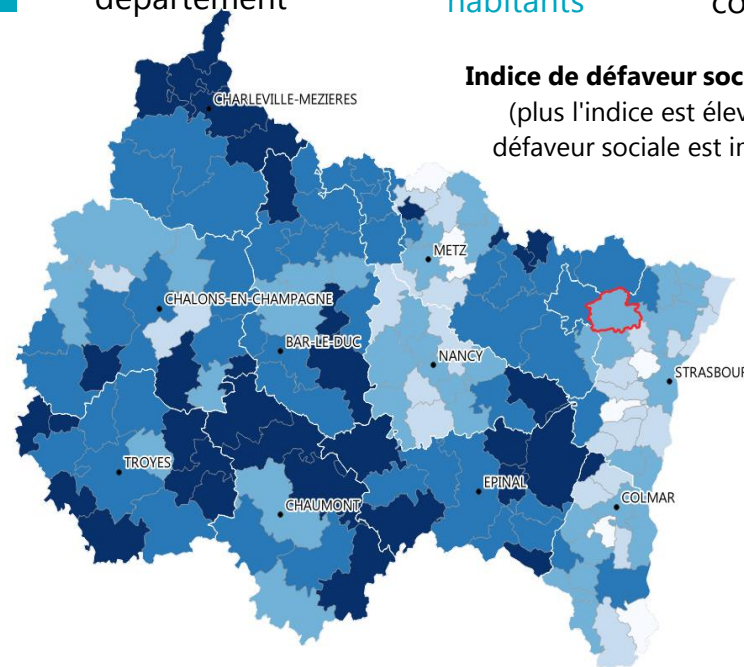
habitants

38

communes

EPCI à dominante

rurale

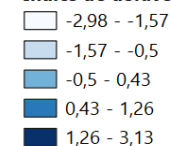


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	26 445	73,8	96,7		119,7	239,8	0,97	192,8	36,2	-0,5 
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-717	-0,53	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-395	-0,29	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		99,6	86,3		83,8	78,8		84,5	92,3	3,7 
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	17 555	66,4	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,1 

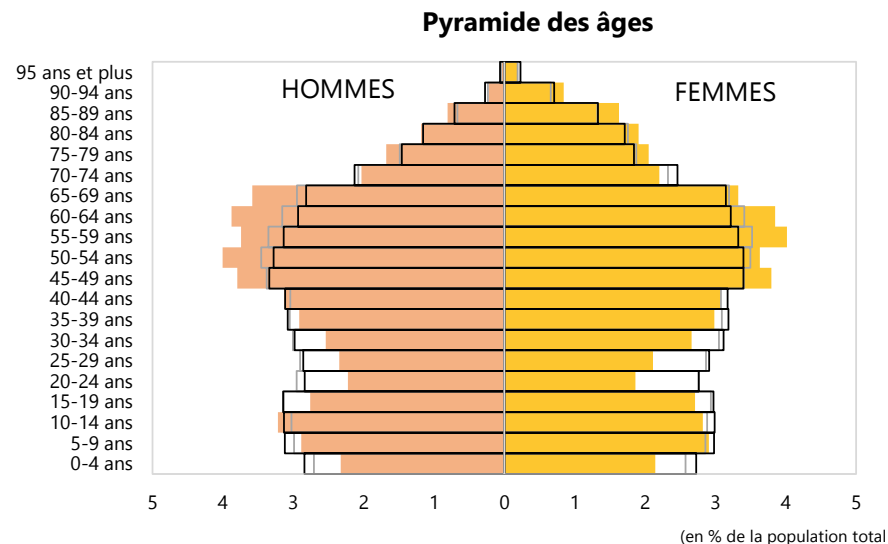
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,2	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 196	9,4	13,3	●	12,8	11,6	0,8	14,0	10,8	-0,7 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 891	28,2	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	1,5 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,1	3,7	●	2,5	2,7	0,5	3,3	5,8	-3,0 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	22 410		21 800	●	21 930	22 860				n.d. n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 029	9,4	14,7	●	14,5	13,2				n.d. n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,0	5,8	●	5,8	5,2				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>)	5 551	27,0	27,8	●	27,0	23,2	0,6	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>)	4 464	21,7	26,3	●	31,0	31,6	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)

		
EPCI	83,2	84,4
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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		
15	Décès toutes causes confondues	278	789,8	784,7	●	725,2	747,9	1,6	773,8	818,4	-2,0	➡
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	42	155,3	181,6	●	175,7	155,7	1,9	182,2	180,3	-2,4	➡
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	79	272,8	294,9	●	277,8	263,1	1,8	294,8	295,6	-1,9	➡
18	Décès par cancers	66	196,4	224,3	●	212,4	213,5	1,9	224,4	223,8	-1,5	➡
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	82	223,1	187,5	●	170,0	187,7	1,5	181,7	205,6	-3,4	➡
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	11	32,3	34,7	●	25,0	35,1	4,4	34,6	35,0	-5,1	➡
21	Décès par suicide	4	13,6	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	1,6	➡
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	7	21,7	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-2,6	➡
24	Décès par pathologies liées au tabac	41	113,7	129,3	●	109,3	125,8	2,7	129,4	129,0	-5,5	➡
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	33	112,7	124,4	●	116,2	104,1	2,3	124,2	125,7	-2,0	➡
26	Décès évitables liés au système de soins	15	52,2	58,0	●	53,2	53,1	1,0	57,8	58,7	-6,3	➡

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. Insee, 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

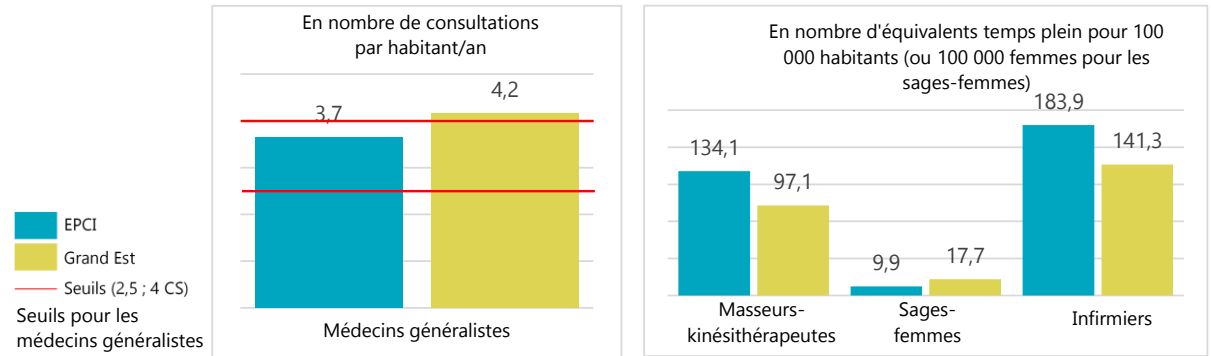
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 529	4 474	4 223	●	4 161	4 406	1,2	4 221	4 236	0,1	➡
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	75	215	211	●	193	203	1,3	213	201	-2,6	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	169	485	492	●	458	504	1,5	489	503	-0,9	↘
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	311	1 707	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	-1,9	↘
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	269	1 724	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-1,2	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 762	7 779	6 736	●	6 142	7 096	1,7	6 723	6 783	-0,4	↘
33	Personnes prises en charge pour AVC	557	1 580	1 204	●	1 130	1 425	1,3	1 210	1 185	-0,8	↘
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 011	2 874	2 882	●	2 519	2 940	2,8	2 909	2 795	0,7	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	489	1 255	990	●	932	1 059	1,4	974	1 040	-2,2	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 946	5 752	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	0,2	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	22	32	●	33	36	0,7	36	17	-9,3	➡
38	Personnes prises en charge pour VIH	27	100	117	●	212	143	n.d.	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 087	3 711	3 451	●	3 821	3 680	0,9	3 602	2 954	3,7	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	233	795	927	●	1 020	823	1,9	948	866	13,2	↗
41	Patients traités par psychotropes	2 226	6 703	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-5,8	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	924	2 918	3 548	●	3 916	2 811	0,4	3 537	3 588	-3,5	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	1 271	3 788	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-5,5	↘

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

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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	5,0		4,4	3,3	-2,9	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,3	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-2,9	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		134,1	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	4,8	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		9,9	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	8,8	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		183,9	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	3,5	⬆️ !

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	18	3,5	1,8	●	1,2	0,9	44,4	1,0	4,3	4,4	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	4						25,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	13,4	14,5	●	10,6	7,6	100,0	11,1	25,8	1,1	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	25,7	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	18,5	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	12,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	10,1	10,8	●	8,6	6,5	0,0	8,1	19,5	1,2	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	11	4,0	2,6	●	2,2	1,3	54,5	1,5	6,1	0,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	7,6	5,5	●	4,5	3,8	50,0	3,9	10,7	-3,3	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	60	3,7	1,4	●	0,9	0,7	20,6	0,7	3,6	1,7	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	40	2,9	1,8	●	1,3	0,8	10,0	1,0	4,5	1,1	⬆️ !

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. ADEL au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	11,2 min	28,8 min	11,3 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	11,2	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	1,0	↗
60 Services de chirurgie	0	28,8	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,3	↗
61 Services d'obstétrique	0	11,2	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	-17,0	↘
62 Services de soins de suite	1	11,1	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	1,0	↗
63 Services d'urgence	0	28,8	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,3	↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	11,3	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	1,1	↗
65 EHPAD	3	6,3	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	0,8	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	12 223	45 232	43 256	●	40 236	47 867	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	55	1,6	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	6,5	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	350	13,9	16,4	●	15,9	14,1		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)	264	10,5	12,9	●	12,4	11,5		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)	886	35,2	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	1,9	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	66	1,1	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	1,9	↗
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)	447	67,8	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	-0,5	↘
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 077	45,4	46,8	●	47,3	52,3	1,4	46,8	46,9	-4,7	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	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	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	714	2,7	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	1,4	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	809	3,6	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	5,8	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	858	34,7	42,8	●	42,7	39,6	0,5	43,5	40,5	-0,4	↘
82 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>)	374	6,9	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	384	2,6	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	3,3	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	563	15,8	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	1,7	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	95	6,4	6,4	●		3,1		9,3	6,8	22,1	↗ !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

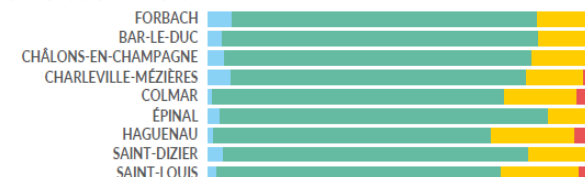
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	211	1,9	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-5,3	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	62	0,6	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-8,6	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 436	31,0	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-1,1	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 103	18,9	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	1,4	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,2	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	39	10,9	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,9	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-2,0	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 684	20,8	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	112		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	2 159	16,7	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-1,9	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		70,0	91,6	●	98,3	96,0				0,8	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	14 932	89,7	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,1		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,2		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité <i>(en %)</i>		3,1	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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			58,6		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	5	7,8	20,3			6,9		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>	33	92,2	45,0			26,8		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			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

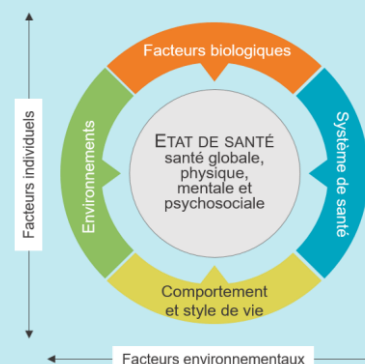
Autres informations

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. »

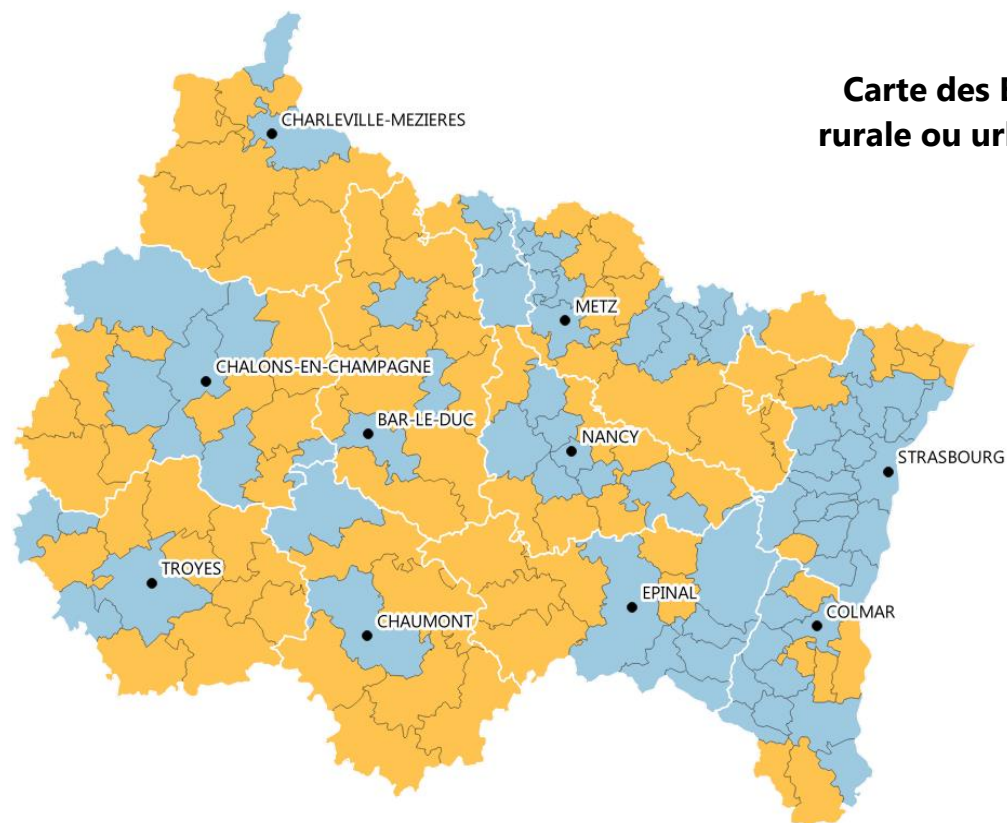
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

26 130

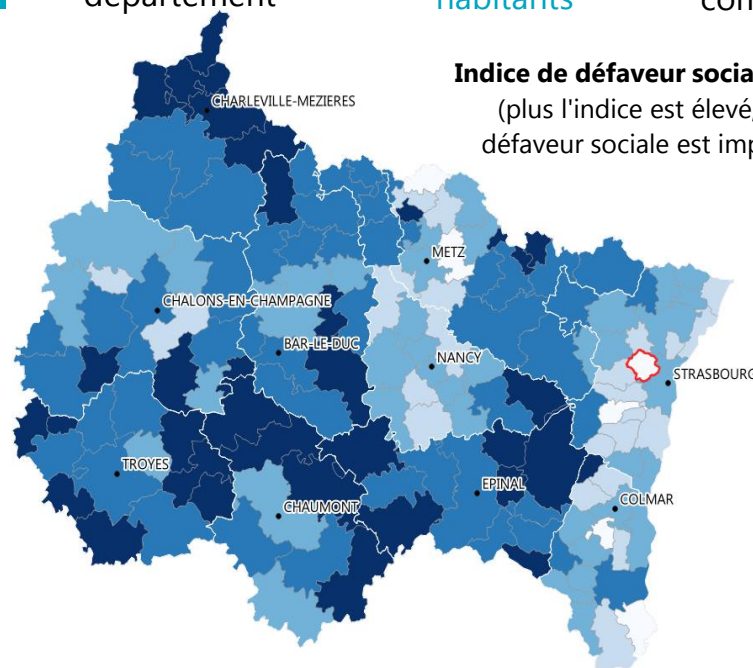
habitants

23

communes

EPCI à dominante

urbaine

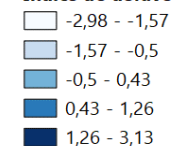


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	26 130	195,1	96,7		119,7	239,8	0,96	192,8	36,2	1,1 
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	1 375	1,09	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	808	0,64	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		83,5	86,3		83,8	78,8		84,5	92,3	3,7 
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	12 612	48,3	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,1 

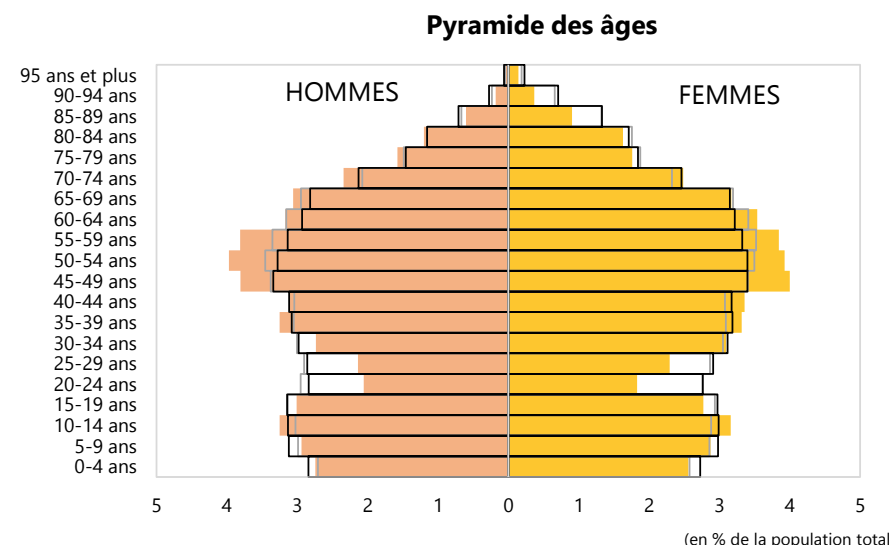
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		-2,8	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	748	5,6	13,3	●	12,8	11,6	0,9	14,0	10,8	-0,8 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 117	19,7	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	-0,4 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		1,5	3,7	●	2,5	2,7	0,6	3,3	5,8	-0,9 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	27 600		21 800	●	21 930	22 860				0,8 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	526	5,0	14,7	●	14,5	13,2				0,0 ➡
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		2,1	5,8	●	5,8	5,2				1,0 ↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 783	14,2	27,8	●	27,0	23,2	0,7	27,4	29,4	-4,8 ↘
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>)	8 071	41,3	26,3	●	31,0	31,6	1,0	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)

	Homme	Femme
EPCI	82,2	87,2
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

rtalité

		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	
15	Décès toutes causes confondues	168	697,0	784,7	●	725,2	747,9	1,8	773,8	818,4	-0,7	➡
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	26	111,4	181,6	●	175,7	155,7	1,5	182,2	180,3	-2,6	➡
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	51	195,2	294,9	●	277,8	263,1	2,0	294,8	295,6	-2,9	➡
18	Décès par cancers	55	213,8	224,3	●	212,4	213,5	1,9	224,4	223,8	0,5	➡
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	38	163,3	187,5	●	170,0	187,7	2,0	181,7	205,6	-3,5	➡
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	6	25,0	34,7	●	25,0	35,1	n.d.	34,6	35,0	-4,2	➡
21	Décès par suicide	2	9,8	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	-2,6	➡
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	19,2	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	12,6	➡
24	Décès par pathologies liées au tabac	24	96,9	129,3	●	109,3	125,8	2,4	129,4	129,0	-3,7	➡
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	19	73,2	124,4	●	116,2	104,1	3,3	124,2	125,7	-2,5	➡
26	Décès évitables liés au système de soins	11	43,3	58,0	●	53,2	53,1	1,0	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. Insee, 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	Diabète
Grand Est	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
France métrop.	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

Morbidité

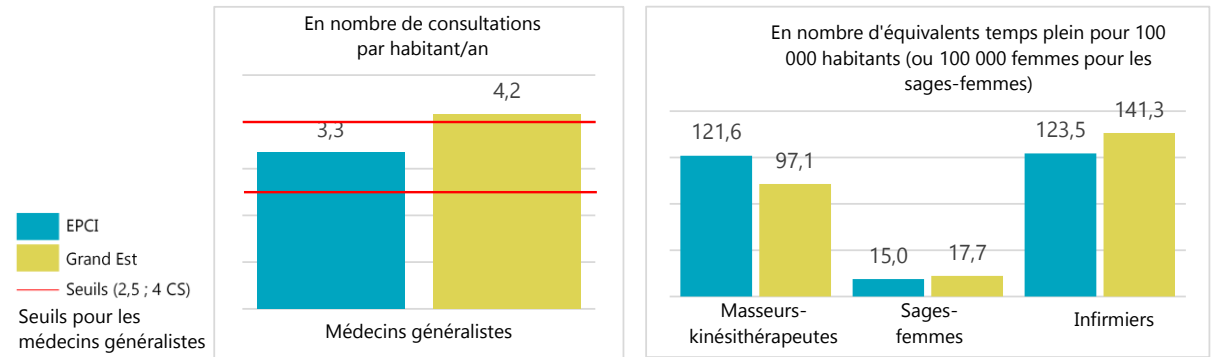
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 435	4 555	4 223	●	4 161	4 406	1,0	4 221	4 236	2,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	44	132	211	●	193	203	n.d.	213	201	1,5	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	131	420	492	●	458	504	2,0	489	503	3,8	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	363	2 166	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	2,3	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	247	1 711	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	1,1	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 193	6 835	6 736	●	6 142	7 096	1,8	6 723	6 783	2,3	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	439	1 386	1 204	●	1 130	1 425	1,2	1 210	1 185	2,2	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	819	2 514	2 882	●	2 519	2 940	3,4	2 909	2 795	0,4	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	327	978	990	●	932	1 059	1,5	974	1 040	-0,7	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 441	4 516	5 516	●	4 840	5 601	1,7	5 586	5 284	1,6	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	17	32	●	33	36	2,1	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	22	78	117	●	212	143	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	675	2 384	3 451	●	3 821	3 680	0,8	3 602	2 954	5,1	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	147	523	927	●	1 020	823	1,3	948	866	16,6	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 846	6 036	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-1,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	889	2 961	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	1,0	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	922	2 996	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-2,5	↘ !

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

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 σ) / (Taux η)	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	5,0		4,4	3,3	-1,3	⬇️
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,9	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-3,6	⬇️
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		121,6	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	7,9	⬆️
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		15,0	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	8,7	⬆️
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		123,5	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	2,4	⬆️

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	26	1,2	1,8	●	1,2	0,9	33,3	1,0	4,3	-8,6	⬆️
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	18,1	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,9	⬆️
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	13,0	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	1,5	⬆️
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	14,9	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	0,9	⬆️
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	13,5	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	-1,8	⬆️
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	15	1,9	2,6	●	2,2	1,3	33,3	1,5	6,1	0,3	⬆️
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	6,2	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	2,3	⬆️
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	59	1,8	1,4	●	0,9	0,7	20,3	0,7	3,6	2,7	⬆️
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	42	0,9	1,8	●	1,3	0,8	19,0	1,0	4,5	-17,3	⬆️

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

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL 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	23,2 min	23,2 min	17,5 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
59 Services de médecine	0	23,2	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,7 ↗
60 Services de chirurgie	0	23,3	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,8 ↗
61 Services d'obstétrique	0	23,3	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	0,8 ↗
62 Services de soins de suite	0	13,4	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	1,4 ↗
63 Services d'urgence	0	23,2	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,7 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	17,5	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	1,0 ↗
65 EHPAD	2	6,2	4,0	●	3,0	2,7		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'évolution des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58 et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	14 875	53 206	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	0,5 ↗

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	55	1,5	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	14,4	↗
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)	205	8,1	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	0,1	↗
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	101	3,9	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-5,5	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 494	57,5	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	1,2	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	42	0,7	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	1,1	↗
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)	554	71,7	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	0,2	↗
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 188	67,8	46,8	●	47,3	52,3	1,3	46,8	46,9	-4,3	↘

!

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		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	
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	245	0,9	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	3,4	↗
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	332	1,5	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	12,1	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	677	32,2	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	2,6	↗
82	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>)	231	4,7	5,6		n.d.	6,1					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	119	0,8	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	3,3	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	627	15,9	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	3,4	↗
85	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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

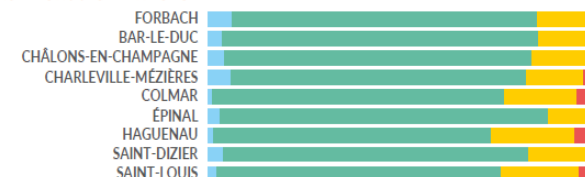
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	130	1,2	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-4,4	↗
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	20	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-4,3	↗
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 439	13,3	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-4,1	↗
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 028	9,5	17,5	●	13,9	14,2		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	5,3		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	22	16,4	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,5	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-2,6	↗
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	71	0,6	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	75		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	3 319	25,1	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-1,3	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		33,1	91,6	●	98,3	96,0				-0,8	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	13 431	81,7	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,2		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,6		●							
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	0,5		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			51,9		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			58,6		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			6,9		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>	14	48,4	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	9	51,6	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

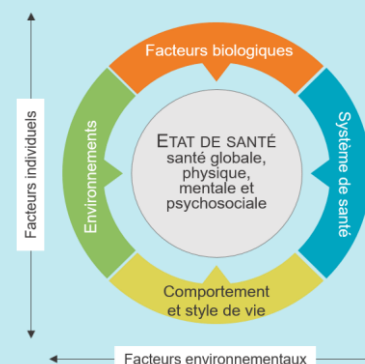
Autres informations

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. »

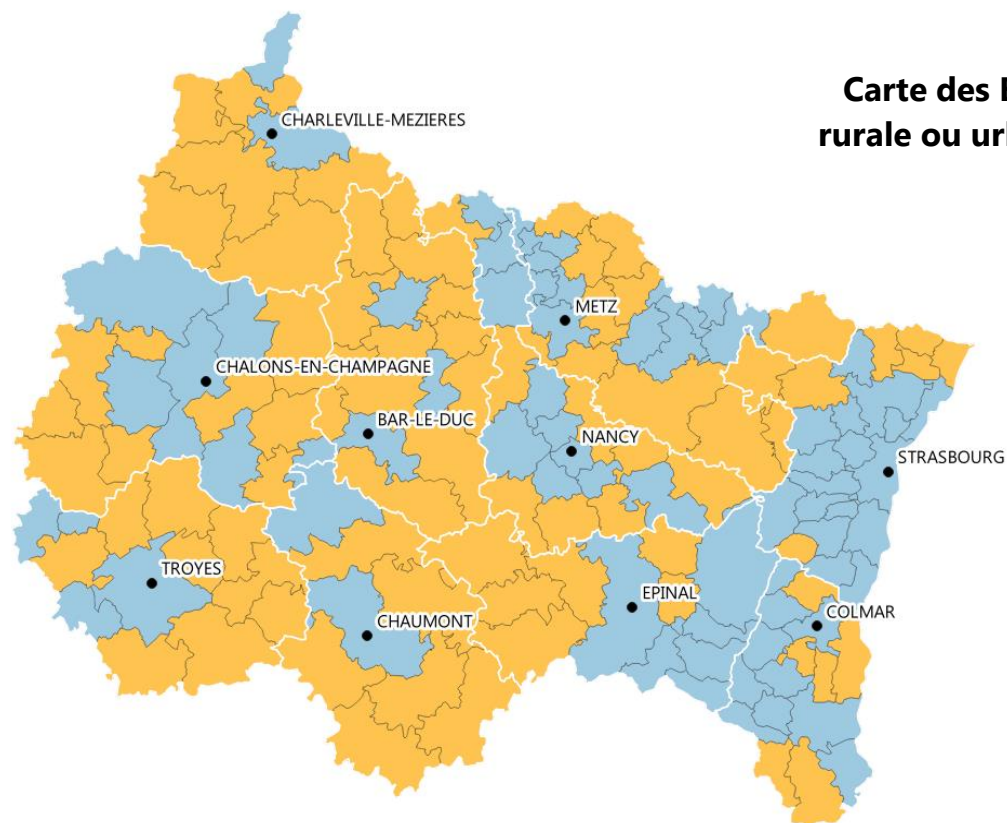
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

24 668

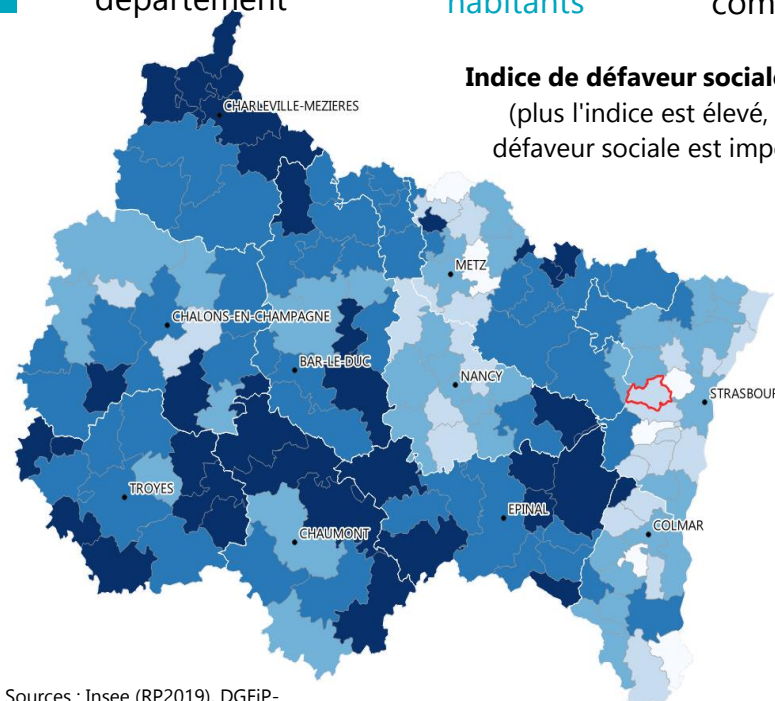
habitants

24

communes

EPCI à dominante

urbaine

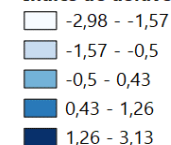


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	24 668	141,6	96,7		119,7	239,8	0,95	192,8	36,2	0,3 ↗
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	405	0,33	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	341	0,28	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		84,9	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	4,0 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	11 561	46,9	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	-0,3 ↘

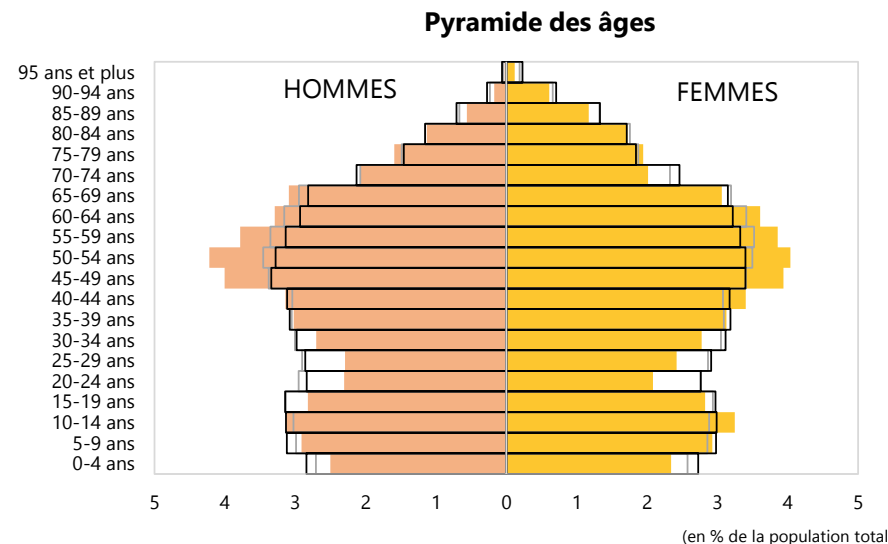
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ 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>)	903	7,2	13,3	●	12,8	11,6	0,8	14,0	10,8	-0,7 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 489	24,5	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	-0,2 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,1	3,7	●	2,5	2,7	0,4	3,3	5,8	-4,5 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	24 480		21 800	●	21 930	22 860				n.d. n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	656	6,4	14,7	●	14,5	13,2				n.d. n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,2	5,8	●	5,8	5,2				n.d. n.d.
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	4 051	21,6	27,8	●	27,0	23,2	0,7	27,4	29,4	-2,9 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	5 341	28,5	26,3	●	31,0	31,6	0,9	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)

			
EPCI	80,1	85,4	
Grand Est	79,0	84,7	
France métrop.	79,6	85,5	Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15	Décès toutes causes confondues	204	760,3	784,7	●	725,2	747,9	1,6	773,8	818,4	-1,4	➡
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	32	134,7	181,6	●	175,7	155,7	2,1	182,2	180,3	-2,4	➡
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	64	252,5	294,9	●	277,8	263,1	2,2	294,8	295,6	-1,0	➡
18	Décès par cancers	55	205,4	224,3	●	212,4	213,5	2,3	224,4	223,8	-2,5	➡
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	56	208,6	187,5	●	170,0	187,7	1,3	181,7	205,6	-2,3	➡
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	11	40,3	34,7	●	25,0	35,1	3,9	34,6	35,0	-2,5	➡
21	Décès par suicide	3	12,4	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	-2,1	➡
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	7	22,7	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-1,6	➡
24	Décès par pathologies liées au tabac	31	113,4	129,3	●	109,3	125,8	3,4	129,4	129,0	-5,1	↘
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	26	99,9	124,4	●	116,2	104,1	3,6	124,2	125,7	-2,5	➡
26	Décès évitables liés au système de soins	12	45,8	58,0	●	53,2	53,1	1,3	57,8	58,7	-1,1	➡

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

Sources : 15-26. Insee, 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

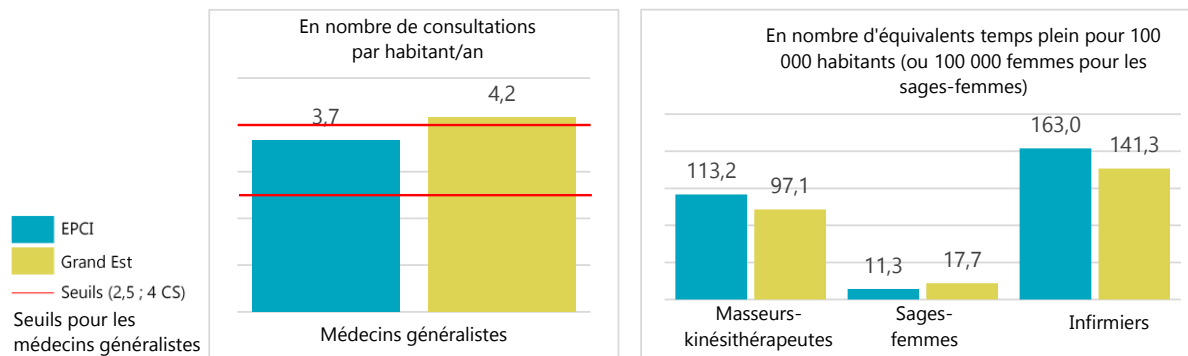
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 384	4 589	4 223	●	4 161	4 406	1,0	4 221	4 236	0,5	↗
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	54	177	211	●	193	203	n.d.	213	201	1,8	↗
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	157	513	492	●	458	504	1,6	489	503	0,5	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	330	2 118	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	0,7	↗
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	242	1 700	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-2,0	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 101	6 796	6 736	●	6 142	7 096	1,8	6 723	6 783	1,3	↗
33	Personnes prises en charge pour AVC	406	1 329	1 204	●	1 130	1 425	1,2	1 210	1 185	-0,3	↘
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	812	2 603	2 882	●	2 519	2 940	2,9	2 909	2 795	1,0	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	322	994	990	●	932	1 059	1,7	974	1 040	-3,1	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 597	5 218	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	-0,4	↘
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	16	32	●	33	36	3,6	36	17	-20,5	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	23	82	117	●	212	143	n.d.	131	67	3,1	↗
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	899	3 309	3 451	●	3 821	3 680	1,0	3 602	2 954	4,1	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	205	750	927	●	1 020	823	2,1	948	866	13,9	↗
41	Patients traités par psychotropes	1 773	5 965	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-5,9	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	760	2 616	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	-3,5	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	1 013	3 368	4 002	●	3 902	3 518	0,5	3 998	4 018	-4,7	↘

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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 télémedecine 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 8) / (Taux 9)	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	5,0		4,4	3,3	-1,5	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,1	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-5,5	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		113,2	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	6,9	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		11,3	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	4,7	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		163,0	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	3,7	⬆️ !

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	18	1,4	1,8	●	1,2	0,9	50,0	1,0	4,3	3,0	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	4						25,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	16,2	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,6	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	16,2	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,6	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	7,4	11,6	●	10,5	7,2	100,0	8,0	23,7	1,6	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	7,4	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	1,6	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	17	3,0	2,6	●	2,2	1,3	17,6	1,5	6,1	2,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	4,8	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	1,2	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	50	1,0	1,4	●	0,9	0,7	24,5	0,7	3,6	-2,3	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	31	1,4	1,8	●	1,3	0,8	9,7	1,0	4,5	-4,8	⬆️ !

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. ADEL 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	24,0 min	25,4 min	16,2 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

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

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour 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.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	13 782	52 742	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	0,5 ↗

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	68	2,0	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	9,1	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	274	11,1	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	0,8	↗
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	197	8,1	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-3,9	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 062	43,3	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	1,1	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	39	0,7	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	-1,7	↘
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)	521	77,2	58,4	●	62,2	64,8		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)	2 679	60,8	46,8	●	47,3	52,3	1,2	46,8	46,9	0,0	→

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	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	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	367	1,5	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,2	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	485	2,3	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	3,2	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	687	36,3	42,8	●	42,7	39,6	0,5	43,5	40,5	-1,5	↘
82 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>)	234	5,1	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	163	1,1	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	2,4	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	640	17,3	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	3,3	↗
85 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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

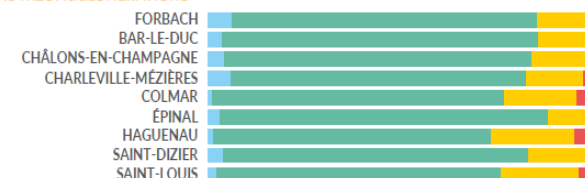
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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	1,8	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-6,2	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	31	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-7,3	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 345	22,7	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-2,8	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 521	14,7	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	6	3,4	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	11,0	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	25	14,3	9,5	●	n.d.	20,9		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,6	0,2	●	n.d.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,9	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	0,6	↗
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 109	13,4	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	112		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	2 437	19,3	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	0,2	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		50,5	91,6	●	98,3	96,0				-0,3	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	13 563	92,1	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,7		●							
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>		5,4	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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	100,0	49,2			58,6		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			6,9		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	92,3	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	3	7,7	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

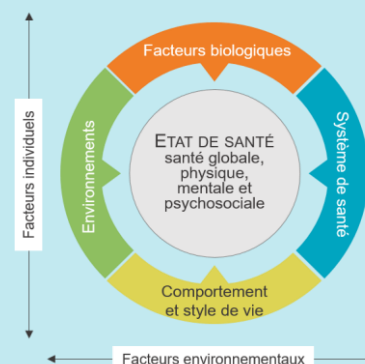
Autres informations

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. »

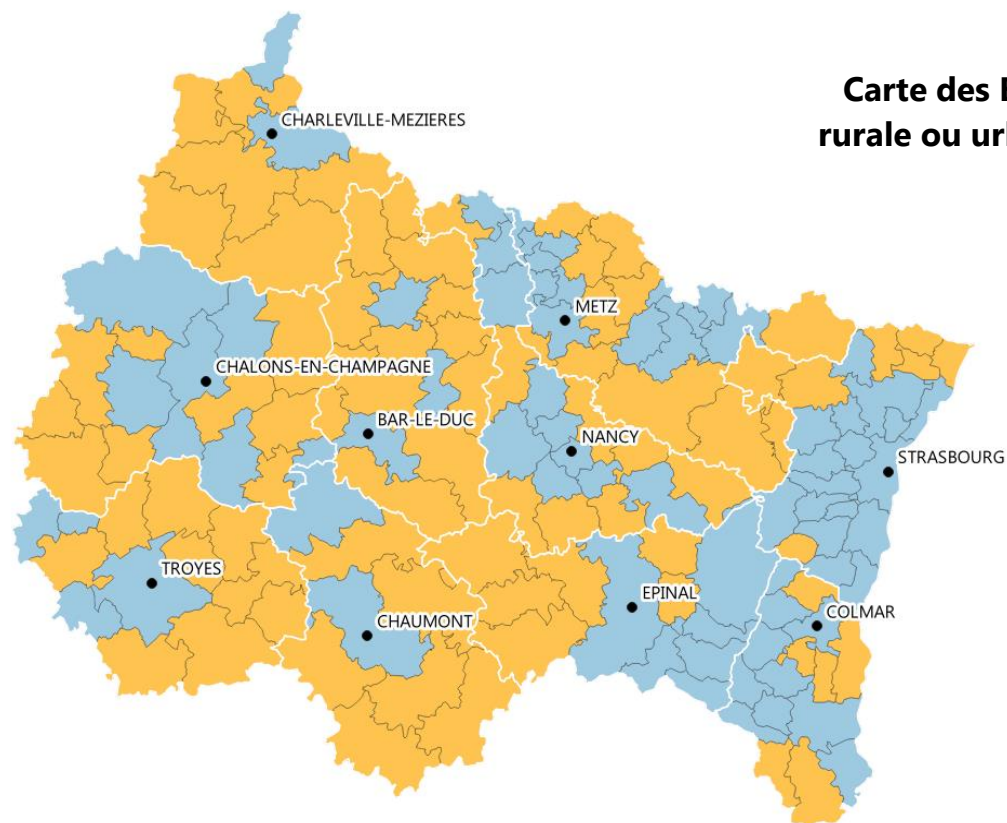
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

16 191

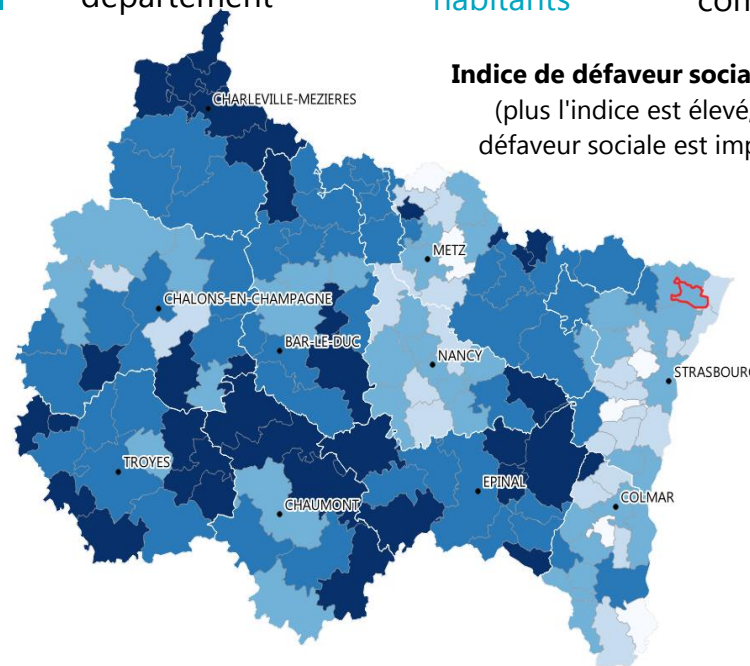
habitants

13

communes

EPCI à dominante

rurale

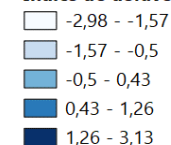


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	16 191	135,2	96,7		119,7	239,8	0,99	192,8	36,2	0,2 ↗
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	178	0,22	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	173	0,21	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		85,8	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,1 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	8 818	54,5	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	-0,3 ↘

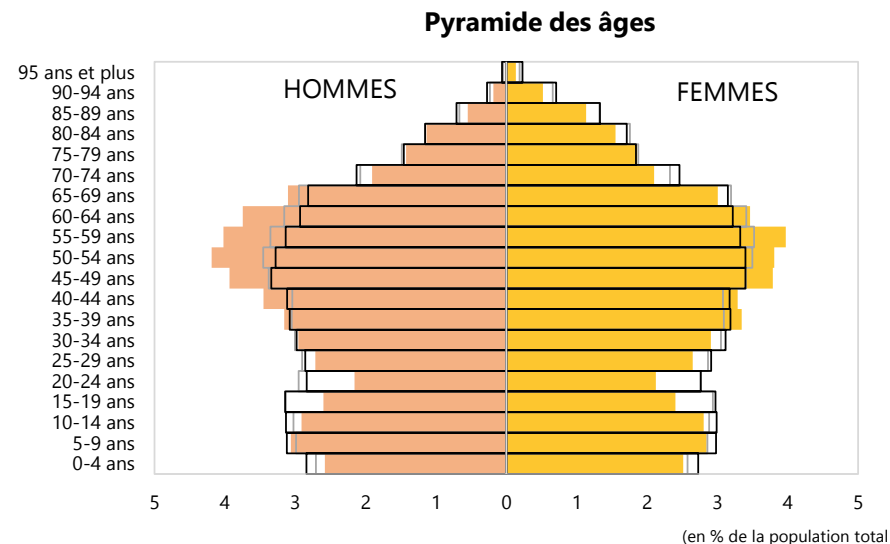
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ 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>)	777	9,2	13,3	●	12,8	11,6	0,7	14,0	10,8	-1,6 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 932	27,2	28,5	●	27,5	27,7	0,3	28,7	27,9	0,9 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		8,8	3,7	●	2,5	2,7	0,5	3,3	5,8	-2,0 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	23 890		21 800	●	21 930	22 860				1,5 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	527	7,9	14,7	●	14,5	13,2				0,8 ↗
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,2	5,8	●	5,8	5,2				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>)	3 307	26,3	27,8	●	27,0	23,2	0,6	27,4	29,4	-2,6 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 458	19,6	26,3	●	31,0	31,6	0,9	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 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

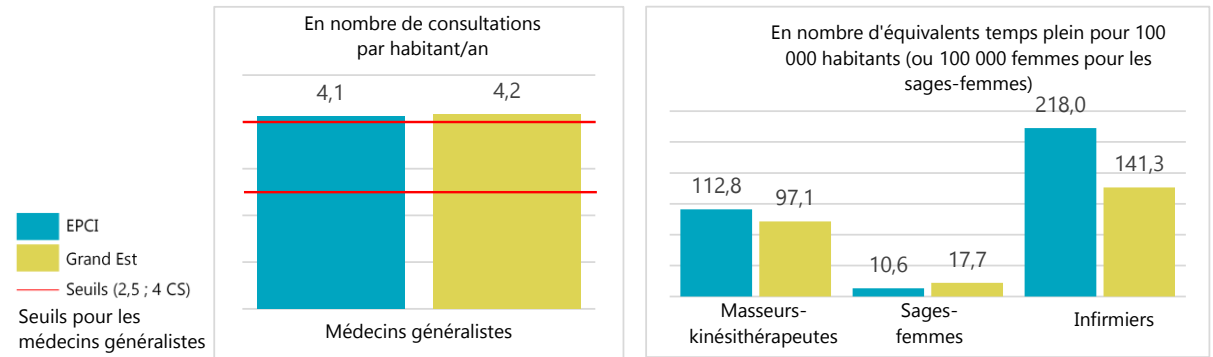
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	762	3 996	4 223	●	4 161	4 406	1,0	4 221	4 236	-1,4	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	34	176	211	●	193	203	n.d.	213	201	-3,2	⬇️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	106	553	492	●	458	504	2,1	489	503	-1,5	⬇️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	185	1 841	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	-2,0	⬇️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	125	1 381	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	1,1	⬆️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 458	7 589	6 736	●	6 142	7 096	1,6	6 723	6 783	-1,3	⬇️
33	Personnes prises en charge pour AVC	280	1 452	1 204	●	1 130	1 425	0,9	1 210	1 185	-5,0	⬇️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	570	2 903	2 882	●	2 519	2 940	2,5	2 909	2 795	-1,6	⬇️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	220	1 101	990	●	932	1 059	1,4	974	1 040	-4,5	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	987	5 115	5 516	●	4 840	5 601	1,2	5 586	5 284	-1,1	⬇️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	9	32	●	33	36	n.d.	36	17	-22,0	➡️
38	Personnes prises en charge pour VIH	12	n.d.	117		212	143	2,5	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	496	2 881	3 451	●	3 821	3 680	0,9	3 602	2 954	-0,1	➡️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	108	621	927	●	1 020	823	1,7	948	866	11,4	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	1 305	7 030	7 186	●	7 149	6 351	0,5	7 201	7 142	-4,4	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	539	2 937	3 548	●	3 916	2 811	0,4	3 537	3 588	-3,5	⬇️
43	Patients traités par anxiolytiques	789	4 277	4 002	●	3 902	3 518	0,5	3 998	4 018	-4,5	⬇️

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

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		4,1	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	1,7	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,8	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	2,9	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		112,8	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	6,8	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		10,6	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	18,0	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		218,0	141,3	●	146,5	182,3		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	15	1,9	1,8	●	1,2	0,9	66,7	1,0	4,3	1,8	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	18,2	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,7	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	19,8	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,8	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	8,3	11,6	●	10,5	7,2	0,0	8,0	23,7	0,8	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	19,8	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	19,9	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	7	5,4	2,6	●	2,2	1,3	42,9	1,5	6,1	2,2	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	14,9	5,5	●	4,5	3,8	n.d.	3,9	10,7	-3,5	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	24	1,0	1,4	●	0,9	0,7	29,6	0,7	3,6	5,4	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	22	1,3	1,8	●	1,3	0,8	4,5	1,0	4,5	3,6	↗ !

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. ADEL 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	19,8 min	19,8 min	18,9 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	19,8	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,6	↗
60 Services de chirurgie	0	19,8	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,6	↗
61 Services d'obstétrique	0	19,8	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	0,6	↗
62 Services de soins de suite	0	12,8	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	0,8	↗
63 Services d'urgence	0	19,8	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,6	↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	18,9	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	0,8	↗
65 EHPAD	2	4,8	4,0	●	3,0	2,7		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.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	7 703	46 582	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	0,7 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	33	1,6	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	6,8	↗
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)	209	13,9	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-2,3	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	188	10,5	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-4,8	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	584	32,7	41,5	●	46,6	48,5		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)	27	0,8	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	-2,3	↘
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)	293	64,4	58,4	●	62,2	64,8		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)	1 408	52,3	46,8	●	47,3	52,3	1,6	46,8	46,9	-2,5	↘

!

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		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	
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	264	1,6	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-1,8	↘
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	385	2,9	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	2,0	↗
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	496	38,5	42,8	●	42,7	39,6	0,5	43,5	40,5	-0,7	↘
82	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>)	215	7,4	5,6		n.d.	6,1					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	119	1,2	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	-0,2	↘
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	423	18,2	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	2,8	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	45	4,7	4,7	●		3,1		9,3	6,8	118,7	↗

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

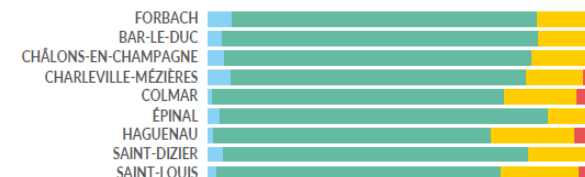
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	110	1,6	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-2,8	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	18	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-5,3	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 215	17,7	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-1,6	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 192	17,4	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	10	8,3	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	2,7	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	21	17,5	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,0	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-0,1	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	380	5,6	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	38		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	1 768	20,8	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	0,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		53,7	91,6	●	98,3	96,0				0,7	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	8 704	94,3	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,8		●							
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	0,5		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			51,9		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>	1	10,6	49,2			58,6		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			6,9		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) <i>(et part de la population couverte)</i>	13	100,0	45,0			26,8		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			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

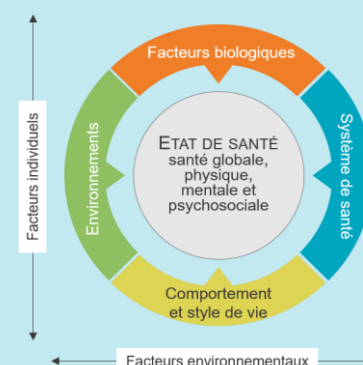
Autres informations

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. »

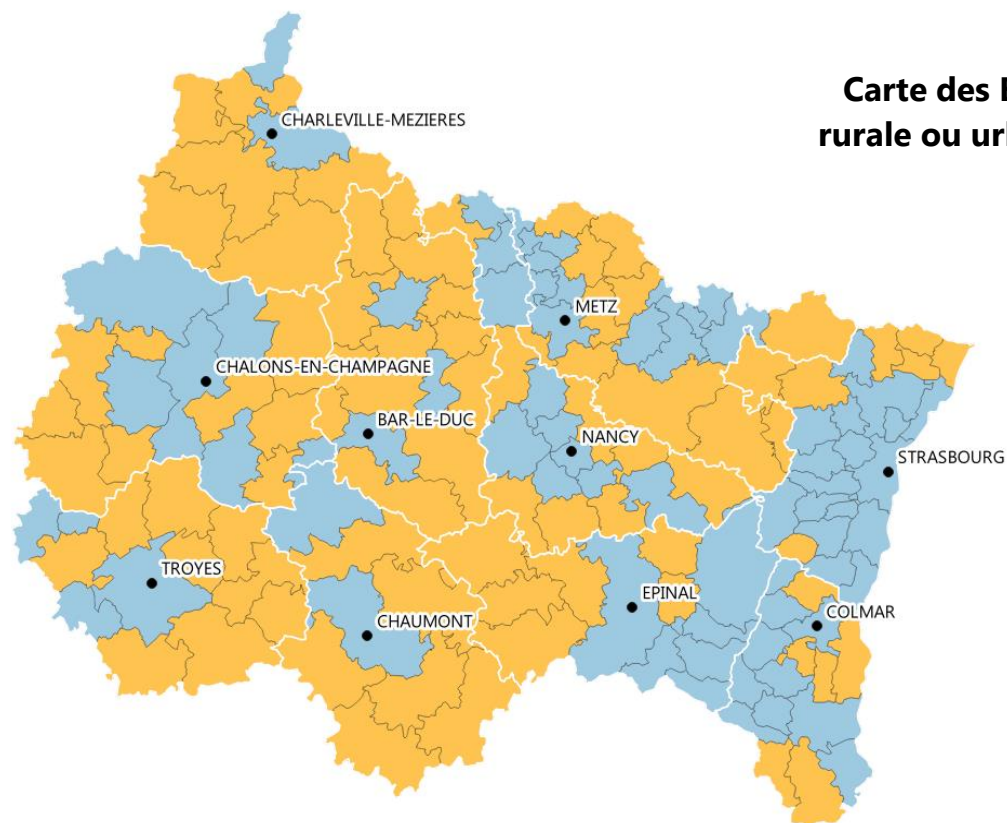
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

Portrait de santé

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

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

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

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Bas-Rhin

département

24 178

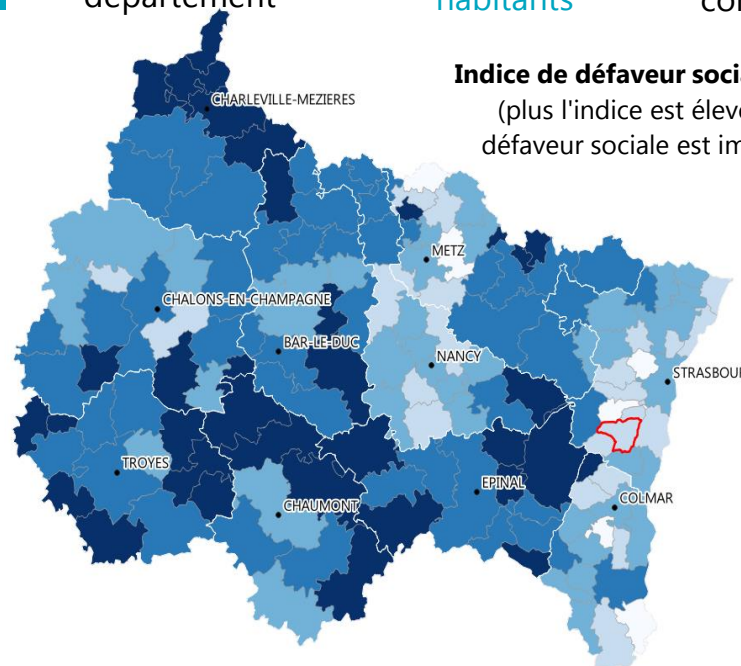
habitants

20

communes

EPCI à dominante

urbaine

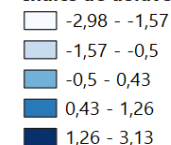


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	24 178	127,6	96,7		119,7	239,8	0,97	192,8	36,2	0,3 ↗
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	321	0,27	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	373	0,31	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		87,7	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,1 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	7 415	30,7	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,6 ↗

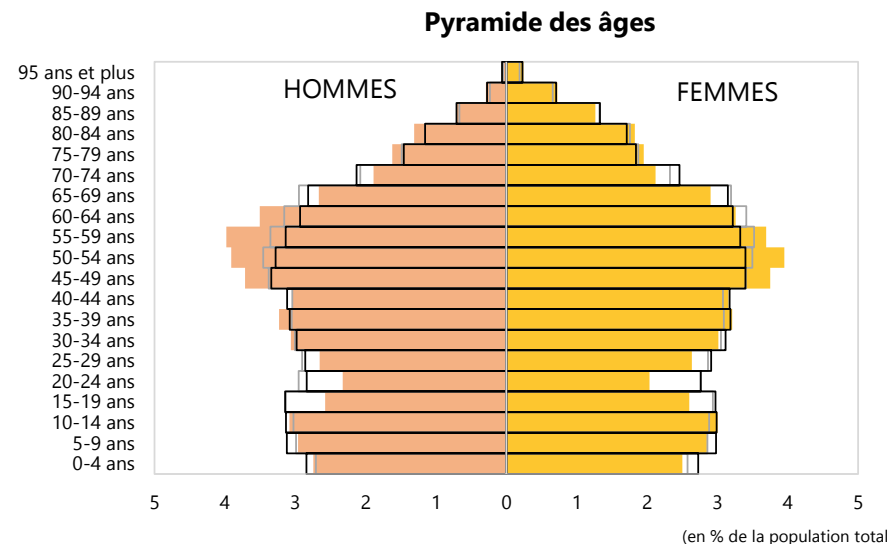
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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>)		-0,9	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 047	8,5	13,3	●	12,8	11,6	0,7	14,0	10,8	-3,7 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 414	24,8	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	-0,6 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,1	3,7	●	2,5	2,7	0,6	3,3	5,8	-3,4 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	24 000		21 800	●	21 930	22 860				1,3 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	830	8,1	14,7	●	14,5	13,2				-1,9 ↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,6	5,8	●	5,8	5,2				1,1 ↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 948	21,3	27,8	●	27,0	23,2	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>)	5 638	30,4	26,3	●	31,0	31,6	0,9	27,7	21,5	3,1 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	79,6	86,8
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15 Décès toutes causes confondues	219	733,7	784,7	●	725,2	747,9	1,5	773,8	818,4	-2,6	➡
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	27	119,5	181,6	●	175,7	155,7	2,7	182,2	180,3	-6,5	➡
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	53	224,2	294,9	●	277,8	263,1	2,5	294,8	295,6	-4,7	➡
18 Décès par cancers	55	195,1	224,3	●	212,4	213,5	1,9	224,4	223,8	-2,7	➡
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	62	197,1	187,5	●	170,0	187,7	1,4	181,7	205,6	-2,8	➡
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	8	27,7	34,7	●	25,0	35,1	3,0	34,6	35,0	-4,1	➡
21 Décès par suicide	3	10,6	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	-1,7	➡
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	5	16,8	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-6,8	➡
24 Décès par pathologies liées au tabac	33	111,9	129,3	●	109,3	125,8	2,5	129,4	129,0	-5,4	➡
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	23	97,6	124,4	●	116,2	104,1	3,5	124,2	125,7	-1,8	➡
26 Décès évitables liés au système de soins	9	39,7	58,0	●	53,2	53,1	1,7	57,8	58,7	-7,2	➡

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

Sources : 15-26. Insee, 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

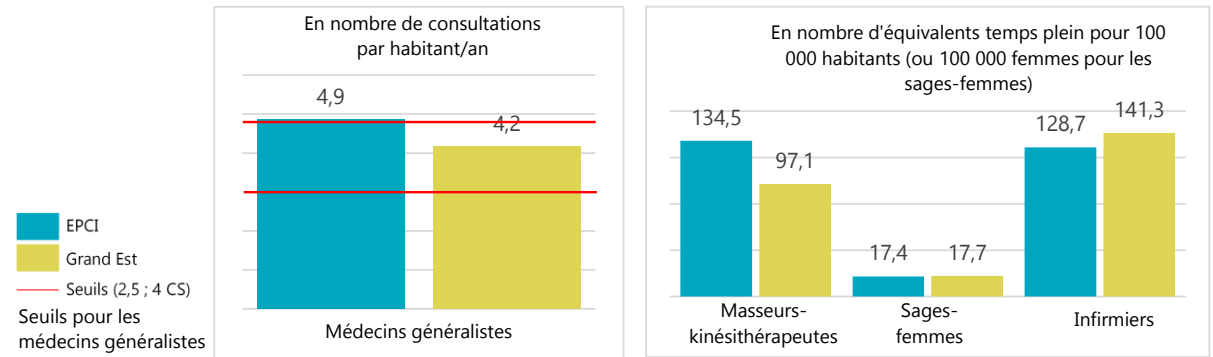
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 297	4 311	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	0,9	↗
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	49	159	211	●	193	203	1,4	213	201	-1,6	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	135	442	492	●	458	504	1,2	489	503	-1,2	↘
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	300	1 867	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	2,0	↗
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	221	1 572	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-3,1	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 231	7 161	6 736	●	6 142	7 096	1,7	6 723	6 783	1,4	↗
33	Personnes prises en charge pour AVC	426	1 365	1 204	●	1 130	1 425	1,4	1 210	1 185	1,8	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	954	3 070	2 882	●	2 519	2 940	2,7	2 909	2 795	1,8	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	379	1 127	990	●	932	1 059	1,5	974	1 040	-0,9	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 476	4 930	5 516	●	4 840	5 601	1,5	5 586	5 284	0,1	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	4	32	●	33	36	n.d.	36	17	-35,5	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	18	n.d.	117		212	143	n.d.	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	899	3 237	3 451	●	3 821	3 680	0,9	3 602	2 954	0,4	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	217	794	927	●	1 020	823	1,4	948	866	9,0	↗
41	Patients traités par psychotropes	1 842	6 248	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-2,6	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	826	2 901	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	-0,3	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	899	3 029	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-2,0	↘

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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 σ) / (Taux η)	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		4,9	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-1,2	⬇️
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		4,5	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-1,4	⬇️
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		134,5	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	3,8	⬆️
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		17,4	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	6,3	⬆️
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		128,7	141,3	●	146,5	182,3		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	26	1,7	1,8	●	1,2	0,9	50,0	1,0	4,3	7,4	⬆️
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	11						45,5				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	3	6,6	14,5	●	10,6	7,6	66,7	11,1	25,8	1,4	⬆️
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	12,6	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	1,2	⬆️
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	12,6	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	1,2	⬆️
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	2	6,6	10,8	●	8,6	6,5	50,0	8,1	19,5	1,4	⬆️
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	20	2,1	2,6	●	2,2	1,3	19,0	1,5	6,1	2,4	⬆️
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	5,0	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	1,6	⬆️
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	39	1,2	1,4	●	0,9	0,7	16,3	0,7	3,6	-1,4	⬆️
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	29	2,0	1,8	●	1,3	0,8	3,4	1,0	4,5	5,6	⬆️

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. ADEL au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	12,6 min	19,5 min	8,0 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	12,6	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	1,2	↗
60 Services de chirurgie	0	19,5	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,5	↗
61 Services d'obstétrique	0	12,6	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	-7,9	↘
62 Services de soins de suite	0	12,6	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	1,2	↗
63 Services d'urgence	0	19,5	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,4	↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	8,0	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	1,9	↗
65 EHPAD	6	2,5	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	2,4	↗

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolution des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour 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.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	13 471	52 452	43 256	●	40 236	47 867	0,9	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	64	2,0	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	6,6	↗
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)	298	12,9	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-4,8	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	267	10,0	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-4,7	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 182	44,1	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	2,1	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	56	1,0	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	1,6	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	472	64,6	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	-0,6	↘
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 665	64,6	46,8	●	47,3	52,3	1,2	46,8	46,9	-3,2	↘

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	479	2,0	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,0	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	672	3,2	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	3,3	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	727	35,9	42,8	●	42,7	39,6	0,5	43,5	40,5	-1,5	↘
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	238	5,5	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	199	1,4	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	2,0	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	675	19,6	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	4,7	↗
85 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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

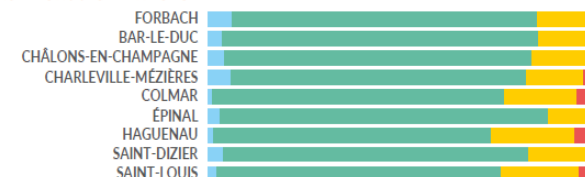
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	259	2,5	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-5,5	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	34	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-0,6	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 712	26,2	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-3,3	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 456	14,1	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	1,6	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,3	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	25	13,2	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,4	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-2,0	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 923	28,4	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	98		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	2 390	19,2	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-1,4	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		56,0	91,6	●	98,3	96,0				-0,8	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	13 004	85,2	76,9	●	71,2	84,6		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		0,9		●							
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>		3,3	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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			58,6		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			6,9		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			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	20	100,0	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

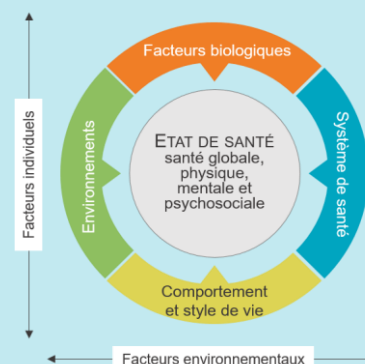
Autres informations

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. »

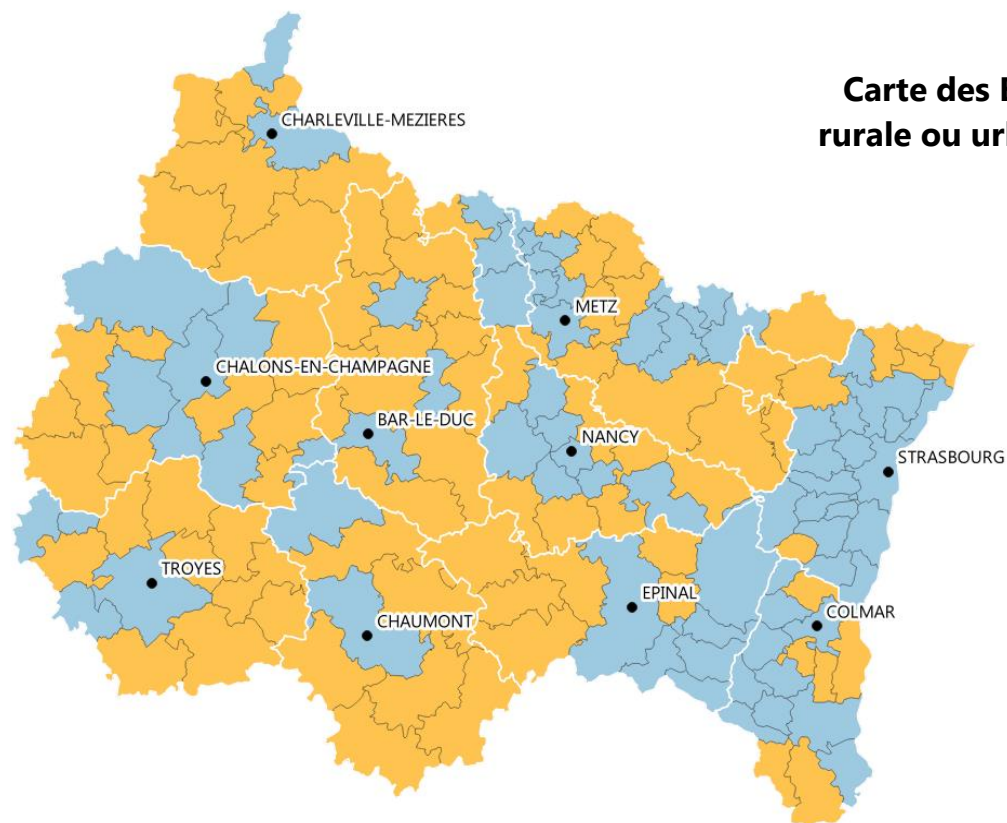
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

Portrait de santé

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

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

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

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Bas-Rhin

département

16 110

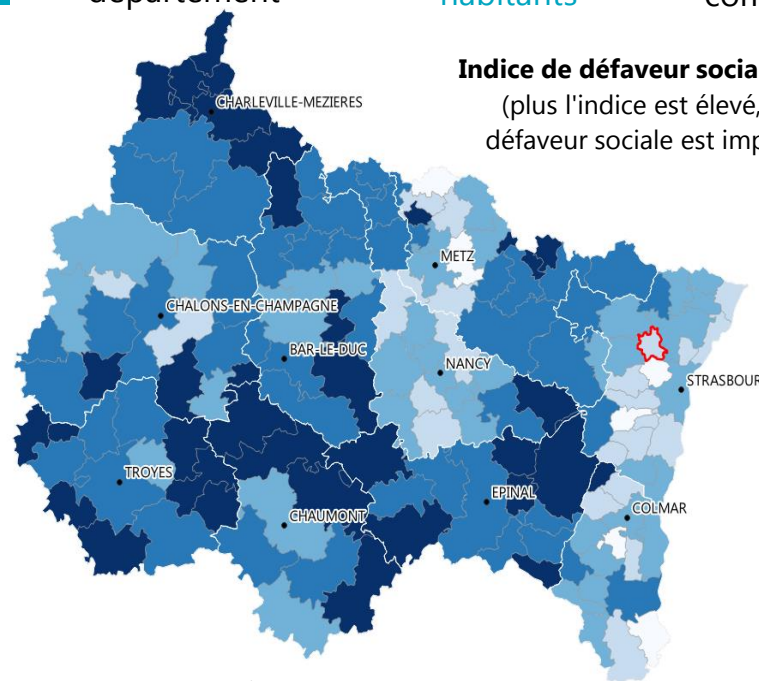
habitants

20

communes

EPCI à dominante

urbaine

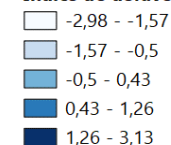


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	16 110	137,2	96,7		119,7	239,8	0,99	192,8	36,2	0,5 ↗
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	360	0,45	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	191	0,24	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		81,9	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	2,6 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	8 017	49,8	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	-0,3 ↘

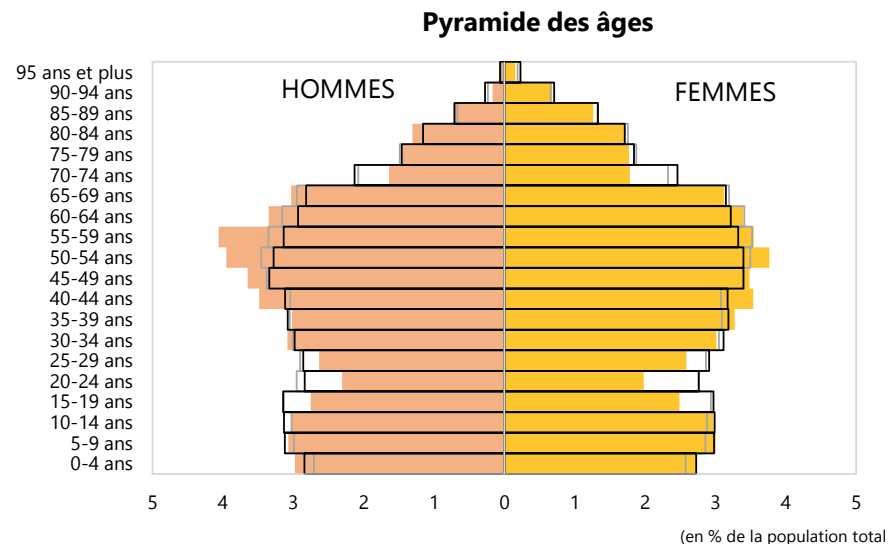
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ 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>)	547	6,7	13,3	●	12,8	11,6	0,9	14,0	10,8	-1,8 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 630	22,8	28,5	●	27,5	27,7	0,3	28,7	27,9	-0,6 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,2	3,7	●	2,5	2,7	0,5	3,3	5,8	-3,3 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	24 970		21 800	●	21 930	22 860				1,3 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	328	5,1	14,7	●	14,5	13,2				-3,5 ↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,0	5,8	●	5,8	5,2				0,7 ↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 570	21,1	27,8	●	27,0	23,2	0,7	27,4	29,4	-2,3 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 344	27,4	26,3	●	31,0	31,6	0,9	27,7	21,5	1,5 ↗

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 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

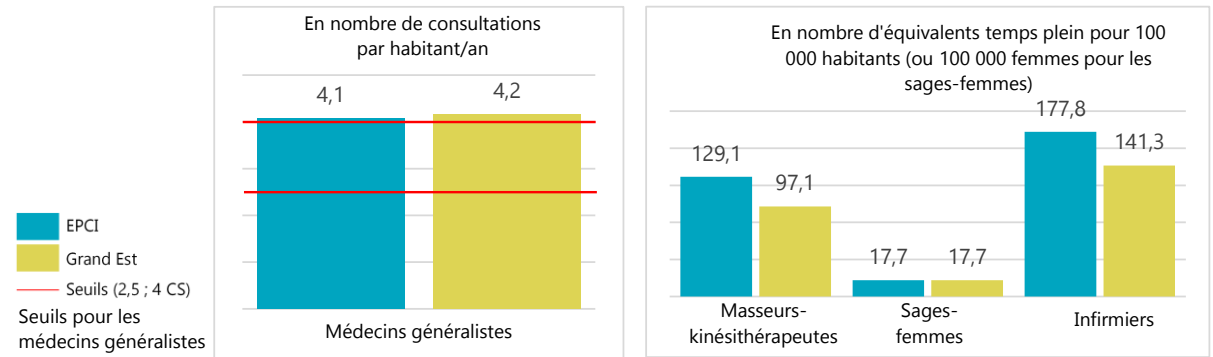
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	884	4 475	4 223	●	4 161	4 406	1,0	4 221	4 236	15,7	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	37	174	211	●	193	203	3,6	213	201	18,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	93	454	492	●	458	504	1,4	489	503	13,7	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	210	2 054	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	15,7	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	142	1 622	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	10,8	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 527	7 498	6 736	●	6 142	7 096	1,8	6 723	6 783	16,4	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	278	1 365	1 204	●	1 130	1 425	1,6	1 210	1 185	18,1	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	643	3 167	2 882	●	2 519	2 940	3,0	2 909	2 795	19,2	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	225	1 032	990	●	932	1 059	1,4	974	1 040	8,0	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 040	5 266	5 516	●	4 840	5 601	1,5	5 586	5 284	13,8	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	14	32	●	33	36	0,4	36	17	6,2	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	40	117	●	212	143	8,9	131	67	21,7	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	564	3 132	3 451	●	3 821	3 680	1,0	3 602	2 954	16,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	120	661	927	●	1 020	823	2,0	948	866	28,7	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 286	6 595	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	10,0	↗ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	629	3 358	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	14,5	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	707	3 607	4 002	●	3 902	3 518	0,5	3 998	4 018	9,4	↗ !

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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		4,1	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-1,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,7	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-3,1	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		129,1	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	8,7	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		17,7	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	5,1	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		177,8	141,3	●	146,5	182,3		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	19	2,7	1,8	●	1,2	0,9	26,3	1,0	4,3	5,8	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	2						0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	13,3	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,8	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	15,0	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	13,8	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	0,8	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	4,4	10,8	●	8,6	6,5	0,0	8,1	19,5	-5,7	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	11	3,2	2,6	●	2,2	1,3	18,2	1,5	6,1	-2,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	5,6	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	1,6	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	20	2,4	1,4	●	0,9	0,7	20,0	0,7	3,6	-1,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	18	2,2	1,8	●	1,3	0,8	0,0	1,0	4,5	-3,1	⬆️ !

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. ADEL 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	19,8 min	21,0 min	13,3 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	19,8	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,6	↗
60 Services de chirurgie	0	21,0	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,5	↗
61 Services d'obstétrique	0	19,8	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	-0,7	↘
62 Services de soins de suite	0	14,7	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	0,6	↗
63 Services d'urgence	0	21,0	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,5	↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	13,3	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	0,8	↗
65 EHPAD	1	5,7	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	1,3	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	8 336	49 132	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	0,8 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	36	1,7	2,4	●	2,3	2,7		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)	162	10,5	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-2,3	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	98	5,5	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-3,2	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	851	47,7	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	0,2	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	31	0,8	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	1,4	↗
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)	346	64,4	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	2,4	↗
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 664	59,6	46,8	●	47,3	52,3	1,2	46,8	46,9	-4,0	↘

!

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		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	
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	162	1,0	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	1,5	↗
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	226	1,7	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	4,0	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	479	32,0	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	1,2	↗
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	238	8,1	5,6		n.d.	6,1					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	115	1,2	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	4,1	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	311	12,7	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	-1,0	↘
85	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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

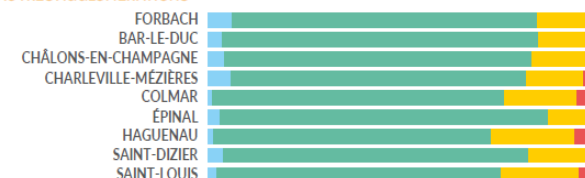
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	90	1,4	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-8,1	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	28	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-5,4	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 557	24,1	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-1,0	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	881	13,7	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	2,6	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	11,8	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	24	20,4	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,0	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-3,1	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	562	5,5	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	66		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	1 668	20,2	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-2,5	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		42,6	91,6	●	98,3	96,0				-0,3	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	7 559	93,9	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,3		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,7		●							
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>		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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			58,6		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			6,9		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>	19	85,5	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	1	14,5	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

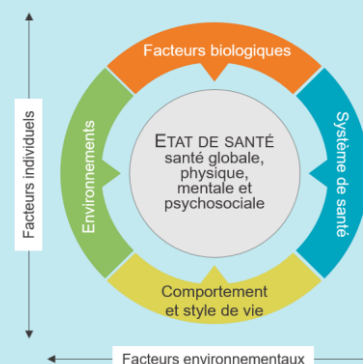
Autres informations

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. »

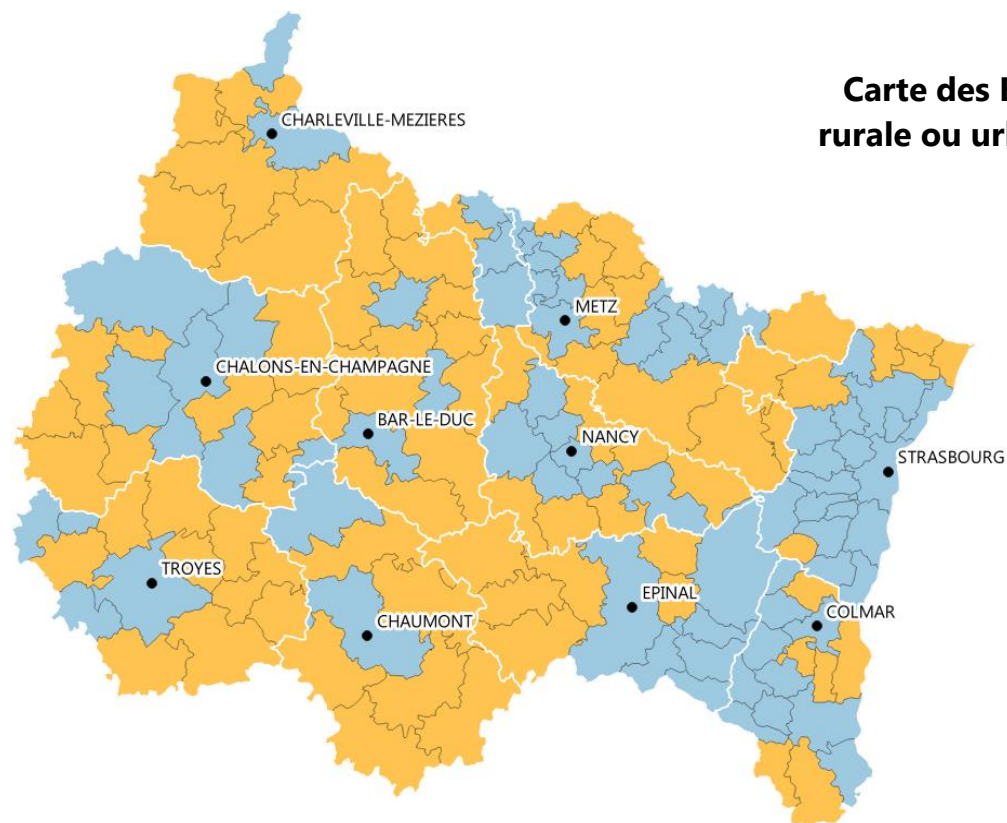
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

23 389

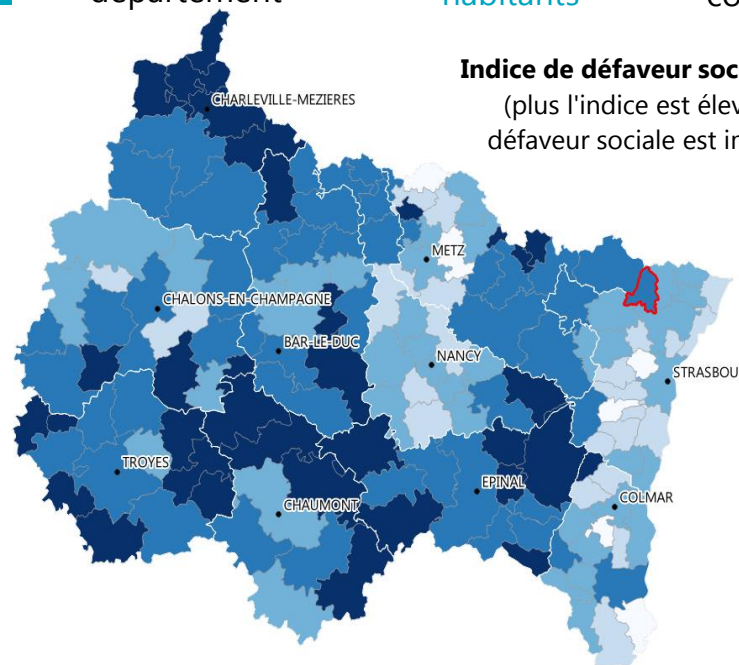
habitants

13

communes

EPCI à dominante

urbaine

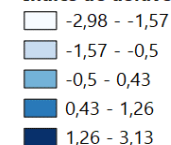


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	23 389	126,8	96,7		119,7	239,8	0,97	192,8	36,2	0,1 ➡
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	94	0,08	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	165	0,14	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		102,9	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,1 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	5 364	22,9	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	-0,1 ↘

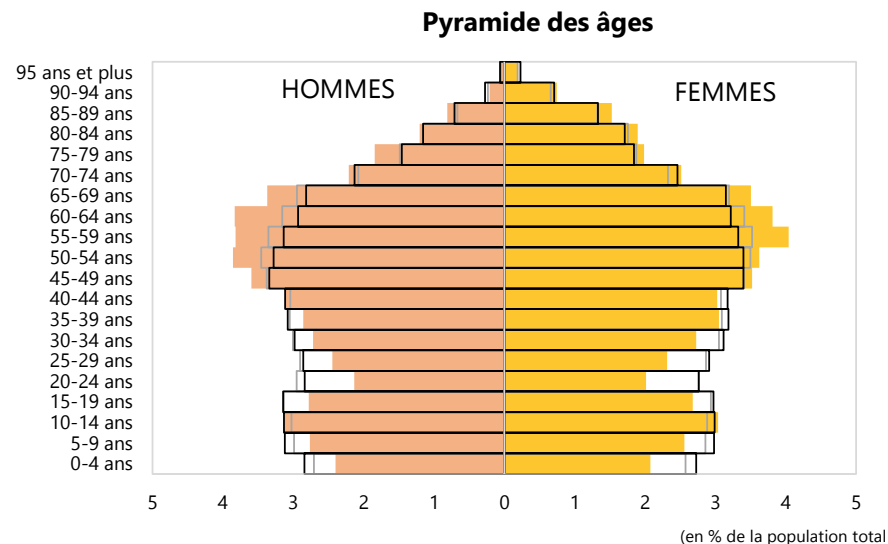
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,6	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 184	10,7	13,3	●	12,8	11,6	0,8	14,0	10,8	-2,9 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 438	26,8	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	1,2 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,4	3,7	●	2,5	2,7	0,4	3,3	5,8	-1,8 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	22 590		21 800	●	21 930	22 860				1,0 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	957	10,0	14,7	●	14,5	13,2				1,2 ↗
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,1	5,8	●	5,8	5,2				1,0 ↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	4 912	26,9	27,8	●	27,0	23,2	0,6	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>)	3 470	19,0	26,3	●	31,0	31,6	1,0	27,7	21,5	2,6 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	78,6	86,4
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15 Décès toutes causes confondues	231	777,7	784,7	●	725,2	747,9	1,5	773,8	818,4	-1,0	➡
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	38	165,1	181,6	●	175,7	155,7	2,2	182,2	180,3	-1,8	➡
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	70	274,7	294,9	●	277,8	263,1	2,2	294,8	295,6	-1,6	➡
18 Décès par cancers	62	210,4	224,3	●	212,4	213,5	2,1	224,4	223,8	-1,6	➡
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	63	208,0	187,5	●	170,0	187,7	1,3	181,7	205,6	-2,3	➡
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	11	35,8	34,7	●	25,0	35,1	3,6	34,6	35,0	4,1	➡
21 Décès par suicide	4	15,5	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	2,8	➡
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	7	25,4	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-1,9	➡
24 Décès par pathologies liées au tabac	41	137,3	129,3	●	109,3	125,8	3,3	129,4	129,0	1,0	➡
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	29	110,2	124,4	●	116,2	104,1	3,5	124,2	125,7	-2,9	➡
26 Décès évitables liés au système de soins	13	52,4	58,0	●	53,2	53,1	1,1	57,8	58,7	-2,4	➡

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. Insee, 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 σ) / (Taux 9)	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	1 393	4 565	4 223	●	4 161	4 406	1,2	4 221	4 236	-0,9	↘
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	67	210	211	●	193	203	1,7	213	201	6,3	↗
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	152	471	492	●	458	504	2,2	489	503	1,0	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	326	2 054	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	-1,0	↘
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	260	1 822	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-2,7	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 464	7 780	6 736	●	6 142	7 096	1,6	6 723	6 783	-0,8	↘
33	Personnes prises en charge pour AVC	490	1 577	1 204	●	1 130	1 425	1,4	1 210	1 185	0,2	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	975	3 101	2 882	●	2 519	2 940	2,8	2 909	2 795	-1,0	↘
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	384	1 123	990	●	932	1 059	1,5	974	1 040	-4,2	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 858	6 149	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	-0,1	↘
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	12	32	●	33	36	2,1	36	17	-25,0	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	18	n.d.	117		212	143	n.d.	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	983	3 852	3 451	●	3 821	3 680	1,0	3 602	2 954	2,7	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	200	792	927	●	1 020	823	1,9	948	866	16,7	↗
41	Patients traités par psychotropes	2 330	8 116	7 186	●	7 149	6 351	0,5	7 201	7 142	-3,8	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	915	3 387	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	0,2	↗
43	Patients traités par anxiolytiques	1 453	4 980	4 002	●	3 902	3 518	0,5	3 998	4 018	-4,2	↘

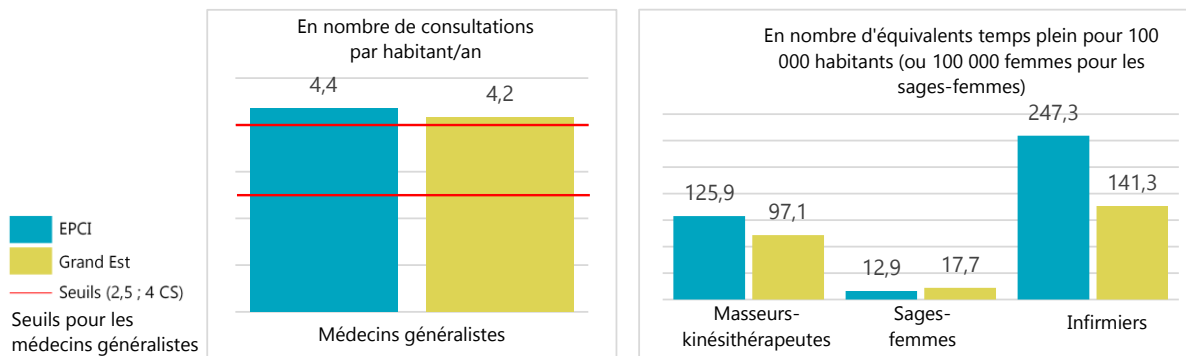
Notes de lecture : 27-40. Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). 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 (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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	5,0		4,4	3,3	-0,6	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		4,0	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-0,7	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		125,9	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	3,5	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		12,9	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	2,1	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		247,3	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	1,4	⬆️ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	22	1,4	1,8	●	1,2	0,9	54,5	1,0	4,3	1,6	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	5						40,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	23,7	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,4	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	9,3	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	2,1	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	9,1	11,6	●	10,5	7,2	100,0	8,0	23,7	1,0	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	8,9	10,8	●	8,6	6,5	100,0	8,1	19,5	1,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	10	2,0	2,6	●	2,2	1,3	60,0	1,5	6,1	2,2	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	8,0	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	2,5	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	58	0,6	1,4	●	0,9	0,7	18,3	0,7	3,6	0,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	27	1,3	1,8	●	1,3	0,8	3,7	1,0	4,5	1,3	⬆️ !

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

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL 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	22,2 min	24,4 min	8,7 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

Établissements 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	22,2	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,4	↗
60	Services de chirurgie	0	24,4	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,4	↗
61	Services d'obstétrique	0	22,2	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	-1,5	↘
62	Services de soins de suite	1	7,9	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	1,6	↗
63	Services d'urgence	0	24,4	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	8,7	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	1,0	↗
65	EHPAD	4	3,4	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	1,1	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	10 957	45 251	43 256	●	40 236	47 867	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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	1,8	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	6,8	↗
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)	405	18,0	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-2,9	↘
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)	301	12,9	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-3,4	↘
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	703	30,0	41,5	●	46,6	48,5		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)	61	1,2	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	2,8	↗
77 Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	338	57,6	58,4	●	62,2	64,8		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)	1 794	45,2	46,8	●	47,3	52,3	1,4	46,8	46,9	-4,4	↘

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	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	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	693	3,0	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	0,3	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	861	4,3	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	2,7	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	739	33,0	42,8	●	42,7	39,6	0,5	43,5	40,5	0,9	↗
82 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>)	322	6,7	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	268	2,0	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	3,3	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	521	16,0	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	0,9	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	22	1,7	1,7	●		3,1		9,3	6,8	-23,8	↘ !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

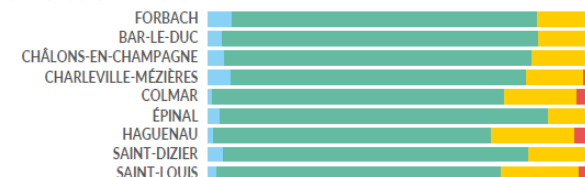
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	244	2,5	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-3,5	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	25	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-6,6	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 971	20,2	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-1,9	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 588	16,2	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	2,7	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,0	→ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	21	11,4	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,0	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-4,8	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	338	9,3	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	59		19 047	●	171 485	1 934		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	2	15,4	2,1	●	2,4	3,5		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans <i>(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)</i>	1 975	17,3	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-2,0	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		89,8	91,6	●	98,3	96,0				-0,7	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	4 828	37,3	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,9		●							
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>		3,9	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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>	11	94,6	49,2			58,6		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			6,9		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) <i>(et part de la population couverte)</i>	4	22,7	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	9	77,3	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

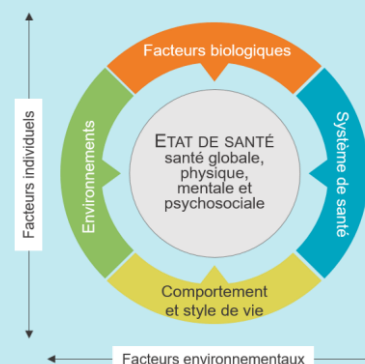
Autres informations

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. »

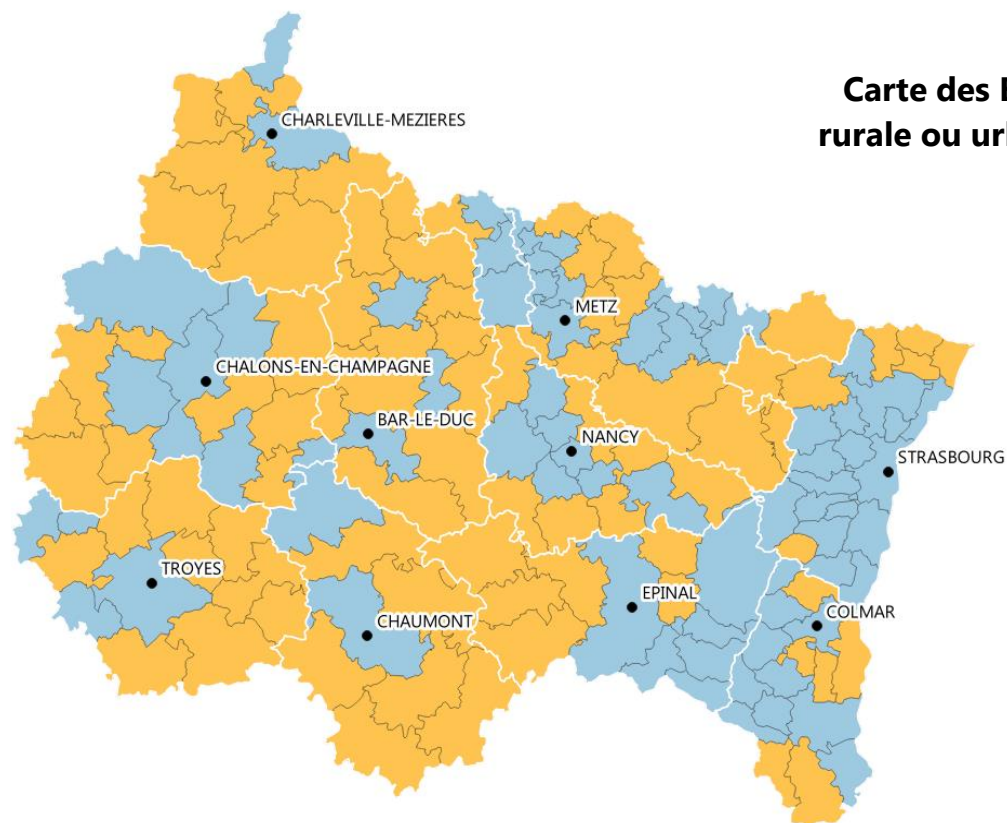
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

18 868

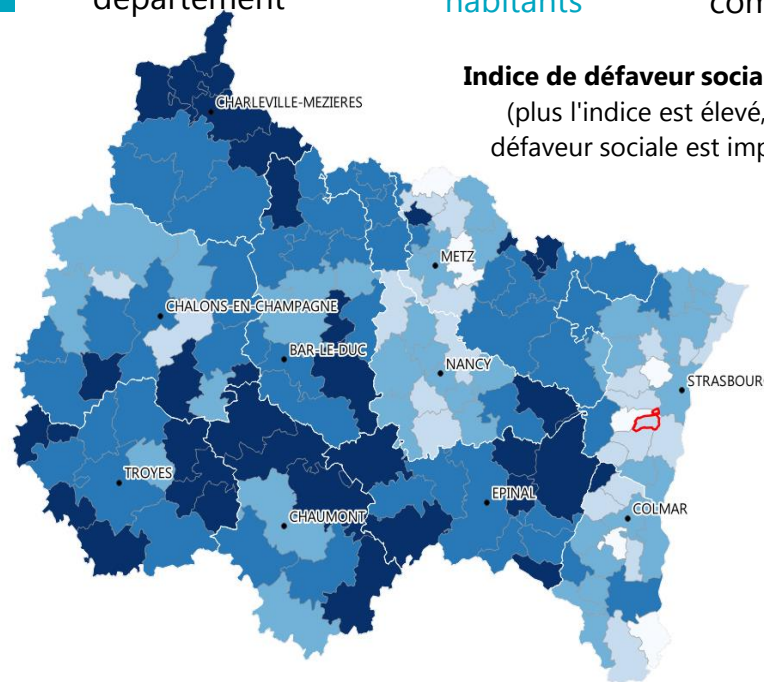
habitants

6

communes

EPCI à dominante

urbaine

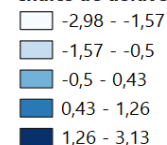


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	18 868	277,3	96,7		119,7	239,8	0,95	192,8	36,2	1,2 ↗
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	1 091	1,20	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	269	0,30	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		95,1	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,2 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	5 666	30,0	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	-0,6 ↘

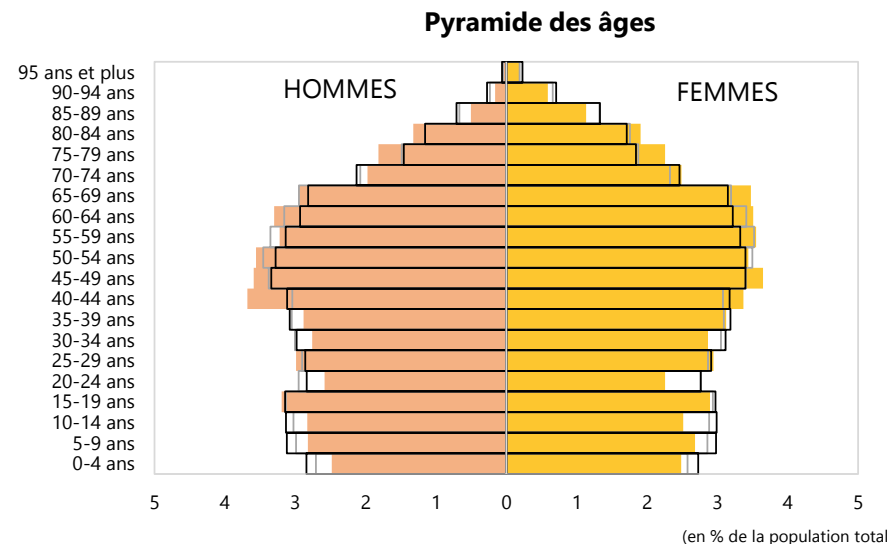
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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>)		-0,8	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	819	8,6	13,3	●	12,8	11,6	0,8	14,0	10,8	-4,4 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 858	23,8	28,5	●	27,5	27,7	0,6	28,7	27,9	-0,1 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		2,7	3,7	●	2,5	2,7	0,5	3,3	5,8	-4,4 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	23 960		21 800	●	21 930	22 860				1,1 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	668	7,7	14,7	●	14,5	13,2				-2,4 ↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,3	5,8	●	5,8	5,2				1,3 ↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 111	21,6	27,8	●	27,0	23,2	0,7	27,4	29,4	-3,4 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	4 403	30,5	26,3	●	31,0	31,6	1,0	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 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

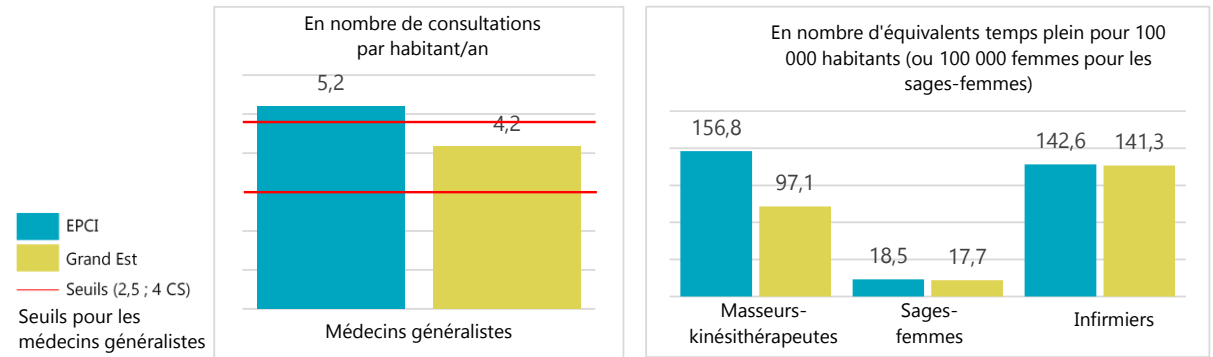
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 098	4 706	4 223	●	4 161	4 406	1,0	4 221	4 236	2,2	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	52	217	211	●	193	203	n.d.	213	201	7,4	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	124	508	492	●	458	504	1,2	489	503	-0,4	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	260	2 077	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	2,1	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	185	1 813	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	3,5	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 745	7 290	6 736	●	6 142	7 096	1,9	6 723	6 783	2,5	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	287	1 193	1 204	●	1 130	1 425	1,6	1 210	1 185	0,2	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	760	3 180	2 882	●	2 519	2 940	2,7	2 909	2 795	2,0	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	274	1 090	990	●	932	1 059	1,8	974	1 040	-0,7	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 287	5 422	5 516	●	4 840	5 601	1,5	5 586	5 284	0,4	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	21	32	●	33	36	1,5	36	17	2,4	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	24	118	117	●	212	143	n.d.	131	67	-0,1	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	725	3 466	3 451	●	3 821	3 680	0,9	3 602	2 954	5,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	182	855	927	●	1 020	823	2,3	948	866	16,1	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 484	6 585	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-1,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	636	2 915	3 548	●	3 916	2 811	0,4	3 537	3 588	0,5	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	816	3 621	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-1,3	↘ !

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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 8) / (Taux 9)	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		5,2	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-0,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		4,8	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-1,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		156,8	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	3,8	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		18,5	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	7,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		142,6	141,3	●	146,5	182,3		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	23	0,0	1,8	●	1,2	0,9	52,2	1,0	4,3	n.d.	n.d. !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	16						50,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	2	3,1	14,5	●	10,6	7,6	100,0	11,1	25,8	-0,5	⬇️
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	3	3,3	12,6	●	12,5	9,0	33,3	8,3	27,0	1,0	⬆️
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	3	3,3	11,6	●	10,5	7,2	33,3	8,0	23,7	1,0	⬆️
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	3,3	10,8	●	8,6	6,5	0,0	8,1	19,5	1,0	⬆️
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	19	1,9	2,6	●	2,2	1,3	36,8	1,5	6,1	18,6	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	3,1	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	2,9	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	33	0,3	1,4	●	0,9	0,7	11,8	0,7	3,6	-12,5	⬇️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	34	0,0	1,8	●	1,3	0,8	5,9	1,0	4,5	-100,0	⬇️ !

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. ADEL 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	3,3 min	21,7 min	3,3 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59 Services de médecine	1	3,3	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	1,0	↗
60 Services de chirurgie	0	21,7	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	3,9	↗
61 Services d'obstétrique	0	3,3	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	-31,3	↘
62 Services de soins de suite	1	3,3	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	1,0	↗
63 Services d'urgence	0	21,7	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,1	→
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	3,3	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	1,0	↗
65 EHPAD	2	3,1	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	2,0	↗

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour 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.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	10 129	49 715	43 256	●	40 236	47 867	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	45	1,9	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	1,0	↗
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)	228	11,1	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-4,6	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	170	8,1	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-10,8	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	960	45,8	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	3,9	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	46	1,1	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	4,0	↗
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)	349	65,9	58,4	●	62,2	64,8		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)	1 921	60,1	46,8	●	47,3	52,3	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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		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	
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	316	1,7	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-0,4	↘
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	583	3,5	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	7,0	↗
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	762	41,8	42,8	●	42,7	39,6	0,5	43,5	40,5	-2,0	↘
82	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>)	183	4,8	5,6		n.d.	6,1					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	163	1,5	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	4,1	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	582	22,3	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	2,7	↗
85	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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d.

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

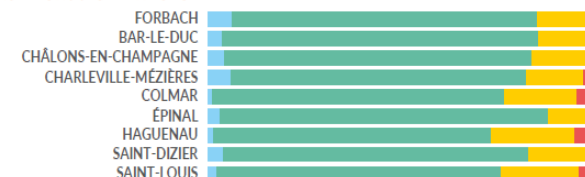
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	156	1,8	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-6,1	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	22	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-5,5	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 228	14,2	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-2,8	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 197	13,8	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	7,3	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,0	→ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	28	41,2	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,0	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-3,5	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	274	7,7	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	16		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	1 699	17,8	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-1,9	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		122,2	91,6	●	98,3	96,0				0,1	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	10 673	80,8	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,5		●							
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>		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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			58,6		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			6,9		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			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	6	100,0	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

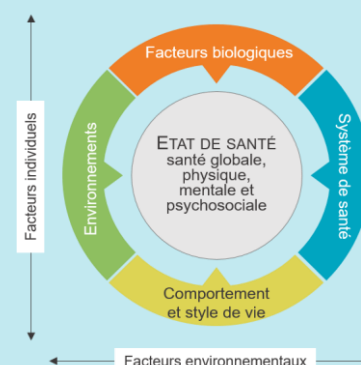
Autres informations

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. »

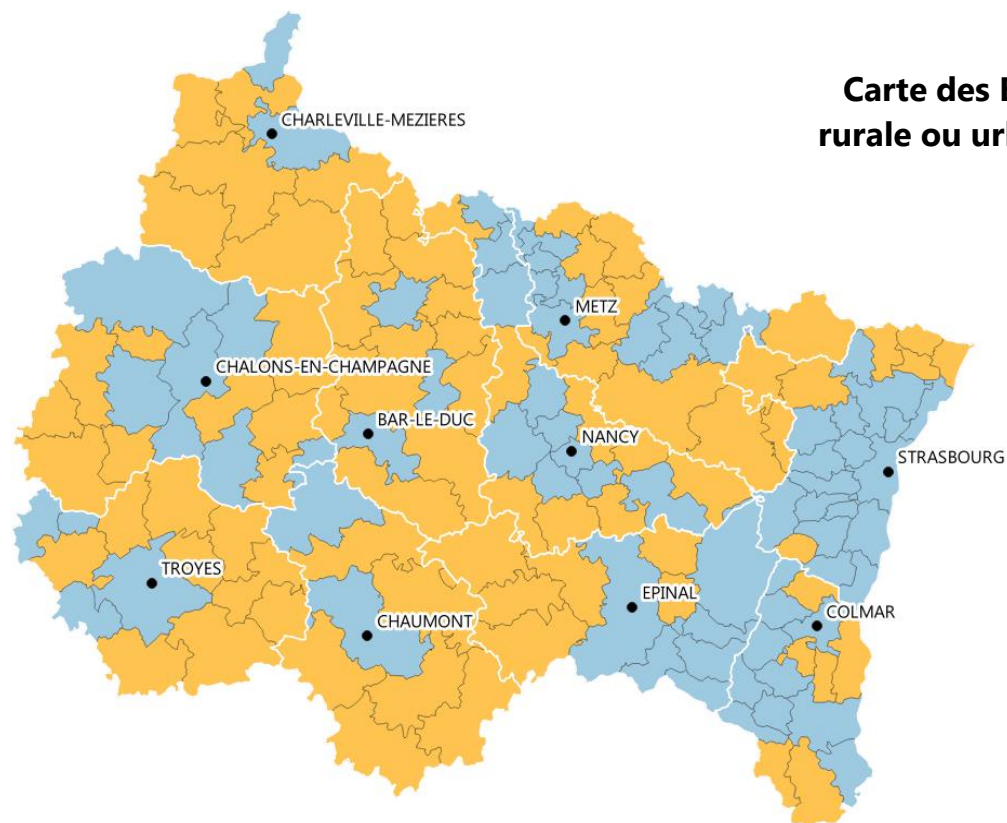
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

35 836

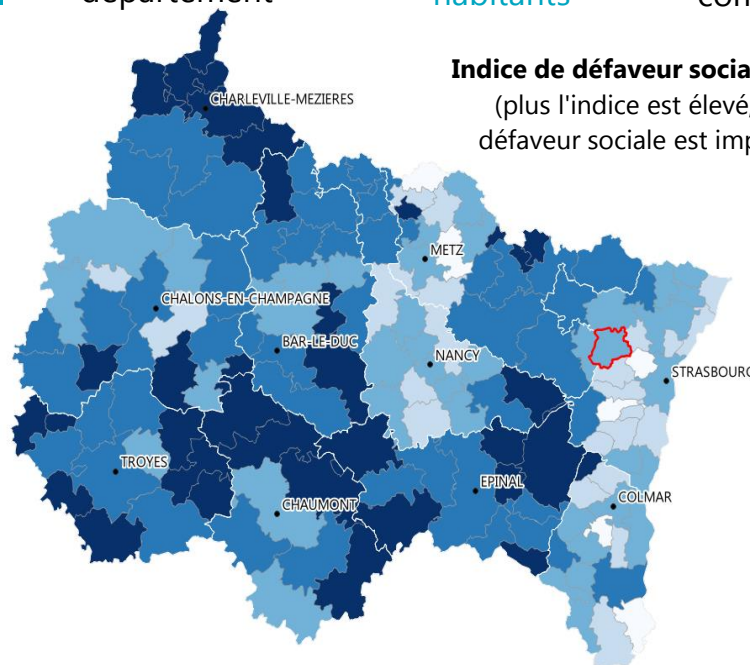
habitants

35

communes

EPCI à dominante

urbaine

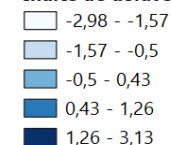


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	35 836	146,9	96,7		119,7	239,8	0,95	192,8	36,2	0,0 →
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	8	0,00	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-495	-0,28	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		95,1	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,0 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	11 723	32,7	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,3 ↗

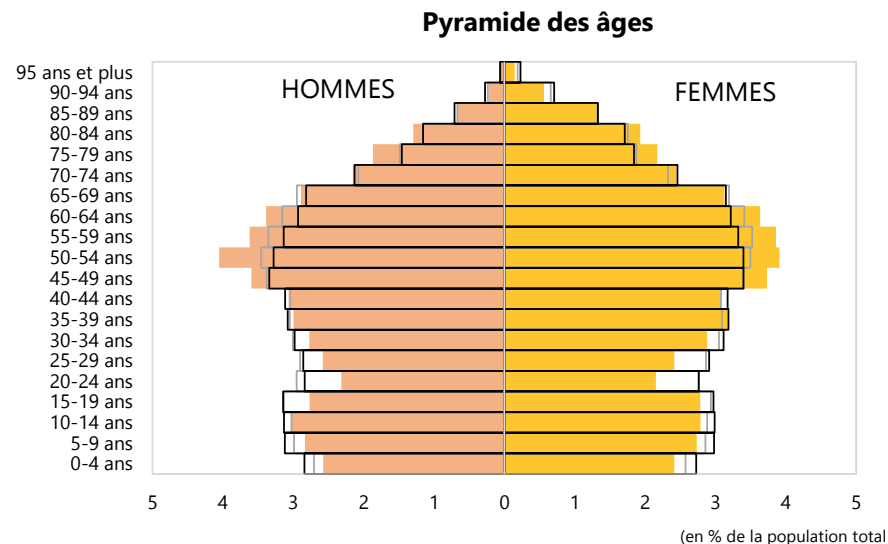
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ 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>)	1 660	9,6	13,3	●	12,8	11,6	0,9	14,0	10,8	-1,3 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	3 681	25,6	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	-1,1 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,7	3,7	●	2,5	2,7	0,6	3,3	5,8	-0,5 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	23 090		21 800	●	21 930	22 860				n.d. n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 491	9,6	14,7	●	14,5	13,2				n.d. n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,4	5,8	●	5,8	5,2				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>)	6 329	22,9	27,8	●	27,0	23,2	0,7	27,4	29,4	-3,4 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	7 671	27,8	26,3	●	31,0	31,6	1,0	27,7	21,5	1,9 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance (en années)

	Homme	Femme
EPCI	78,5	84,6
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

rtalité

		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	
15	Décès toutes causes confondues	323	748,5	784,7	●	725,2	747,9	1,5	773,8	818,4	-0,7	➡
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	55	158,7	181,6	●	175,7	155,7	1,9	182,2	180,3	-3,6	➡
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	100	266,6	294,9	●	277,8	263,1	1,9	294,8	295,6	-2,1	➡
18	Décès par cancers	91	211,8	224,3	●	212,4	213,5	1,8	224,4	223,8	0,5	➡
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	85	193,8	187,5	●	170,0	187,7	1,5	181,7	205,6	-2,9	➡
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	18	40,6	34,7	●	25,0	35,1	3,2	34,6	35,0	6,1	➡
21	Décès par suicide	5	11,6	13,4	●	13,2	9,4	1,1	12,9	15,4	-0,7	➡
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	11	25,0	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-3,4	➡
24	Décès par pathologies liées au tabac	57	130,9	129,3	●	109,3	125,8	2,5	129,4	129,0	2,1	➡
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	41	109,3	124,4	●	116,2	104,1	2,8	124,2	125,7	-2,0	➡
26	Décès évitables liés au système de soins	21	56,2	58,0	●	53,2	53,1	1,4	57,8	58,7	-4,7	➡

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

Sources : 15-26. Insee, 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

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	2 110	4 550	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	3,9	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	103	219	211	●	193	203	1,5	213	201	6,6	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	229	476	492	●	458	504	1,9	489	503	2,4	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	478	1 946	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	2,8	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	376	1 777	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	1,2	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 417	6 994	6 736	●	6 142	7 096	1,8	6 723	6 783	3,3	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	636	1 306	1 204	●	1 130	1 425	1,5	1 210	1 185	3,6	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 332	2 734	2 882	●	2 519	2 940	3,2	2 909	2 795	3,2	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	520	976	990	●	932	1 059	1,4	974	1 040	-0,4	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 591	5 553	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	3,1	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	15	32	●	33	36	1,5	36	17	-21,6	➡ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	27	66	117	●	212	143	3,3	131	67	0,4	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 635	3 882	3 451	●	3 821	3 680	1,0	3 602	2 954	9,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	335	808	927	●	1 020	823	1,6	948	866	19,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	2 779	6 099	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-0,9	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 310	2 983	3 548	●	3 916	2 811	0,4	3 537	3 588	2,0	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 533	3 341	4 002	●	3 902	3 518	0,5	3 998	4 018	-1,7	↘ !

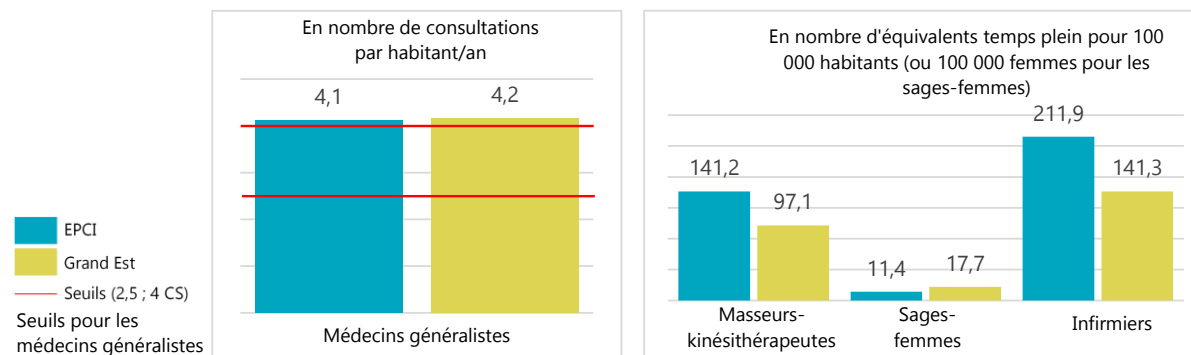
Notes de lecture : 27-40. Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques).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

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire.

A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		4,1	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-2,2	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,7	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-3,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		141,2	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	13,4	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		11,4	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	1,8	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		211,9	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	4,3	⬆️ !

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	30	2,3	1,8	●	1,2	0,9	61,3	1,0	4,3	3,3	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	72						43,1				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	3	7,6	14,5	●	10,6	7,6	33,3	11,1	25,8	1,3	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	7,8	12,6	●	12,5	9,0	100,0	8,3	27,0	1,1	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	3	7,2	11,6	●	10,5	7,2	66,7	8,0	23,7	1,2	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	6,8	10,8	●	8,6	6,5	0,0	8,1	19,5	1,4	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	23	3,1	2,6	●	2,2	1,3	21,7	1,5	6,1	2,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	6,8	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	1,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	63	1,5	1,4	●	0,9	0,7	20,9	0,7	3,6	5,8	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	52	1,8	1,8	●	1,3	0,8	7,5	1,0	4,5	-4,0	⬆️ !

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. ADEL au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

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

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'évolution des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58 et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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 4
soit 0,7 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)			52,3		49,2	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	19 821	51 018	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	1,4 ↗

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	81	1,8	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	11,7	↗
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)	513	14,3	16,4	●	15,9	14,1		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)	314	8,5	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-8,0	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 695	45,8	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	2,0	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	92	1,2	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	0,4	↗
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)	765	72,8	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	2,3	↗
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 304	54,5	46,8	●	47,3	52,3	1,4	46,8	46,9	-5,4	↘

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		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
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	992	2,8	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-1,1
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	1 547	4,9	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	4,2
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	1 409	39,1	42,8	●	42,7	39,6	0,5	43,5	40,5	1,3
82	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>)	505	7,0	5,6		n.d.	6,1				
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	525	2,6	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	2,4
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	919	18,4	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	1,1
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	74	3,6	3,6	●		3,1		9,3	6,8	8,5

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

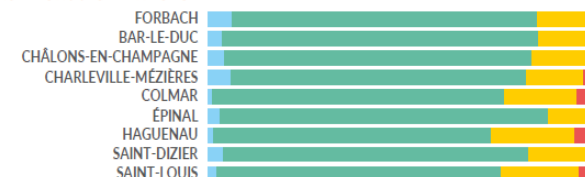
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	404	2,6	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-5,0	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	56	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-5,1	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 501	22,5	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-1,7	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 613	16,8	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	13	5,3	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,1	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	48	19,7	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,4	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-2,7	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 381	14,6	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	103		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	3 581	19,9	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-0,9	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		99,5	91,6	●	98,3	96,0				0,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	19 837	88,9	76,9	●	71,2	84,6		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>		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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>	35	100,0	44,3			51,9		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			58,6		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			6,9		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>	35	100,0	45,0			26,8		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			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

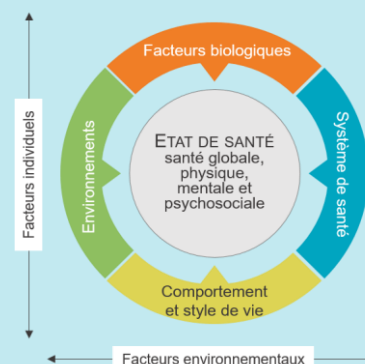
Autres informations

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. »

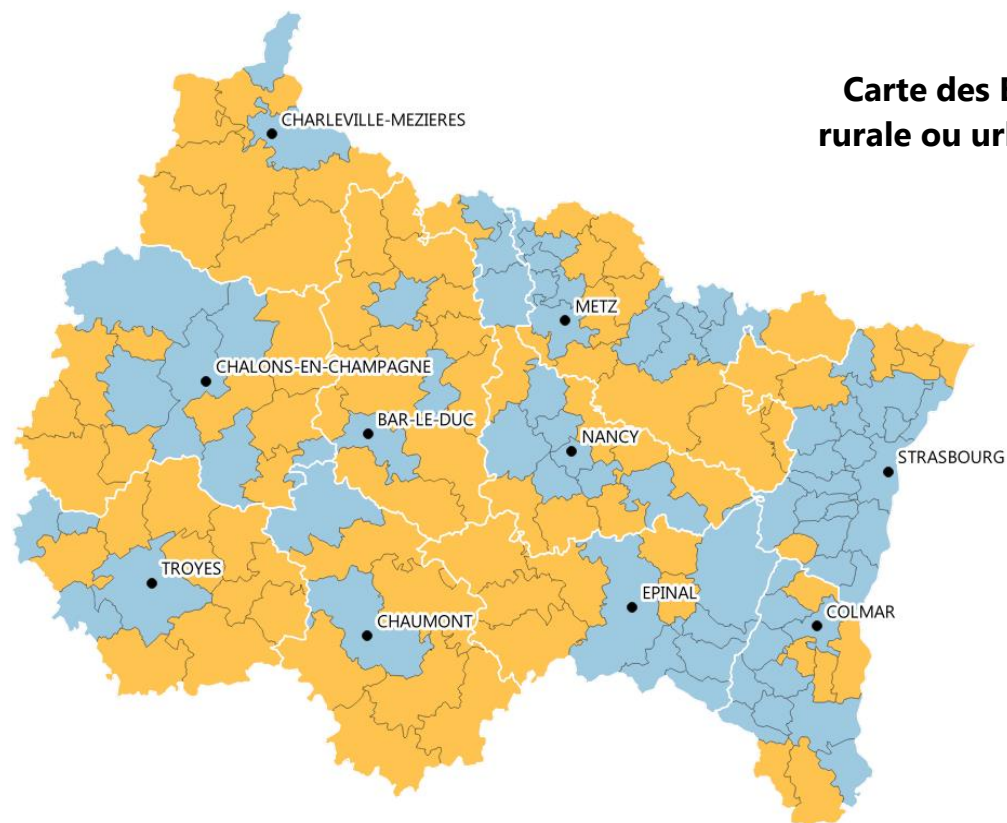
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

15 755

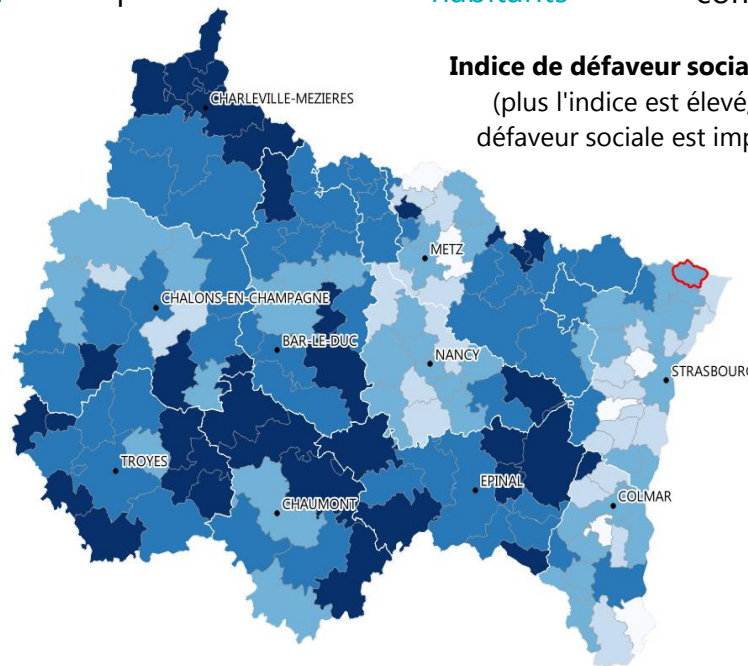
habitants

12

communes

EPCI à dominante

rurale

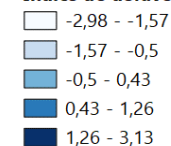


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	15 755	120,3	96,7		119,7	239,8	0,99	192,8	36,2	-0,8 ↘
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-655	-0,81	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-522	-0,64	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		104,3	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	5,0 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	8 268	52,5	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	-0,1 ↘

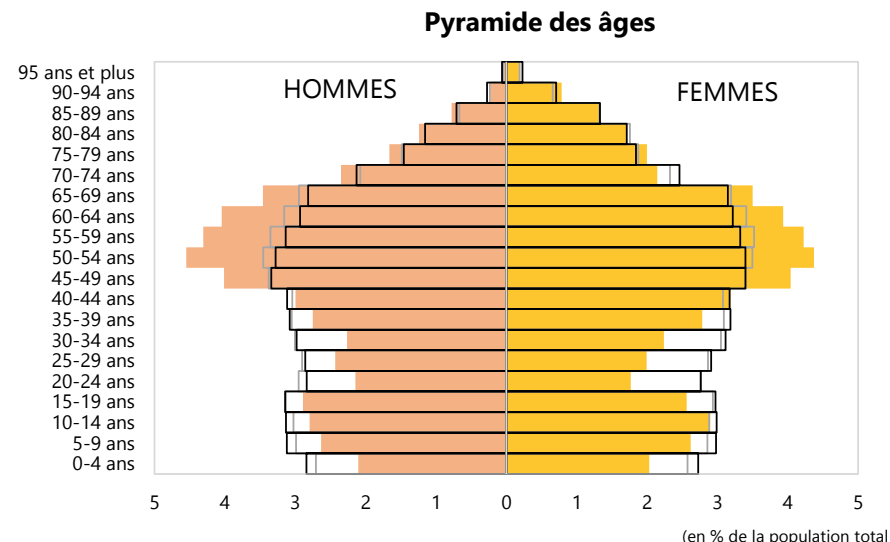
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,1	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	814	10,4	13,3	●	12,8	11,6	0,7	14,0	10,8	1,7 ↗
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 918	29,7	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	0,2 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,1	3,7	●	2,5	2,7	0,6	3,3	5,8	-2,1 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	23 680		21 800	●	21 930	22 860				1,5 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	723	10,5	14,7	●	14,5	13,2				-1,5 ↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,5	5,8	●	5,8	5,2				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>)	3 401	27,4	27,8	●	27,0	23,2	0,7	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>)	2 855	23,0	26,3	●	31,0	31,6	1,0	27,7	21,5	1,9 ↗

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

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

Les 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 σ) / (Taux η)	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	868	4 306	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	-0,3	↘
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	30	144	211	●	193	203	n.d.	213	201	-4,0	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	119	578	492	●	458	504	1,5	489	503	-1,1	↘
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	209	2 059	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	2,6	↗
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	164	1 766	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-0,6	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 669	8 058	6 736	●	6 142	7 096	1,7	6 723	6 783	-0,2	↘
33	Personnes prises en charge pour AVC	352	1 659	1 204	●	1 130	1 425	1,0	1 210	1 185	-3,2	↘
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	653	3 118	2 882	●	2 519	2 940	2,8	2 909	2 795	-1,4	↘
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	242	1 102	990	●	932	1 059	1,3	974	1 040	-3,1	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 069	5 226	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	-1,4	↘
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	4	32	●	33	36	n.d.	36	17	-41,4	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	13	n.d.	117		212	143	4,2	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	553	3 256	3 451	●	3 821	3 680	1,1	3 602	2 954	1,3	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	127	735	927	●	1 020	823	1,7	948	866	13,9	↗
41	Patients traités par psychotropes	1 100	5 730	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-4,5	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	444	2 451	3 548	●	3 916	2 811	0,4	3 537	3 588	-1,2	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	612	3 141	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-4,0	↘

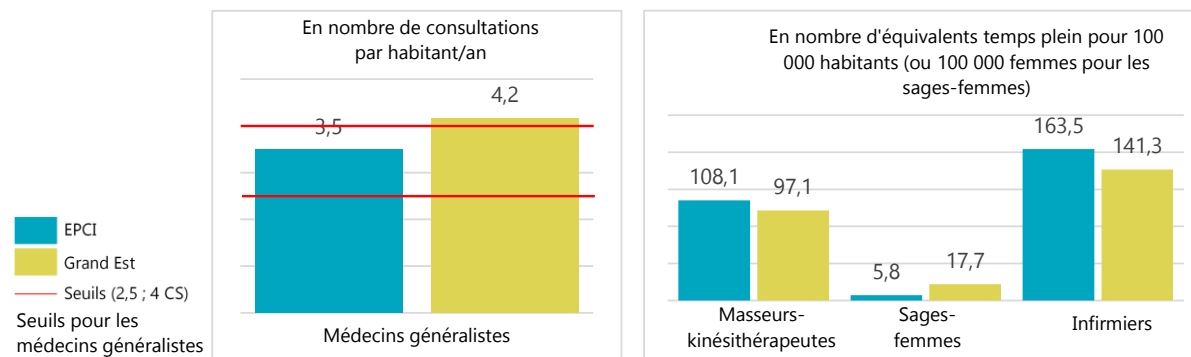
Notes de lecture : 27-40. Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). 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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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	5,0		4,4	3,3	-5,1	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,7	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-7,2	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		108,1	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	7,4	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		5,8	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	46,2	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		163,5	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	4,7	⬆️ !

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	2,3	1,8	●	1,2	0,9	75,0	1,0	4,3	0,5	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	20						65,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	6,2	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	1,3	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	31,6	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,8	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	3	5,7	11,6	●	10,5	7,2	66,7	8,0	23,7	1,2	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	2	6,2	10,8	●	8,6	6,5	50,0	8,1	19,5	2,9	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	10	3,7	2,6	●	2,2	1,3	40,0	1,5	6,1	2,3	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	11,1	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	-18,8	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	31	1,7	1,4	●	0,9	0,7	15,2	0,7	3,6	0,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	22	1,9	1,8	●	1,3	0,8	9,1	1,0	4,5	-13,5	⬆️ !

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. ADEL au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

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

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	7 236	45 601	43 256	●	40 236	47 867	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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	2,2	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	20,1	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	221	15,0	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-1,1	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	157	11,5	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-2,1	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	499	36,4	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	1,2	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	24	0,7	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	-1,0	↘
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)	189	49,9	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	-1,3	↘ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 349	52,2	46,8	●	47,3	52,3	1,4	46,8	46,9	-4,4	↘

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+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	
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	351	2,2	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-3,6	↘
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	531	4,0	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	1,0	↗
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	576	38,4	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	1,1	↗
82	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>)	212	6,5	5,6		n.d.	6,1					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	206	2,3	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	1,0	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	361	17,2	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	1,4	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	64	7,0	7,0	●		3,1		9,3	6,8	16,8	↗

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

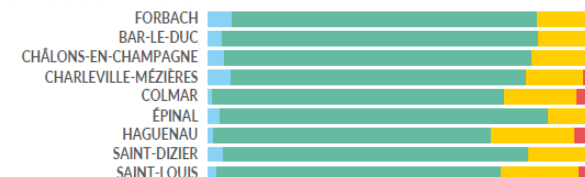
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	141	2,0	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-3,7	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	19	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-0,1	→
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 680	23,9	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-2,3	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 334	18,9	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	6	4,6	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	4,6	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	16	12,2	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-1,1	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	624	9,1	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	54		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	1 606	20,4	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-1,0	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		88,6	91,6	●	98,3	96,0				-0,6	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	8 928	91,0	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,9		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,7		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité <i>(en %)</i>		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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>	1	2,7	49,2			58,6		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	89,9	20,3			6,9		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>	3	10,1	45,0			26,8		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			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

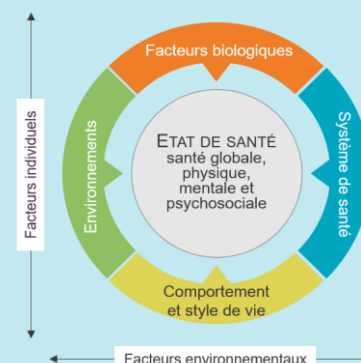
Autres informations

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. »

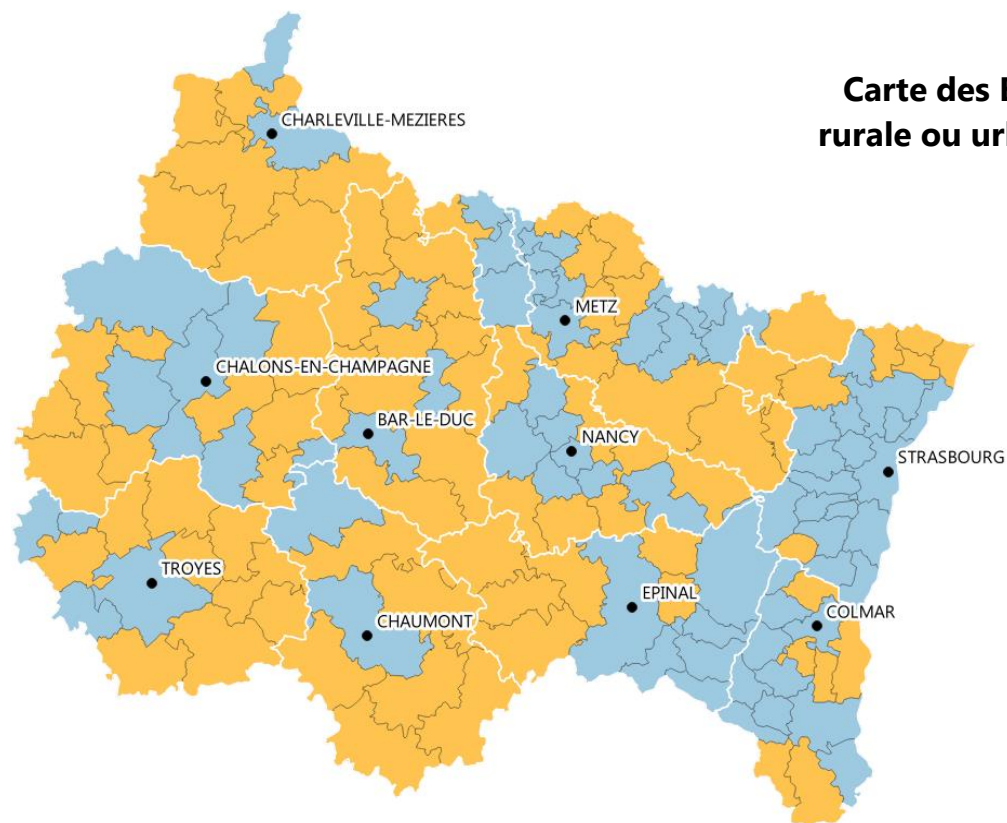
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

36 838

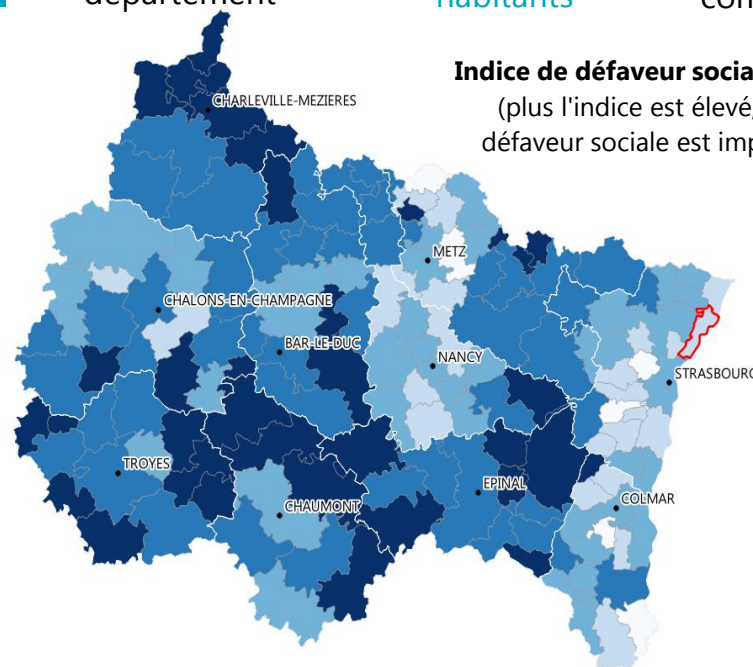
habitants

17

communes

EPCI à dominante

urbaine

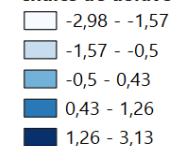


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	36 838	226,2	96,7		119,7	239,8	0,98	192,8	36,2	0,4 
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	721	0,40	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	420	0,23	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		87,8	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,7 
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	4 664	12,7	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,7 

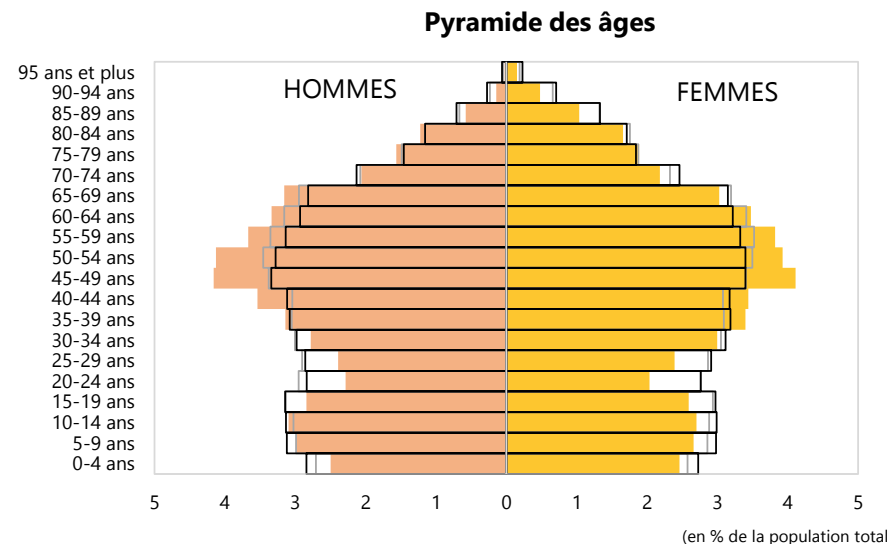
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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>)	1 448	7,5	13,3	●	12,8	11,6	0,8	14,0	10,8	-3,3 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	3 865	23,3	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	-0,1 ➡
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,4	3,7	●	2,5	2,7	0,6	3,3	5,8	-2,0 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	25 230		21 800	●	21 930	22 860				1,4 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	954	6,3	14,7	●	14,5	13,2				0,3 ↗
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		2,7	5,8	●	5,8	5,2				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>)	6 563	23,1	27,8	●	27,0	23,2	0,7	27,4	29,4	-3,4 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	7 049	24,8	26,3	●	31,0	31,6	0,9	27,7	21,5	3,4 ↗

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)

	Homme	Femme
EPCI	80,9	85,7
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15	Décès toutes causes confondues	276	751,6	784,7	●	725,2	747,9	1,5	773,8	818,4	-1,3	➡
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	48	132,2	181,6	●	175,7	155,7	2,3	182,2	180,3	-1,0	➡
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	93	241,8	294,9	●	277,8	263,1	1,9	294,8	295,6	-1,6	➡
18	Décès par cancers	85	216,4	224,3	●	212,4	213,5	1,7	224,4	223,8	-1,7	➡
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	72	205,7	187,5	●	170,0	187,7	1,3	181,7	205,6	-3,5	⬇️
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	10	26,9	34,7	●	25,0	35,1	6,0	34,6	35,0	-3,4	➡
21	Décès par suicide	3	7,0	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	11,3	➡
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	8	18,5	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-2,4	➡
24	Décès par pathologies liées au tabac	48	125,1	129,3	●	109,3	125,8	3,0	129,4	129,0	-3,1	➡
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	38	98,5	124,4	●	116,2	104,1	3,0	124,2	125,7	-3,0	➡
26	Décès évitables liés au système de soins	20	53,5	58,0	●	53,2	53,1	0,8	57,8	58,7	-2,0	➡

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

Sources : 15-26. Insee, 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

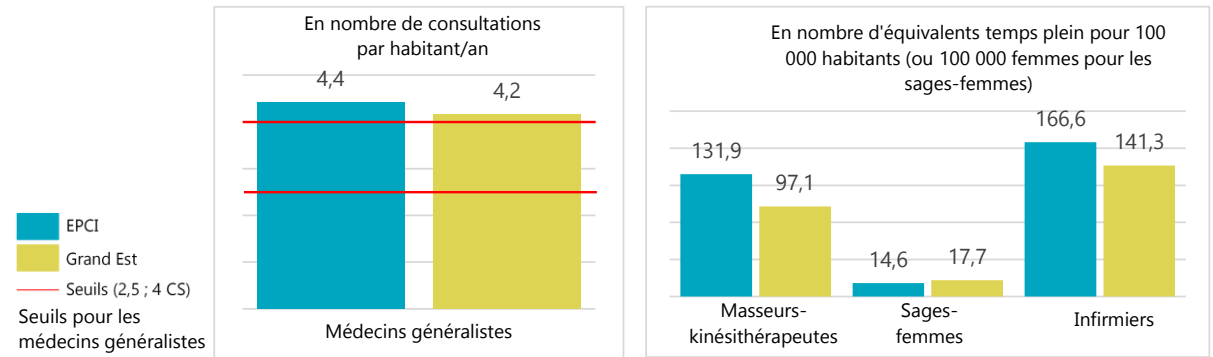
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 907	4 329	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	0,9	↗
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	98	214	211	●	193	203	2,1	213	201	-1,6	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	244	542	492	●	458	504	1,4	489	503	0,1	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	420	1 806	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	0,0	→
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	328	1 636	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-1,3	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 156	7 059	6 736	●	6 142	7 096	1,7	6 723	6 783	0,8	↗
33	Personnes prises en charge pour AVC	616	1 399	1 204	●	1 130	1 425	1,2	1 210	1 185	1,4	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 279	2 831	2 882	●	2 519	2 940	2,9	2 909	2 795	0,6	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	520	1 123	990	●	932	1 059	1,4	974	1 040	-2,7	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 386	5 356	5 516	●	4 840	5 601	1,3	5 586	5 284	0,5	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	14	32	●	33	36	1,2	36	17	-10,0	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	22	57	117	●	212	143	n.d.	131	67	-1,9	↘
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 171	2 950	3 451	●	3 821	3 680	0,9	3 602	2 954	5,0	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	243	618	927	●	1 020	823	1,6	948	866	15,1	↗
41	Patients traités par psychotropes	2 759	6 429	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-1,8	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 089	2 598	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	0,8	↗
43	Patients traités par anxiolytiques	1 558	3 614	4 002	●	3 902	3 518	0,5	3 998	4 018	-1,8	↘

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

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 σ) / (Taux η)	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	5,0		4,4	3,3	0,6	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,8	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	0,2	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		131,9	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	8,4	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		14,6	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	8,8	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		166,6	141,3	●	146,5	182,3		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	34	0,6	1,8	●	1,2	0,9	50,0	1,0	4,3	2,2	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	2						100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	10,2	14,5	●	10,6	7,6	100,0	11,1	25,8	0,9	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	13,6	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,8	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	13,6	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	0,8	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	17,4	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	0,1	→
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	22	1,4	2,6	●	2,2	1,3	45,5	1,5	6,1	9,6	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	5	6,1	5,5	●	4,5	3,8	20,0	3,9	10,7	-12,7	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	62	0,5	1,4	●	0,9	0,7	9,5	0,7	3,6	13,6	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	54	0,4	1,8	●	1,3	0,8	9,2	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. ADEL 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	18,3 min	25,3 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

Établissements 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	18,3	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,7	↗
60	Services de chirurgie	0	25,6	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	25,6	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	0	18,1	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	0,8	↗
63	Services d'urgence	0	25,3	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,2	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	17,9	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	0,8	↗
65	EHPAD	3	5,0	4,0	●	3,0	2,7		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 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.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	19 077	50 110	43 256	●	40 236	47 867	0,9	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	86	1,9	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	9,5	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	390	10,9	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-4,2	↘
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)	343	9,0	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-4,2	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 638	43,0	41,5	●	46,6	48,5		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)	82	1,0	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	2,7	↗
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)	600	58,2	58,4	●	62,2	64,8		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)	4 085	65,7	46,8	●	47,3	52,3	1,1	46,8	46,9	-0,3	↘

!

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		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	
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	523	1,4	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-3,4	↘
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	733	2,4	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	4,8	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	1 043	32,8	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	-0,1	→
82	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>)	415	6,0	5,6		n.d.	6,1					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	209	1,0	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	3,0	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	814	15,0	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	-2,3	↘
85	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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

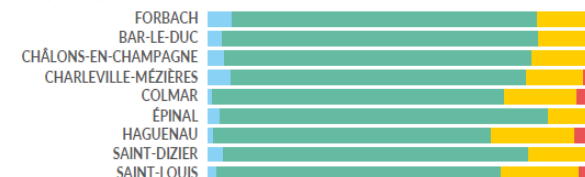
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	278	1,8	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-4,0	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	37	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-9,1	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 122	13,7	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-3,0	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 258	14,6	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	6	3,7	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	10,7	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	32	19,7	9,5	●	n.d.	20,9		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	2	1,2	0,2	●	n.d.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,1	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-3,5	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	367	5,2	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	39		19 047	●	171 485	1 934		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	2	11,8	2,1	●	2,4	3,5		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>)	4 055	21,1	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-0,4	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		44,4	91,6	●	98,3	96,0				-0,1	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	10 587	51,5	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,5		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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			58,6		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	4	6,4	20,3			6,9		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	6,8	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	12	86,8	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

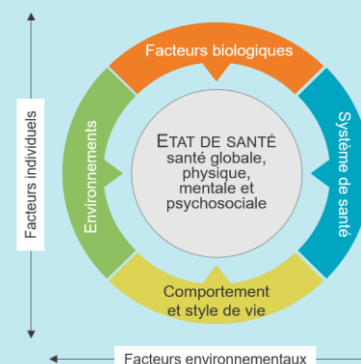
Autres informations

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. »

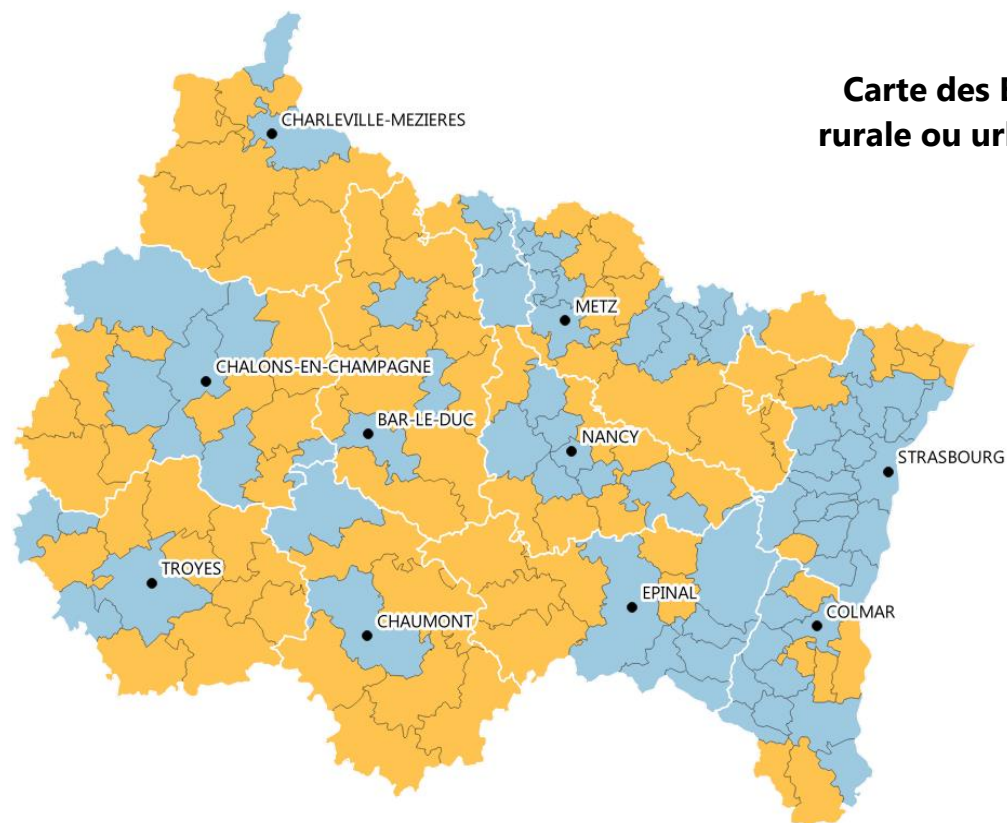
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

18 433

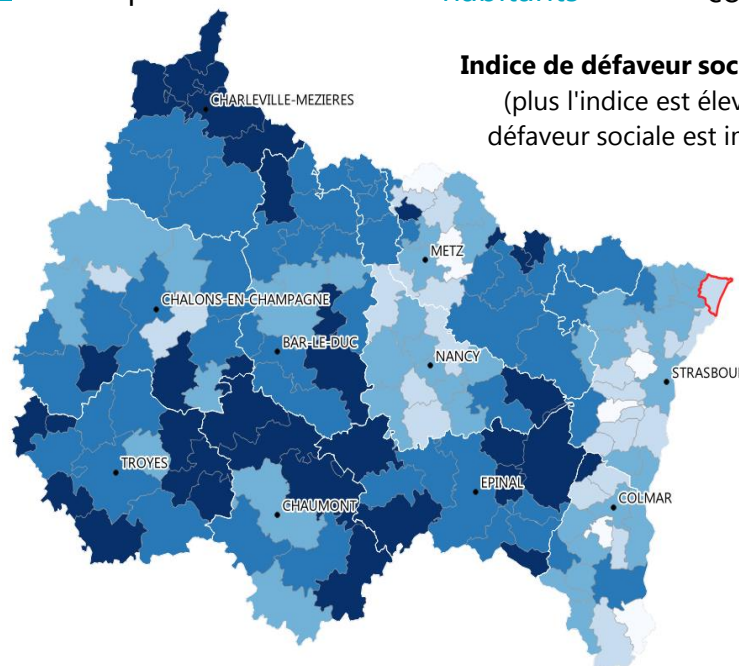
habitants

19

communes

EPCI à dominante

rurale

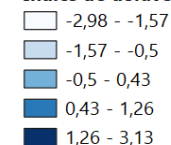


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	18 433	123,0	96,7		119,7	239,8	1,04	192,8	36,2	0,1 →
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	59	0,06	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	79	0,09	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		91,7	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,8 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	10 183	55,2	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,3 ↗

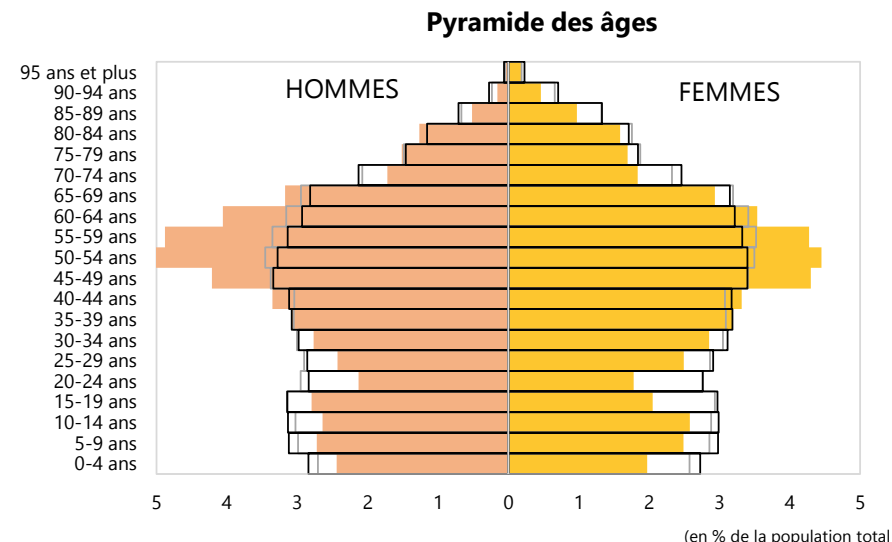
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		-0,6	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	719	7,1	13,3	●	12,8	11,6	0,7	14,0	10,8	-3,2 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 097	24,2	28,5	●	27,5	27,7	0,3	28,7	27,9	-0,3 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,3	3,7	●	2,5	2,7	0,6	3,3	5,8	-1,7 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	26 360		21 800	●	21 930	22 860				1,6 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	595	7,7	14,7	●	14,5	13,2				1,1 ↗
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		2,1	5,8	●	5,8	5,2				-0,9 ↘
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>)	3 761	25,7	27,8	●	27,0	23,2	0,7	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>)	3 044	20,8	26,3	●	31,0	31,6	0,9	27,7	21,5	2,7 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	Homme	Femme
Grand Est	80,2	84,8
France métrop.	79,0	84,7
	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15	Décès toutes causes confondues	145	752,0	784,7	●	725,2	747,9	1,7	773,8	818,4	-3,8	↘
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	24	117,8	181,6	●	175,7	155,7	2,0	182,2	180,3	-3,5	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	42	216,7	294,9	●	277,8	263,1	2,2	294,8	295,6	-2,4	→
18	Décès par cancers	43	219,2	224,3	●	212,4	213,5	1,7	224,4	223,8	-0,8	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	36	187,2	187,5	●	170,0	187,7	1,8	181,7	205,6	-5,9	↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	7	35,5	34,7	●	25,0	35,1	1,8	34,6	35,0	-2,9	→
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	n.d.	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	3	14,8	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-8,5	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	21	107,0	129,3	●	109,3	125,8	2,3	129,4	129,0	-6,7	↘
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	14	68,4	124,4	●	116,2	104,1	3,1	124,2	125,7	-8,0	↘
26	Décès évitables liés au système de soins	10	50,3	58,0	●	53,2	53,1	0,9	57,8	58,7	-4,9	→

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. Insee, 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 σ) / (Taux η)	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	752	3 729	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	-1,0	↘
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	42	194	211	●	193	203	3,4	213	201	6,3	↗
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	105	519	492	●	458	504	1,9	489	503	-1,9	↘
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	183	1 754	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	1,8	↗
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	116	1 293	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-2,5	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 433	6 998	6 736	●	6 142	7 096	1,8	6 723	6 783	-0,5	↘
33	Personnes prises en charge pour AVC	294	1 427	1 204	●	1 130	1 425	1,4	1 210	1 185	-3,6	↘
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	566	2 746	2 882	●	2 519	2 940	3,2	2 909	2 795	-0,7	↘
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	213	1 018	990	●	932	1 059	1,3	974	1 040	-4,0	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	967	4 719	5 516	●	4 840	5 601	1,3	5 586	5 284	-1,5	↘
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32		33	36	n.d.	36	17	n.d.	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	11	n.d.	117		212	143	1,9	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	486	2 690	3 451	●	3 821	3 680	1,0	3 602	2 954	2,3	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	95	491	927	●	1 020	823	1,5	948	866	5,8	↗
41	Patients traités par psychotropes	1 053	5 301	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-4,7	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	344	1 762	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	-4,5	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	590	2 970	4 002	●	3 902	3 518	0,5	3 998	4 018	-4,8	↘

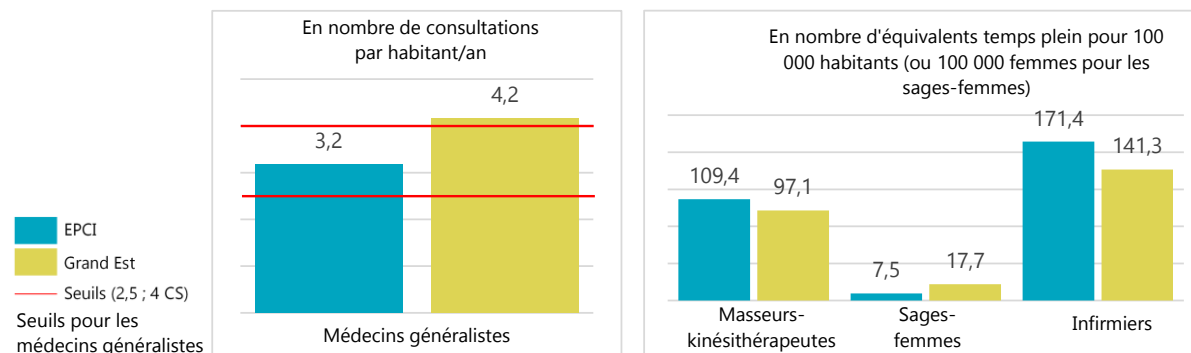
Notes de lecture : 27-40. Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). 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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire.

A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,2	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	1,7	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,7	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	0,8	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		109,4	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	8,6	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		7,5	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	19,1	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		171,4	141,3	●	146,5	182,3		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	8	2,9	1,8	●	1,2	0,9	50,0	1,0	4,3	7,3	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	8,8	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,8	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	12,6	12,6	●	12,5	9,0	0,0	8,3	27,0	0,7	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	12,3	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	0,8	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	23,2	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	0,7	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	8	4,2	2,6	●	2,2	1,3	12,5	1,5	6,1	11,9	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	13,4	5,5	●	4,5	3,8	n.d.	3,9	10,7	-3,0	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	39	1,9	1,4	●	0,9	0,7	12,8	0,7	3,6	3,7	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	23	2,1	1,8	●	1,3	0,8	4,3	1,0	4,5	-6,2	↘ !

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

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour 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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	8 212	48 245	43 256	●	40 236	47 867	0,9	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	42	1,9	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	5,3	↗
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)	195	12,1	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-0,5	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	175	9,2	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-4,1	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	735	38,8	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	2,7	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	38	1,0	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	1,8	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	198	42,0	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	0,6	↗
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 560	55,4	46,8	●	47,3	52,3	1,2	46,8	46,9	-0,7	↘

!

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	263	1,4	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,3	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	391	2,7	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	3,2	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	425	28,7	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	-1,0	↘
82 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>)	240	7,5	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	119	1,0	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	0,5	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	322	13,0	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	-4,4	↘
85 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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

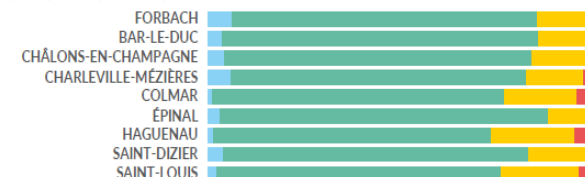
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	178	2,2	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-0,3	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	25	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-8,7	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 092	13,5	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-2,3	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 195	14,8	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	6	4,0	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	4,6	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	34	22,7	9,5	●	n.d.	20,9		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	3	2,0	0,2	●	n.d.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		7,7	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-1,4	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	442	6,1	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	70		19 047	●	171 485	1 934		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	1	5,3	2,1	●	2,4	3,5		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>)	1 873	18,6	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-0,7	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		50,7	91,6	●	98,3	96,0				-0,3	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	10 004	91,9	76,9	●	71,2	84,6		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		0,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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			58,6		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>)	18	97,2	20,3			6,9		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	2,8	45,0			26,8		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			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

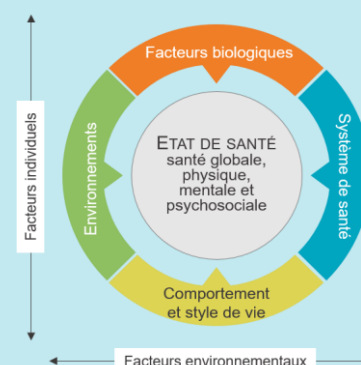
Autres informations

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. »

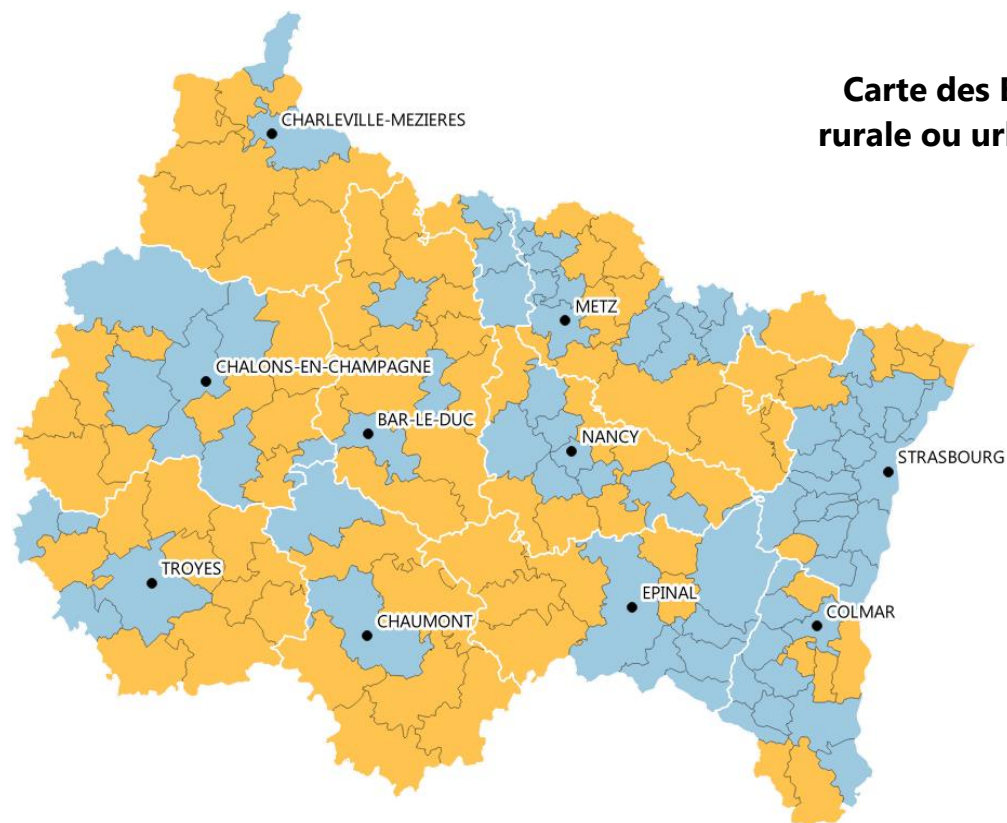
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

18 033

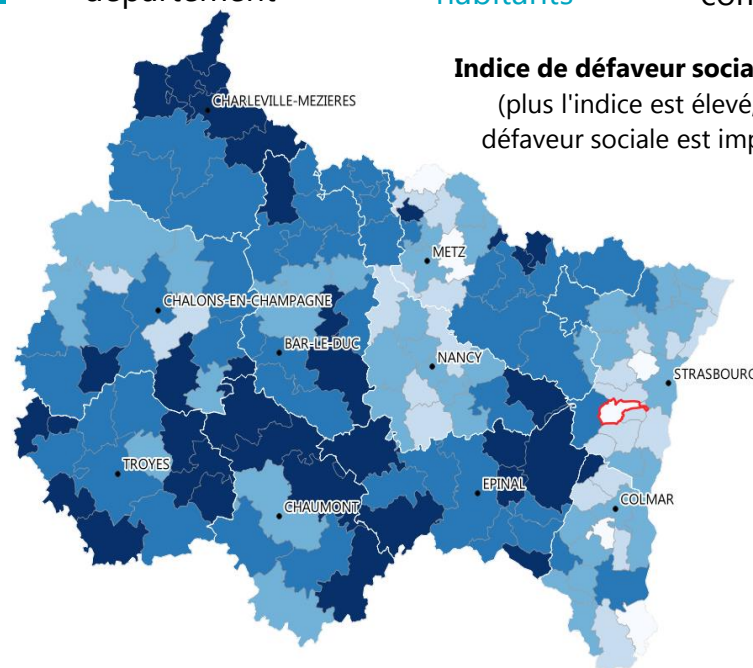
habitants

9

communes

EPCI à dominante

urbaine

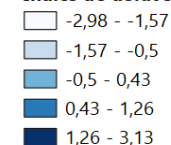


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	18 033	135,3	96,7		119,7	239,8	0,96	192,8	36,2	0,2 ↗
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	215	0,24	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	94	0,10	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		93,4	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	4,5 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	2 784	15,4	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	-1,0 ↘

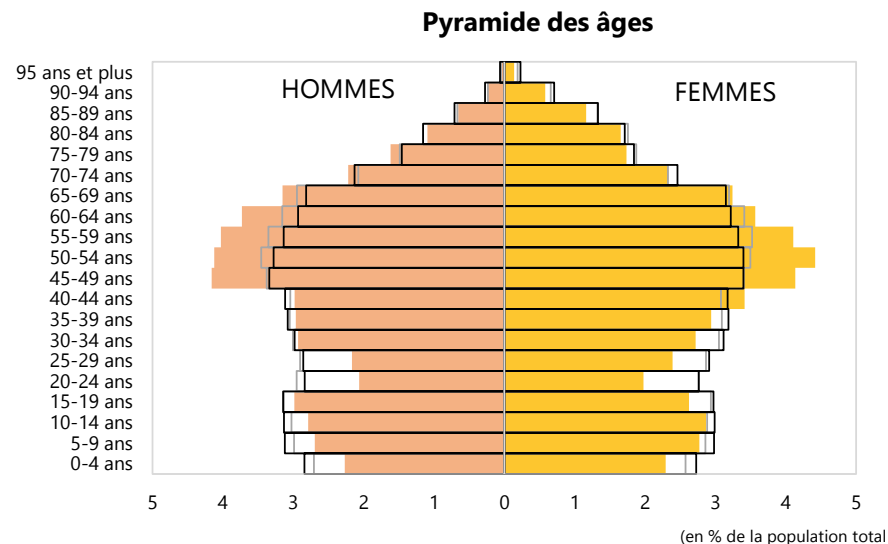
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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>)		-1,8	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	648	7,0	13,3	●	12,8	11,6	0,9	14,0	10,8	-0,9 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 723	22,8	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	-1,0 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		2,3	3,7	●	2,5	2,7	0,5	3,3	5,8	-1,8 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	26 270		21 800	●	21 930	22 860				1,4 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	389	5,0	14,7	●	14,5	13,2				0,0 ➡
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		2,4	5,8	●	5,8	5,2				0,9 ↗
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>)	2 350	16,8	27,8	●	27,0	23,2	0,6	27,4	29,4	-3,7 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	4 878	34,9	26,3	●	31,0	31,6	1,0	27,7	21,5	2,7 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance
(en années)

	Homme	Femme
EPCI	83,1	85,8
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15 Décès toutes causes confondues	132	669,3	784,7	●	725,2	747,9	1,7	773,8	818,4	-3,6	➡
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	20	121,7	181,6	●	175,7	155,7	2,6	182,2	180,3	-1,7	➡
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	38	206,1	294,9	●	277,8	263,1	2,2	294,8	295,6	-0,1	➡
18 Décès par cancers	37	181,9	224,3	●	212,4	213,5	2,3	224,4	223,8	-3,9	➡
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	37	189,2	187,5	●	170,0	187,7	1,2	181,7	205,6	-7,2	➡
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	8	37,8	34,7	●	25,0	35,1	2,4	34,6	35,0	0,8	➡
21 Décès par suicide	3	14,5	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	10,6	➡
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	2	13,0	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-7,2	➡
24 Décès par pathologies liées au tabac	25	124,7	129,3	●	109,3	125,8	2,4	129,4	129,0	-5,6	➡
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	14	74,5	124,4	●	116,2	104,1	2,8	124,2	125,7	-3,7	➡
26 Décès évitables liés au système de soins	8	43,7	58,0	●	53,2	53,1	1,3	57,8	58,7	3,4	➡

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. Insee, 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	Diabète
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 σ) / (Taux η)	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	1 033	4 527	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	0,9	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	43	184	211	●	193	203	n.d.	213	201	1,9	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	125	537	492	●	458	504	1,3	489	503	-3,4	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	251	2 093	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	1,8	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	201	1 894	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	2,9	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 731	7 412	6 736	●	6 142	7 096	1,8	6 723	6 783	1,5	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	318	1 374	1 204	●	1 130	1 425	1,3	1 210	1 185	3,0	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	725	3 053	2 882	●	2 519	2 940	2,8	2 909	2 795	1,3	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	300	1 233	990	●	932	1 059	1,5	974	1 040	-0,3	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	989	4 292	5 516	●	4 840	5 601	1,7	5 586	5 284	-0,7	↘ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	22	32	●	33	36	5,1	36	17	-1,1	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	11	n.d.	117		212	143	3,4	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	615	3 063	3 451	●	3 821	3 680	0,9	3 602	2 954	5,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	138	669	927	●	1 020	823	1,9	948	866	11,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 228	5 616	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-3,2	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	570	2 670	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	-1,1	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	625	2 819	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-2,9	↘ !

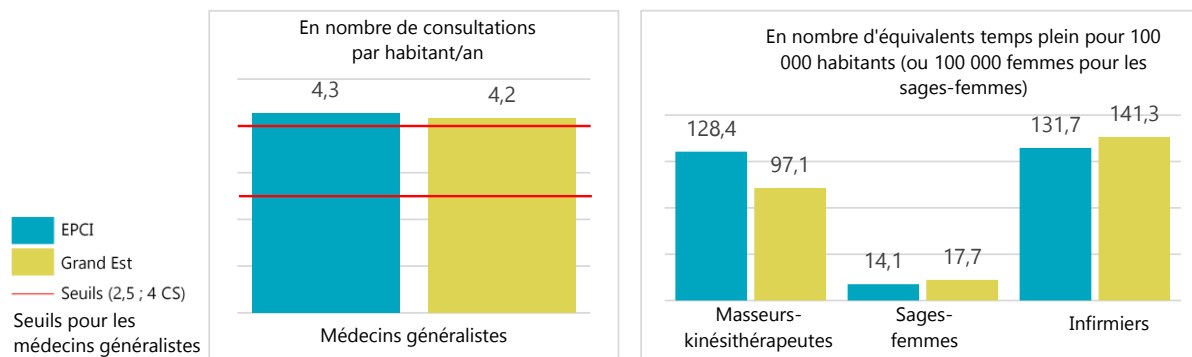
Notes de lecture : 27-40. Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques).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

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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		4,3	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-0,2	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		4,0	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-1,0	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		128,4	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	3,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		14,1	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	5,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		131,7	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	2,5	⬆️ !

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	18	0,7	1,8	●	1,2	0,9	22,2	1,0	4,3	1,3	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	3						0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	2	7,5	14,5	●	10,6	7,6	0,0	11,1	25,8	-6,3	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	10,8	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	10,4	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	0,7	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	10,4	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	0,7	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	12	2,0	2,6	●	2,2	1,3	25,0	1,5	6,1	11,6	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	6,3	5,5	●	4,5	3,8	n.d.	3,9	10,7	10,0	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	31	0,7	1,4	●	0,9	0,7	22,6	0,7	3,6	1,3	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	31	1,2	1,8	●	1,3	0,8	3,2	1,0	4,5	0,8	⬆️ !

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. ADEL au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	11,2 min	27,5 min	10,4 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	11,2	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,6	↗
60 Services de chirurgie	0	25,1	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	5,3	↗
61 Services d'obstétrique	0	11,2	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	-16,1	↘
62 Services de soins de suite	1	6,5	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	1,2	↗
63 Services d'urgence	0	27,5	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,4	↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	10,4	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	0,7	↗
65 EHPAD	2	4,3	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	1,0	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	10 168	51 609	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	0,5 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	28	1,3	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	10,5	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	173	10,0	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-2,0	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	115	6,4	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-3,9	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	936	52,0	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	2,1	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	31	0,8	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	8,5	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	346	70,9	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	-3,4	↘
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 012	66,7	46,8	●	47,3	52,3	1,3	46,8	46,9	-1,1	↘

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	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	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	179	1,0	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,0	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	261	1,6	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	8,7	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	476	31,1	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	-2,4	↘
82 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>)	169	4,9	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	128	1,2	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	3,3	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	415	16,5	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	1,1	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	30	2,8	2,8	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

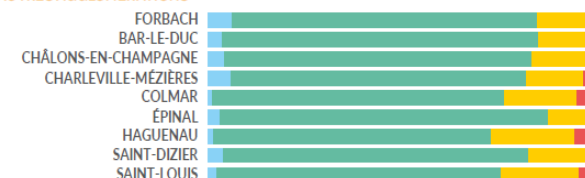
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	101	1,3	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-8,6	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	15	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-7,4	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 507	19,3	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-2,2	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 035	13,3	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	7	5,3	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	4,3	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	20	15,0	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,6	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-1,5	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	166	7,9	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	35		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	1 766	19,0	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-0,2	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		49,8	91,6	●	98,3	96,0				-0,6	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	9 279	78,4	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,7		●							
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	0,5		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			51,9		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			58,6		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			6,9		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	6,8	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	8	93,2	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

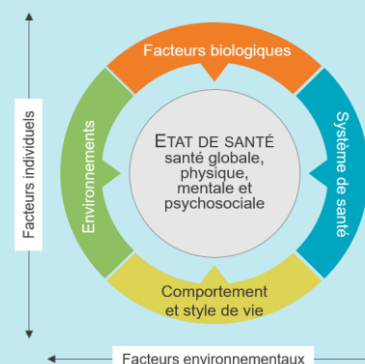
Autres informations

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. »

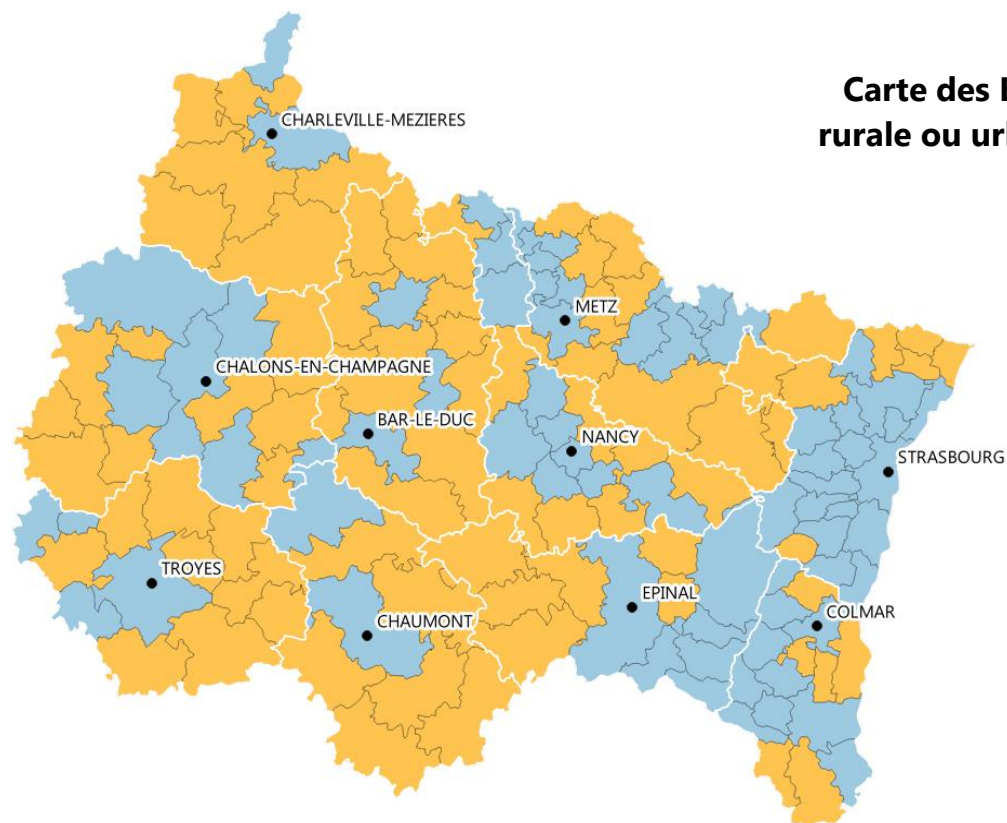
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

40 539

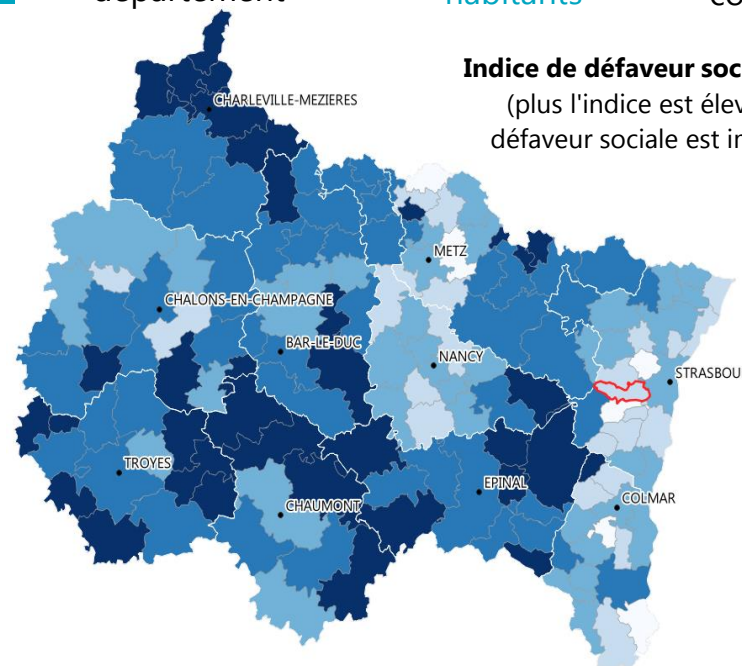
habitants

18

communes

EPCI à dominante

urbaine

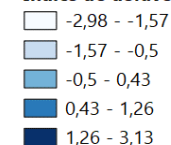


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	40 539	253,1	96,7		119,7	239,8	0,98	192,8	36,2	0,5 
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	978	0,49	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	467	0,23	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		82,2	86,3		83,8	78,8		84,5	92,3	3,8 
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	3 871	9,5	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,4 

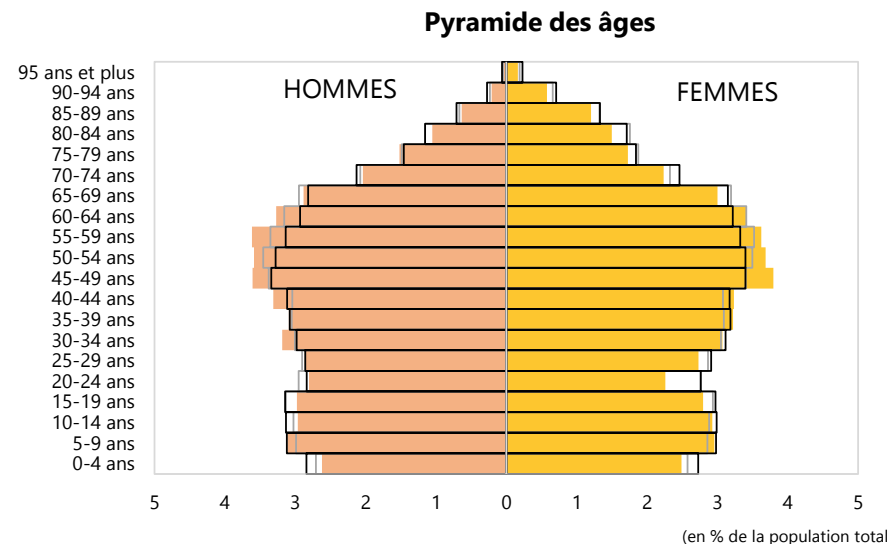
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		-0,9	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 717	8,4	13,3	●	12,8	11,6	0,9	14,0	10,8	-2,3 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	4 372	25,6	28,5	●	27,5	27,7	0,6	28,7	27,9	-0,7 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,2	3,7	●	2,5	2,7	0,6	3,3	5,8	-1,1 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	24 370		21 800	●	21 930	22 860				1,2 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 257	7,6	14,7	●	14,5	13,2				0,5 ↗
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,8	5,8	●	5,8	5,2				2,2 ↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	6 522	21,2	27,8	●	27,0	23,2	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>)	9 046	29,4	26,3	●	31,0	31,6	1,0	27,7	21,5	2,9 ↗

Notes de lecture : 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et *al.* en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées 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 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

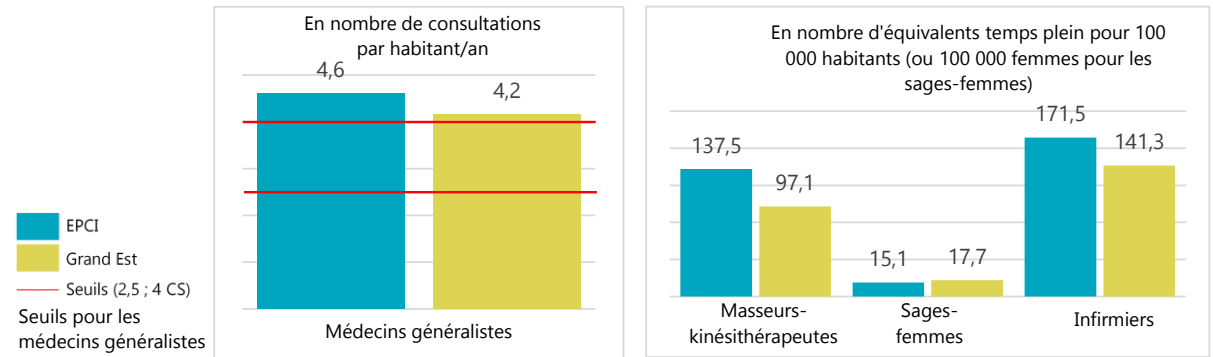
Morbidité		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 144	4 478	4 223	●	4 161	4 406	1,2	4 221	4 236	0,1	➡ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	84	171	211	●	193	203	2,7	213	201	-2,9	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	232	471	492	●	458	504	1,9	489	503	-3,2	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	477	1 880	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	1,4	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	416	1 888	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-1,2	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 485	7 150	6 736	●	6 142	7 096	1,8	6 723	6 783	1,5	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	685	1 414	1 204	●	1 130	1 425	1,3	1 210	1 185	2,0	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 475	3 020	2 882	●	2 519	2 940	3,2	2 909	2 795	1,2	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	574	1 114	990	●	932	1 059	1,5	974	1 040	1,0	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 655	5 487	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	0,2	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	7	32	●	33	36	0,7	36	17	-38,7	➡ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	45	98	117	●	212	143	3,4	131	67	2,7	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 570	3 551	3 451	●	3 821	3 680	1,1	3 602	2 954	3,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	354	785	927	●	1 020	823	1,9	948	866	8,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	2 775	5 856	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-4,6	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 184	2 549	3 548	●	3 916	2 811	0,6	3 537	3 588	-1,1	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 567	3 273	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-4,9	↘ !

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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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	4,6	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-0,3	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,2	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-1,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	137,5	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	3,5	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	15,1	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	5,9	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	171,5	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	2,6	⬆️ !

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	38	0,3	●	1,2	0,9	47,4	1,0	4,3	1,8	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	18					72,2				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	4	9,0	●	10,6	7,6	100,0	11,1	25,8	1,2	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	9,0	●	12,5	9,0	100,0	8,3	27,0	1,3	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	8,8	●	10,5	7,2	100,0	8,0	23,7	1,3	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	8,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	1,4	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	39	1,1	●	2,2	1,3	23,1	1,5	6,1	4,7	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	4,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	-0,4	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	70	0,6	●	0,9	0,7	14,9	0,7	3,6	15,3	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	59	1,0	●	1,3	0,8	11,9	1,0	4,5	4,0	⬆️ !

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. ADEL 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	16,9 min	28,2 min	8,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

Établissements 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	16,9	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,4	↗
60	Services de chirurgie	0	25,1	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	6,2	↗
61	Services d'obstétrique	0	16,9	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	-9,3	↘
62	Services de soins de suite	1	8,8	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	1,3	↗
63	Services d'urgence	0	28,2	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,6	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	8,8	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	1,3	↗
65	EHPAD	4	4,3	4,0	●	3,0	2,7		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'évolution des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58 et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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 **4**
soit 0,7 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)			52,3		49,2	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	22 249	52 081	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	0,7 ↗

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	110	2,1	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	7,9	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	573	13,1	16,4	●	15,9	14,1		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)	446	9,6	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-4,2	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	2 064	44,2	41,5	●	46,6	48,5		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)	105	1,1	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	6,0	↗
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)	903	73,8	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	1,4	↗
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	4 696	65,3	46,8	●	47,3	52,3	1,3	46,8	46,9	-1,4	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	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	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	882	2,2	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	0,1	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	1 250	3,6	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	7,3	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	1 259	43,7	42,8	●	42,7	39,6	0,5	43,5	40,5	2,6	↗
82 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>)	356	5,0	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	534	2,3	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	1,9	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	1 176	19,9	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	4,6	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	184	7,8	7,8	●		3,1		9,3	6,8	-2,6	↘ !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

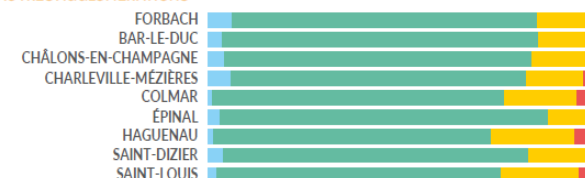
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	475	2,8	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-4,1	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	26	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-8,7	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 881	17,0	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-2,8	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 493	14,7	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	12	7,5	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	7,7	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	36	22,5	9,5	●	n.d.	20,9		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,6	0,2	●	n.d.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,3	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-2,6	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	513	8,2	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	111		19 047	●	171 485	1 934		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	2	11,1	2,1	●	2,4	3,5		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>	4 152	19,8	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-0,6	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		114,1	91,6	●	98,3	96,0				0,4	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	19 602	92,0	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,5		●							
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>		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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			58,6		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			6,9		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>	2	7,8	45,0			26,8		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	92,2	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

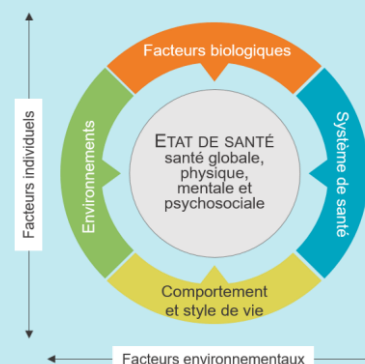
Autres informations

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. »

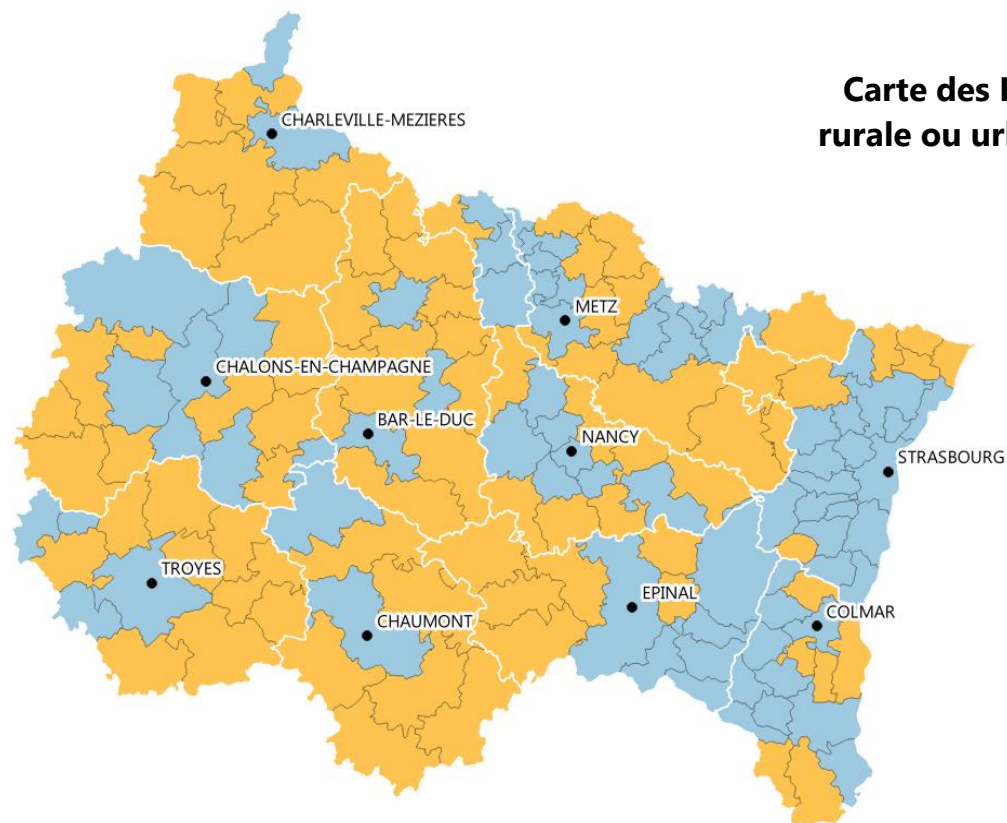
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

20 330

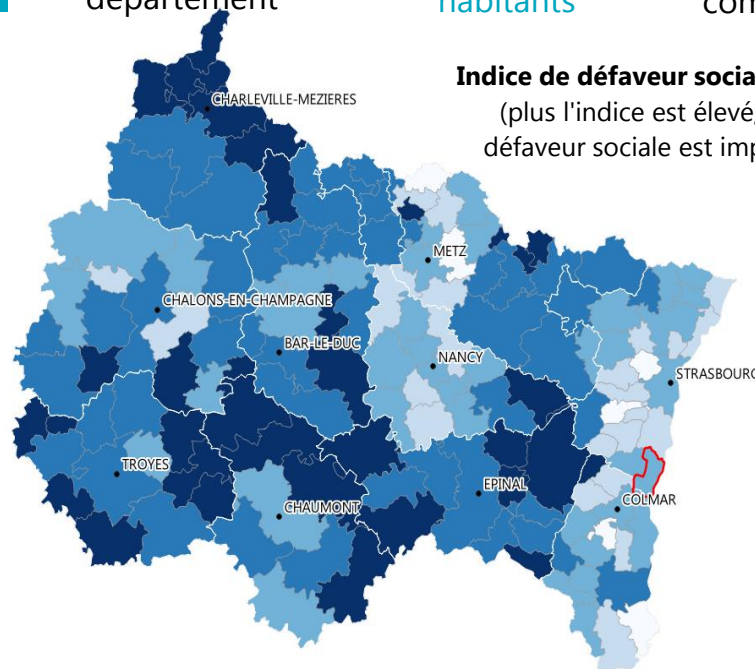
habitants

18

communes

EPCI à dominante

urbaine

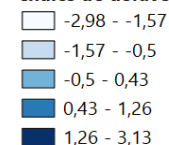


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	20 330	110,1	96,7		119,7	239,8	1,00	192,8	36,2	0,4 ↗
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	419	0,42	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	165	0,17	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		66,8	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	2,5 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	9 614	47,3	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,2 ↗

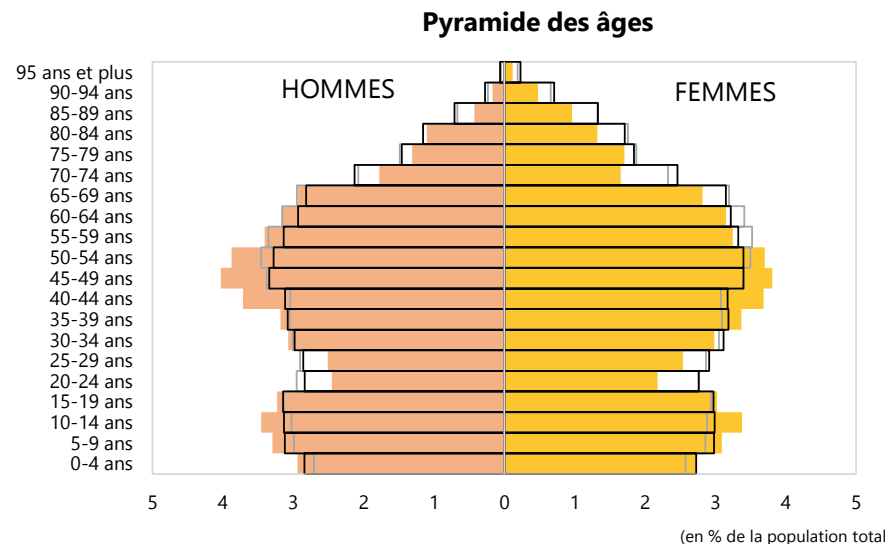
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,2	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 041	10,0	13,3	●	12,8	11,6	0,8	14,0	10,8	-1,1 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 225	26,8	28,5	●	27,5	27,7	0,4	28,7	27,9	0,4 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,6	3,7	●	2,5	2,7	0,7	3,3	5,8	0,1 ↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	23 470		21 800	●	21 930	22 860				1,5 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	576	7,2	14,7	●	14,5	13,2				-3,5 ↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,8	5,8	●	5,8	5,2				-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>)	3 764	25,0	27,8	●	27,0	23,2	0,7	27,4	29,4	-1,6 ↘
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>)	3 245	21,5	26,3	●	31,0	31,6	0,8	27,7	21,5	1,5 ↗

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)



EPCI	79,9	85,8
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15	Décès toutes causes confondues	147	756,2	784,7	●	725,2	747,9	1,8	773,8	818,4	-3,3	↘
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	27	145,8	181,6	●	175,7	155,7	1,8	182,2	180,3	-1,3	↘
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	49	255,5	294,9	●	277,8	263,1	1,8	294,8	295,6	-2,3	↘
18	Décès par cancers	40	197,5	224,3	●	212,4	213,5	2,1	224,4	223,8	-4,3	↘
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	39	200,6	187,5	●	170,0	187,7	1,6	181,7	205,6	-7,4	↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	9	46,7	34,7	●	25,0	35,1	2,7	34,6	35,0	5,3	↘
21	Décès par suicide	2	11,3	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	-2,1	↘
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	↘
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	3	17,4	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-8,6	↘
24	Décès par pathologies liées au tabac	30	152,9	129,3	●	109,3	125,8	3,2	129,4	129,0	-0,9	↘
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	20	103,2	124,4	●	116,2	104,1	3,5	124,2	125,7	-4,6	↘
26	Décès évitables liés au système de soins	10	53,3	58,0	●	53,2	53,1	1,0	57,8	58,7	0,2	↘

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

Sources : 15-26. Insee, 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

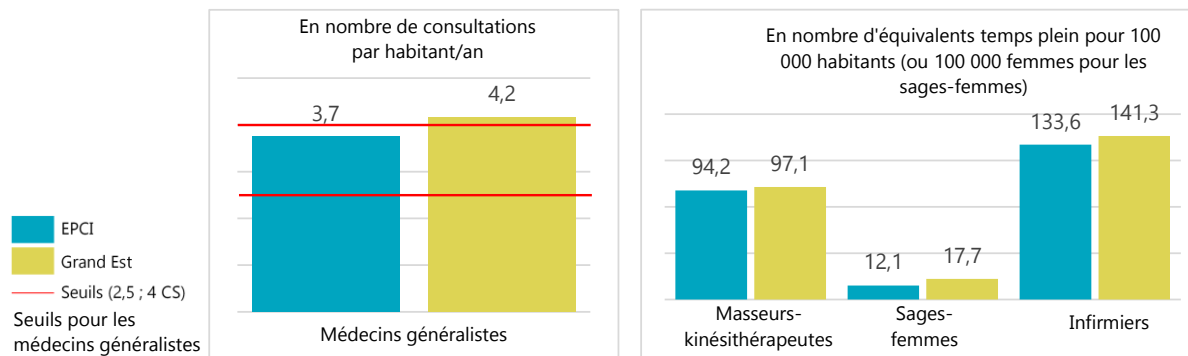
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	990	4 447	4 223	●	4 161	4 406	1,2	4 221	4 236	1,2	↗
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	44	194	211	●	193	203	n.d.	213	201	5,4	↗
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	111	489	492	●	458	504	1,6	489	503	3,9	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	200	1 710	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	0,4	↗
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	185	1 770	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-2,8	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 689	7 475	6 736	●	6 142	7 096	1,7	6 723	6 783	2,0	↗
33	Personnes prises en charge pour AVC	363	1 623	1 204	●	1 130	1 425	1,3	1 210	1 185	0,9	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	679	2 960	2 882	●	2 519	2 940	2,5	2 909	2 795	1,1	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	289	1 248	990	●	932	1 059	1,4	974	1 040	-1,1	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 148	5 019	5 516	●	4 840	5 601	1,3	5 586	5 284	0,2	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	21	32	●	33	36	0,3	36	17	-2,6	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	40	117	●	212	143	1,3	131	67	-0,1	→
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	650	3 006	3 451	●	3 821	3 680	0,9	3 602	2 954	2,7	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	148	672	927	●	1 020	823	2,2	948	866	15,6	↗
41	Patients traités par psychotropes	1 406	6 381	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-4,9	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	672	3 089	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	-2,1	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	711	3 211	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-6,3	↘

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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 9) / (Taux 9)	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	5,0		4,4	3,3	0,6	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,4	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-0,1	→ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	94,2	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	7,0	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	12,1	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	11,4	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	133,6	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	3,3	↗ !

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	18	2,4	●	1,2	0,9	33,3	1,0	4,3	2,7	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	18,2	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,2	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	18,0	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,0	→ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	18,3	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	0,3	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	18,0	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	0,3	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	8	3,9	●	2,2	1,3	37,5	1,5	6,1	7,9	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	4,9	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	-13,2	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	30	2,3	●	0,9	0,7	16,1	0,7	3,6	-2,2	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	18	2,6	●	1,3	0,8	11,1	1,0	4,5	1,7	↗ !

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	9 753	45 478	43 256	●	40 236	47 867	0,9	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	57	1,9	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	7,1	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	335	15,2	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-1,8	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	213	9,6	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-2,7	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	819	37,0	41,5	●	46,6	48,5		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)	69	1,4	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	6,2	↗
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)	363	54,1	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	-0,2	↘
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 487	62,8	46,8	●	47,3	52,3	1,2	46,8	46,9	-0,8	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		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	
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	466	2,3	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,6	↘
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	476	2,8	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	0,6	↗
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	467	36,2	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	-0,8	↘
82	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>)	191	5,9	5,6		n.d.	6,1					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	143	1,2	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	2,3	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	508	16,2	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	1,5	↗
85	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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d.

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

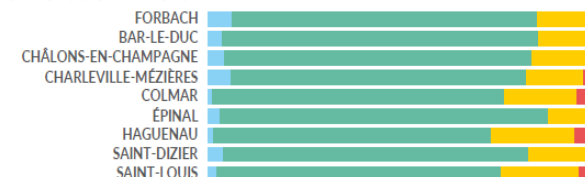
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	113	1,4	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-13,3	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	21	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-12,0	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 379	17,1	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-1,7	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 064	13,2	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	2,7	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,2	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	24	13,0	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		6,2	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	1,9	↗
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	412	3,4	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	46		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>)	2 046	19,4	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-0,7	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		49,6	91,6	●	98,3	96,0				0,4	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	8 931	87,3	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,8		●							
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>)		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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>)	18	100,0	49,2			58,6		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			6,9		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	9	51,7	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	9	48,3	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

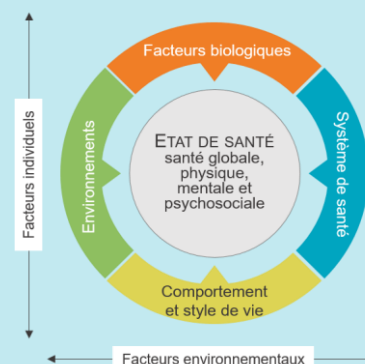
Autres informations

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. »

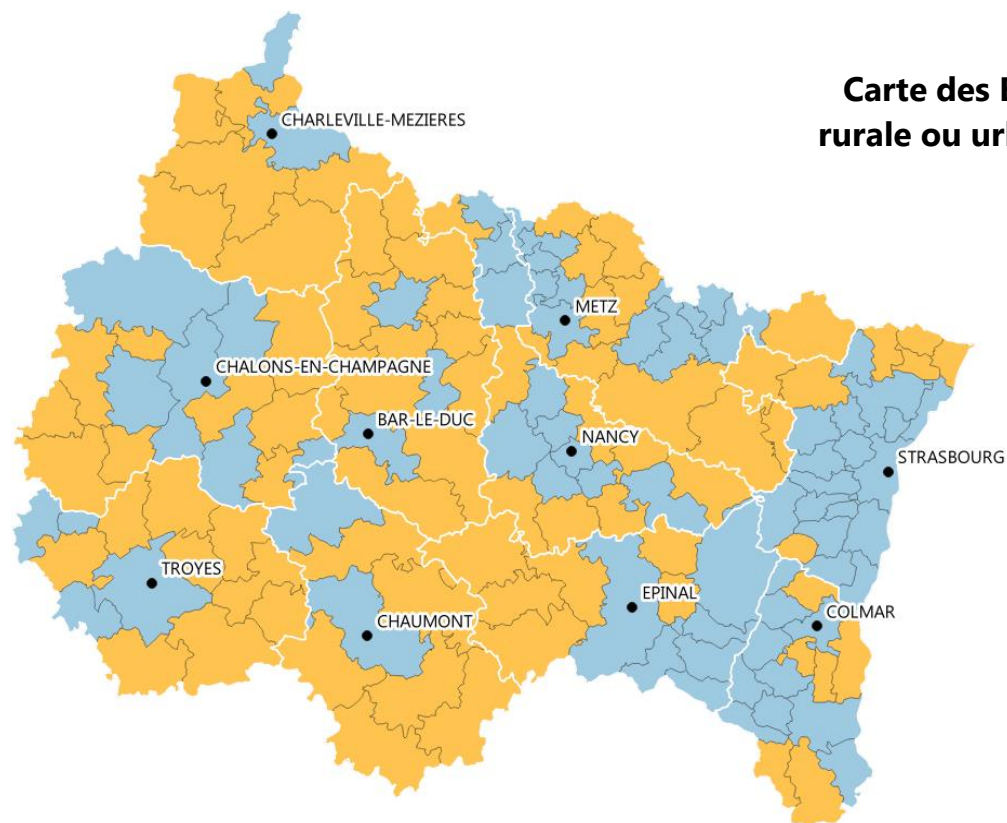
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

17 379

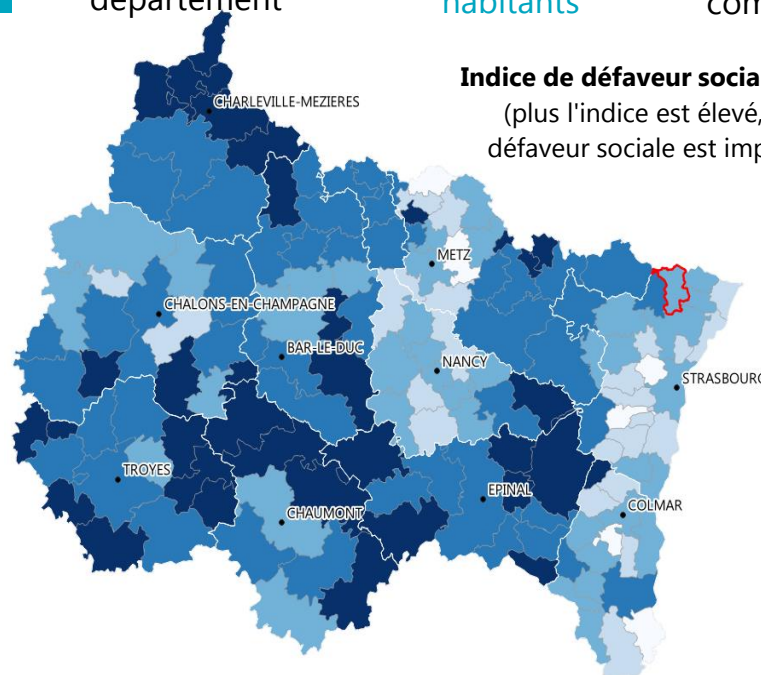
habitants

24

communes

EPCI à dominante

rurale

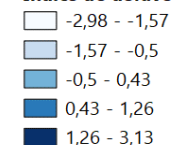


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	17 379	87,9	96,7		119,7	239,8	0,98	192,8	36,2	-0,1 ➡
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-85	-0,10	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-88	-0,10	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		95,9	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,0 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	17 379	100,0	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,0 ➡

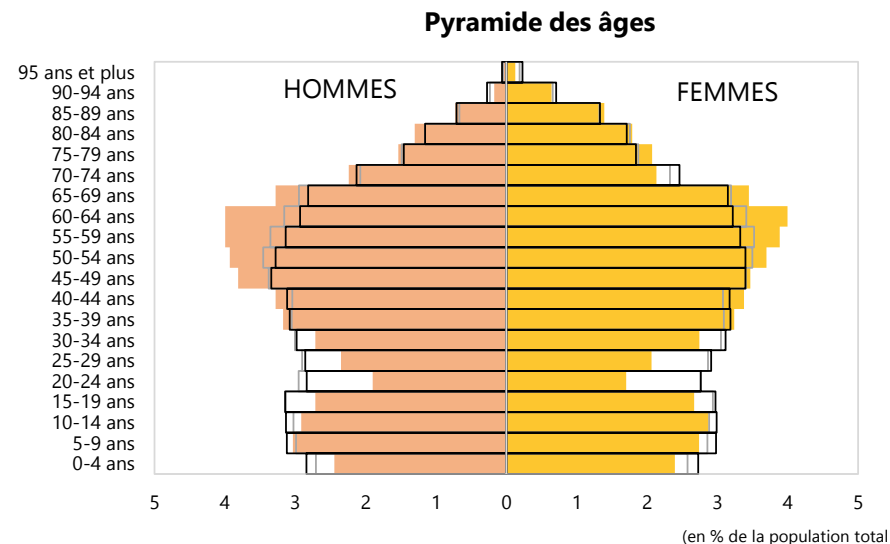
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		-0,1	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	715	8,4	13,3	●	12,8	11,6	0,8	14,0	10,8	-0,1 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 840	25,4	28,5	●	27,5	27,7	0,3	28,7	27,9	0,5 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,0	3,7	●	2,5	2,7	0,6	3,3	5,8	0,6 ↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	23 860		21 800	●	21 930	22 860				1,2 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	419	5,9	14,7	●	14,5	13,2				-2,5 ↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,2	5,8	●	5,8	5,2				0,6 ↗
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>)	3 174	23,6	27,8	●	27,0	23,2	0,5	27,4	29,4	-3,7 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 914	21,7	26,3	●	31,0	31,6	0,9	27,7	21,5	2,9 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	79,1	84,9
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15	Décès toutes causes confondues	164	772,9	784,7	●	725,2	747,9	1,7	773,8	818,4	0,1	➡
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	28	149,8	181,6	●	175,7	155,7	1,9	182,2	180,3	-2,1	➡
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	50	259,0	294,9	●	277,8	263,1	2,5	294,8	295,6	-0,8	➡
18	Décès par cancers	46	209,5	224,3	●	212,4	213,5	1,6	224,4	223,8	-0,1	➡
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	50	236,7	187,5	●	170,0	187,7	1,6	181,7	205,6	-0,7	➡
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	8	36,7	34,7	●	25,0	35,1	3,3	34,6	35,0	2,4	➡
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	n.d.	n.d.
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	6	26,4	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	10,7	➡
24	Décès par pathologies liées au tabac	29	137,2	129,3	●	109,3	125,8	2,4	129,4	129,0	0,3	➡
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	21	110,3	124,4	●	116,2	104,1	4,0	124,2	125,7	1,4	➡
26	Décès évitables liés au système de soins	12	59,4	58,0	●	53,2	53,1	1,3	57,8	58,7	-0,9	➡

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. Insee, 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

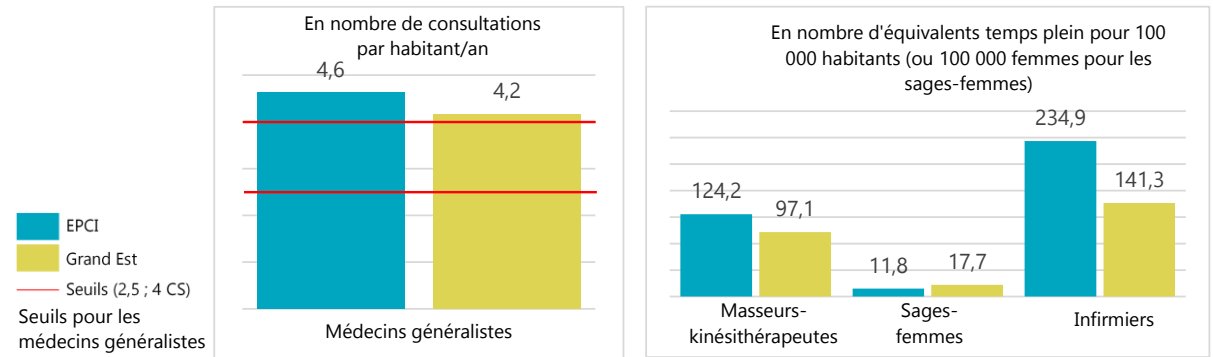
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	934	4 152	4 223	●	4 161	4 406	1,2	4 221	4 236	-0,1	➡
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	34	146	211	●	193	203	2,8	213	201	-2,1	➡
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	99	434	492	●	458	504	1,4	489	503	-0,9	➡
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	201	1 692	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	1,1	➡
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	175	1 714	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-2,6	➡
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 740	7 509	6 736	●	6 142	7 096	1,6	6 723	6 783	-1,1	➡
33	Personnes prises en charge pour AVC	389	1 694	1 204	●	1 130	1 425	1,1	1 210	1 185	1,1	➡
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	629	2 702	2 882	●	2 519	2 940	2,9	2 909	2 795	-1,4	➡
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	257	1 047	990	●	932	1 059	1,4	974	1 040	-3,8	➡
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 119	4 900	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	-1,2	➡
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	14	32	●	33	36	0,6	36	17	-18,4	➡
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	39	117	●	212	143	6,9	131	67	n.d.	➡
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	632	3 217	3 451	●	3 821	3 680	0,8	3 602	2 954	2,6	➡
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	137	677	927	●	1 020	823	1,3	948	866	16,7	➡
41	Patients traités par psychotropes	1 387	6 320	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-6,5	➡
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	509	2 414	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	-3,7	➡
43	Patients traités par anxiolytiques	879	3 977	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-5,7	➡

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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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		4,6	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-0,5	⬇️
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		4,4	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	0,9	⬆️
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		124,2	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	2,9	⬆️
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		11,8	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	6,4	⬆️
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		234,9	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	0,6	⬆️

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	15	2,4	1,8	●	1,2	0,9	40,0	1,0	4,3	-2,0	⬇️
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	20,2	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,8	⬆️
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	16,9	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	3,1	⬆️
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	12,4	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	0,7	⬆️
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	18,2	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	6,8	⬆️
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	8	3,5	2,6	●	2,2	1,3	25,0	1,5	6,1	-4,0	⬇️
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	8,2	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	0,9	⬆️
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	38	2,6	1,4	●	0,9	0,7	5,1	0,7	3,6	0,5	⬆️
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	20	2,4	1,8	●	1,3	0,8	0,0	1,0	4,5	0,9	⬆️

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. ADEL 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	20,1 min	20,2 min	8,1 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	20,1	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,8 ↗
60 Services de chirurgie	0	20,2	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,8 ↗
61 Services d'obstétrique	0	20,1	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	0,7 ↗
62 Services de soins de suite	3	5,1	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	0,4 ↗
63 Services d'urgence	0	20,2	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,8 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	8,1	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	0,6 ↗
65 EHPAD	2	5,8	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	1,1 ↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	8 442	47 172	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	0,7 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	38	1,7	2,4	●	2,3	2,7		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)	191	12,2	16,4	●	15,9	14,1		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)	152	9,0	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-1,3	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	622	36,9	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	1,7	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	36	1,0	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	-1,0	↘
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)	297	64,0	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	1,3	↗
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 440	48,9	46,8	●	47,3	52,3	1,3	46,8	46,9	-4,3	↘

!

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+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	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	218	1,3	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-4,7	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	316	2,1	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	2,6	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	506	34,6	42,8	●	42,7	39,6	0,6	43,5	40,5	0,2	↗
82 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>)	223	6,5	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	139	1,4	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	4,9	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	405	16,5	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	7,3	↗
85 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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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.

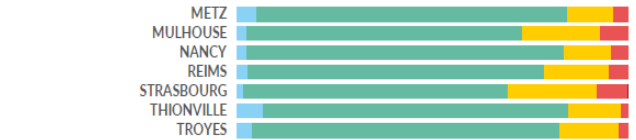
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

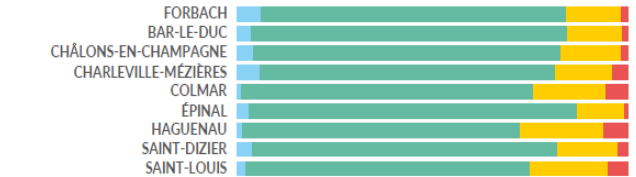
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	137	1,9	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	1,0	↗
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	24	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-2,5	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 785	24,8	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-2,0	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 219	17,0	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	29	14,7	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,0	→ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	11	5,6	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,5	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-1,9	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	975	15,7	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	91		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	1 530	17,8	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-1,3	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		46,9	91,6	●	98,3	96,0				0,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	9 293	92,8	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,9		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,1		●							
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>		2,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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	100,0	49,2			58,6		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	1	2,6	20,3			6,9		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) <i>(et part de la population couverte)</i>	4	18,3	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	19	79,1	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

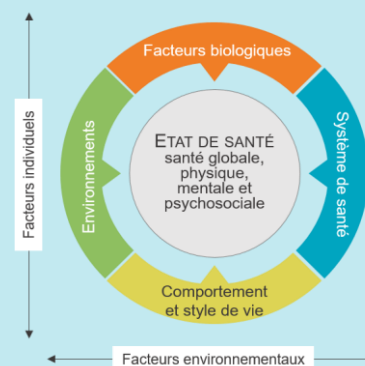
Autres informations

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. »

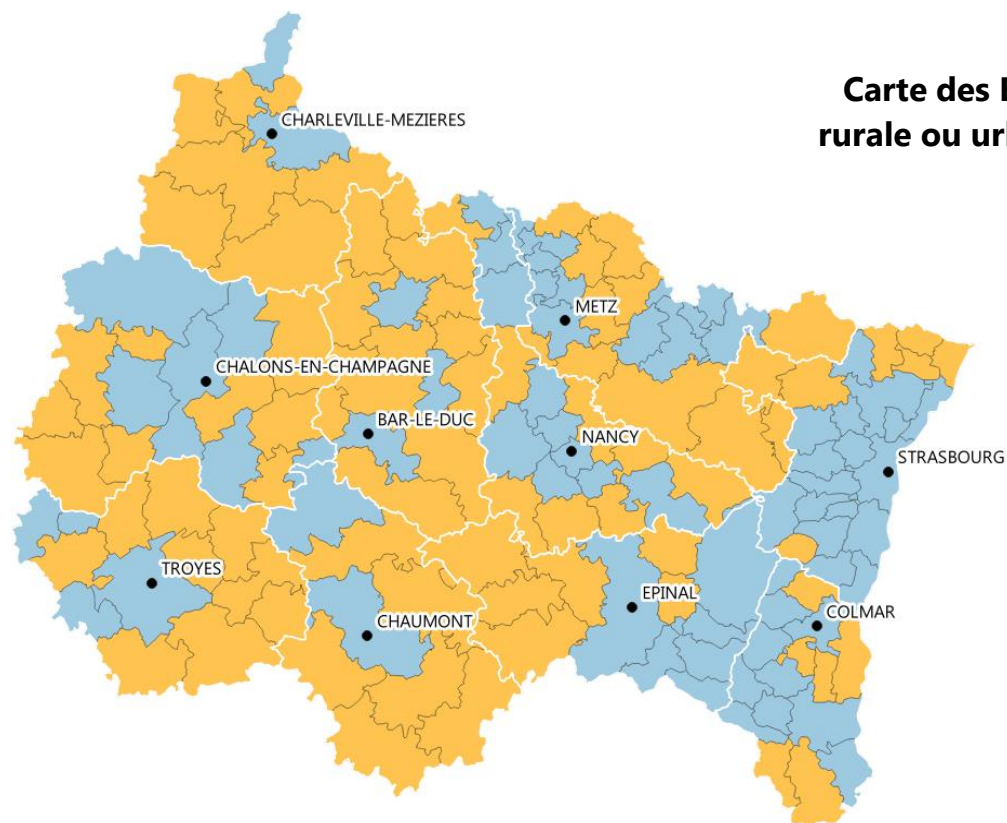
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

36 863

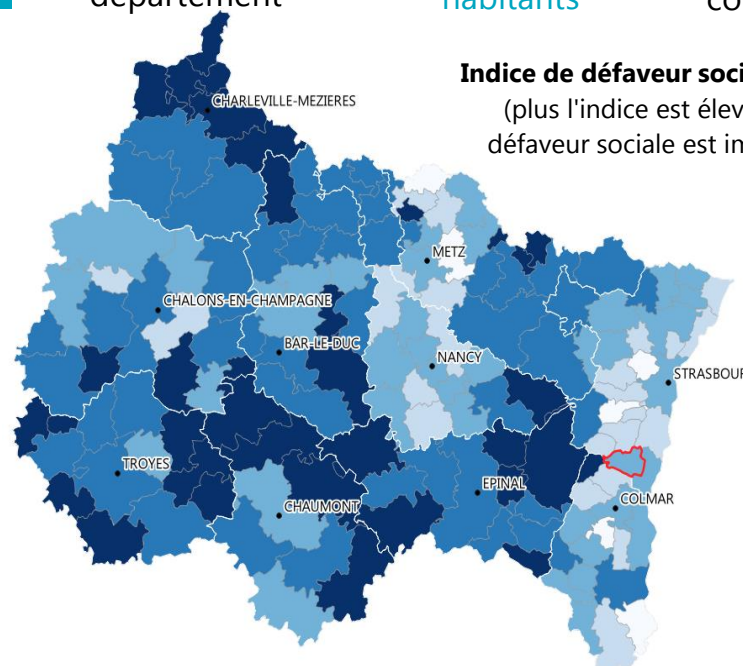
habitants

12

communes

EPCI à dominante

urbaine

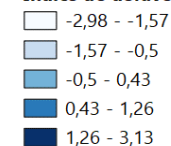


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	36 863	221,5	96,7		119,7	239,8	0,95	192,8	36,2	0,1 →
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	96	0,05	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-316	-0,17	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		82,3	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,4 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	5 782	15,7	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,3 ↗

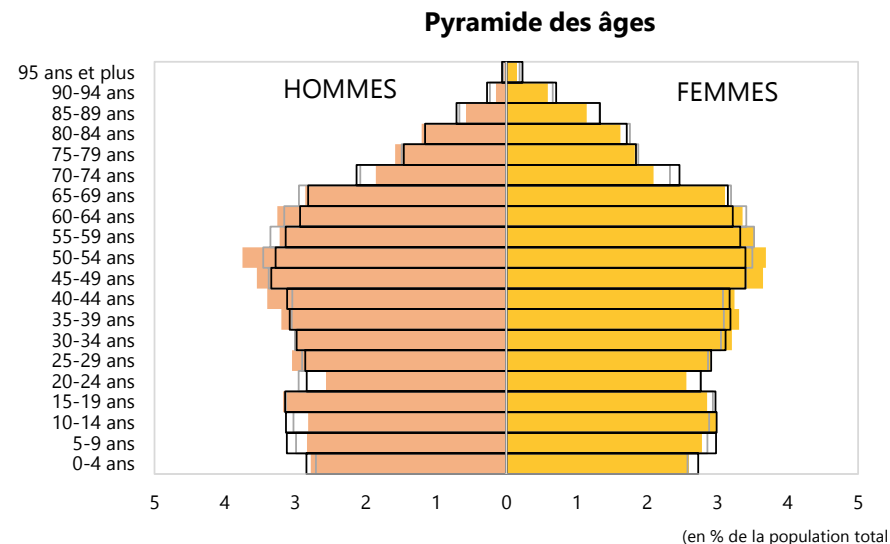
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		-0,2	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	2 009	11,0	13,3	●	12,8	11,6	0,9	14,0	10,8	-1,9 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	4 110	27,7	28,5	●	27,5	27,7	0,6	28,7	27,9	0,8 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,4	3,7	●	2,5	2,7	0,7	3,3	5,8	-1,6 ↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	22 980		21 800	●	21 930	22 860				1,2 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 674	10,2	14,7	●	14,5	13,2				-1,3 ↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,7	5,8	●	5,8	5,2				0,9 ↗
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>)	7 302	26,1	27,8	●	27,0	23,2	0,8	27,4	29,4	-1,8 ↘
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>)	8 125	29,1	26,3	●	31,0	31,6	1,0	27,7	21,5	2,0 ↗

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 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

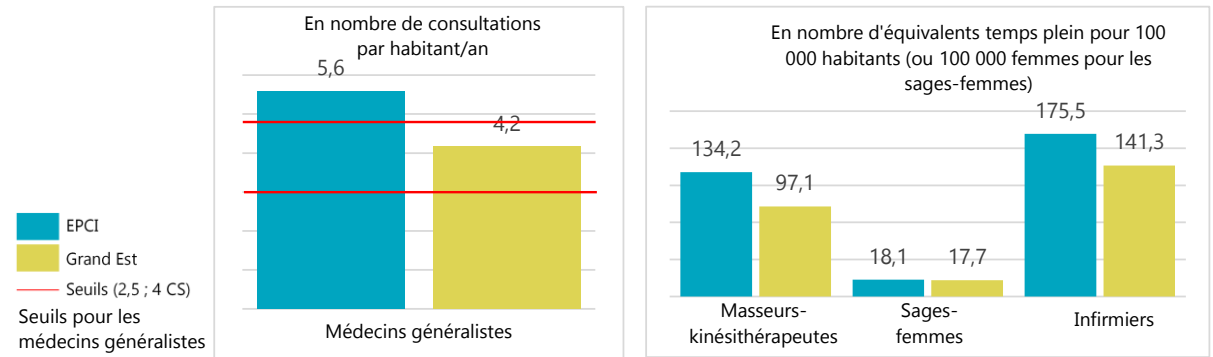
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 905	4 324	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	0,5	↗
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	86	194	211	●	193	203	1,3	213	201	-1,7	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	216	479	492	●	458	504	1,6	489	503	1,6	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	420	1 777	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	0,5	↗
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	392	1 932	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-0,4	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 177	7 025	6 736	●	6 142	7 096	1,8	6 723	6 783	1,5	↗
33	Personnes prises en charge pour AVC	611	1 347	1 204	●	1 130	1 425	1,5	1 210	1 185	5,7	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 331	2 920	2 882	●	2 519	2 940	2,7	2 909	2 795	2,2	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	543	1 129	990	●	932	1 059	1,5	974	1 040	-0,1	→
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 387	5 377	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	0,3	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	16	32	●	33	36	2,5	36	17	n.d.	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	35	84	117	●	212	143	n.d.	131	67	-2,0	↘
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 555	3 801	3 451	●	3 821	3 680	1,0	3 602	2 954	3,2	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles additifs	414	991	927	●	1 020	823	1,6	948	866	11,9	↗
41	Patients traités par psychotropes	2 747	6 306	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-3,7	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 244	2 908	3 548	●	3 916	2 811	0,5	3 537	3 588	-1,0	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	1 399	3 213	4 002	●	3 902	3 518	0,6	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 (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 σ) / (Taux 9)	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		5,6	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	0,2	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		5,2	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	0,6	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		134,2	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	4,9	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		18,1	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	5,5	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		175,5	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	4,6	↗ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	45	0,4	1,8	●	1,2	0,9	44,4	1,0	4,3	1,4	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	52						46,2				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	8	6,1	14,5	●	10,6	7,6	37,5	11,1	25,8	0,2	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	6,1	12,6	●	12,5	9,0	100,0	8,3	27,0	0,2	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	6	6,1	11,6	●	10,5	7,2	66,7	8,0	23,7	0,2	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	6,1	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	0,4	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	34	0,9	2,6	●	2,2	1,3	41,2	1,5	6,1	1,6	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	8	2,2	5,5	●	4,5	3,8	12,5	3,9	10,7	-6,7	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	48	0,3	1,4	●	0,9	0,7	17,6	0,7	3,6	-15,9	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	52	0,6	1,8	●	1,3	0,8	15,4	1,0	4,5	13,9	↗ !

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. ADEL au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	6,1 min	6,1 min	6,0 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

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

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.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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 **4**
 soit 0,7 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)			52,3		49,2	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	19 007	47 221	43 256	●	40 236	47 867	0,9	43 674	41 912	-0,5

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	144	3,0	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	9,2	↗
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)	706	17,2	16,4	●	15,9	14,1		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)	506	11,7	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-5,5	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	2 010	46,3	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	2,9	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	120	1,4	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	5,5	↗
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)	675	59,5	58,4	●	62,2	64,8		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)	4 484	69,7	46,8	●	47,3	52,3	1,1	46,8	46,9	-2,5	↘

!

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		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	
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	1 280	3,5	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-1,8	↘
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	1 909	5,8	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	3,4	↗
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	1 370	42,5	42,8	●	42,7	39,6	0,4	43,5	40,5	0,6	↗
82	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>)	411	6,1	5,6		n.d.	6,1					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	671	3,1	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	2,8	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	1 237	23,9	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	2,9	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	168	7,8	7,8	●		3,1		9,3	6,8	16,8	↗

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

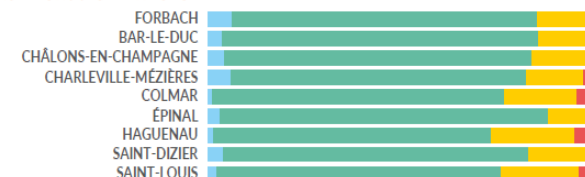
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	460	2,8	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-5,7	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	35	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-6,8	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 116	19,0	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-2,8	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 208	13,4	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	14	8,4	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,6	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	48	28,8	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,4	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-2,3	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	724	8,9	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	58		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>)	3 636	19,0	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	0,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		102,0	91,6	●	98,3	96,0				-0,1	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	19 296	89,5	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
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>)		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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>)	12	100,0	49,2			58,6		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			6,9		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	1,1	45,0			26,8		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	11	98,9	34,7			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

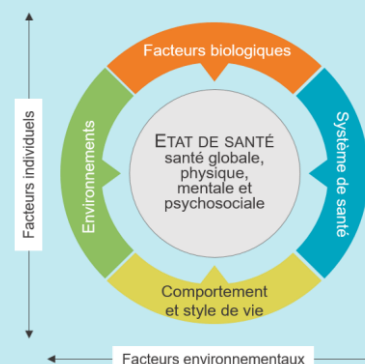
Autres informations

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. »

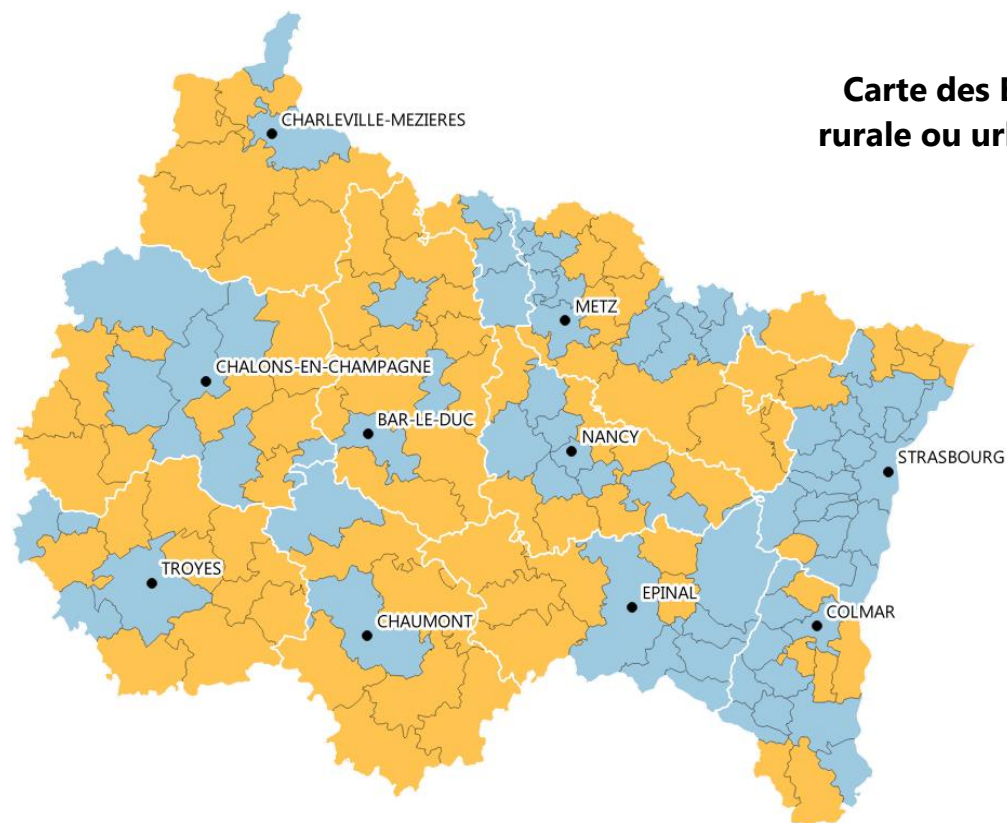
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

20 708

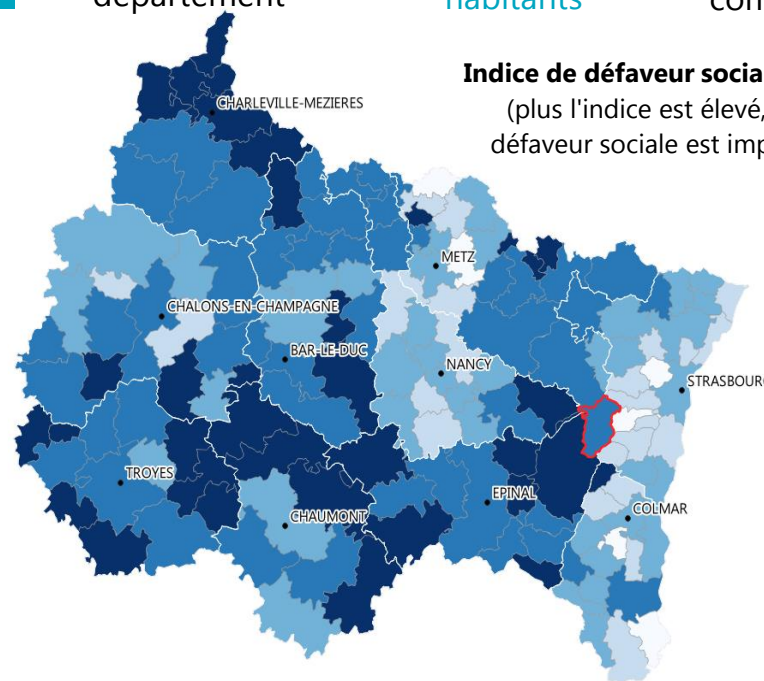
habitants

26

communes

EPCI à dominante

urbaine

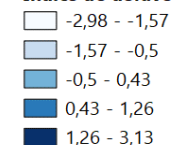


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	20 708	68,2	96,7		119,7	239,8	0,97	192,8	36,2	-0,7 ↘
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-718	-0,68	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-330	-0,31	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		99,5	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	3,8 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	7 691	37,1	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	-0,1 ↘

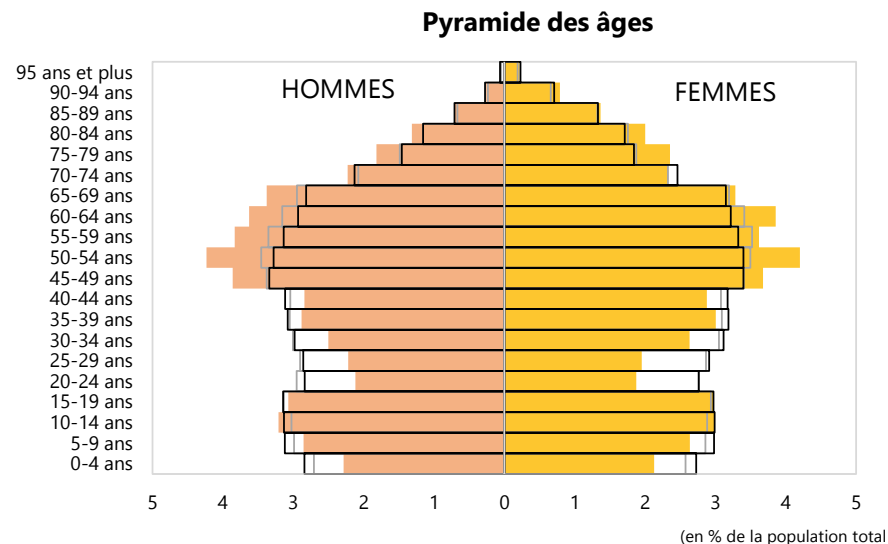
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
■ France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,8	0,4	●		-0,2		0,4	0,3	
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 073	11,0	13,3	●	12,8	11,6	0,9	14,0	10,8	-1,2 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 153	27,3	28,5	●	27,5	27,7	0,5	28,7	27,9	-0,4 ↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,8	3,7	●	2,5	2,7	0,5	3,3	5,8	1,5 ↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 940		21 800	●	21 930	22 860				1,3 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	809	9,2	14,7	●	14,5	13,2				-1,7 ↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,4	5,8	●	5,8	5,2				0,9 ↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	4 589	28,5	27,8	●	27,0	23,2	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>)	3 030	18,8	26,3	●	31,0	31,6	0,9	27,7	21,5	2,6 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	78,1	84,2
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Cancers
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15 Décès toutes causes confondues	231	852,2	784,7	●	725,2	747,9	1,8	773,8	818,4	-1,4	➡
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	38	181,9	181,6	●	175,7	155,7	2,1	182,2	180,3	-5,5	➡
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	72	311,7	294,9	●	277,8	263,1	2,3	294,8	295,6	-3,6	➡
18 Décès par cancers	58	216,1	224,3	●	212,4	213,5	2,2	224,4	223,8	-1,4	➡
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	69	250,2	187,5	●	170,0	187,7	1,8	181,7	205,6	-1,2	➡
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	15	55,9	34,7	●	25,0	35,1	2,6	34,6	35,0	5,0	➡
21 Décès par suicide	3	13,2	13,4	●	13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	0,2	➡
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	8	31,2	25,8	●	24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	-7,0	➡
24 Décès par pathologies liées au tabac	48	178,0	129,3	●	109,3	125,8	3,1	129,4	129,0	0,5	➡
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	35	149,2	124,4	●	116,2	104,1	3,6	124,2	125,7	-2,0	➡
26 Décès évitables liés au système de soins	13	53,2	58,0	●	53,2	53,1	1,9	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. Insee, 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

Morbidité

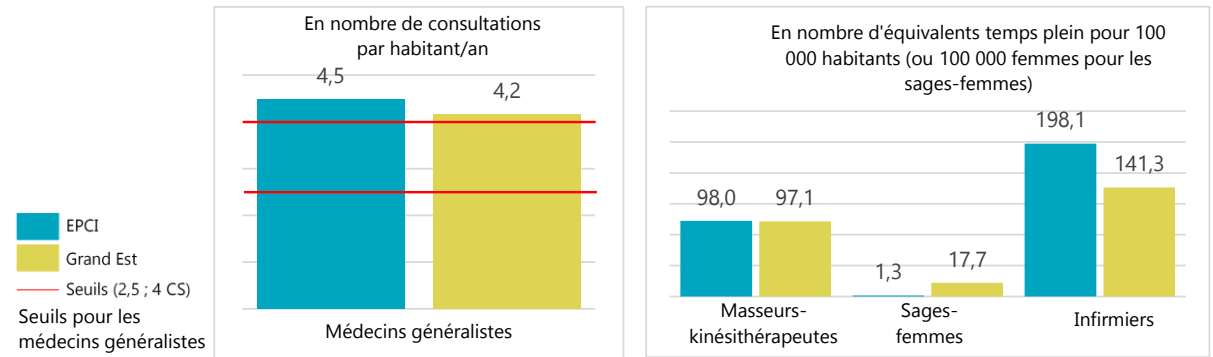
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 243	4 659	4 223	●	4 161	4 406	1,0	4 221	4 236	1,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	65	236	211	●	193	203	1,7	213	201	-3,0	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	178	656	492	●	458	504	1,2	489	503	-2,1	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	296	2 157	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	0,9	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	177	1 481	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-3,0	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 313	8 405	6 736	●	6 142	7 096	1,7	6 723	6 783	-0,2	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	454	1 669	1 204	●	1 130	1 425	1,2	1 210	1 185	0,6	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 016	3 675	2 882	●	2 519	2 940	2,6	2 909	2 795	-0,4	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	369	1 226	990	●	932	1 059	1,8	974	1 040	-4,6	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 665	6 185	5 516	●	4 840	5 601	1,6	5 586	5 284	-0,3	↘ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	13	32	●	33	36	0,5	36	17	-25,7	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	21	101	117	●	212	143	n.d.	131	67	0,9	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	941	4 135	3 451	●	3 821	3 680	1,0	3 602	2 954	4,9	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	217	940	927	●	1 020	823	1,7	948	866	8,1	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 689	6 628	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-3,9	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	693	2 879	3 548	●	3 916	2 811	0,4	3 537	3 588	-2,3	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 022	3 917	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-4,3	↘ !

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).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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	5,0		4,4	3,3	1,1	⬆️
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		4,1	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-1,3	⬆️
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		98,0	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	-0,2	⬆️
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		1,3	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	-20,8	⬆️
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		198,1	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	9,0	⬆️

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	20	2,0	1,8	●	1,2	0,9	55,0	1,0	4,3	0,3	⬆️
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	24						37,5				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	33,6	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,2	⬆️
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	32,7	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	-0,4	⬆️
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	4	9,5	11,6	●	10,5	7,2	25,0	8,0	23,7	1,5	⬆️
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	3	9,5	10,8	●	8,6	6,5	33,3	8,1	19,5	1,5	⬆️
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	12	3,0	2,6	●	2,2	1,3	41,7	1,5	6,1	1,7	⬆️
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	6,5	5,5	●	4,5	3,8	50,0	3,9	10,7	-4,9	⬆️
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	46	1,7	1,4	●	0,9	0,7	8,3	0,7	3,6	0,5	⬆️
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	26	2,6	1,8	●	1,3	0,8	15,4	1,0	4,5	2,5	⬆️

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. ADEL 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	9,5 min	47,8 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

Établissements 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	9,5	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	1,6	↗
60	Services de chirurgie	1	9,5	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	1,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	9,5	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	-27,3	↘
62	Services de soins de suite	2	9,4	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	5,8	↗
63	Services d'urgence	0	47,8	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,3	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,4	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	1,4	↗
65	EHPAD	5	3,8	4,0	●	3,0	2,7		2,9	7,4	5,3	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	9 965	46 922	43 256	●	40 236	47 867	0,9	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	57	2,1	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	12,5	↗
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	345	16,6	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-2,8	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	267	14,1	12,9	●	12,4	11,5		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)	554	29,3	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	2,1	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	47	1,0	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	1,2	↗
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)	359	73,3	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	0,1	→
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 404	38,2	46,8	●	47,3	52,3	1,3	46,8	46,9	-2,5	↘

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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		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	
79	Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	448	2,2	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-2,0	↘
80	Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	611	3,5	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	1,8	↗
81	Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	697	35,1	42,8	●	42,7	39,6	0,5	43,5	40,5	-2,4	↘
82	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>)	255	6,0	5,6		n.d.	6,1					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	269	2,3	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	3,2	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	569	20,1	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	3,6	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	38	3,3	3,3	●		3,1		9,3	6,8	49,2	↗

Notes de lecture : 80. Depuis le 1^{er} 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

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

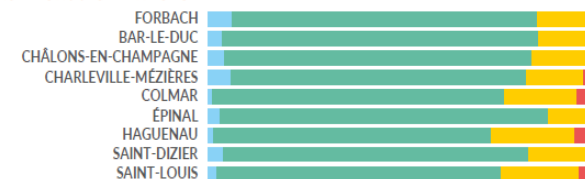
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	160	1,8	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-8,7	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	36	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-11,3	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 227	36,2	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-1,9	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 972	22,1	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	4	1,3	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	0,0	→ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	21	6,9	9,5	●	n.d.	20,9		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,3	0,2	●	n.d.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,9	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-0,5	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	579	32,8	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	81		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>)	1 478	14,8	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	-0,9	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		70,1	91,6	●	98,3	96,0				-0,6	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	12 000	93,7	76,9	●	71,2	84,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,3		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,7		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,9		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		3,8	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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			58,6		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			6,9		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	26	100,0	45,0			26,8		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			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

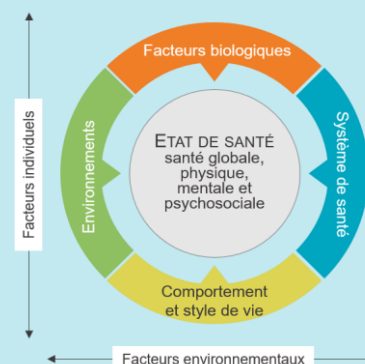
Autres informations

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. »

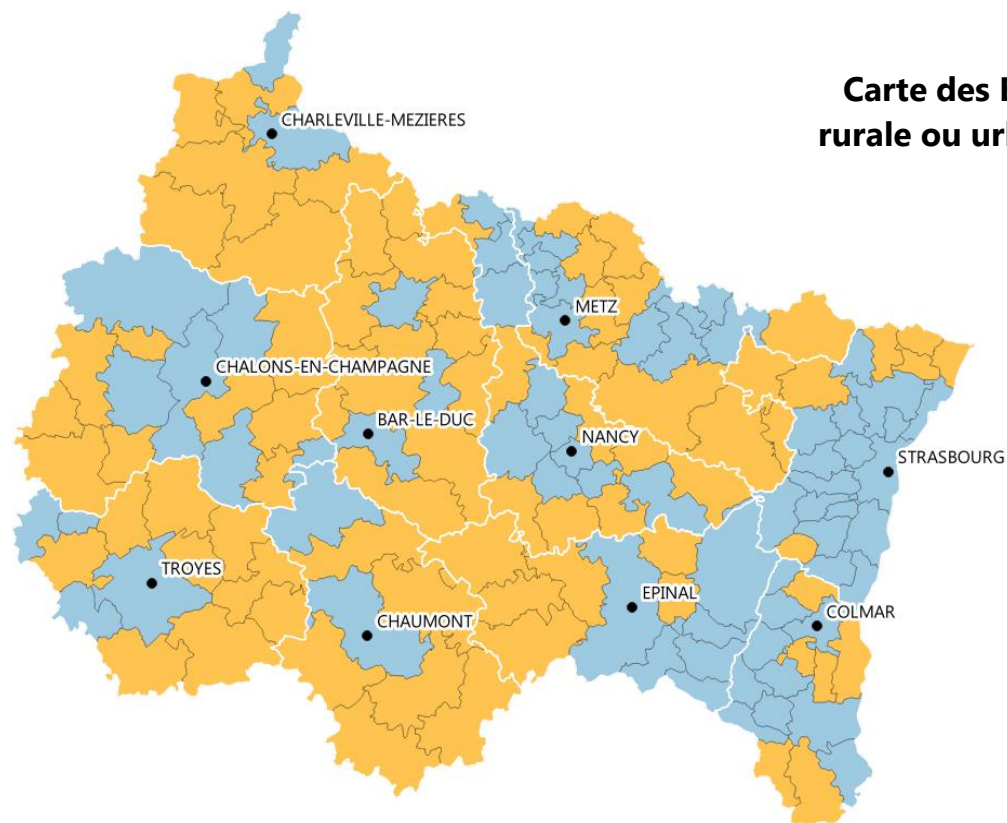
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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.

Bas-Rhin

département

10 716

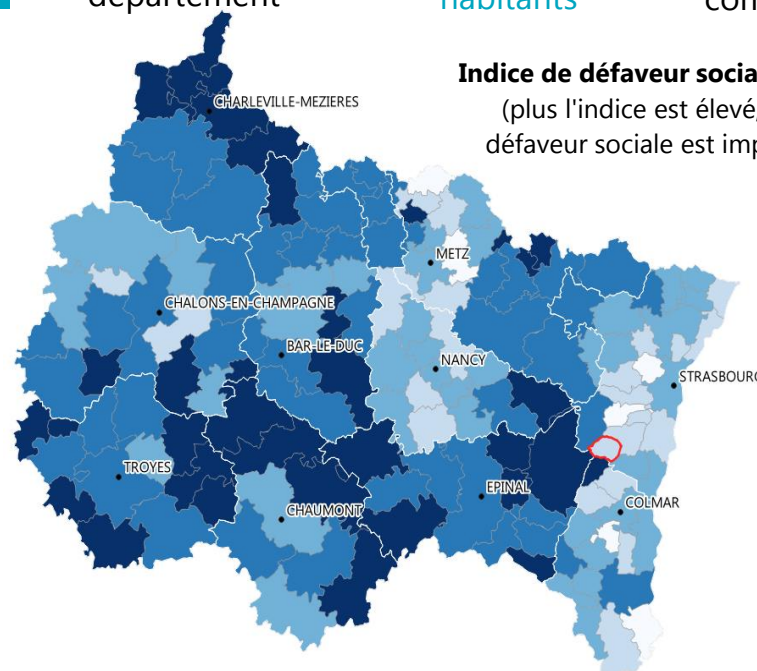
habitants

18

communes

EPCI à dominante

rurale

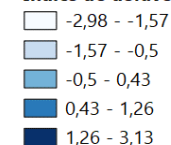


Indice de défaveur sociale en 2019

(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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



Retrouvez les clés de lecture en page 12

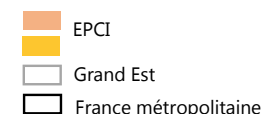
Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	10 716	96,5	96,7		119,7	239,8	0,99	192,8	36,2	-0,4 ↘
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-217	-0,40	0,01		0,33	0,48		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-48	-0,09	-0,17		0,07	0,10		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		102,0	86,3	●	83,8	78,8		84,5	92,3	4,4 ↗
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	7 879	73,5	28,1		21,3	19,8		14,9	72,3	0,0 ➡

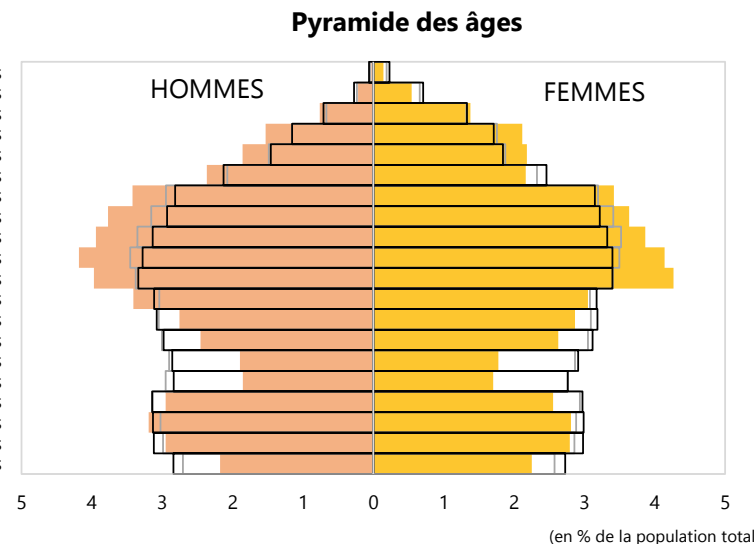
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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



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>)	422	8,2	13,3	●	12,8	11,6	0,8	14,0	10,8	-2,9 ↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 064	24,9	28,5	●	27,5	27,7	0,3	28,7	27,9	0,4 ↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,8	3,7	●	2,5	2,7	0,5	3,3	5,8	0,7 ↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	23 310		21 800	●	21 930	22 860				1,1 ↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	356	7,7	14,7	●	14,5	13,2				-0,3 ↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		3,3	5,8	●	5,8	5,2				-0,6 ↘
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>)	1 957	23,5	27,8	●	27,0	23,2	0,6	27,4	29,4	-3,0 ↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 259	27,1	26,3	●	31,0	31,6	0,9	27,7	21,5	2,6 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	81,4	84,9
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
Grand Est	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
France métrop.	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	
15	Décès toutes causes confondues	101	773,8	784,7	●	725,2	747,9	1,5	773,8	818,4	-0,9	➡
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	17	154,1	181,6	●	175,7	155,7	1,5	182,2	180,3	-1,8	➡
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	30	249,2	294,9	●	277,8	263,1	1,5	294,8	295,6	-2,6	➡
18	Décès par cancers	30	222,2	224,3	●	212,4	213,5	1,4	224,4	223,8	-0,6	➡
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	21	160,7	187,5	●	170,0	187,7	1,7	181,7	205,6	-7,3	➡
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	4	31,0	34,7	●	25,0	35,1	n.d.	34,6	35,0	-2,7	➡
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	9,4	n.d.	12,9	15,4	n.d.	➡
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,8	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	n.d.	n.d.	25,8		24,8	21,4	n.d.	26,0	25,2	n.d.	➡
24	Décès par pathologies liées au tabac	16	118,9	129,3	●	109,3	125,8	2,9	129,4	129,0	-1,1	➡
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	12	103,5	124,4	●	116,2	104,1	2,6	124,2	125,7	-1,5	➡
26	Décès évitables liés au système de soins	6	51,5	58,0	●	53,2	53,1	0,9	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. Insee, 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

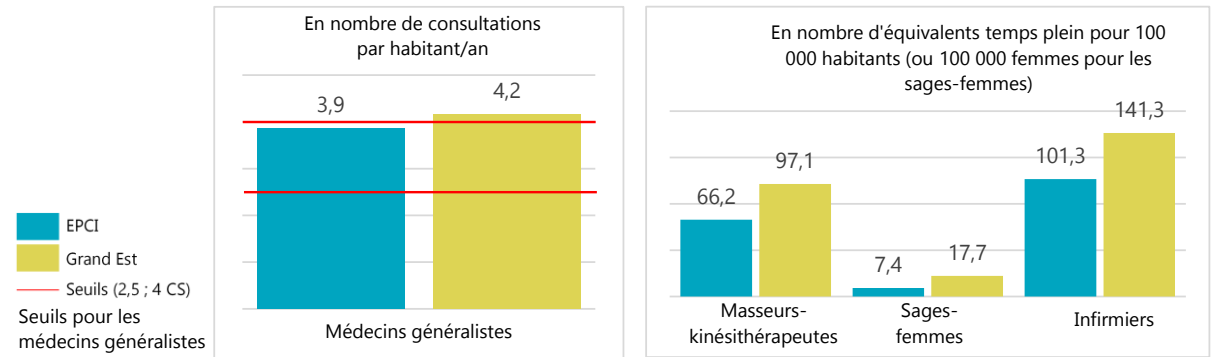
		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	648	4 484	4 223	●	4 161	4 406	1,1	4 221	4 236	-1,7	↘
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	23	165	211	●	193	203	n.d.	213	201	-7,1	↘
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	91	603	492	●	458	504	1,3	489	503	-2,1	↘
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	143	1 912	1 799	●	1 755	1 980		1 806	1 774	-2,0	↘
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	124	1 802	1 592	●	1 467	1 664		1 575	1 647	-3,5	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 033	6 916	6 736	●	6 142	7 096	1,8	6 723	6 783	0,7	↗
33	Personnes prises en charge pour AVC	210	1 404	1 204	●	1 130	1 425	1,5	1 210	1 185	2,3	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	415	2 766	2 882	●	2 519	2 940	2,4	2 909	2 795	2,1	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	171	1 059	990	●	932	1 059	1,3	974	1 040	-3,1	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	687	4 797	5 516	●	4 840	5 601	1,4	5 586	5 284	-0,1	↘
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	39	32	●	33	36	1,4	36	17	7,3	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	13	n.d.	117		212	143	2,2	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	364	2 899	3 451	●	3 821	3 680	1,0	3 602	2 954	1,2	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	85	691	927	●	1 020	823	2,4	948	866	14,0	↗
41	Patients traités par psychotropes	829	6 021	7 186	●	7 149	6 351	0,6	7 201	7 142	-5,1	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	378	2 880	3 548	●	3 916	2 811	0,4	3 537	3 588	-4,2	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	455	3 232	4 002	●	3 902	3 518	0,6	3 998	4 018	-5,1	↘

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 (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

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 σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,9	4,2	●	3,9	5,0		4,4	3,3	-1,0	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,6	3,7	●	3,1	4,4		4,0	3,0	-2,2	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		66,2	97,1	●	104,0	141,4		105,3	70,9	-1,3	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		7,4	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	3,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		101,3	141,3	●	146,5	182,3		149,9	114,4	1,8	⬆️ !

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	11	5,1	1,8	●	1,2	0,9	27,3	1,0	4,3	9,2	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	24,7	14,5	●	10,6	7,6	n.d.	11,1	25,8	0,5	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	26,3	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	26,1	11,6	●	10,5	7,2	n.d.	8,0	23,7	0,4	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	24,6	10,8	●	8,6	6,5	n.d.	8,1	19,5	0,4	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	5	5,1	2,6	●	2,2	1,3	0,0	1,5	6,1	2,0	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	5,1	5,5	●	4,5	3,8	0,0	3,9	10,7	2,0	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	15	3,9	1,4	●	0,9	0,7	26,7	0,7	3,6	2,1	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	10	4,7	1,8	●	1,3	0,8	0,0	1,0	4,5	1,7	⬆️ !

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. ADEL 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	26,1 min	26,3 min	25,2 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	26,1	11,3	●	10,5	11,3		9,1	18,4	0,4 ↗
60 Services de chirurgie	0	26,1	14,5	●	13,5	13,2		11,3	25,3	0,4 ↗
61 Services d'obstétrique	0	26,1	14,3	●	14,8	11,6		11,6	23,6	0,2 ↗
62 Services de soins de suite	0	26,1	9,3	●	9,1	7,2		7,2	16,5	3,4 ↗
63 Services d'urgence	0	26,3	14,8	●	13,7	14,5		12,1	24,2	0,4 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	25,2	8,4	●	7,4	7,1		7,0	13,1	0,4 ↗
65 EHPAD	1	5,1	4,0	●	3,0	2,7		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'évolution des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58 et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) **64-65.** Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

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	56,0				
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	68,1				
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	42,2				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	24,9				
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	80,2				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	5 639	48 698	43 256	●	40 236	47 867	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 %)
Horizon 2030			
Département	-230 326	-87,5	19,3
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-41 198	-15,7	19,1
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 9)	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)	37	2,6	2,4	●	2,3	2,7		2,6	2,0	17,7	↗
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)	123	12,6	16,4	●	15,9	14,1		16,4	16,3	-6,0	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	70	7,6	12,9	●	12,4	11,5		13,4	11,2	-7,9	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	388	42,2	41,5	●	46,6	48,5		43,0	35,8	2,5	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	27	1,2	1,7	●	2,3	1,2		1,8	1,7	4,3	↗
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)	202	71,2	58,4	●	62,2	64,8		58,4	58,6	0,4	↗
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	954	51,6	46,8	●	47,3	52,3	1,5	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>			
Département	-155 283	-75,9	29,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+124 910	+61,0	28,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	178	1,7	5,2	●	5,3	4,8		5,9	3,1	-1,7	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	237	2,5	8,9	●	9,3	8,5		10,1	4,9	4,7	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	413	38,1	42,8	●	42,7	39,6	0,5	43,5	40,5	0,9	↗
82 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>)	169	7,4	5,6		n.d.	6,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	81	1,3	3,0	●	3,1	2,4		3,2	2,4	-0,4	↘
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	302	20,2	24,2	●	24,9	22,5		25,7	19,0	5,9	↗
85 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	●		3,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

Notes de lecture : **80.** Depuis le 1^{er} 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

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

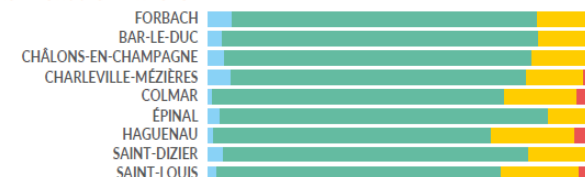
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	38	0,8	2,7	●	4,8	4,1		3,2	1,2	-19,1	↘
87	Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	12	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	5,4	↗
88	Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 364	29,1	22,6	●	21,6	19,7		20,4	30,7	-1,9	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	751	16,0	17,5	●	13,9	14,2		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	1	0,9	1,8	●	1,3	5,3		3,9	0,7	1,3	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	16	14,4	9,5	●	n.d.	20,9		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.	0,5		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,6	2,5	●	n.d.	2,1		2,4	2,9	-1,0	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	912	51,5	7,8	●	10,3	12,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	48		19 047	●	171 485	1 934		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	3,5		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>	844	16,1	15,5	●	15,7	17,4	0,0	15,3	16,0	0,8	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		50,9	91,6	●	98,3	96,0				0,1	→ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	6 137	95,0	76,9	●	71,2	84,6		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		1,2		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité <i>(en %)</i>		0,0	4,5	●	3,1	0,5		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			51,9		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>	18	100,0	49,2			58,6		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			6,9		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>	18	100,0	45,0			26,8		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			66,4		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 σ/φ 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 σ)/(Taux φ)

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.

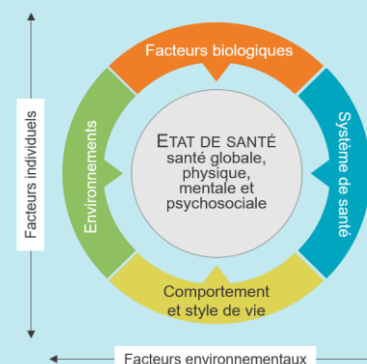
Autres informations

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. »

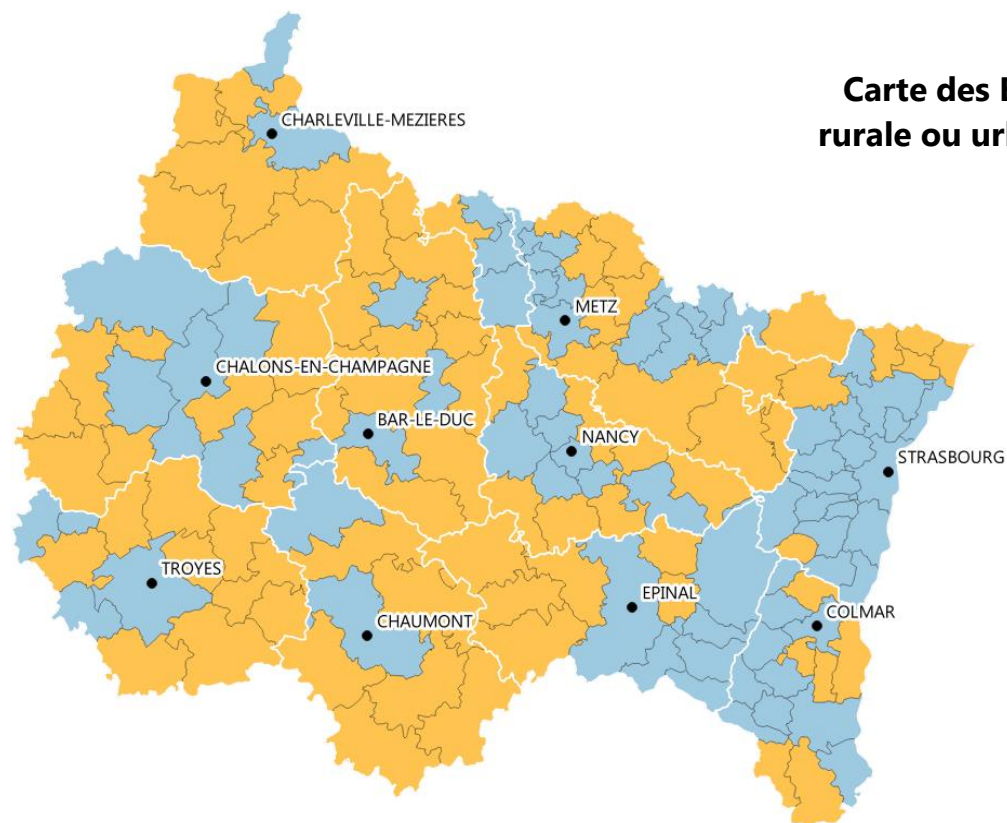
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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