

## 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**

Haut-Rhin

16 053

9

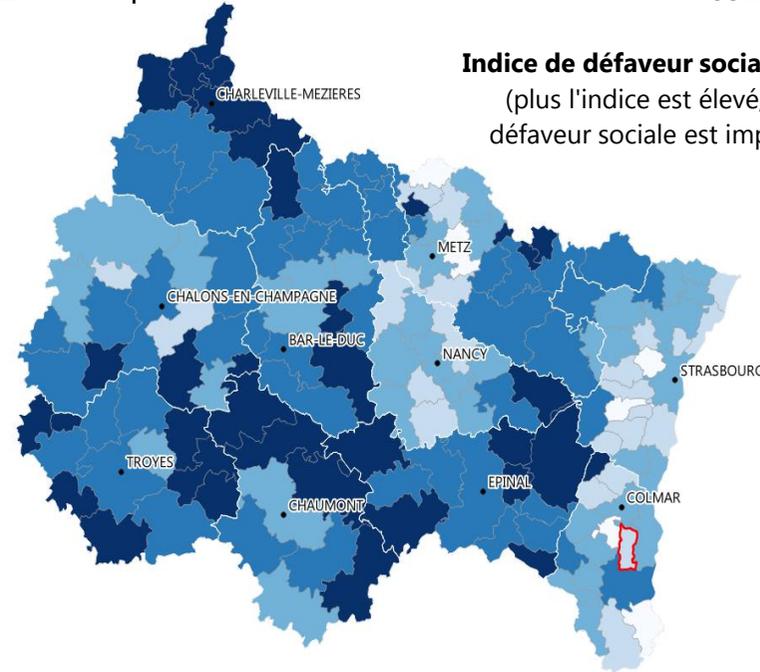
EPCI à dominante

département

habitants

communes

rurale

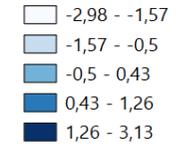


### Indice de défaveur sociale en 2019

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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

#### Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	16 053	117,1	96,7		119,7	217,6	1,10	192,8	36,2	1,2 
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	923	1,19	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	436	0,57	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		72,9	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	2,1 
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	8 541	53,2	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,7 

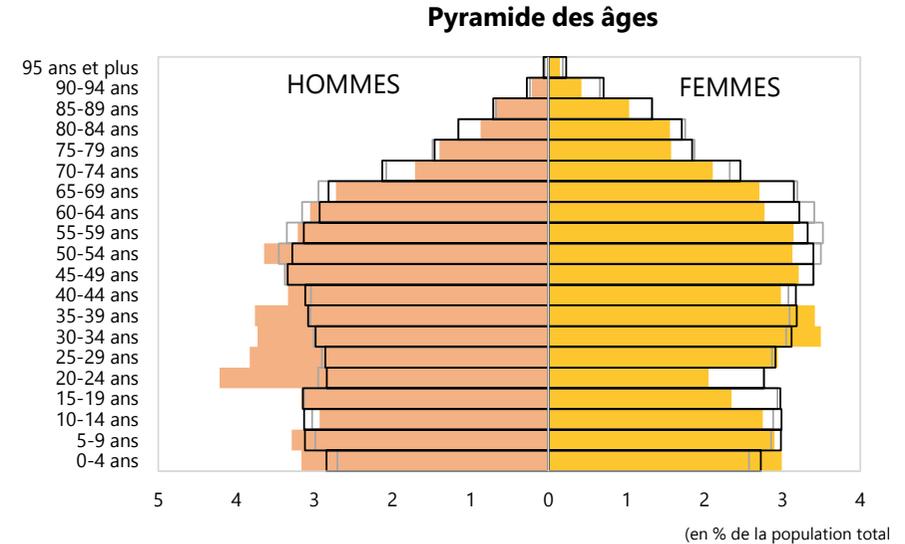
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )		-0,6	0,4	●		0,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	766	9,1	13,3	●	12,8	13,3	0,7	14,0	10,8	-0,7 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 511	34,4	28,5	●	27,5	29,3	0,7	28,7	27,9	4,3 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,4	3,7	●	2,5	3,7	0,7	3,3	5,8	1,8 ↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	24 380		21 800	●	21 930	23 300				1,4 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	436	7,2	14,7	●	14,5	13,0				-1,3 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,7	5,8	●	5,8	4,7				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> )	2 775	22,7	27,8	●	27,0	25,7	0,7	27,4	29,4	-4,4 ↘
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> )	3 065	25,0	26,3	●	31,0	26,8	0,8	27,7	21,5	2,6 ↗

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

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

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

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

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

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

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

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

		
<b>EPCI</b>	81,8	85,4
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

### Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	116	745,2	784,7	●	725,2	757,8	1,4	773,8	818,4	-0,7 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	19	143,3	181,6	●	175,7	159,3	1,8	182,2	180,3	-1,8 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	35	242,1	294,9	●	277,8	267,8	1,6	294,8	295,6	-1,6 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	32	209,4	224,3	●	212,4	215,9	1,3	224,4	223,8	-1,1 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	37	238,2	187,5	●	170,0	192,6	1,5	181,7	205,6	-0,5 ➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	3	20,1	34,7	●	25,0	33,2	n.d.	34,6	35,0	-7,8 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	2	12,2	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	2,3 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	4	25,3	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	2,8 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	18	115,3	129,3	●	109,3	127,0	2,7	129,4	129,0	-3,5 ➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	15	100,4	124,4	●	116,2	114,8	2,3	124,2	125,7	-3,5 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	7	51,4	58,0	●	53,2	55,4	0,8	57,8	58,7	-2,7 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

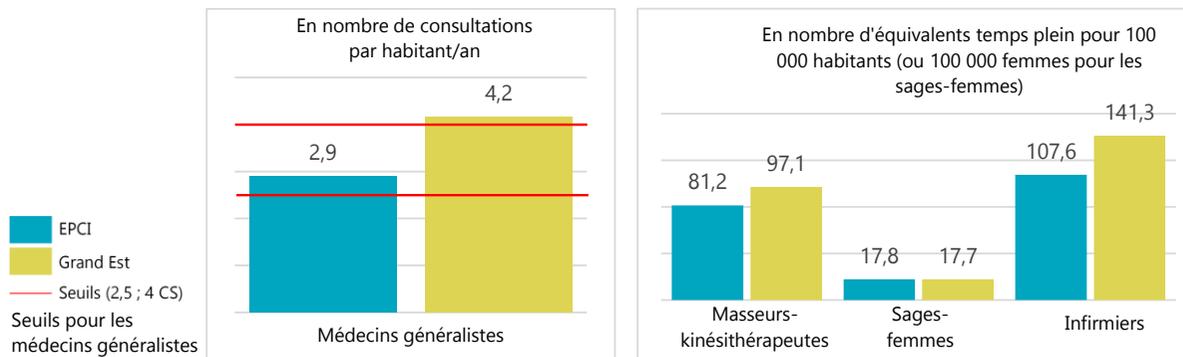
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	711	4 168	4 223	●	4 161	3 928	1,3	4 221	4 236	-0,2	⬇️ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	27	160	211	●	193	168	3,0	213	201	-3,9	⬇️ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	72	414	492	●	458	435	1,9	489	503	-3,3	⬇️ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	123	1 413	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	-1,9	⬇️ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	145	1 857	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	0,8	⬆️ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 182	6 809	6 736	●	6 142	6 944	1,8	6 723	6 783	-0,1	⬇️ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	172	986	1 204	●	1 130	1 134	1,1	1 210	1 185	-1,7	⬇️ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	543	3 147	2 882	●	2 519	3 312	2,7	2 909	2 795	1,1	⬆️ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	208	1 137	990	●	932	1 051	1,2	974	1 040	0,3	⬆️ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	872	5 082	5 516	●	4 840	5 483	1,4	5 586	5 284	-0,6	⬇️ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	19	32	●	33	32	1,8	36	17	-16,6	➡️ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	18	n.d.	117		212	131	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	531	3 286	3 451	●	3 821	3 631	0,9	3 602	2 954	3,7	⬆️ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	150	943	927	●	1 020	874	1,8	948	866	21,6	⬆️ !
41	Patients traités par psychotropes	912	5 376	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-5,0	⬇️ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	444	2 673	3 548	●	3 916	2 728	0,4	3 537	3 588	-1,2	⬇️ !
43	Patients traités par anxiolytiques	494	2 915	4 002	●	3 902	3 113	0,6	3 998	4 018	-6,2	⬇️ !

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

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

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,9	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	-1,6	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,6	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-2,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	81,2	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	9,0	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	17,8	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	7,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	107,6	141,3	●	146,5	120,1		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	5	1,4	●	1,2	1,2	20,0	1,0	4,3	11,9	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	2					100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	15,4	●	10,6	12,8	n.d.	11,1	25,8	1,0	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	6,0	●	12,5	9,0	100,0	8,3	27,0	0,3	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	16,3	●	10,5	9,4	n.d.	8,0	23,7	0,4	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	6,0	●	8,6	9,9	100,0	8,1	19,5	0,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	3,3	●	2,2	2,0	33,3	1,5	6,1	3,0	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	10,8	●	4,5	5,2	n.d.	3,9	10,7	-0,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	21	1,0	●	0,9	0,9	9,1	0,7	3,6	1,2	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	9	2,9	●	1,3	1,3	0,0	1,0	4,5	-7,7	⬆️ !

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	50,4					
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	65,4					
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	42,9					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	20,9					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	76,5					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	7 312	44 704	43 256	●	40 236	45 420	0,9	43 674	41 912	-0,1 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	34	1,7	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	3,0	↗	
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)	232	12,3	16,4	●	15,9	17,5	16,4	16,3	-5,1	↘	
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)	219	9,9	12,9	●	12,4	13,2	13,4	11,2	-7,0	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	879	39,9	41,5	●	46,6	40,6	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)	80	2,1	1,7	●	2,3	2,5	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)	320	57,1	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	4,0	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 491	53,4	46,8	●	47,3	51,0	1,2	46,8	46,9	-1,9	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	270	1,7	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	-2,7	⬇️
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	480	3,7	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	0,6	⬆️ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	383	34,0	42,8	●	42,7	40,6	0,5	43,5	40,5	-5,1	⬇️
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	138	5,3	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	161	1,7	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	0,8	⬆️
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	371	16,4	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	-2,3	⬇️
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		4,4		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

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

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

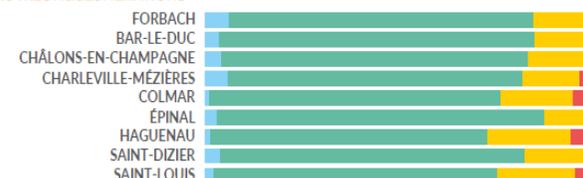
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	88	1,4	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-15,3	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	23	0,4	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-7,6	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 205	19,2	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-3,5	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	851	13,5	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	2,2	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	38	27,7	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,2	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-2,5	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	44	0,6	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	21		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

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

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

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 581	18,4	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-2,2	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		73,3	91,6	●	98,3	87,9				0,6	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	7 594	91,0	76,9	●	71,2	83,5		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,0		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		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	7,1	49,2			65,6		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> )	3	70,6	20,3			34,0		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	29,4	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

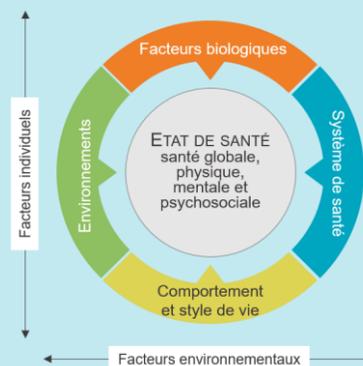
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

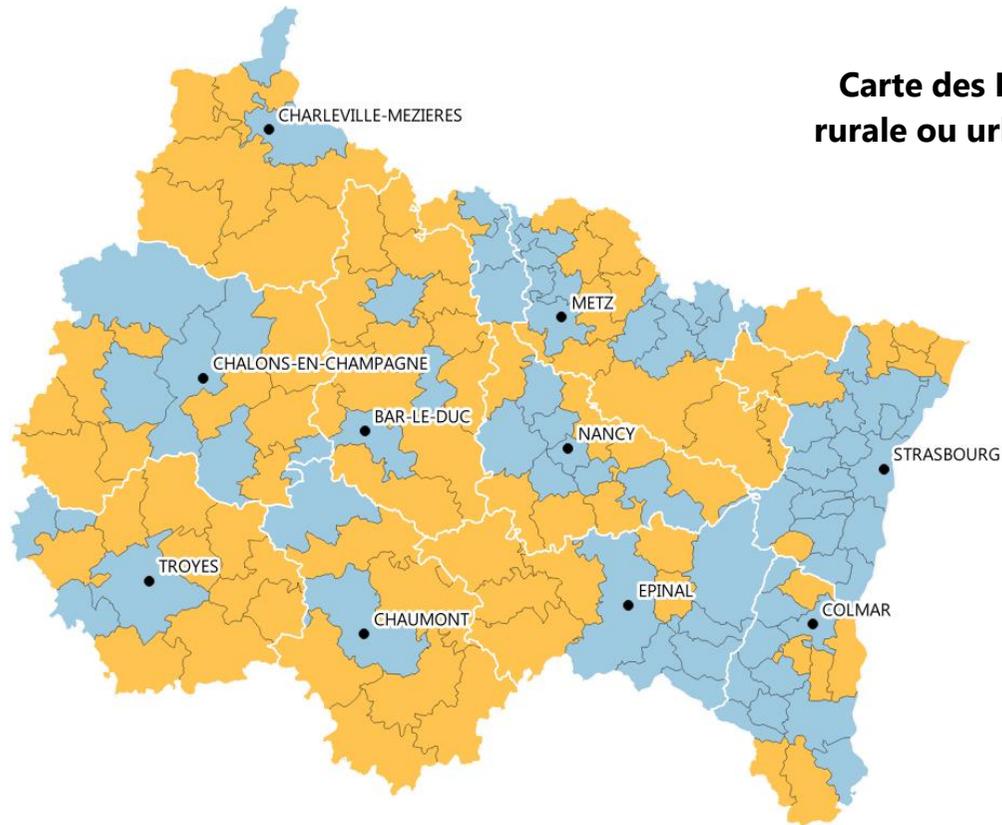
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

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

Haut-Rhin

274 133

39

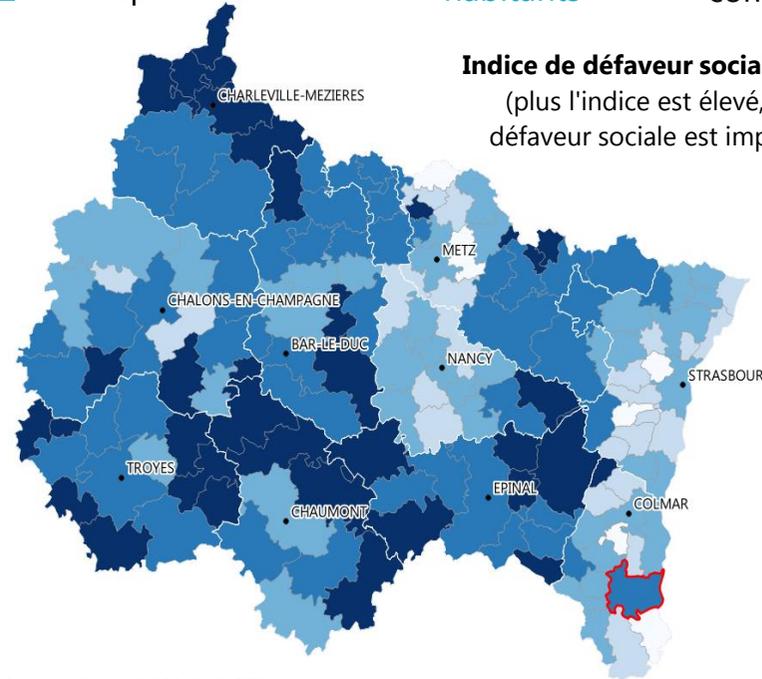
EPCI à dominante

département

habitants

communes

urbaine

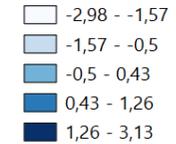


### Indice de défaveur sociale en 2019

(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

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

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

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	274 133	624,2	96,7		119,7	217,6	0,95	192,8	36,2	0,1 →
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	1 056	0,08	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-5 971	-0,44	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		76,5	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	2,2 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	16 782	6,1	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,6 ↗

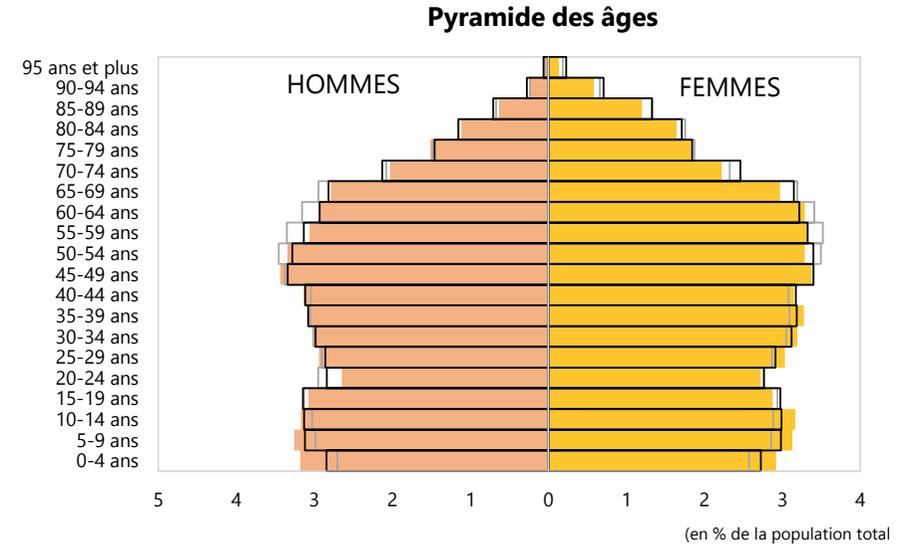
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		1,1	0,4	●		0,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	21 837	17,6	13,3	●	12,8	13,3	1,0	14,0	10,8	-0,6 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	28 138	30,0	28,5	●	27,5	29,3	0,5	28,7	27,9	0,1 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,7	3,7	●	2,5	3,7	0,7	3,3	5,8	-1,8 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	21 180		21 800	●	21 930	23 300				1,2 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	21 622	18,8	14,7	●	14,5	13,0				0,5 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		6,9	5,8	●	5,8	4,7				1,5 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	57 225	28,5	27,8	●	27,0	25,7	0,8	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> )	51 643	25,8	26,3	●	31,0	26,8	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 de FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

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

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

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

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

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

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

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	79,0	84,4
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	2 368	782,0	784,7	●	725,2	757,8	1,6	773,8	818,4	-0,5
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	431	178,0	181,6	●	175,7	159,3	1,8	182,2	180,3	-1,1
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	775	287,8	294,9	●	277,8	267,8	1,9	294,8	295,6	-0,9
<b>18</b> Décès par cancers	668	222,9	224,3	●	212,4	215,9	1,7	224,4	223,8	-0,3
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	576	187,9	187,5	●	170,0	192,6	1,5	181,7	205,6	-3,1
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	107	34,9	34,7	●	25,0	33,2	2,8	34,6	35,0	-0,8
<b>21</b> Décès par suicide	36	13,1	13,4	●	13,2	13,1	2,9	12,9	15,4	-2,8
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	4	1,3	1,0	●	1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	27,6
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	79	26,1	25,8	●	24,8	23,4	3,6	26,0	25,2	-1,2
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	404	133,4	129,3	●	109,3	127,0	2,8	129,4	129,0	-1,7
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	329	121,7	124,4	●	116,2	114,8	2,6	124,2	125,7	-1,2
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	157	58,5	58,0	●	53,2	55,4	1,2	57,8	58,7	-1,6

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

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

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

## Principales causes de morbidité

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

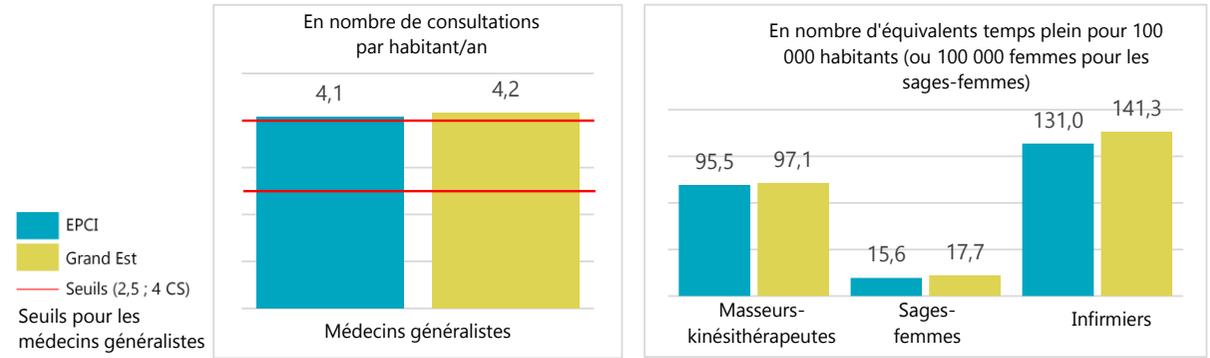
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	12 316	3 802	4 223	●	4 161	3 928	1,2	4 221	4 236	1,3	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	589	181	211	●	193	168	2,0	213	201	1,5	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	1 352	407	492	●	458	435	1,6	489	503	0,9	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	2 655	1 580	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	1,3	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	2 306	1 550	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	0,6	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	24 369	7 371	6 736	●	6 142	6 944	1,8	6 723	6 783	1,7	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	3 886	1 167	1 204	●	1 130	1 134	1,3	1 210	1 185	2,3	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	12 451	3 790	2 882	●	2 519	3 312	2,6	2 909	2 795	2,1	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	3 444	961	990	●	932	1 051	1,4	974	1 040	-0,7	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	19 825	6 216	5 516	●	4 840	5 483	1,3	5 586	5 284	1,8	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	141	50	32	●	33	32	3,4	36	17	-8,4	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	516	184	117	●	212	131	2,0	131	67	4,7	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	11 722	3 937	3 451	●	3 821	3 631	1,1	3 602	2 954	4,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	2 808	962	927	●	1 020	874	2,0	948	866	10,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	20 043	6 386	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-2,6	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	8 708	2 853	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	-0,7	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	10 877	3 447	4 002	●	3 902	3 113	0,6	3 998	4 018	-2,9	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,1	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	-2,9	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,6	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-3,9	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	95,5	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	6,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	15,6	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	11,9	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	131,0	141,3	●	146,5	120,1		149,9	114,4	3,6	⬆️ !

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	219	0,4	1,8	●	1,2	1,2	47,0	1,0	4,3	15,1	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	302					55,7					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	22	9,1	14,5	●	10,6	12,8	79,2	11,1	25,8	1,0	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	13	4,8	12,6	●	12,5	9,0	38,5	8,3	27,0	1,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	26	5,3	11,6	●	10,5	9,4	70,4	8,0	23,7	-2,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	24	5,8	10,8	●	8,6	9,9	50,0	8,1	19,5	-2,4	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	133	0,4	2,6	●	2,2	2,0	39,1	1,5	6,1	0,2	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	21	3,0	5,5	●	4,5	5,2	9,5	3,9	10,7	-2,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	353	0,2	1,4	●	0,9	0,9	15,8	0,7	3,6	5,9	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	224	0,3	1,8	●	1,3	1,3	18,0	1,0	4,5	-5,1	⬆️ !

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

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

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

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

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

## Etablissements de santé et médico-sociaux

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

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 **31**  
soit 5,2 % 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	50,4					
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	65,4					
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	42,9					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	20,9					
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	76,5					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	132 494	44 477	43 256	●	40 236	45 420	0,9	43 674	41 912	-0,1 →

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	996	2,6	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	3,5	↗	
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)	6 393	20,6	16,4	●	15,9	17,5	16,4	16,3	-1,2	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	5 509	17,3	12,9	●	12,4	13,2	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)	12 179	38,1	41,5	●	46,6	40,6	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)	1 864	2,7	1,7	●	2,3	2,5	1,8	1,7	5,1	↗	
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)	4 200	42,9	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	1,5	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	21 746	42,5	46,8	●	47,3	51,0	1,6	46,8	46,9	-3,8	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	19 622	7,2	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	-0,4	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	27 285	11,6	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	3,0	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	9 280	42,6	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	-0,6	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	2 558	5,2	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	5 561	3,6	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	2,5	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	9 676	25,2	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	0,8	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	445	2,9	2,9	●		4,4		9,3	6,8	0,3	↗ !

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

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

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

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

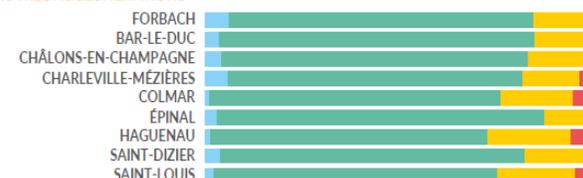
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	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)	5 630	4,7	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-6,7	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	236	0,2	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-8,6	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	24 640	20,6	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-3,2	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	17 110	14,3	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	75	17,1	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	1,0	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	228	51,9	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	11	2,5	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,1	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-2,7	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	954	6,9	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	132		19 047	●	171 485	1 219		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	7	17,9	2,1	●	2,4	4,1		4,4	0,7		

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

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

### Niveau d'équipements

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	20 118	14,7	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-0,5	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		105,1	91,6	●	98,3	87,9				-0,2	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	143 324	89,0	76,9	●	71,2	83,5		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,3		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,3		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,3		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	1	39,5	44,3		14,1		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> )	39	100,0	49,2		65,6		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> )	14	19,4	20,3		34,0		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	63,9	45,0		49,5		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	16,7	34,7		16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

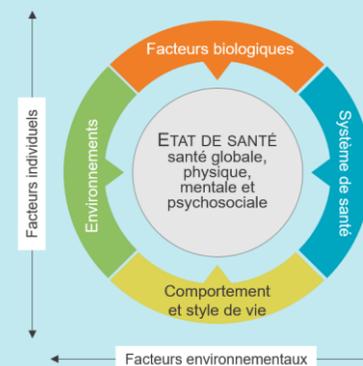
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

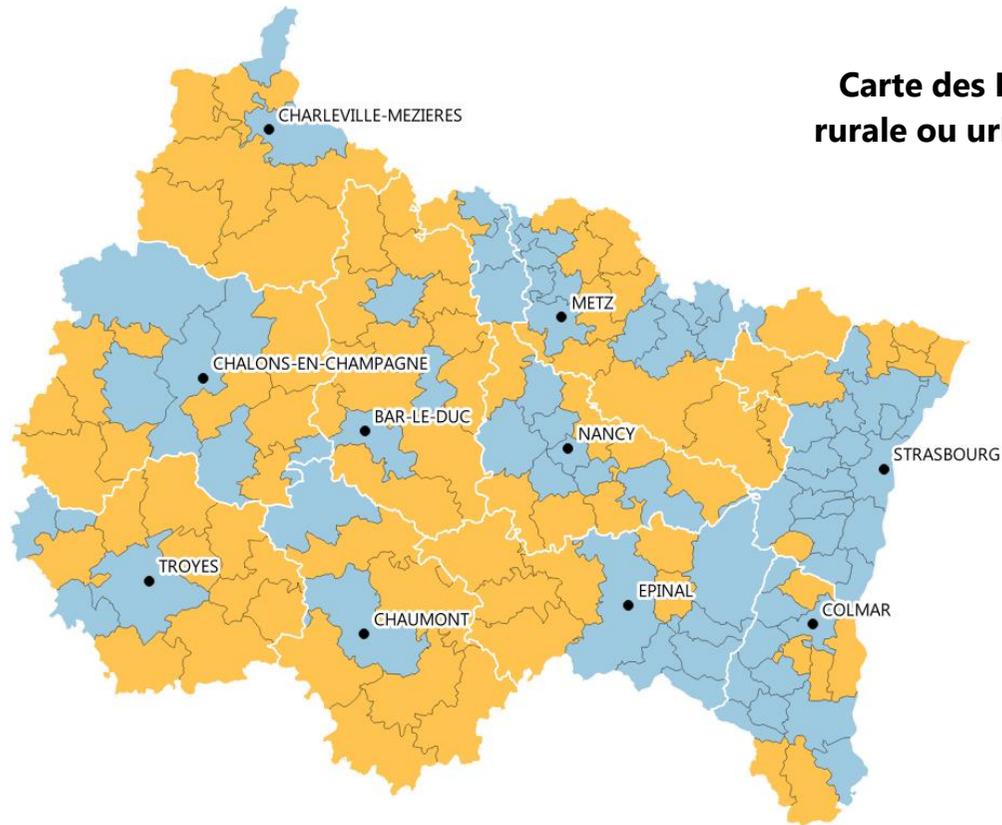
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

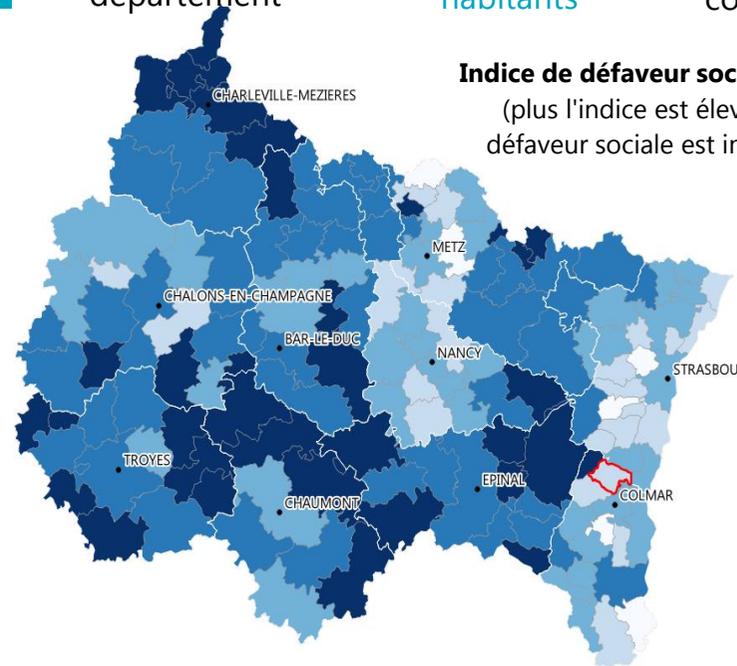
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Haut-Rhin  
département

18 295  
habitants

16  
communes

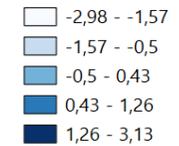
EPCI à dominante  
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

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

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

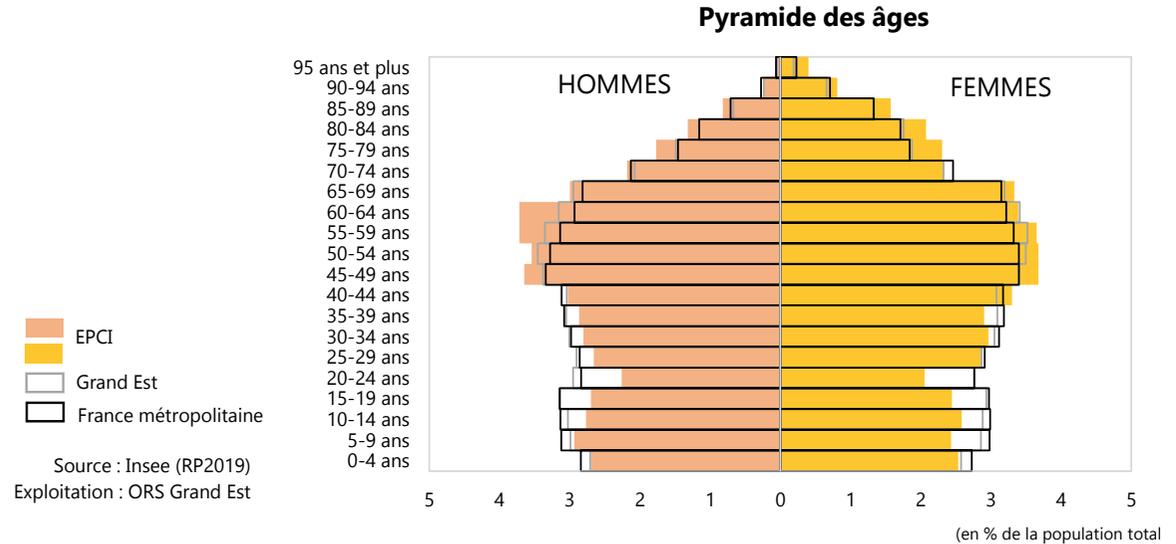
## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	18 295	109,9	96,7		119,7	217,6	0,95	192,8	36,2	0,3 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	289	0,32	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	318	0,35	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		105,2	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	2,9 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	9 374	51,2	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,4 ↗

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

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

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



## 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 (carto p.1)		-0,9	0,4	●		0,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (et taux de chômage en %)	803	8,9	13,3	●	12,8	13,3	0,8	14,0	10,8	1,1 ↗
8 Salariés précaires (et part pour 100 salariés)	1 770	25,4	28,5	●	27,5	29,3	0,4	28,7	27,9	0,5 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,2	3,7	●	2,5	3,7	0,6	3,3	5,8	-1,5 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (en €)	24 340		21 800	●	21 930	23 300				1,2 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (et part pour 100 ménages)	564	7,2	14,7	●	14,5	13,0				-2,8 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (en %)		2,9	5,8	●	5,8	4,7				-1,3 ↘
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	3 210	22,5	27,8	●	27,0	25,7	0,7	27,4	29,4	-2,7 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	4 174	29,3	26,3	●	31,0	26,8	0,9	27,7	21,5	1,7 ↗

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

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

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

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

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

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

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

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	82,8	85,7
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	193	753,0	784,7	●	725,2	757,8	1,5	773,8	818,4	-2,2	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	26	153,4	181,6	●	175,7	159,3	2,3	182,2	180,3	-0,7	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	50	257,3	294,9	●	277,8	267,8	2,0	294,8	295,6	-1,6	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	51	213,3	224,3	●	212,4	215,9	1,9	224,4	223,8	-1,3	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	51	188,5	187,5	●	170,0	192,6	1,3	181,7	205,6	-5,6	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	6	23,6	34,7	●	25,0	33,2	2,3	34,6	35,0	-8,8	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	2	12,0	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	10,0	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	22,2	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	-6,2	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	28	111,9	129,3	●	109,3	127,0	2,2	129,4	129,0	-5,8	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	20	103,4	124,4	●	116,2	114,8	3,3	124,2	125,7	-2,0	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	11	57,5	58,0	●	53,2	55,4	0,9	57,8	58,7	-1,0	➔

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

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

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

## Principales causes de morbidité

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

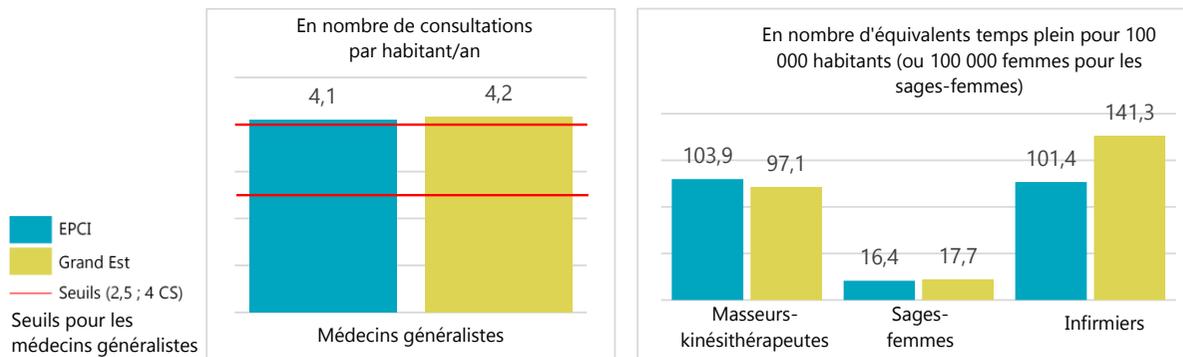
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 093	4 223	●	4 161	3 928	1,1	4 221	4 236	2,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	43	211	●	193	168	1,2	213	201	5,6	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	133	492	●	458	435	1,1	489	503	2,7	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	205	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	2,6	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	215	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	-0,2	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 649	6 736	●	6 142	6 944	2,0	6 723	6 783	1,6	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	283	1 204	●	1 130	1 134	1,7	1 210	1 185	6,1	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	667	2 882	●	2 519	3 312	3,1	2 909	2 795	1,8	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	336	990	●	932	1 051	1,4	974	1 040	1,3	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 194	5 516	●	4 840	5 483	1,4	5 586	5 284	1,2	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	●	33	32	0,7	36	17	-6,1	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	13	117	●	212	131	1,1	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	683	3 451	●	3 821	3 631	1,0	3 602	2 954	5,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	180	927	●	1 020	874	2,5	948	866	17,3	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 376	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-2,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	599	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	0,2	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	728	4 002	●	3 902	3 113	0,6	3 998	4 018	-3,9	↘ !

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

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de 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 ♂) / (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	3,8		4,4	3,3	-0,4	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,5	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-3,7	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	103,9	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	6,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	16,4	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	4,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	101,4	141,3	●	146,5	120,1		149,9	114,4	3,6	⬆️ !

## 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	17	1,6	1,8	●	1,2	1,2	33,3	1,0	4,3	12,6	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	5						20,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	18,1	14,5	●	10,6	12,8	n.d.	11,1	25,8	0,4	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	7,8	12,6	●	12,5	9,0	100,0	8,3	27,0	1,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	17,8	11,6	●	10,5	9,4	n.d.	8,0	23,7	0,3	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	4	7,8	10,8	●	8,6	9,9	0,0	8,1	19,5	1,7	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	8	2,9	2,6	●	2,2	2,0	62,5	1,5	6,1	8,5	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	7,7	5,5	●	4,5	5,2	0,0	3,9	10,7	2,1	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	24	2,1	1,4	●	0,9	0,9	23,1	0,7	3,6	-2,3	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	24	1,9	1,8	●	1,3	1,3	12,5	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. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	18,1 min	18,1 min	7,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

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

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

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

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

EPCI **1**  
soit 0,2 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

## Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )			52,3		49,2	50,4				
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	65,4				
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	42,9				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	20,9				
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	76,5				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	8 821	46 524	43 256	●	40 236	45 420	0,9	43 674	41 912	0,2 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	41	1,9	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	10,9	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	220	12,7	16,4	●	15,9	17,5	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)	168	8,3	12,9	●	12,4	13,2	13,4	11,2	-1,8	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	899	44,4	41,5	●	46,6	40,6	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)	72	1,9	1,7	●	2,3	2,5	1,8	1,7	6,7	↗	
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)	314	57,9	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	5,7	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 819	62,7	46,8	●	47,3	51,0	1,0	46,8	46,9	-1,6	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	260	1,4	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	0,1	↗
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	357	2,3	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	1,3	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	665	38,3	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	-2,5	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	144	4,0	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	167	1,6	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	3,0	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	530	20,5	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	1,9	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	21	2,0	2,0	●		4,4		9,3	6,8	1,4	↗ !

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

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

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

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

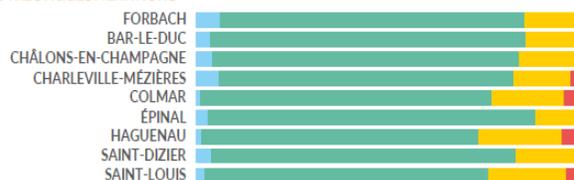
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	119	1,5	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-11,2	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	12	0,2	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-3,1	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 195	27,6	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-2,2	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 298	16,3	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	1,2	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	18,9	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	28	16,8	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,8	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-2,5	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 809	27,8	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	90		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

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

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

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 648	18,2	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-0,9	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		83,5	91,6	●	98,3	87,9				-0,4	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	10 279	82,4	76,9	●	71,2	83,5		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,0		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,6		●							
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> )		4,6	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		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			65,6		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			34,0		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	16	100,0	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

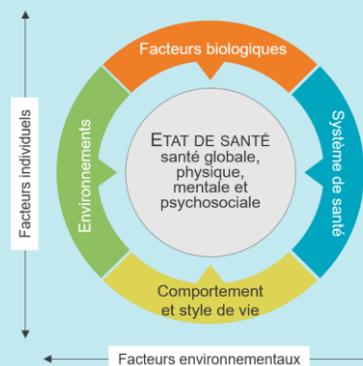
### Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

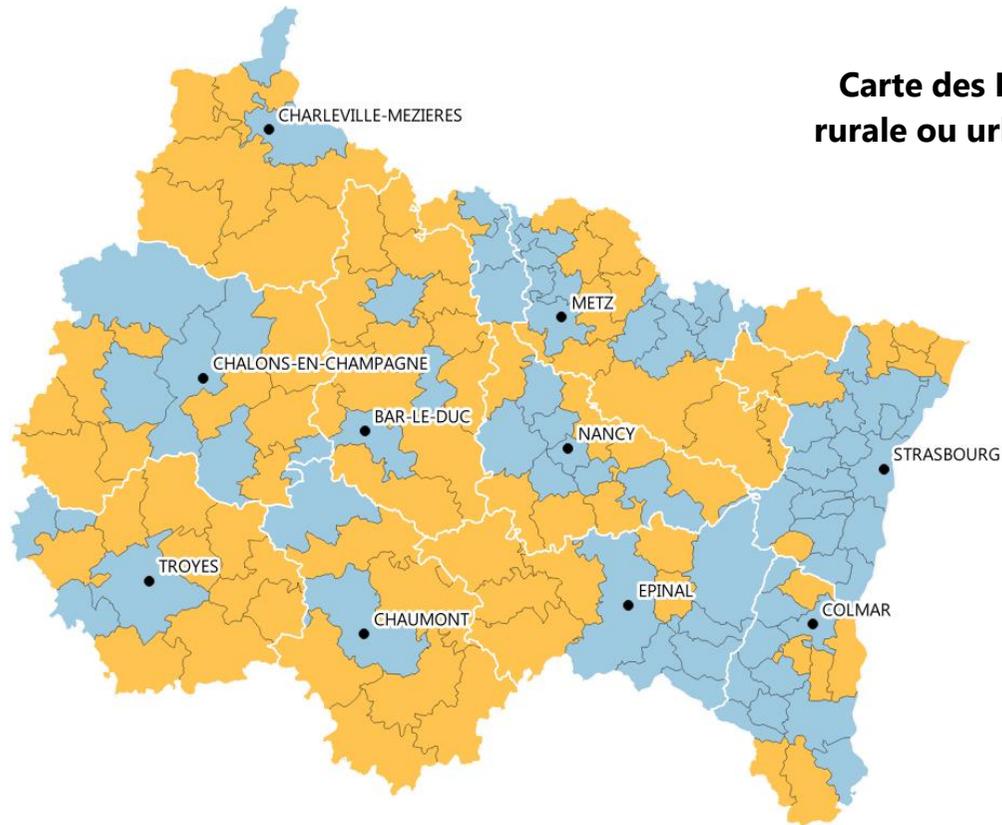
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

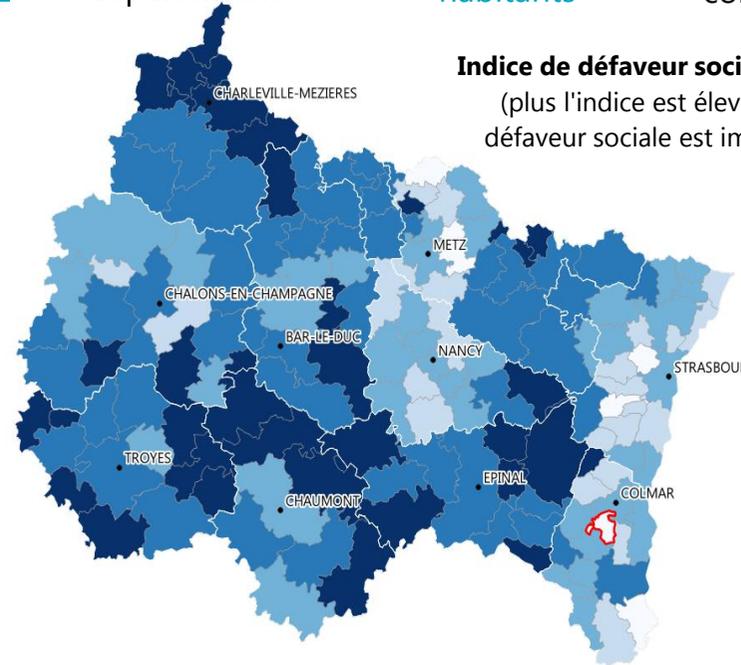
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Haut-Rhin  
département

12 963  
habitants

11  
communes

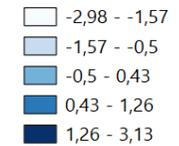
EPCI à dominante  
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

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

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

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	12 963	112,5	96,7		119,7	217,6	0,96	192,8	36,2	-0,5 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-298	-0,45	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-150	-0,23	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		104,4	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	4,2 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	7 669	59,2	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,2 ↗

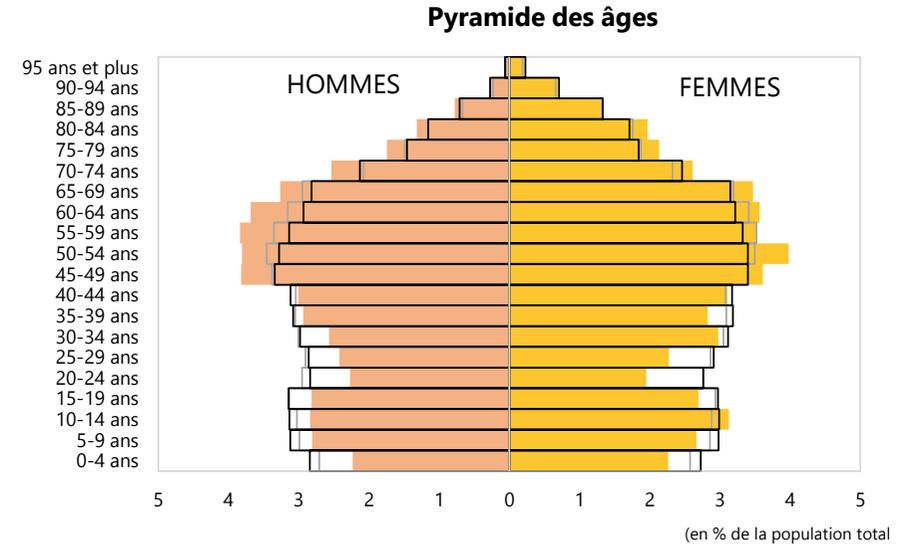
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		-1,7	0,4	●		0,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	517	8,3	13,3	●	12,8	13,3	0,8	14,0	10,8	1,0 ↗
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 314	25,9	28,5	●	27,5	29,3	0,4	28,7	27,9	-1,4 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		2,2	3,7	●	2,5	3,7	0,6	3,3	5,8	-4,4 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	25 810		21 800	●	21 930	23 300				1,2 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	327	6,1	14,7	●	14,5	13,0				-1,3 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		2,8	5,8	●	5,8	4,7				1,5 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	1 874	18,7	27,8	●	27,0	25,7	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> )	3 490	34,8	26,3	●	31,0	26,8	1,0	27,7	21,5	1,7 ↗

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

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

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

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

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

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

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

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	83,4	88,7
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	118	707,8	784,7	●	725,2	757,8	1,5	773,8	818,4	-1,1	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	18	135,4	181,6	●	175,7	159,3	1,7	182,2	180,3	-6,1	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	35	244,0	294,9	●	277,8	267,8	1,6	294,8	295,6	-3,5	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	33	201,6	224,3	●	212,4	215,9	1,8	224,4	223,8	-2,7	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	32	185,1	187,5	●	170,0	192,6	1,6	181,7	205,6	-1,4	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	4	20,0	34,7	●	25,0	33,2	n.d.	34,6	35,0	-12,0	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	n.d.	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	3	18,7	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	-4,0	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	18	109,9	129,3	●	109,3	127,0	3,9	129,4	129,0	-6,3	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	15	103,5	124,4	●	116,2	114,8	2,7	124,2	125,7	-2,5	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	10	68,3	58,0	●	53,2	55,4	1,1	57,8	58,7	0,3	➔

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

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

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

## Principales causes de morbidité

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

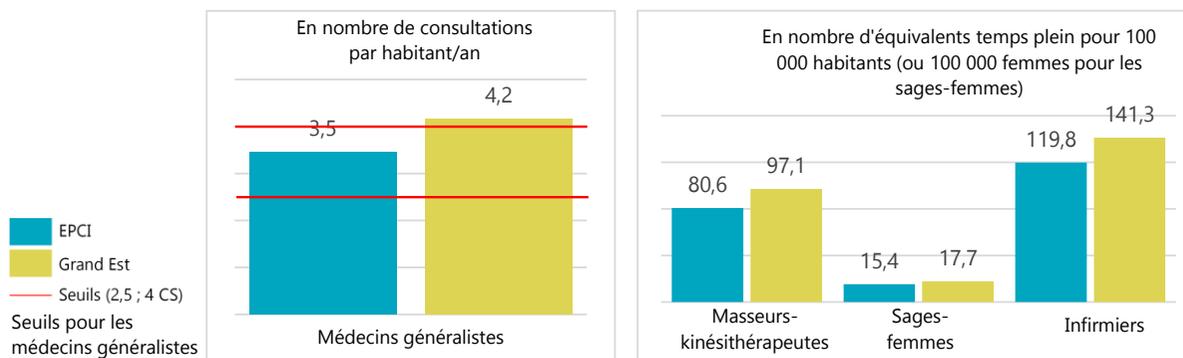
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	653	3 902	4 223	●	4 161	3 928	1,2	4 221	4 236	-0,6	⬇️ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	23	124	211	●	193	168	n.d.	213	201	-5,8	⬇️ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	63	377	492	●	458	435	1,6	489	503	-5,3	⬇️ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	134	1 534	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	2,2	⬆️ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	119	1 506	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	-6,1	⬇️ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 073	6 089	6 736	●	6 142	6 944	2,1	6 723	6 783	0,5	⬆️ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	185	1 037	1 204	●	1 130	1 134	1,6	1 210	1 185	1,3	⬆️ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	479	2 756	2 882	●	2 519	3 312	3,1	2 909	2 795	2,4	⬆️ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	215	1 110	990	●	932	1 051	1,7	974	1 040	-2,6	⬇️ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	693	4 137	5 516	●	4 840	5 483	1,5	5 586	5 284	-1,2	⬇️ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32	●	33	32	n.d.	36	17	n.d.	➡️ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	74	117	●	212	131	3,5	131	67	3,5	⬆️ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	548	3 815	3 451	●	3 821	3 631	1,3	3 602	2 954	1,9	⬆️ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	120	869	927	●	1 020	874	2,3	948	866	17,0	⬆️ !
41	Patients traités par psychotropes	875	5 445	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-3,4	⬇️ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	445	2 909	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	0,9	⬆️ !
43	Patients traités par anxiolytiques	419	2 555	4 002	●	3 902	3 113	0,5	3 998	4 018	-5,6	⬇️ !

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

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

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,5	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	-0,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,1	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-2,5	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	80,6	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	9,1	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	15,4	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	9,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	119,8	141,3	●	146,5	120,1		149,9	114,4	1,3	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	11	1,5	1,8	●	1,2	1,2	63,6	1,0	4,3	2,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	6,0	14,5	●	10,6	12,8	100,0	11,1	25,8	1,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	14,3	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	-0,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	12,7	11,6	●	10,5	9,4	n.d.	8,0	23,7	0,9	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	14,3	10,8	●	8,6	9,9	n.d.	8,1	19,5	0,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	7	2,0	2,6	●	2,2	2,0	28,6	1,5	6,1	0,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	4,9	5,5	●	4,5	5,2	0,0	3,9	10,7	-2,9	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	22	1,7	1,4	●	0,9	0,9	9,1	0,7	3,6	-1,2	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	9	2,1	1,8	●	1,3	1,3	22,2	1,0	4,5	-3,7	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	6,0 min	15,0 min	6,0 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

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

**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	50,4					
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	65,4					
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	42,9					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	20,9					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )		75,2		71,5	76,5					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	6 774	50 100	43 256	●	40 236	45 420	0,9	43 674	41 912	0,2 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	21	1,2	2,4	●	2,3	2,3	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)	162	12,8	16,4	●	15,9	17,5	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)	90	7,0	12,9	●	12,4	13,2	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)	670	51,7	41,5	●	46,6	40,6	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)	62	2,2	1,7	●	2,3	2,5	1,8	1,7	4,5	↗	
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)	212	69,6	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	6,4	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 647	74,9	46,8	●	47,3	51,0	1,1	46,8	46,9	-2,2	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	141	1,1	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	1,2	↗
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	279	2,5	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	1,3	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	463	38,9	42,8	●	42,7	40,6	0,5	43,5	40,5	0,1	→
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	135	5,1	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	210	2,9	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,9	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	287	16,6	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	-1,3	↘
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	100	13,7	13,7	●		4,4		9,3	6,8	2,0	↗ !

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

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

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

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

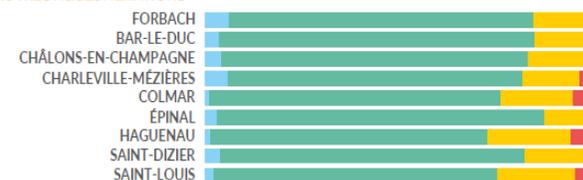
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	66	1,2	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-12,5	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	6	0,1	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-11,7	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 443	26,2	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-1,0	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	849	15,4	17,5	●	13,9	14,7		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	5,5		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	12	10,4	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	894	18,0	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	30		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

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

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

## Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 427	22,5	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	2,6	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		98,0	91,6	●	98,3	87,9				-0,7	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	7 536	91,3	76,9	●	71,2	83,5		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,3		●							
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> )		0,0	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

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

## Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	6	36,3	49,2			65,6		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			34,0		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	100,0	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

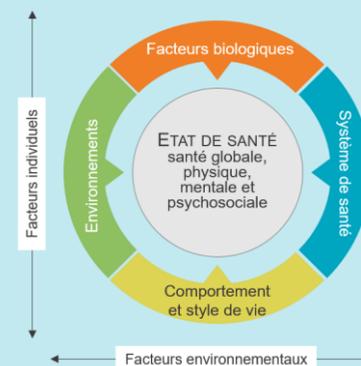
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

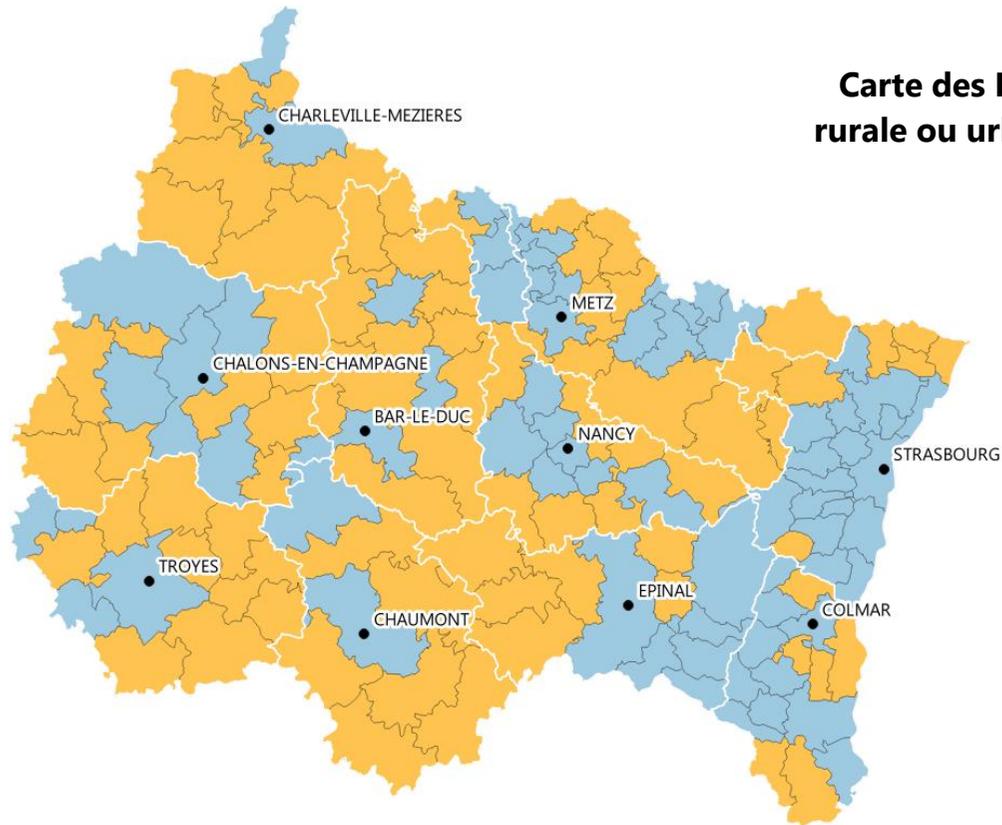
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

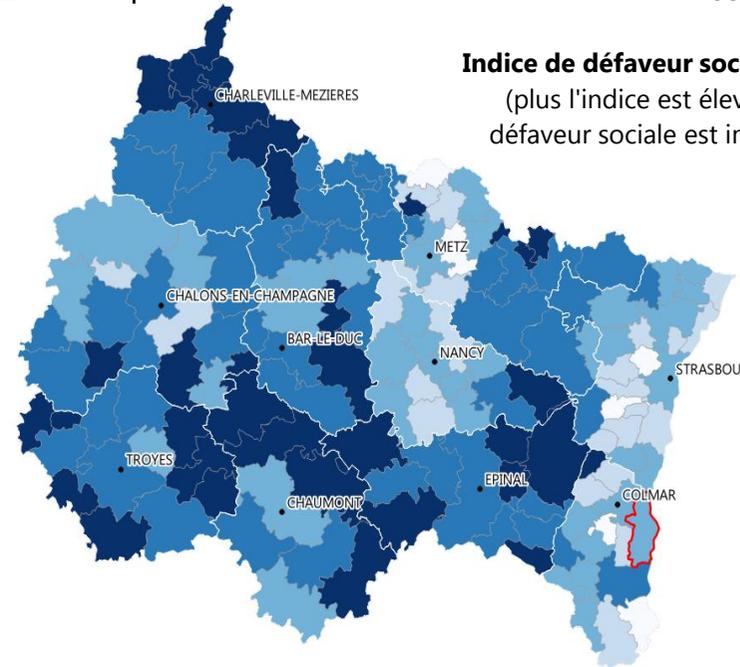
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Haut-Rhin  
département

33 460  
habitants

29  
communes

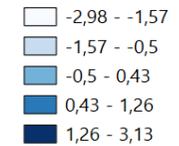
EPCI à dominante  
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

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

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

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	33 460	101,7	96,7		119,7	217,6	0,99	192,8	36,2	0,4 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	706	0,43	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	300	0,18	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		71,9	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	4,7 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	21 911	65,5	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,0 →

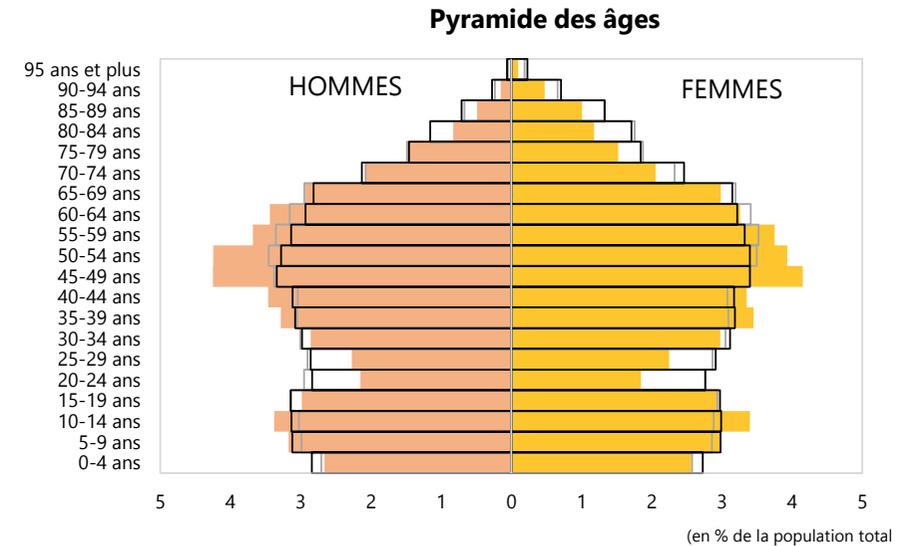
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



### Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		-0,4	0,4	●		0,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 559	9,1	13,3	●	12,8	13,3	0,7	14,0	10,8	-1,2	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	3 918	26,9	28,5	●	27,5	29,3	0,4	28,7	27,9	0,5	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,5	3,7	●	2,5	3,7	0,5	3,3	5,8	-1,0	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	24 740		21 800	●	21 930	23 300				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	870	6,5	14,7	●	14,5	13,0				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,3	5,8	●	5,8	4,7				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> )	6 010	23,9	27,8	●	27,0	25,7	0,7	27,4	29,4	-2,0	↘
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> )	5 807	23,1	26,3	●	31,0	26,8	0,9	27,7	21,5	1,8	↗

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

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

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

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

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

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

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

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	81,4	86,8
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	218	725,2	784,7	●	725,2	757,8	1,5	773,8	818,4	-2,3	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	39	121,0	181,6	●	175,7	159,3	2,1	182,2	180,3	-4,9	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	71	209,5	294,9	●	277,8	267,8	2,0	294,8	295,6	-3,7	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	61	191,5	224,3	●	212,4	215,9	2,1	224,4	223,8	-3,0	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	58	200,3	187,5	●	170,0	192,6	1,3	181,7	205,6	-5,4	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	9	30,8	34,7	●	25,0	33,2	4,4	34,6	35,0	-0,3	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	3	10,3	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	-9,1	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	7	21,8	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	-5,1	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	35	112,7	129,3	●	109,3	127,0	2,9	129,4	129,0	-3,5	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	29	86,2	124,4	●	116,2	114,8	2,2	124,2	125,7	-4,7	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	14	42,6	58,0	●	53,2	55,4	1,1	57,8	58,7	-6,0	➔

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

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

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

## Principales causes de morbidité

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

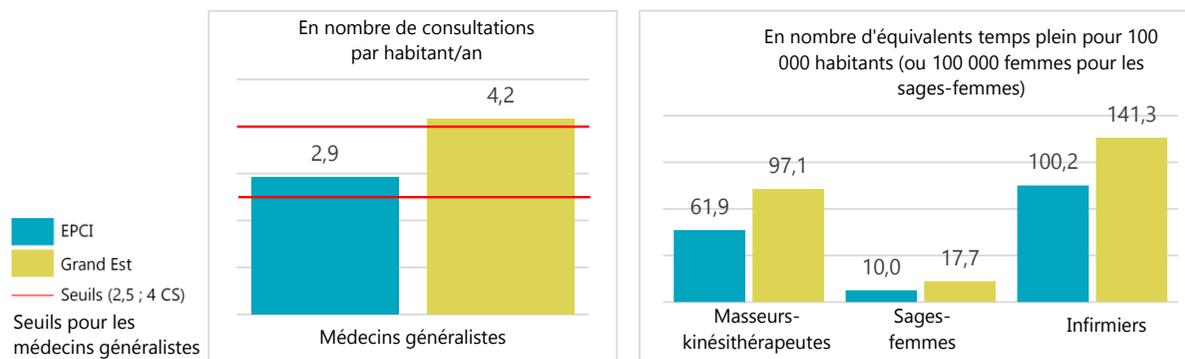
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 412	3 966	4 223	●	4 161	3 928	1,3	4 221	4 236	-0,6	⬇️ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	76	198	211	●	193	168	1,9	213	201	-0,5	⬇️ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	176	495	492	●	458	435	1,6	489	503	0,1	⬆️ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	262	1 384	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	-1,7	⬇️ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	290	1 791	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	-0,5	⬇️ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 643	7 469	6 736	●	6 142	6 944	1,9	6 723	6 783	1,2	⬆️ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	429	1 230	1 204	●	1 130	1 134	1,4	1 210	1 185	3,4	⬆️ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 117	3 112	2 882	●	2 519	3 312	3,2	2 909	2 795	2,4	⬆️ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	490	1 381	990	●	932	1 051	1,7	974	1 040	-0,5	⬇️ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 939	5 335	5 516	●	4 840	5 483	1,5	5 586	5 284	0,5	⬆️ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	21	32	●	33	32	1,2	36	17	n.d.	➡️ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	22	69	117	●	212	131	n.d.	131	67	2,3	⬆️ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	977	2 897	3 451	●	3 821	3 631	1,1	3 602	2 954	4,0	⬆️ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	238	701	927	●	1 020	874	1,7	948	866	15,2	⬆️ !
41	Patients traités par psychotropes	1 860	5 278	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-4,0	⬇️ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	865	2 475	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	-1,3	⬇️ !
43	Patients traités par anxiolytiques	958	2 706	4 002	●	3 902	3 113	0,6	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](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

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

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,9	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	1,2	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,6	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-0,1	→ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	61,9	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	4,3	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	10,0	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	6,2	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	100,2	141,3	●	146,5	120,1		149,9	114,4	-3,4	↘ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	17	3,4	1,8	●	1,2	1,2	52,9	1,0	4,3	4,1	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	26,3	14,5	●	10,6	12,8	n.d.	11,1	25,8	0,5	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	18,6	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	-5,1	↘ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	27,2	11,6	●	10,5	9,4	n.d.	8,0	23,7	18,4	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	18,6	10,8	●	8,6	9,9	n.d.	8,1	19,5	-5,1	↘ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	9	4,5	2,6	●	2,2	2,0	33,3	1,5	6,1	5,4	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	7,3	5,5	●	4,5	5,2	0,0	3,9	10,7	-1,7	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	41	1,5	1,4	●	0,9	0,9	14,6	0,7	3,6	-4,2	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	24	3,5	1,8	●	1,3	1,3	12,5	1,0	4,5	5,5	↗ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	26,2 min	29,4 min	10,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	26,2	11,3	●	10,5	11,1		9,1	18,4	0,4	↗
60	Services de chirurgie	0	29,4	14,5	●	13,5	12,8		11,3	25,3	0,4	↗
61	Services d'obstétrique	0	29,4	14,3	●	14,8	14,9		11,6	23,6	0,2	↗
62	Services de soins de suite	0	24,5	9,3	●	9,1	7,7		7,2	16,5	0,4	↗
63	Services d'urgence	0	29,4	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	0,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	10,8	8,4	●	7,4	6,4		7,0	13,1	1,5	↗
65	EHPAD	2	8,5	4,0	●	3,0	3,4		2,9	7,4	1,7	↗

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

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

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

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

EPCI **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	50,4				
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	65,4				
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	42,9				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	20,9				
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	76,5				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	15 285	44 750	43 256	●	40 236	45 420	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 %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	104	2,2	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	15,5	↗	
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)	478	14,4	16,4	●	15,9	17,5	16,4	16,3	-2,4	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	315	9,3	12,9	●	12,4	13,2	13,4	11,2	-2,2	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 296	38,3	41,5	●	46,6	40,6	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)	209	2,6	1,7	●	2,3	2,5	1,8	1,7	6,4	↗	
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)	659	65,2	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	0,3	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 315	52,6	46,8	●	47,3	51,0	1,3	46,8	46,9	-3,6	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	505	1,5	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	-3,4	⬇
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	636	2,3	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	-3,3	⬇ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	808	34,4	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	-1,3	⬇
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	248	4,4	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	285	1,5	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	0,5	⬆
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	756	14,7	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	0,2	⬆
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		4,4		9,3	6,8	-100,0	⬇ !

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

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

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

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

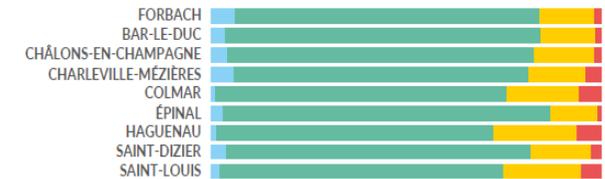
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	219	1,6	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-8,9	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	26	0,2	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-5,6	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 543	11,3	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-2,7	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 912	14,0	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	4	1,2	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	45	13,7	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,3	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		4,5	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	540	2,7	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	43		19 047	●	171 485	1 219		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	1	3,4	2,1	●	2,4	4,1		4,4	0,7		

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

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

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	3 268	18,8	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-0,3	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		62,6	91,6	●	98,3	87,9				-0,5	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	17 179	94,3	76,9	●	71,2	83,5		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		1,0		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,9	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		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> )	29	100,0	49,2			65,6		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> )	3	9,9	20,3			34,0		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	90,1	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

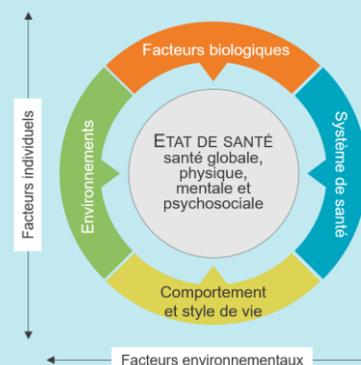
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

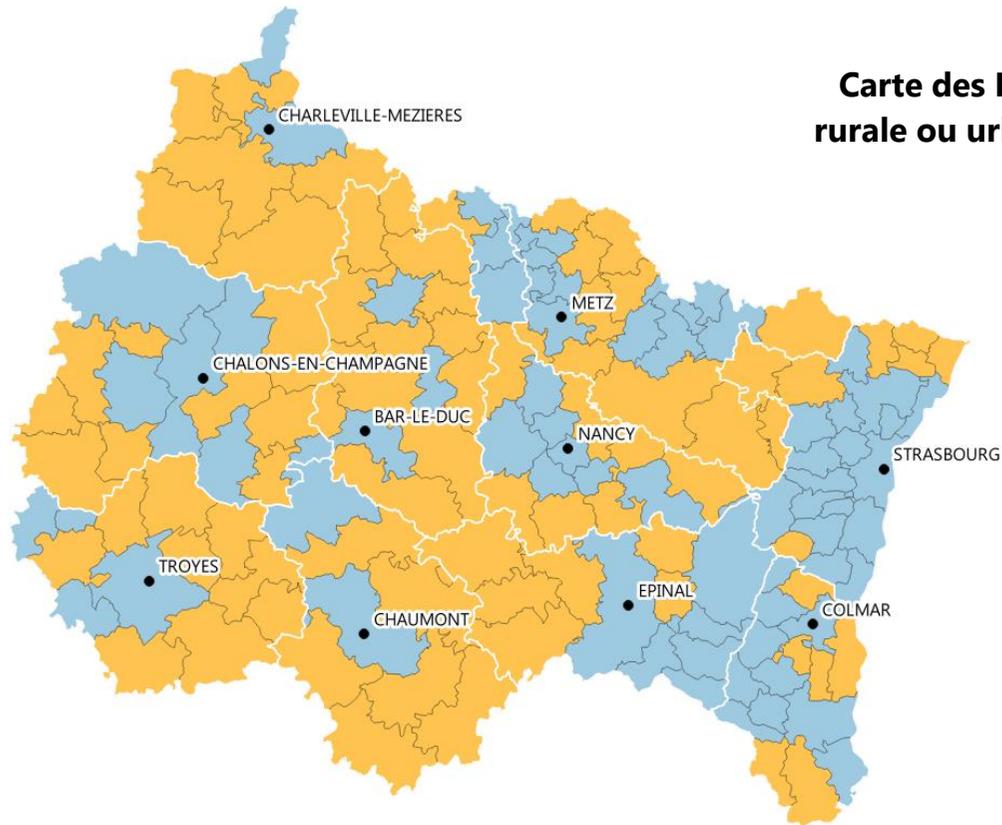
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

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

Haut-Rhin

38 069

19

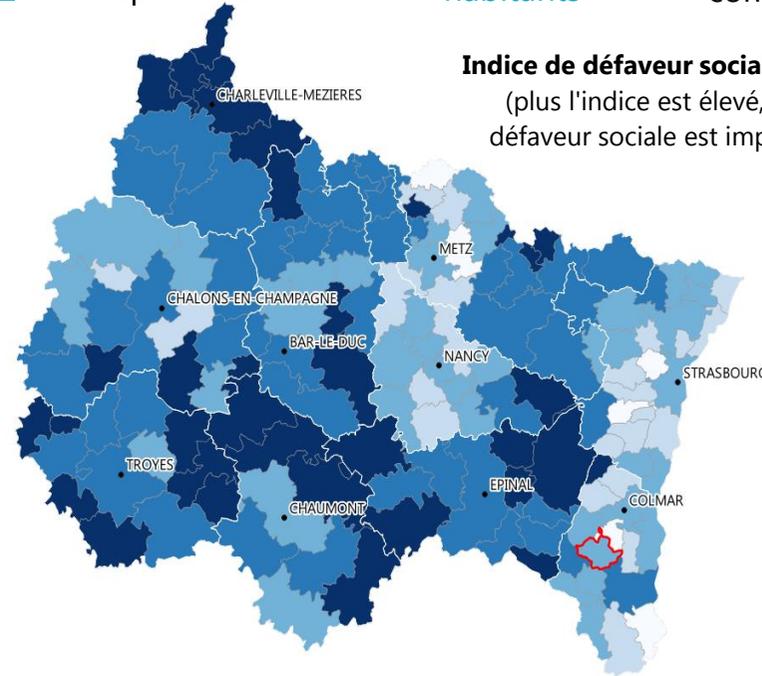
EPCI à dominante

département

habitants

communes

urbaine

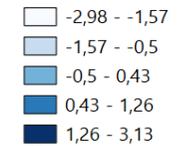


### Indice de défaveur sociale en 2019

(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

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

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

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	38 069	201,0	96,7		119,7	217,6	0,96	192,8	36,2	-0,3 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-585	-0,30	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-815	-0,42	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		91,2	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	3,1 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	7 012	18,4	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,0 →

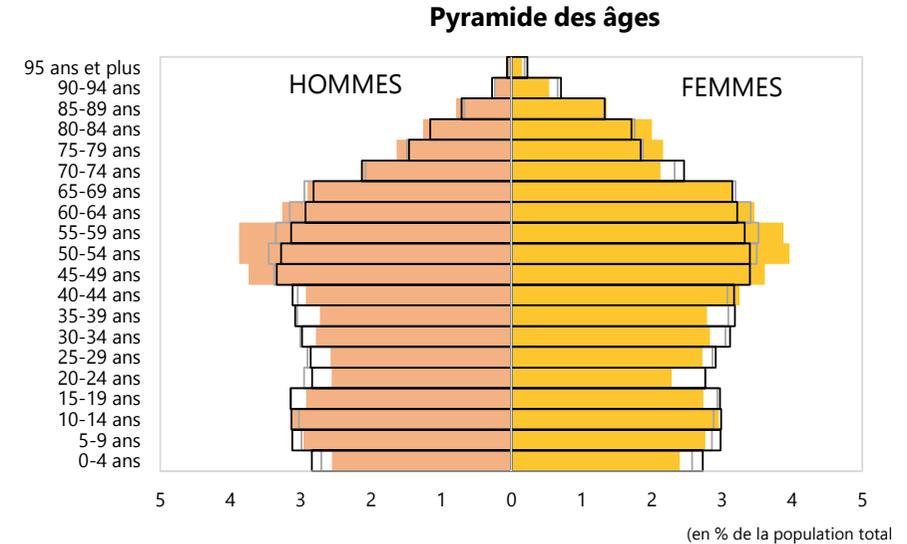
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		0,0	0,4	●		0,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	2 210	12,0	13,3	●	12,8	13,3	0,9	14,0	10,8	-1,1	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	4 195	28,5	28,5	●	27,5	29,3	0,4	28,7	27,9	0,6	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,1	3,7	●	2,5	3,7	0,6	3,3	5,8	0,7	↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	23 020		21 800	●	21 930	23 300				1,5	↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 564	9,8	14,7	●	14,5	13,0				-2,1	↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,5	5,8	●	5,8	4,7				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> )	7 138	24,5	27,8	●	27,0	25,7	0,7	27,4	29,4	-2,8	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	7 851	27,0	26,3	●	31,0	26,8	1,0	27,7	21,5	1,7	↗

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

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

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

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

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

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

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

### Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	79,7	83,9
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

### Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	352	757,6	784,7	●	725,2	757,8	1,5	773,8	818,4	-0,9 ➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	55	154,9	181,6	●	175,7	159,3	1,8	182,2	180,3	-0,7 ➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	99	251,5	294,9	●	277,8	267,8	1,7	294,8	295,6	-1,8 ➔
<b>18</b>	Décès par cancers	104	227,2	224,3	●	212,4	215,9	1,8	224,4	223,8	1,4 ➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	94	196,1	187,5	●	170,0	192,6	1,4	181,7	205,6	-4,8 ↘
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	13	29,1	34,7	●	25,0	33,2	4,1	34,6	35,0	1,2 ➔
<b>21</b>	Décès par suicide	6	14,7	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	2,1 ➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	12	27,9	25,8	●	24,8	23,4	3,2	26,0	25,2	3,1 ➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	57	122,1	129,3	●	109,3	127,0	3,3	129,4	129,0	-1,9 ➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	45	113,4	124,4	●	116,2	114,8	2,6	124,2	125,7	-1,3 ➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	17	46,1	58,0	●	53,2	55,4	1,2	57,8	58,7	-5,6 ↘

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

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

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

## Principales causes de morbidité

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

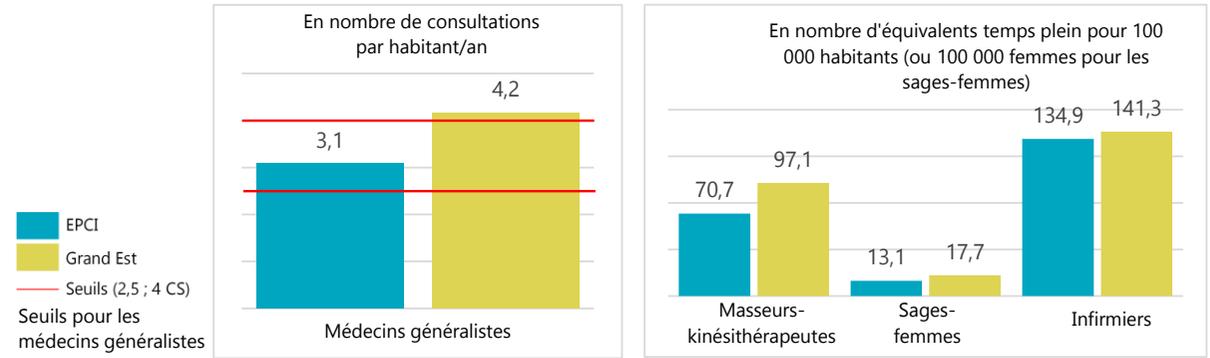
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 012	4 248	4 223	●	4 161	3 928	1,2	4 221	4 236	-0,1	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	84	175	211	●	193	168	2,5	213	201	-2,4	⬇️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	221	451	492	●	458	435	1,5	489	503	0,1	⬆️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	395	1 593	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	-2,0	⬇️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	335	1 535	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	-2,3	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 453	7 125	6 736	●	6 142	6 944	1,8	6 723	6 783	1,1	⬆️
33	Personnes prises en charge pour AVC	578	1 185	1 204	●	1 130	1 134	1,3	1 210	1 185	2,0	⬆️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 627	3 372	2 882	●	2 519	3 312	2,6	2 909	2 795	3,4	⬆️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	642	1 243	990	●	932	1 051	1,6	974	1 040	-0,3	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 779	5 897	5 516	●	4 840	5 483	1,4	5 586	5 284	0,1	⬆️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	12	32	●	33	32	n.d.	36	17	-14,9	➡️
38	Personnes prises en charge pour VIH	26	63	117	●	212	131	3,3	131	67	1,7	⬆️
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 718	4 108	3 451	●	3 821	3 631	1,0	3 602	2 954	2,7	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	348	828	927	●	1 020	874	1,5	948	866	12,8	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	2 647	5 871	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-3,2	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 309	3 004	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	0,6	⬆️
43	Patients traités par anxiolytiques	1 324	2 909	4 002	●	3 902	3 113	0,6	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](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,1	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	-2,0	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,6	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-4,7	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	70,7	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	8,6	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	13,1	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	12,2	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	134,9	141,3	●	146,5	120,1		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	26	1,4	●	1,2	1,2	50,0	1,0	4,3	21,6	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	11					54,5				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	6,4	●	10,6	12,8	100,0	11,1	25,8	1,1	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	7,0	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	1,1	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	7,0	●	10,5	9,4	100,0	8,0	23,7	1,1	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	7,0	●	8,6	9,9	0,0	8,1	19,5	1,1	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	20	1,9	●	2,2	2,0	20,0	1,5	6,1	3,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	3,7	●	4,5	5,2	0,0	3,9	10,7	-7,8	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	69	1,2	●	0,9	0,9	19,2	0,7	3,6	3,7	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	34	1,1	●	1,3	1,3	14,7	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. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

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

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

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

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

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

EPCI **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	50,4				
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	65,4				
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	42,9				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	20,9				
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	76,5				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	18 425	46 313	43 256	●	40 236	45 420	0,9	43 674	41 912	-0,1

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	95	1,9	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	7,5	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	669	16,7	16,4	●	15,9	17,5	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)	442	10,9	12,9	●	12,4	13,2	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)	1 576	39,0	41,5	●	46,6	40,6	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)	256	3,0	1,7	●	2,3	2,5	1,8	1,7	3,3	↗	
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)	601	53,8	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	-2,1	↘	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 794	57,0	46,8	●	47,3	51,0	1,1	46,8	46,9	-3,7	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	1 193	3,1	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	0,2	↗
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	1 485	4,6	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	2,1	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 371	39,4	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	-1,2	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	365	5,0	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	577	2,7	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	3,4	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	1 216	22,5	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	2,2	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	28	1,3	1,3	●		4,4		9,3	6,8	4,5	↗ !

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

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

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

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

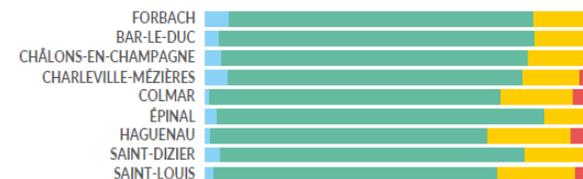
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	367	2,2	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-9,7	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	48	0,3	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-0,1	→
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	4 706	28,2	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-1,7	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 383	14,3	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	1,1	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	19,0	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	26	13,7	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,8	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-2,1	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	892	20,6	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	51		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

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

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

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	3 532	18,4	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	0,0	➔
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		68,4	91,6	●	98,3	87,9				0,3	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	19 914	86,7	76,9	●	71,2	83,5		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		0,7		●							
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> )		1,0	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		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			65,6		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	93,7	20,3			34,0		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	6,3	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

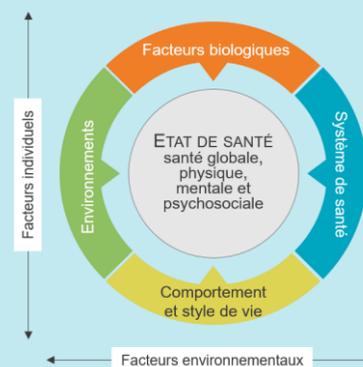
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

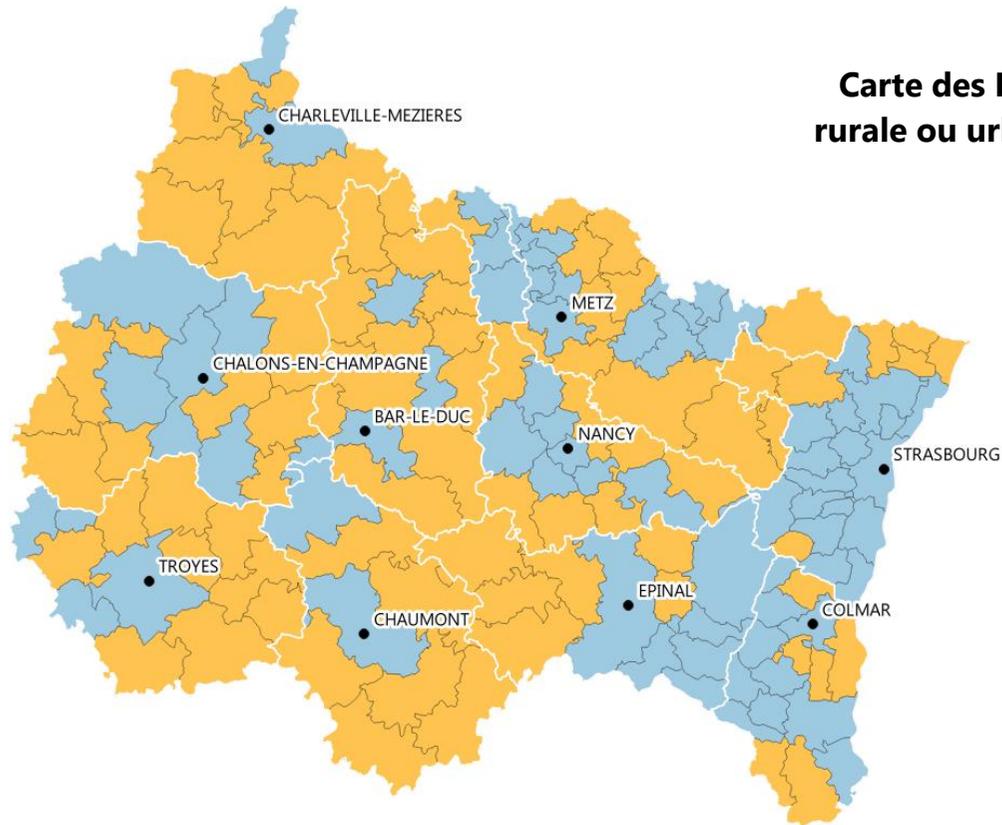
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

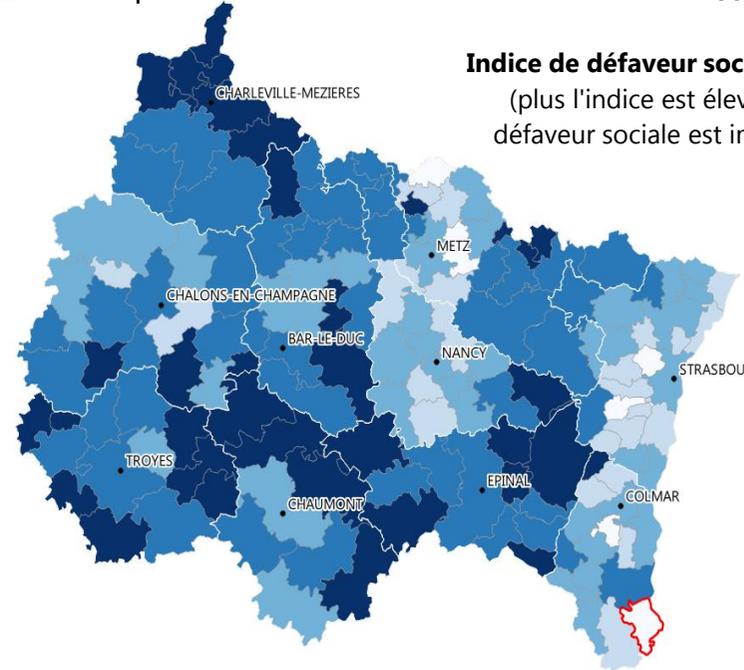
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Haut-Rhin  
département

**81 696**  
habitants

**40**  
communes

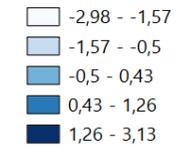
EPCI à dominante  
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

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

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

## Démographie

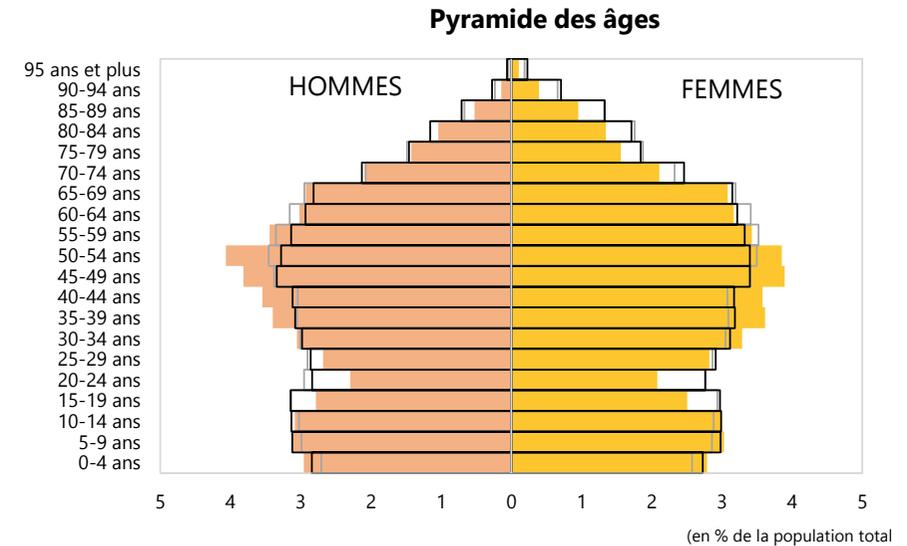
	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	81 696	304,9	96,7		119,7	217,6	0,98	192,8	36,2	1,2 
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	4 741	1,20	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	3 109	0,80	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		76,3	86,3		83,8	84,1		84,5	92,3	2,1 
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	16 180	19,8	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	-0,9 

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

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

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

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine  
 Source : Insee (RP2019)  
 Exploitation : ORS Grand Est



### Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		-1,6	0,4	●		0,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	5 039	12,1	13,3	●	12,8	13,3	0,9	14,0	10,8	1,1 ↗
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	10 556	30,9	28,5	●	27,5	29,3	0,3	28,7	27,9	1,0 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		2,9	3,7	●	2,5	3,7	0,7	3,3	5,8	-1,4 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	30 440		21 800	●	21 930	23 300				n.d. n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	3 085	9,3	14,7	●	14,5	13,0				n.d. n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		2,2	5,8	●	5,8	4,7				n.d. n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	14 400	23,4	27,8	●	27,0	25,7	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> )	18 013	29,3	26,3	●	31,0	26,8	1,0	27,7	21,5	2,1 ↗

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

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

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

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

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

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

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

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

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

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	549	740,1	784,7	●	725,2	757,8	1,6	773,8	818,4	-2,2	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	94	124,8	181,6	●	175,7	159,3	2,2	182,2	180,3	-4,0	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	192	238,4	294,9	●	277,8	267,8	2,0	294,8	295,6	-2,6	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	154	195,0	224,3	●	212,4	215,9	1,7	224,4	223,8	-2,8	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	155	217,3	187,5	●	170,0	192,6	1,5	181,7	205,6	-3,6	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	29	38,6	34,7	●	25,0	33,2	3,6	34,6	35,0	-1,7	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	9	11,4	13,4	●	13,2	13,1	2,9	12,9	15,4	-7,0	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	14	16,4	25,8	●	24,8	23,4	2,7	26,0	25,2	-6,1	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	98	127,6	129,3	●	109,3	127,0	2,7	129,4	129,0	-3,6	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	85	105,0	124,4	●	116,2	114,8	2,8	124,2	125,7	-1,9	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	39	49,2	58,0	●	53,2	55,4	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.

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

## Principales causes de morbidité

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

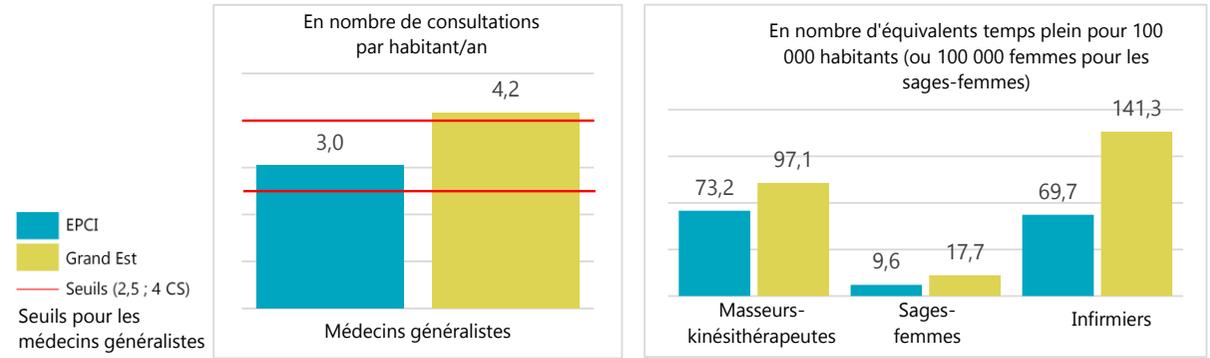
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 968	3 388	4 223	●	4 161	3 928	1,2	4 221	4 236	-0,2	⬇️ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	113	130	211	●	193	168	1,3	213	201	-3,4	⬇️ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	328	368	492	●	458	435	1,5	489	503	-0,5	⬇️ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	661	1 437	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	-0,3	⬇️ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	585	1 466	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	-1,3	⬇️ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	5 863	6 690	6 736	●	6 142	6 944	1,8	6 723	6 783	1,8	⬆️ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	933	1 067	1 204	●	1 130	1 134	1,2	1 210	1 185	-3,3	⬇️ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	3 017	3 417	2 882	●	2 519	3 312	2,7	2 909	2 795	3,9	⬆️ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	929	1 041	990	●	932	1 051	1,4	974	1 040	0,0	➡️ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	4 130	4 698	5 516	●	4 840	5 483	1,4	5 586	5 284	-0,7	⬇️ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	21	24	32	●	33	32	n.d.	36	17	-20,2	⬇️ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	98	118	117	●	212	131	n.d.	131	67	1,2	⬆️ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 797	2 200	3 451	●	3 821	3 631	1,0	3 602	2 954	1,5	⬆️ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	395	471	927	●	1 020	874	1,6	948	866	8,0	⬆️ !
41	Patients traités par psychotropes	4 193	4 872	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-5,1	⬇️ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 875	2 205	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	-3,0	⬇️ !
43	Patients traités par anxiolytiques	2 280	2 648	4 002	●	3 902	3 113	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).

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,0	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	-2,4	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,6	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-5,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	73,2	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	1,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	9,6	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	5,1	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	69,7	141,3	●	146,5	120,1		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	46	1,1	1,8	●	1,2	1,2	55,3	1,0	4,3	-11,1	⬇️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	35					48,6					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	2	8,1	14,5	●	10,6	12,8	50,0	11,1	25,8	3,8	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	4	6,5	12,6	●	12,5	9,0	50,0	8,3	27,0	-4,8	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	3	8,6	11,6	●	10,5	9,4	0,0	8,0	23,7	-1,4	⬇️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	3	9,3	10,8	●	8,6	9,9	66,7	8,1	19,5	0,1	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	58	2,0	2,6	●	2,2	2,0	27,6	1,5	6,1	8,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	6	4,2	5,5	●	4,5	5,2	16,7	3,9	10,7	-3,6	⬇️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	54	1,2	1,4	●	0,9	0,9	26,2	0,7	3,6	2,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	56	1,3	1,8	●	1,3	1,3	14,3	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. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

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

### Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	2	9,6	11,3	●	10,5	11,1		9,1	18,4	0,6	↗
60	Services de chirurgie	1	9,6	14,5	●	13,5	12,8		11,3	25,3	0,6	↗
61	Services d'obstétrique	0	28,9	14,3	●	14,8	14,9		11,6	23,6	25,4	↗
62	Services de soins de suite	1	6,8	9,3	●	9,1	7,7		7,2	16,5	0,6	↗
63	Services d'urgence	1	9,6	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	0,6	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	6,8	8,4	●	7,4	6,4		7,0	13,1	0,6	↗
65	EHPAD	4	5,7	4,0	●	3,0	3,4		2,9	7,4	0,6	↗

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

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	50,4					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)		61,6		58,2	65,4					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum (part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)		37,5		28,9	42,9					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (part pour 100 personnes de 16 ans)		26,6		24,3	20,9					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents (part pour 100 enfants de moins de 16 ans)		75,2		71,5	76,5					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	37 370	45 283	43 256	●	40 236	45 420	0,9	43 674	41 912	-0,2

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	249	2,3	2,4	●	2,3	2,3	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)	1 127	14,3	16,4	●	15,9	17,5	16,4	16,3	-1,0	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	937	10,0	12,9	●	12,4	13,2	13,4	11,2	-4,5	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	4 304	46,0	41,5	●	46,6	40,6	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)	255	1,3	1,7	●	2,3	2,5	1,8	1,7	3,2	↗	
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)	1 262	47,2	58,4	●	62,2	50,6	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)	8 104	56,7	46,8	●	47,3	51,0	1,4	46,8	46,9	-1,4	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	2 294	2,8	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	-0,6	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	3 183	4,8	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	1,5	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	2 158	38,7	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	0,2	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	423	3,0	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	748	1,6	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,5	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	2 446	20,7	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	1,8	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	83	1,7	1,7	●		4,4		9,3	6,8	27,1	↗ !

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

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

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

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

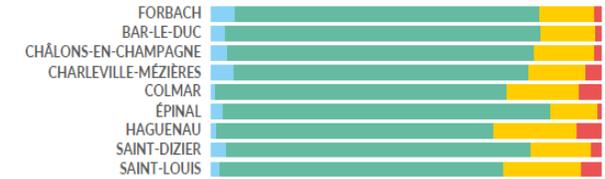
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	1 155	3,2	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-2,5	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	57	0,2	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-9,1	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	4 598	12,7	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-2,7	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	4 226	11,7	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	55	20,5	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	0,6	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	73	27,2	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	3	1,1	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,1	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-3,1	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	352	2,8	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	117		19 047	●	171 485	1 219		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	3	7,5	2,1	●	2,4	4,1		4,4	0,7		

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

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

### Niveau d'équipements

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	7 087	16,4	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-1,0	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		67,0	91,6	●	98,3	87,9				-0,3	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	45 770	83,0	76,9	●	71,2	83,5		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,6		●							
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	0,8		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3		14,1		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		65,6		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> )	38	96,4	20,3		34,0		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	3,6	45,0		49,5		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		16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

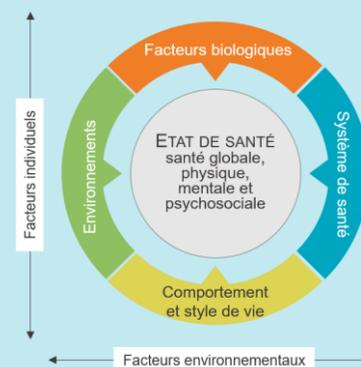
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

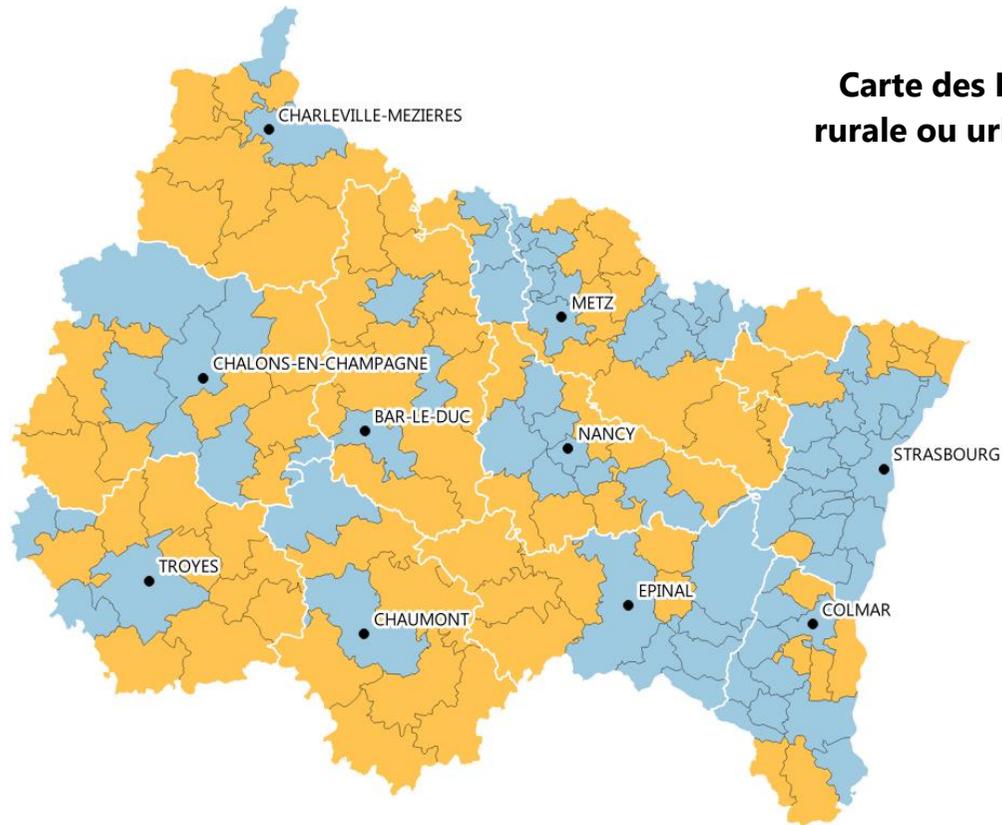
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

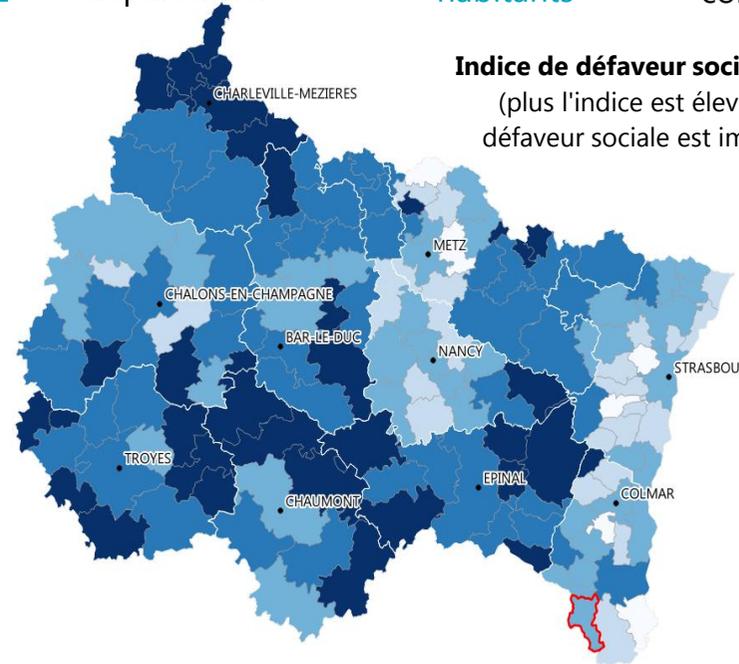
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Haut-Rhin  
département

22 317  
habitants

44  
communes

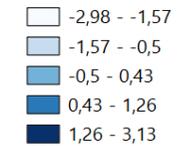
EPCI à dominante  
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

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

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

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	22 317	97,1	96,7		119,7	217,6	0,99	192,8	36,2	0,2 ↗
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	224	0,20	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	159	0,14	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		76,8	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	4,0 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	16 823	75,4	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,0 →

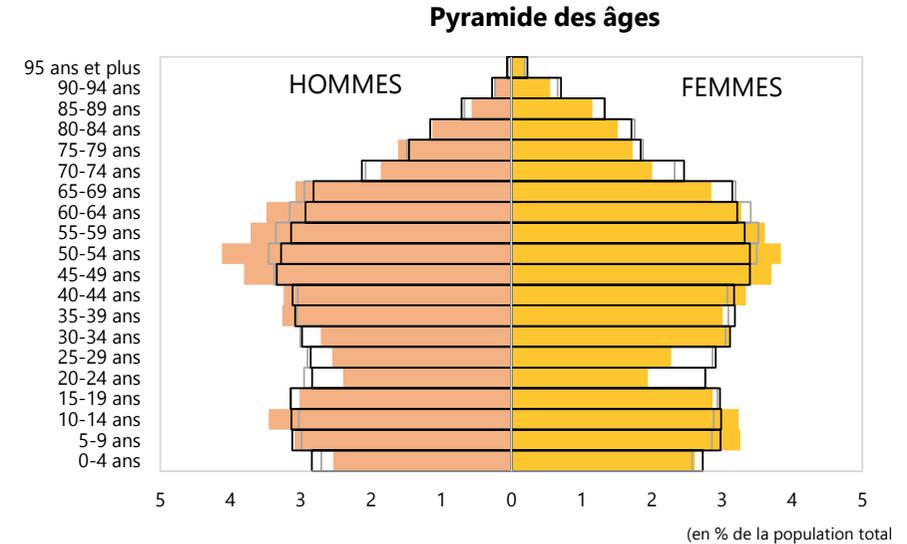
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		-0,2	0,4	●		0,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	1 145	10,1	13,3	●	12,8	13,3	0,9	14,0	10,8	0,4	↗
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	2 573	27,9	28,5	●	27,5	29,3	0,4	28,7	27,9	0,6	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,5	3,7	●	2,5	3,7	0,6	3,3	5,8	2,7	↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	24 830		21 800	●	21 930	23 300				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	682	7,6	14,7	●	14,5	13,0				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	4,7				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> )	4 063	24,2	27,8	●	27,0	25,7	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> )	3 848	22,9	26,3	●	31,0	26,8	0,9	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 données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

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

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

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

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

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	78,5	84,3
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	189	784,9	784,7	●	725,2	757,8	1,9	773,8	818,4	0,0 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	29	141,0	181,6	●	175,7	159,3	2,8	182,2	180,3	-1,6 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	56	260,0	294,9	●	277,8	267,8	2,4	294,8	295,6	1,9 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	52	217,5	224,3	●	212,4	215,9	2,1	224,4	223,8	-1,5 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	48	195,0	187,5	●	170,0	192,6	1,8	181,7	205,6	-1,9 ➔
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	6	25,8	34,7	●	25,0	33,2	n.d.	34,6	35,0	-3,3 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	3	13,1	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	4,7 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	5	20,5	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	0,8 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	30	124,2	129,3	●	109,3	127,0	4,1	129,4	129,0	0,9 ➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	23	106,8	124,4	●	116,2	114,8	5,1	124,2	125,7	0,4 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	13	64,8	58,0	●	53,2	55,4	1,7	57,8	58,7	6,0 ➔

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

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

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

## Principales causes de morbidité

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

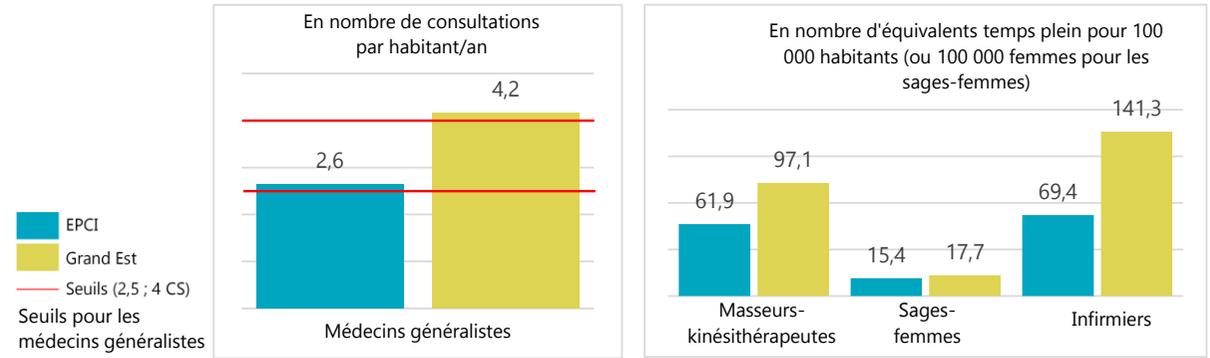
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 043	3 882	4 223	●	4 161	3 928	1,2	4 221	4 236	0,7	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	39	138	211	●	193	168	n.d.	213	201	-1,3	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	117	431	492	●	458	435	1,7	489	503	3,5	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	221	1 583	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	1,5	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	207	1 671	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	-1,7	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 697	6 185	6 736	●	6 142	6 944	1,9	6 723	6 783	2,0	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	280	1 019	1 204	●	1 130	1 134	1,5	1 210	1 185	-0,5	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	805	2 919	2 882	●	2 519	3 312	2,9	2 909	2 795	4,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	241	843	990	●	932	1 051	1,3	974	1 040	0,6	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 351	4 977	5 516	●	4 840	5 483	1,4	5 586	5 284	-0,5	↘ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	7	32	●	33	32	n.d.	36	17	-32,7	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	19	n.d.	117		212	131	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	673	2 640	3 451	●	3 821	3 631	1,0	3 602	2 954	4,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	171	664	927	●	1 020	874	1,5	948	866	18,1	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 495	5 525	7 186	●	7 149	5 870	0,5	7 201	7 142	-2,2	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	737	2 762	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	1,5	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	847	3 154	4 002	●	3 902	3 113	0,5	3 998	4 018	-2,6	↘ !

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

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

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,6	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	-2,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,5	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-1,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	61,9	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	2,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	15,4	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	15,6	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	69,4	141,3	●	146,5	120,1		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	8	4,2	●	1,2	1,2	77,8	1,0	4,3	10,2	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	19,2	●	10,6	12,8	n.d.	11,1	25,8	1,2	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	27,2	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	10,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	18,3	●	10,5	9,4	n.d.	8,0	23,7	0,2	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	17,6	●	8,6	9,9	n.d.	8,1	19,5	0,6	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	7,7	●	2,2	2,0	0,0	1,5	6,1	10,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	11,8	●	4,5	5,2	0,0	3,9	10,7	-4,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	16	4,9	●	0,9	0,9	12,5	0,7	3,6	3,1	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	8	4,3	●	1,3	1,3	12,5	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. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

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

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour 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	50,4				
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	65,4				
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	42,9				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	20,9				
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	76,5				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	10 288	43 666	43 256	●	40 236	45 420	0,9	43 674	41 912	-0,4 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	61	1,9	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	22,7	↗	
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)	302	13,3	16,4	●	15,9	17,5	16,4	16,3	-3,5	↘	
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)	197	8,4	12,9	●	12,4	13,2	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)	889	38,0	41,5	●	46,6	40,6	43,0	35,8	0,6	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	121	2,3	1,7	●	2,3	2,5	1,8	1,7	7,4	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	407	62,8	58,4	●	62,2	50,6	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)	2 000	47,3	46,8	●	47,3	51,0	1,4	46,8	46,9	-0,9	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	364	1,6	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	-1,5	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	508	2,7	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	-7,2	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	666	38,5	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	1,7	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	189	4,9	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	202	1,6	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	0,2	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	545	16,1	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	4,0	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	30	2,3	2,3	●		4,4		9,3	6,8	-22,5	↘ !

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

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

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

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

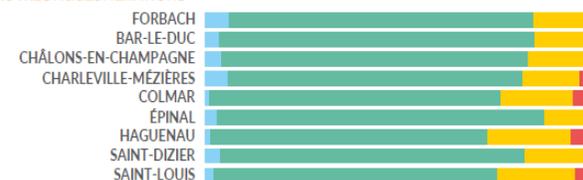
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	100	1,1	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-13,0	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	34	0,4	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-3,9	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 162	23,7	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-2,6	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 373	15,1	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,9	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	17	7,4	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,6	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-2,3	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	567	4,7	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	163		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

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

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

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 893	16,7	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-0,8	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		41,2	91,6	●	98,3	87,9				-0,4	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	11 474	91,3	76,9	●	71,2	83,5		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,8		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,4		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		1,5	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		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			65,6		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> )	43	98,3	20,3			34,0		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	1,7	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

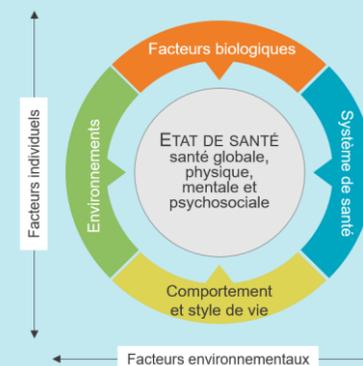
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

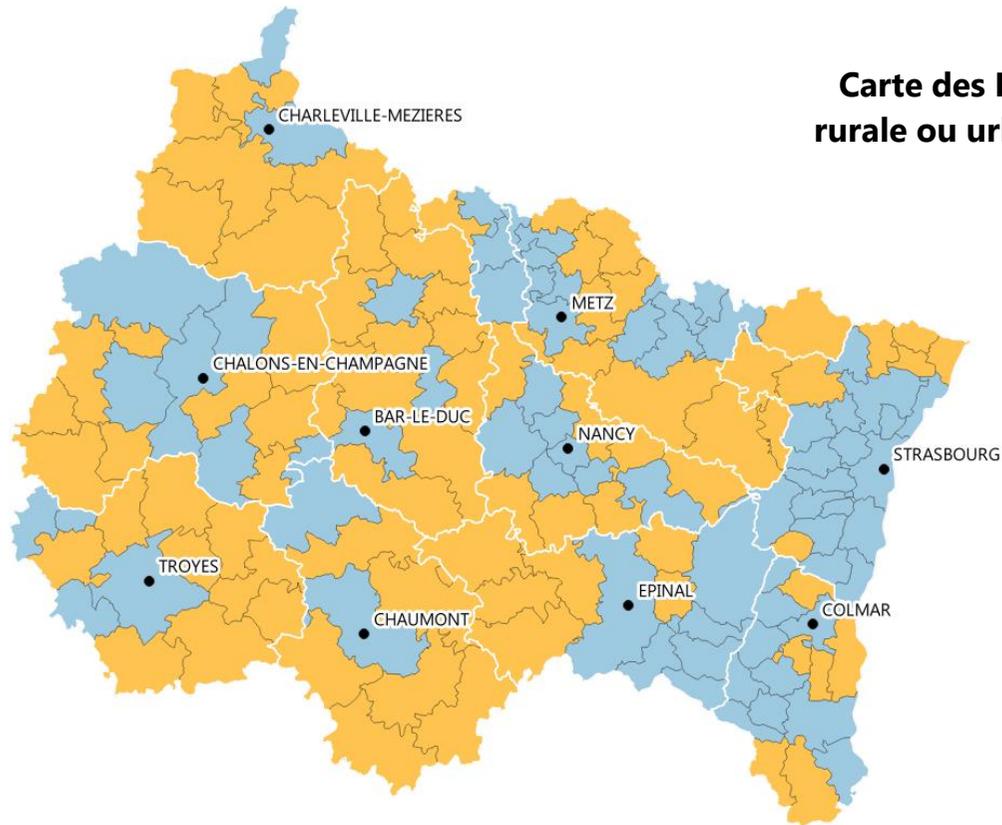
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

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

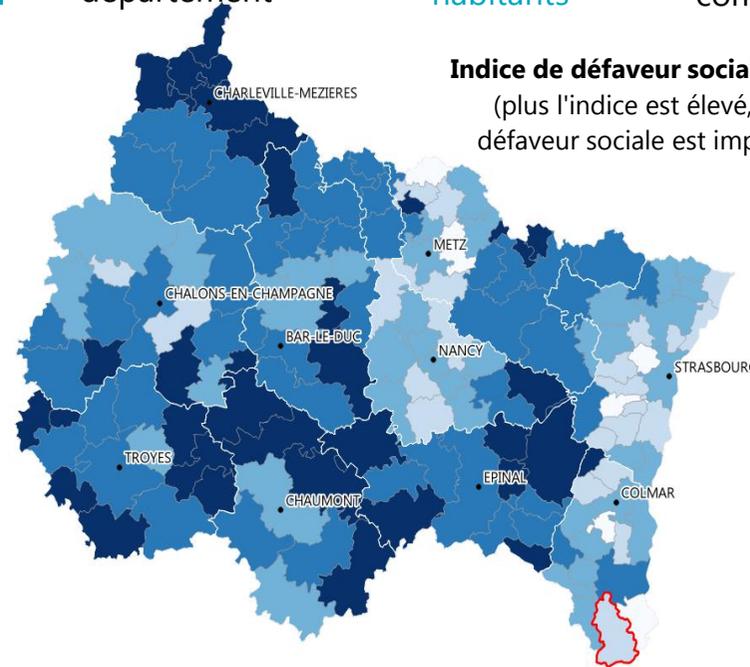
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Haut-Rhin  
département

**47 597**  
habitants

**64**  
communes

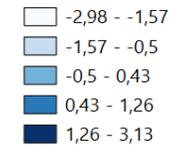
EPCI à dominante  
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

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

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	47 597	109,9	96,7		119,7	217,6	0,97	192,8	36,2	0,0 →
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	45	0,02	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-116	-0,05	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		87,8	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	3,5 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	25 897	54,4	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,0 →

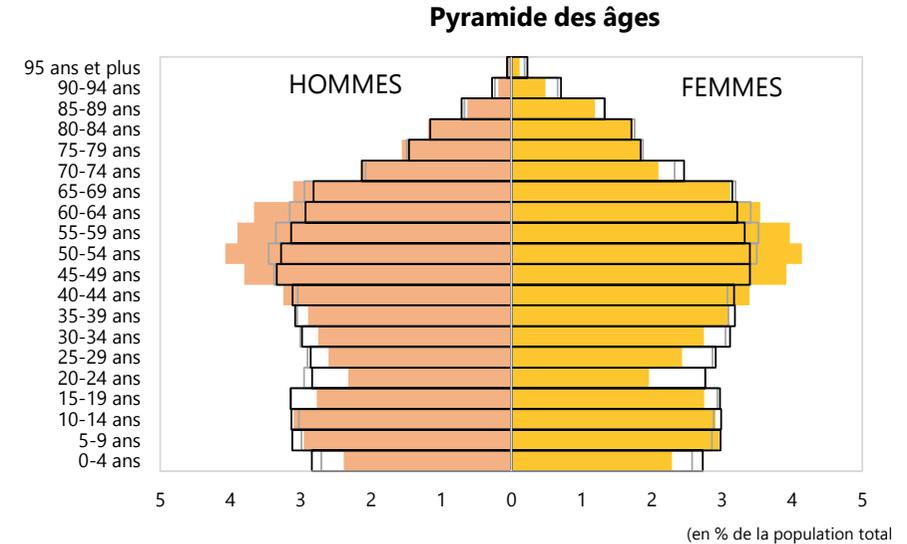
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )	-1,0	0,4	●		0,1		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	2 400	9,9	●	12,8	13,3	0,9	14,0	10,8	-0,4	↘
8	Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	6 118	30,7	●	27,5	29,3	0,3	28,7	27,9	0,5	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,4	●	2,5	3,7	0,6	3,3	5,8	0,4	↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	27 750		●	21 930	23 300				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 396	7,0	●	14,5	13,0				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		2,4	●	5,8	4,7				n.d.	n.d.
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	8 923	24,4	●	27,0	25,7	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> )	9 103	24,9	●	31,0	26,8	1,0	27,7	21,5	1,8	↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance  
(en années)

		
<b>EPCI</b>	80,9	85,4
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	385	742,8	784,7	●	725,2	757,8	1,7	773,8	818,4	-1,4	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	65	139,2	181,6	●	175,7	159,3	2,2	182,2	180,3	-2,6	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	127	255,7	294,9	●	277,8	267,8	2,1	294,8	295,6	-0,7	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	108	201,0	224,3	●	212,4	215,9	1,7	224,4	223,8	-0,3	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	107	207,5	187,5	●	170,0	192,6	1,4	181,7	205,6	-2,5	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	19	35,6	34,7	●	25,0	33,2	4,1	34,6	35,0	0,9	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	6	11,0	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	-4,7	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	13	24,2	25,8	●	24,8	23,4	5,1	26,0	25,2	4,3	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	67	127,3	129,3	●	109,3	127,0	2,5	129,4	129,0	0,0	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	54	109,1	124,4	●	116,2	114,8	2,7	124,2	125,7	-0,9	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	24	50,1	58,0	●	53,2	55,4	1,5	57,8	58,7	-3,5	➔

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

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

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

## Principales causes de morbidité

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

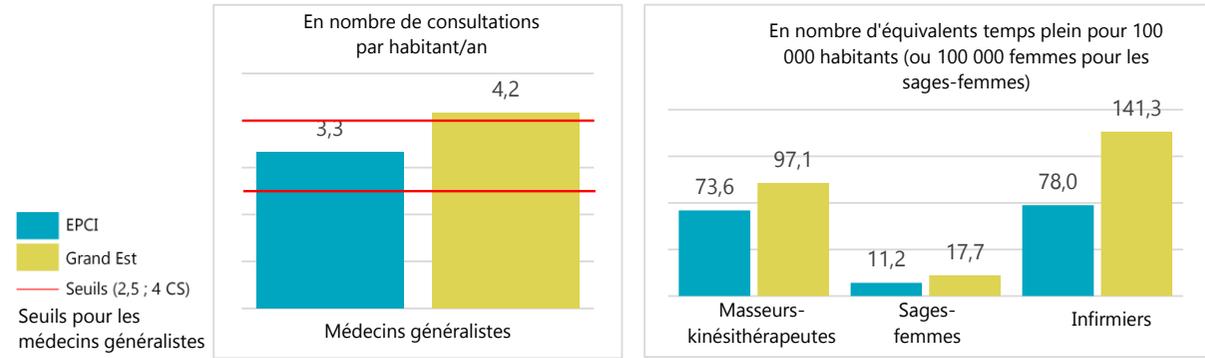
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 276	3 885	4 223	●	4 161	3 928	1,2	4 221	4 236	2,3	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	95	162	211	●	193	168	2,3	213	201	3,5	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	252	422	492	●	458	435	1,2	489	503	0,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	514	1 699	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	3,3	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	466	1 719	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	1,6	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 700	6 180	6 736	●	6 142	6 944	1,8	6 723	6 783	3,0	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	599	993	1 204	●	1 130	1 134	1,3	1 210	1 185	2,5	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 670	2 766	2 882	●	2 519	3 312	2,6	2 909	2 795	5,0	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	609	963	990	●	932	1 051	1,3	974	1 040	2,8	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 587	4 339	5 516	●	4 840	5 483	1,3	5 586	5 284	0,2	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	5	32	●	33	32	0,5	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	53	103	117	●	212	131	n.d.	131	67	5,4	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 482	2 794	3 451	●	3 821	3 631	1,1	3 602	2 954	4,9	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	356	677	927	●	1 020	874	2,2	948	866	15,8	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	2 910	5 072	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-1,6	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 311	2 364	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	1,0	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 579	2 723	4 002	●	3 902	3 113	0,5	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).

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans		
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,3	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	-1,9	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,8	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-3,9	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		73,6	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	3,9	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		11,2	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	18,1	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		78,0	141,3	●	146,5	120,1		149,9	114,4	1,7	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	34	3,5	1,8	●	1,2	1,2	51,4	1,0	4,3	5,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	11					54,5					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	15,1	14,5	●	10,6	12,8	0,0	11,1	25,8	0,3	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	27,2	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	10,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	15,9	11,6	●	10,5	9,4	0,0	8,0	23,7	0,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	15,8	10,8	●	8,6	9,9	0,0	8,1	19,5	0,5	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	30	4,9	2,6	●	2,2	2,0	26,7	1,5	6,1	1,5	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	14,1	5,5	●	4,5	5,2	50,0	3,9	10,7	0,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	58	2,5	1,4	●	0,9	0,9	21,0	0,7	3,6	-3,1	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	40	3,9	1,8	●	1,3	1,3	17,4	1,0	4,5	-1,6	⬆️ !

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EPCI **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	50,4				
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	65,4				
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	42,9				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	20,9				
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	76,5				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	22 056	44 255	43 256	●	40 236	45 420	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 %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	125	2,0	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	6,0	↗	
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)	673	14,4	16,4	●	15,9	17,5	16,4	16,3	-2,1	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	431	8,8	12,9	●	12,4	13,2	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)	2 027	41,5	41,5	●	46,6	40,6	43,0	35,8	1,0	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	196	1,9	1,7	●	2,3	2,5	1,8	1,7	4,2	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	602	47,7	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	-3,6	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	4 138	49,8	46,8	●	47,3	51,0	1,5	46,8	46,9	-3,4	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	862	1,8	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	-0,1	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	1 124	2,8	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	-13,0	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 457	38,3	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	0,6	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	372	4,2	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	620	2,2	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	3,0	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	1 193	17,6	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	4,7	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	152	5,5	5,5	●		4,4		9,3	6,8	1,5	↗ !

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

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

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

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

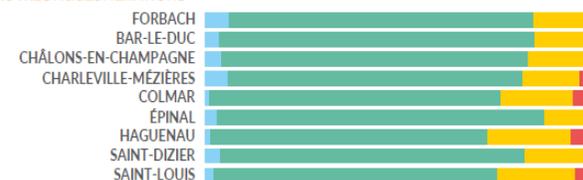
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 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)	245	1,2	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-9,9	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	97	0,5	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-2,9	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	4 529	22,2	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-2,7	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	3 071	15,0	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	4	0,9	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	35	8,1	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,2	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,4	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	0,1	↗
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	867	4,1	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	234		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

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

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

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	4 347	17,8	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-0,6	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		51,1	91,6	●	98,3	87,9				-0,4	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	24 415	83,8	76,9	●	71,2	83,5		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,7		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,8		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		4,2	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		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			65,6		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> )	62	93,8	20,3			34,0		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	6,2	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

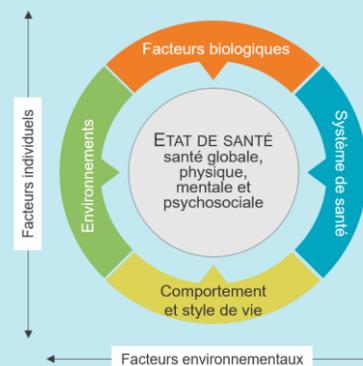
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

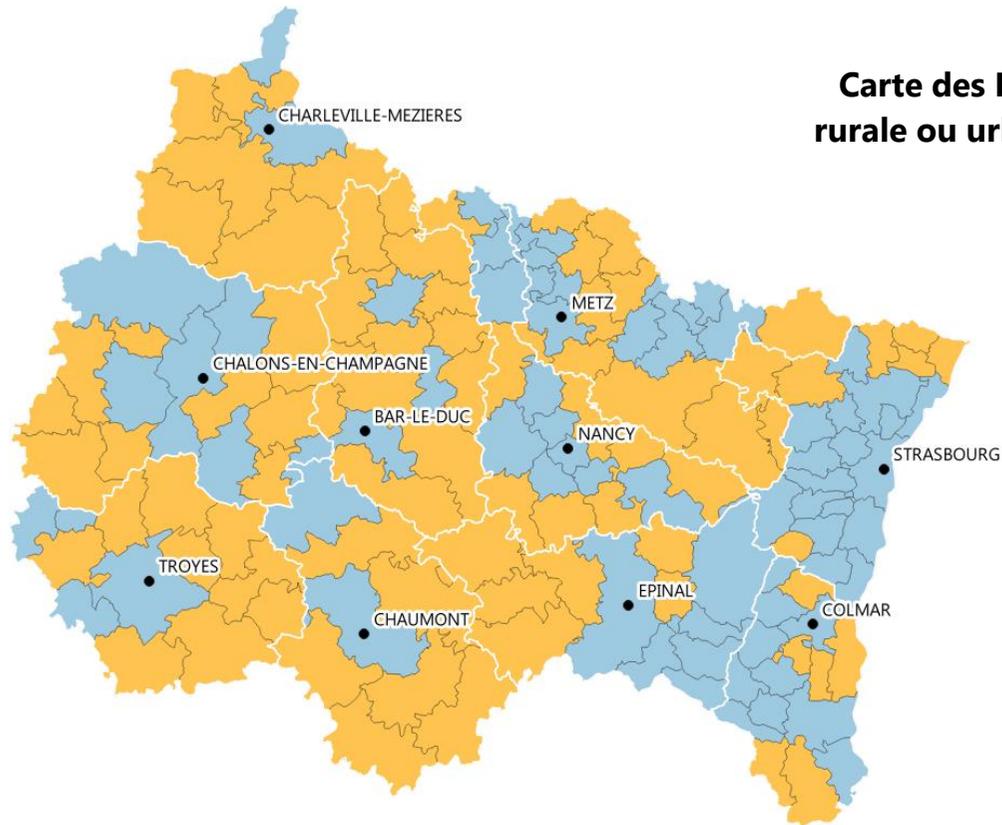
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

Source : Insee (RP2019)

Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

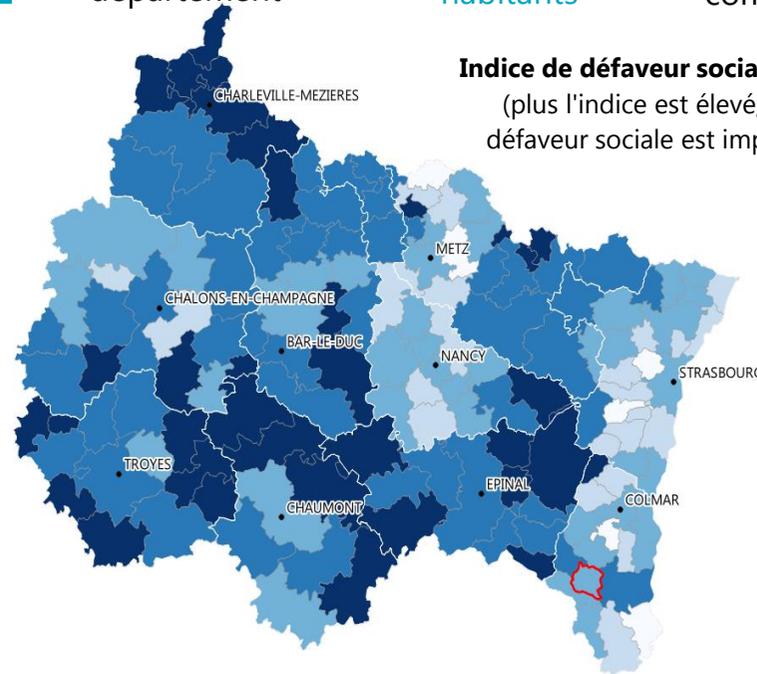
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Haut-Rhin  
département

**37 388**  
habitants

**16**  
communes

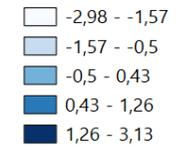
EPCI à dominante  
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

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

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

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	37 388	236,9	96,7		119,7	217,6	0,97	192,8	36,2	-0,3 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-611	-0,32	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-783	-0,42	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		90,4	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	3,1 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	5 943	15,9	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,1 →

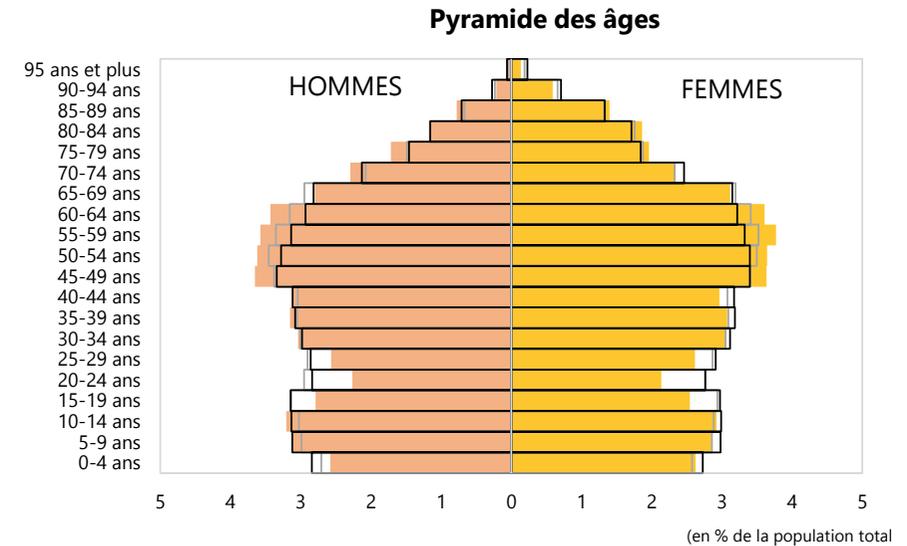
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )	0,0	0,4	●		0,1		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	2 009	11,3	●	12,8	13,3	0,8	14,0	10,8	-1,9	↘
8	Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	4 074	28,2	●	27,5	29,3	0,5	28,7	27,9	1,4	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,5	●	2,5	3,7	0,6	3,3	5,8	-1,0	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 810		●	21 930	23 300				1,3	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	1 810	11,2	●	14,5	13,0				-0,4	↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		5,0	●	5,8	4,7				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> )	7 337	25,7	●	27,0	25,7	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> )	7 577	26,5	●	31,0	26,8	1,0	27,7	21,5	1,6	↗

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

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

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

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

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

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

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

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	78,3	84,1
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	370	837,5	784,7	●	725,2	757,8	1,6	773,8	818,4	-0,2 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	58	161,3	181,6	●	175,7	159,3	1,7	182,2	180,3	-2,5 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	110	279,9	294,9	●	277,8	267,8	2,2	294,8	295,6	-0,9 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	94	212,0	224,3	●	212,4	215,9	1,9	224,4	223,8	-0,6 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	88	198,3	187,5	●	170,0	192,6	1,5	181,7	205,6	-4,0 ↘
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	15	33,6	34,7	●	25,0	33,2	4,3	34,6	35,0	0,3 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	5	13,4	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	-3,6 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	10	22,1	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	-3,0 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	51	115,3	129,3	●	109,3	127,0	3,1	129,4	129,0	-3,5 ↘
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	47	120,0	124,4	●	116,2	114,8	3,8	124,2	125,7	0,7 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	22	56,3	58,0	●	53,2	55,4	1,0	57,8	58,7	-2,7 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

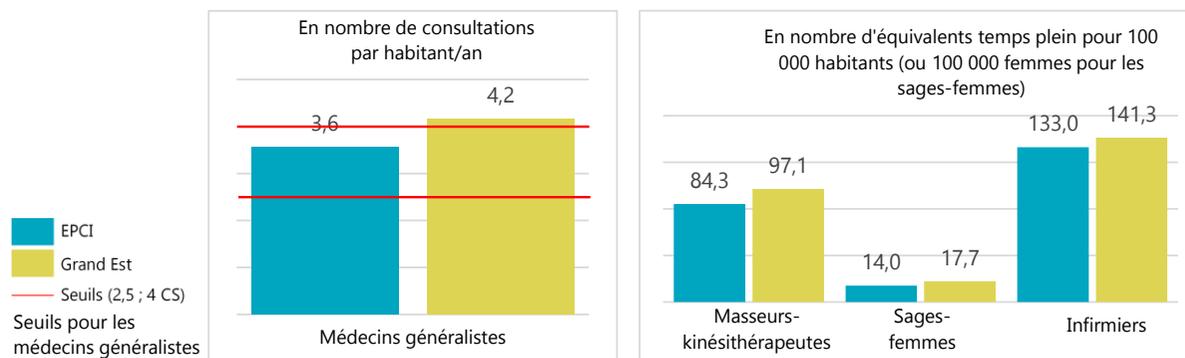
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans			
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 890	3 975	4 223	●	4 161	3 928	1,2	4 221	4 236	-0,7	⬇️ !	
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	71	149	211	●	193	168	1,8	213	201	-0,3	⬇️ !	
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	229	461	492	●	458	435	1,8	489	503	0,5	⬆️ !	
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	385	1 538	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	-0,2	⬇️ !	
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	351	1 558	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	-0,8	⬇️ !	
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 429	7 028	6 736	●	6 142	6 944	1,8	6 723	6 783	0,8	⬆️ !	
33	Personnes prises en charge pour AVC	554	1 136	1 204	●	1 130	1 134	1,6	1 210	1 185	-0,2	⬇️ !	
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 689	3 448	2 882	●	2 519	3 312	2,6	2 909	2 795	1,1	⬆️ !	
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	512	989	990	●	932	1 051	1,7	974	1 040	-0,5	⬇️ !	
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 635	5 619	5 516	●	4 840	5 483	1,4	5 586	5 284	1,3	⬆️ !	
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	25	32	●	33	32	n.d.	36	17	n.d.	n.d.	! !
38	Personnes prises en charge pour VIH	32	78	117	●	212	131	2,6	131	67	6,4	⬆️ !	
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 696	4 108	3 451	●	3 821	3 631	1,0	3 602	2 954	3,0	⬆️ !	
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	345	830	927	●	1 020	874	1,9	948	866	16,2	⬆️ !	
41	Patients traités par psychotropes	2 530	5 591	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-2,7	⬇️ !	
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 109	2 578	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	-0,5	⬇️ !	
43	Patients traités par anxiolytiques	1 401	3 059	4 002	●	3 902	3 113	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).

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

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,6	4,2	●	3,9	3,8	4,4	3,3	-0,2	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,2	3,7	●	3,1	3,3	4,0	3,0	-1,8	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		84,3	97,1	●	104,0	86,0	105,3	70,9	5,9	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		14,0	17,7	●	17,3	14,4	19,0	13,0	13,9	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		133,0	141,3	●	146,5	120,1	149,9	114,4	5,7	⬆️ !

## 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	32	0,8	1,8	●	1,2	1,2	59,4	1,0	4,3	9,3	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	16					68,8					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	21,2	14,5	●	10,6	12,8	n.d.	11,1	25,8	19,8	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	8,1	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,9	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	2	3,9	11,6	●	10,5	9,4	50,0	8,0	23,7	2,6	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	21,2	10,8	●	8,6	9,9	n.d.	8,1	19,5	19,8	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	24	2,3	2,6	●	2,2	2,0	33,3	1,5	6,1	1,0	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	3,6	5,5	●	4,5	5,2	0,0	3,9	10,7	2,6	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	49	1,4	1,4	●	0,9	0,9	13,5	0,7	3,6	3,1	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	39	1,0	1,8	●	1,3	1,3	15,2	1,0	4,5	-4,3	⬆️ !

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	50,4					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)		61,6		58,2	65,4					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum (part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)		37,5		28,9	42,9					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (part pour 100 personnes de 16 ans)		26,6		24,3	20,9					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (part pour 100 enfants de moins de 16 ans)		75,2		71,5	76,5					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	19 151	48 609	43 256	●	40 236	45 420	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 %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	107	2,2	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	6,1	↗	
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)	648	17,8	16,4	●	15,9	17,5	16,4	16,3	-1,7	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	570	13,8	12,9	●	12,4	13,2	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)	1 593	38,6	41,5	●	46,6	40,6	43,0	35,8	-0,3	↘	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	264	3,1	1,7	●	2,3	2,5	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)	602	53,1	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	2,8	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 694	56,7	46,8	●	47,3	51,0	1,3	46,8	46,9	-4,0	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	1 262	3,4	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	1,1	↗
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	1 592	5,0	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	2,7	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	1 427	41,8	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	1,0	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	311	4,3	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	902	4,2	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,0	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	1 127	21,7	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	1,1	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	454	21,3	21,3	●		4,4		9,3	6,8	13,1	↗ !

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

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

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

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

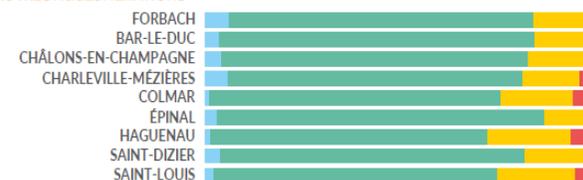
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	343	2,1	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-10,5	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	30	0,2	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-9,2	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 606	22,1	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-2,8	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 433	14,9	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	14	8,9	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	1,8	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	76	48,2	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	7	4,4	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,8	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,3	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	532	13,8	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	57		19 047	●	171 485	1 219		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	4	25,0	2,1	●	2,4	4,1		4,4	0,7		

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

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

### Niveau d'équipements

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	3 530	18,9	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-0,6	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		93,7	91,6	●	98,3	87,9				-0,3	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	15 561	71,4	76,9	●	71,2	83,5		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		0,5		●							
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	0,8		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3		14,1		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	16	100,0	49,2		65,6		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		34,0		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	16	100,0	45,0		49,5		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		16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

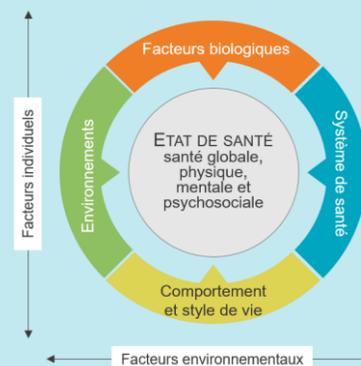
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

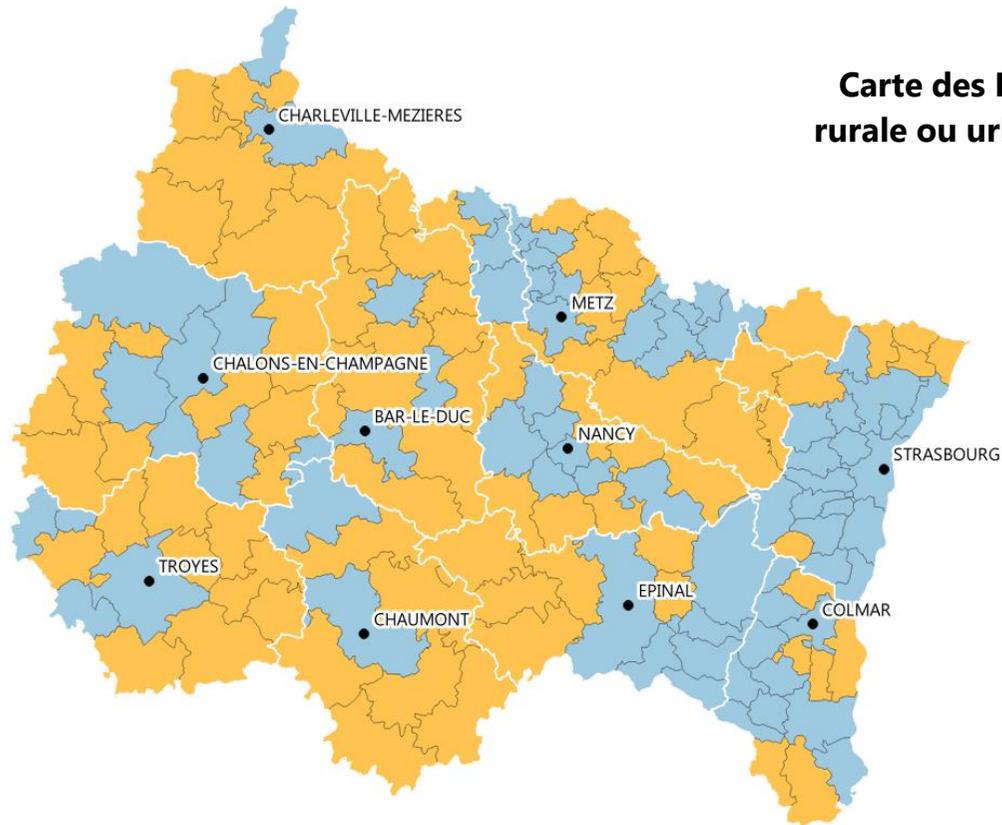
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

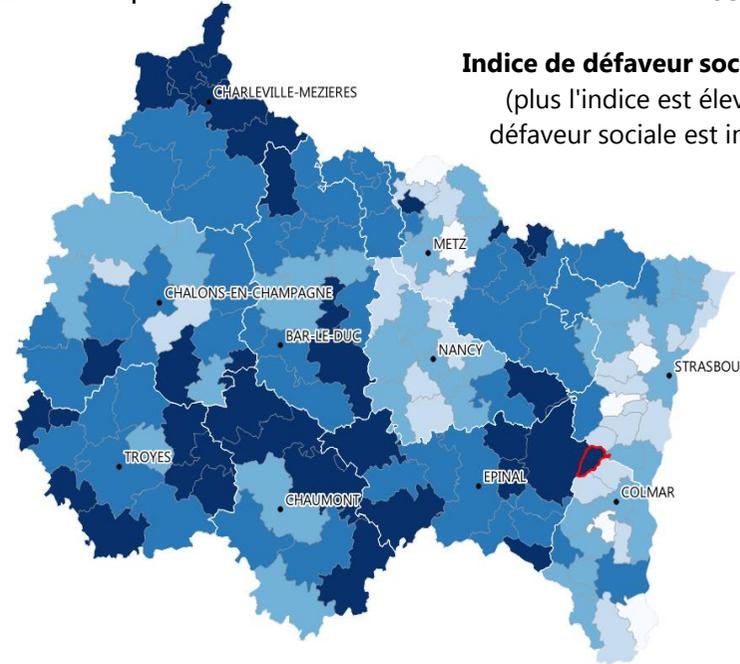
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Haut-Rhin  
département

9 417  
habitants

4  
communes

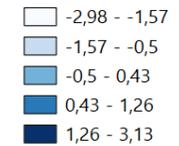
EPCI à dominante  
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

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

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

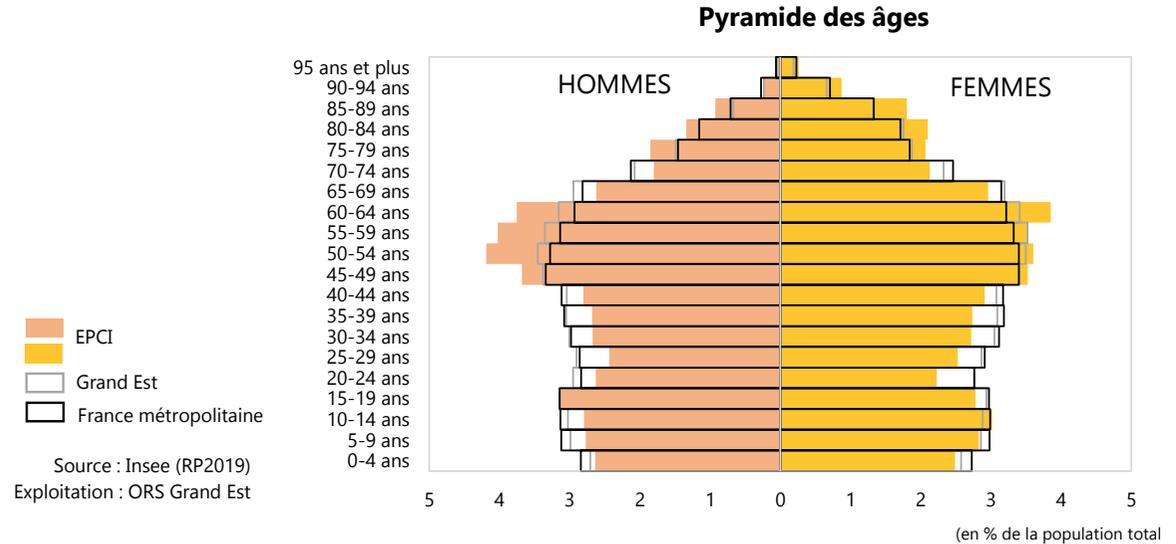
## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	9 417	91,0	96,7		119,7	217,6	0,96	192,8	36,2	-0,6	↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-266	-0,56	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3		
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-183	-0,38	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2		
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		93,8	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	2,6	↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	0	0,0	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	n.d.	n.d.

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

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

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



## 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> )		1,6	0,4	●		0,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	658	15,7	13,3	●	12,8	13,3	1,1	14,0	10,8	-1,0 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	821	26,8	28,5	●	27,5	29,3	0,5	28,7	27,9	-1,7 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,4	3,7	●	2,5	3,7	0,7	3,3	5,8	-5,9 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	20 440		21 800	●	21 930	23 300				1,2 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	617	15,8	14,7	●	14,5	13,0				0,4 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		7,0	5,8	●	5,8	4,7				2,1 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	2 507	34,2	27,8	●	27,0	25,7	0,8	27,4	29,4	-2,7 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	1 202	16,4	26,3	●	31,0	26,8	0,8	27,7	21,5	2,3 ↗

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

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

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

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

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

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

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

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	74,4	82,9
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	121	916,3	784,7	●	725,2	757,8	1,8	773,8	818,4	-2,1 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	19	210,8	181,6	●	175,7	159,3	2,8	182,2	180,3	-2,1 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	38	395,7	294,9	●	277,8	267,8	2,2	294,8	295,6	1,7 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	36	286,2	224,3	●	212,4	215,9	2,3	224,4	223,8	1,3 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	32	232,4	187,5	●	170,0	192,6	1,4	181,7	205,6	-4,8 ↘
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	7	49,2	34,7	●	25,0	33,2	2,8	34,6	35,0	-3,1 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	n.d. ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	3	23,1	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	-5,9 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	21	159,9	129,3	●	109,3	127,0	2,5	129,4	129,0	-5,4 ↘
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	16	171,4	124,4	●	116,2	114,8	3,3	124,2	125,7	1,3 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	7	78,6	58,0	●	53,2	55,4	1,2	57,8	58,7	1,7 ➔

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

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

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

## Principales causes de morbidité

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

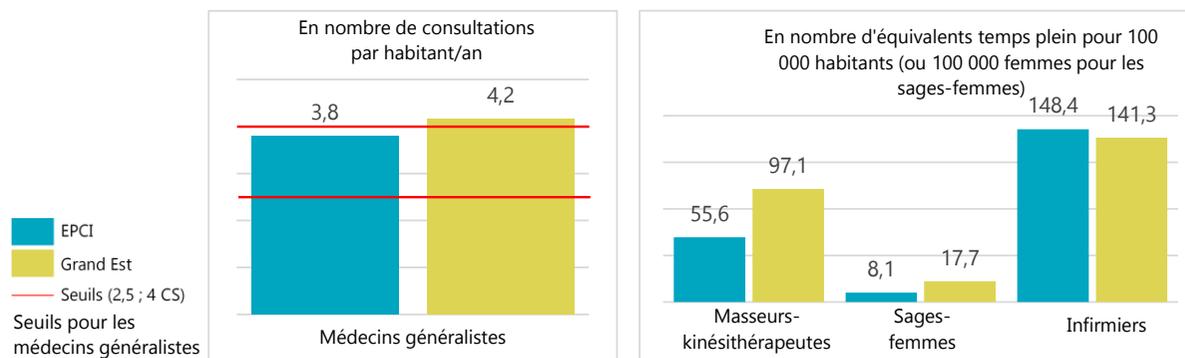
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	502	4 408	4 223	●	4 161	3 928	1,2	4 221	4 236	-2,3	↘
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	19	n.d.	211		193	168	n.d.	213	201	n.d.	n.d.
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	61	550	492	●	458	435	1,6	489	503	0,9	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	101	1 691	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	0,6	↗
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	101	1 830	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	-7,3	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	843	7 014	6 736	●	6 142	6 944	1,8	6 723	6 783	1,3	↗
33	Personnes prises en charge pour AVC	162	1 303	1 204	●	1 130	1 134	1,5	1 210	1 185	1,0	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	364	3 096	2 882	●	2 519	3 312	2,3	2 909	2 795	2,1	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	135	1 003	990	●	932	1 051	1,5	974	1 040	-1,5	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	669	5 968	5 516	●	4 840	5 483	1,4	5 586	5 284	1,6	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	29	32	●	33	32	0,8	36	17	12,2	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	13	n.d.	117		212	131	1,7	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	469	4 945	3 451	●	3 821	3 631	1,0	3 602	2 954	3,9	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	133	1 419	927	●	1 020	874	2,0	948	866	13,4	↗
41	Patients traités par psychotropes	795	7 319	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-3,5	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	306	2 909	3 548	●	3 916	2 728	0,4	3 537	3 588	-0,2	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	442	4 035	4 002	●	3 902	3 113	0,7	3 998	4 018	-3,9	↘

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

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

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,8	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	-5,2	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,7	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-5,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	55,6	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	4,1	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	8,1	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	11,6	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	148,4	141,3	●	146,5	120,1		149,9	114,4	3,4	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	8	0,3	1,8	●	1,2	1,2	25,0	1,0	4,3	7,5	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					100,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	28,0	14,5	●	10,6	12,8	n.d.	11,1	25,8	0,0	➡️
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	24,7	12,6	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	-0,9	⬇️
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	28,0	11,6	●	10,5	9,4	n.d.	8,0	23,7	0,0	➡️
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	26,4	10,8	●	8,6	9,9	n.d.	8,1	19,5	0,4	⬆️
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	4,6	2,6	●	2,2	2,0	66,7	1,5	6,1	33,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	4,6	5,5	●	4,5	5,2	0,0	3,9	10,7	1,5	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	16	0,3	1,4	●	0,9	0,9	17,6	0,7	3,6	7,5	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	6	1,5	1,8	●	1,3	1,3	16,7	1,0	4,5	1,4	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	28,0 min	28,0 min	4,6 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
59 Services de médecine	0	28,0	11,3	●	10,5	11,1		9,1	18,4	0,0 →
60 Services de chirurgie	0	28,0	14,5	●	13,5	12,8		11,3	25,3	0,0 →
61 Services d'obstétrique	0	28,0	14,3	●	14,8	14,9		11,6	23,6	0,0 →
62 Services de soins de suite	1	4,6	9,3	●	9,1	7,7		7,2	16,5	1,2 ↗
63 Services d'urgence	0	28,0	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	0,0 →
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	4,6	8,4	●	7,4	6,4		7,0	13,1	1,2 ↗
65 EHPAD	2	1,8	4,0	●	3,0	3,4		2,9	7,4	0,0 →

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

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

## Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	50,4					
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	65,4					
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	42,9					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	20,9					
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	76,5					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	3 630	38 510	43 256	●	40 236	45 420	0,9	43 674	41 912	-3,1

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	55	4,5	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	3,3	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	263	25,9	16,4	●	15,9	17,5	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)	212	22,3	12,9	●	12,4	13,2	13,4	11,2	-1,6	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	201	21,1	41,5	●	46,6	40,6	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)	59	2,8	1,7	●	2,3	2,5	1,8	1,7	3,1	↗	
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)	146	53,6	58,4	●	62,2	50,6	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)	738	45,2	46,8	●	47,3	51,0	1,3	46,8	46,9	-4,8	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	444	4,7	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	-4,3	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	559	7,3	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	3,4	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	363	37,6	42,8	●	42,7	40,6	0,3	43,5	40,5	-3,9	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	95	5,3	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	382	7,2	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,5	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	334	26,1	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	-0,4	↘
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	206	38,7	38,7	●		4,4		9,3	6,8	12,4	↗ !

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

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

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

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

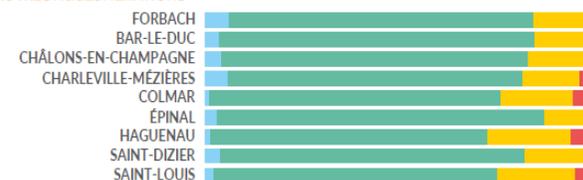
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	154	3,8	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-1,2	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	23	0,6	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-0,8	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 757	43,3	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-2,4	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 038	25,6	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	1	1,0	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	15	14,5	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,7	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-0,1	→
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	312	21,4	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	23		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

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

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

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	600	13,0	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-0,5	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		107,1	91,6	●	98,3	87,9				1,0	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	0	0,0	76,9	●	71,2	83,5		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		0,7		●							
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	0,8		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	4	100,0	49,2			65,6		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			34,0		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	100,0	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

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

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

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

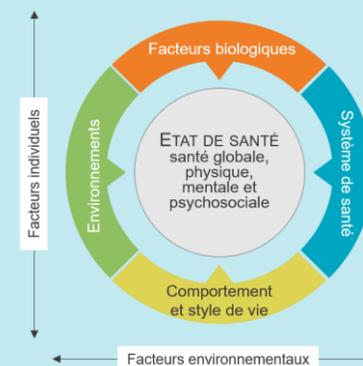
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

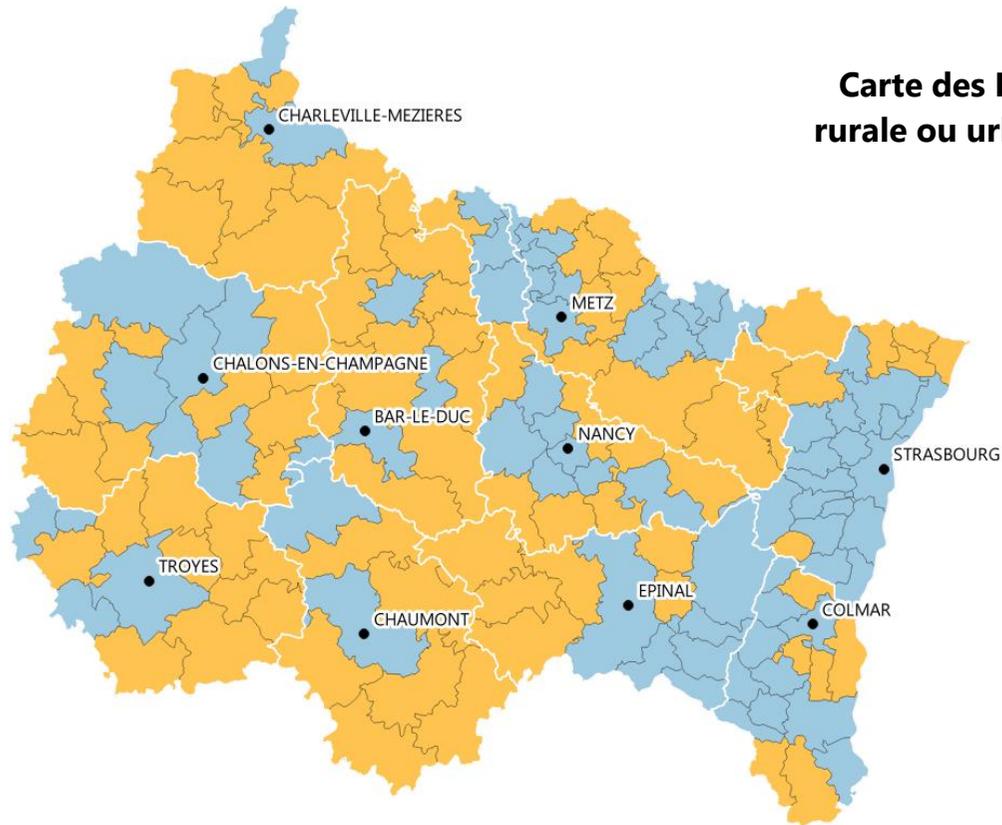
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

## Portrait de santé

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

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

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

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

Haut-Rhin

département

16 209

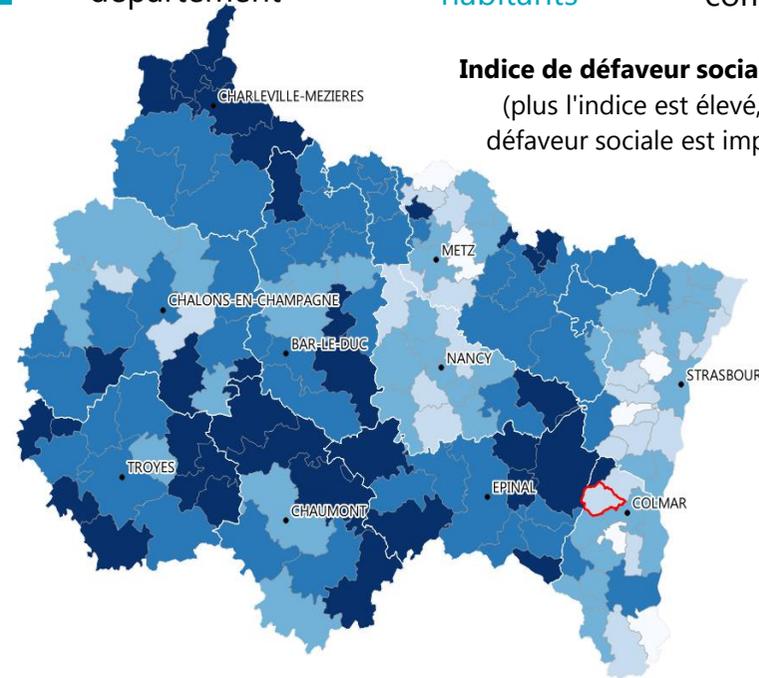
habitants

8

communes

EPCI à dominante

urbaine

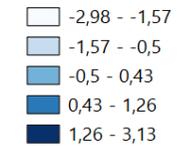


### Indice de défaveur sociale en 2019

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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

#### Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	16 209	89,6	96,7		119,7	217,6	0,96	192,8	36,2	-0,8 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-661	-0,80	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-232	-0,28	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		110,8	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	3,9 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	4 465	27,5	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,2 ↗

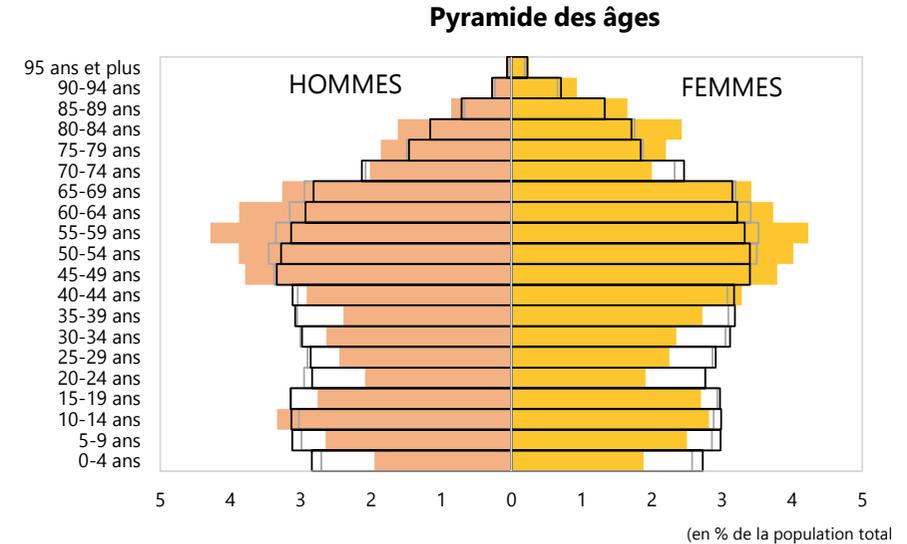
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		-0,8	0,4	●		0,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	683	8,7	13,3	●	12,8	13,3	0,7	14,0	10,8	0,2 ↗
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 711	27,8	28,5	●	27,5	29,3	0,4	28,7	27,9	-0,9 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,7	3,7	●	2,5	3,7	0,9	3,3	5,8	-0,3 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	24 100		21 800	●	21 930	23 300				1,0 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	543	7,5	14,7	●	14,5	13,0				-0,3 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,1	5,8	●	5,8	4,7				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> )	2 926	23,0	27,8	●	27,0	25,7	0,7	27,4	29,4	-2,7 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	3 639	28,6	26,3	●	31,0	26,8	0,9	27,7	21,5	1,8 ↗

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

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

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

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

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

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

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

## Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	80,4	84,8
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	185	759,3	784,7	●	725,2	757,8	1,6	773,8	818,4	-0,7	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	25	153,3	181,6	●	175,7	159,3	1,9	182,2	180,3	-1,8	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	49	275,6	294,9	●	277,8	267,8	2,2	294,8	295,6	-1,0	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	54	241,1	224,3	●	212,4	215,9	1,6	224,4	223,8	1,5	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	52	200,5	187,5	●	170,0	192,6	1,6	181,7	205,6	-3,9	➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	12	47,0	34,7	●	25,0	33,2	2,8	34,6	35,0	-0,7	➔
<b>21</b>	Décès par suicide	3	16,6	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	5,1	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	21,3	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	-1,7	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	37	152,7	129,3	●	109,3	127,0	2,4	129,4	129,0	-1,8	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	23	129,3	124,4	●	116,2	114,8	3,4	124,2	125,7	0,1	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	9	50,8	58,0	●	53,2	55,4	1,0	57,8	58,7	-9,2	➔

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

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

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

## Principales causes de morbidité

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

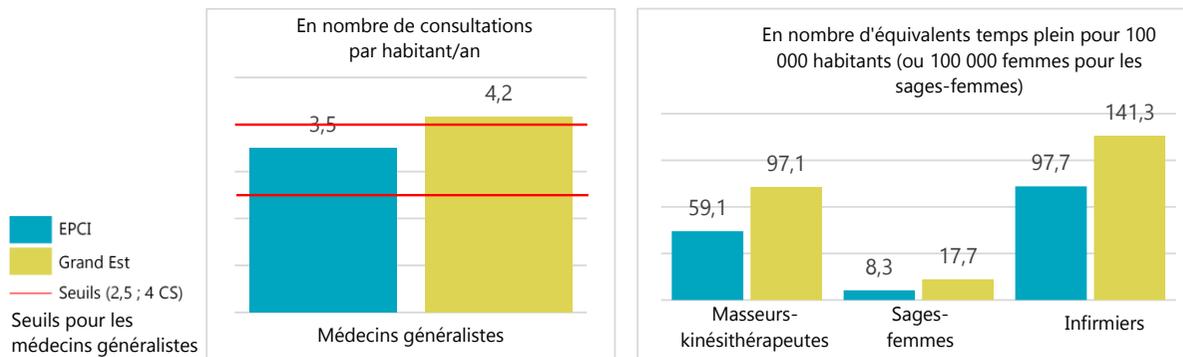
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	935	4 158	4 223	●	4 161	3 928	1,1	4 221	4 236	13,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	38	160	211	●	193	168	2,9	213	201	13,8	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	126	549	492	●	458	435	1,4	489	503	15,8	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	189	1 645	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	9,9	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	172	1 578	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	11,5	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 515	6 304	6 736	●	6 142	6 944	1,9	6 723	6 783	12,4	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	277	1 126	1 204	●	1 130	1 134	1,7	1 210	1 185	13,2	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	618	2 576	2 882	●	2 519	3 312	3,2	2 909	2 795	13,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	275	1 029	990	●	932	1 051	1,9	974	1 040	8,4	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	963	4 272	5 516	●	4 840	5 483	1,6	5 586	5 284	12,0	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	15	32	●	33	32	n.d.	36	17	-2,6	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	18	n.d.	117		212	131	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	535	2 832	3 451	●	3 821	3 631	1,1	3 602	2 954	15,8	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	137	788	927	●	1 020	874	2,2	948	866	29,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 115	5 240	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	8,4	↗ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	546	2 725	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	11,4	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	604	2 731	4 002	●	3 902	3 113	0,7	3 998	4 018	9,7	↗ !

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

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

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,5	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	0,8	⬆️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,3	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	0,5	⬆️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	59,1	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	-2,2	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	8,3	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	4,6	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	97,7	141,3	●	146,5	120,1		149,9	114,4	5,0	⬆️ !

## 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	15	0,5	●	1,2	1,2	33,3	1,0	4,3	2,4	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	24,8	●	10,6	12,8	n.d.	11,1	25,8	0,3	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	19,0	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	-5,0	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	21,6	●	10,5	9,4	n.d.	8,0	23,7	0,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	19,0	●	8,6	9,9	n.d.	8,1	19,5	0,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	8	4,9	●	2,2	2,0	12,5	1,5	6,1	18,2	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	9,9	●	4,5	5,2	0,0	3,9	10,7	1,5	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	28	0,4	●	0,9	0,9	10,7	0,7	3,6	3,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	16	1,9	●	1,3	1,3	12,5	1,0	4,5	56,8	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	24,4 min	24,8 min	9,7 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	24,4	11,3	●	10,5	11,1		9,1	18,4	0,3	↗
60	Services de chirurgie	0	24,8	14,5	●	13,5	12,8		11,3	25,3	0,3	↗
61	Services d'obstétrique	0	24,8	14,3	●	14,8	14,9		11,6	23,6	0,3	↗
62	Services de soins de suite	1	11,7	9,3	●	9,1	7,7		7,2	16,5	1,3	↗
63	Services d'urgence	0	24,8	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	0,3	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,7	8,4	●	7,4	6,4		7,0	13,1	17,2	↗
65	EHPAD	6	1,7	4,0	●	3,0	3,4		2,9	7,4	0,0	→

**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.

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	50,4				
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	65,4				
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	42,9				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	20,9				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )			75,2		71,5	76,5				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	8 421	49 292	43 256	●	40 236	45 420	0,9	43 674	41 912	0,6 

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	35	1,7	2,4	●	2,3	2,3	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)	228	14,9	16,4	●	15,9	17,5	16,4	16,3	0,4	↗	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	120	7,8	12,9	●	12,4	13,2	13,4	11,2	-1,7	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	693	45,3	41,5	●	46,6	40,6	43,0	35,8	0,3	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	68	2,0	1,7	●	2,3	2,5	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)	269	79,7	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	4,5	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 766	65,0	46,8	●	47,3	51,0	1,2	46,8	46,9	-2,2	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

### Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	280	1,7	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	0,6	↗
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	349	2,4	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	2,8	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	696	40,5	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	0,6	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	154	4,6	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	203	2,2	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	4,0	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	431	20,2	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	2,6	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	83	9,0	9,0	●		4,4		9,3	6,8	1,5	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

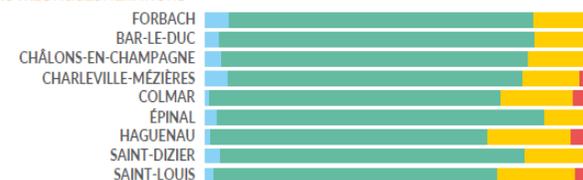
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	80	1,1	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-12,6	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	33	0,5	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-1,4	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 925	26,5	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-1,0	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 311	18,1	17,5	●	13,9	14,7		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	5,5		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	15	8,3	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,6	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,1	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	3 245	62,0	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	46		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 457	18,4	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	0,7	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		74,0	91,6	●	98,3	87,9				0,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	8 807	81,0	76,9	●	71,2	83,5		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,7		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,1		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		0,0	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		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			65,6		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			34,0		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	7	96,7	45,0			49,5		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	3,3	34,7			16,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

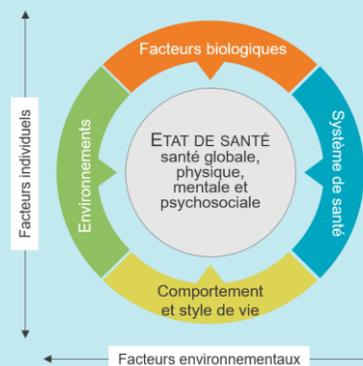
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

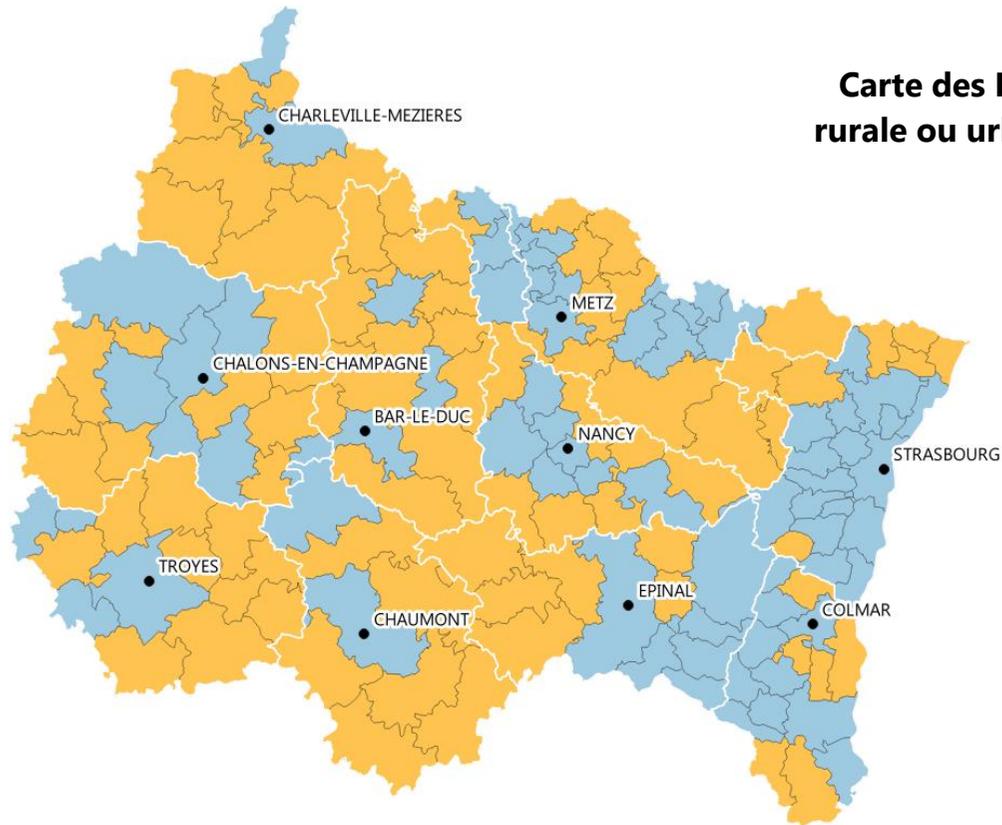
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

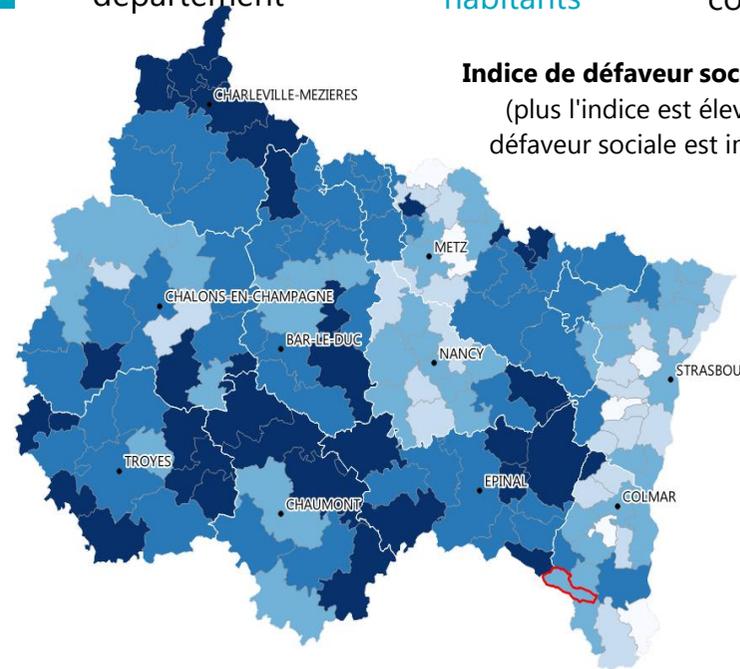
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Haut-Rhin  
département

16 007  
habitants

15  
communes

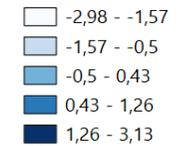
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	16 007	99,7	96,7		119,7	217,6	0,98	192,8	36,2	-0,3 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-274	-0,34	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-268	-0,33	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		95,0	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	5,0 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	5 923	37,0	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	-0,2 ↘

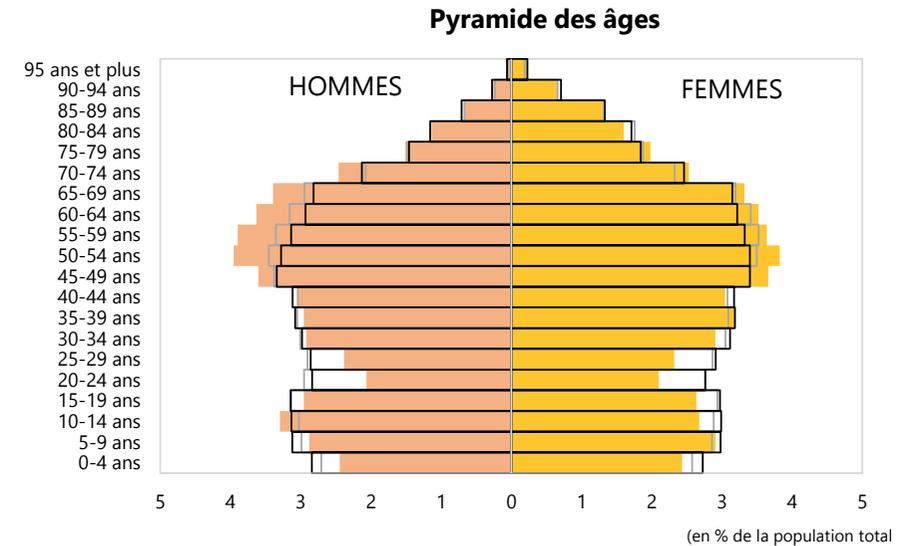
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**

■ EPCI  
■ Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		-0,4	0,4	●		0,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	682	8,6	13,3	●	12,8	13,3	0,8	14,0	10,8	-2,3 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 762	26,5	28,5	●	27,5	29,3	0,4	28,7	27,9	0,1 →
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,7	3,7	●	2,5	3,7	0,5	3,3	5,8	-0,4 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	23 710		21 800	●	21 930	23 300				1,1 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	443	6,7	14,7	●	14,5	13,0				1,9 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,5	5,8	●	5,8	4,7				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> )	2 716	22,0	27,8	●	27,0	25,7	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> )	3 049	24,7	26,3	●	31,0	26,8	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 données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	84,6	86,2
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	143	751,6	784,7	●	725,2	757,8	1,5	773,8	818,4	-1,2 ➔
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	25	158,3	181,6	●	175,7	159,3	1,4	182,2	180,3	-1,9 ➔
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	46	272,1	294,9	●	277,8	267,8	1,6	294,8	295,6	-2,0 ➔
<b>18</b> Décès par cancers	44	234,2	224,3	●	212,4	215,9	1,4	224,4	223,8	0,5 ➔
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	37	186,7	187,5	●	170,0	192,6	1,4	181,7	205,6	-5,5 ↘
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	4	22,1	34,7	●	25,0	33,2	n.d.	34,6	35,0	-2,8 ➔
<b>21</b> Décès par suicide	2	12,6	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	-3,3 ➔
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	4	23,5	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	2,4 ➔
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	22	116,7	129,3	●	109,3	127,0	2,6	129,4	129,0	-1,3 ➔
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	20	119,4	124,4	●	116,2	114,8	2,5	124,2	125,7	-3,9 ➔
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	12	69,7	58,0	●	53,2	55,4	0,7	57,8	58,7	4,4 ➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
Grand Est	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
France métrop.	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

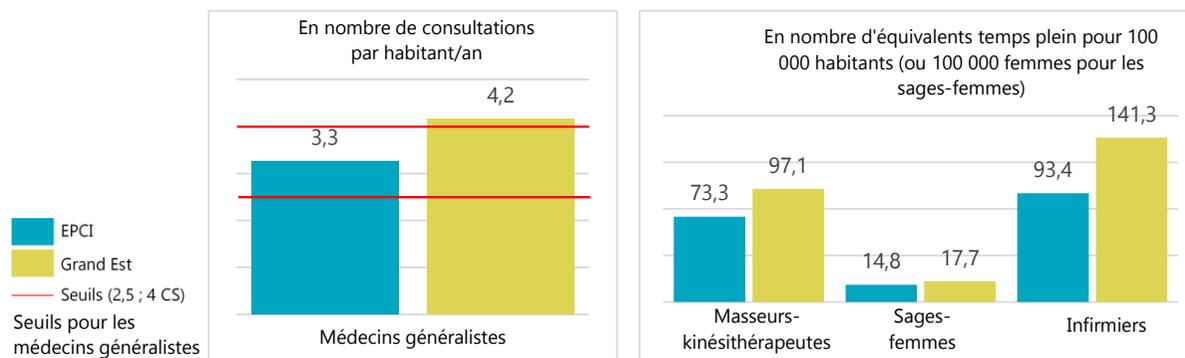
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	817	4 093	4 223	●	4 161	3 928	1,1	4 221	4 236	5,6	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	19	n.d.	211		193	168	n.d.	213	201	n.d.	n.d. !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	105	530	492	●	458	435	1,6	489	503	11,4	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	167	1 614	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	6,3	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	169	1 802	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	8,6	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 415	6 951	6 736	●	6 142	6 944	1,8	6 723	6 783	6,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	184	915	1 204	●	1 130	1 134	1,1	1 210	1 185	4,0	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	726	3 525	2 882	●	2 519	3 312	2,9	2 909	2 795	7,9	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	209	985	990	●	932	1 051	1,1	974	1 040	5,8	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 052	5 255	5 516	●	4 840	5 483	1,4	5 586	5 284	6,7	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	15	32	●	33	32	n.d.	36	17	-12,8	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	14	n.d.	117		212	131	1,5	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	490	2 818	3 451	●	3 821	3 631	1,0	3 602	2 954	10,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	119	665	927	●	1 020	874	1,7	948	866	17,5	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 199	6 362	7 186	●	7 149	5 870	0,5	7 201	7 142	3,1	↗ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	612	3 400	3 548	●	3 916	2 728	0,4	3 537	3 588	6,8	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	630	3 307	4 002	●	3 902	3 113	0,6	3 998	4 018	3,0	↗ !

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,3	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	-0,5	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,1	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-0,9	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	73,3	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	4,9	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	14,8	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	15,8	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	93,4	141,3	●	146,5	120,1		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	10	3,0	●	1,2	1,2	90,0	1,0	4,3	-2,4	⬇️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	26,6	●	10,6	12,8	n.d.	11,1	25,8	4,8	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	10,4	●	12,5	9,0	100,0	8,3	27,0	-12,6	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	19,7	●	10,5	9,4	n.d.	8,0	23,7	0,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	28,4	●	8,6	9,9	n.d.	8,1	19,5	6,2	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	4,0	●	2,2	2,0	50,0	1,5	6,1	0,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	6	4,4	●	4,5	5,2	16,7	3,9	10,7	-3,4	⬇️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	25	1,5	●	0,9	0,9	11,5	0,7	3,6	2,6	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	13	2,9	●	1,3	1,3	7,7	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. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	19,7 min	28,2 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	19,7	11,3	●	10,5	11,1		9,1	18,4	0,6	↗
60	Services de chirurgie	0	21,2	14,5	●	13,5	12,8		11,3	25,3	0,2	↗
61	Services d'obstétrique	0	21,2	14,3	●	14,8	14,9		11,6	23,6	0,2	↗
62	Services de soins de suite	2	6,2	9,3	●	9,1	7,7		7,2	16,5	1,4	↗
63	Services d'urgence	0	28,2	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	6,0	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	8,0	8,4	●	7,4	6,4		7,0	13,1	1,4	↗
65	EHPAD	1	7,4	4,0	●	3,0	3,4		2,9	7,4	6,5	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI	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	50,4					
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	65,4					
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	42,9					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	20,9					
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	76,5					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	7 735	46 199	43 256	●	40 236	45 420	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 %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	43	2,0	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	9,0	↗	
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)	211	13,5	16,4	●	15,9	17,5	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)	120	7,3	12,9	●	12,4	13,2	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)	692	41,9	41,5	●	46,6	40,6	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)	97	2,7	1,7	●	2,3	2,5	1,8	1,7	5,9	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	295	63,9	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	3,8	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 850	66,6	46,8	●	47,3	51,0	1,3	46,8	46,9	-1,8	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	194	1,2	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	-3,8	⬇️
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	283	2,1	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	1,0	⬆️ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	416	32,8	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	-2,6	⬇️
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	110	3,5	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	130	1,4	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,0	⬆️
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	437	18,6	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	2,2	⬆️
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		4,4		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

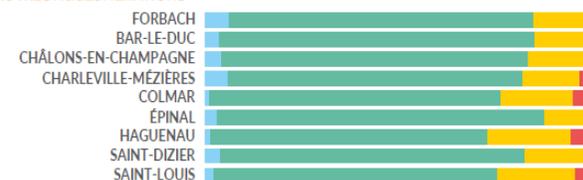
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	109	1,6	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-8,2	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	18	0,3	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	0,7	⬆️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 483	21,8	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-3,5	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 109	16,3	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	1,9	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	10,7	⬆️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	17	10,6	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,3	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-2,1	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	519	17,6	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	56		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 604	20,2	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-0,3	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		73,9	91,6	●	98,3	87,9				0,9	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	0	0,0	76,9	●	71,2	83,5		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,2		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,3		●							
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> )		2,8	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	15	100,0	49,2			65,6		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			34,0		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	15	100,0	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

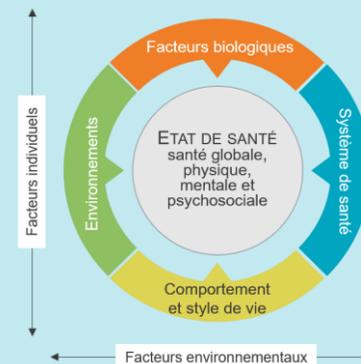
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

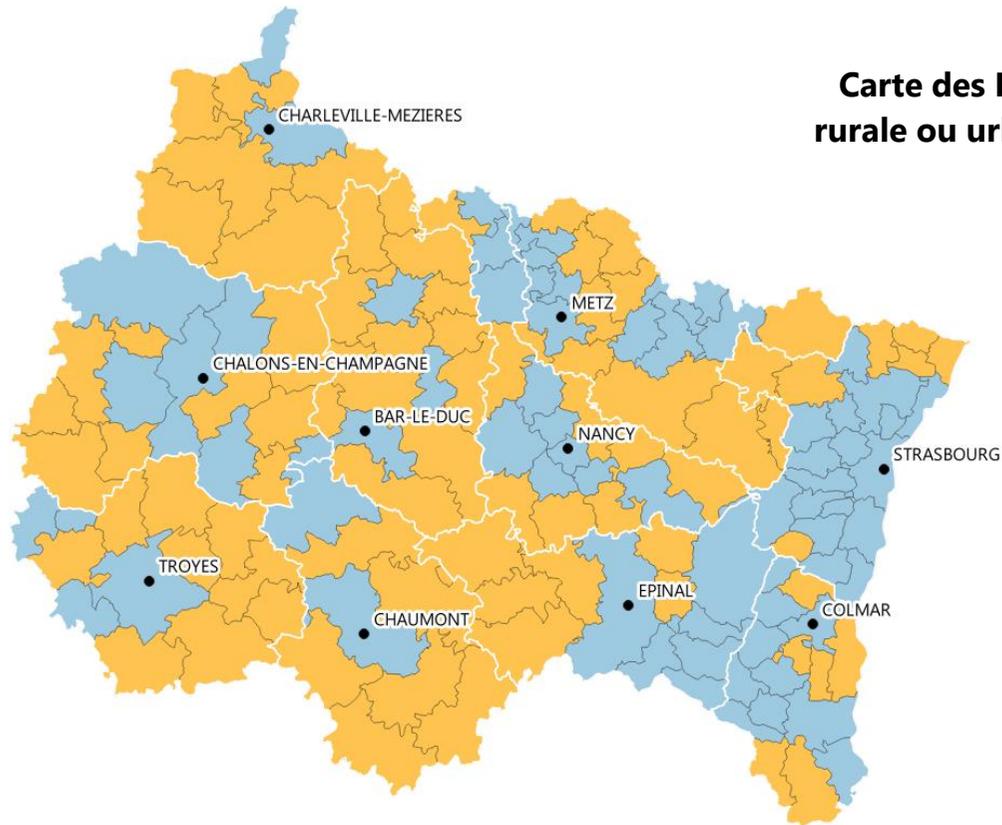
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
- Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
- 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

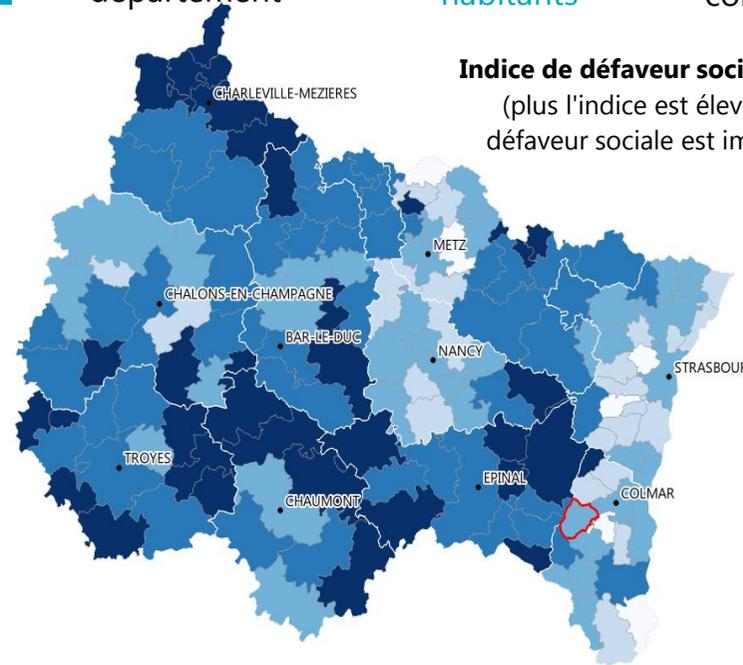
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Haut-Rhin  
département

16 244  
habitants

16  
communes

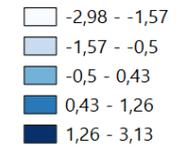
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



Grand Est : 0,4

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	16 244	83,2	96,7		119,7	217,6	0,96	192,8	36,2	-0,2 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-148	-0,18	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-23	-0,03	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		115,2	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	3,7 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	4 410	27,1	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	-0,5 ↘

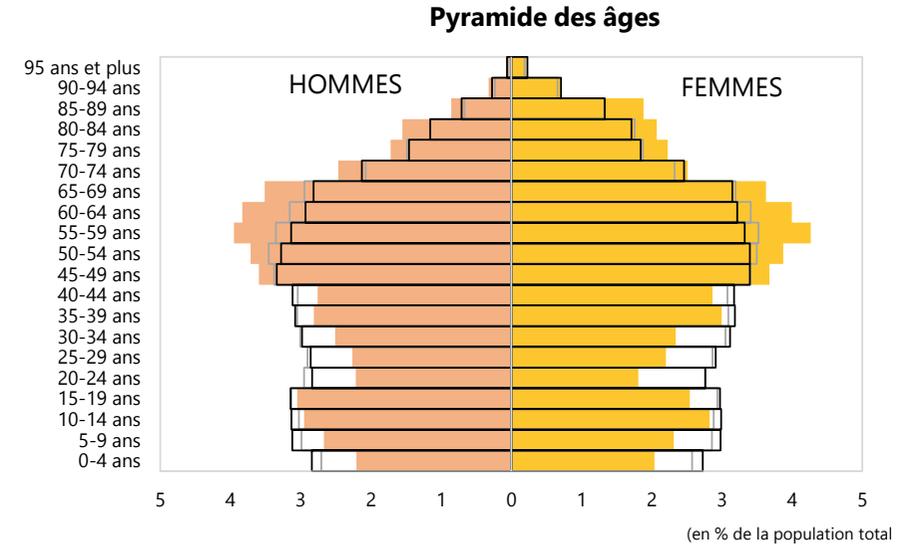
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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> )	-0,1	0,4	●		0,1		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	740	9,5	●	12,8	13,3	1,0	14,0	10,8	-1,8	↘
8	Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 658	27,6	●	27,5	29,3	0,5	28,7	27,9	-1,2	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,9	●	2,5	3,7	0,5	3,3	5,8	-1,9	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 300		●	21 930	23 300				0,9	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	633	8,8	●	14,5	13,0				-0,7	↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		4,0	●	5,8	4,7				2,1	↗
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	3 133	24,4	●	27,0	25,7	0,7	27,4	29,4	-3,0	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	3 097	24,1	●	31,0	26,8	0,9	27,7	21,5	2,5	↗

**Notes de lecture :** 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données 2014 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles pour uniquement pour le découpage EPCI de 2015, les évolutions ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué (c'est-à-dire que la population des communes ayant quitté ou rejoint l'EPCI entre 2015 et 2022 représente moins de 10% de la population de l'EPCI). | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB).

**Sources :** 6. Insee (RP2019), DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 7-9. Insee (RP2019) 10-12. DGFIP-Insee (Fichier Filosofi 2019) 13-14. Insee (RP2019)

Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire. Pour disposer d'indicateurs plus robustes, les données de mortalité (nombre et taux) sont calculées à partir du nombre moyen de cas sur 5 ans. Les taux standardisés sur l'âge s'affranchissent des effets liés à l'âge sur les indicateurs d'état de santé et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes.

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :

- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ **augmentation significative** entre les deux périodes
- ➔ sans différence statistique significative entre les deux périodes
- ➔ **diminution significative** entre les deux périodes
- 🟢 situation **favorable**
- 🔴 situation **défavorable**

### Espérance de vie à la naissance

(en années)



<b>EPCI</b>	80,9	87,5
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

### Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	164	728,7	784,7	●	725,2	757,8	1,5	773,8	818,4	-1,4	➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	23	146,0	181,6	●	175,7	159,3	1,7	182,2	180,3	3,1	➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	42	234,4	294,9	●	277,8	267,8	1,8	294,8	295,6	-0,6	➔
<b>18</b>	Décès par cancers	45	203,2	224,3	●	212,4	215,9	1,9	224,4	223,8	-0,5	➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	46	194,6	187,5	●	170,0	192,6	1,4	181,7	205,6	-4,9	⬇️
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	5	23,3	34,7	●	25,0	33,2	n.d.	34,6	35,0	-9,5	⬇️
<b>21</b>	Décès par suicide	4	22,7	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	12,0	➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	6	28,4	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	-1,2	➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	26	113,6	129,3	●	109,3	127,0	2,4	129,4	129,0	-4,1	➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	20	111,8	124,4	●	116,2	114,8	2,6	124,2	125,7	-0,8	➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	9	51,4	58,0	●	53,2	55,4	1,3	57,8	58,7	3,2	➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

**Sources : 15-26.** Insem, CépiDc (2013-2017), Insee (RP2019), extractions ORS Grand Est.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
Grand Est	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
France métrop.	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

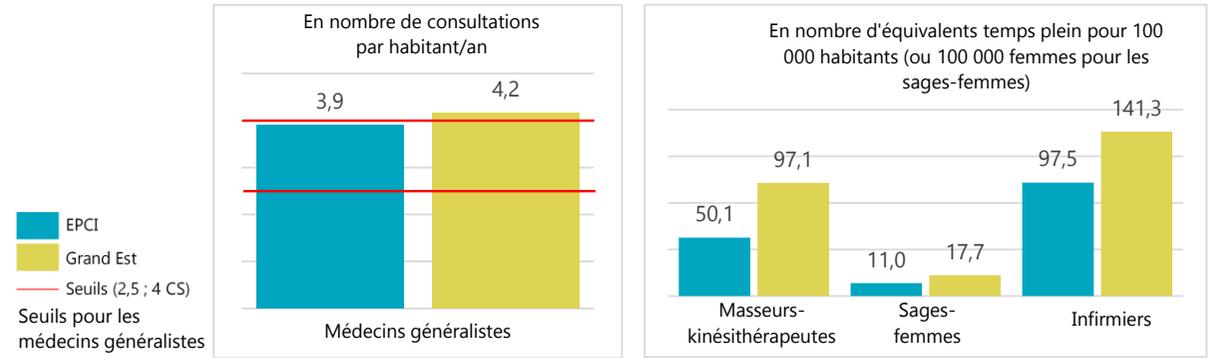
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	900	3 982	4 223	●	4 161	3 928	1,3	4 221	4 236	0,3	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	31	128	211	●	193	168	n.d.	213	201	-6,0	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	111	459	492	●	458	435	1,6	489	503	-3,9	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	176	1 505	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	-0,1	→ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	190	1 740	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	-1,4	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 611	6 642	6 736	●	6 142	6 944	1,9	6 723	6 783	1,6	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	262	1 063	1 204	●	1 130	1 134	1,4	1 210	1 185	2,2	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	700	2 819	2 882	●	2 519	3 312	2,8	2 909	2 795	2,4	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	328	1 193	990	●	932	1 051	1,7	974	1 040	-1,5	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 128	4 896	5 516	●	4 840	5 483	1,5	5 586	5 284	0,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	29	32	●	33	32	7,3	36	17	-10,6	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	17	n.d.	117		212	131	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	661	3 525	3 451	●	3 821	3 631	1,0	3 602	2 954	4,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	159	875	927	●	1 020	874	1,7	948	866	16,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 405	6 496	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-3,1	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	595	2 967	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	0,0	→ !
43	Patients traités par anxiolytiques	759	3 414	4 002	●	3 902	3 113	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).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans		
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,9	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	0,9	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,5	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-1,3	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		50,1	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	5,3	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		11,0	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	31,2	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		97,5	141,3	●	146,5	120,1		149,9	114,4	0,7	↗ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	18	1,9	1,8	●	1,2	1,2	44,4	1,0	4,3	2,4	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	6					100,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	34,6	14,5	●	10,6	12,8	n.d.	11,1	25,8	0,2	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	5,8	12,6	●	12,5	9,0	100,0	8,3	27,0	1,5	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	5,8	11,6	●	10,5	9,4	100,0	8,0	23,7	1,5	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	5,8	10,8	●	8,6	9,9	100,0	8,1	19,5	1,5	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	9	5,8	2,6	●	2,2	2,0	22,2	1,5	6,1	1,8	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	5,8	5,5	●	4,5	5,2	0,0	3,9	10,7	1,8	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	20	1,1	1,4	●	0,9	0,9	19,0	0,7	3,6	-6,0	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	10	4,5	1,8	●	1,3	1,3	29,8	1,0	4,5	-1,0	↘ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	34,6 min	34,6 min	5,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	0	34,6	11,3	●	10,5	11,1	9,1	18,4	0,2	↗
60	Services de chirurgie	0	34,6	14,5	●	13,5	12,8	11,3	25,3	0,2	↗
61	Services d'obstétrique	0	34,6	14,3	●	14,8	14,9	11,6	23,6	0,2	↗
62	Services de soins de suite	1	5,8	9,3	●	9,1	7,7	7,2	16,5	1,5	↗
63	Services d'urgence	0	34,6	14,8	●	13,7	13,9	12,1	24,2	0,2	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	5,8	8,4	●	7,4	6,4	7,0	13,1	1,5	↗
65	EHPAD	3	5,8	4,0	●	3,0	3,4	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.

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	50,4				
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	65,4				
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	42,9				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	20,9				
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	76,5				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	8 084	47 455	43 256	●	40 236	45 420	0,8	43 674	41 912	0,0 →

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	47	2,4	2,4	●	2,3	2,3	2,6	2,0	33,6	↗	
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)	228	14,6	16,4	●	15,9	17,5	16,4	16,3	-0,4	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	124	8,4	12,9	●	12,4	13,2	13,4	11,2	-5,9	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	501	33,7	41,5	●	46,6	40,6	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)	79	2,4	1,7	●	2,3	2,5	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)	261	63,8	58,4	●	62,2	50,6	58,4	58,6	1,8	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 292	48,7	46,8	●	47,3	51,0	1,3	46,8	46,9	-3,4	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

## Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	318	2,0	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	-5,2	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	372	2,6	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	-3,9	↘ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	596	39,9	42,8	●	42,7	40,6	0,3	43,5	40,5	1,1	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	157	4,3	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	189	2,1	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	2,8	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	439	20,5	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	1,3	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	0	0,0	0,0	●		4,4		9,3	6,8	-100,0	↘ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

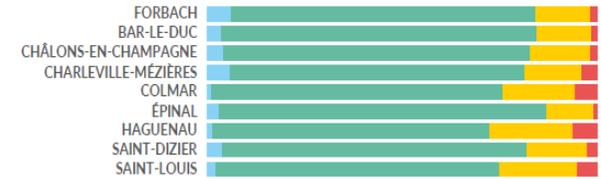
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	132	1,8	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-7,6	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	16	0,2	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-14,2	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 657	36,3	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-2,7	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 390	19,0	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	8	4,1	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	10	5,1	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,8	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,6	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	267	5,9	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	41		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	1 222	15,7	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-0,6	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		57,8	91,6	●	98,3	87,9				0,1	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	9 978	89,6	76,9	●	71,2	83,5		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		1,0		●							
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> )		4,9	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		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			65,6		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			34,0		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) ( <i>et part de la population couverte</i> )	16	100,0	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

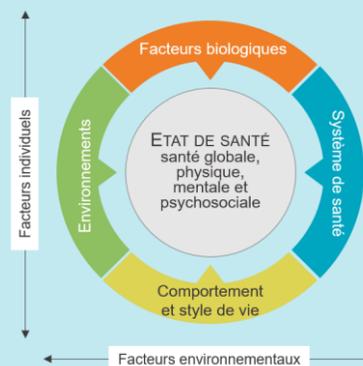
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

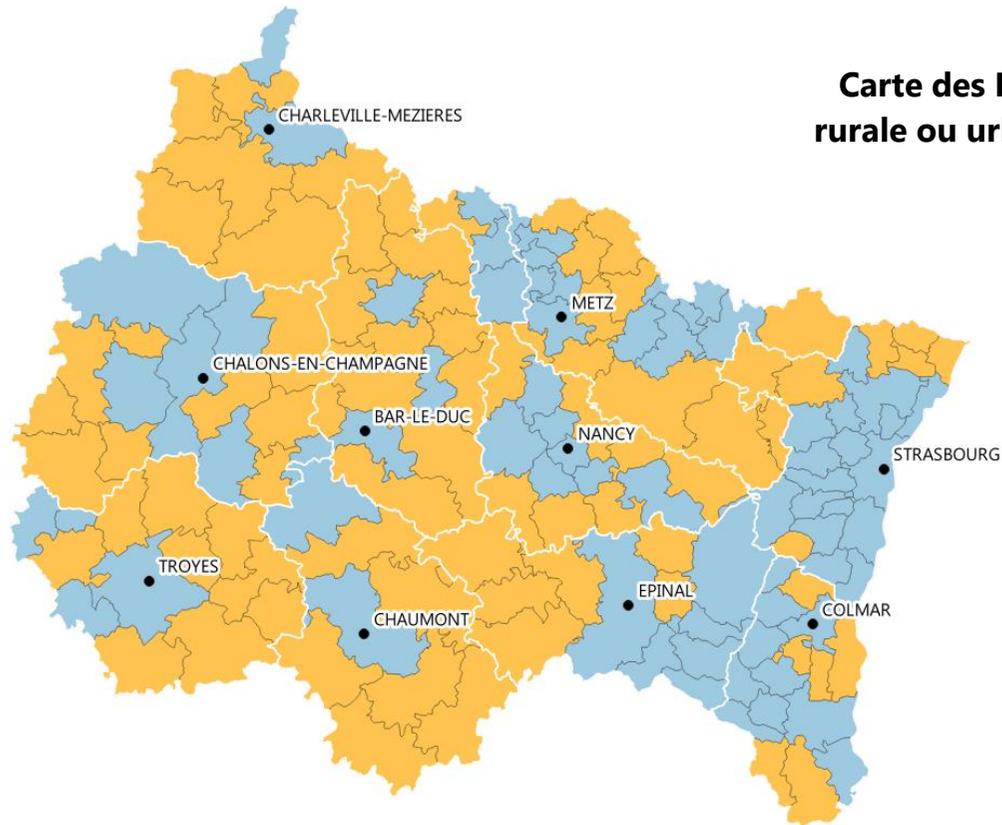
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)

## Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.

Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de 150 en Grand Est au 1er janvier 2022.

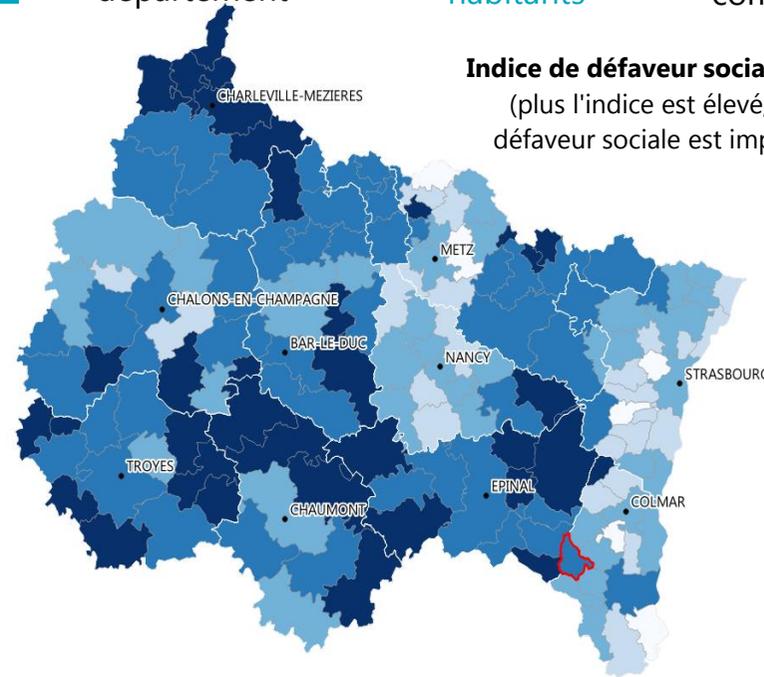
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Haut-Rhin  
département

12 283  
habitants

15  
communes

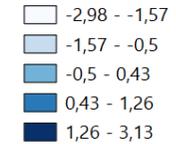
EPCI à dominante  
urbaine



**Indice de défaveur sociale en 2019**  
(plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante)

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

**Indice de défaveur sociale**



**Grand Est : 0,4**

Sources : Insee (RP2019), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2019)

 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

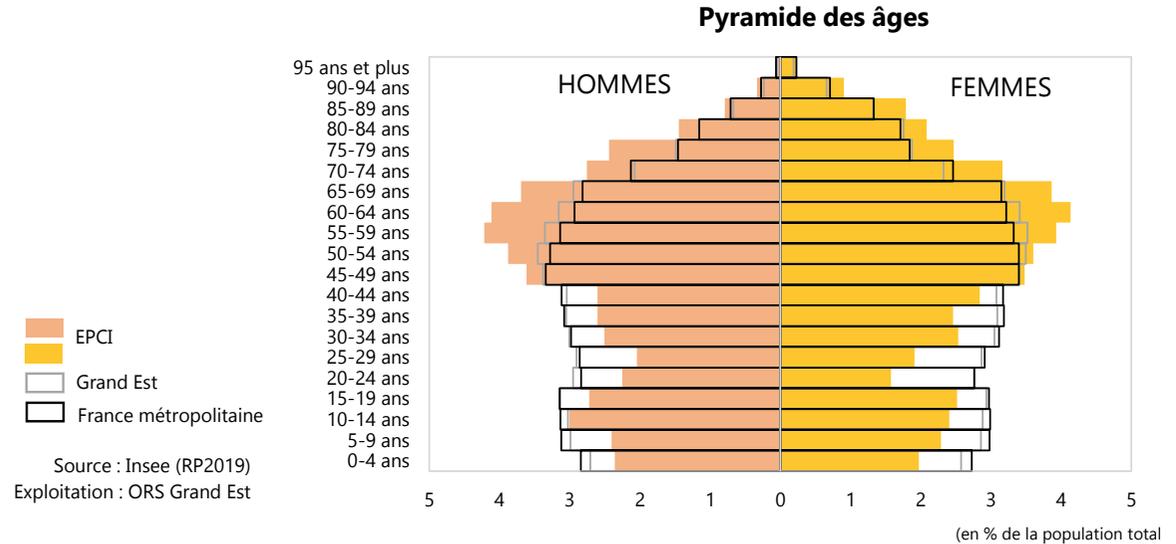
## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	12 283	73,2	96,7		119,7	217,6	0,99	192,8	36,2	-0,6 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-346	-0,55	0,01		0,33	0,18		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-183	-0,29	-0,17		0,07	-0,09		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		132,3	86,3	●	83,8	84,1		84,5	92,3	4,2 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	2 471	20,1	28,1		21,3	21,1		14,9	72,3	0,0 →

L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner l'accès aux soins.

Ainsi, par exemple : les hommes non diplômés ont une espérance de vie à 35 ans inférieure de 7,5 ans par rapport à ceux diplômés de l'enseignement supérieur. S'agissant des revenus, un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (sources : Insee Première n°1584 et n°1687). Par ailleurs, 11 % des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1% des plus aisés (Résultats France entière ; Source : Insee, Credoc, DREES, Irdes).

➔ **Pour comprendre les déterminants de santé se reporter à la page 12**



## 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	●		0,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	689	12,5	13,3	●	12,8	13,3	0,9	14,0	10,8	-0,4 ↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	1 196	27,1	28,5	●	27,5	29,3	0,6	28,7	27,9	-0,9 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		9,7	3,7	●	2,5	3,7	0,5	3,3	5,8	3,0 ↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	22 160		21 800	●	21 930	23 300				1,0 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	479	8,9	14,7	●	14,5	13,0				-1,1 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		3,9	5,8	●	5,8	4,7				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> )	3 001	30,6	27,8	●	27,0	25,7	0,6	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> )	1 727	17,6	26,3	●	31,0	26,8	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)



<b>EPCI</b>	77,0	86,2	
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7	
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5	Source : Insee (RP2017)

### Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
<b>EPCI</b>	<b>Cancers</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>
<b>Grand Est</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires
<b>France métrop.</b>	Cancers	Maladies cardio-neurovasculaires

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>15</b>	Décès toutes causes confondues	148	797,4	784,7	●	725,2	757,8	1,5	773,8	818,4	-0,8 ➔
<b>16</b>	Décès prématurés (avant 65 ans)	22	169,6	181,6	●	175,7	159,3	1,8	182,2	180,3	-2,2 ➔
<b>17</b>	Décès prématurés (avant 75 ans)	43	279,5	294,9	●	277,8	267,8	1,7	294,8	295,6	-2,6 ➔
<b>18</b>	Décès par cancers	41	225,9	224,3	●	212,4	215,9	1,8	224,4	223,8	-2,7 ➔
<b>19</b>	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	44	225,0	187,5	●	170,0	192,6	1,2	181,7	205,6	0,5 ➔
<b>20</b>	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	6	32,5	34,7	●	25,0	33,2	2,9	34,6	35,0	-0,2 ➔
<b>21</b>	Décès par suicide	2	17,7	13,4	●	13,2	13,1	n.d.	12,9	15,4	-6,0 ➔
<b>22</b>	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,3	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
<b>23</b>	Décès par pathologies liées à l'alcool	3	20,2	25,8	●	24,8	23,4	n.d.	26,0	25,2	-11,2 ➔
<b>24</b>	Décès par pathologies liées au tabac	21	114,8	129,3	●	109,3	127,0	3,2	129,4	129,0	-1,9 ➔
<b>25</b>	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	19	126,0	124,4	●	116,2	114,8	2,7	124,2	125,7	-2,7 ➔
<b>26</b>	Décès évitables liés au système de soins	9	53,4	58,0	●	53,2	55,4	0,7	57,8	58,7	-3,6 ➔

**Note de lecture : 20.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **23.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **24.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** Les **décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire** regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les **décès évitables liés au système de soins** regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (*via* le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies (provenant de la cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance maladie).  
Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

## Principales causes de morbidité

	1ère cause	2e cause	3e cause
<b>EPCI</b>	<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cancers</b>
<b>Grand Est</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
<b>France métrop.</b>	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

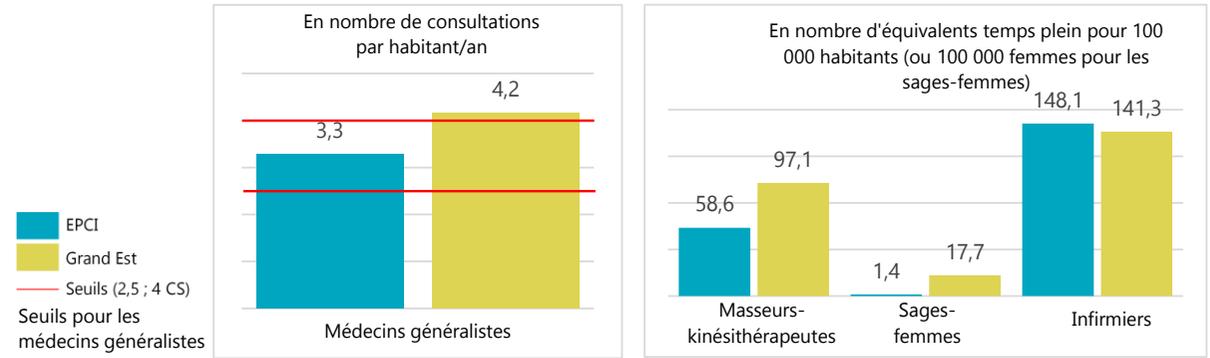
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	749	4 223	●	4 161	3 928	1,2	4 221	4 236	-0,1	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	28	211	●	193	168	n.d.	213	201	-2,6	⬇️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	90	492	●	458	435	1,4	489	503	1,9	⬆️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	155	1 799	●	1 755	1 582		1 806	1 774	1,3	⬆️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	151	1 592	●	1 467	1 618		1 575	1 647	-0,2	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 343	6 736	●	6 142	6 944	1,8	6 723	6 783	-0,2	⬇️
33	Personnes prises en charge pour AVC	208	1 204	●	1 130	1 134	1,4	1 210	1 185	1,3	⬆️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	611	2 882	●	2 519	3 312	2,7	2 909	2 795	-1,3	⬇️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	193	990	●	932	1 051	1,4	974	1 040	-3,1	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	982	5 516	●	4 840	5 483	1,6	5 586	5 284	-1,1	⬇️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	32	●	33	32	0,9	36	17	-27,2	➡️
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	117	●	212	131	n.d.	131	67	0,9	➡️
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	548	3 451	●	3 821	3 631	1,0	3 602	2 954	5,3	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	117	927	●	1 020	874	1,3	948	866	15,8	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	964	7 186	●	7 149	5 870	0,6	7 201	7 142	-4,6	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	568	3 548	●	3 916	2 728	0,5	3 537	3 588	-0,8	⬇️
43	Patients traités par anxiolytiques	413	4 002	●	3 902	3 113	0,6	3 998	4 018	-6,8	⬇️

**Notes de lecture : 27-40.** Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur [ameli.fr](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

La problématique des inégalités d'accès aux soins est récurrente dans les territoires, notamment en milieu rural. En milieu urbain, l'offre répond souvent à des besoins bien plus larges que pour la seule population du territoire. A ce titre, la présence de médecins généralistes, pivot du parcours de soins, est essentielle dans le maillage vers les professionnels paramédicaux comme vers les spécialistes. Le développement des projets de télémédecine et les coopérations interprofessionnelles peuvent également venir en appui aux besoins locaux.

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,3	4,2	●	3,9	3,8		4,4	3,3	-3,2	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,4	3,7	●	3,1	3,3		4,0	3,0	-6,0	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	58,6	97,1	●	104,0	86,0		105,3	70,9	-1,8	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	1,4	17,7	●	17,3	14,4		19,0	13,0	-0,6	⬇️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	148,1	141,3	●	146,5	120,1		149,9	114,4	8,7	⬆️ !

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	8	1,5	●	1,2	1,2	75,0	1,0	4,3	3,0	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	46,2	●	10,6	12,8	n.d.	11,1	25,8	14,2	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	34,0	●	12,5	9,0	n.d.	8,3	27,0	0,1	➡️
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	24,6	●	10,5	9,4	n.d.	8,0	23,7	0,7	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	46,2	●	8,6	9,9	n.d.	8,1	19,5	14,2	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	4,9	●	2,2	2,0	25,0	1,5	6,1	3,4	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	24,3	●	4,5	5,2	n.d.	3,9	10,7	0,9	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	27	1,7	●	0,9	0,9	13,8	0,7	3,6	1,3	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	7	2,1	●	1,3	1,3	28,3	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. ADEL1 au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges. Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

## Accès moyen (en min) à l'offre de santé la plus proche

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	24,6 min	46,2 min	9,5 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	24,6	11,3	●	10,5	11,1		9,1	18,4	0,7	↗
60	Services de chirurgie	0	24,6	14,5	●	13,5	12,8		11,3	25,3	0,7	↗
61	Services d'obstétrique	0	24,6	14,3	●	14,8	14,9		11,6	23,6	0,7	↗
62	Services de soins de suite	1	9,4	9,3	●	9,1	7,7		7,2	16,5	1,1	↗
63	Services d'urgence	0	46,2	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	14,2	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,5	8,4	●	7,4	6,4		7,0	13,1	0,8	↗
65	EHPAD	2	4,9	4,0	●	3,0	3,4		2,9	7,4	2,7	↗

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour ADEL, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Des enjeux importants de prévention et promotion de la santé existent à tous les âges de la vie. Certains facteurs de risque de pathologies sont accessibles à la prévention. Dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique du patient constituent des exemples de moyens de prévention. Par ailleurs promouvoir des environnements et comportements favorables à la santé permet d'améliorer la santé des populations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

## Nombre de lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans l'EPCI au 02/03/2023

EPCI **0**  
soit 0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est.

<https://ors-ge.org/diagnostics-etp>

## Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )			52,3		49,2	50,4				
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	65,4				
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	42,9				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )			26,6		24,3	20,9				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents ( <i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i> )			75,2		71,5	76,5				
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	6 111	48 817	43 256	●	40 236	45 420	0,8	43 674	41 912	-0,8

**Note de lecture :** 66-67-68. Les indicateurs ne sont pas disponibles directement. Néanmoins, il est possible d'accéder à cette information territoire par territoire via l'application Rézone CPTS, outil de l'Assurance Maladie visant à accompagner les porteurs de projets dans l'élaboration de leur communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). <https://rezonecpts.ameli.fr> | 69. Le taux comprend la couverture vaccinale pour les filles et les garçons. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021.

**Sources :** 66. INCa (2018-2019) 67. INCa (2017-2019) 68. INCa (2019-2020) 69. Santé publique France – SNDS - Geodes (2022) 70. Assurance Maladie (en cours) 71. CnamTS, SNDS-DCIR (2021), extractions ORS Grand Est.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

## Projection démographique des 0-19 ans à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+31 300	+17,4	20,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-60 655	-33,8	18,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	17	1,2	2,4	●	2,3	2,3	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)	199	17,9	16,4	●	15,9	17,5	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)	123	11,3	12,9	●	12,4	13,2	13,4	11,2	-1,9	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	334	30,8	41,5	●	46,6	40,6	43,0	35,8	3,1	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	66	2,7	1,7	●	2,3	2,5	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)	165	56,8	58,4	●	62,2	50,6	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)	941	49,9	46,8	●	47,3	51,0	1,5	46,8	46,9	-3,6	↘

**Notes de lecture :** 74. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au maximum un BEPC, un brevet des collèges, DNB. | 75. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 76. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 77. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 78 et 97 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations.

Sources : 72-75. Insee (RP2019) 76. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 77. CAF, ONPE 2018, Insee (RP2019) 78. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaptation de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique. S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale tout en respectant leurs besoins spécifiques, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

### Projection démographique des 65 ans et plus à l'horizon 2030 et 2070

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+105 915	+71,3	25,1
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	+75 940	+51,1	34,0
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	263	2,1	5,2	●	5,3	4,4		5,9	3,1	-4,4	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	315	3,0	8,9	●	9,3	7,1		10,1	4,9	4,0	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	584	47,0	42,8	●	42,7	40,6	0,4	43,5	40,5	-0,1	↘
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	145	4,8	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	189	2,8	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,8	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	354	22,4	24,2	●	24,9	22,7		25,7	19,0	3,0	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i> )	40	6,0	6,0	●		4,4		9,3	6,8	16,2	↗ !

**Notes de lecture :** **80.** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer, la CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Pour le calcul des évolutions depuis 2016, les données prises en compte concernaient en 2016 les personnes ayant été couvertes au moins une fois dans l'année, soit pas la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces évolutions ont été calculées sur une période de 4 ans. | **82.** Pour les EPCI du 67 et du 68 ainsi que pour la CA Sarreguemines Confluences, les données ont été estimées. | **85.** Evolution calculée sur une période de 4 ans.

Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influencer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : [https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest\\_etatlieuxmaj.pdf](https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf)

### Indices de qualité de l'air pour les grandes agglomérations en 2021 (Grand Est)

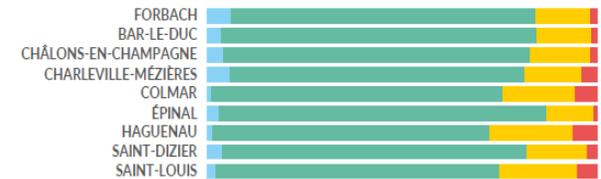
Les indices sont ceux de la ville-centre.

Sources : ATMO Grand Est, Bilan qualité de l'air Grand Est 2021, <https://www.atmo-grandest.eu/publications/bilans-annuels-de-qualite-de-lair-en-grand-est>

#### AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



● BON ● MOYEN ● DÉGRADÉ ● MAUVAIS ● TRÈS MAUVAIS ● EXTRÊMEMENT MAUVAIS

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	78	1,4	2,7	●	4,8	3,2		3,2	1,2	-8,7	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	25	0,5	0,3	●	0,4	0,2		3,6	0,6	-5,3	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 882	33,8	22,6	●	21,6	20,7		20,4	30,7	-1,9	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 110	20,0	17,5	●	13,9	14,7		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	1,8	1,8	●	1,3	5,5		3,9	0,7	-0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	12	7,2	9,5	●	n.d.	20,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,7		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,0	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	875	42,1	7,8	●	10,3	10,0		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	37		19 047	●	171 485	1 219		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	4,1		4,4	0,7		

**Note de lecture :** 86. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 90. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie de l'EPCI. Evolution calculée sur une période de 4 ans. | 91. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 92. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Deux seuils sont distingués : haut et bas. | 95. Nombre total d'arrêtés de catastrophes naturelles par commune du territoire, parus au Journal Officiel depuis 1982; la commune est comptée autant de fois dans la période qu'elle a donné lieu à un arrêté.

**Sources :** 86-88. Insee (RP2019) 89. Geodip ONPE 2018 90. BASOL au 6 février 2022 91-92. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 22/02/2023 93. ATMO Grand Est - Invent'Air V2022 94. Agence bio (2021) 95-96. Base Gaspar (2021)

### Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	941	16,6	15,5	●	15,7	16,4	0,0	15,3	16,0	-2,4	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		55,6	91,6	●	98,3	87,9				0,7	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	7 047	88,7	76,9	●	71,2	83,5		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,7		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,2		●							
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> )		7,2	4,5	●	3,1	0,8		1,1	15,6		

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons pluri-professionnelles-MSP, centre de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC). Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles (cf. [zonage médecins généralistes](#)).

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3			14,1		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	15	100,0	49,2			65,6		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> )	14	97,7	20,3			34,0		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	2,3	45,0			49,5		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			16,5		42,4	8,8		

**Note de lecture :** 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

**Sources :** 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

## Portrait de santé



### Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 150 EPCI de la région :

- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable

Pour rappel, pour les indicateurs d'état de santé en p.3 et 4, des taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les concernant, les clés de lecture de la position sont fournies en p.3.

**L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé)** pour l'EPCI, calculée sur une période de 5 ans (sauf exceptions indiquées par !) est exprimée par une flèche et un fond de couleur :

- ➔ augmentation (évolution supérieure à 0,1 %)
- ➔ stagnation (évolution comprise entre -0,1 et 0,1%)
- ➔ diminution (évolution inférieure à -0,1 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

### Comprendre la colonne (Taux $\sigma$ )/(Taux $\varphi$ )

Pour comparer la situation des hommes à celle des femmes, un rapport de leurs taux a été calculé.

Un rapport égal à 1 indique une situation équivalente pour les deux sexes. Un rapport supérieur à 1 indique une situation plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et inversement si le rapport est inférieur à 1.

### Comprendre les sigles

n.d. Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

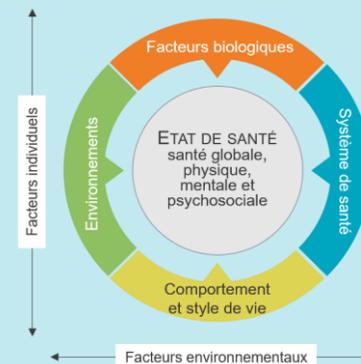
## Autres informations

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (FNORS) bénéficient d'un **accès aux bases de données de santé** grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant, et s'appliquent au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

### Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »

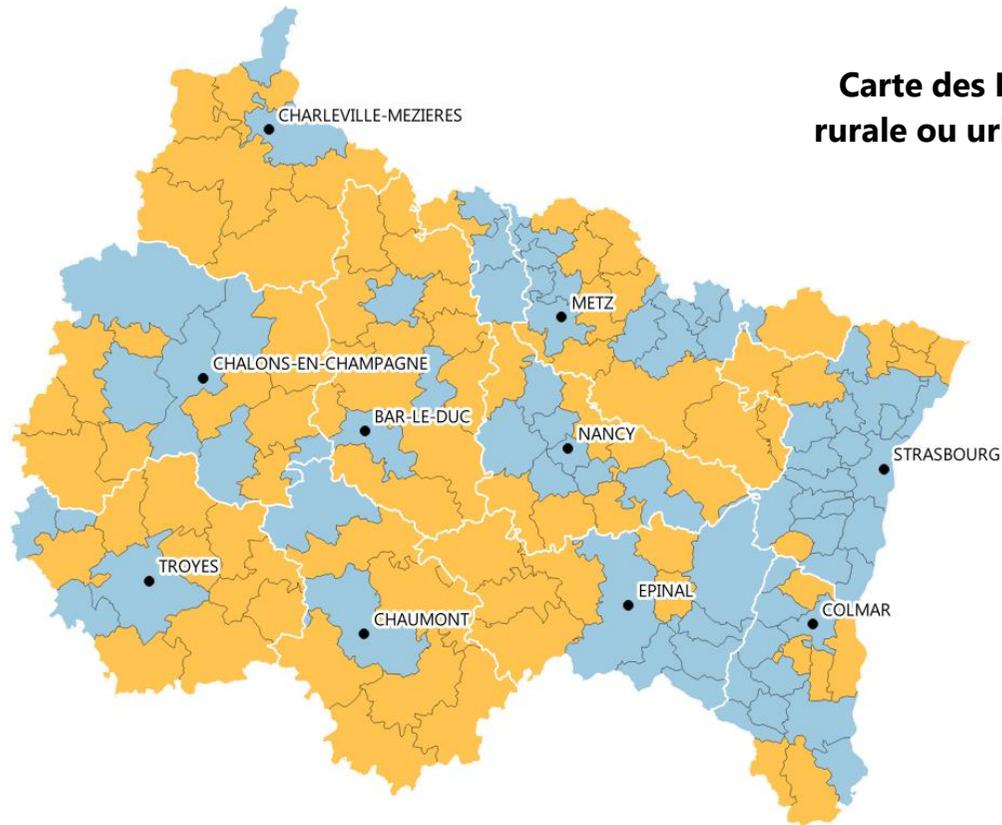
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels, physiques et sociaux. Il existe à l'échelle locale des leviers pour agir sur ses divers déterminants et ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Certaines thématiques, particulièrement celles liées aux comportements et styles de vie, seront plus facilement documentées par des enquêtes qualitatives ou quantitatives issues de rencontres avec les habitants, professionnels et acteurs du territoire, pour compléter utilement le diagnostic.

## Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

A partir de l'indicateur 5 deux groupes d'EPCI ont été distingués : des EPCI à dominante rurale et d'autres à dominante urbaine. Les EPCI dont la population habite majoritairement dans des communes rurales (plus de 50%, selon la classification de l'Insee) ont été placés parmi les territoires ruraux et inversement pour les territoires urbains.

- Chef-lieu de département
  - Département
- Population rurale (en %)**
- 0,0 - 50,0 (EPCI à dominante urbaine)
  - 50,1 - 100,0 (EPCI à dominante rurale)

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est Limites des EPCI au 01/01/2022



Mise à jour : 01/06/2023  
Réalisation : ORS Grand Est  
Financement : ARS Grand Est

Plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux :  
<https://ors-ge.org/> - [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)