

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.

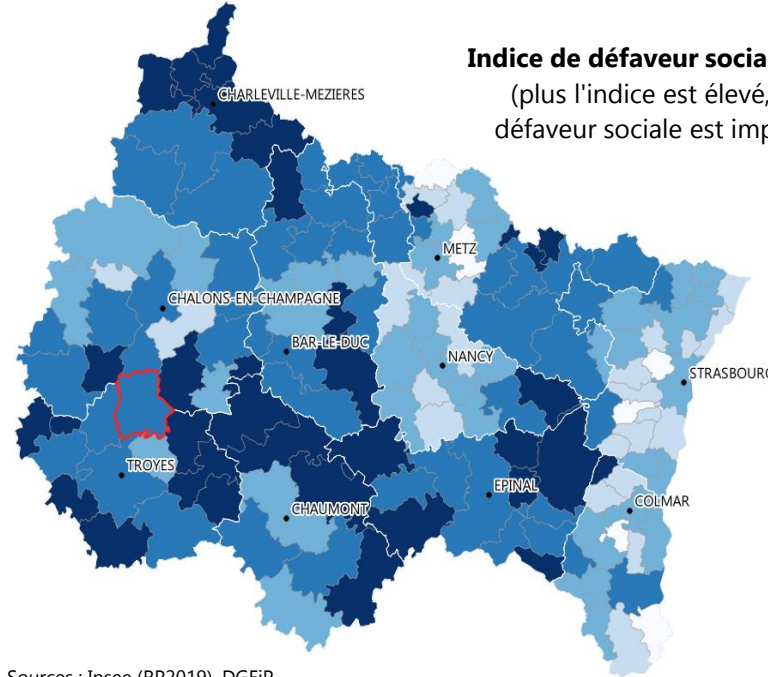
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Aube
département

11 769
habitants

39
communes

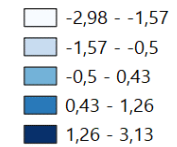
EPCI à dominante
rurale



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
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	11 769	19,4	96,7		119,7	51,7	1,11	192,8	36,2	0,0 →
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	27	0,05	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-52	-0,09	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		89,0	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	2,8 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	8 510	72,3	28,1		21,3	38,5		14,9	72,3	0,2 ↗

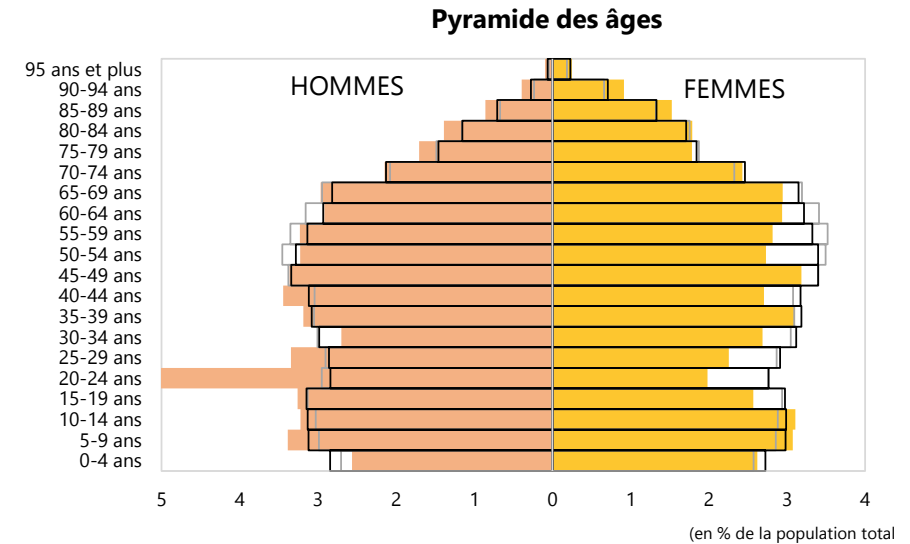
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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>)		1,1	0,4	●		1,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	667	11,6	13,3	●	12,8	16,0	0,6	14,0	10,8	-1,8	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 570	35,9	28,5	●	27,5	27,0	0,8	28,7	27,9	3,4	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		11,3	3,7	●	2,5	4,7	0,9	3,3	5,8	-0,4	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 980		21 800	●	21 930	20 580				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	566	12,1	14,7	●	14,5	16,3				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,6	5,8	●	5,8	7,3				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 062	33,9	27,8	●	27,0	33,8	0,7	27,4	29,4	-2,9	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 418	15,7	26,3	●	31,0	21,8	0,8	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 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)

		
EPCI	77,9	84,2
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	126	831,0	784,7	●	725,2	773,7	1,6	773,8	818,4	0,8 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	20	208,1	181,6	●	175,7	204,0	2,3	182,2	180,3	1,1 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	36	316,3	294,9	●	277,8	316,7	2,3	294,8	295,6	1,4 ➔
18 Décès par cancers	32	226,7	224,3	●	212,4	229,0	2,6	224,4	223,8	-1,6 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	35	219,5	187,5	●	170,0	183,0	1,6	181,7	205,6	-0,6 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	4	25,1	34,7	●	25,0	25,9	n.d.	34,6	35,0	-4,9 ➔
21 Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4	■	13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	n.d. ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	■	1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	5	34,4	25,8	●	24,8	30,5	n.d.	26,0	25,2	2,2 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	16	114,9	129,3	●	109,3	116,7	2,5	129,4	129,0	-2,4 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	15	132,7	124,4	●	116,2	135,5	2,7	124,2	125,7	0,3 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	7	58,3	58,0	●	53,2	60,8	1,1	57,8	58,7	1,5 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

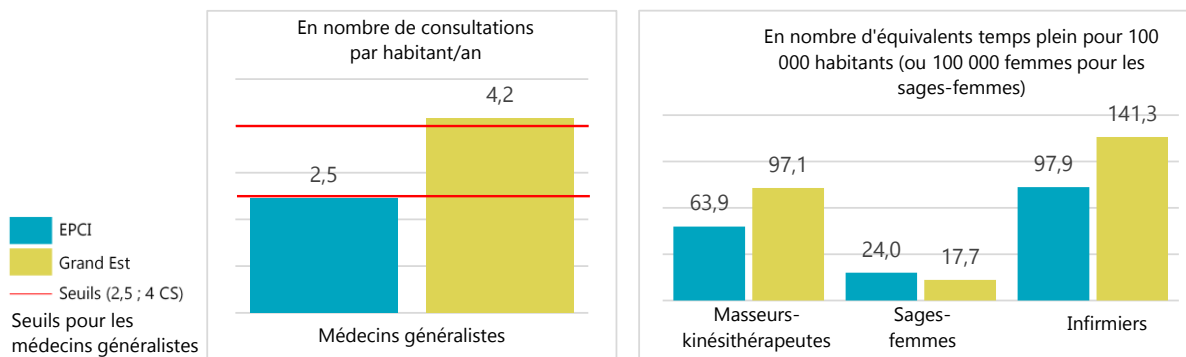
Morbidité

	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	550	3 951	4 223	●	4 161	4 111	1,2	4 221	4 236	0,4	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	19	n.d.	211		193	184	n.d.	213	201	#VALEUR!	##### !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	90	644	492	●	458	647	1,0	489	503	12,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	91	1 304	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	-3,5	↘ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	117	1 643	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	-0,2	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	852	5 740	6 736	●	6 142	5 680	1,9	6 723	6 783	2,5	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	146	987	1 204	●	1 130	957	1,4	1 210	1 185	3,2	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	293	2 024	2 882	●	2 519	2 125	3,5	2 909	2 795	0,9	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	159	929	990	●	932	915	1,5	974	1 040	-2,9	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	772	5 552	5 516	●	4 840	5 477	1,4	5 586	5 284	1,6	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	11	32	●	33	27	n.d.	36	17	-20,2	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	39	117	●	212	159	3,0	131	67	-11,8	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	290	2 430	3 451	●	3 821	3 256	0,8	3 602	2 954	3,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	78	690	927	●	1 020	890	1,6	948	866	8,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 007	7 590	7 186	●	7 149	7 989	0,6	7 201	7 142	-2,7	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	541	4 195	3 548	●	3 916	4 119	0,6	3 537	3 588	0,9	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	566	4 324	4 002	●	3 902	4 903	0,5	3 998	4 018	-4,3	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans		
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		2,5	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	-1,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,4	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-0,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		63,9	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	14,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		24,0	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	20,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		97,9	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	5,4	⬆️ !

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	9	4,0	1,8	●	1,2	2,6	44,4	1,0	4,3	-1,0	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	38,9	14,5	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	1,0	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	34,0	12,6	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	0,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	37,1	11,6	●	10,5	16,5	n.d.	8,0	23,7	0,1	➡️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	37,1	10,8	●	8,6	14,3	n.d.	8,1	19,5	1,0	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	2	10,6	2,6	●	2,2	4,2	0,0	1,5	6,1	13,8	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	11,0	5,5	●	4,5	6,2	0,0	3,9	10,7	1,1	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	15	4,4	1,4	●	0,9	2,2	35,0	0,7	3,6	2,1	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	8	8,5	1,8	●	1,3	2,6	12,5	1,0	4,5	18,6	⬆️ !

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	31,6 min	37,1 min	11,1 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	31,6	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	37,3	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	0,6	↗
61	Services d'obstétrique	0	37,1	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	0,0	→
62	Services de soins de suite	0	31,3	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	0,3	↗
63	Services d'urgence	0	37,1	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,3	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	11,1	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	0,8	↗
65	EHPAD	2	8,7	4,0	●	3,0	4,2		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 0
soit 0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	56,4					
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	52,8					
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	21,4					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (part pour 100 personnes de 16 ans)		26,6		24,3	27,1					
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	66,7					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	4 649	38 467	43 256	●	40 236	37 383	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	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	52	3,2	2,4	●	2,3	2,5	2,6	2,0	11,2	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	222	14,5	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	-4,7	↘	
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)	217	17,0	12,9	●	12,4	15,6	13,4	11,2	-0,5	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	346	27,2	41,5	●	46,6	35,8	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)	60	2,1	1,7	●	2,3	2,1	1,8	1,7	7,5	↗	
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)	225	67,4	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	-5,8	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	771	35,2	46,8	●	47,3	39,3	1,4	46,8	46,9	-7,8	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	465	4,0	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	0,3	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	537	5,5	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	4,2	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	399	37,3	42,8	●	42,7	45,2	0,5	43,5	40,5	-0,5	↘
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	165	7,1	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	113	1,7	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	2,2	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	350	22,1	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	6,7	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

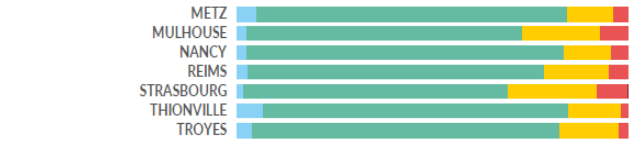
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

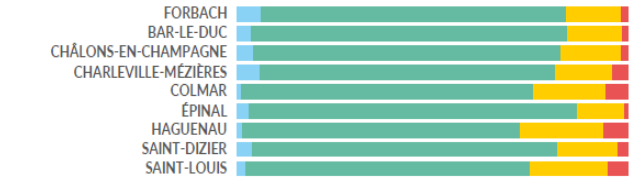
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	99	2,0	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-2,4	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	43	0,9	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-3,7	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 306	26,4	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-3,0	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 153	23,3	17,5	●	13,9	21,3		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	0,8		3,9	0,7	n.d.	n.d.
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	61	10,0	9,5	●	n.d.	7,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	3	0,5	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		7,9	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-0,6	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 380	5,5	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	56		19 047	●	171 485	1 057		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	2	5,1	2,1	●	2,4	1,2		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>)	779	13,5	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	-2,1	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		97,4	91,6	●	98,3	97,3				1,1	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	2 428	35,8	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		2,1		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,7		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,1		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		21,9	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	37	98,8	20,3			37,4		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	1,2	45,0			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

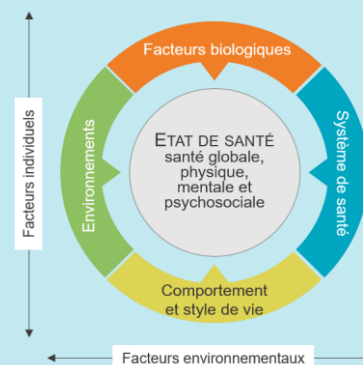
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

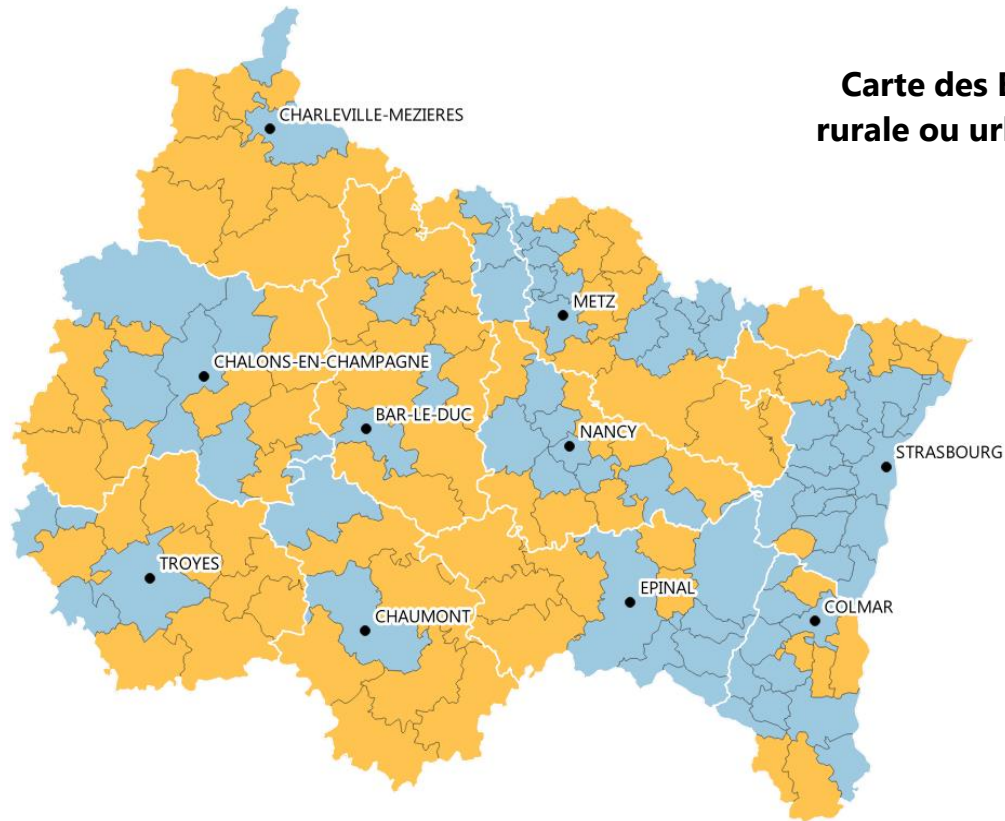
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

Source : Insee (RP2019)

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

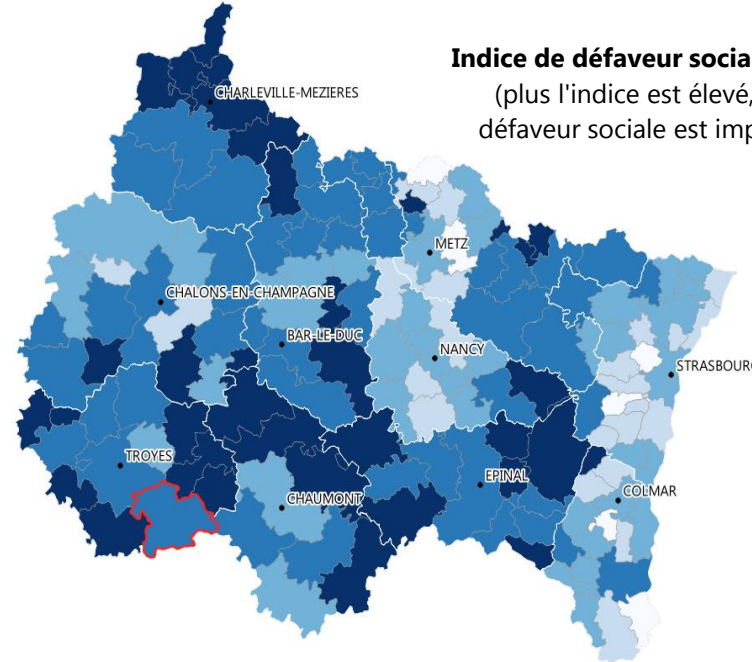
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Aube
département

18 705
habitants

53
communes

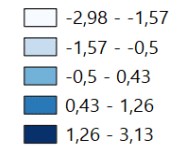
EPCI à dominante
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

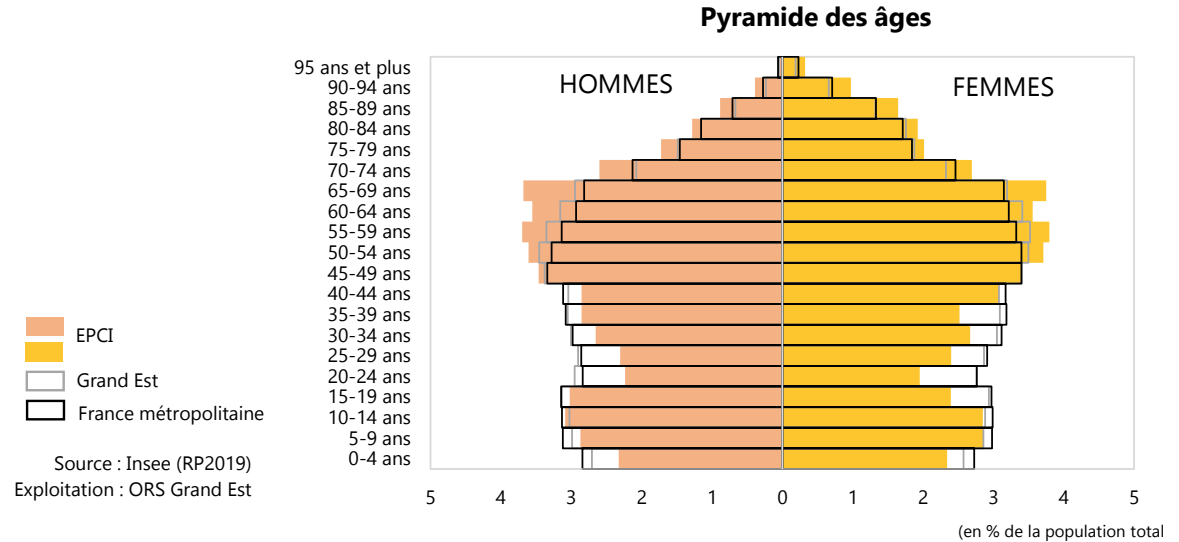
Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	18 705	23,0	96,7		119,7	51,7	0,97	192,8	36,2	-0,6 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-587	-0,62	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-393	-0,41	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		110,1	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	3,5 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	15 744	84,2	28,1		21,3	38,5		14,9	72,3	0,1 →

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

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

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



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,8	0,4	●		1,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	955	10,8	13,3	●	12,8	16,0	0,9	14,0	10,8	-0,3	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 867	31,8	28,5	●	27,5	27,0	0,6	28,7	27,9	-0,2	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		9,3	3,7	●	2,5	4,7	1,0	3,3	5,8	-2,3	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 920		21 800	●	21 930	20 580				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	999	12,3	14,7	●	14,5	16,3				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,3	5,8	●	5,8	7,3				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	5 325	36,5	27,8	●	27,0	33,8	0,7	27,4	29,4	-1,3	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 420	16,6	26,3	●	31,0	21,8	0,7	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)



EPCI	77,5	84,7
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
15	Décès toutes causes confondues	220	790,1	784,7	●	725,2	773,7	1,6	773,8	818,4	-2,7	🟢➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	38	205,8	181,6	●	175,7	204,0	2,1	182,2	180,3	-2,6	➡
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	70	327,7	294,9	●	277,8	316,7	2,1	294,8	295,6	-2,6	➡
18	Décès par cancers	60	234,5	224,3	●	212,4	229,0	1,6	224,4	223,8	-3,0	➡
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	59	194,4	187,5	●	170,0	183,0	1,6	181,7	205,6	-4,4	🟢➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	8	28,5	34,7	●	25,0	25,9	3,0	34,6	35,0	-7,1	➡
21	Décès par suicide	4	18,9	13,4	●	13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	-6,9	➡
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➡
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	8	33,0	25,8	●	24,8	30,5	1,9	26,0	25,2	-4,8	➡
24	Décès par pathologies liées au tabac	34	122,1	129,3	●	109,3	116,7	2,6	129,4	129,0	-5,4	🟢➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	33	156,2	124,4	●	116,2	135,5	2,9	124,2	125,7	-1,6	➡
26	Décès évitables liés au système de soins	12	53,9	58,0	●	53,2	60,8	1,0	57,8	58,7	-2,9	➡

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

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

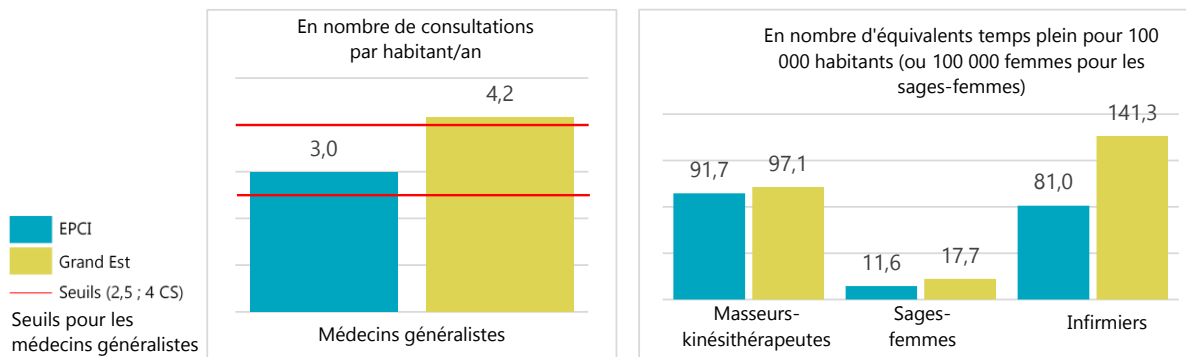
Morbidité

	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	1 052	4 241	4 223	●	4 161	4 111	1,2	4 221	4 236	2,1	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	51	199	211	●	193	184	1,7	213	201	4,6	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	184	758	492	●	458	647	1,5	489	503	12,8	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	199	1 540	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	0,2	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	204	1 658	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	0,0	→ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 584	6 038	6 736	●	6 142	5 680	2,0	6 723	6 783	0,7	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	252	962	1 204	●	1 130	957	1,5	1 210	1 185	0,3	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	562	2 155	2 882	●	2 519	2 125	3,1	2 909	2 795	-0,6	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	255	873	990	●	932	915	1,8	974	1 040	-4,6	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 327	5 332	5 516	●	4 840	5 477	1,4	5 586	5 284	-0,3	↘ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	24	32	●	33	27	4,5	36	17	-10,4	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	12	n.d.	117		212	159	5,3	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	604	3 037	3 451	●	3 821	3 256	1,1	3 602	2 954	4,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	191	1 003	927	●	1 020	890	1,8	948	866	19,8	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 675	7 292	7 186	●	7 149	7 989	0,6	7 201	7 142	-3,4	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	834	3 757	3 548	●	3 916	4 119	0,4	3 537	3 588	-1,2	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 038	4 503	4 002	●	3 902	4 903	0,6	3 998	4 018	-3,3	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,0	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	-1,5	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,7	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-1,7	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	91,7	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	3,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	11,6	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	-0,5	⬇️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	81,0	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	-0,2	⬇️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	9	4,3	●	1,2	2,6	66,7	1,0	4,3	0,8	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	36,1	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	0,4	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	30,5	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	-3,1	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	32,7	●	10,5	16,5	n.d.	8,0	23,7	-1,5	⬇️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	40,6	●	8,6	14,3	n.d.	8,1	19,5	-0,5	⬇️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	6	7,3	●	2,2	4,2	16,7	1,5	6,1	6,5	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	12,3	●	4,5	6,2	0,0	3,9	10,7	0,4	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	26	4,6	●	0,9	2,2	31,0	0,7	3,6	0,9	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	18	4,3	●	1,3	2,6	11,1	1,0	4,5	0,6	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	13,7 min	36,1 min	24,4 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	1	13,7	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	0,9	↗
60	Services de chirurgie	0	42,7	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	0,3	↗
61	Services d'obstétrique	0	35,2	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	-4,8	↘
62	Services de soins de suite	1	13,7	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	0,9	↗
63	Services d'urgence	0	36,1	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	24,4	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	0,2	↗
65	EHPAD	3	9,2	4,0	●	3,0	4,2		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 **1**
soit 0,2 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	56,4						
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	52,8						
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	21,4						
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	27,1						
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)		75,2		71,5	66,7						
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	6 792	35 820	43 256	●	40 236	37 383	0,8	43 674	41 912	-1,4	↘

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	57	2,3	2,4	●	2,3	2,5	2,6	2,0	5,7	↗	
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)	331	18,4	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	-1,1	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	254	13,8	12,9	●	12,4	15,6	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)	558	30,3	41,5	●	46,6	35,8	43,0	35,8	1,0	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	77	1,9	1,7	●	2,3	2,1	1,8	1,7	1,7	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	288	55,4	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	-1,2	↘	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 322	41,4	46,8	●	47,3	39,3	1,7	46,8	46,9	-2,7	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	736	3,9	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	-1,5	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	822	5,3	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	2,2	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	905	44,5	42,8	●	42,7	45,2	0,5	43,5	40,5	0,6	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	235	5,6	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	236	2,3	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	2,0	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	553	22,3	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	3,4	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	13	1,3	1,3	●		3,2		9,3	6,8	1,2	↗ !

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

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

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

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

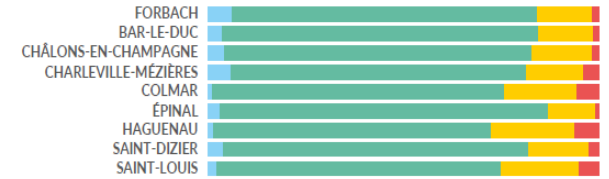
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	127	1,5	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-7,8	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	45	0,5	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-7,7	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 498	41,3	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-1,7	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 208	26,1	17,5	●	13,9	21,3		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,2	1,8	●	1,3	0,8		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	41	5,0	9,5	●	n.d.	7,5		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,9	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 703	7,3	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	166		19 047	●	171 485	1 057		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	1,2		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>)	1 442	16,3	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	4,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		92,2	91,6	●	98,3	97,3				0,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	9 105	67,8	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		3,1		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,8		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,6		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		16,1	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		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>)	53	100,0	49,2			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	50	89,8	20,3			37,4		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	3,8	45,0			60,0		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	2	6,4	34,7			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

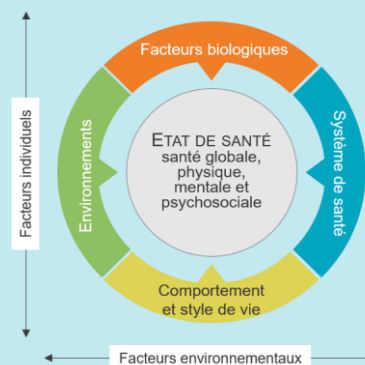
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

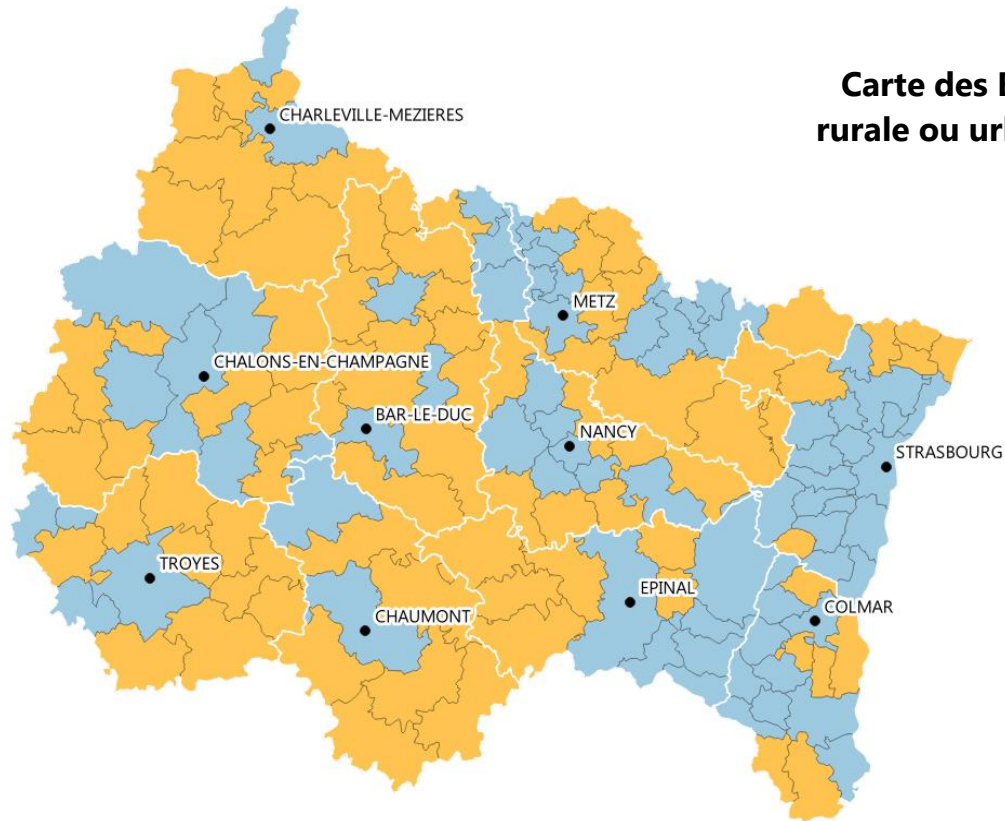
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

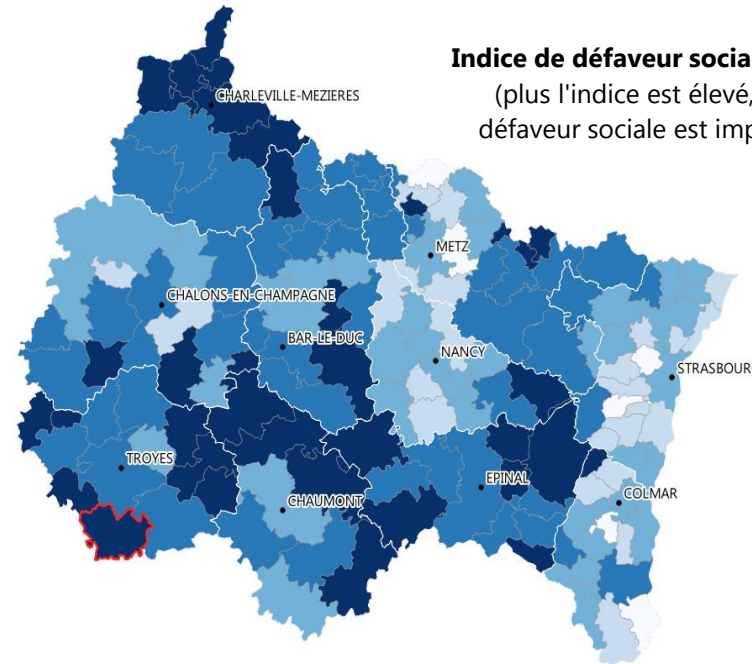
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Aube
département

10 450
habitants

42
communes

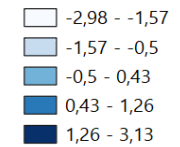
EPCI à dominante
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

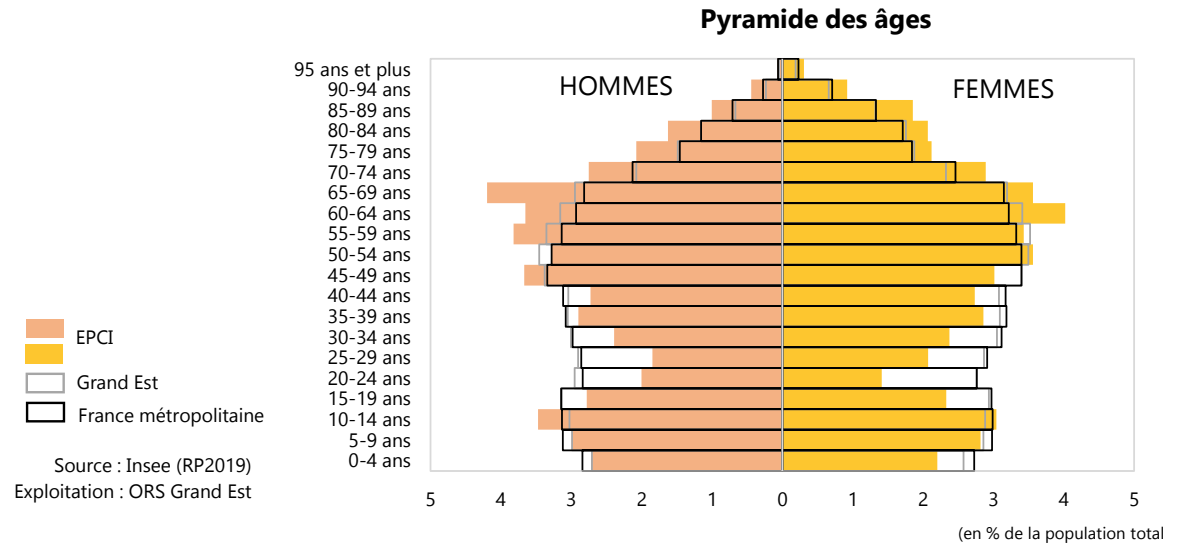
Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	10 450	17,8	96,7		119,7	51,7	1,02	192,8	36,2	-0,4 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-193	-0,37	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	105	0,20	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		115,8	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	2,2 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	10 450	100,0	28,1		21,3	38,5		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>)		1,3	0,4	●		1,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	599	13,1	13,3	●	12,8	16,0	0,9	14,0	10,8	0,7	↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	918	28,8	28,5	●	27,5	27,0	0,5	28,7	27,9	-0,1	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		10,2	3,7	●	2,5	4,7	0,8	3,3	5,8	-1,2	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 590		21 800	●	21 930	20 580				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	626	14,2	14,7	●	14,5	16,3				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,6	5,8	●	5,8	7,3				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 744	34,0	27,8	●	27,0	33,8	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>)	1 392	17,3	26,3	●	31,0	21,8	0,8	27,7	21,5	2,4	↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	72,8	81,3
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
15	Décès toutes causes confondues	160	946,7	784,7	●	725,2	773,7	1,5	773,8	818,4	0,4	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	19	205,8	181,6	●	175,7	204,0	2,6	182,2	180,3	-1,7	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	40	340,5	294,9	●	277,8	316,7	1,9	294,8	295,6	-1,2	➔
18	Décès par cancers	33	207,4	224,3	●	212,4	229,0	1,8	224,4	223,8	-2,9	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	39	209,9	187,5	●	170,0	183,0	1,7	181,7	205,6	-4,8	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	5	32,8	34,7	●	25,0	25,9	n.d.	34,6	35,0	2,8	➔
21	Décès par suicide	3	23,4	13,4	●	13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	-2,7	➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	30,1	25,8	●	24,8	30,5	n.d.	26,0	25,2	-2,5	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	20	120,0	129,3	●	109,3	116,7	3,2	129,4	129,0	-3,6	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	17	147,6	124,4	●	116,2	135,5	3,4	124,2	125,7	-2,3	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	6	51,4	58,0	●	53,2	60,8	1,1	57,8	58,7	-7,3	➔

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

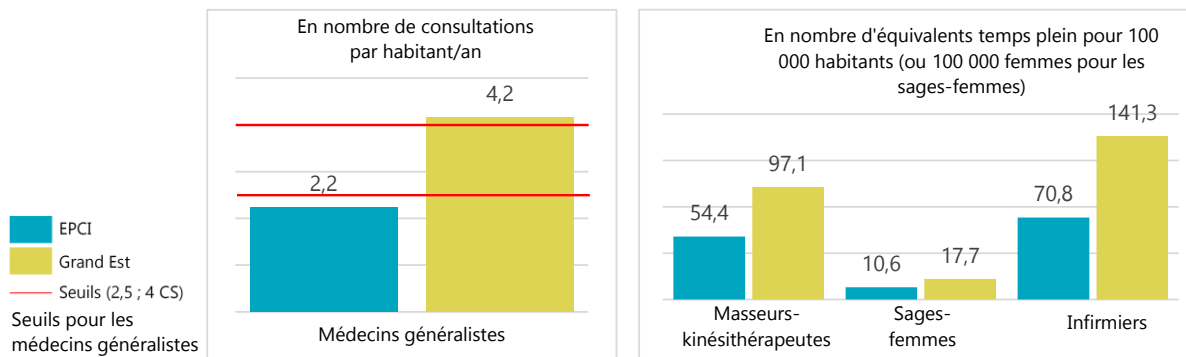
Morbidité

	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	538	3 752	4 223	●	4 161	4 111	1,1	4 221	4 236	0,2	↗
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	27	194	211	●	193	184	2,6	213	201	1,7	↗
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	86	569	492	●	458	647	1,4	489	503	3,3	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	102	1 597	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	-2,4	↘
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	104	1 428	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	-2,5	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	924	5 871	6 736	●	6 142	5 680	2,0	6 723	6 783	-0,3	↘
33	Personnes prises en charge pour AVC	152	963	1 204	●	1 130	957	1,1	1 210	1 185	0,1	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	361	2 407	2 882	●	2 519	2 125	3,0	2 909	2 795	0,3	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	158	858	990	●	932	915	1,8	974	1 040	-6,8	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	761	5 231	5 516	●	4 840	5 477	1,4	5 586	5 284	0,3	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	16	32	●	33	27	1,5	36	17	-33,6	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	19	n.d.	117		212	159	n.d.	131	67	n.d.	n.d.
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	331	2 832	3 451	●	3 821	3 256	1,0	3 602	2 954	9,7	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	103	915	927	●	1 020	890	1,3	948	866	26,3	↗
41	Patients traités par psychotropes	991	7 330	7 186	●	7 149	7 989	0,6	7 201	7 142	-3,2	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	477	3 753	3 548	●	3 916	4 119	0,5	3 537	3 588	-2,7	↘
43	Patients traités par anxiolytiques	593	4 408	4 002	●	3 902	4 903	0,6	3 998	4 018	-2,4	↘

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,2	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	-7,0	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	1,8	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-10,3	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	54,4	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	-4,7	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	10,6	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	66,4	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	70,8	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	-2,1	⬇️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	5	5,8	1,8	●	1,2	2,6	20,0	1,0	4,3	0,3	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					100,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	32,3	14,5	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	0,4	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	38,3	12,6	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	0,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	36,6	11,6	●	10,5	16,5	n.d.	8,0	23,7	-4,4	⬇️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	15,1	10,8	●	8,6	14,3	100,0	8,1	19,5	0,2	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	5,8	2,6	●	2,2	4,2	75,0	1,5	6,1	-6,7	⬇️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	15,0	5,5	●	4,5	6,2	0,0	3,9	10,7	0,2	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	15	5,4	1,4	●	0,9	2,2	12,5	0,7	3,6	0,2	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	8	4,9	1,8	●	1,3	2,6	25,0	1,0	4,5	-8,3	⬇️ !

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	28,0 min	33,4 min	15,0 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	28,0	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	0,6	↗
60	Services de chirurgie	0	38,6	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	0,3	↗
61	Services d'obstétrique	0	33,4	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	-6,3	↘
62	Services de soins de suite	0	28,0	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	-0,8	↘
63	Services d'urgence	0	33,4	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	15,0	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	0,1	↗
65	EHPAD	2	8,1	4,0	●	3,0	4,2		2,9	7,4	5,9	↗

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

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

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

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


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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	56,4					
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	52,8					
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	21,4					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	27,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)		75,2		71,5	66,7					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	3 643	35 157	43 256	●	40 236	37 383	0,8	43 674	41 912	0,5 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	32	2,3	2,4	●	2,3	2,5	2,6	2,0	4,2	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	180	20,2	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	0,4	↗	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	113	12,6	12,9	●	12,4	15,6	13,4	11,2	-2,1	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	250	28,1	41,5	●	46,6	35,8	43,0	35,8	-0,5	↘	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	62	2,7	1,7	●	2,3	2,1	1,8	1,7	12,2	↗	
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)	123	43,1	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	-4,9	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	559	30,7	46,8	●	47,3	39,3	1,6	46,8	46,9	-8,2	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	433	4,1	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	3,1	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	497	5,9	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	4,8	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	418	38,8	42,8	●	42,7	45,2	0,4	43,5	40,5	1,1	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	154	6,1	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	140	2,6	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	-0,7	↘
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	251	19,7	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	4,0	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

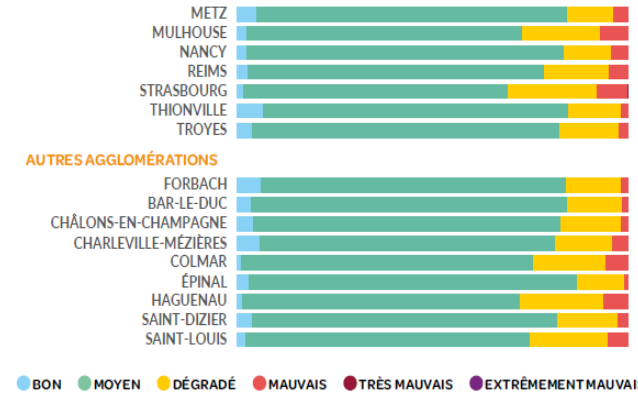
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



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)	55	1,2	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-17,7	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	49	1,1	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-9,6	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 507	54,4	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-1,7	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 073	23,3	17,5	●	13,9	21,3		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	0,8		3,9	0,7	-100,0	⬇️ !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	12	2,0	9,5	●	n.d.	7,5		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.	0,2		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 %)	1 695	5,0	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	96		19 047	●	171 485	1 057		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	1,2		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>)	581	12,6	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	1,9	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		57,2	91,6	●	98,3	97,3				0,5	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	3 000	43,0	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		2,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,8		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,4		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		31,2	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	20	34,3	49,2			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	15	26,5	20,3			37,4		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	9,8	45,0			60,0		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	25	63,7	34,7			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

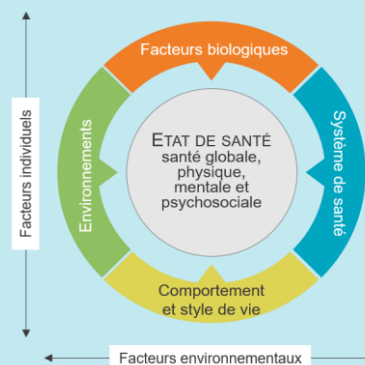
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

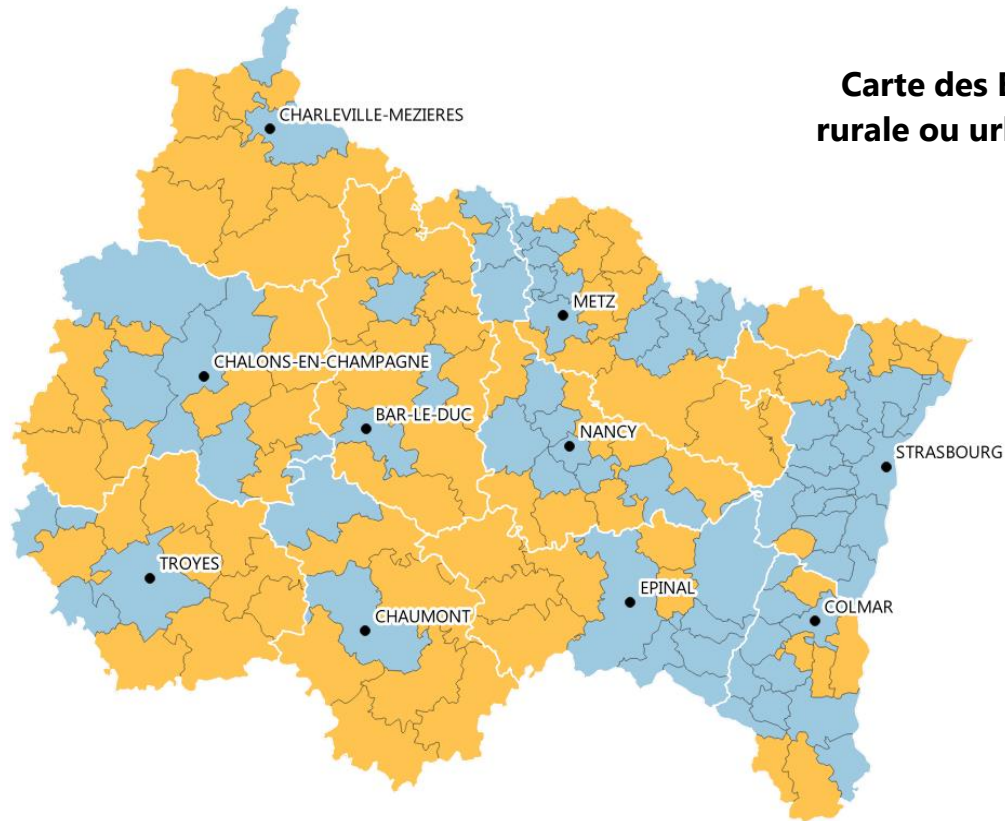
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

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

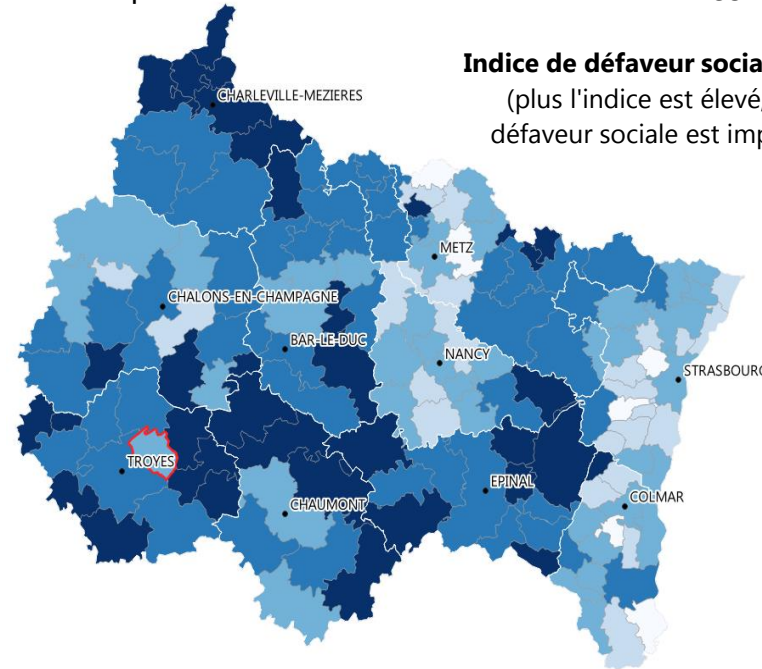
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Aube
département

6 872
habitants

15
communes

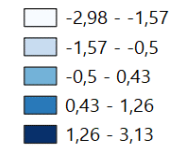
EPCI à dominante
rurale



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
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	6 872	21,2	96,7		119,7	51,7	0,97	192,8	36,2	-0,3 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-97	-0,28	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-184	-0,53	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		71,7	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	4,6 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	6 872	100,0	28,1		21,3	38,5		14,9	72,3	0,0 →

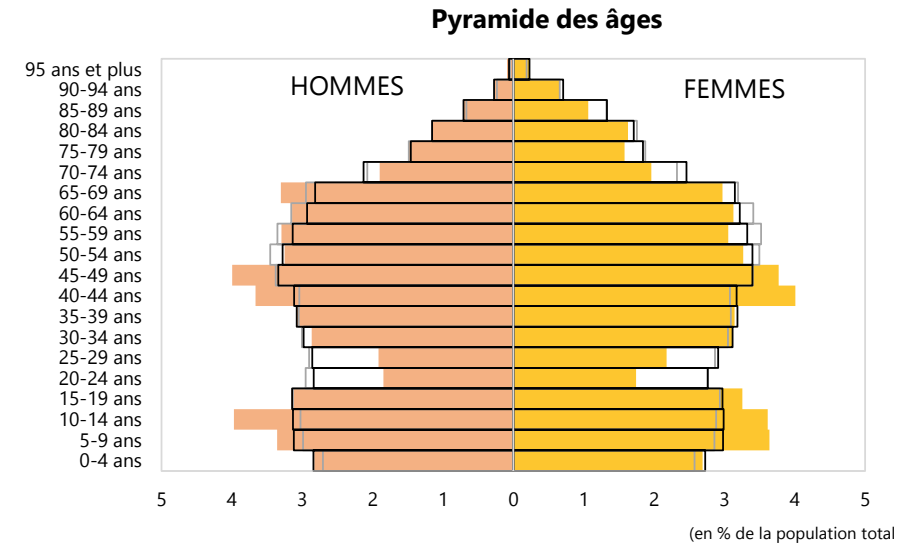
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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	●		1,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	345	10,4	13,3	●	12,8	16,0	0,8	14,0	10,8	2,8 ↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	605	24,9	28,5	●	27,5	27,0	0,4	28,7	27,9	3,4 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,0	3,7	●	2,5	4,7	0,6	3,3	5,8	-0,4 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	22 130		21 800	●	21 930	20 580				1,4 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	244	8,9	14,7	●	14,5	16,3				1,2 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,8	5,8	●	5,8	7,3				2,7 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 365	27,3	27,8	●	27,0	33,8	0,7	27,4	29,4	-2,4 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 184	23,6	26,3	●	31,0	21,8	0,8	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)



EPCI	76,6	83,9
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	59	743,5	784,7	●	725,2	773,7	1,8	773,8	818,4	0,5 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	11	185,5	181,6	●	175,7	204,0	1,6	182,2	180,3	1,9 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	20	296,7	294,9	●	277,8	316,7	1,5	294,8	295,6	0,7 ➔
18 Décès par cancers	18	234,4	224,3	●	212,4	229,0	2,4	224,4	223,8	4,3 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	15	182,2	187,5	●	170,0	183,0	1,6	181,7	205,6	-5,3 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	2	29,2	34,7	●	25,0	25,9	n.d.	34,6	35,0	6,9 ➔
21 Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4	■	13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	n.d. ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	■	1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	n.d.	n.d.	25,8	■	24,8	30,5	n.d.	26,0	25,2	n.d. ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	8	108,4	129,3	●	109,3	116,7	4,0	129,4	129,0	-7,6 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	8	116,2	124,4	●	116,2	135,5	n.d.	124,2	125,7	-4,2 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	6	86,1	58,0	●	53,2	60,8	0,6	57,8	58,7	6,4 ➔

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

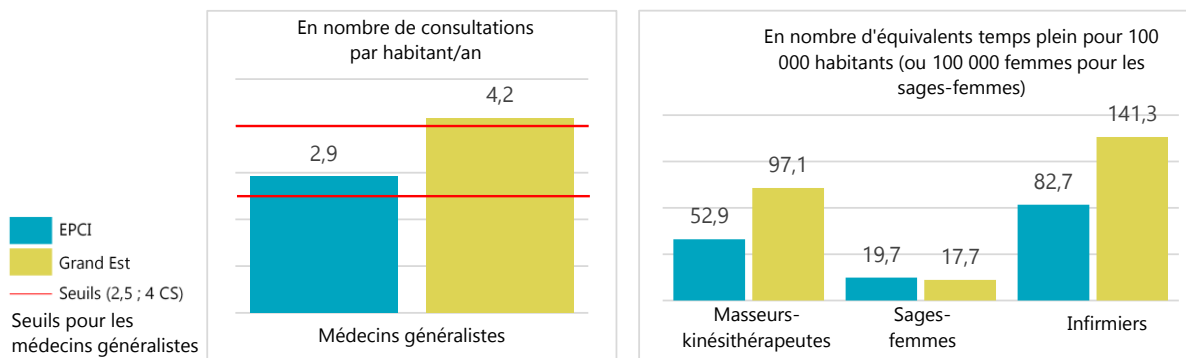
Morbidité

	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	332	4 177	4 223	●	4 161	4 111	0,9	4 221	4 236	4,2	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	16	n.d.	211		193	184	n.d.	213	201	#VALEUR!	##### !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	61	786	492	●	458	647	0,8	489	503	16,1	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	74	1 826	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	2,8	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	51	1 284	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	-3,9	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	433	5 264	6 736	●	6 142	5 680	2,2	6 723	6 783	-0,9	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	83	997	1 204	●	1 130	957	1,1	1 210	1 185	2,3	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	169	2 128	2 882	●	2 519	2 125	3,8	2 909	2 795	1,9	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	74	874	990	●	932	915	1,6	974	1 040	-1,8	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	413	5 133	5 516	●	4 840	5 477	1,5	5 586	5 284	-0,3	↘ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	16	32	●	33	27	n.d.	36	17	-28,8	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	125	117	●	212	159	1,8	131	67	-1,3	↘ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	206	2 892	3 451	●	3 821	3 256	1,0	3 602	2 954	5,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	60	856	927	●	1 020	890	1,0	948	866	22,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	626	7 969	7 186	●	7 149	7 989	0,6	7 201	7 142	-3,0	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	369	4 793	3 548	●	3 916	4 119	0,5	3 537	3 588	-2,0	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	339	4 264	4 002	●	3 902	4 903	0,7	3 998	4 018	-4,9	↘ !

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

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	3,3		4,4	3,3	5,5	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,9	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	7,6	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	52,9	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	5,5	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	19,7	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	0,7	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	82,7	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	4,0	↗ !

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	7	5,2	1,8	●	1,2	2,6	14,3	1,0	4,3	-1,2	↘ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	29,9	14,5	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	0,2	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	25,5	12,6	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	0,3	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	29,9	11,6	●	10,5	16,5	n.d.	8,0	23,7	0,4	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	29,1	10,8	●	8,6	14,3	n.d.	8,1	19,5	0,8	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	5,6	2,6	●	2,2	4,2	0,0	1,5	6,1	0,5	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	8,7	5,5	●	4,5	6,2	n.d.	3,9	10,7	0,5	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	12	4,6	1,4	●	0,9	2,2	0,0	0,7	3,6	-1,5	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	3	5,1	1,8	●	1,3	2,6	33,3	1,0	4,5	0,5	↗ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	20,2 min	29,9 min	20,2 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	20,2	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	0,6	↗
60	Services de chirurgie	0	29,3	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	0,0	→
61	Services d'obstétrique	0	29,6	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	0,2	↗
62	Services de soins de suite	0	22,1	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	0,6	↗
63	Services d'urgence	0	29,9	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	20,2	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	0,7	↗
65	EHPAD	1	8,1	4,0	●	3,0	4,2		2,9	7,4	0,7	↗

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

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


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

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

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	56,4					
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	52,8					
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	21,4					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	27,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)		75,2		71,5	66,7					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	2 890	40 302	43 256	●	40 236	37 383	0,8	43 674	41 912	0,1 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	23	2,0	2,4	●	2,3	2,5	2,6	2,0	14,3	↗	
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)	98	14,2	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	-0,2	↘	
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)	45	6,6	12,9	●	12,4	15,6	13,4	11,2	-8,9	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	264	38,7	41,5	●	46,6	35,8	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)	37	2,0	1,7	●	2,3	2,1	1,8	1,7	1,4	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	148	65,8	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	-2,9	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	688	47,7	46,8	●	47,3	39,3	1,3	46,8	46,9	-6,9	↘

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>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	119	1,7	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	1,0	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	230	4,1	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	4,7	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	231	42,1	42,8	●	42,7	45,2	0,6	43,5	40,5	2,1	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	98	7,8	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	53	1,4	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	1,6	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	237	21,4	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	5,0	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

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

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

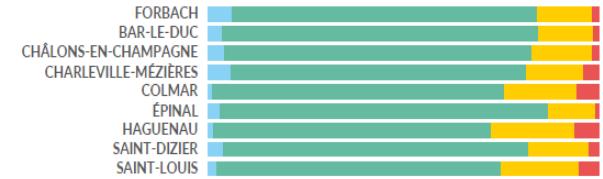
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	14	0,5	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-27,4	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	18	0,6	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-4,4	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	724	25,7	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-2,7	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	486	17,2	17,5	●	13,9	21,3		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	0,8		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	10	3,1	9,5	●	n.d.	7,5		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,4	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,8	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	288	1,3	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	25		19 047	●	171 485	1 057		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	1,2		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>)	585	17,7	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	-0,2	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		44,8	91,6	●	98,3	97,3				1,5	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	3 542	85,9	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		3,1		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,1		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		21,2	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	20,3			37,4		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			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

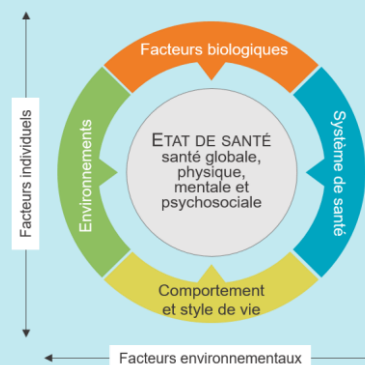
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

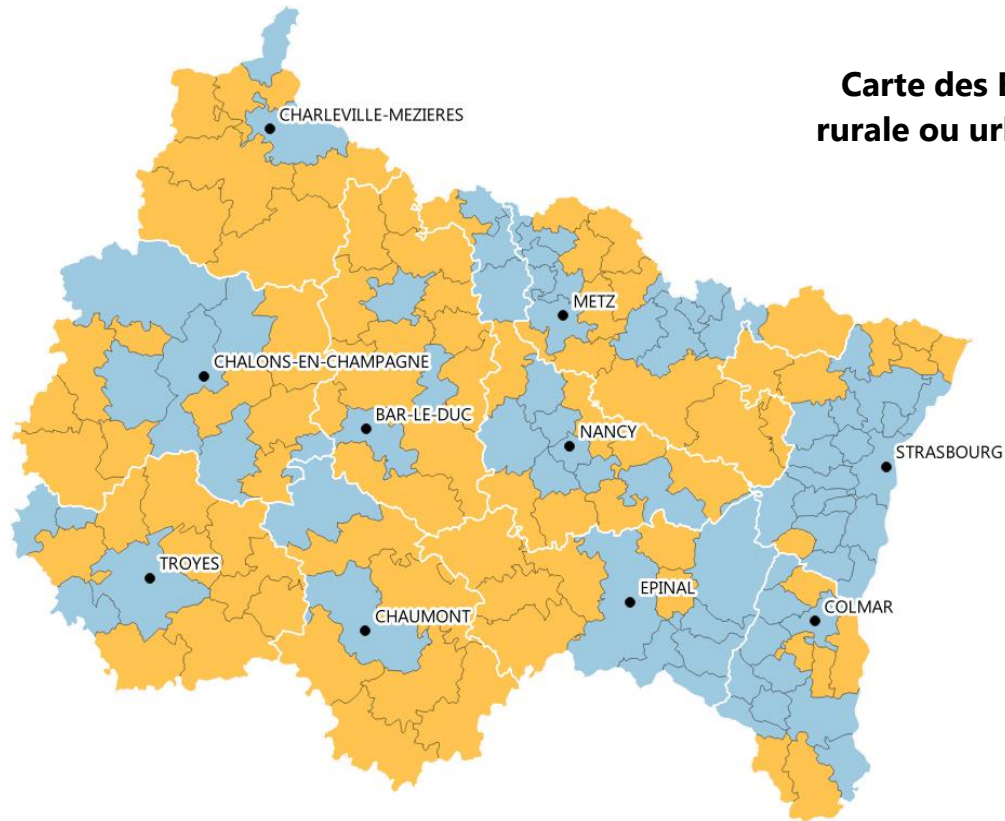
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

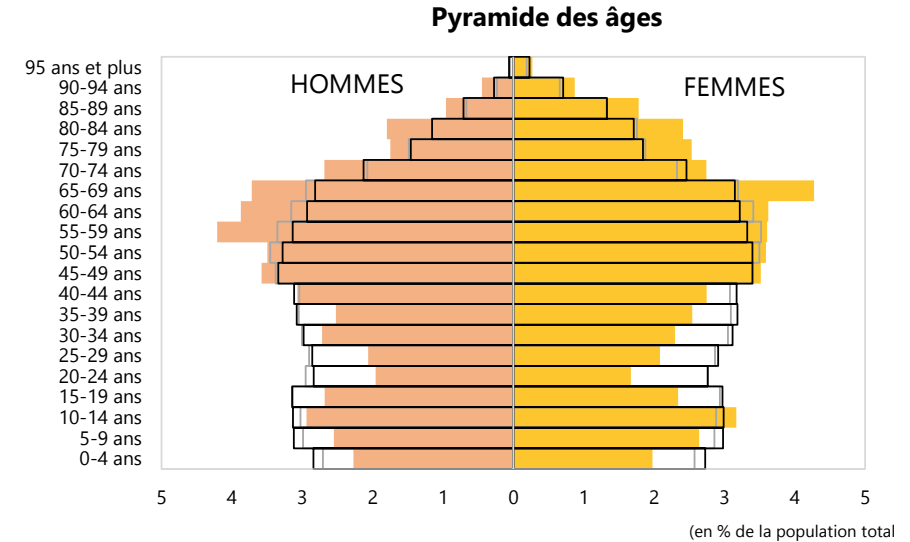
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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	●		1,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	596	15,1	13,3	●	12,8	16,0	0,8	14,0	10,8	↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	767	27,4	28,5	●	27,5	27,0	0,4	28,7	27,9	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		9,4	3,7	●	2,5	4,7	0,5	3,3	5,8	➔
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 520		21 800	●	21 930	20 580				↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	650	15,6	14,7	●	14,5	16,3				↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,5	5,8	●	5,8	7,3				↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 874	38,8	27,8	●	27,0	33,8	0,7	27,4	29,4	↘
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>)	1 136	15,3	26,3	●	31,0	21,8	0,7	27,7	21,5	↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

			
EPCI	77,8	83,8	
Grand Est	79,0	84,7	
France métrop.	79,6	85,5	Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15 Décès toutes causes confondues	125	847,1	784,7	●	725,2	773,7	1,9	773,8	818,4	0,4	➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	22	231,2	181,6	●	175,7	204,0	1,9	182,2	180,3	-2,0	➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	41	360,2	294,9	●	277,8	316,7	2,2	294,8	295,6	-0,2	➔
18 Décès par cancers	36	252,1	224,3	●	212,4	229,0	1,6	224,4	223,8	2,0	➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	36	233,1	187,5	●	170,0	183,0	2,0	181,7	205,6	-1,0	➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	5	33,1	34,7	●	25,0	25,9	n.d.	34,6	35,0	-2,4	➔
21 Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	n.d.	➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	3	23,7	25,8	●	24,8	30,5	n.d.	26,0	25,2	-7,1	➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	20	141,6	129,3	●	109,3	116,7	4,9	129,4	129,0	0,1	➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	16	135,1	124,4	●	116,2	135,5	4,4	124,2	125,7	-0,5	➔
26 Décès évitables liés au système de soins	8	70,8	58,0	●	53,2	60,8	1,3	57,8	58,7	-0,9	➔

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

Sources : 15-26. 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

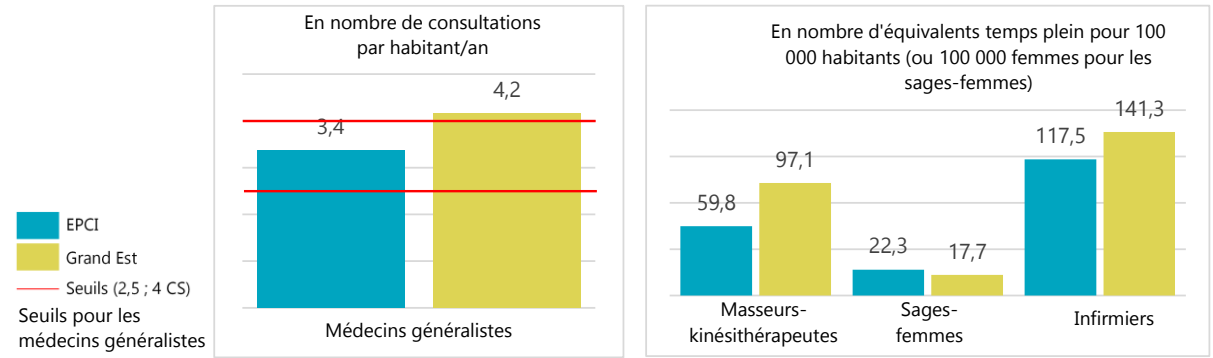
Morbidité

	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	605	4 573	4 223	●	4 161	4 111	1,1	4 221	4 236	6,3	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	25	172	211	●	193	184	n.d.	213	201	#VALEUR!	##### !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	115	861	492	●	458	647	1,0	489	503	18,6	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	102	1 505	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	0,7	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	113	1 698	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	6,5	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	887	6 108	6 736	●	6 142	5 680	1,9	6 723	6 783	2,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	128	867	1 204	●	1 130	957	1,2	1 210	1 185	-3,0	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	314	2 169	2 882	●	2 519	2 125	3,1	2 909	2 795	1,3	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	175	1 015	990	●	932	915	2,4	974	1 040	-6,3	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	734	5 456	5 516	●	4 840	5 477	1,3	5 586	5 284	2,7	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32		33	27	n.d.	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	70	117	●	212	159	3,6	131	67	-10,7	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	424	4 415	3 451	●	3 821	3 256	1,4	3 602	2 954	0,8	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	78	906	927	●	1 020	890	1,5	948	866	18,7	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 151	9 496	7 186	●	7 149	7 989	0,6	7 201	7 142	-1,1	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	485	4 042	3 548	●	3 916	4 119	0,4	3 537	3 588	-2,8	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	699	5 890	4 002	●	3 902	4 903	0,6	3 998	4 018	-0,4	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans		
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,4	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	2,0	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,3	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	1,6	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		59,8	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	5,4	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		22,3	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	17,7	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		117,5	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	-0,3	↘ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	6	4,5	1,8	●	1,2	2,6	50,0	1,0	4,3	0,0	→ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	49,3	14,5	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	1,8	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	46,1	12,6	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	0,4	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	41,1	11,6	●	10,5	16,5	n.d.	8,0	23,7	-1,8	↘ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	23,9	10,8	●	8,6	14,3	n.d.	8,1	19,5	-11,7	↘ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	2	8,1	2,6	●	2,2	4,2	50,0	1,5	6,1	1,3	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	10,1	5,5	●	4,5	6,2	0,0	3,9	10,7	0,3	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	15	4,1	1,4	●	0,9	2,2	23,5	0,7	3,6	7,8	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	9	4,5	1,8	●	1,3	2,6	0,0	1,0	4,5	0,9	↗ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	27,1 min	45,3 min	8,3 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	27,1	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	0,6	↗
60	Services de chirurgie	0	49,1	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	1,9	↗
61	Services d'obstétrique	0	31,9	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	-8,2	↘
62	Services de soins de suite	0	27,2	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	0,6	↗
63	Services d'urgence	0	45,3	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,1	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	8,3	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	1,1	↗
65	EHPAD	1	7,7	4,0	●	3,0	4,2		2,9	7,4	1,0	↗

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

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	56,4						
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	52,8						
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	21,4						
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	27,1						
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)		75,2		71,5	66,7						
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	3 268	35 049	43 256	●	40 236	37 383	0,8	43 674	41 912	-1,5	↘

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	18	1,5	2,4	●	2,3	2,5	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)	187	23,2	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	-0,3	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	162	19,5	12,9	●	12,4	15,6	13,4	11,2	-3,0	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	219	26,3	41,5	●	46,6	35,8	43,0	35,8	1,6	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	38	2,0	1,7	●	2,3	2,1	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)	129	57,7	58,4	●	62,2	53,8	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)	667	44,0	46,8	●	47,3	39,3	1,4	46,8	46,9	-5,1	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	463	5,0	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	-0,3	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	636	8,1	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	2,6	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	507	45,1	42,8	●	42,7	45,2	0,4	43,5	40,5	0,7	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	202	8,6	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	248	5,0	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	-0,3	↘
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	287	26,0	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	0,5	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	64	12,9	12,9	●		3,2		9,3	6,8	1,5	↗ !

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

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

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

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

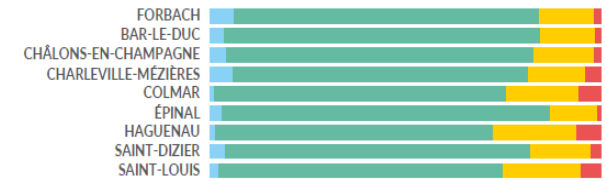
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	30	0,7	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-19,5	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	27	0,6	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-6,4	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 275	29,9	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-1,6	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 088	25,5	17,5	●	13,9	21,3		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	1	0,2	1,8	●	1,3	0,8		3,9	0,7	-15,8	⬇️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	33	7,5	9,5	●	n.d.	7,5		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.	0,2		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	-1,1	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 488	5,0	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	91		19 047	●	171 485	1 057		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	1,2		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>)	831	19,6	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	5,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		93,3	91,6	●	98,3	97,3				-0,2	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	5 162	75,7	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,8		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		28,0	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	20,3			37,4		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>)	43	100,0	45,0			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

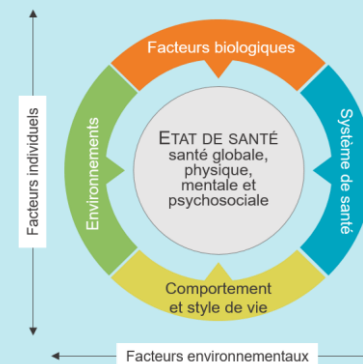
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

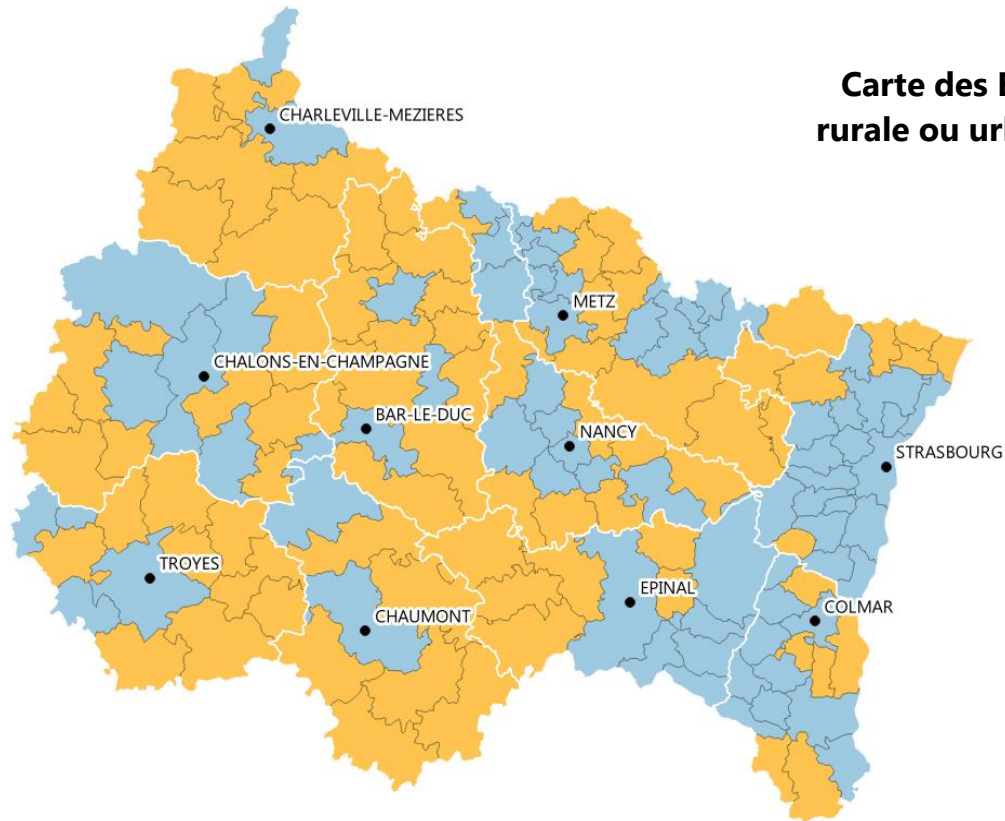
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

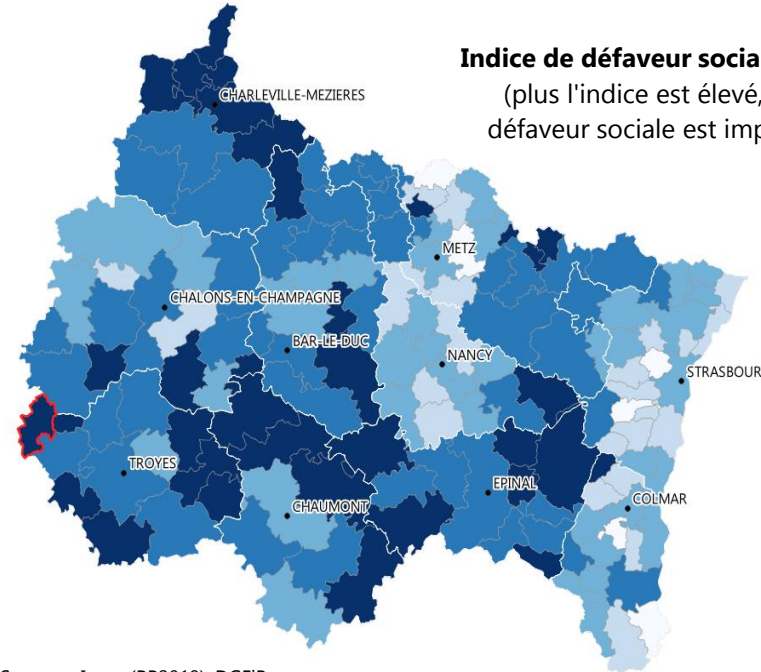
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Aube
département

16 791
habitants

23
communes

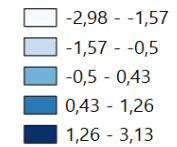
EPCI à dominante
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	16 791	57,0	96,7		119,7	51,7	0,99	192,8	36,2	0,1 →
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	48	0,06	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	132	0,16	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		80,4	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	2,5 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	8 099	48,2	28,1		21,3	38,5		14,9	72,3	0,1 →

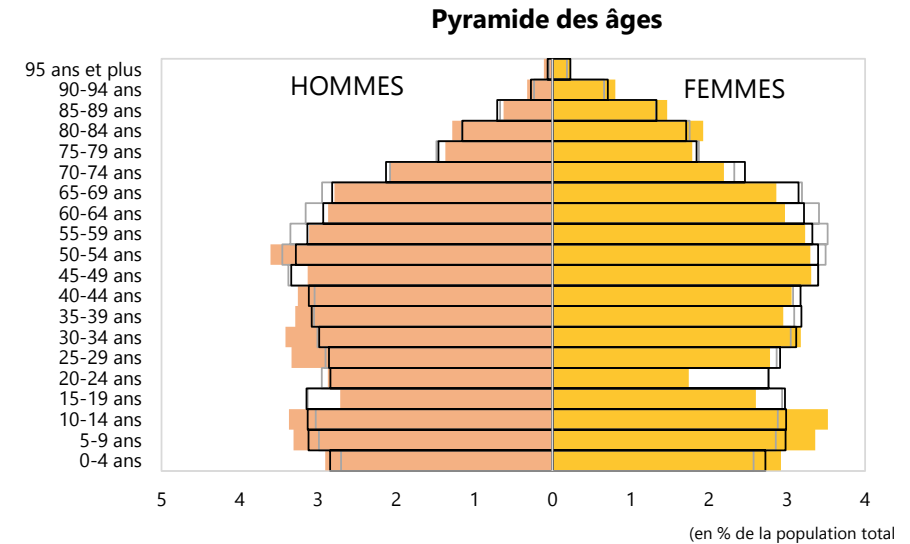
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,4	0,4	●		1,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 159	15,4	13,3	●	12,8	16,0	0,8	14,0	10,8	1,7 ↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 184	20,7	28,5	●	27,5	27,0	0,4	28,7	27,9	-0,1 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,5	3,7	●	2,5	4,7	1,1	3,3	5,8	-0,1 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 000		21 800	●	21 930	20 580				1,3 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	992	14,5	14,7	●	14,5	16,3				0,7 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,6	5,8	●	5,8	7,3				2,6 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	4 520	36,0	27,8	●	27,0	33,8	0,8	27,4	29,4	-1,5 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 326	18,6	26,3	●	31,0	21,8	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 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)

		
EPCI	79,8	82,4
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	193	911,1	784,7	●	725,2	773,7	1,4	773,8	818,4	-1,1 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	31	214,6	181,6	●	175,7	204,0	1,9	182,2	180,3	-1,0 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	55	338,6	294,9	●	277,8	316,7	1,8	294,8	295,6	-1,0 ➔
18 Décès par cancers	47	243,1	224,3	●	212,4	229,0	1,4	224,4	223,8	0,4 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	45	199,8	187,5	●	170,0	183,0	1,6	181,7	205,6	-3,8 ↘
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	8	37,3	34,7	●	25,0	25,9	2,4	34,6	35,0	5,7 ➔
21 Décès par suicide	5	28,0	13,4	●	13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	17,9 ↗
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	5	27,3	25,8	●	24,8	30,5	n.d.	26,0	25,2	-7,6 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	29	147,8	129,3	●	109,3	116,7	2,6	129,4	129,0	1,5 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	26	164,7	124,4	●	116,2	135,5	2,6	124,2	125,7	3,2 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	8	50,1	58,0	●	53,2	60,8	1,1	57,8	58,7	-7,8 ↘

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

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

Principales causes de morbidité

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

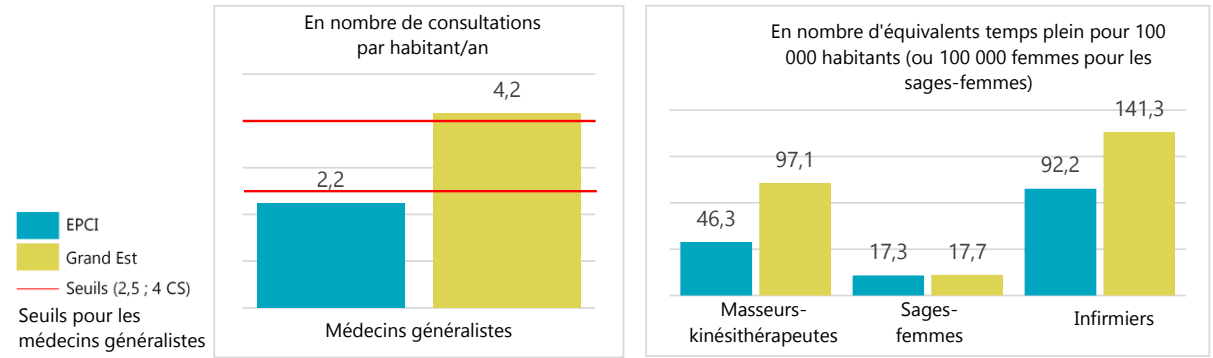
Morbidité

	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	801	4 214	4 223	●	4 161	4 111	1,2	4 221	4 236	2,3	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	42	231	211	●	193	184	n.d.	213	201	1,8	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	97	512	492	●	458	647	1,3	489	503	2,8	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	145	1 476	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	1,2	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	137	1 559	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	0,2	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 390	7 131	6 736	●	6 142	5 680	1,9	6 723	6 783	1,0	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	235	1 214	1 204	●	1 130	957	1,4	1 210	1 185	5,0	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	503	2 579	2 882	●	2 519	2 125	2,9	2 909	2 795	-1,8	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	272	1 252	990	●	932	915	1,6	974	1 040	2,4	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 121	5 968	5 516	●	4 840	5 477	1,4	5 586	5 284	2,9	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	13	32	●	33	27	n.d.	36	17	-19,8	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	26	163	117	●	212	159	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	545	3 130	3 451	●	3 821	3 256	1,1	3 602	2 954	1,4	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	144	861	927	●	1 020	890	2,0	948	866	14,4	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 282	7 002	7 186	●	7 149	7 989	0,5	7 201	7 142	-3,3	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	605	3 368	3 548	●	3 916	4 119	0,4	3 537	3 588	0,0	→ !
43	Patients traités par anxiolytiques	740	4 066	4 002	●	3 902	4 903	0,5	3 998	4 018	-3,8	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,2	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	-4,1	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,1	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-0,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	46,3	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	0,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	17,3	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	12,9	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	92,2	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	4,1	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	5	2,6	●	1,2	2,6	20,0	1,0	4,3	1,5	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	2					50,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	47,9	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	14,2	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	22,1	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	0,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	22,1	●	10,5	16,5	n.d.	8,0	23,7	-2,2	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	21,4	●	8,6	14,3	n.d.	8,1	19,5	0,8	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	7	8,7	●	2,2	4,2	14,3	1,5	6,1	0,8	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	5,1	●	4,5	6,2	0,0	3,9	10,7	-11,9	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	23	2,6	●	0,9	2,2	19,2	0,7	3,6	1,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	10	3,1	●	1,3	2,6	20,0	1,0	4,5	0,9	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	8,8 min	22,1 min	22,0 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	8,8	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	0,7	↗
60	Services de chirurgie	0	22,1	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	1,4	↗
61	Services d'obstétrique	0	22,1	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	0,7	↗
62	Services de soins de suite	0	22,1	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	21,0	↗
63	Services d'urgence	0	22,1	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,7	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	22,0	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	0,6	↗
65	EHPAD	4	2,6	4,0	●	3,0	4,2		2,9	7,4	1,2	↗

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

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)			52,3		49,2	56,4				
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	52,8				
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	21,4				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	27,1				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)			75,2		71,5	66,7				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	6 165	36 478	43 256	●	40 236	37 383	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	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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 ρ)	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)	48	1,9	2,4	●	2,3	2,5		2,6	2,0	9,2 ↗
73 15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	402	24,1	16,4	●	15,9	18,6		16,4	16,3	0,2 ↗
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)	372	17,8	12,9	●	12,4	15,6		13,4	11,2	-2,8 ↘
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	686	32,8	41,5	●	46,6	35,8		43,0	35,8	3,5 ↗
76 Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	90	2,2	1,7	●	2,3	2,1		1,8	1,7	2,9 ↗
77 Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	321	58,1	58,4	●	62,2	53,8		58,4	58,6	4,8 ↗
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 393	43,9	46,8	●	47,3	39,3	1,2	46,8	46,9	-1,0 ↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	795	4,7	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	2,9	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	1 060	7,9	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	3,2	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	619	48,4	42,8	●	42,7	45,2	0,4	43,5	40,5	3,2	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	145	4,8	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	219	2,4	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	2,1	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	620	26,1	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	7,2	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

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

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

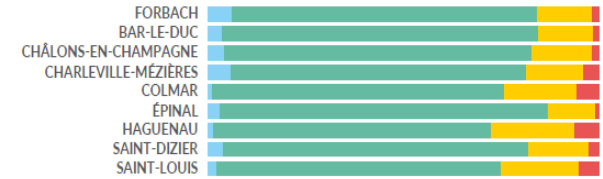
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	156	2,2	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-10,6	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	22	0,3	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-7,5	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 226	31,4	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-1,9	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 527	21,5	17,5	●	13,9	21,3		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,7	1,8	●	1,3	0,8		3,9	0,7	19,0	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	40	13,6	9,5	●	n.d.	7,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	3	1,0	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		6,1	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-0,7	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	791	4,0	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	53		19 047	●	171 485	1 057		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	1	4,3	2,1	●	2,4	1,2		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>)	1 196	14,4	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	0,5	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		106,9	91,6	●	98,3	97,3				0,6	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	8 629	83,1	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,0		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		3,4	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	23	100,0	20,3			37,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	45,0			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

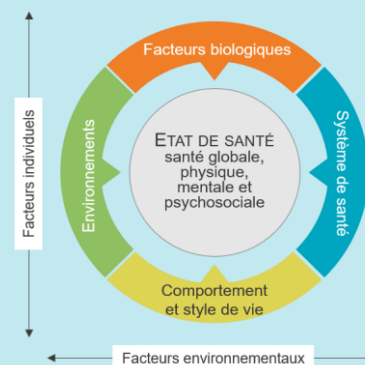
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

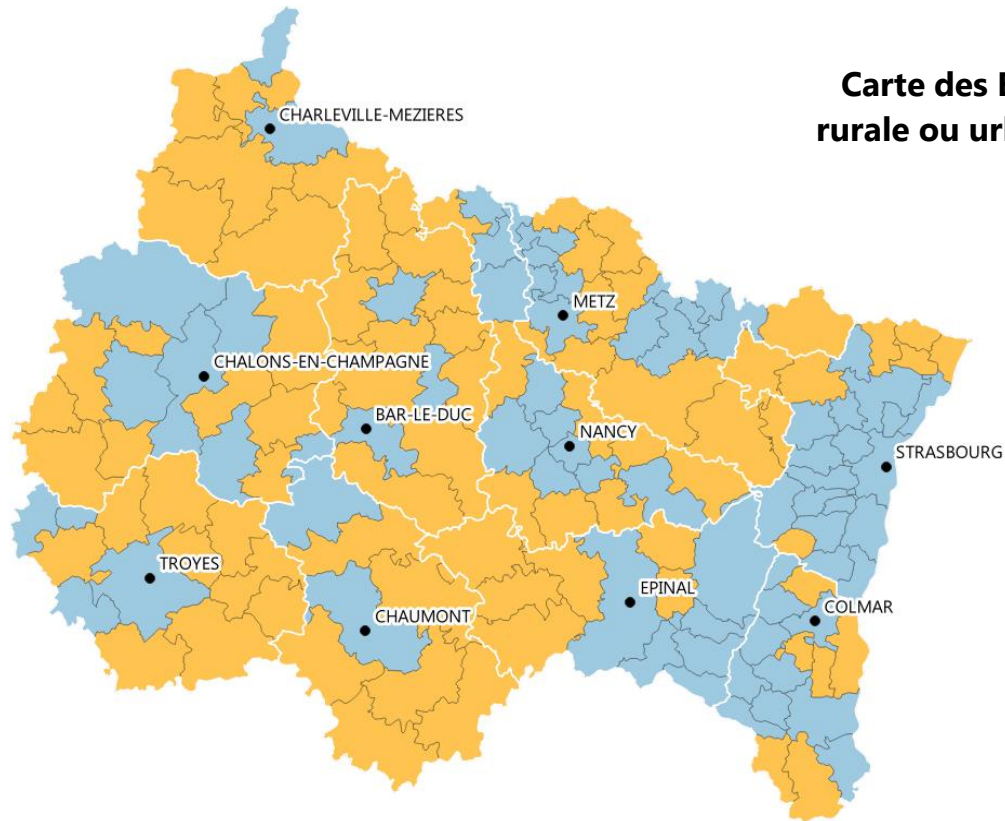
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

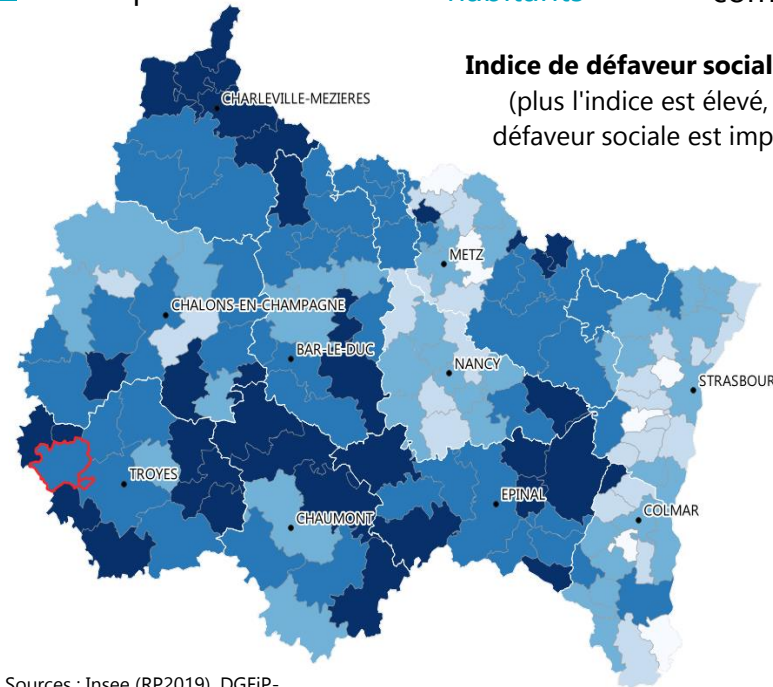
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Aube
département

8 440
habitants

25
communes

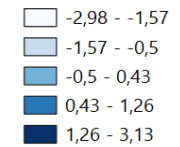
EPCI à dominante
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	8 440	19,2	96,7		119,7	51,7	1,01	192,8	36,2	-0,2 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-75	-0,18	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-70	-0,17	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		83,4	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	2,2 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	6 392	75,7	28,1		21,3	38,5		14,9	72,3	-0,2 ↘

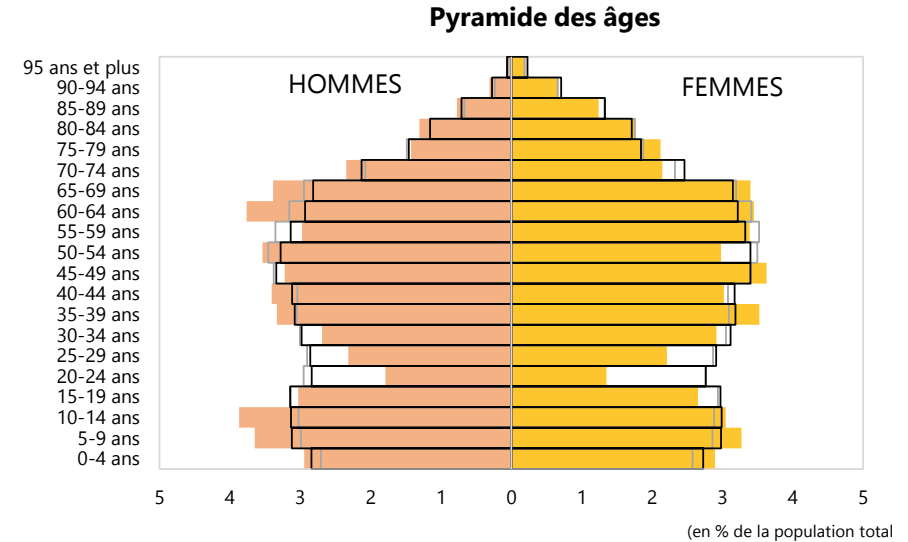
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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>)		0,6	0,4	●		1,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	520	13,4	13,3	●	12,8	16,0	0,7	14,0	10,8	1,3 ↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	667	22,9	28,5	●	27,5	27,0	0,4	28,7	27,9	-2,6 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,2	3,7	●	2,5	4,7	0,6	3,3	5,8	-8,3 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 820		21 800	●	21 930	20 580				1,3 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	330	9,3	14,7	●	14,5	16,3				-1,2 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,8	5,8	●	5,8	7,3				2,7 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 065	32,9	27,8	●	27,0	33,8	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>)	1 220	19,4	26,3	●	31,0	21,8	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)

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

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	80	758,1	784,7	●	725,2	773,7	1,7	773,8	818,4	-2,6 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	14	182,3	181,6	●	175,7	204,0	1,6	182,2	180,3	-4,1 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	27	311,0	294,9	●	277,8	316,7	1,7	294,8	295,6	-1,5 ➔
18 Décès par cancers	22	219,0	224,3	●	212,4	229,0	2,0	224,4	223,8	-3,9 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	21	196,0	187,5	●	170,0	183,0	1,8	181,7	205,6	-3,1 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	2	22,0	34,7	●	25,0	25,9	n.d.	34,6	35,0	2,9 ➔
21 Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4	■	13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	n.d. ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	■	1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	3	26,7	25,8	●	24,8	30,5	n.d.	26,0	25,2	4,6 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	14	136,9	129,3	●	109,3	116,7	1,8	129,4	129,0	-2,5 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	11	129,1	124,4	●	116,2	135,5	1,7	124,2	125,7	-4,0 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	4	47,6	58,0	●	53,2	60,8	n.d.	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.

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

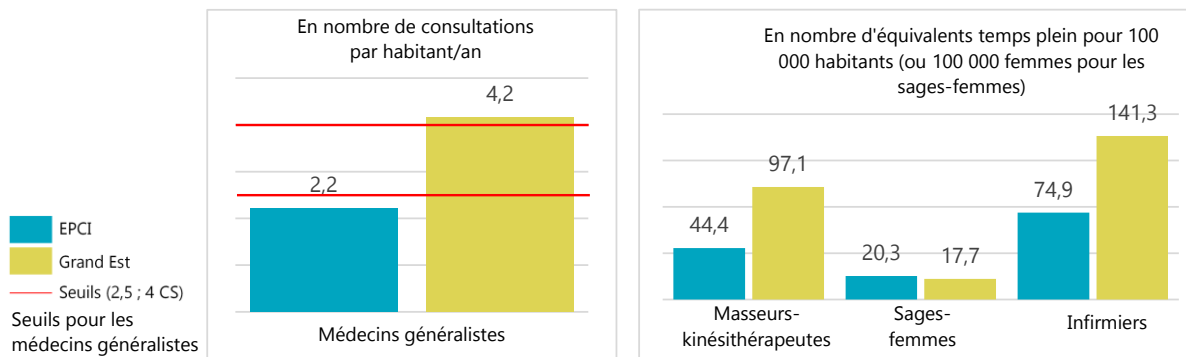
Morbidité

	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	441	4 175	4 223	●	4 161	4 111	1,2	4 221	4 236	1,4	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	30	276	211	●	193	184	3,1	213	201	#VALEUR!	##### !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	48	456	492	●	458	647	1,0	489	503	-1,2	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	74	1 413	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	-0,2	↘ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	91	1 783	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	-2,9	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	677	6 273	6 736	●	6 142	5 680	2,0	6 723	6 783	0,7	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	91	853	1 204	●	1 130	957	1,1	1 210	1 185	-3,9	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	273	2 512	2 882	●	2 519	2 125	3,5	2 909	2 795	0,6	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	120	997	990	●	932	915	1,8	974	1 040	1,4	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	576	5 467	5 516	●	4 840	5 477	1,3	5 586	5 284	1,0	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	13	32	●	33	27	n.d.	36	17	-15,6	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	77	117	●	212	159	n.d.	131	67	-2,8	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	255	2 773	3 451	●	3 821	3 256	1,0	3 602	2 954	8,4	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	79	912	927	●	1 020	890	1,8	948	866	n.d.	n.d. !
41	Patients traités par psychotropes	849	8 517	7 186	●	7 149	7 989	0,5	7 201	7 142	-4,0	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	444	4 595	3 548	●	3 916	4 119	0,4	3 537	3 588	-0,5	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	560	5 547	4 002	●	3 902	4 903	0,6	3 998	4 018	-4,9	↘ !

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

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	2,2	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	-6,5	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	1,9	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-6,2	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	44,4	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	-0,3	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	20,3	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	21,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	74,9	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	3,0	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	3	7,7	1,8	●	1,2	2,6	33,3	1,0	4,3	0,8	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	35,4	14,5	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	0,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	22,2	12,6	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	0,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	22,2	11,6	●	10,5	16,5	n.d.	8,0	23,7	-9,8	⬇️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	22,1	10,8	●	8,6	14,3	n.d.	8,1	19,5	0,9	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	0	16,0	2,6	●	2,2	4,2	n.d.	1,5	6,1	0,8	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	11,4	5,5	●	4,5	6,2	n.d.	3,9	10,7	-10,0	⬇️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	7	5,5	1,4	●	0,9	2,2	28,6	0,7	3,6	-0,1	⬇️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	3	6,7	1,8	●	1,3	2,6	33,3	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	20,7 min	22,7 min	19,4 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
59 Services de médecine	0	20,7	11,3	●	10,5	11,4	9,1	18,4	0,8 ↗
60 Services de chirurgie	0	22,1	14,5	●	13,5	17,8	11,3	25,3	0,7 ↗
61 Services d'obstétrique	0	22,7	14,3	●	14,8	16,9	11,6	23,6	0,7 ↗
62 Services de soins de suite	0	22,0	9,3	●	9,1	12,1	7,2	16,5	-2,4 ↘
63 Services d'urgence	0	22,7	14,8	●	13,7	19,2	12,1	24,2	0,7 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	19,4	8,4	●	7,4	12,0	7,0	13,1	0,6 ↗
65 EHPAD	1	10,6	4,0	●	3,0	4,2	2,9	7,4	0,1 ↗

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

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	56,4					
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	52,8					
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	21,4					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	27,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)		75,2		71,5	66,7					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	3 553	40 331	43 256	●	40 236	37 383	0,8	43 674	41 912	-0,4

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	25	1,9	2,4	●	2,3	2,5	2,6	2,0	2,8	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	135	18,2	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	-3,9	↘	
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)	99	11,8	12,9	●	12,4	15,6	13,4	11,2	-0,2	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	291	34,5	41,5	●	46,6	35,8	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)	45	2,1	1,7	●	2,3	2,1	1,8	1,7	0,2	↗	
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)	155	56,5	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	-4,7	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	547	33,2	46,8	●	47,3	39,3	2,1	46,8	46,9	-6,5	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	237	2,8	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	-1,0	⬇️
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	294	4,2	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	1,5	⬆️ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	268	34,4	42,8	●	42,7	45,2	0,4	43,5	40,5	-1,3	⬇️
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	100	5,7	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	55	1,2	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	-2,2	⬇️
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	234	18,9	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	8,7	⬆️
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

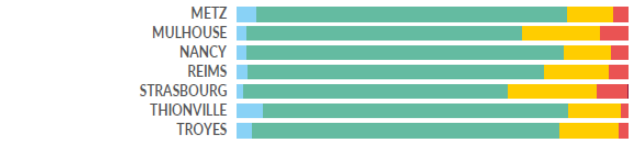
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

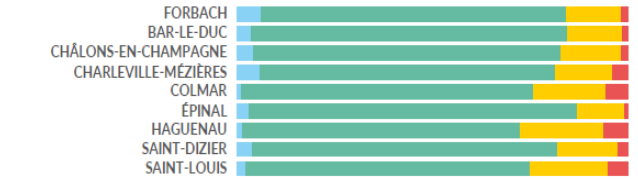
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	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)	57	1,6	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-6,6	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	12	0,3	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-9,4	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 176	32,8	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-2,6	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	686	19,2	17,5	●	13,9	21,3		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	0,8		3,9	0,7	n.d.	n.d.
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	17	3,9	9,5	●	n.d.	7,5		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,5	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-4,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 481	6,7	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	33		19 047	●	171 485	1 057		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	1,2		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>	590	15,1	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	2,3	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		41,1	91,6	●	98,3	97,3				-2,0	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	4 040	82,7	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,0		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		3,0		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,6		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité <i>(en %)</i>		43,4	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	24	99,0	20,3			37,4		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	1,0	45,0			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

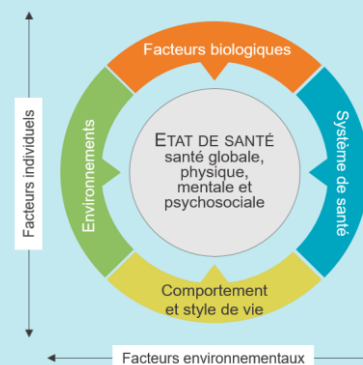
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

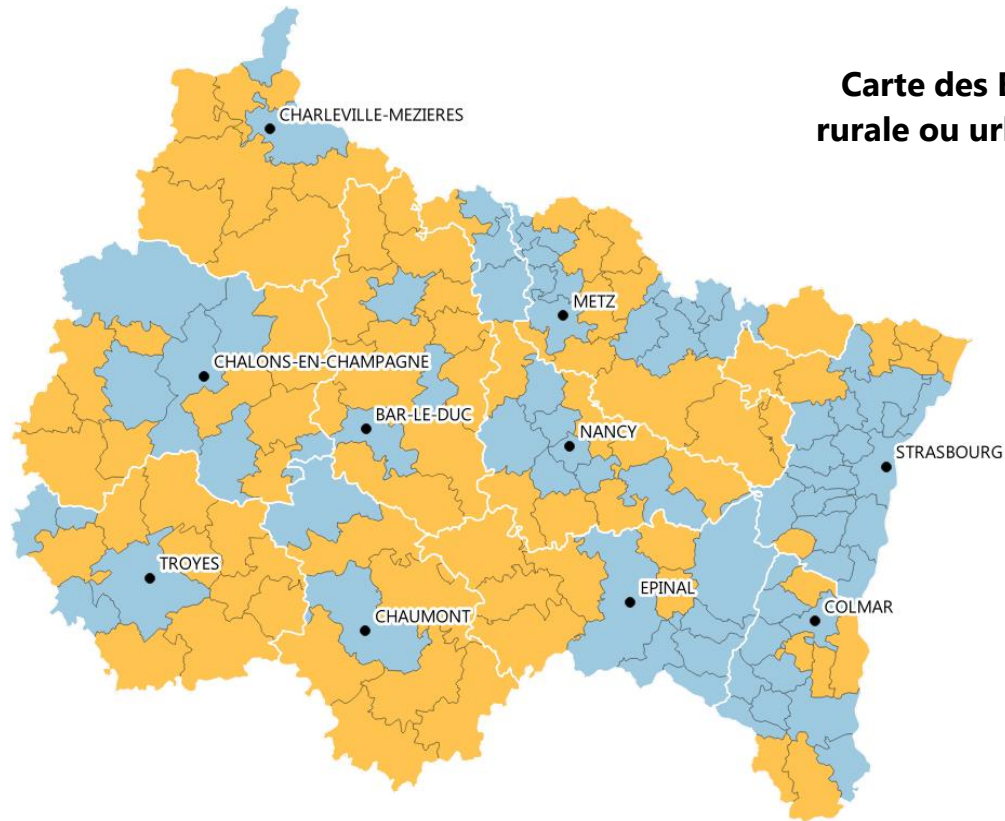
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

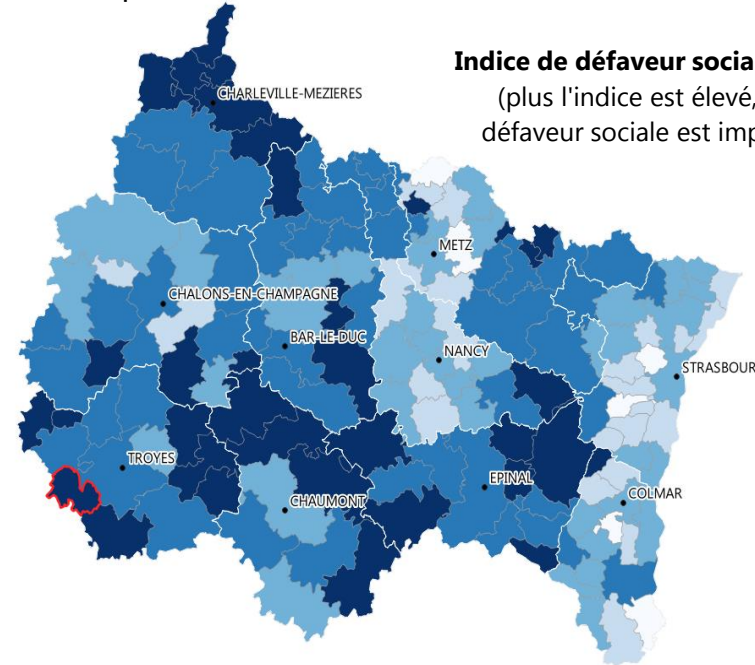
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Aube
département

7 756
habitants

14
communes

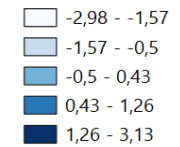
EPCI à dominante
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	7 756	24,4	96,7		119,7	51,7	0,98	192,8	36,2	-0,5 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-187	-0,48	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	7	0,02	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		105,0	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	2,2 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	3 876	50,0	28,1		21,3	38,5		14,9	72,3	-0,2 ↘

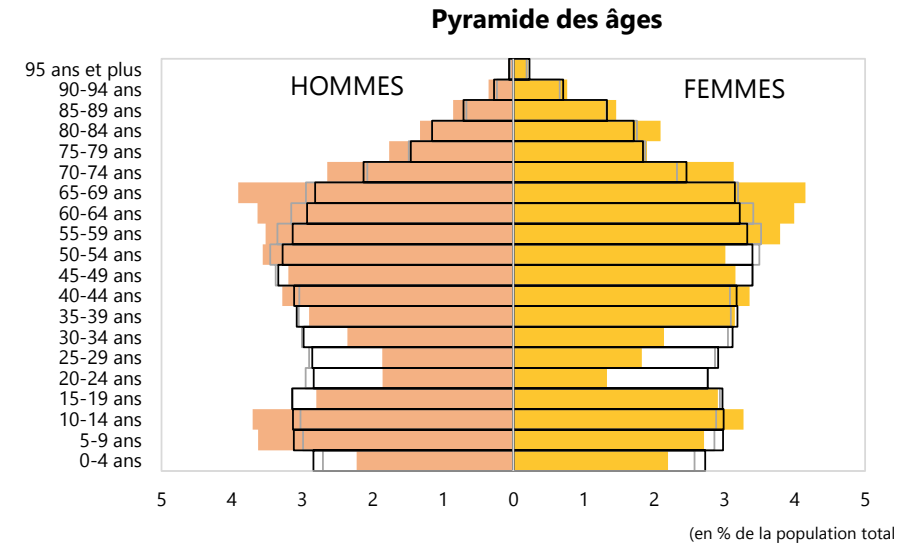
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,4	0,4	●		1,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	530	15,8	13,3	●	12,8	16,0	0,9	14,0	10,8	2,2 ↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	580	24,0	28,5	●	27,5	27,0	0,6	28,7	27,9	-2,7 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,0	3,7	●	2,5	4,7	0,7	3,3	5,8	-0,5 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 540		21 800	●	21 930	20 580				n.d. n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	547	15,9	14,7	●	14,5	16,3				n.d. n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,0	5,8	●	5,8	7,3				n.d. n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 005	33,8	27,8	●	27,0	33,8	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>)	1 149	19,4	26,3	●	31,0	21,8	0,9	27,7	21,5	3,2 ↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	78,9	83,8
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
15	Décès toutes causes confondues	99	885,7	784,7	●	725,2	773,7	1,8	773,8	818,4	-2,6	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	16	221,5	181,6	●	175,7	204,0	2,3	182,2	180,3	-4,1	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	33	355,8	294,9	●	277,8	316,7	2,3	294,8	295,6	-3,7	➔
18	Décès par cancers	27	250,3	224,3	●	212,4	229,0	2,1	224,4	223,8	-0,1	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	23	198,5	187,5	●	170,0	183,0	1,4	181,7	205,6	-6,5	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	2	21,0	34,7	●	25,0	25,9	n.d.	34,6	35,0	-1,9	➔
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	n.d.	➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d.	n.d.
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	45,9	25,8	●	24,8	30,5	n.d.	26,0	25,2	1,6	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	13	116,6	129,3	●	109,3	116,7	2,4	129,4	129,0	-4,3	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	14	153,7	124,4	●	116,2	135,5	2,2	124,2	125,7	-6,2	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	6	62,8	58,0	●	53,2	60,8	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
EPCI	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
Grand Est	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers
France métrop.	Maladies cardio-neurovasculaires	Diabète	Cancers

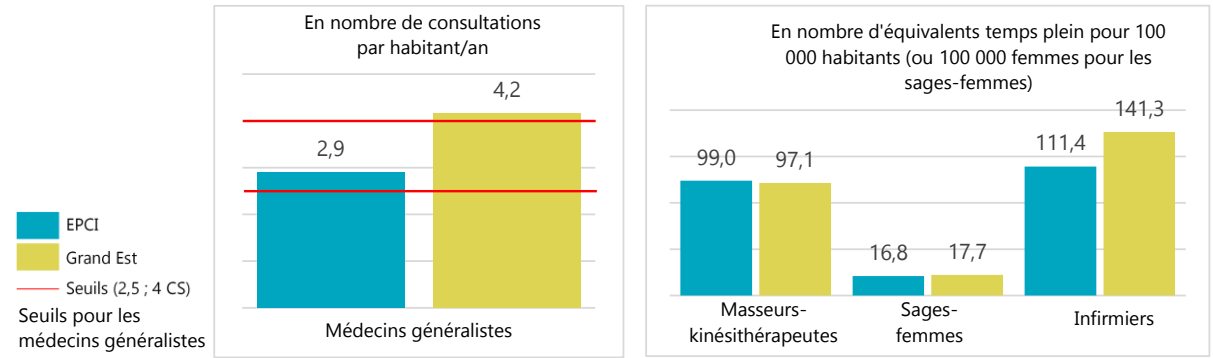
Morbidité

	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	401	3 922	4 223	●	4 161	4 111	1,1	4 221	4 236	18,8	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	21	188	211	●	193	184	n.d.	213	201	14,8	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	54	522	492	●	458	647	n.d.	489	503	26,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	90	1 686	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	17,5	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	64	1 291	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	9,6	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	658	6 053	6 736	●	6 142	5 680	2,0	6 723	6 783	19,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	116	1 098	1 204	●	1 130	957	1,1	1 210	1 185	20,5	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	213	1 970	2 882	●	2 519	2 125	3,5	2 909	2 795	18,1	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	120	980	990	●	932	915	1,5	974	1 040	16,3	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	578	5 467	5 516	●	4 840	5 477	1,4	5 586	5 284	18,8	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	8	32	●	33	27	n.d.	36	17	-28,4	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	13	n.d.	117		212	159	3,4	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	252	2 917	3 451	●	3 821	3 256	0,8	3 602	2 954	21,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	67	787	927	●	1 020	890	1,3	948	866	37,5	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	756	7 724	7 186	●	7 149	7 989	0,6	7 201	7 142	13,3	↗ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	350	3 767	3 548	●	3 916	4 119	0,5	3 537	3 588	14,7	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	486	4 905	4 002	●	3 902	4 903	0,7	3 998	4 018	12,8	↗ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans		
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		2,9	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	-5,3	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,3	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-4,0	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		99,0	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	1,0	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		16,8	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	82,2	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		111,4	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	6,5	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	3	5,0	1,8	●	1,2	2,6	33,3	1,0	4,3	0,6	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	29,8	14,5	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	0,5	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	33,9	12,6	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	0,2	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	33,3	11,6	●	10,5	16,5	n.d.	8,0	23,7	-1,1	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	24,7	10,8	●	8,6	14,3	0,0	8,1	19,5	0,2	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	4,0	2,6	●	2,2	4,2	0,0	1,5	6,1	-9,3	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	6,4	5,5	●	4,5	6,2	0,0	3,9	10,7	-0,3	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	7	4,8	1,4	●	0,9	2,2	14,3	0,7	3,6	0,6	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	7	5,0	1,8	●	1,3	2,6	28,6	1,0	4,5	-0,8	⬆️ !

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

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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	33,5 min	35,4 min	18,7 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	33,5	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	0,2	↗
60	Services de chirurgie	0	33,5	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	0,2	↗
61	Services d'obstétrique	0	35,4	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	0,1	↗
62	Services de soins de suite	0	29,3	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	-0,5	↘
63	Services d'urgence	0	35,4	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,1	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	18,7	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	0,2	↗
65	EHPAD	1	6,4	4,0	●	3,0	4,2		2,9	7,4	0,9	↗

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour 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	56,4					
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	52,8					
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	21,4					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	27,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MTdents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)		75,2		71,5	66,7					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	2 726	33 739	43 256	●	40 236	37 383	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	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	26	2,2	2,4	●	2,3	2,5	2,6	2,0	12,3	↗	
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)	144	20,9	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	1,5	↗	
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)	104	16,7	12,9	●	12,4	15,6	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)	194	31,1	41,5	●	46,6	35,8	43,0	35,8	3,3	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	35	1,9	1,7	●	2,3	2,1	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)	111	55,6	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	-5,4	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	438	29,7	46,8	●	47,3	39,3	1,5	46,8	46,9	-10,2	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	402	5,2	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	1,4	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	412	6,3	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	0,1	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	277	35,0	42,8	●	42,7	45,2	0,3	43,5	40,5	-0,6	↘
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	84	4,6	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	89	2,2	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	3,3	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	235	23,1	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	3,9	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	-100,0	↘ !

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

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

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

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

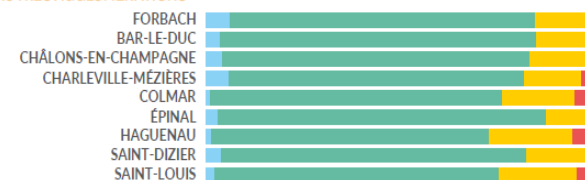
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	42	1,2	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-16,8	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	20	0,6	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-5,3	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 697	48,8	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-0,8	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	804	23,1	17,5	●	13,9	21,3		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	1	0,3	1,8	●	1,3	0,8		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	10	3,1	9,5	●	n.d.	7,5		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,6	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 %)	1 527	9,1	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	31		19 047	●	171 485	1 057		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	1,2		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>)	353	10,3	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	2,6	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		57,6	91,6	●	98,3	97,3				-0,4	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	3 299	61,0	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,0		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		23,3	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	13	94,2	20,3			37,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	1	5,8	45,0			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

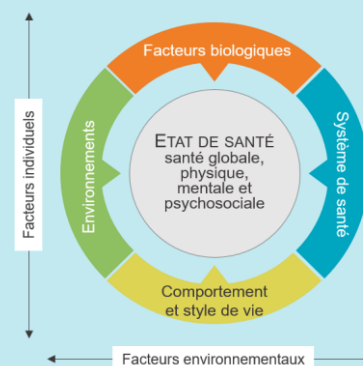
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

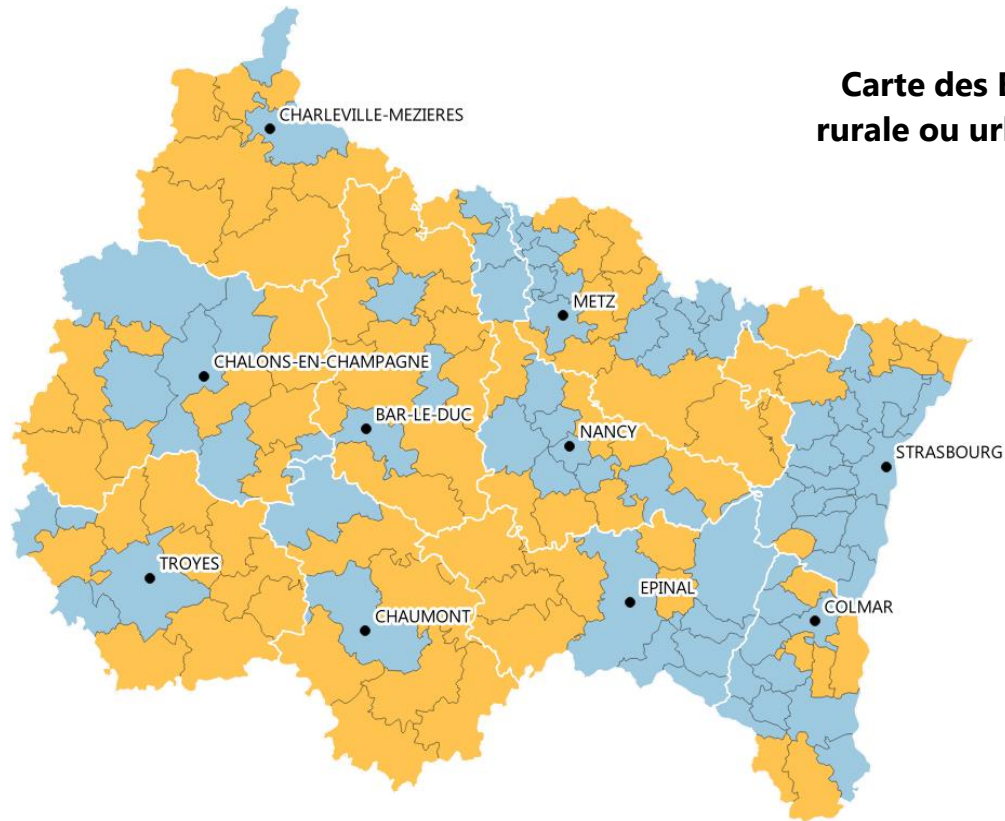
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

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

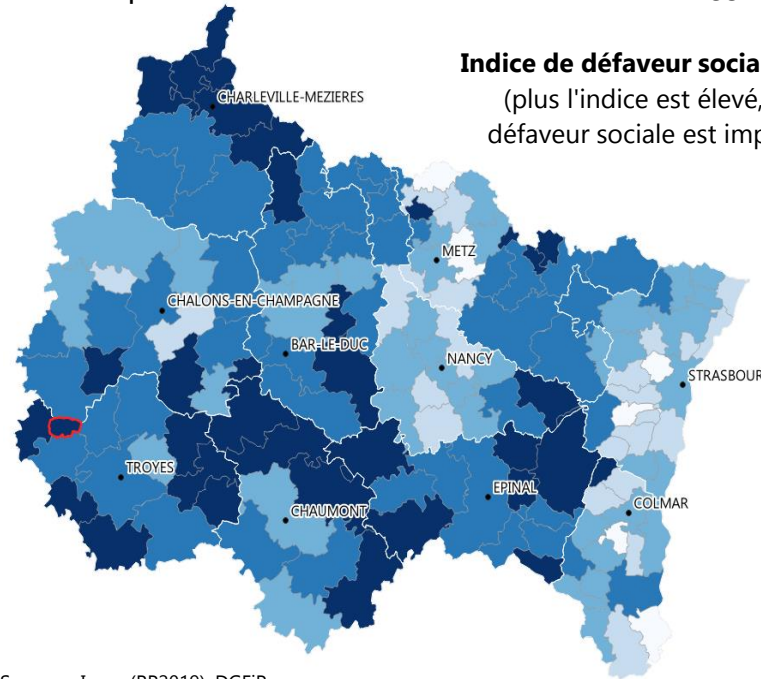
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Aube
département

18 593
habitants

6
communes

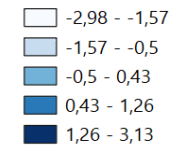
EPCI à dominante
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	18 593	177,4	96,7		119,7	51,7	0,90	192,8	36,2	0,1 ↗
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	100	0,11	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	6	0,01	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		95,3	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	0,4 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	1 798	9,7	28,1		21,3	38,5		14,9	72,3	-0,4 ↘

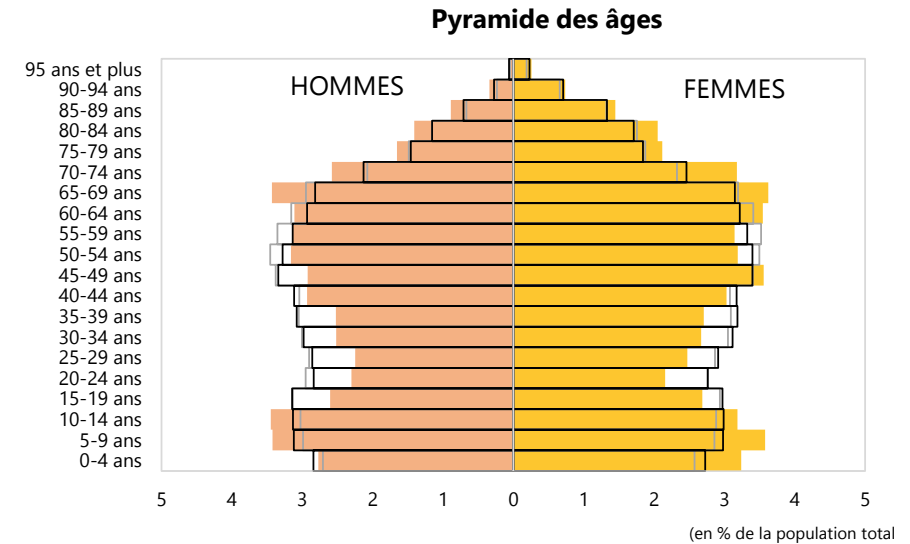
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		3,1	0,4	●		1,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 785	23,5	13,3	●	12,8	16,0	0,8	14,0	10,8	0,1 ↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 471	27,3	28,5	●	27,5	27,0	0,6	28,7	27,9	1,5 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		9,1	3,7	●	2,5	4,7	0,6	3,3	5,8	0,5 ↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	18 120		21 800	●	21 930	20 580				1,0 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	2 055	24,7	14,7	●	14,5	16,3				2,2 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		10,8	5,8	●	5,8	7,3				3,7 ↗
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>)	5 556	40,2	27,8	●	27,0	33,8	0,8	27,4	29,4	-3,1 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 962	14,2	26,3	●	31,0	21,8	1,0	27,7	21,5	4,7 ↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	76,8	82,2
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	239	908,7	784,7	●	725,2	773,7	1,7	773,8	818,4	-0,9 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	40	249,9	181,6	●	175,7	204,0	2,3	182,2	180,3	-1,7 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	77	390,4	294,9	●	277,8	316,7	2,0	294,8	295,6	-0,2 ➔
18 Décès par cancers	65	264,1	224,3	●	212,4	229,0	2,2	224,4	223,8	1,4 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	60	206,3	187,5	●	170,0	183,0	1,7	181,7	205,6	-1,3 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	8	32,7	34,7	●	25,0	25,9	3,9	34,6	35,0	4,8 ➔
21 Décès par suicide	4	17,7	13,4	●	13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	-8,9 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	■	1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	8	33,5	25,8	●	24,8	30,5	n.d.	26,0	25,2	-4,6 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	32	126,8	129,3	●	109,3	116,7	4,0	129,4	129,0	0,3 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	30	153,0	124,4	●	116,2	135,5	2,9	124,2	125,7	-1,8 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	16	79,4	58,0	●	53,2	60,8	0,9	57,8	58,7	-1,8 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

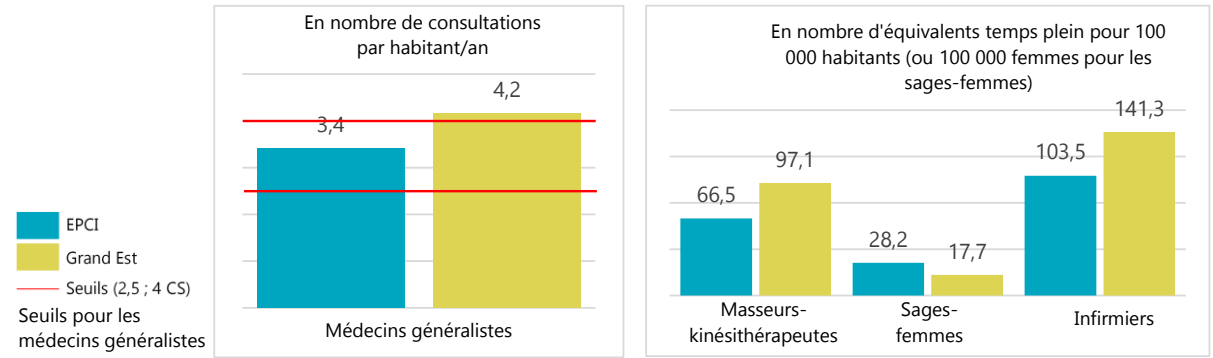
Morbidité

	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	974	3 994	4 223	●	4 161	4 111	1,2	4 221	4 236	1,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	46	199	211	●	193	184	n.d.	213	201	2,2	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	122	475	492	●	458	647	1,7	489	503	-0,1	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	186	1 466	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	0,3	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	145	1 239	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	1,1	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 553	6 260	6 736	●	6 142	5 680	1,9	6 723	6 783	2,1	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	260	1 046	1 204	●	1 130	957	1,5	1 210	1 185	4,4	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	627	2 563	2 882	●	2 519	2 125	2,8	2 909	2 795	2,9	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	288	1 048	990	●	932	915	1,6	974	1 040	-1,6	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 501	6 312	5 516	●	4 840	5 477	1,4	5 586	5 284	1,6	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	15	32	●	33	27	n.d.	36	17	-21,1	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	41	223	117	●	212	159	n.d.	131	67	4,4	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	678	3 375	3 451	●	3 821	3 256	1,1	3 602	2 954	7,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	181	946	927	●	1 020	890	1,9	948	866	20,4	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 924	8 655	7 186	●	7 149	7 989	0,6	7 201	7 142	-2,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	799	3 722	3 548	●	3 916	4 119	0,5	3 537	3 588	-2,4	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 320	5 949	4 002	●	3 902	4 903	0,6	3 998	4 018	-1,7	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,4	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	4,2	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,3	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	7,1	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	66,5	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	1,9	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	28,2	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	8,3	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	103,5	141,3	●	146,5	99,8		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	10	1,0	●	1,2	2,6	70,0	1,0	4,3	0,9	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	15					80,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	44,5	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	1,3	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	2,0	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	0,4	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	2,0	●	10,5	16,5	100,0	8,0	23,7	-45,4	↘ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	2,0	●	8,6	14,3	0,0	8,1	19,5	0,4	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	11	2,0	●	2,2	4,2	27,3	1,5	6,1	0,5	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	2,0	●	4,5	6,2	0,0	3,9	10,7	0,5	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	20	0,6	●	0,9	2,2	0,0	0,7	3,6	-11,7	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	13	1,3	●	1,3	2,6	38,5	1,0	4,5	0,7	↗ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	2,0 min	2,0 min	2,0 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	2,0	11,3	●	10,5	11,4	9,1	18,4	0,4 ↗
60 Services de chirurgie	1	2,0	14,5	●	13,5	17,8	11,3	25,3	0,4 ↗
61 Services d'obstétrique	1	2,0	14,3	●	14,8	16,9	11,6	23,6	0,4 ↗
62 Services de soins de suite	1	2,0	9,3	●	9,1	12,1	7,2	16,5	-37,2 ↘
63 Services d'urgence	1	2,0	14,8	●	13,7	19,2	12,1	24,2	0,4 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	2,0	8,4	●	7,4	12,0	7,0	13,1	0,4 ↗
65 EHPAD	4	1,8	4,0	●	3,0	4,2	2,9	7,4	0,4 ↗

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

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

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

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

EPCI **7**
soit 1,2 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)			52,3		49,2	56,4				
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	52,8				
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	21,4				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	27,1				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)			75,2		71,5	66,7				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	7 496	37 687	43 256	●	40 236	37 383	0,8	43 674	41 912	-1,2

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	70	2,5	2,4	●	2,3	2,5	2,6	2,0	-2,0	↘	
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)	447	24,7	16,4	●	15,9	18,6	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)	352	19,8	12,9	●	12,4	15,6	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)	450	25,4	41,5	●	46,6	35,8	43,0	35,8	2,4	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	120	2,6	1,7	●	2,3	2,1	1,8	1,7	3,9	↗	
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)	329	54,2	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	-1,1	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 231	35,0	46,8	●	47,3	39,3	2,0	46,8	46,9	-11,6	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	2 013	10,8	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	0,8	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	2 300	14,9	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	2,9	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	849	48,5	42,8	●	42,7	45,2	0,5	43,5	40,5	0,5	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	226	5,4	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	471	4,9	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	1,7	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	799	31,4	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	2,1	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	48	5,0	5,0	●		3,2		9,3	6,8	1,0	↗ !

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

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

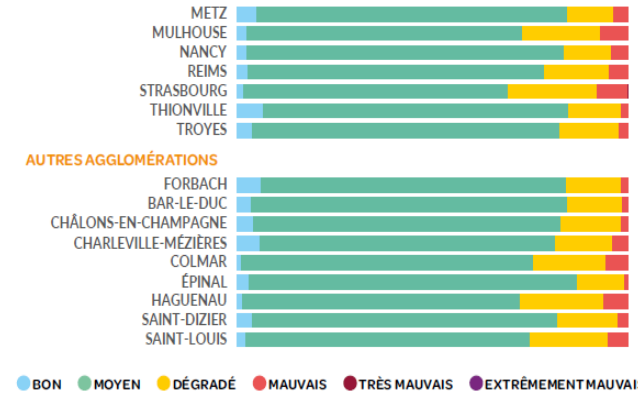
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



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)	281	3,3	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-6,9	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	42	0,5	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	4,5	⬆️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 265	26,6	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-0,9	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 113	24,8	17,5	●	13,9	21,3		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	4	3,8	1,8	●	1,3	0,8		3,9	0,7	-5,4	⬇️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	19	18,1	9,5	●	n.d.	7,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	2	1,9	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,5	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,8	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	n.d.	0,2	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	25		19 047	●	171 485	1 057		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	1,2		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>)	856	10,3	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	-3,8	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		111,1	91,6	●	98,3	97,3				-0,6	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	10 102	85,2	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,7		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		0,0	4,5	●	3,1	9,8		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	77,9	44,3			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	6	100,0	20,3			37,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	45,0			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

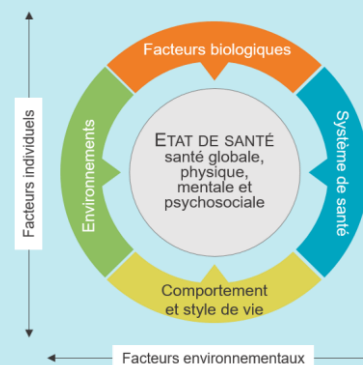
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

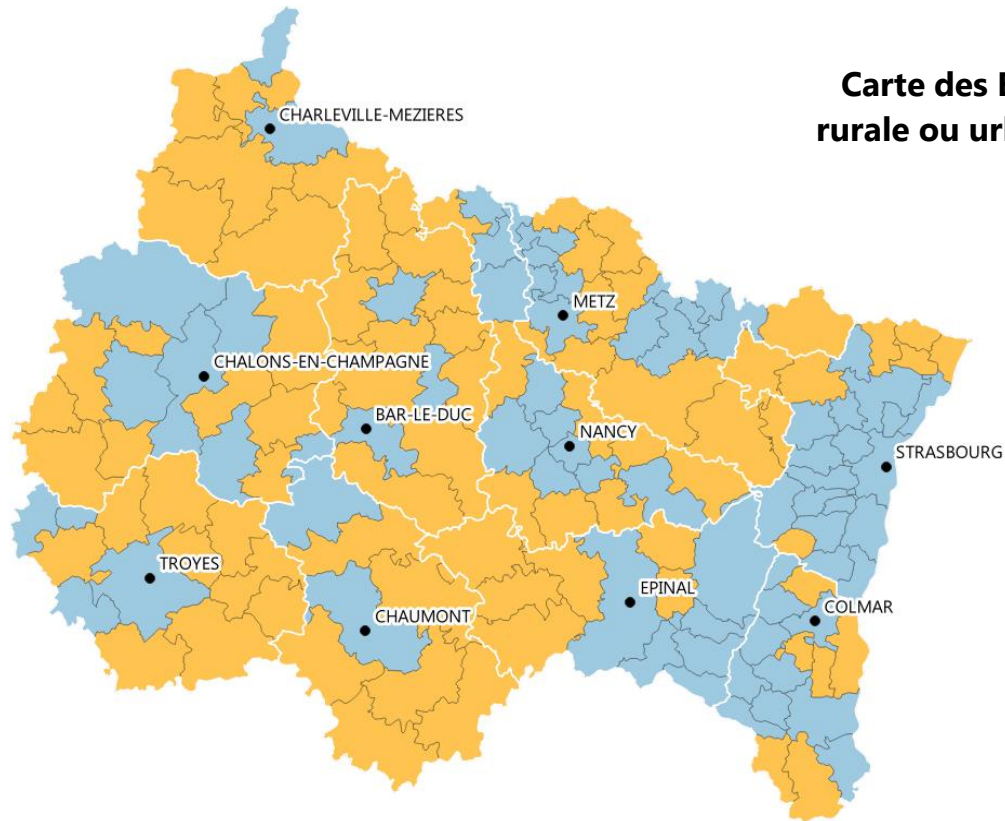
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

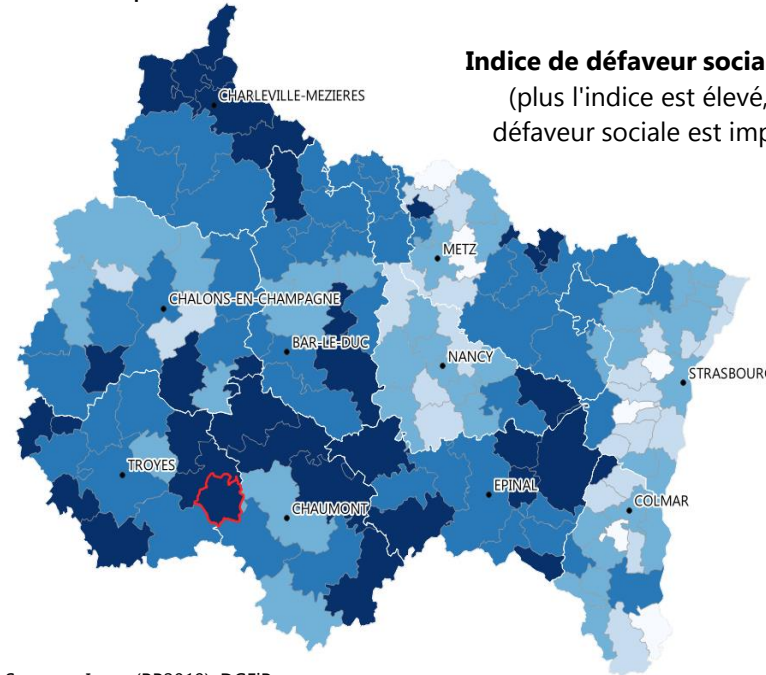
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Aube
département

10 889
habitants

27
communes

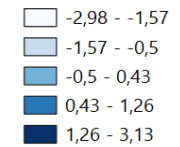
EPCI à dominante
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale






Grand Est : 0,4

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

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

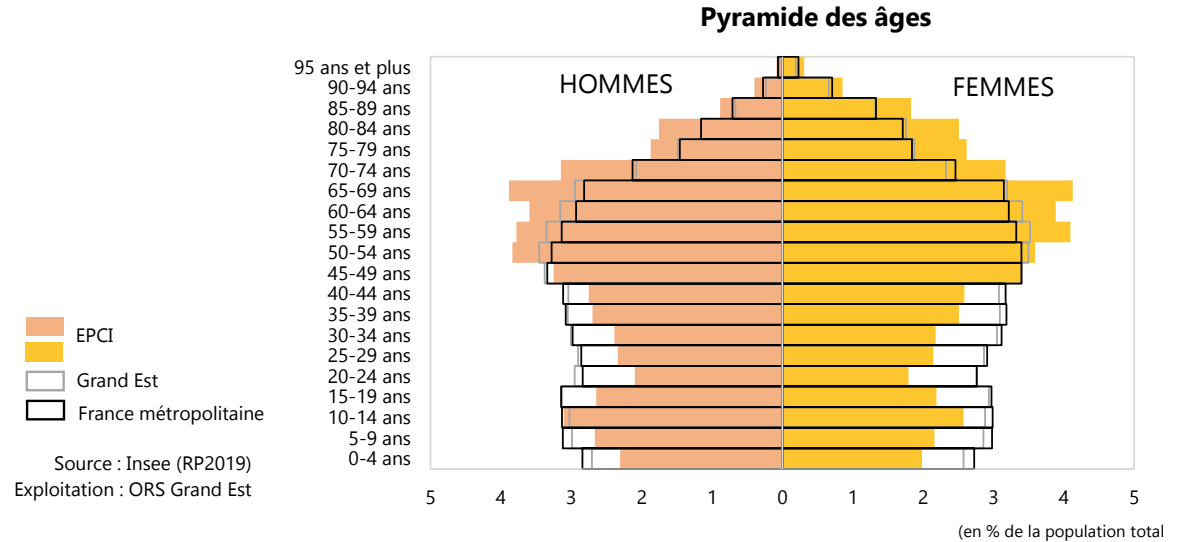
Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	10 889	30,9	96,7		119,7	51,7	0,98	192,8	36,2	-1,3 
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-739	-1,30	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-323	-0,57	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		139,8	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	4,6 
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	5 863	53,8	28,1		21,3	38,5		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 (<i>carto p.1</i>)		1,5	0,4	●		1,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	696	14,7	13,3	●	12,8	16,0	1,0	14,0	10,8	-1,1 ↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 102	32,3	28,5	●	27,5	27,0	0,6	28,7	27,9	0,3 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,6	3,7	●	2,5	4,7	1,0	3,3	5,8	-7,3 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 530		21 800	●	21 930	20 580				1,3 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	745	15,1	14,7	●	14,5	16,3				2,0 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,9	5,8	●	5,8	7,3				3,0 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 411	38,9	27,8	●	27,0	33,8	0,8	27,4	29,4	-3,4 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 308	14,9	26,3	●	31,0	21,8	0,8	27,7	21,5	3,1 ↗

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

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

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



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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance (en années)

		
EPCI	78,6	82,9
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	146	802,6	784,7	●	725,2	773,7	1,5	773,8	818,4	-1,3 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	25	224,2	181,6	●	175,7	204,0	1,8	182,2	180,3	-3,5 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	44	327,9	294,9	●	277,8	316,7	1,8	294,8	295,6	-2,3 ➔
18 Décès par cancers	37	225,1	224,3	●	212,4	229,0	1,9	224,4	223,8	-0,4 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	46	235,0	187,5	●	170,0	183,0	1,7	181,7	205,6	1,0 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	4	21,6	34,7	●	25,0	25,9	n.d.	34,6	35,0	-12,1 ↘
21 Décès par suicide	3	23,2	13,4	●	13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	-10,5 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	7	42,2	25,8	●	24,8	30,5	2,1	26,0	25,2	2,7 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	20	112,5	129,3	●	109,3	116,7	3,3	129,4	129,0	-5,3 ↘
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	20	156,3	124,4	●	116,2	135,5	2,1	124,2	125,7	-2,1 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	7	47,9	58,0	●	53,2	60,8	1,2	57,8	58,7	-3,9 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

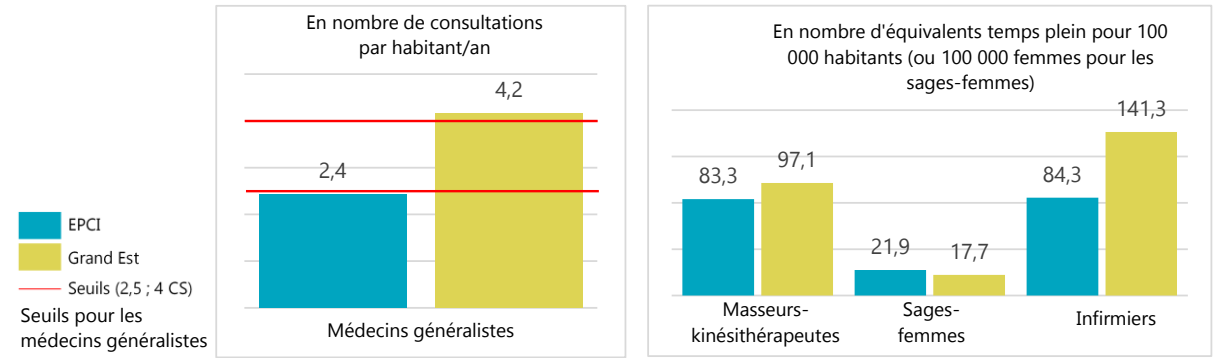
Morbidité

	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	611	3 963	4 223	●	4 161	4 111	0,9	4 221	4 236	2,6	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	26	168	211	●	193	184	n.d.	213	201	2,0	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	102	706	492	●	458	647	0,9	489	503	7,2	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	121	1 532	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	1,7	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	112	1 402	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	0,2	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 023	6 139	6 736	●	6 142	5 680	2,2	6 723	6 783	1,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	154	949	1 204	●	1 130	957	1,5	1 210	1 185	-1,2	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	427	2 584	2 882	●	2 519	2 125	3,1	2 909	2 795	3,9	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	204	1 080	990	●	932	915	1,5	974	1 040	-1,9	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	857	5 485	5 516	●	4 840	5 477	1,3	5 586	5 284	1,0	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	30	32	●	33	27	3,4	36	17	12,7	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	62	117	●	212	159	2,7	131	67	n.d.	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	366	3 274	3 451	●	3 821	3 256	1,1	3 602	2 954	5,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	102	929	927	●	1 020	890	1,4	948	866	19,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 113	8 096	7 186	●	7 149	7 989	0,6	7 201	7 142	-1,4	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	525	3 966	3 548	●	3 916	4 119	0,5	3 537	3 588	-0,6	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	695	5 005	4 002	●	3 902	4 903	0,6	3 998	4 018	-1,3	↘ !

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

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	2,4	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	-11,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,4	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-11,9	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	83,3	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	10,9	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	21,9	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	75,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	84,3	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	2,8	⬆️ !

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	5	5,8	1,8	●	1,2	2,6	40,0	1,0	4,3	9,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	5						80,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	43,8	14,5	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	-4,3	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	43,3	12,6	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	-1,9	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	43,6	11,6	●	10,5	16,5	0,0	8,0	23,7	0,0	➡️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	26,2	10,8	●	8,6	14,3	n.d.	8,1	19,5	-9,7	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	5	7,3	2,6	●	2,2	4,2	60,0	1,5	6,1	1,2	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	7,6	5,5	●	4,5	6,2	0,0	3,9	10,7	-25,9	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	14	5,8	1,4	●	0,9	2,2	25,0	0,7	3,6	1,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	7	6,8	1,8	●	1,3	2,6	0,0	1,0	4,5	7,0	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	7,6 min	43,8 min	28,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	1	7,6	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	1,1	↗
60	Services de chirurgie	0	43,8	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	0,1	↗
61	Services d'obstétrique	0	7,6	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	-29,4	↘
62	Services de soins de suite	1	7,6	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	1,1	↗
63	Services d'urgence	0	43,8	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,1	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	28,8	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	0,4	↗
65	EHPAD	2	5,0	4,0	●	3,0	4,2		2,9	7,4	0,8	↗

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

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

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

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


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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	56,4					
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	52,8					
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	21,4					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	27,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)		75,2		71,5	66,7					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	3 771	34 450	43 256	●	40 236	37 383	0,9	43 674	41 912	-2,8 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	28	2,2	2,4	●	2,3	2,5	2,6	2,0	7,6	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	215	22,6	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	0,2	↗	
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)	209	21,5	12,9	●	12,4	15,6	13,4	11,2	-3,0	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	257	26,5	41,5	●	46,6	35,8	43,0	35,8	1,0	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	62	2,9	1,7	●	2,3	2,1	1,8	1,7	4,6	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	137	52,1	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	-7,0	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	659	39,4	46,8	●	47,3	39,3	1,5	46,8	46,9	-5,5	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	602	5,5	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	1,6	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	738	8,2	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	3,3	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	595	50,9	42,8	●	42,7	45,2	0,4	43,5	40,5	1,5	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	158	5,7	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	224	3,9	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	3,1	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	357	29,2	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	5,5	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	13	2,3	2,3	●		3,2		9,3	6,8	2,6	↗ !

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

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

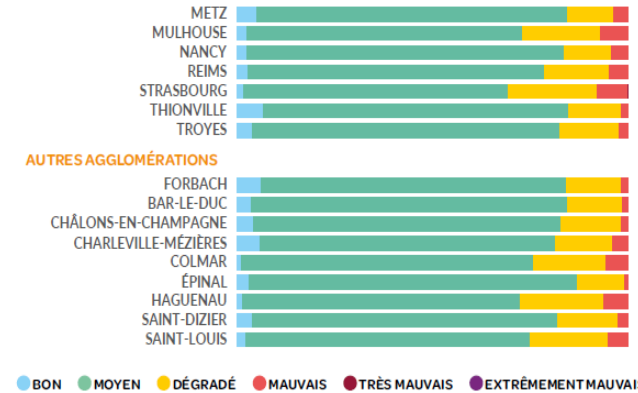
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



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)	52	1,0	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-16,8	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	18	0,4	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-2,6	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 906	36,8	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-1,4	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 464	28,3	17,5	●	13,9	21,3		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	1,4	1,8	●	1,3	0,8		3,9	0,7	-8,1	⬇️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	20	5,7	9,5	●	n.d.	7,5		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,5	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,7	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 507	18,3	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	97		19 047	●	171 485	1 057		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	1,2		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>)	871	17,6	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	2,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		118,2	91,6	●	98,3	97,3				0,0	→
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	6 823	81,4	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,9		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		22,3	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	27	100,0	20,3			37,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	45,0			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

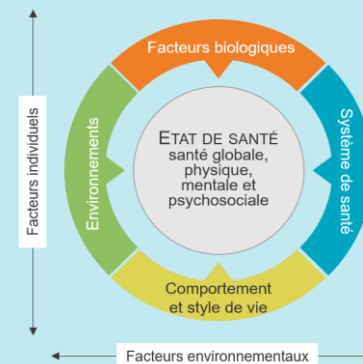
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

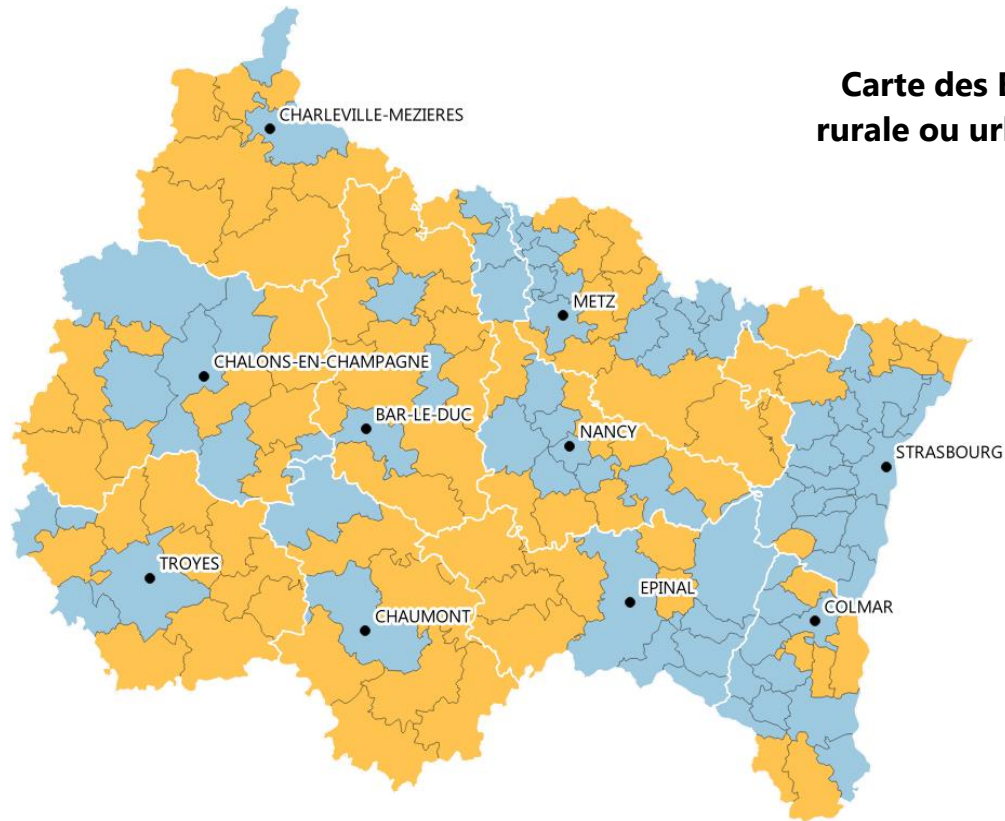
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

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

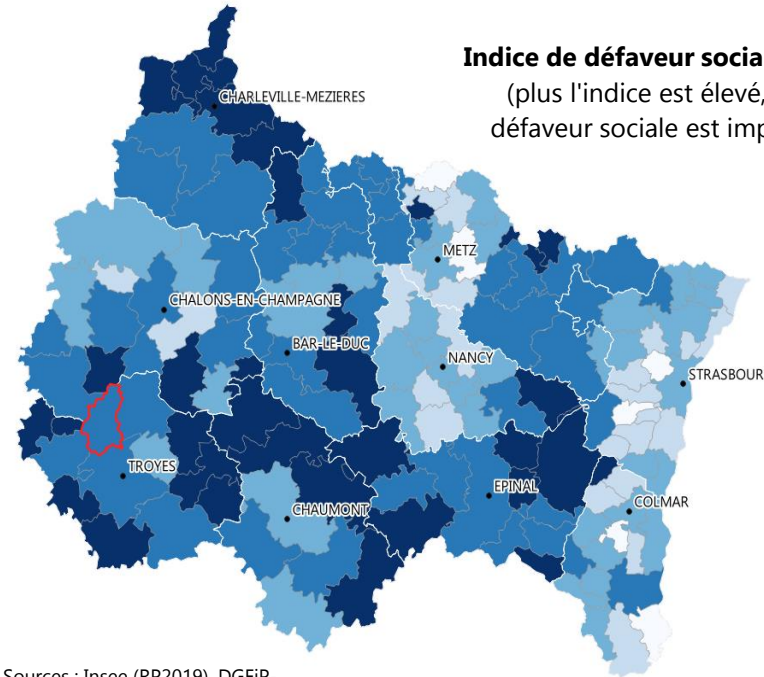
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Aube
département

10 164
habitants

25
communes

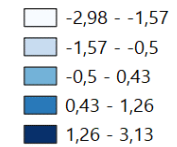
EPCI à dominante
rurale



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	
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	10 164	26,4	96,7		119,7	51,7	0,99	192,8	36,2	0,0	➔
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	22	0,04	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3		
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-28	-0,05	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2		
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		83,5	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	2,2	↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	10 164	100,0	28,1		21,3	38,5		14,9	72,3	0,0	➔

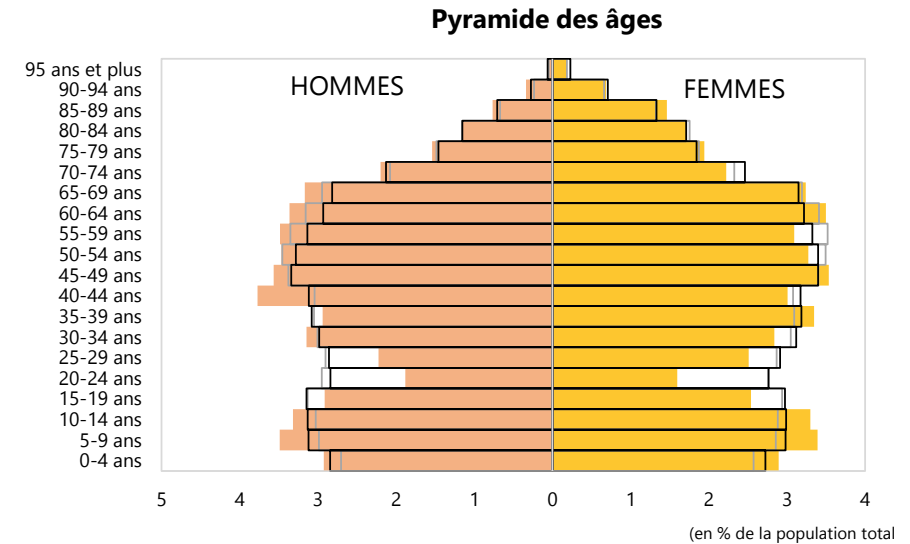
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,1	0,4	●		1,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	612	12,7	13,3	●	12,8	16,0	0,7	14,0	10,8	0,4	↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	791	22,6	28,5	●	27,5	27,0	0,3	28,7	27,9	-2,1	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,9	3,7	●	2,5	4,7	1,3	3,3	5,8	-0,8	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 120		21 800	●	21 930	20 580				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	427	9,9	14,7	●	14,5	16,3				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,3	5,8	●	5,8	7,3				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 408	31,7	27,8	●	27,0	33,8	0,7	27,4	29,4	-2,1	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 342	17,6	26,3	●	31,0	21,8	0,8	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 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)

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

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
15	Décès toutes causes confondues	107	848,8	784,7	●	725,2	773,7	1,6	773,8	818,4	-3,0	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	20	215,8	181,6	●	175,7	204,0	1,9	182,2	180,3	-2,2	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	35	339,1	294,9	●	277,8	316,7	1,7	294,8	295,6	-1,1	➔
18	Décès par cancers	28	232,3	224,3	●	212,4	229,0	1,9	224,4	223,8	-2,3	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	26	201,1	187,5	●	170,0	183,0	1,5	181,7	205,6	-3,1	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	4	33,3	34,7	●	25,0	25,9	n.d.	34,6	35,0	9,9	➔
21	Décès par suicide	2	22,9	13,4	●	13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	0,5	➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	3	25,7	25,8	●	24,8	30,5	n.d.	26,0	25,2	0,3	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	14	113,0	129,3	●	109,3	116,7	3,1	129,4	129,0	-0,6	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	14	135,0	124,4	●	116,2	135,5	3,1	124,2	125,7	-3,5	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	6	62,3	58,0	●	53,2	60,8	0,6	57,8	58,7	-6,6	➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

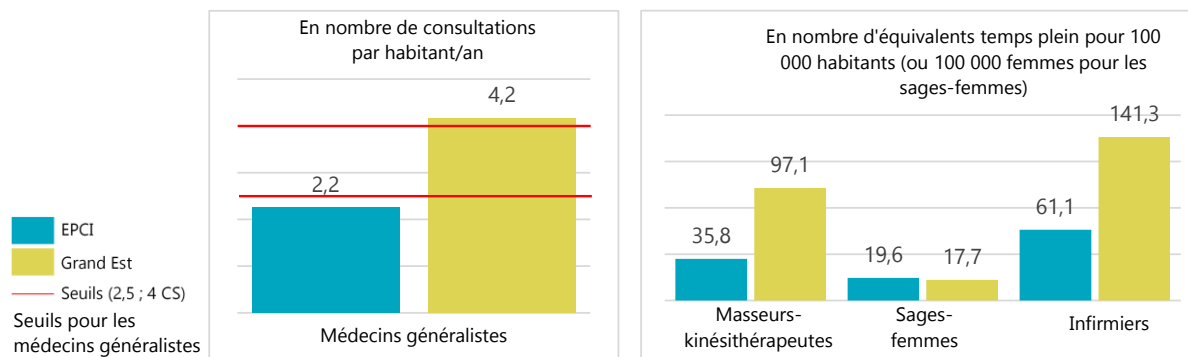
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	544	4 451	4 223	●	4 161	4 111	1,2	4 221	4 236	3,4	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	18	n.d.	211		193	184	n.d.	213	201	#VALEUR!	##### !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	72	582	492	●	458	647	1,3	489	503	5,6	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	98	1 641	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	3,6	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	106	1 709	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	1,2	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	712	5 615	6 736	●	6 142	5 680	1,9	6 723	6 783	0,0	→ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	105	828	1 204	●	1 130	957	1,5	1 210	1 185	-0,4	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	270	2 115	2 882	●	2 519	2 125	3,9	2 909	2 795	1,6	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	118	869	990	●	932	915	1,9	974	1 040	-1,2	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	652	5 282	5 516	●	4 840	5 477	1,3	5 586	5 284	0,8	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	31	32	●	33	27	0,5	36	17	-19,5	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	97	117	●	212	159	1,5	131	67	1,3	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	284	2 634	3 451	●	3 821	3 256	1,0	3 602	2 954	8,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	81	770	927	●	1 020	890	1,3	948	866	29,5	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	827	7 104	7 186	●	7 149	7 989	0,5	7 201	7 142	-4,6	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	440	3 866	3 548	●	3 916	4 119	0,4	3 537	3 588	-3,4	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	496	4 249	4 002	●	3 902	4 903	0,5	3 998	4 018	-4,8	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans		
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		2,2	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	-0,5	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,2	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-0,4	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		35,8	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	4,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		19,6	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	3,3	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		61,1	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	-0,1	⬇️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	4	3,7	1,8	●	1,2	2,6	75,0	1,0	4,3	-4,0	⬇️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	32,1	14,5	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	0,5	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	22,7	12,6	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	0,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	22,7	11,6	●	10,5	16,5	n.d.	8,0	23,7	-7,9	⬇️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	22,7	10,8	●	8,6	14,3	n.d.	8,1	19,5	0,9	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	11,0	2,6	●	2,2	4,2	0,0	1,5	6,1	0,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	18,3	5,5	●	4,5	6,2	n.d.	3,9	10,7	-0,8	⬇️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	8	3,8	1,4	●	0,9	2,2	33,3	0,7	3,6	1,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	2	6,0	1,8	●	1,3	2,6	0,0	1,0	4,5	0,6	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	22,5 min	23,3 min	17,8 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	22,5	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	0,6	↗
60	Services de chirurgie	0	22,7	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	0,6	↗
61	Services d'obstétrique	0	23,3	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	0	22,6	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	-6,3	↘
63	Services d'urgence	0	23,3	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	17,8	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	0,4	↗
65	EHPAD	2	6,4	4,0	●	3,0	4,2		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	0
soit	0,0 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	56,4					
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	52,8					
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	21,4					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	27,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)		75,2		71,5	66,7					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	4 303	40 787	43 256	●	40 236	37 383	0,8	43 674	41 912	0,5

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	26	1,7	2,4	●	2,3	2,5	2,6	2,0	7,3	↗	
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)	162	17,8	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	0,0	→	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	104	9,7	12,9	●	12,4	15,6	13,4	11,2	-1,2	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	318	29,9	41,5	●	46,6	35,8	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)	65	2,6	1,7	●	2,3	2,1	1,8	1,7	5,7	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	209	63,0	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	-4,1	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	825	42,8	46,8	●	47,3	39,3	1,5	46,8	46,9	-4,5	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	274	2,7	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	-1,4	⬇️
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	394	4,7	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	3,9	⬆️ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	352	38,9	42,8	●	42,7	45,2	0,4	43,5	40,5	-2,1	⬇️
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	120	6,1	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	104	1,9	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	2,0	⬆️
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	272	19,0	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	2,4	⬆️
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	0	0,0	0,0	●		3,2		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

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

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

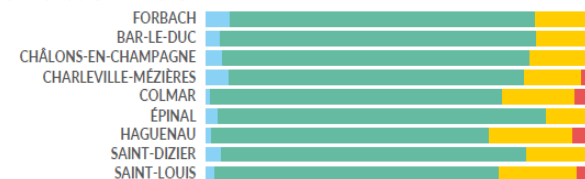
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	35	0,8	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-19,5	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	16	0,4	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-1,2	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 472	33,7	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-1,3	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	893	20,5	17,5	●	13,9	21,3		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,5	1,8	●	1,3	0,8		3,9	0,7	0,2	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	44	11,4	9,5	●	n.d.	7,5		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-1,6	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	138	0,4	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	54		19 047	●	171 485	1 057		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	1,2		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>)	920	19,0	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	3,2	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		55,8	91,6	●	98,3	97,3				0,0	→ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	4 011	65,7	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,3		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,7		●							
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>)		18,8	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	18	61,9	20,3			37,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	7	38,1	45,0			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

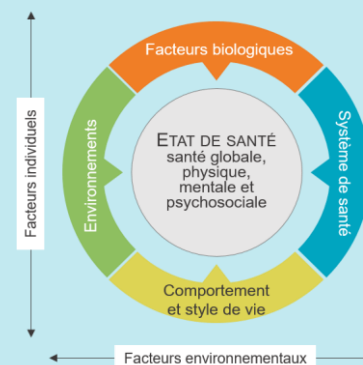
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

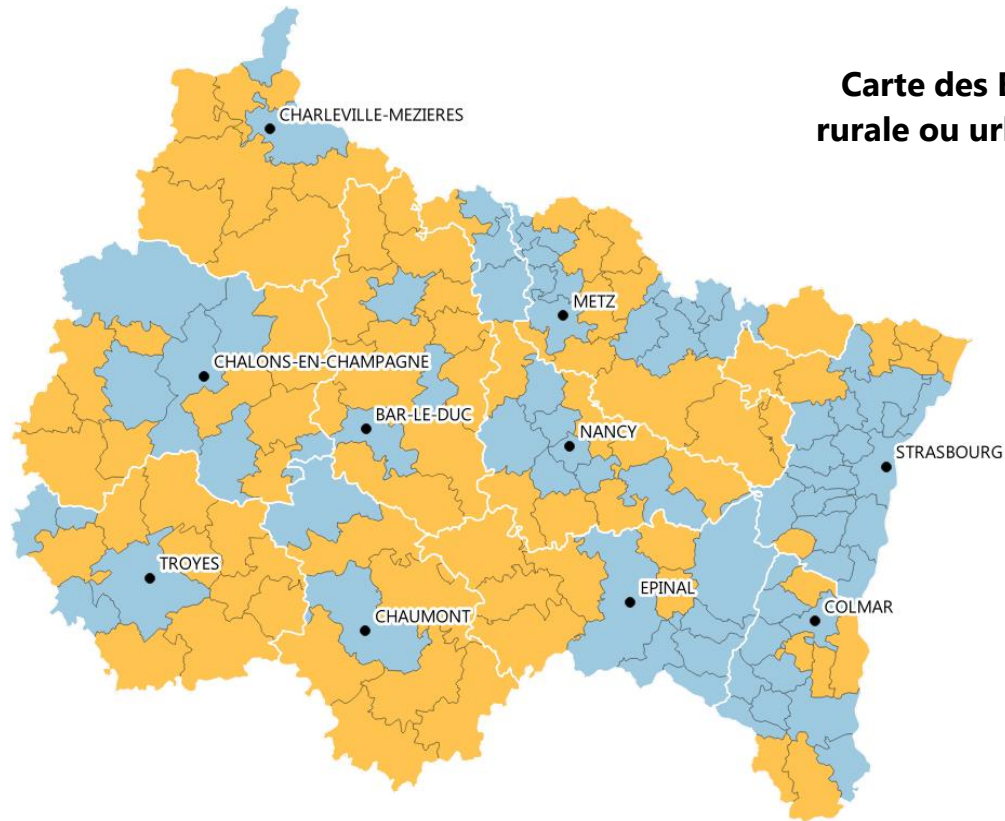
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

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

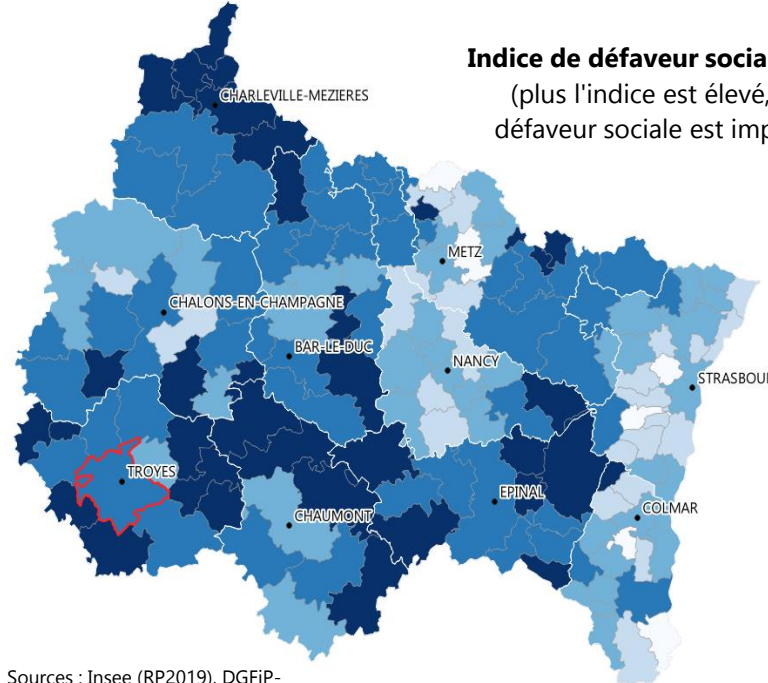
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Aube
département

172 900
habitants

81
communes

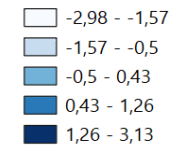
EPCI à dominante
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales





Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	172 900	194,4	96,7		119,7	51,7	0,92	192,8	36,2	0,5 
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	4 550	0,53	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	3 351	0,40	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		80,4	86,3		83,8	88,3		84,5	92,3	1,2 
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	30 308	17,5	28,1		21,3	38,5		14,9	72,3	-0,3 

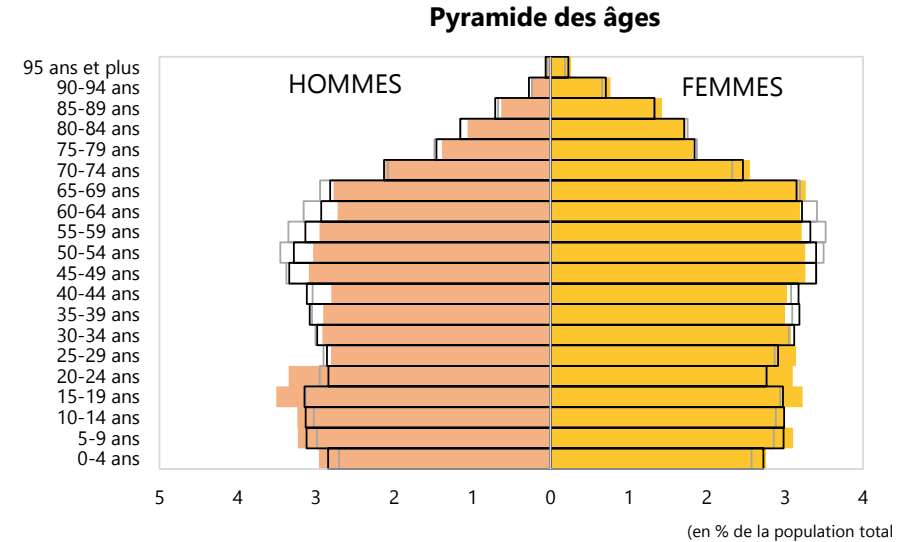
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,1	0,4	●		1,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	13 253	17,1	13,3	●	12,8	16,0	1,0	14,0	10,8	-0,2	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	15 370	26,7	28,5	●	27,5	27,0	0,6	28,7	27,9	0,2	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,5	3,7	●	2,5	4,7	0,7	3,3	5,8	-1,6	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 460		21 800	●	21 930	20 580				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	13 201	17,8	14,7	●	14,5	16,3				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		8,2	5,8	●	5,8	7,3				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>)	40 281	32,2	27,8	●	27,0	33,8	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>)	32 381	25,9	26,3	●	31,0	21,8	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 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)

		
EPCI	79,3	86,1
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15 Décès toutes causes confondues	1 459	703,4	784,7	●	725,2	773,7	1,8	773,8	818,4	-1,0	🟢➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	282	194,0	181,6	●	175,7	204,0	1,9	182,2	180,3	-1,3	➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	497	296,2	294,9	●	277,8	316,7	2,0	294,8	295,6	-0,6	➔
18 Décès par cancers	426	219,7	224,3	●	212,4	229,0	1,9	224,4	223,8	-0,6	➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	349	159,6	187,5	●	170,0	183,0	1,8	181,7	205,6	-3,6	🟢➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	46	22,9	34,7	●	25,0	25,9	4,4	34,6	35,0	-0,1	➔
21 Décès par suicide	21	12,6	13,4	●	13,2	15,3	3,4	12,9	15,4	-1,8	➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	2	1,3	1,0	●	1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	6,7	➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	54	28,9	25,8	●	24,8	30,5	4,0	26,0	25,2	-0,1	➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	217	109,3	129,3	●	109,3	116,7	3,6	129,4	129,0	-1,8	🟢➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	211	126,2	124,4	●	116,2	135,5	3,1	124,2	125,7	0,1	➔
26 Décès évitables liés au système de soins	100	60,0	58,0	●	53,2	60,8	1,0	57,8	58,7	-2,0	➔

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

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

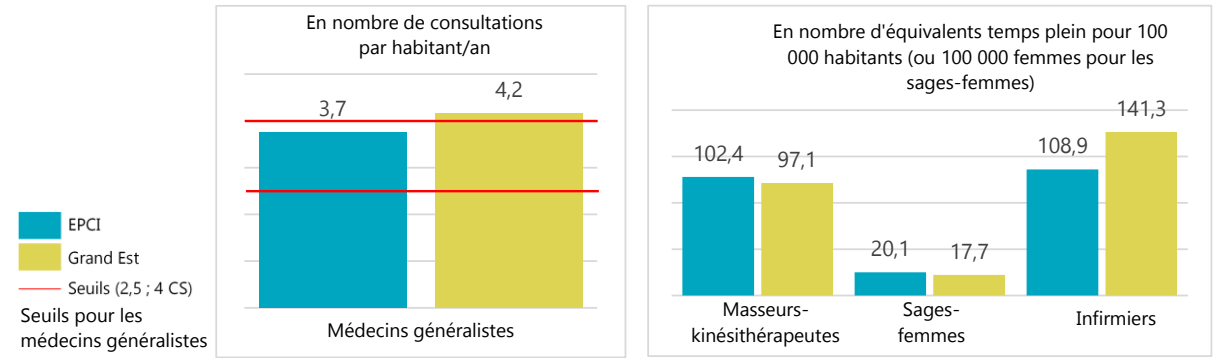
Morbidité

	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	8 320	4 091	4 223	●	4 161	4 111	1,1	4 221	4 236	1,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	357	176	211	●	193	184	2,4	213	201	0,9	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	1 325	659	492	●	458	647	1,1	489	503	11,7	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	1 609	1 486	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	-1,2	↘ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	1 459	1 592	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	-1,3	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	11 386	5 288	6 736	●	6 142	5 680	2,1	6 723	6 783	-0,1	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	1 953	922	1 204	●	1 130	957	1,5	1 210	1 185	-0,5	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	4 145	1 955	2 882	●	2 519	2 125	3,5	2 909	2 795	0,2	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	2 011	845	990	●	932	915	1,7	974	1 040	-3,3	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	10 992	5 398	5 516	●	4 840	5 477	1,4	5 586	5 284	0,0	→ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	61	35	32	●	33	27	1,6	36	17	-16,3	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	323	191	117	●	212	159	1,4	131	67	5,0	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	6 132	3 428	3 451	●	3 821	3 256	1,0	3 602	2 954	4,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	1 563	909	927	●	1 020	890	1,7	948	866	15,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	15 858	8 129	7 186	●	7 149	7 989	0,6	7 201	7 142	-3,5	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	8 279	4 324	3 548	●	3 916	4 119	0,5	3 537	3 588	-2,7	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	9 628	4 956	4 002	●	3 902	4 903	0,6	3 998	4 018	-3,4	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,7	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	-2,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,3	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-3,8	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	102,4	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	1,7	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	20,1	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	-0,1	⬇️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	108,9	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	2,3	⬆️ !

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	130	1,3	●	1,2	2,6	52,3	1,0	4,3	2,2	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	132					61,2				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	5	9,1	●	10,6	22,7	100,0	11,1	25,8	0,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	3	11,1	●	12,5	18,5	66,7	8,3	27,0	10,2	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	16	7,1	●	10,5	16,5	50,0	8,0	23,7	-7,7	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	9	6,8	●	8,6	14,3	66,7	8,1	19,5	-1,2	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	89	1,5	●	2,2	4,2	34,8	1,5	6,1	0,4	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	20	3,8	●	4,5	6,2	30,0	3,9	10,7	-4,4	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	217	0,8	●	0,9	2,2	18,8	0,7	3,6	-2,1	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	149	0,9	●	1,3	2,6	18,8	1,0	4,5	-1,9	⬆️ !

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	6,5 min	11,1 min	8,1 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	5	6,5	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	0,8	↗
60	Services de chirurgie	3	7,7	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	0,8	↗
61	Services d'obstétrique	2	11,1	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	0,8	↗
62	Services de soins de suite	4	6,6	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	-6,4	↘
63	Services d'urgence	1	11,1	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,8	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	3	8,1	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	0,9	↗
65	EHPAD	19	2,5	4,0	●	3,0	4,2		2,9	7,4	-0,5	↘

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

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

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

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


EPCI **16**
soit 2,7 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)			52,3		49,2	56,4				
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	52,8				
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	21,4				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	27,1				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)			75,2		71,5	66,7				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	67 062	37 693	43 256	●	40 236	37 383	0,8	43 674	41 912	-1,0 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	630	2,6	2,4	●	2,3	2,5	2,6	2,0	6,6	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	4 032	17,7	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	-1,5	↘	
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)	3 083	15,6	12,9	●	12,4	15,6	13,4	11,2	-2,7	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	7 942	40,1	41,5	●	46,6	35,8	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)	882	2,0	1,7	●	2,3	2,1	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)	3 064	51,8	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	0,5	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	13 282	39,8	46,8	●	47,3	39,3	1,4	46,8	46,9	-5,2	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	13 478	7,8	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	-0,7	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	19 070	13,4	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	2,4	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	6 968	46,9	42,8	●	42,7	45,2	0,4	43,5	40,5	0,4	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	2 140	6,5	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	3 727	3,9	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	1,4	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	7 714	32,6	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	1,8	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	390	4,1	4,1	●		3,2		9,3	6,8	0,5	↗ !

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

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

Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 :

https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

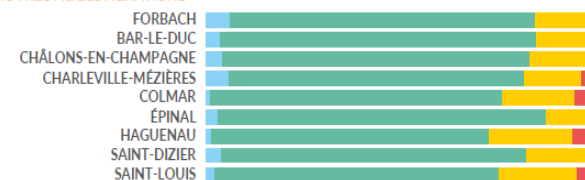
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	3 182	3,9	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-1,2	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	187	0,2	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-11,3	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	14 275	17,5	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-2,4	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	16 150	19,8	17,5	●	13,9	21,3		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	26	2,9	1,8	●	1,3	0,8		3,9	0,7	-2,6	↘
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	119	13,4	9,5	●	n.d.	7,5		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	2	0,2	0,2	●	n.d.	0,2		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	-2,5	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 006	1,9	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	245		19 047	●	171 485	1 057		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	2	2,5	2,1	●	2,4	1,2		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>)	13 303	15,7	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	0,0	➔
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		107,8	91,6	●	98,3	97,3				-0,2	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	85 521	81,8	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,6		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		2,1	4,5	●	3,1	9,8		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>)	81	100,0	44,3			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	2	6,3	20,3			37,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	79	93,7	45,0			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

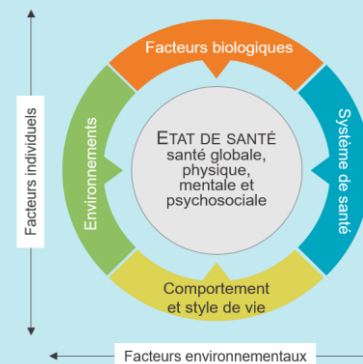
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

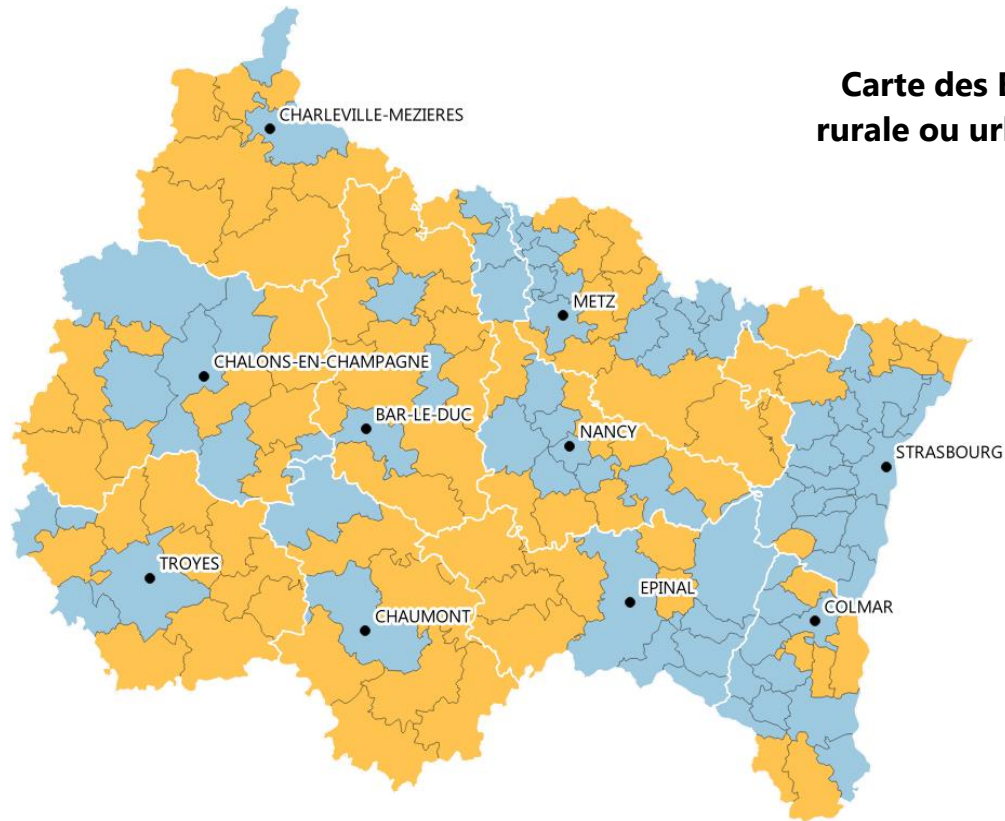
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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

Portrait de santé

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

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

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

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

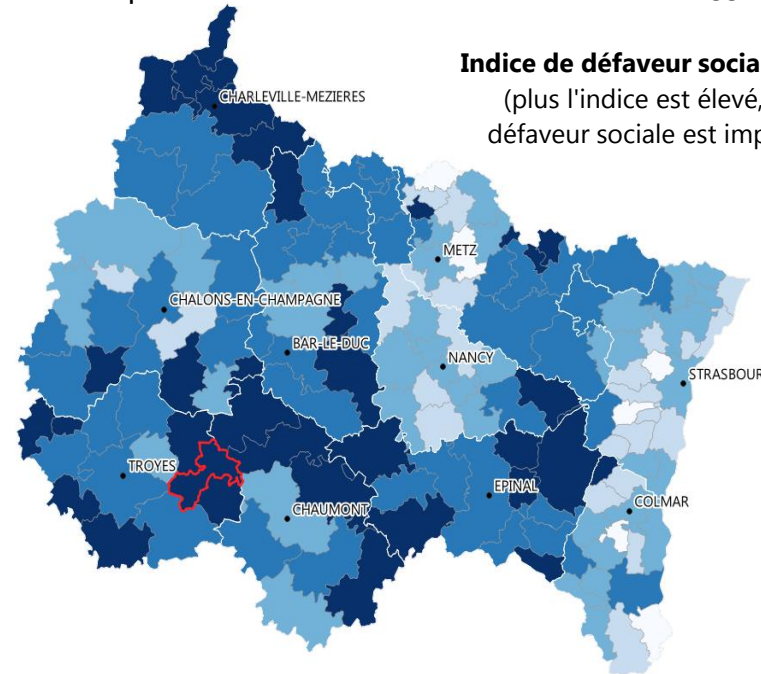
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Aube
département

7 617
habitants

38
communes

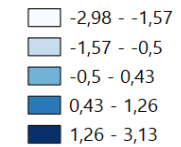
EPCI à dominante
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	7 617	17,0	96,7		119,7	51,7	1,02	192,8	36,2	-0,7 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-271	-0,70	0,01		0,33	0,14		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-76	-0,20	-0,17		0,07	0,15		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		105,1	86,3	●	83,8	88,3		84,5	92,3	3,7 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	5 302	69,6	28,1		21,3	38,5		14,9	72,3	-0,1 ↘

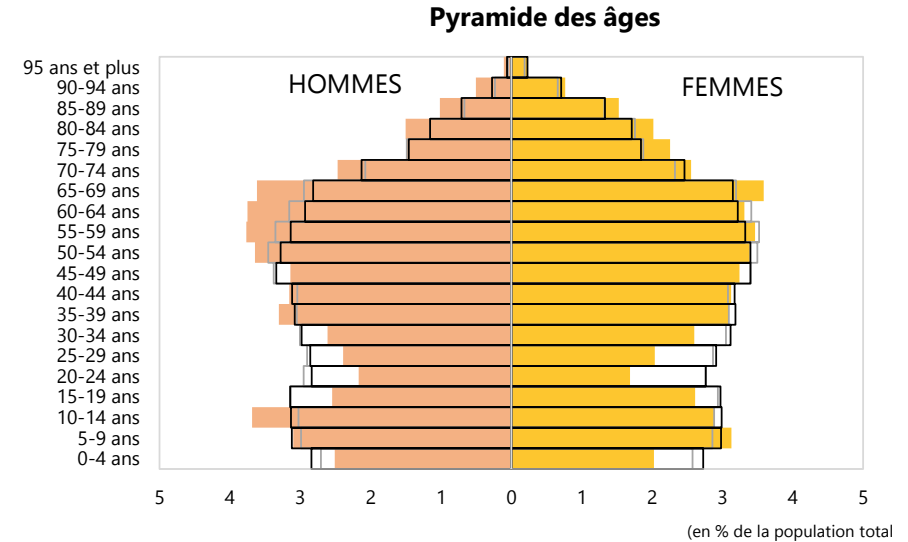
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,6	0,4	●		1,2		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	516	14,7	13,3	●	12,8	16,0	0,9	14,0	10,8	2,3	↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	678	26,5	28,5	●	27,5	27,0	0,5	28,7	27,9	1,9	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		8,6	3,7	●	2,5	4,7	0,5	3,3	5,8	-7,0	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 540		21 800	●	21 930	20 580				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	424	13,1	14,7	●	14,5	16,3				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,3	5,8	●	5,8	7,3				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 134	36,2	27,8	●	27,0	33,8	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>)	964	16,4	26,3	●	31,0	21,8	0,8	27,7	21,5	1,0	↗

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)

		
EPCI	77,5	85,1
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	97	861,4	784,7	●	725,2	773,7	1,7	773,8	818,4	-0,2 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	17	230,9	181,6	●	175,7	204,0	2,1	182,2	180,3	-3,9 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	29	342,6	294,9	●	277,8	316,7	2,4	294,8	295,6	-1,0 ➔
18 Décès par cancers	26	265,3	224,3	●	212,4	229,0	2,5	224,4	223,8	0,3 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	26	218,7	187,5	●	170,0	183,0	1,5	181,7	205,6	-1,8 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	3	27,8	34,7	●	25,0	25,9	n.d.	34,6	35,0	2,3 ➔
21 Décès par suicide	2	25,4	13,4	●	13,2	15,3	n.d.	12,9	15,4	8,2 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,5	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	4	36,8	25,8	●	24,8	30,5	n.d.	26,0	25,2	2,3 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	13	125,5	129,3	●	109,3	116,7	2,7	129,4	129,0	-2,3 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	12	139,7	124,4	●	116,2	135,5	5,2	124,2	125,7	-4,5 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	7	80,6	58,0	●	53,2	60,8	1,5	57,8	58,7	1,6 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

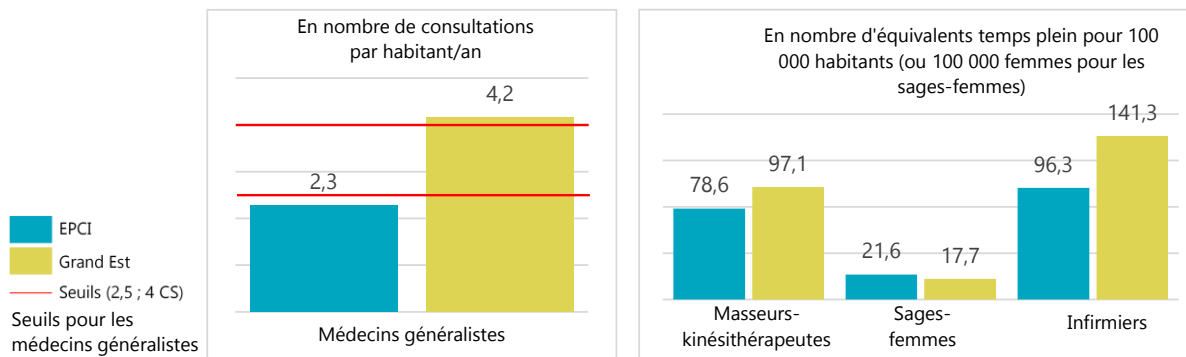
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	437	4 410	4 223	●	4 161	4 111	1,1	4 221	4 236	1,3	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	21	202	211	●	193	184	n.d.	213	201	#VALEUR!	##### !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	83	824	492	●	458	647	1,4	489	503	9,1	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	80	1 709	1 799	●	1 755	1 507		1 806	1 774	-0,7	↘ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	83	1 681	1 592	●	1 467	1 560		1 575	1 647	-4,9	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	668	6 434	6 736	●	6 142	5 680	1,9	6 723	6 783	1,9	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	121	1 135	1 204	●	1 130	957	1,5	1 210	1 185	0,0	→ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	238	2 331	2 882	●	2 519	2 125	3,8	2 909	2 795	1,0	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	130	1 108	990	●	932	915	1,3	974	1 040	3,0	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	525	5 340	5 516	●	4 840	5 477	1,4	5 586	5 284	0,6	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	22	32	●	33	27	n.d.	36	17	-19,3	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	83	117	●	212	159	4,2	131	67	2,8	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	198	2 538	3 451	●	3 821	3 256	0,9	3 602	2 954	1,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	48	641	927	●	1 020	890	n.d.	948	866	16,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	711	7 681	7 186	●	7 149	7 989	0,5	7 201	7 142	-4,4	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	327	3 653	3 548	●	3 916	4 119	0,4	3 537	3 588	-2,8	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	453	4 909	4 002	●	3 902	4 903	0,4	3 998	4 018	-6,0	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,3	4,2	●	3,9	3,3		4,4	3,3	-7,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	1,8	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-9,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	78,6	97,1	●	104,0	85,5		105,3	70,9	11,3	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	21,6	17,7	●	17,3	19,8		19,0	13,0	23,2	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	96,3	141,3	●	146,5	99,8		149,9	114,4	3,5	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	3	5,9	1,8	●	1,2	2,6	66,7	1,0	4,3	0,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	47,3	14,5	●	10,6	22,7	n.d.	11,1	25,8	-0,1	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	39,9	12,6	●	12,5	18,5	n.d.	8,3	27,0	-0,2	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	42,3	11,6	●	10,5	16,5	n.d.	8,0	23,7	-1,9	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	25,2	10,8	●	8,6	14,3	0,0	8,1	19,5	-11,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	2	8,3	2,6	●	2,2	4,2	50,0	1,5	6,1	1,3	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	7,7	5,5	●	4,5	6,2	0,0	3,9	10,7	-16,6	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	7	5,9	1,4	●	0,9	2,2	28,6	0,7	3,6	0,7	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	7	4,5	1,8	●	1,3	2,6	14,3	1,0	4,5	-2,4	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	20,3 min	47,3 min	20,7 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	20,3	11,3	●	10,5	11,4		9,1	18,4	0,8	↗
60	Services de chirurgie	0	44,9	14,5	●	13,5	17,8		11,3	25,3	0,1	↗
61	Services d'obstétrique	0	23,4	14,3	●	14,8	16,9		11,6	23,6	-12,9	↘
62	Services de soins de suite	0	20,3	9,3	●	9,1	12,1		7,2	16,5	0,8	↗
63	Services d'urgence	0	47,3	14,8	●	13,7	19,2		12,1	24,2	0,3	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	20,7	8,4	●	7,4	12,0		7,0	13,1	0,3	↗
65	EHPAD	2	6,7	4,0	●	3,0	4,2		2,9	7,4	0,9	↗

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

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

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

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


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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	56,4					
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	52,8					
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	21,4					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	27,1					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)		75,2		71,5	66,7					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	2 826	37 181	43 256	●	40 236	37 383	0,8	43 674	41 912	-0,2 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-7 017	-9,3	22,2
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-18 799	-24,8	19,8
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)	28	2,6	2,4	●	2,3	2,5	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)	139	20,2	16,4	●	15,9	18,6	16,4	16,3	-1,5	↘	
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)	120	16,4	12,9	●	12,4	15,6	13,4	11,2	-1,0	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	189	25,9	41,5	●	46,6	35,8	43,0	35,8	-0,9	↘	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	43	2,5	1,7	●	2,3	2,1	1,8	1,7	3,7	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	95	48,4	58,4	●	62,2	53,8	58,4	58,6	-6,8	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	567	41,5	46,8	●	47,3	39,3	1,5	46,8	46,9	-1,3	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+12 243	+18,5	25,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+17 880	+27,1	29,2
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	271	3,6	5,2	●	5,3	6,5		5,9	3,1	-0,9	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	310	5,0	8,9	●	9,3	10,7		10,1	4,9	2,8	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	312	43,1	42,8	●	42,7	45,2	0,3	43,5	40,5	4,1	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	98	5,8	5,6		n.d.	6,3					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	110	2,7	3,0	●	3,1	3,4		3,2	2,4	2,2	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	185	18,4	24,2	●	24,9	28,8		25,7	19,0	0,3	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	14	3,4	3,4	●		3,2		9,3	6,8	9,8	↗ !

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

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

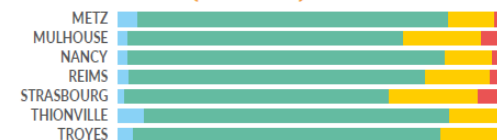
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

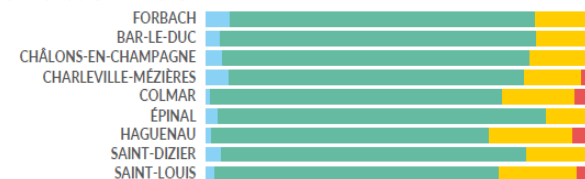
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	37	1,1	2,7	●	4,8	2,9		3,2	1,2	-13,0	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	17	0,5	0,3	●	0,4	0,4		3,6	0,6	-12,7	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 258	37,6	22,6	●	21,6	25,0		20,4	30,7	-2,0	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	712	21,3	17,5	●	13,9	21,3		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	0,7	1,8	●	1,3	0,8		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	25	5,6	9,5	●	n.d.	7,5		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.	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,0	2,5	●	n.d.	2,6		2,4	2,9	-4,1	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 383	5,3	7,8	●	10,3	4,9		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	85		19 047	●	171 485	1 057		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	1,2		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>)	562	15,8	15,5	●	15,7	15,4	0,0	15,3	16,0	6,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		79,3	91,6	●	98,3	97,3				-0,3	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	3 350	68,0	76,9	●	71,2	76,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,0		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,2		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		48,6	4,5	●	3,1	9,8		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			60,4		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			7,2		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	27	75,7	20,3			37,4		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	24,3	45,0			60,0		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			2,5		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 σ/φ et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

Comprendre la colonne (Taux σ)/(Taux φ)

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

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

Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

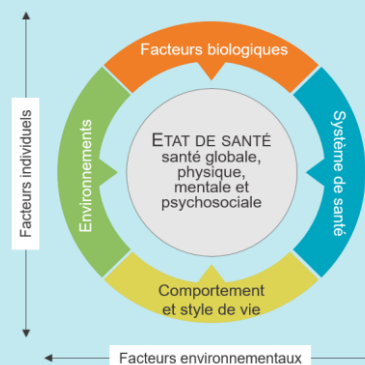
Autres informations

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

Comprendre les déterminants de santé

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

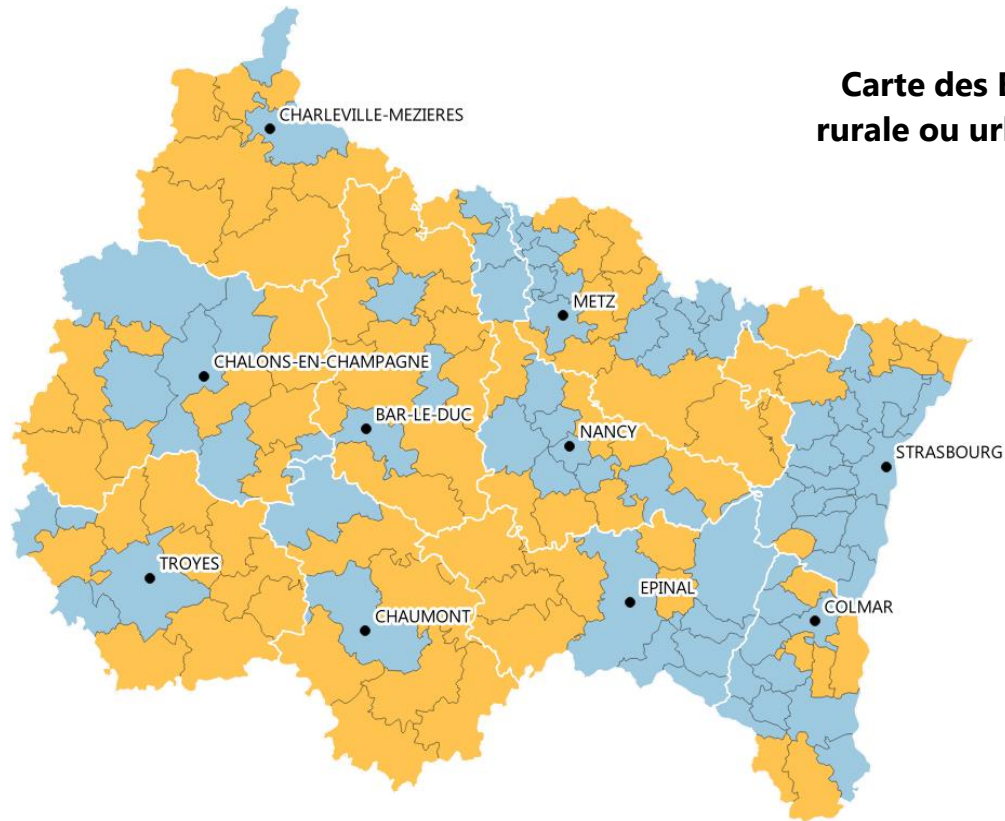
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

Carte des EPCI à dominante rurale ou urbaine du Grand Est



Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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