

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.

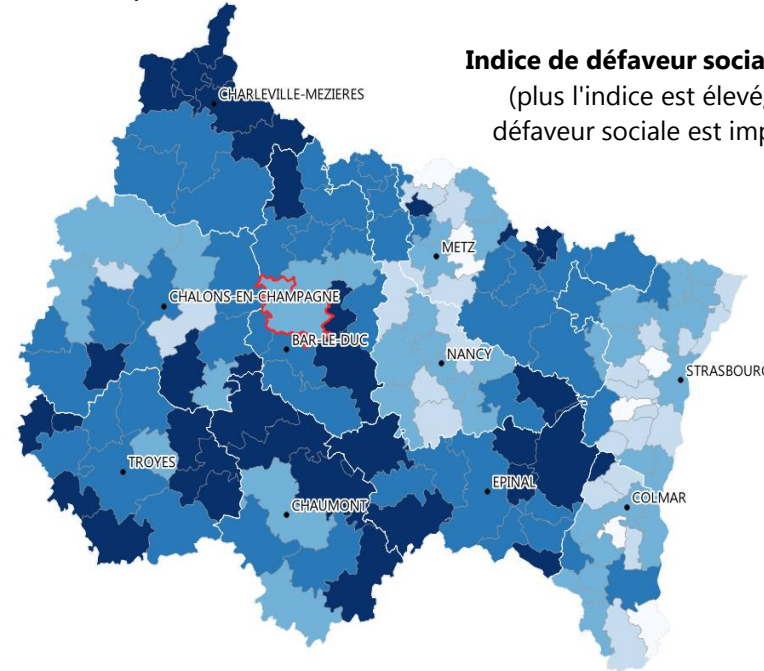
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Meuse
département

6 452
habitants

47
communes

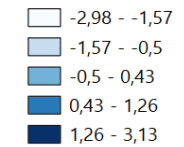
EPCI à dominante
rurale



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>)	6 452	9,7	96,7		119,7	29,6	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>)	-143	-0,44	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-126	-0,38	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		99,5	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	3,7 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	6 452	100,0	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,0 →

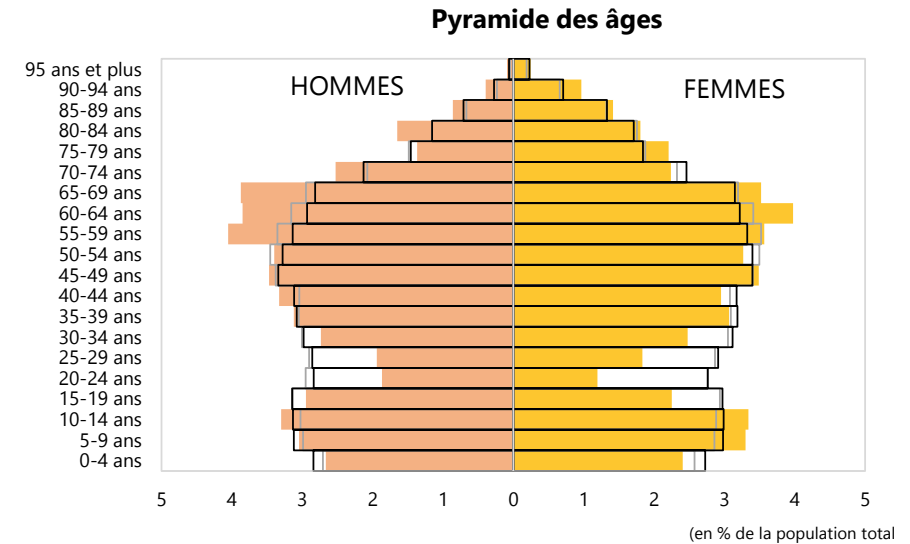
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)	0,0	0,4	●		0,9		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	253	8,5	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-0,3	↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	594	28,4	●	27,5	30,5	0,4	28,7	27,9	0,8	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,6	●	2,5	6,7	1,0	3,3	5,8	-2,0	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 590		●	21 930	20 830				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	272	9,8	●	14,5	14,4				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,5	●	5,8	6,2				n.d.	n.d.
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 467	29,8	●	27,0	31,2	0,7	27,4	29,4	-1,8	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 093	22,2	●	31,0	19,8	0,8	27,7	21,5	2,1	↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	85,0	89,8
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
15	Décès toutes causes confondues	62	669,8	784,7	●	725,2	806,5	1,8	773,8	818,4	-3,3	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	8	113,4	181,6	●	175,7	198,4	2,2	182,2	180,3	-10,7	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	17	214,5	294,9	●	277,8	311,1	2,5	294,8	295,6	-7,3	➔
18	Décès par cancers	17	188,7	224,3	●	212,4	227,1	2,2	224,4	223,8	-3,4	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	18	189,2	187,5	●	170,0	195,2	1,7	181,7	205,6	-5,3	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	n.d.	n.d.	34,7		25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	n.d.	➔
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	20,7	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	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	n.d.	n.d.	25,8		24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	n.d.	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	9	100,7	129,3	●	109,3	132,3	2,1	129,4	129,0	-5,8	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	6	77,3	124,4	●	116,2	139,6	n.d.	124,2	125,7	-8,3	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	3	37,0	58,0	●	53,2	60,9	n.d.	57,8	58,7	-13,1	➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

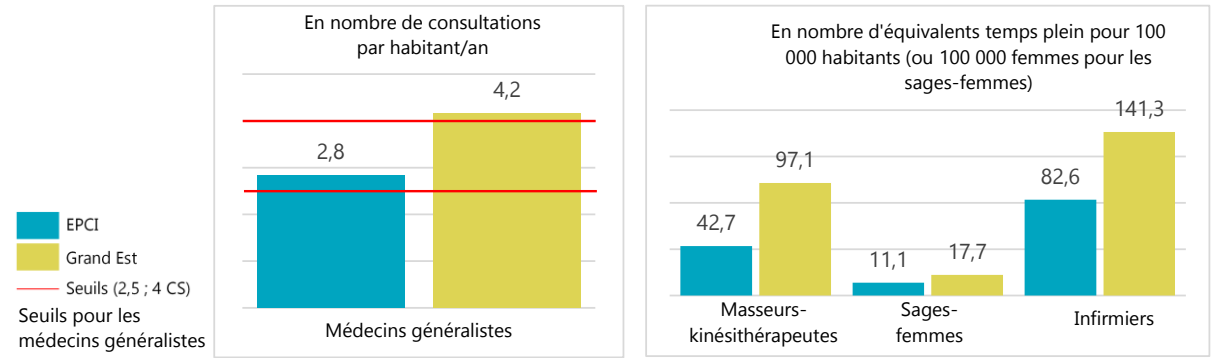
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans			
27	Personnes prises en charge tous cancers	347	4 094	4 223	●	4 161	4 193	1,1	4 221	4 236	-0,1	➔	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	12	n.d.	211		193	229	0,6	213	201	#VALEUR!	➔	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	47	520	492	●	458	513	1,2	489	503	2,0	↗	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	63	1 520	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	-0,7	↘	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	64	1 442	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	-2,5	↘	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	677	7 499	6 736	●	6 142	7 351	1,5	6 723	6 783	0,5	↗	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	147	1 627	1 204	●	1 130	1 319	1,4	1 210	1 185	4,5	↗	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	260	2 924	2 882	●	2 519	3 237	2,3	2 909	2 795	5,0	↗	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	97	953	990	●	932	996	1,3	974	1 040	-3,0	↘	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	459	5 278	5 516	●	4 840	5 343	1,2	5 586	5 284	-0,3	↘	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	25	32	●	33	23	0,5	36	17	32,9	➔	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	66	117	●	212	73	2,8	131	67	4,6	➔	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	210	2 906	3 451	●	3 821	3 567	1,0	3 602	2 954	10,4	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	62	925	927	●	1 020	1 204	1,4	948	866	n.d.	n.d.	!
41	Patients traités par psychotropes	528	6 572	7 186	●	7 149	7 503	0,6	7 201	7 142	-4,9	↘	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	306	3 873	3 548	●	3 916	3 796	0,5	3 537	3 588	-3,8	↘	!
43	Patients traités par anxiolytiques	240	2 957	4 002	●	3 902	4 332	0,5	3 998	4 018	-6,3	↘	!

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,8	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	-5,9	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,7	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-6,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	42,7	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	3,4	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	11,1	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	5,7	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	82,6	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	-3,1	⬇️ !

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	9,3	1,8	●	1,2	3,9	20,0	1,0	4,3	5,8	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	23,9	14,5	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	1,6	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	25,9	12,6	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	0,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	23,9	11,6	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	2,2	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	23,8	10,8	●	8,6	17,0	n.d.	8,1	19,5	0,5	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	0	17,9	2,6	●	2,2	5,4	n.d.	1,5	6,1	0,7	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	13,7	5,5	●	4,5	8,6	0,0	3,9	10,7	0,5	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	14	6,9	1,4	●	0,9	3,7	26,7	0,7	3,6	0,2	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	2	9,0	1,8	●	1,3	4,4	0,0	1,0	4,5	0,1	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	22,5 min	25,9 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	22,5	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	-0,7	↘
60	Services de chirurgie	0	25,9	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	0,6	↗
61	Services d'obstétrique	0	37,2	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	8,2	↗
62	Services de soins de suite	0	22,1	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	0,6	↗
63	Services d'urgence	0	25,9	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	0,6	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	20,7	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	0,6	↗
65	EHPAD	2	8,3	4,0	●	3,0	7,2		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	51,7				
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	57,5				
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	34,7				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	28,4				
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	69,8				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	2 473	38 117	43 256	●	40 236	37 859	0,9	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	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	28	3,0	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	8,0	↗	
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)	76	14,2	16,4	●	15,9	18,7	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)	44	7,7	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	5,9	↗	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	225	39,4	41,5	●	46,6	32,3	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)	21	1,4	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	1,6	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	75	42,6	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	-5,3	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	604	51,5	46,8	●	47,3	47,2	1,2	46,8	46,9	-7,0	↘

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	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	163	2,5	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	0,7	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	210	4,0	8,9	●	9,3	8,4		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>)	265	43,4	42,8	●	42,7	44,7	0,2	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>)	79	5,5	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	58	1,7	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	0,8	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	143	16,1	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	-1,4	↘
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	0	0,0	0,0	●		4,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

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

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

Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	42	1,5	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-2,7	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	24	0,9	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-2,5	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 128	40,0	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-1,4	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	595	21,1	17,5	●	13,9	23,1		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	0,4		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	24	3,6	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,0	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-2,0	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 501	5,7	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	121		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	458	15,5	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	-0,7	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		49,2	91,6	●	98,3	87,2				-0,3	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	2 610	60,0	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,6		●							
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>)		87,0	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	47	100,0	44,3			26,7		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>)	46	98,4	49,2			53,0		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>)	8	16,8	20,3			36,5		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>)	39	83,2	45,0			62,9		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			0,6		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.

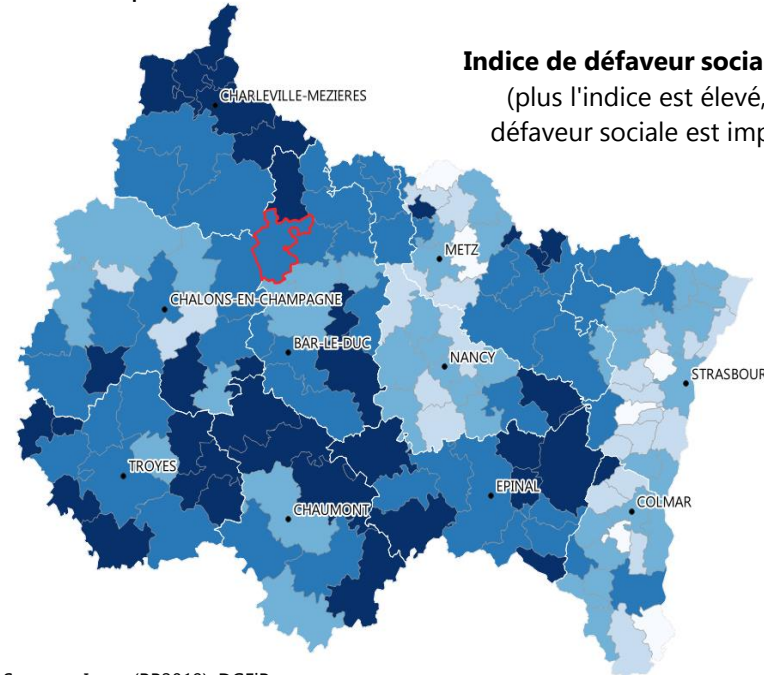
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Meuse
département

7 041
habitants

38
communes

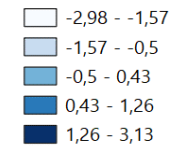
EPCI à dominante
rurale



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

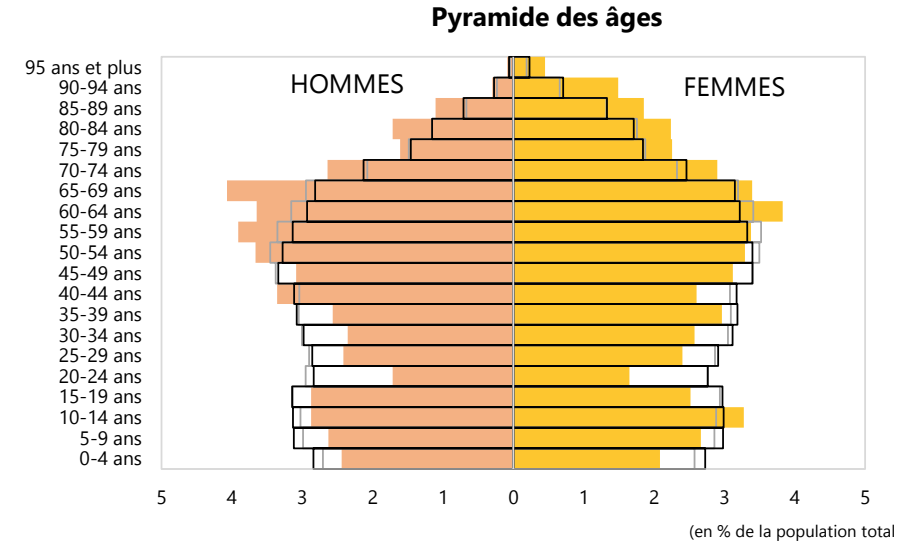
	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	7 041	14,3	96,7		119,7	29,6	0,96	192,8	36,2	-0,9 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-318	-0,88	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-89	-0,25	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		122,3	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	3,3 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	7 041	100,0	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,0 →

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

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

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

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



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,9	0,4	●		0,9		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	334	11,0	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-2,6	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	666	29,4	28,5	●	27,5	30,5	0,5	28,7	27,9	-0,8	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		9,1	3,7	●	2,5	6,7	0,6	3,3	5,8	-1,2	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 610		21 800	●	21 930	20 830				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	432	14,7	14,7	●	14,5	14,4				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	6,2				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 937	34,8	27,8	●	27,0	31,2	0,7	27,4	29,4	-2,3	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	983	17,7	26,3	●	31,0	19,8	0,9	27,7	21,5	2,3	↗

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

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

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

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

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



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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	77,0	86,8
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	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	854,5	784,7	●	725,2	806,5	1,9	773,8	818,4	0,0	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	14	204,3	181,6	●	175,7	198,4	2,9	182,2	180,3	1,1	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	24	293,1	294,9	●	277,8	311,1	2,2	294,8	295,6	-1,7	➔
18	Décès par cancers	29	256,8	224,3	●	212,4	227,1	2,6	224,4	223,8	5,4	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	26	191,3	187,5	●	170,0	195,2	1,5	181,7	205,6	-5,3	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	4	31,0	34,7	●	25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	0,5	➔
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4	■	13,2	20,7	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	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	3	28,5	25,8	●	24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	-6,9	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	13	110,7	129,3	●	109,3	132,3	2,9	129,4	129,0	-2,1	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	9	112,8	124,4	●	116,2	139,6	2,4	124,2	125,7	-4,4	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	4	50,1	58,0	●	53,2	60,9	n.d.	57,8	58,7	-10,1	➔

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

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

Principales causes de morbidité

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

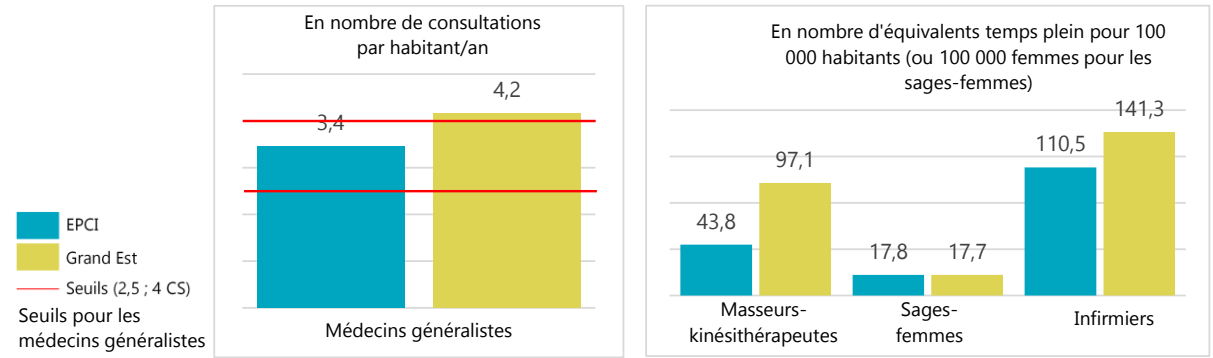
Morbidité

	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	403	4 331	4 223	●	4 161	4 193	1,1	4 221	4 236	1,9	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	25	289	211	●	193	229	n.d.	213	201	5,9	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	60	602	492	●	458	513	1,0	489	503	3,2	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	81	1 681	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	0,6	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	74	1 551	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	1,1	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	718	6 881	6 736	●	6 142	7 351	2,0	6 723	6 783	2,3	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	110	1 036	1 204	●	1 130	1 319	1,1	1 210	1 185	-0,6	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	308	3 053	2 882	●	2 519	3 237	3,2	2 909	2 795	2,6	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	111	937	990	●	932	996	1,6	974	1 040	-4,1	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	528	5 565	5 516	●	4 840	5 343	1,3	5 586	5 284	2,4	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	25	32	●	33	23	n.d.	36	17	-1,6	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	140	117	●	212	73	1,9	131	67	1,3	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	229	3 164	3 451	●	3 821	3 567	1,0	3 602	2 954	3,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	76	1 096	927	●	1 020	1 204	1,6	948	866	14,6	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	655	7 448	7 186	●	7 149	7 503	0,5	7 201	7 142	-0,9	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	368	4 355	3 548	●	3 916	3 796	0,4	3 537	3 588	1,1	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	331	3 745	4 002	●	3 902	4 332	0,5	3 998	4 018	-3,1	↘ !

Notes de lecture : 27-40. Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n-4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 4 ans. | **41.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Plus de précisions sur ameli.fr (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	3,5		4,4	3,3	-5,1	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,7	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-9,0	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	43,8	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	-3,6	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	17,8	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	-4,2	⬇️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	110,5	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	2,6	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	8	4,0	●	1,2	3,9	37,5	1,0	4,3	7,0	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	29,6	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	5,0	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	29,6	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	-0,9	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	22,4	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	-0,8	⬇️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	22,4	●	8,6	17,0	n.d.	8,1	19,5	-0,8	⬇️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	1	7,8	●	2,2	5,4	0,0	1,5	6,1	0,4	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	8,0	●	4,5	8,6	0,0	3,9	10,7	0,3	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	16	4,7	●	0,9	3,7	0,0	0,7	3,6	0,0	➡️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	5	4,8	●	1,3	4,4	0,0	1,0	4,5	-0,2	⬇️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	22,7 min	30,1 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	22,7	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	-0,5	↘
60	Services de chirurgie	0	30,5	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	-0,3	↘
61	Services d'obstétrique	0	30,5	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	-0,3	↘
62	Services de soins de suite	0	22,7	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	-0,5	↘
63	Services d'urgence	0	30,1	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	-0,3	↘
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	20,2	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	0,1	→
65	EHPAD	3	6,7	4,0	●	3,0	7,2		2,9	7,4	0,2	↗

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

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (part pour 100 personnes de 16 ans)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	2 662	39 345	43 256	●	40 236	37 859	0,8	43 674	41 912	0,0 →

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	18	1,9	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	9,8	↗	
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)	121	19,7	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	-2,0	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	58	8,5	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-7,0	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	210	30,9	41,5	●	46,6	32,3	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)	24	1,6	1,7	●	2,3	1,5	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)	84	43,8	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	-7,7	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	482	40,7	46,8	●	47,3	47,2	1,3	46,8	46,9	-4,6	↘

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	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	294	4,2	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-2,6	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	344	6,0	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	0,6	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	282	38,5	42,8	●	42,7	44,7	0,5	43,5	40,5	-2,5	↘
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>)	105	6,5	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	150	4,1	3,0	●	3,1	3,3		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>)	154	18,7	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	8,0	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	69	18,7	18,7	●		4,1		9,3	6,8	95,7	↗ !

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

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

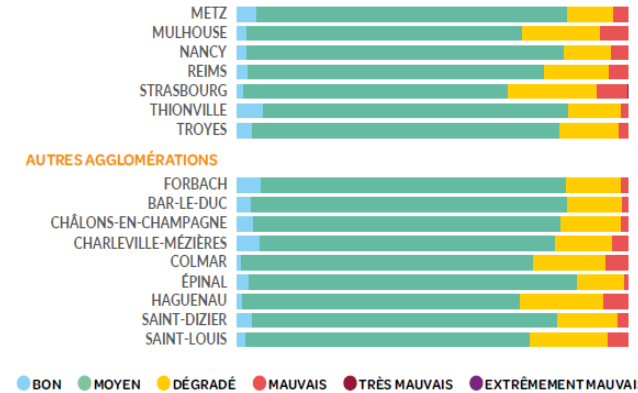
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



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)	46	1,5	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-5,8	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	28	0,9	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-6,0	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 448	47,6	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-2,3	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	756	24,9	17,5	●	13,9	23,1		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	0,4		3,9	0,7	n.d.	n.d.
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	9	1,8	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,1	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-1,3	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 337	4,9	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	127		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	372	11,7	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	-0,5	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		71,7	91,6	●	98,3	87,2				0,1	➡️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	3 081	68,7	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		3,3		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		2,0		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		44,2	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	38	100,0	44,3			26,7		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			53,0		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	75,0	20,3			36,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	14	25,0	45,0			62,9		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			0,6		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.

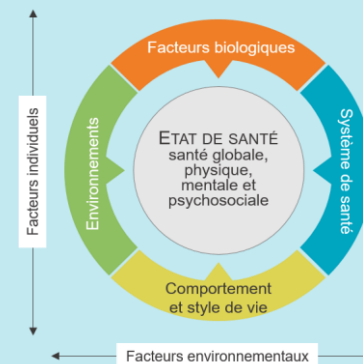
Autres informations

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. »

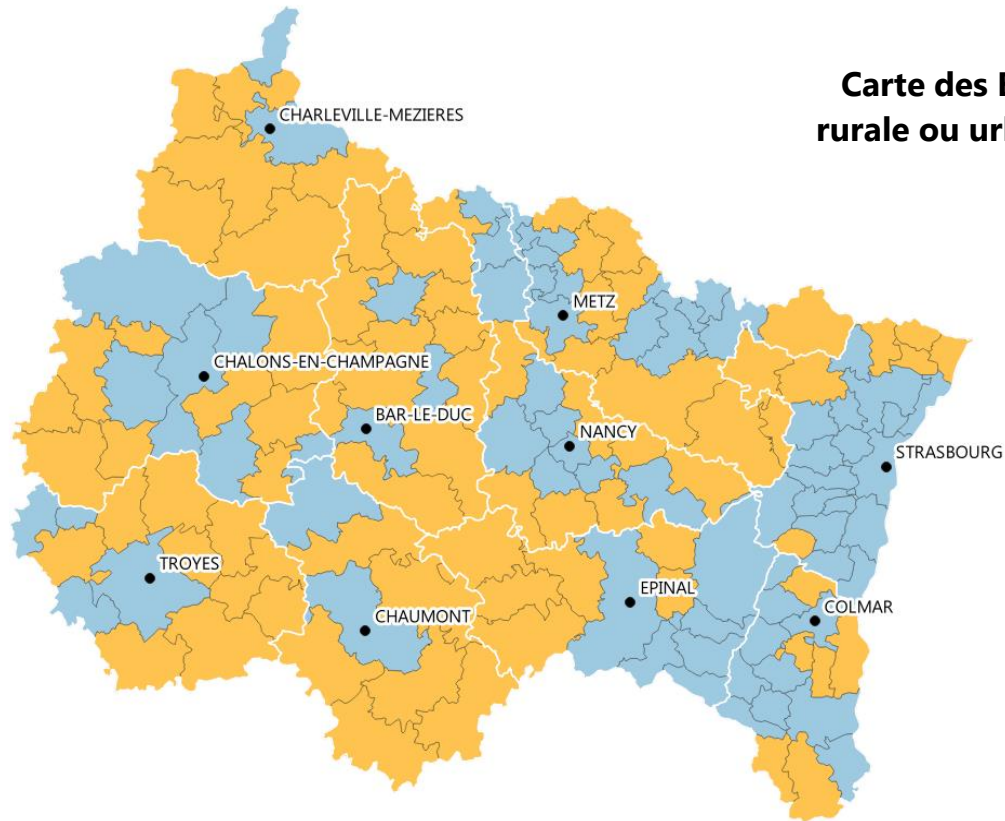
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

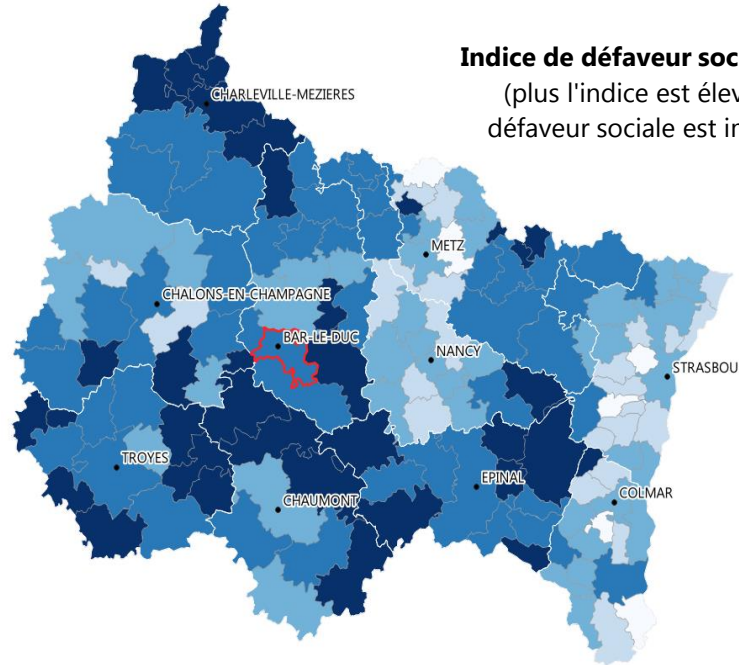
Retrouvez les clés de lecture en page 12

Meuse
département

34 222
habitants

33
communes

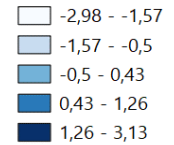
EPCI à dominante
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	34 222	85,6	96,7		119,7	29,6	0,93	192,8	36,2	-0,9 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-1 629	-0,93	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-1 147	-0,65	-0,17		0,07	-0,63		-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	99,1		84,5	92,3	3,2 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	9 717	28,4	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,5 ↗

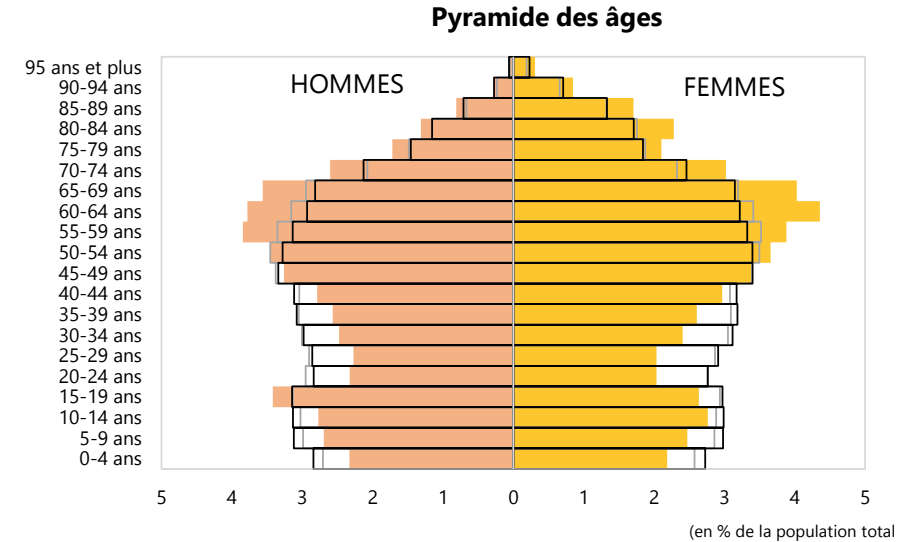
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,6	0,4	●		0,9		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	2 053	13,6	13,3	●	12,8	13,1	1,1	14,0	10,8	-1,2 ↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	3 700	31,0	28,5	●	27,5	30,5	0,5	28,7	27,9	1,6 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,2	3,7	●	2,5	6,7	0,8	3,3	5,8	-2,1 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 580		21 800	●	21 930	20 830				1,4 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	2 040	13,2	14,7	●	14,5	14,4				-0,7 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,3	5,8	●	5,8	6,2				2,4 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	8 304	31,1	27,8	●	27,0	31,2	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>)	6 077	22,8	26,3	●	31,0	19,8	1,0	27,7	21,5	2,0 ↗

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

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

Les 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	78,0	85,2
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	416	817,3	784,7	●	725,2	806,5	1,7	773,8	818,4	0,0 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	72	209,4	181,6	●	175,7	198,4	2,2	182,2	180,3	2,1 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	137	337,3	294,9	●	277,8	311,1	2,0	294,8	295,6	1,7 ➔
18 Décès par cancers	112	231,0	224,3	●	212,4	227,1	1,9	224,4	223,8	-0,1 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	104	191,8	187,5	●	170,0	195,2	1,8	181,7	205,6	-3,9 ↘
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	12	23,2	34,7	●	25,0	32,8	6,6	34,6	35,0	-3,0 ➔
21 Décès par suicide	9	24,1	13,4	●	13,2	20,7	n.d.	12,9	15,4	5,7 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	14	32,5	25,8	●	24,8	24,8	4,8	26,0	25,2	0,9 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	64	127,9	129,3	●	109,3	132,3	3,1	129,4	129,0	-2,8 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	59	150,5	124,4	●	116,2	139,6	3,2	124,2	125,7	0,0 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	30	73,3	58,0	●	53,2	60,9	1,2	57,8	58,7	1,3 ➔

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

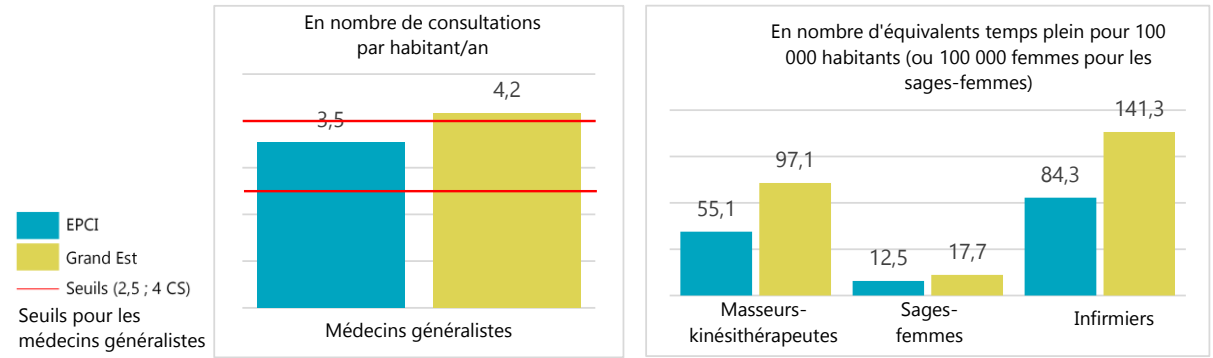
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 207	4 394	4 223	●	4 161	4 193	1,1	4 221	4 236	-0,9	⬇️ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	123	245	211	●	193	229	1,8	213	201	-0,3	⬇️ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	247	464	492	●	458	513	1,7	489	503	-1,0	⬇️ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	460	1 754	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	0,1	➡️ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	351	1 484	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	-4,8	⬇️ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	4 162	7 887	6 736	●	6 142	7 351	2,0	6 723	6 783	-0,8	⬇️ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	804	1 566	1 204	●	1 130	1 319	1,7	1 210	1 185	-0,4	⬇️ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 823	3 422	2 882	●	2 519	3 237	3,1	2 909	2 795	-0,1	➡️ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	618	1 040	990	●	932	996	1,8	974	1 040	-1,6	⬇️ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 668	5 332	5 516	●	4 840	5 343	1,4	5 586	5 284	-2,0	⬇️ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	26	32	●	33	23	9,4	36	17	4,6	⬆️ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	30	87	117	●	212	73	4,3	131	67	6,5	⬆️ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 994	5 160	3 451	●	3 821	3 567	1,3	3 602	2 954	0,2	⬆️ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	574	1 562	927	●	1 020	1 204	1,7	948	866	9,3	⬆️ !
41	Patients traités par psychotropes	3 534	7 741	7 186	●	7 149	7 503	0,6	7 201	7 142	-5,7	⬇️ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 653	3 780	3 548	●	3 916	3 796	0,4	3 537	3 588	-4,3	⬇️ !
43	Patients traités par anxiolytiques	2 026	4 432	4 002	●	3 902	4 332	0,6	3 998	4 018	-5,0	⬇️ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,5	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	-3,0	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,3	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-2,7	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	55,1	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	-1,3	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	12,5	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	4,4	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	84,3	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	6,9	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	24	2,2	●	1,2	3,9	50,0	1,0	4,3	4,1	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	40					48,8				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	7,4	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	0,6	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	8,3	●	12,5	21,7	50,0	8,3	27,0	0,9	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	2	8,3	●	10,5	21,4	50,0	8,0	23,7	1,0	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	4	8,3	●	8,6	17,0	50,0	8,1	19,5	0,9	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	14	3,0	●	2,2	5,4	35,7	1,5	6,1	1,6	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	4,5	●	4,5	8,6	0,0	3,9	10,7	2,3	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	46	2,0	●	0,9	3,7	21,2	0,7	3,6	1,0	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	20	2,2	●	1,3	4,4	19,8	1,0	4,5	1,2	⬆️ !

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

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

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

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

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

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	3	7,4	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	-1,4	↘
60	Services de chirurgie	1	8,3	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	0,9	↗
61	Services d'obstétrique	0	31,3	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	31,5	↗
62	Services de soins de suite	1	8,3	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	0,9	↗
63	Services d'urgence	1	8,3	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	0,9	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	4,5	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	1,6	↗
65	EHPAD	5	3,6	4,0	●	3,0	7,2		2,9	7,4	1,5	↗

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour 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	51,7				
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	57,5				
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	34,7				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	28,4				
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	69,8				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	13 452	36 720	43 256	●	40 236	37 859	0,8	43 674	41 912	-1,3 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	100	2,3	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	10,0	↗	
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)	641	18,0	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	-2,4	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	403	13,2	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-2,2	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 152	37,7	41,5	●	46,6	32,3	43,0	35,8	1,4	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	117	1,6	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	0,5	↗	
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)	594	68,7	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	-1,9	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 044	53,1	46,8	●	47,3	47,2	1,1	46,8	46,9	-6,4	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	1 878	5,5	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-0,7	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	3 459	11,4	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	5,4	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	1 496	45,7	42,8	●	42,7	44,7	0,4	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>)	392	5,0	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	927	5,0	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-0,4	↘
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	1 153	27,5	24,2	●	24,9	24,0		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>)	85	4,6	4,6	●		4,1		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)

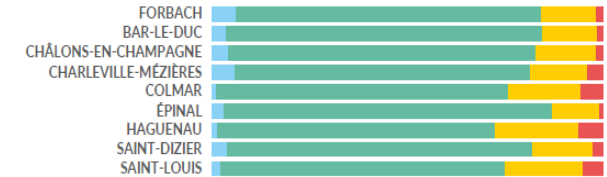
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	230	1,4	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-6,8	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	30	0,2	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-10,7	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	4 213	25,7	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-1,8	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	3 801	23,2	17,5	●	13,9	23,1		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	0,4		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	27	6,7	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,9	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-2,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 253	7,5	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	120		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	3	9,1	2,1	●	2,4	2,0		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	3 196	20,3	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	1,3	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		124,6	91,6	●	98,3	87,2				0,7	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	16 858	74,5	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,0		●							
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>)		2,5	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	0	0,0	44,3		26,7		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>)	33	100,0	49,2		53,0		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	14	30,9	20,3		36,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	19	69,1	45,0		62,9		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		0,6		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.

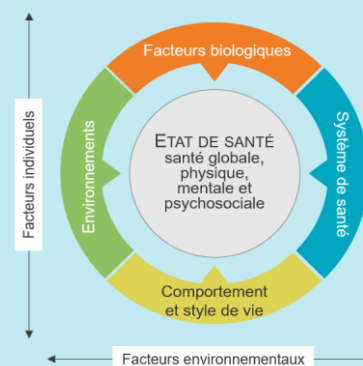
Autres informations

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. »

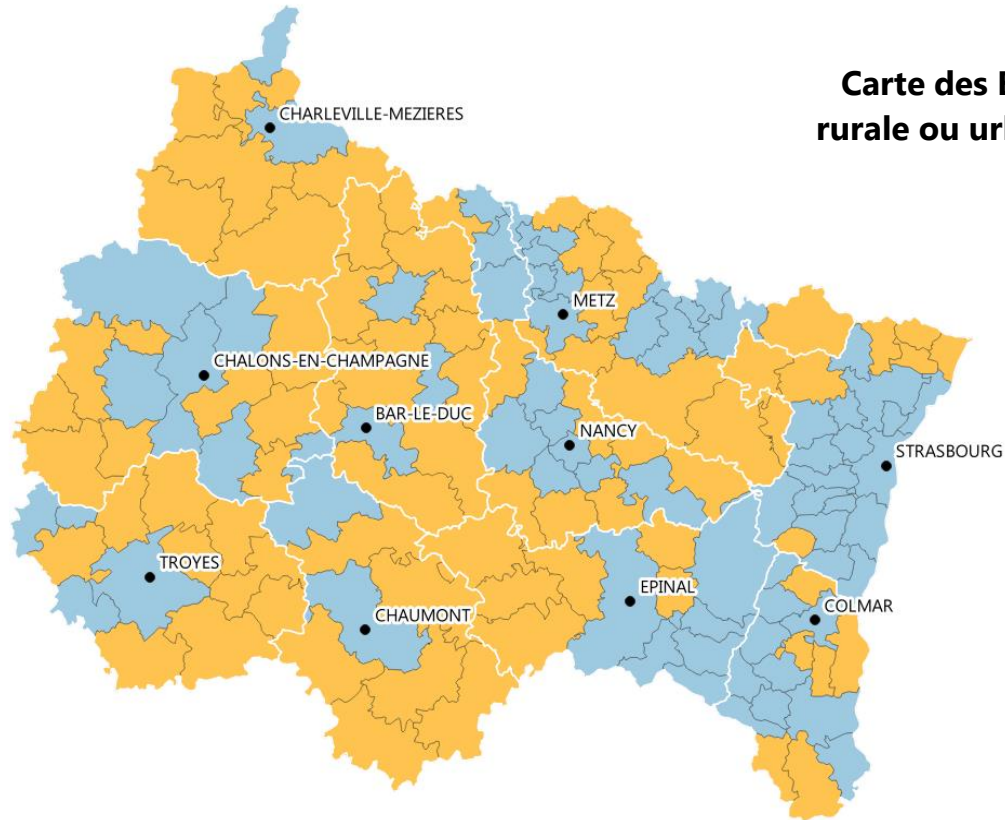
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

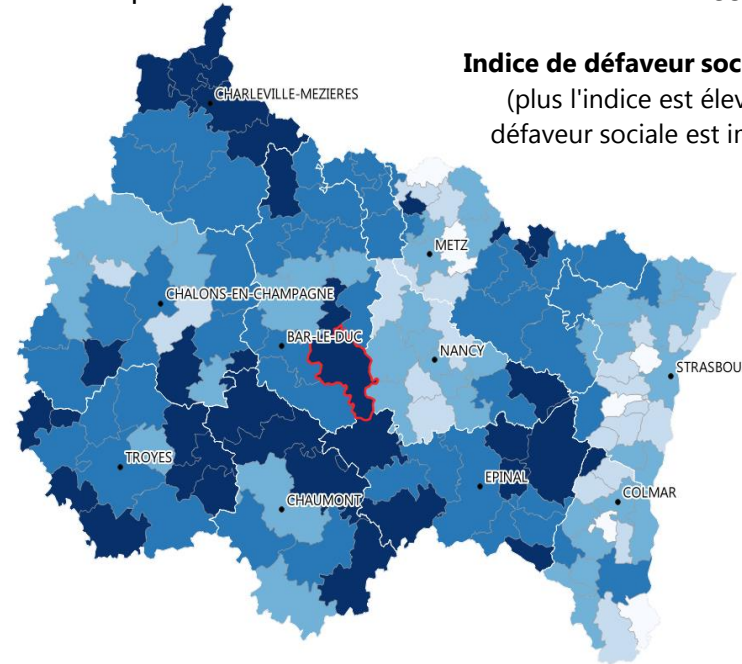
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Meuse
département

22 192
habitants

54
communes

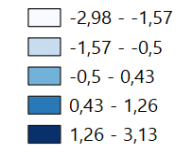
EPCI à dominante
rurale



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>)	22 192	31,2	96,7		119,7	29,6	0,95	192,8	36,2	-0,9 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-1 004	-0,88	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-1 216	-1,06	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		93,2	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	3,6 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	16 806	75,7	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,3 ↗

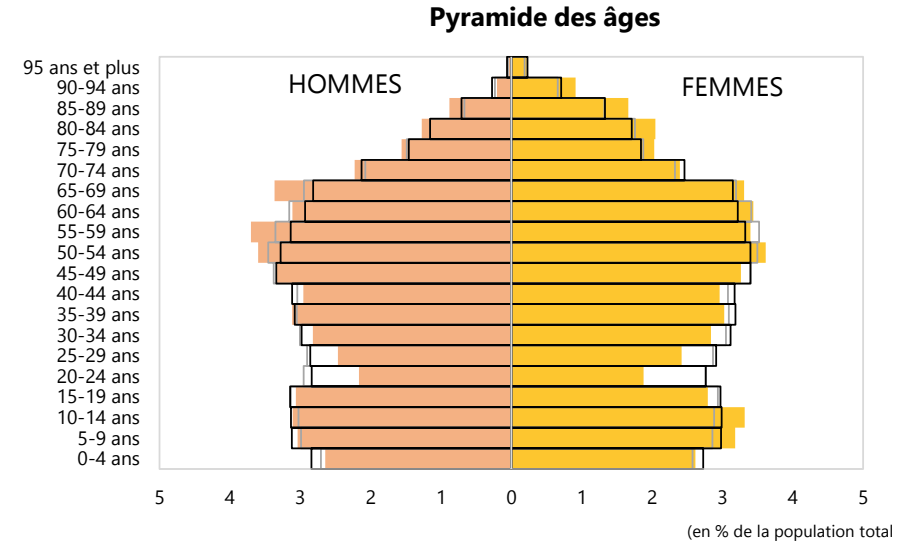
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,4	0,4	●		0,9		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 446	14,7	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-2,0	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 077	29,0	28,5	●	27,5	30,5	0,4	28,7	27,9	0,5	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		9,2	3,7	●	2,5	6,7	1,2	3,3	5,8	2,0	↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 270		21 800	●	21 930	20 830				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 459	15,1	14,7	●	14,5	14,4				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		7,0	5,8	●	5,8	6,2				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	5 580	33,2	27,8	●	27,0	31,2	0,7	27,4	29,4	-2,0	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 027	18,0	26,3	●	31,0	19,8	0,9	27,7	21,5	2,2	↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	78,2	85,4
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	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	249	810,1	784,7	●	725,2	806,5	1,7	773,8	818,4	-2,0	🟢
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	39	186,9	181,6	●	175,7	198,4	2,0	182,2	180,3	-2,3	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	70	298,4	294,9	●	277,8	311,1	2,0	294,8	295,6	-2,2	➔
18	Décès par cancers	62	210,0	224,3	●	212,4	227,1	2,1	224,4	223,8	-3,6	🟢
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	64	204,2	187,5	●	170,0	195,2	1,6	181,7	205,6	-2,7	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	10	30,8	34,7	●	25,0	32,8	5,0	34,6	35,0	-5,7	➔
21	Décès par suicide	4	17,5	13,4	●	13,2	20,7	n.d.	12,9	15,4	-2,6	➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	7	23,9	25,8	●	24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	-7,0	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	37	121,6	129,3	●	109,3	132,3	2,7	129,4	129,0	-5,3	🟢
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	32	133,4	124,4	●	116,2	139,6	2,6	124,2	125,7	-3,9	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	16	68,6	58,0	●	53,2	60,9	1,3	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.

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

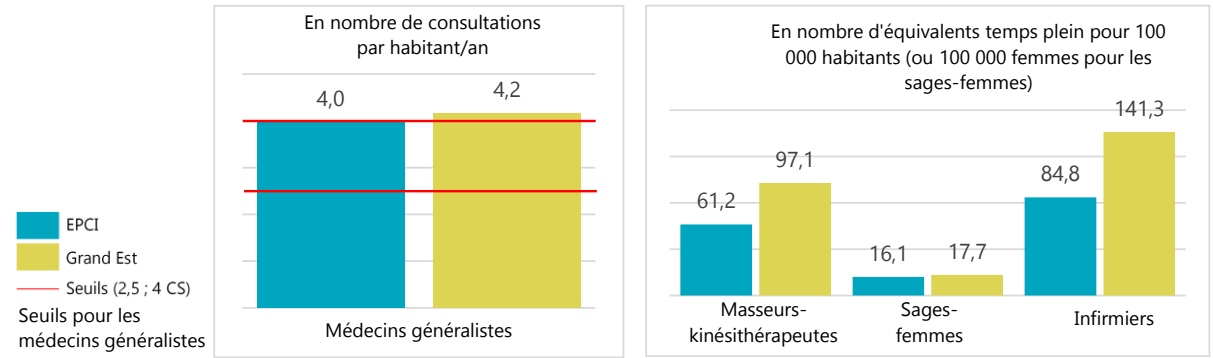
Morbidité

	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	1 163	4 211	4 223	●	4 161	4 193	1,0	4 221	4 236	2,4	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	76	259	211	●	193	229	2,0	213	201	13,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	168	579	492	●	458	513	1,3	489	503	4,7	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	220	1 594	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	2,8	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	172	1 317	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	-1,2	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 299	7 937	6 736	●	6 142	7 351	1,7	6 723	6 783	1,6	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	399	1 373	1 204	●	1 130	1 319	1,4	1 210	1 185	4,3	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 087	3 792	2 882	●	2 519	3 237	2,4	2 909	2 795	3,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	352	1 063	990	●	932	996	1,5	974	1 040	1,3	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 542	5 661	5 516	●	4 840	5 343	1,4	5 586	5 284	1,3	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	16	32	●	33	23	0,9	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	13	n.d.	117		212	73	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	816	3 541	3 451	●	3 821	3 567	1,0	3 602	2 954	6,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	277	1 256	927	●	1 020	1 204	1,2	948	866	23,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 970	7 675	7 186	●	7 149	7 503	0,6	7 201	7 142	-3,7	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	873	3 584	3 548	●	3 916	3 796	0,4	3 537	3 588	-1,9	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 171	4 566	4 002	●	3 902	4 332	0,5	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	4,0	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	-2,1	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,7	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-2,0	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	61,2	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	3,5	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	16,1	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	4,2	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	84,8	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	2,5	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	19	2,7	●	1,2	3,9	52,6	1,0	4,3	0,4	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	8					37,5				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	36,8	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	0,3	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	28,0	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	0,9	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	27,5	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	12,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	12,1	●	8,6	17,0	0,0	8,1	19,5	0,8	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	9	4,1	●	2,2	5,4	11,1	1,5	6,1	0,4	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	7,8	●	4,5	8,6	0,0	3,9	10,7	12,2	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	30	2,6	●	0,9	3,7	34,4	0,7	3,6	-0,2	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	11	4,5	●	1,3	4,4	18,2	1,0	4,5	0,8	⬆️ !

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

Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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	12,1 min	27,5 min	7,0 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	12,1	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	0,8	↗
60	Services de chirurgie	0	27,5	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	12,2	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	-14,6	↘
62	Services de soins de suite	1	12,1	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	0,8	↗
63	Services d'urgence	0	27,5	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	7,0	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	0,9	↗
65	EHPAD	3	5,1	4,0	●	3,0	7,2		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 **3**
soit 0,5 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)			52,3		49,2	51,7				
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	57,5				
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	34,7				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	28,4				
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	69,8				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	9 078	40 108	43 256	●	40 236	37 859	0,9	43 674	41 912	0,3 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	73	2,3	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	4,5	↗	
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)	447	20,3	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	-1,7	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	296	12,9	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-3,5	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	715	31,2	41,5	●	46,6	32,3	43,0	35,8	1,4	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	95	1,8	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	6,4	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	456	68,8	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	2,3	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 767	43,0	46,8	●	47,3	47,2	1,6	46,8	46,9	-8,4	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	1 235	5,6	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-0,3	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	1 491	8,1	8,9	●	9,3	8,4		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>)	977	44,8	42,8	●	42,7	44,7	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>)	235	5,1	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	381	3,2	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	4,6	↗
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>)	812	26,5	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	4,2	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	65	5,4	5,4	●		4,1		9,3	6,8	2,2	↗ !

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.

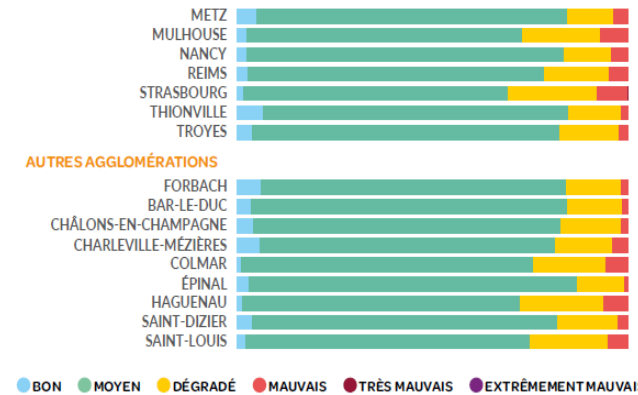
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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)



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)	108	1,1	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-13,5	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	52	0,5	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-1,7	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 682	37,4	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-0,8	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 513	25,5	17,5	●	13,9	23,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	0,7	1,8	●	1,3	0,4		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	51	7,2	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		4,4	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-0,7	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	4 253	11,5	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	168		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	1 502	14,2	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	-1,4	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		84,4	91,6	●	98,3	87,2				0,0	➡️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	1 066	8,4	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,9		●							
101	Niveau de commerces généralistes		2,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,3		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		14,8	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	0	0,0	44,3			26,7		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>)	54	100,0	49,2			53,0		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	9	4,2	20,3			36,5		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>)	44	91,2	45,0			62,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	1	4,6	34,7			0,6		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.

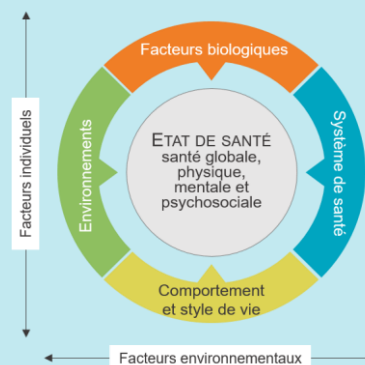
Autres informations

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. »

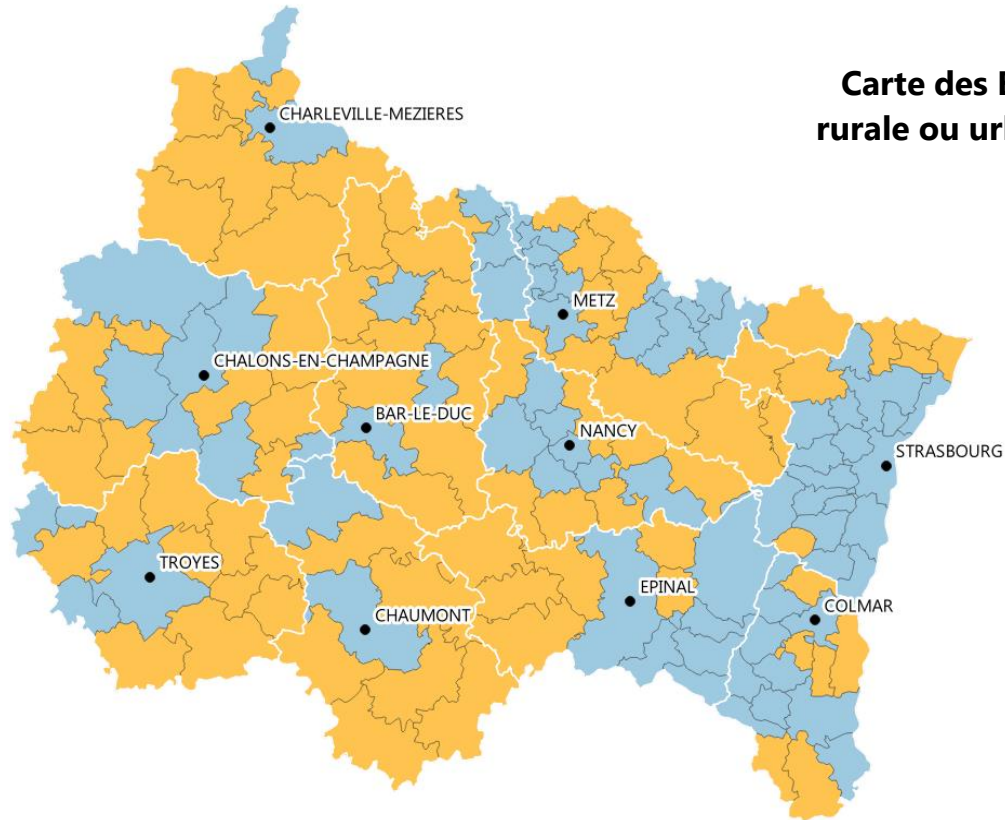
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

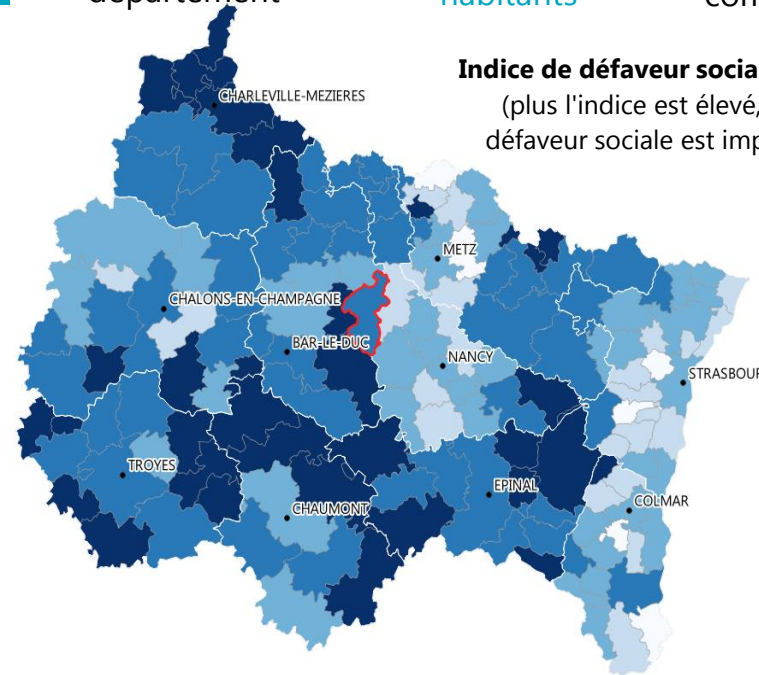
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Meuse
département

5 977
habitants

25
communes

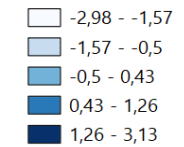
EPCI à dominante
rurale



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>)	5 977	14,2	96,7		119,7	29,6	1,08	192,8	36,2	-0,2 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-48	-0,16	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-106	-0,35	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		76,2	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	3,1 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	5 977	100,0	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,0 →

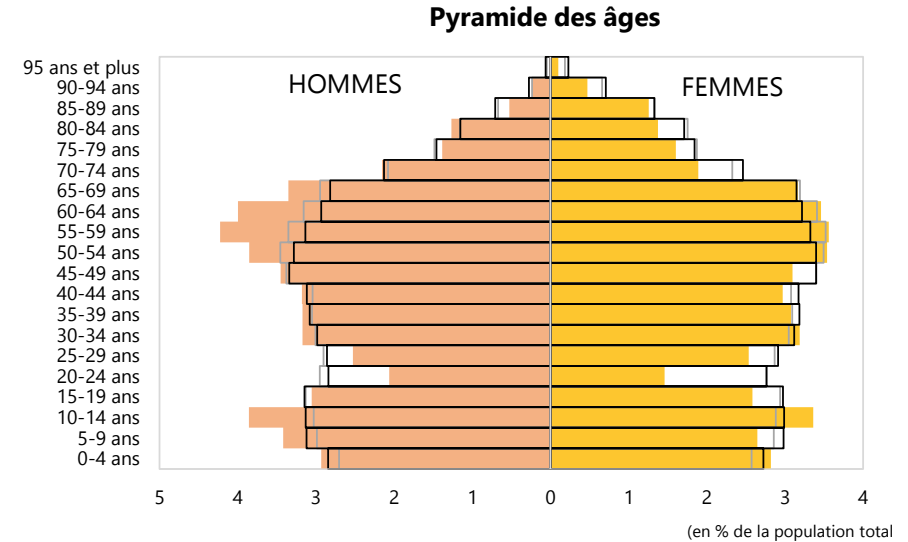
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,6	0,4	●		0,9		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	326	11,4	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	1,7 ↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	589	29,0	28,5	●	27,5	30,5	0,5	28,7	27,9	0,0 →
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		8,1	3,7	●	2,5	6,7	1,1	3,3	5,8	-2,9 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 120		21 800	●	21 930	20 830				1,9 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	319	12,8	14,7	●	14,5	14,4				-2,7 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,1	5,8	●	5,8	6,2				0,4 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 152	25,8	27,8	●	27,0	31,2	0,7	27,4	29,4	-2,8 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	977	21,9	26,3	●	31,0	19,8	0,8	27,7	21,5	2,5 ↗

Notes de lecture : 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées 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	79,0	85,6
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	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	49	751,6	784,7	●	725,2	806,5	1,6	773,8	818,4	-0,5	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	11	186,4	181,6	●	175,7	198,4	2,1	182,2	180,3	-4,0	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	20	311,9	294,9	●	277,8	311,1	2,2	294,8	295,6	0,8	➔
18	Décès par cancers	16	227,4	224,3	●	212,4	227,1	1,5	224,4	223,8	0,1	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	14	202,5	187,5	●	170,0	195,2	1,7	181,7	205,6	0,2	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	n.d.	n.d.	34,7		25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	n.d.	➔
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	20,7	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	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	n.d.	n.d.	25,8		24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	n.d.	n.d.
24	Décès par pathologies liées au tabac	9	130,5	129,3	●	109,3	132,3	2,7	129,4	129,0	7,7	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	10	156,8	124,4	●	116,2	139,6	3,0	124,2	125,7	4,1	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	3	40,4	58,0	●	53,2	60,9	n.d.	57,8	58,7	-9,3	➔

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

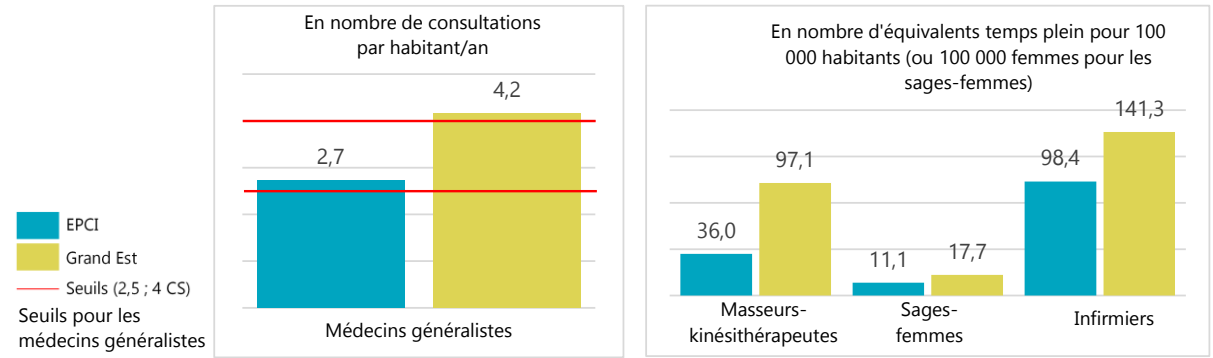
Morbidité

	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	277	4 040	4 223	●	4 161	4 193	1,1	4 221	4 236	1,8	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	22	314	211	●	193	229	n.d.	213	201	#VALEUR!	##### !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	36	493	492	●	458	513	n.d.	489	503	-1,5	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	46	1 376	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	1,0	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	49	1 568	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	-2,7	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	527	7 767	6 736	●	6 142	7 351	1,9	6 723	6 783	1,0	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	73	1 055	1 204	●	1 130	1 319	1,7	1 210	1 185	-6,5	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	247	3 625	2 882	●	2 519	3 237	2,5	2 909	2 795	1,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	85	1 195	990	●	932	996	1,3	974	1 040	0,3	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	343	5 072	5 516	●	4 840	5 343	1,4	5 586	5 284	-1,9	↘ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32		33	23	n.d.	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	49	117	●	212	73	n.d.	131	67	8,1	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	161	2 647	3 451	●	3 821	3 567	1,2	3 602	2 954	4,8	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	60	956	927	●	1 020	1 204	1,7	948	866	11,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	414	6 531	7 186	●	7 149	7 503	0,5	7 201	7 142	-1,4	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	201	3 161	3 548	●	3 916	3 796	0,4	3 537	3 588	-0,7	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	232	3 632	4 002	●	3 902	4 332	0,5	3 998	4 018	-0,1	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,7	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	-4,2	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,5	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-4,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	36,0	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	1,0	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	11,1	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	9,4	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	98,4	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	6,2	⬆️ !

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	2	8,3	1,8	●	1,2	3,9	0,0	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	19,8	n.d.	11,1	25,8	0,0	➡️
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	38,3	12,6	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	0,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	39,3	11,6	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	14,7	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	27,7	10,8	●	8,6	17,0	n.d.	8,1	19,5	0,9	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	1	9,2	2,6	●	2,2	5,4	0,0	1,5	6,1	-13,1	⬇️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	9,8	5,5	●	4,5	8,6	n.d.	3,9	10,7	0,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	6	8,0	1,4	●	0,9	3,7	25,0	0,7	3,6	0,1	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	1	9,1	1,8	●	1,3	4,4	0,0	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	29,0 min	39,4 min	17,0 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	29,0	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	40,2	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	0,2	↗
61	Services d'obstétrique	0	29,0	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	-6,1	↘
62	Services de soins de suite	0	19,1	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	0,9	↗
63	Services d'urgence	0	39,4	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	0,3	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	17,0	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	0,5	↗
65	EHPAD	0	13,1	4,0	●	3,0	7,2		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	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	2 297	38 462	43 256	●	40 236	37 859	0,9	43 674	41 912	0,0 →

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	10	1,2	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	-6,1	↘	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	79	14,4	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	-0,5	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	59	8,8	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-6,2	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	239	35,7	41,5	●	46,6	32,3	43,0	35,8	2,1	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	21	1,4	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	7,4	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	128	61,4	58,4	●	62,2	63,3	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)	674	59,6	46,8	●	47,3	47,2	1,0	46,8	46,9	5,4	↗

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	203	3,4	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	0,2	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	209	4,4	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	10,0	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	226	38,8	42,8	●	42,7	44,7	0,6	43,5	40,5	-2,6	↘
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	67	6,0	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	73	2,2	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	3,0	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	128	15,5	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	3,7	↗
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	●		4,1		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)

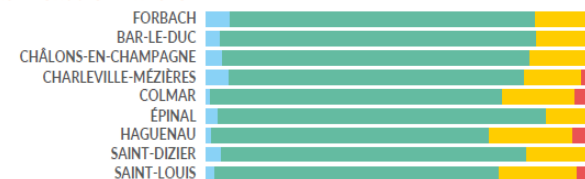
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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 ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	29	1,1	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-9,8	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	17	0,7	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-6,7	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 287	49,5	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-1,7	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	527	20,3	17,5	●	13,9	23,1		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	0,4		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	12	2,8	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,1	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-2,1	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 242	11,2	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	57		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	362	12,3	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	-5,2	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		58,4	91,6	●	98,3	87,2				-0,5	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	3 625	88,2	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		2,0		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,3		●							
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>)		45,4	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	25	100,0	44,3			26,7		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			53,0		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	7,0	20,3			36,5		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>)	22	90,8	45,0			62,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	1	2,1	34,7			0,6		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.

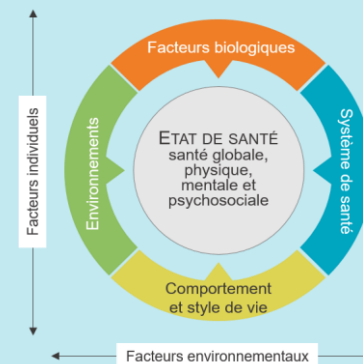
Autres informations

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. »

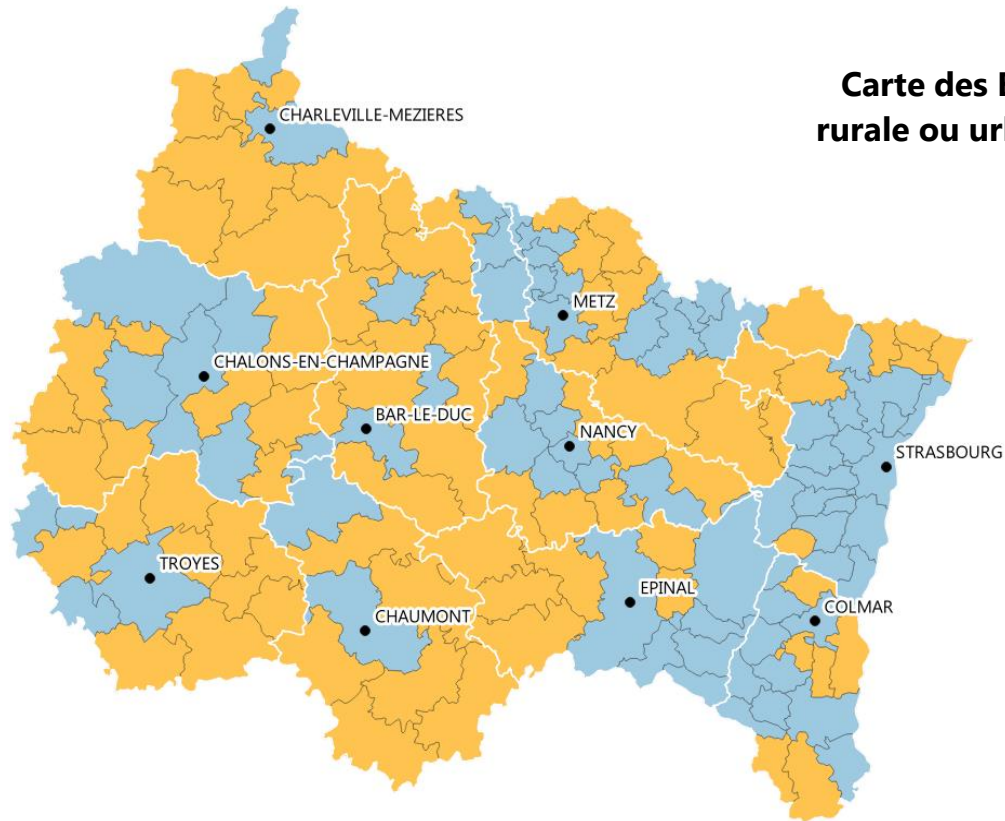
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

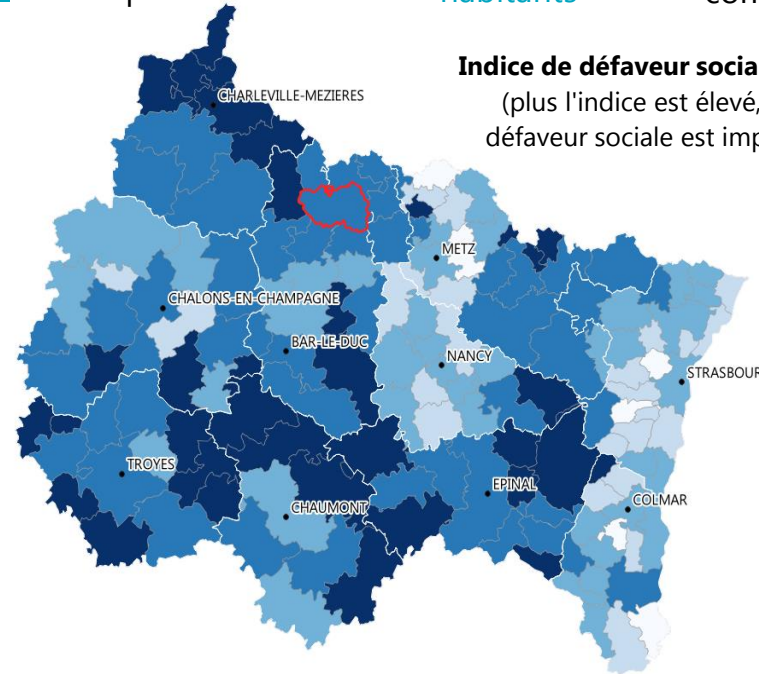
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Meuse
département

8 197
habitants

41
communes

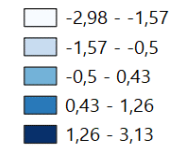
EPCI à dominante
rurale



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>)	8 197	16,6	96,7		119,7	29,6	1,02	192,8	36,2	-0,5 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-214	-0,51	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-199	-0,48	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		70,1	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	3,0 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	7 466	91,1	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,1 →

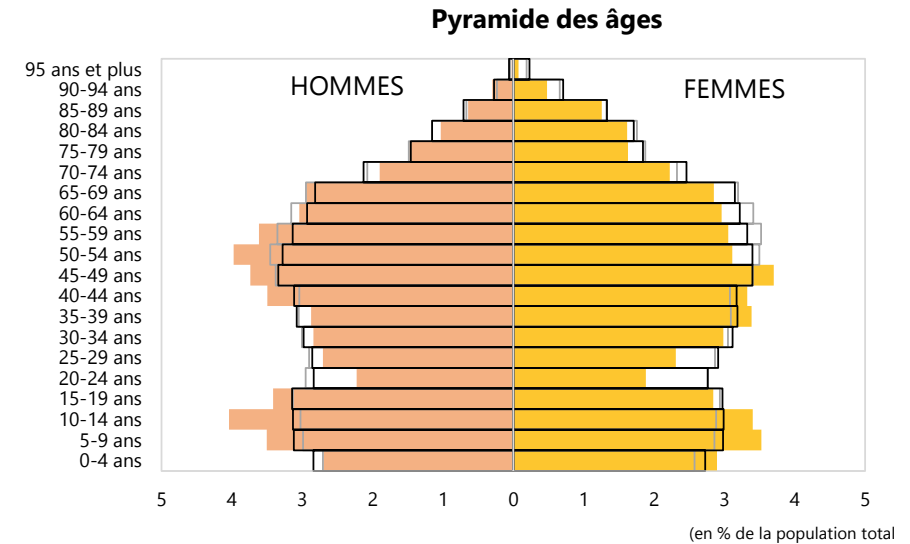
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,1	0,4	●		0,9		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	454	11,9	13,3	●	12,8	13,1	0,7	14,0	10,8	-0,8	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	891	30,4	28,5	●	27,5	30,5	0,4	28,7	27,9	1,5	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		11,8	3,7	●	2,5	6,7	1,2	3,3	5,8	2,4	↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 500		21 800	●	21 930	20 830				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	516	16,1	14,7	●	14,5	14,4				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,0	5,8	●	5,8	6,2				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 818	30,2	27,8	●	27,0	31,2	0,7	27,4	29,4	-2,8	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 053	17,5	26,3	●	31,0	19,8	0,8	27,7	21,5	2,3	↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	75,7	85,8
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	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	76	878,4	784,7	●	725,2	806,5	1,7	773,8	818,4	0,1	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	13	173,6	181,6	●	175,7	198,4	2,0	182,2	180,3	-0,3	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	26	319,3	294,9	●	277,8	311,1	2,1	294,8	295,6	2,2	➔
18	Décès par cancers	21	239,0	224,3	●	212,4	227,1	2,3	224,4	223,8	0,2	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	22	269,1	187,5	●	170,0	195,2	1,6	181,7	205,6	0,7	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	5	51,4	34,7	●	25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	6,5	➔
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	20,7	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	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	2	23,0	25,8	●	24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	2,3	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	12	130,4	129,3	●	109,3	132,3	4,4	129,4	129,0	-8,4	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	11	128,9	124,4	●	116,2	139,6	2,8	124,2	125,7	-0,8	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	6	72,9	58,0	●	53,2	60,9	1,3	57,8	58,7	2,6	➔

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

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

Principales causes de morbidité

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

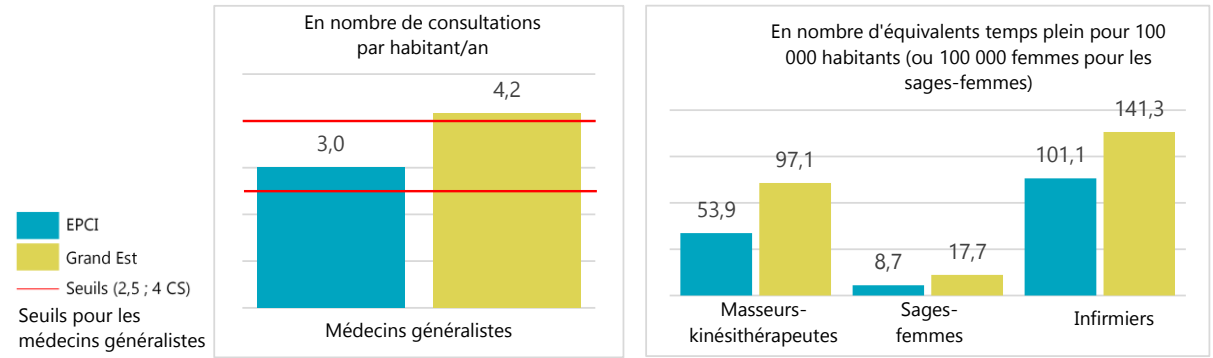
Morbidité

	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	340	3 722	4 223	●	4 161	4 193	1,2	4 221	4 236	1,8	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	17	n.d.	211		193	229	n.d.	213	201	#VALEUR!	##### !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	55	560	492	●	458	513	1,8	489	503	3,5	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	71	1 563	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	7,4	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	67	1 578	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	-1,3	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	658	6 940	6 736	●	6 142	7 351	1,7	6 723	6 783	1,4	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	125	1 335	1 204	●	1 130	1 319	1,3	1 210	1 185	6,8	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	294	3 191	2 882	●	2 519	3 237	2,8	2 909	2 795	2,5	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	99	978	990	●	932	996	1,4	974	1 040	-0,2	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	440	4 797	5 516	●	4 840	5 343	1,5	5 586	5 284	0,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32		33	23	n.d.	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	37	117	●	212	73	0,5	131	67	-0,1	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	176	2 106	3 451	●	3 821	3 567	1,2	3 602	2 954	3,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	58	702	927	●	1 020	1 204	#VALEUR!	948	866	13,4	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	585	6 604	7 186	●	7 149	7 503	0,6	7 201	7 142	-1,3	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	303	3 472	3 548	●	3 916	3 796	0,5	3 537	3 588	0,8	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	316	3 602	4 002	●	3 902	4 332	0,5	3 998	4 018	-2,8	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,0	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	-1,5	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,8	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-2,1	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	53,9	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	0,0	➡️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	8,7	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	8,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	101,1	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	-0,7	⬇️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	4	7,3	●	1,2	3,9	50,0	1,0	4,3	0,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	22,0	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	-10,5	⬇️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	30,8	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	-1,3	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	32,1	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	-0,5	⬇️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	21,9	●	8,6	17,0	n.d.	8,1	19,5	-2,0	⬇️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	10,0	●	2,2	5,4	0,0	1,5	6,1	1,0	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	12,0	●	4,5	8,6	0,0	3,9	10,7	9,0	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	9	7,4	●	0,9	3,7	40,0	0,7	3,6	0,7	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	3	5,8	●	1,3	4,4	0,0	1,0	4,5	-5,3	⬇️ !

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	31,6 min	31,6 min	14,1 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	18,1		9,1	18,4	-1,4	⬇️
60	Services de chirurgie	0	31,6	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	-1,4	⬇️
61	Services d'obstétrique	0	31,6	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	-1,4	⬇️
62	Services de soins de suite	0	31,6	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	-1,4	⬇️
63	Services d'urgence	0	31,6	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	-1,4	⬇️
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	14,1	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	-0,1	➡️
65	EHPAD	1	12,9	4,0	●	3,0	7,2		2,9	7,4	-4,2	⬇️

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	4
soit	0,7 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	3 015	36 781	43 256	●	40 236	37 859	0,8	43 674	41 912	-0,9

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	21	1,6	2,4	●	2,3	2,2	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)	125	14,7	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	-6,0	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	106	12,1	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-2,0	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	251	28,7	41,5	●	46,6	32,3	43,0	35,8	0,3	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	25	1,2	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	-0,7	↘	
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)	134	51,9	58,4	●	62,2	63,3	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)	647	38,1	46,8	●	47,3	47,2	1,2	46,8	46,9	-1,9	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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	3,3	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-4,6	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	318	4,9	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	-1,8	↘ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	283	45,6	42,8	●	42,7	44,7	0,7	43,5	40,5	2,8	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	114	7,8	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	82	1,8	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	5,0	↗
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>)	207	16,4	24,2	●	24,9	24,0		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>)	0	0,0	0,0	●		4,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

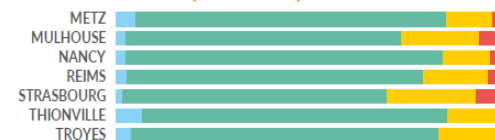
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

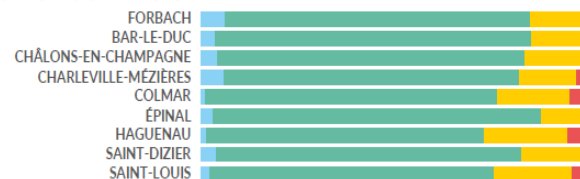
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	51	1,5	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-8,3	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	26	0,8	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-2,9	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 555	45,4	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-3,1	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	802	23,4	17,5	●	13,9	23,1		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	0,4		3,9	0,7	0,2	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	17	3,5	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-0,9	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 512	4,9	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	109		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>	468	11,6	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	3,7	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		43,9	91,6	●	98,3	87,2				-1,1	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	1 473	32,0	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,0		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,7		●							
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>		55,8	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) <i>(nombre de communes et part de la population couverte)</i>	0	0,0	44,3			26,7		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			53,0		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	96,7	20,3			36,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) <i>(et part de la population couverte)</i>	4	3,3	45,0			62,9		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			0,6		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.

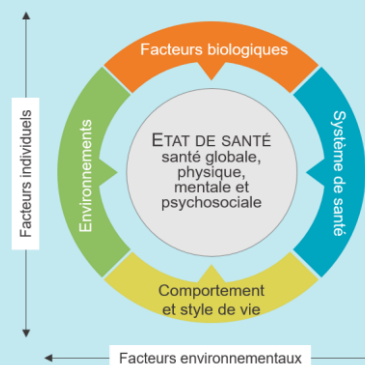
Autres informations

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. »

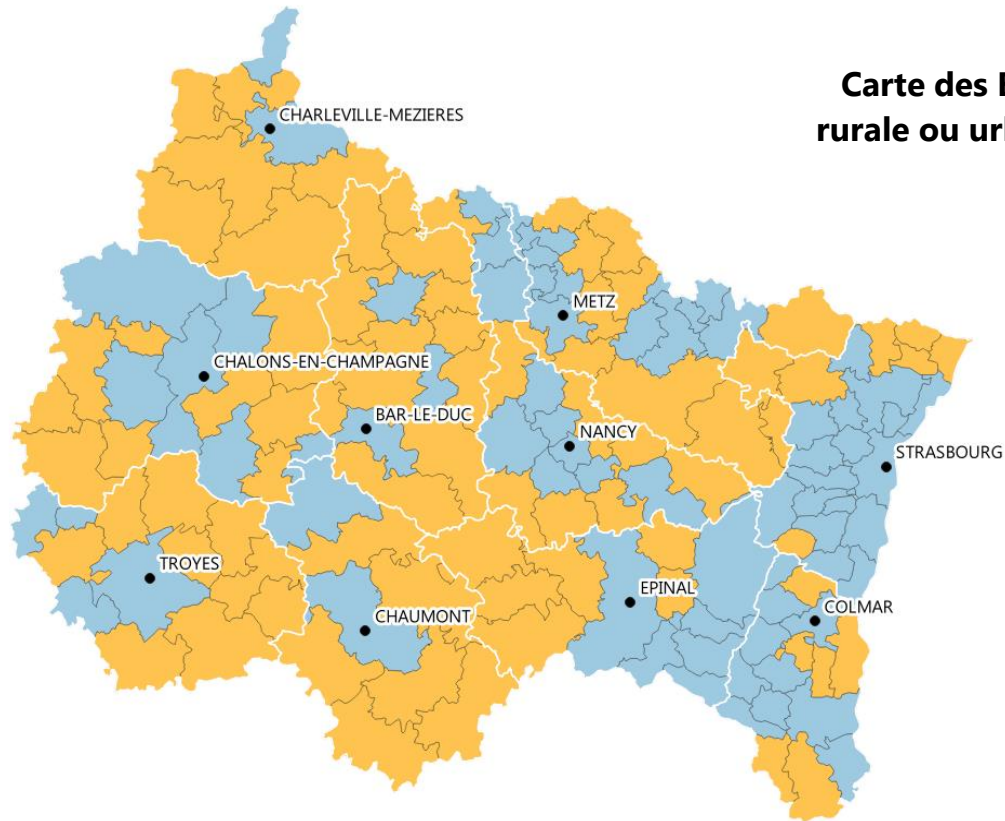
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

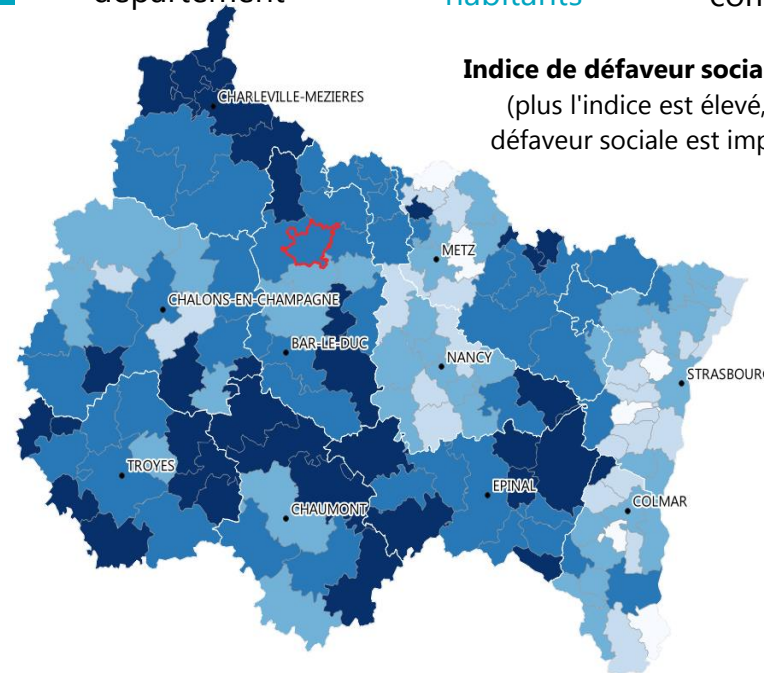
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Meuse
département

27 493
habitants

25
communes

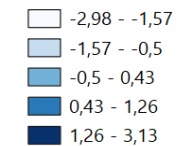
EPCI à dominante
urbaine



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>)	27 493	91,4	96,7		119,7	29,6	0,95	192,8	36,2	-1,0 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-1 440	-1,02	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-843	-0,60	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		98,4	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	2,3 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	4 346	15,8	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	1,0 ↗

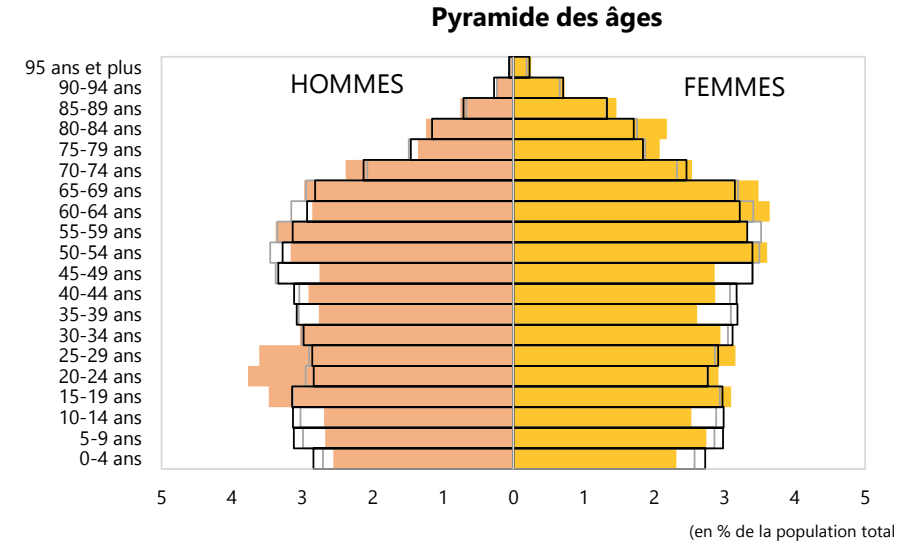
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,8	0,4	●		0,9		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 996	15,3	13,3	●	12,8	13,1	1,0	14,0	10,8	-0,1 ↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	3 381	34,2	28,5	●	27,5	30,5	0,7	28,7	27,9	0,3 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,1	3,7	●	2,5	6,7	1,0	3,3	5,8	-0,6 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 600		21 800	●	21 930	20 830				1,4 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	2 068	16,6	14,7	●	14,5	14,4				-0,5 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		7,7	5,8	●	5,8	6,2				1,6 ↗
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>)	5 785	27,3	27,8	●	27,0	31,2	0,8	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>)	4 975	23,5	26,3	●	31,0	19,8	0,8	27,7	21,5	2,3 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	76,5	86,2
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	284	792,4	784,7	●	725,2	806,5	1,9	773,8	818,4	-1,7	➞
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	57	230,5	181,6	●	175,7	198,4	2,3	182,2	180,3	-2,9	➞
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	96	335,4	294,9	●	277,8	311,1	2,4	294,8	295,6	-3,1	➞
18	Décès par cancers	80	231,8	224,3	●	212,4	227,1	2,0	224,4	223,8	-1,7	➞
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	71	188,4	187,5	●	170,0	195,2	1,8	181,7	205,6	-0,7	➞
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	15	43,2	34,7	●	25,0	32,8	2,4	34,6	35,0	1,3	➞
21	Décès par suicide	7	25,6	13,4	●	13,2	20,7	n.d.	12,9	15,4	-4,8	➞
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➞
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	10	30,7	25,8	●	24,8	24,8	4,5	26,0	25,2	-6,3	➞
24	Décès par pathologies liées au tabac	52	146,5	129,3	●	109,3	132,3	3,6	129,4	129,0	-1,3	➞
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	47	163,9	124,4	●	116,2	139,6	3,6	124,2	125,7	-3,4	➞
26	Décès évitables liés au système de soins	17	61,1	58,0	●	53,2	60,9	1,3	57,8	58,7	-5,4	➞

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

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

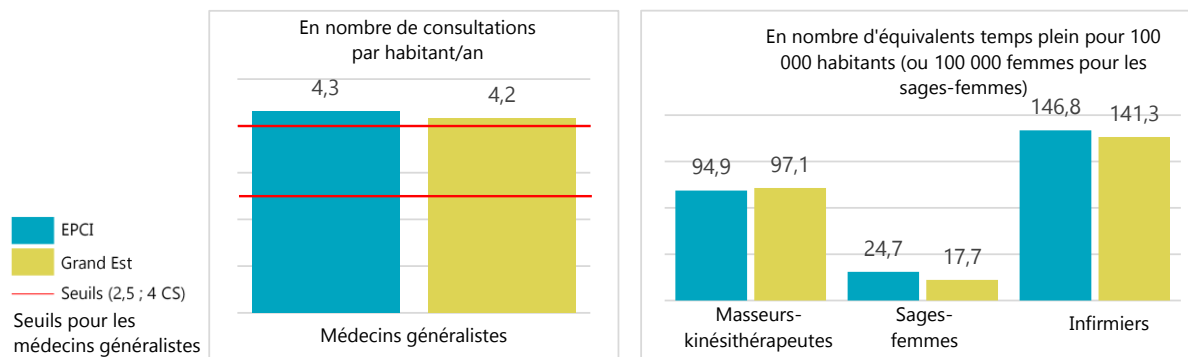
Morbidité

	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	1 478	4 223	●	4 161	4 193	1,0	4 221	4 236	1,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	80	211	●	193	229	2,1	213	201	3,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	214	492	●	458	513	1,3	489	503	2,1	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	331	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	1,1	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	239	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	0,7	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 240	6 736	●	6 142	7 351	2,3	6 723	6 783	1,1	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	391	1 204	●	1 130	1 319	1,5	1 210	1 185	0,0	→ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	983	2 882	●	2 519	3 237	3,6	2 909	2 795	2,5	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	331	990	●	932	996	1,8	974	1 040	-0,5	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 799	5 516	●	4 840	5 343	1,5	5 586	5 284	2,3	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	15	32		33	23	n.d.	36	17	n.d.	n.d. !
38	Personnes prises en charge pour VIH	25	117	●	212	73	n.d.	131	67	3,4	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 155	3 451	●	3 821	3 567	1,2	3 602	2 954	6,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	387	927	●	1 020	1 204	1,9	948	866	11,8	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	2 583	7 186	●	7 149	7 503	0,6	7 201	7 142	-1,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 345	3 548	●	3 916	3 796	0,5	3 537	3 588	0,5	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 528	4 002	●	3 902	4 332	0,6	3 998	4 018	-1,2	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,3	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	2,9	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,0	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	5,7	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	94,9	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	3,3	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	24,7	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	1,0	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	146,8	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	1,6	↗ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	26	1,2	●	1,2	3,9	48,1	1,0	4,3	3,6	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	46					51,1				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	3,0	●	10,6	19,8	100,0	11,1	25,8	-2,0	↘
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	3,0	●	12,5	21,7	100,0	8,3	27,0	-2,0	↘
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	3	3,0	●	10,5	21,4	66,7	8,0	23,7	-2,0	↘
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	3,0	●	8,6	17,0	100,0	8,1	19,5	-2,0	↘
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	16	1,5	●	2,2	5,4	18,8	1,5	6,1	-10,3	↘ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	2,3	●	4,5	8,6	0,0	3,9	10,7	-21,5	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	46	1,0	●	0,9	3,7	23,5	0,7	3,6	2,5	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	23	1,0	●	1,3	4,4	13,0	1,0	4,5	0,5	↗ !

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

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

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

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

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

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	1	3,6	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	1,3	↗
60	Services de chirurgie	1	3,6	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	1,3	↗
61	Services d'obstétrique	1	3,6	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	1,3	↗
62	Services de soins de suite	2	3,6	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	1,3	↗
63	Services d'urgence	1	3,6	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	1,3	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	3,5	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	1,3	↗
65	EHPAD	2	3,5	4,0	●	3,0	7,2		2,9	7,4	1,3	↗

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

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

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

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

EPCI 13
soit 2,2 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (part pour 100 personnes de 16 ans)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	11 547	40 691	43 256	●	40 236	37 859	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	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	85	2,5	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	8,0	↗	
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)	671	18,4	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	-1,8	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	426	12,6	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-4,8	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 250	37,0	41,5	●	46,6	32,3	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)	99	1,6	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	6,9	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	564	70,2	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	1,1	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 334	49,3	46,8	●	47,3	47,2	1,4	46,8	46,9	-5,9	↘

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	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	2 502	9,1	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-0,6	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	2 986	12,7	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	1,2	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	1 342	51,3	42,8	●	42,7	44,7	0,5	43,5	40,5	2,3	↗
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>)	293	5,2	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	718	4,6	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	3,6	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	1 079	31,7	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	2,5	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	94	6,1	6,1	●		4,1		9,3	6,8	20,5	↗ !

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)

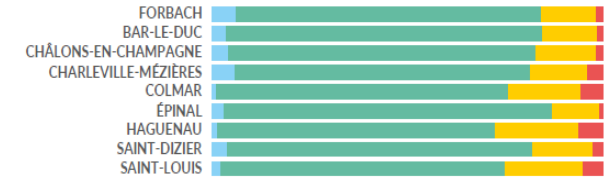
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	211	1,6	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-6,2	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	38	0,3	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-6,1	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 381	25,7	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-0,4	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 825	21,4	17,5	●	13,9	23,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	1,0	1,8	●	1,3	0,4		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	25	8,3	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,3	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,2	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-1,6	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	475	4,1	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	86		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	2	8,0	2,1	●	2,4	2,0		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	2 253	16,5	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	2,2	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		133,9	91,6	●	98,3	87,2				0,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	16 951	94,9	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,0		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,1		●							
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>)		5,4	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	0	0,0	44,3			26,7		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			53,0		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	1	0,0	20,3			36,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	18	100,0	45,0			62,9		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	6	0,0	34,7			0,6		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.

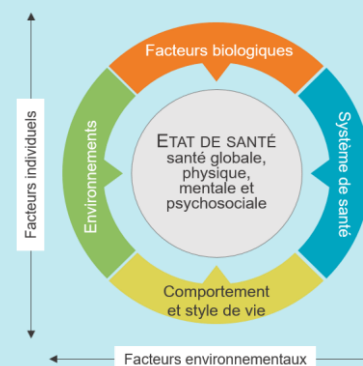
Autres informations

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. »

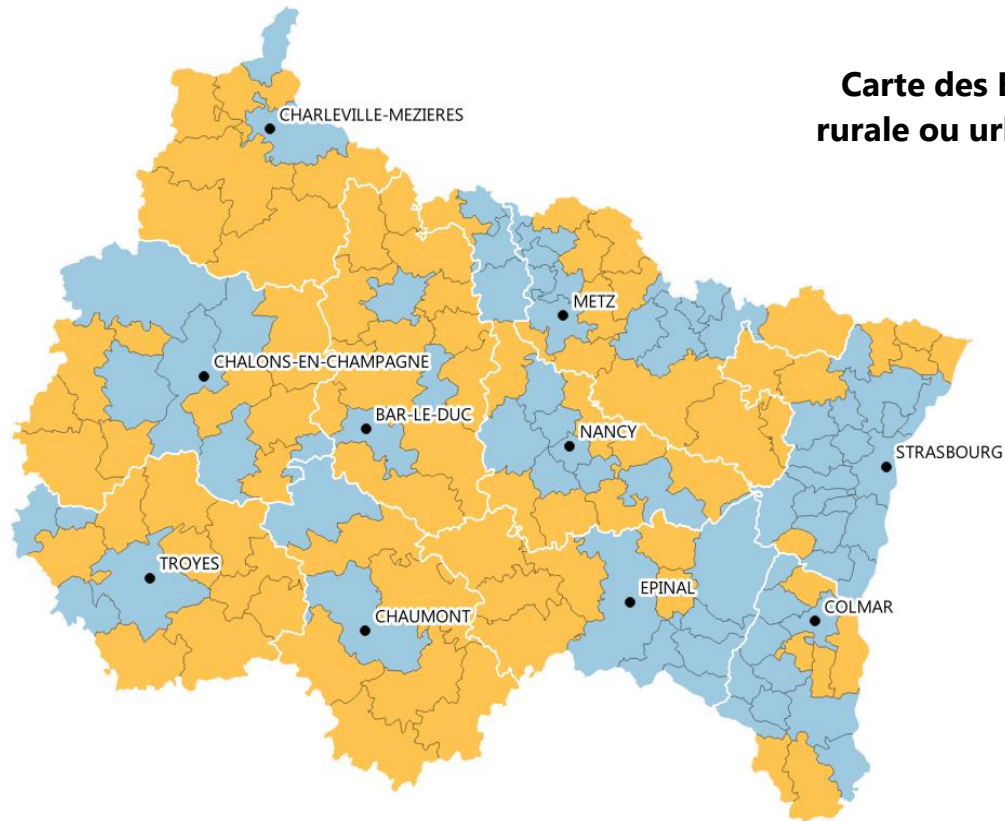
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

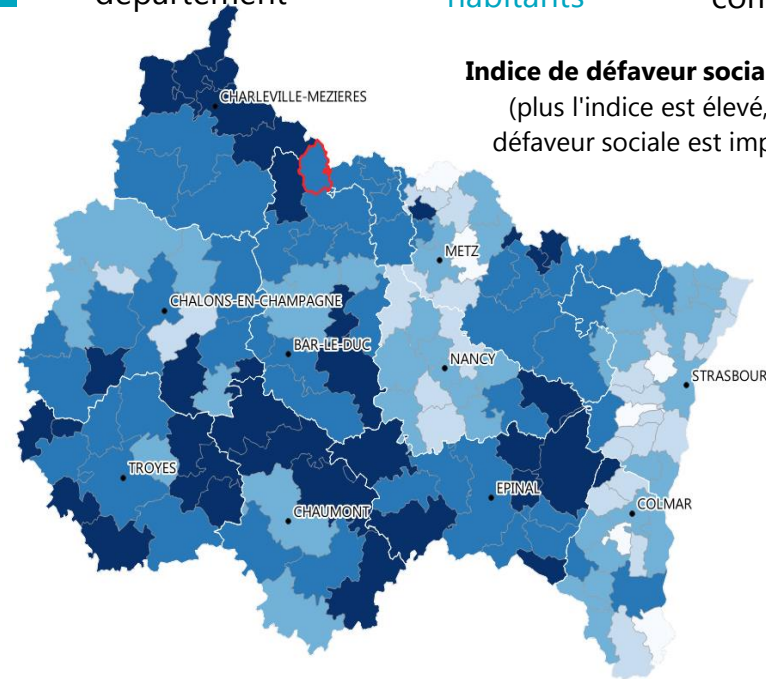
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Meuse
département

6 999
habitants

25
communes

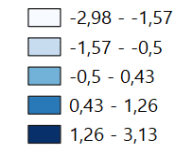
EPCI à dominante
rurale



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>)	6 999	28,7	96,7		119,7	29,6	1,09	192,8	36,2	-0,7 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-250	-0,70	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-273	-0,76	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		73,4	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	3,3 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	4 947	70,7	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,3 ↗

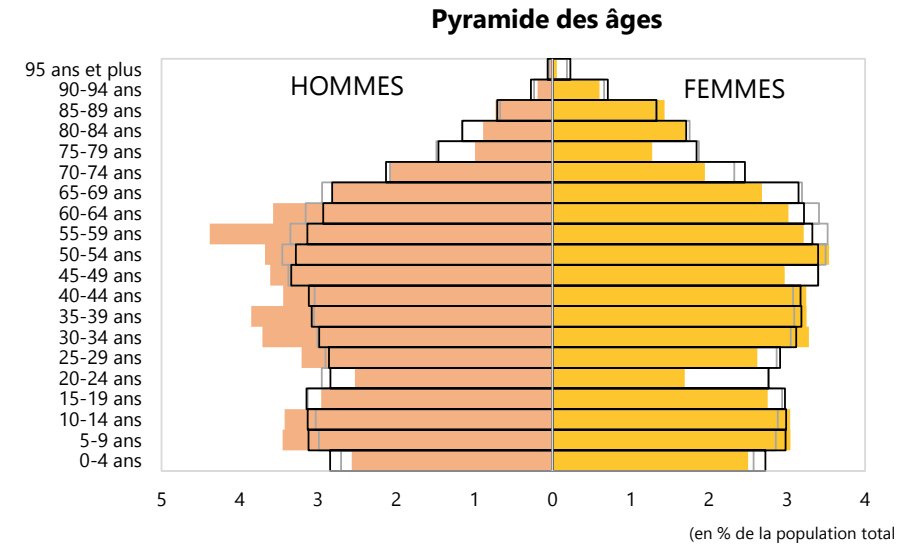
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,6	0,4	●		0,9		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	323	10,2	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-2,5 ↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	849	33,5	28,5	●	27,5	30,5	0,3	28,7	27,9	0,3 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		8,2	3,7	●	2,5	6,7	0,8	3,3	5,8	-8,1 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 360		21 800	●	21 930	20 830				1,4 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	423	15,1	14,7	●	14,5	14,4				0,1 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,5	5,8	●	5,8	6,2				0,9 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 702	32,0	27,8	●	27,0	31,2	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>)	896	16,9	26,3	●	31,0	19,8	0,7	27,7	21,5	2,5 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	75,1	87,6
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	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	55	772,2	784,7	●	725,2	806,5	1,8	773,8	818,4	-1,1 ➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	13	194,3	181,6	●	175,7	198,4	1,7	182,2	180,3	1,1 ➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	21	314,7	294,9	●	277,8	311,1	1,4	294,8	295,6	-0,9 ➔
18	Décès par cancers	19	257,0	224,3	●	212,4	227,1	1,7	224,4	223,8	2,2 ➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	12	175,8	187,5	●	170,0	195,2	1,4	181,7	205,6	-5,7 ➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	3	46,6	34,7	●	25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	13,3 ➔
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4	■	13,2	20,7	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	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	2	28,9	25,8	●	24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	2,3 ➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	10	153,5	129,3	●	109,3	132,3	2,3	129,4	129,0	3,1 ➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	9	139,8	124,4	●	116,2	139,6	3,0	124,2	125,7	-1,7 ➔
26	Décès évitables liés au système de soins	4	63,9	58,0	●	53,2	60,9	n.d.	57,8	58,7	-4,3 ➔

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

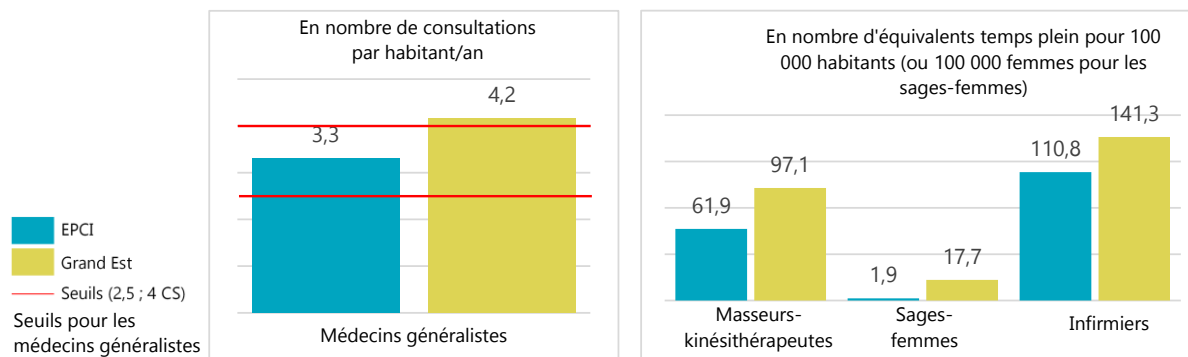
Morbidité

	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	259	3 436	4 223	●	4 161	4 193	1,1	4 221	4 236	-1,1	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	11	n.d.	211		193	229	1,5	213	201	#VALEUR!	➡️
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	32	437	492	●	458	513	n.d.	489	503	-3,2	⬇️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	48	1 327	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	-1,7	⬇️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	55	1 695	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	-2,9	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	460	5 972	6 736	●	6 142	7 351	2,0	6 723	6 783	1,4	⬆️
33	Personnes prises en charge pour AVC	78	981	1 204	●	1 130	1 319	1,5	1 210	1 185	-1,9	⬇️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	193	2 513	2 882	●	2 519	3 237	3,3	2 909	2 795	1,3	⬆️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	67	743	990	●	932	996	1,7	974	1 040	-5,7	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	345	4 607	5 516	●	4 840	5 343	1,3	5 586	5 284	1,4	⬆️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	38	32	●	33	23	n.d.	36	17	4,0	➡️
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	58	117	●	212	73	n.d.	131	67	19,7	➡️
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	162	2 468	3 451	●	3 821	3 567	1,0	3 602	2 954	12,2	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	59	894	927	●	1 020	1 204	n.d.	948	866	22,1	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	432	5 904	7 186	●	7 149	7 503	0,5	7 201	7 142	-2,2	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	216	2 993	3 548	●	3 916	3 796	0,4	3 537	3 588	1,7	⬆️
43	Patients traités par anxiolytiques	265	3 542	4 002	●	3 902	4 332	0,4	3 998	4 018	-2,3	⬇️

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,3	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	-1,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,3	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-1,7	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	61,9	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	0,6	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	1,9	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	-1,3	⬇️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	110,8	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	-0,6	⬇️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	3	5,7	1,8	●	1,2	3,9	66,7	1,0	4,3	0,3	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					100,0					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	31,1	14,5	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	-11,2	⬇️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	43,5	12,6	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	0,1	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	43,5	11,6	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	0,1	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	45,6	10,8	●	8,6	17,0	n.d.	8,1	19,5	1,1	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	2	5,8	2,6	●	2,2	5,4	50,0	1,5	6,1	0,4	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	7,1	5,5	●	4,5	8,6	n.d.	3,9	10,7	-27,8	⬇️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	9	7,0	1,4	●	0,9	3,7	33,3	0,7	3,6	0,3	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	3	6,8	1,8	●	1,3	4,4	33,3	1,0	4,5	-0,6	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	45,7 min	45,7 min	7,2 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	45,7	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	-0,2	↘
60	Services de chirurgie	0	45,8	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	-0,2	↘
61	Services d'obstétrique	0	45,8	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	-0,2	↘
62	Services de soins de suite	0	45,7	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	-0,2	↘
63	Services d'urgence	0	45,7	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	-0,2	↘
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	7,2	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	0,3	↗
65	EHPAD	0	20,8	4,0	●	3,0	7,2		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	2
soit	0,3 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	1 985	29 460	43 256	●	40 236	37 859	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	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	15	1,5	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	0,1	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	140	20,2	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	-5,8	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	157	17,6	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-4,8	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	210	23,6	41,5	●	46,6	32,3	43,0	35,8	2,1	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	16	1,0	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	1,6	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	54	28,7	58,4	●	62,2	63,3	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)	388	29,7	46,8	●	47,3	47,2	1,0	46,8	46,9	-9,7	↘

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	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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	3,9	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-1,8	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	460	8,4	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	-0,7	↘ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	235	50,5	42,8	●	42,7	44,7	0,4	43,5	40,5	5,9	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	94	7,7	5,6		n.d.	5,9					
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	3,3		3,2	2,4	5,6	↗
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>)	196	19,9	24,2	●	24,9	24,0		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>)	42	10,2	10,2	●		4,1		9,3	6,8	2,0	↗ !

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)

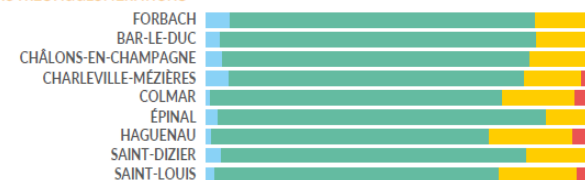
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	21	0,7	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-18,6	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	16	0,5	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-11,8	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 350	45,0	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-2,2	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	685	22,8	17,5	●	13,9	23,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	1	0,4	1,8	●	1,3	0,4		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	3	1,2	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,1	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-0,8	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 728	12,8	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	71		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	288	7,9	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	-0,8	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		48,5	91,6	●	98,3	87,2				-0,5	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	4 032	91,3	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		2,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,9		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		49,1	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	0	0,0	44,3			26,7		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>)	25	100,0	49,2			53,0		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	96,1	20,3			36,5		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	3,9	45,0			62,9		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			0,6		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.

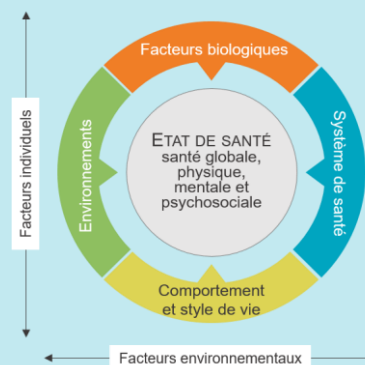
Autres informations

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. »

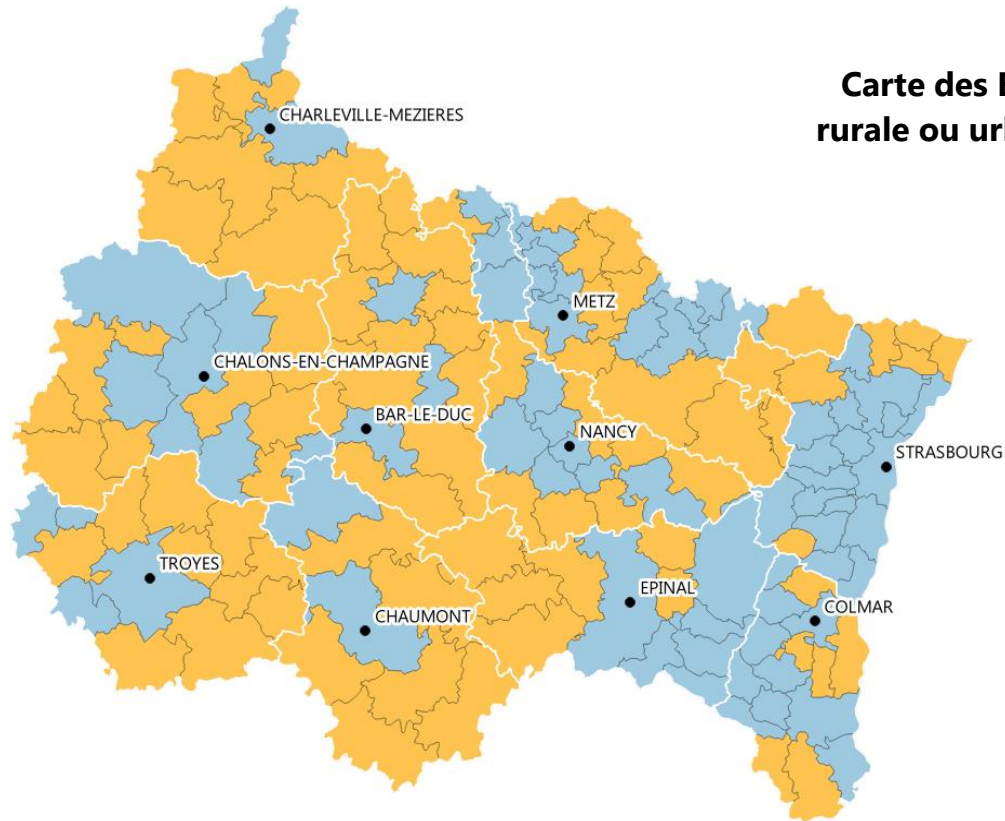
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

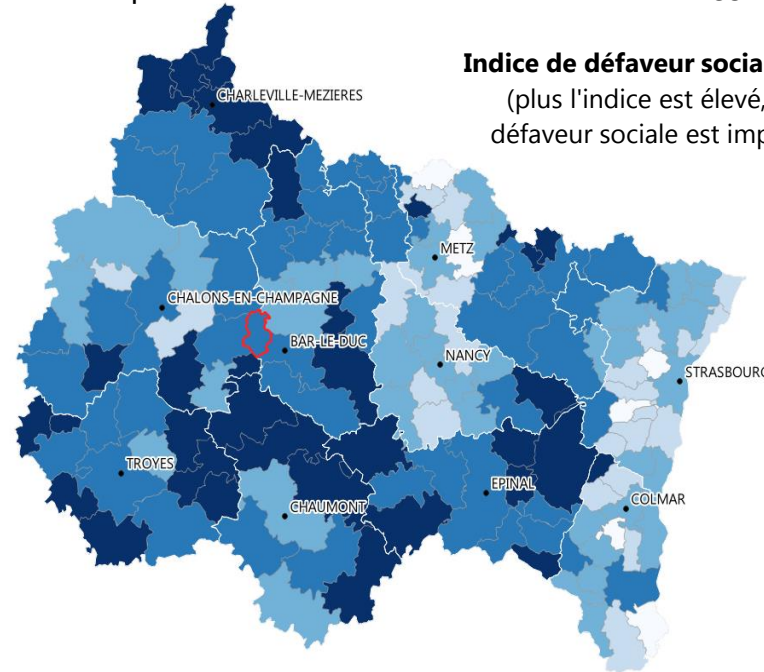
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Meuse
département

7 153
habitants

16
communes

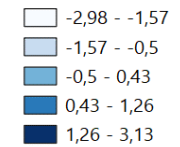
EPCI à dominante
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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>)	7 153	38,8	96,7		119,7	29,6	1,03	192,8	36,2	-0,7 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-256	-0,70	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-297	-0,81	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		98,9	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	4,1 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	4 351	60,8	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,3 ↗

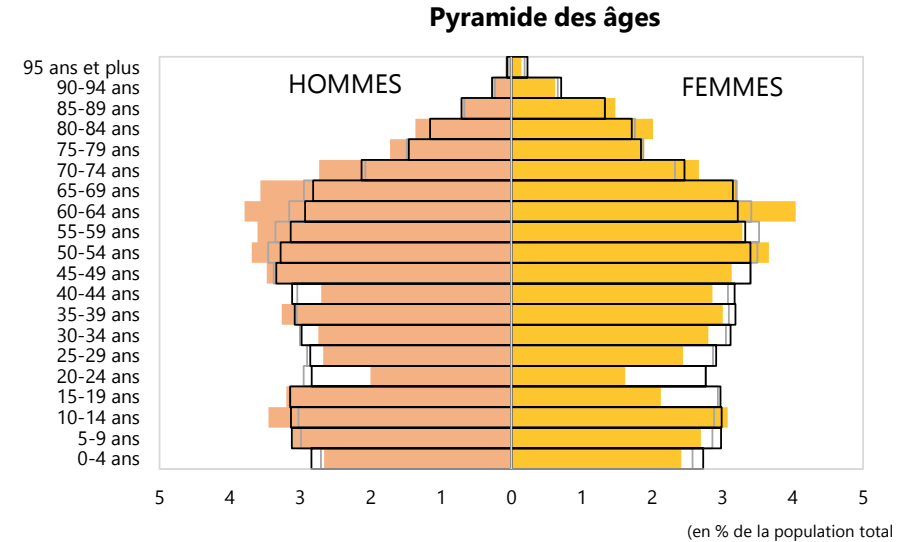
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,0	0,4	●		0,9		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	415	12,9	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	0,7 ↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	759	30,8	28,5	●	27,5	30,5	0,4	28,7	27,9	0,4 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		10,3	3,7	●	2,5	6,7	0,7	3,3	5,8	-6,5 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 910		21 800	●	21 930	20 830				1,6 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	368	12,3	14,7	●	14,5	14,4				-2,1 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,9	5,8	●	5,8	6,2				0,7 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 746	31,6	27,8	●	27,0	31,2	0,8	27,4	29,4	-2,6 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	974	17,6	26,3	●	31,0	19,8	0,8	27,7	21,5	1,5 ↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

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

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	63	714,5	784,7	●	725,2	806,5	1,5	773,8	818,4	-2,6 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	12	190,3	181,6	●	175,7	198,4	1,6	182,2	180,3	-1,9 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	22	287,9	294,9	●	277,8	311,1	1,6	294,8	295,6	-3,3 ➔
18 Décès par cancers	19	218,9	224,3	●	212,4	227,1	2,4	224,4	223,8	-3,2 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	17	191,3	187,5	●	170,0	195,2	1,3	181,7	205,6	-3,4 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	4	43,8	34,7	●	25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	-0,7 ➔
21 Décès par suicide	2	30,6	13,4	●	13,2	20,7	n.d.	12,9	15,4	24,8 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	■	1,2	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	2	27,0	25,8	●	24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	2,2 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	13	140,6	129,3	●	109,3	132,3	2,7	129,4	129,0	-2,8 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	11	141,5	124,4	●	116,2	139,6	2,4	124,2	125,7	-1,0 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	4	47,3	58,0	●	53,2	60,9	n.d.	57,8	58,7	-6,1 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

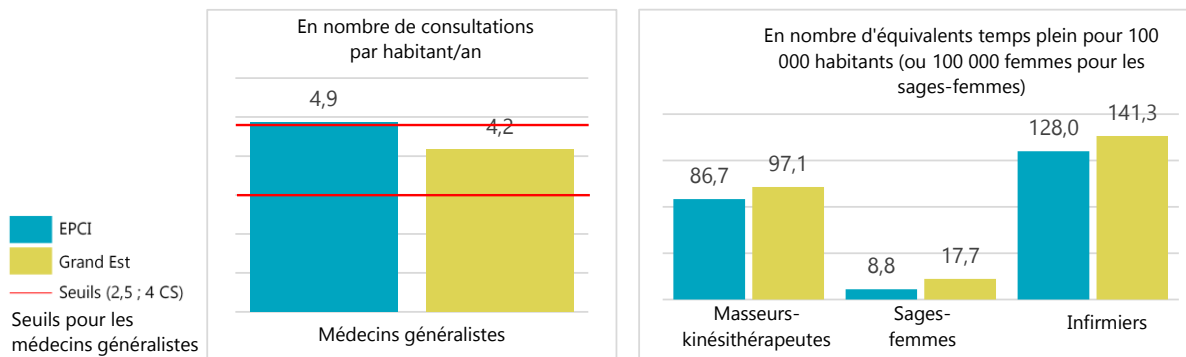
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	414	4 660	4 223	●	4 161	4 193	1,1	4 221	4 236	3,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	25	265	211	●	193	229	n.d.	213	201	2,5	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	46	522	492	●	458	513	n.d.	489	503	10,4	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	81	1 798	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	-1,3	↘ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	55	1 252	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	0,6	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	768	8 320	6 736	●	6 142	7 351	1,7	6 723	6 783	1,3	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	140	1 547	1 204	●	1 130	1 319	1,8	1 210	1 185	6,0	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	335	3 583	2 882	●	2 519	3 237	2,5	2 909	2 795	3,8	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	125	1 283	990	●	932	996	1,1	974	1 040	-2,4	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	515	5 667	5 516	●	4 840	5 343	1,4	5 586	5 284	-0,7	↘ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32		33	23	n.d.	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	14	117	●	212	73	n.d.	131	67	-24,3	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	260	3 469	3 451	●	3 821	3 567	1,2	3 602	2 954	8,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	101	1 412	927	●	1 020	1 204	1,7	948	866	28,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	628	7 665	7 186	●	7 149	7 503	0,5	7 201	7 142	-1,3	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	345	4 265	3 548	●	3 916	3 796	0,4	3 537	3 588	0,7	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	356	4 429	4 002	●	3 902	4 332	0,5	3 998	4 018	-1,2	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,9	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	1,7	⬆️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,3	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-1,9	⬆️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	86,7	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	0,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	8,8	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	4,3	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	128,0	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	-1,1	⬆️ !

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	5,2	●	1,2	3,9	60,0	1,0	4,3	3,3	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	16,7	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	0,6	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	22,4	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	0,8	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	22,3	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	0,8	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	22,3	●	8,6	17,0	n.d.	8,1	19,5	0,8	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	2	5,2	●	2,2	5,4	0,0	1,5	6,1	1,3	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	5,5	●	4,5	8,6	100,0	3,9	10,7	1,4	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	13	4,3	●	0,9	3,7	15,4	0,7	3,6	2,7	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	4	5,1	●	1,3	4,4	25,0	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	16,7 min	22,4 min	5,5 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	16,7	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	-4,9	↘
60	Services de chirurgie	0	22,4	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	0,8	↗
61	Services d'obstétrique	0	37,7	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	11,8	↗
62	Services de soins de suite	0	22,3	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	0,8	↗
63	Services d'urgence	0	22,4	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	0,8	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	5,5	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	1,1	↗
65	EHPAD	0	12,6	4,0	●	3,0	7,2		2,9	7,4	1,3	↗

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

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	2 733	38 496	43 256	●	40 236	37 859	0,9	43 674	41 912	-0,4

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
72 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	12	1,2	2,4	●	2,3	2,2		2,6	2,0	-3,7
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)	113	17,6	16,4	●	15,9	18,7		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)	83	10,9	12,9	●	12,4	12,8		13,4	11,2	-2,5
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	208	27,5	41,5	●	46,6	32,3		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)	19	1,2	1,7	●	2,3	1,5		1,8	1,7	1,9
77 Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	175	85,4	58,4	●	62,2	63,3		58,4	58,6	5,7
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	767	60,7	46,8	●	47,3	47,2	1,2	46,8	46,9	2,4

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	238	3,3	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-9,1	⬇️
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	328	5,7	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	-0,9	⬇️ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	281	41,3	42,8	●	42,7	44,7	0,6	43,5	40,5	-0,9	⬇️
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	85	5,4	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	136	3,5	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	2,9	⬆️
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	201	20,1	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	-0,1	⬇️
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	20	5,1	5,1	●		4,1		9,3	6,8	-6,9	⬇️ !

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)

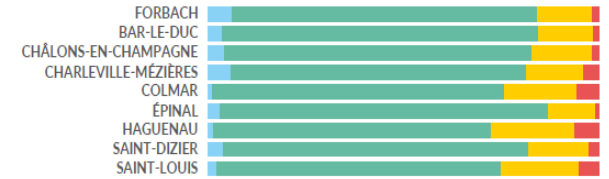
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	25	0,8	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-16,5	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	18	0,6	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-6,8	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	963	30,3	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-0,3	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	668	21,0	17,5	●	13,9	23,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	1,1	1,8	●	1,3	0,4		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	17	9,2	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		4,9	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-0,8	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	287	2,6	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	64		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	583	17,4	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	3,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		85,2	91,6	●	98,3	87,2				-0,7	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	4 221	96,7	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,9		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		16,2	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	0	0,0	44,3			26,7		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	16	100,0	49,2			53,0		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			36,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	16	100,0	45,0			62,9		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			0,6		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.

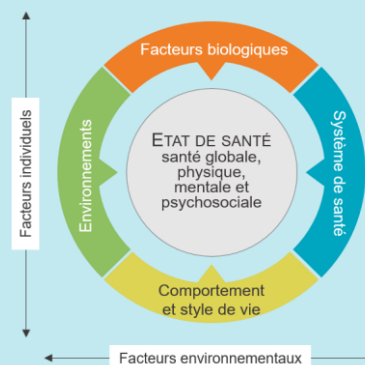
Autres informations

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. »

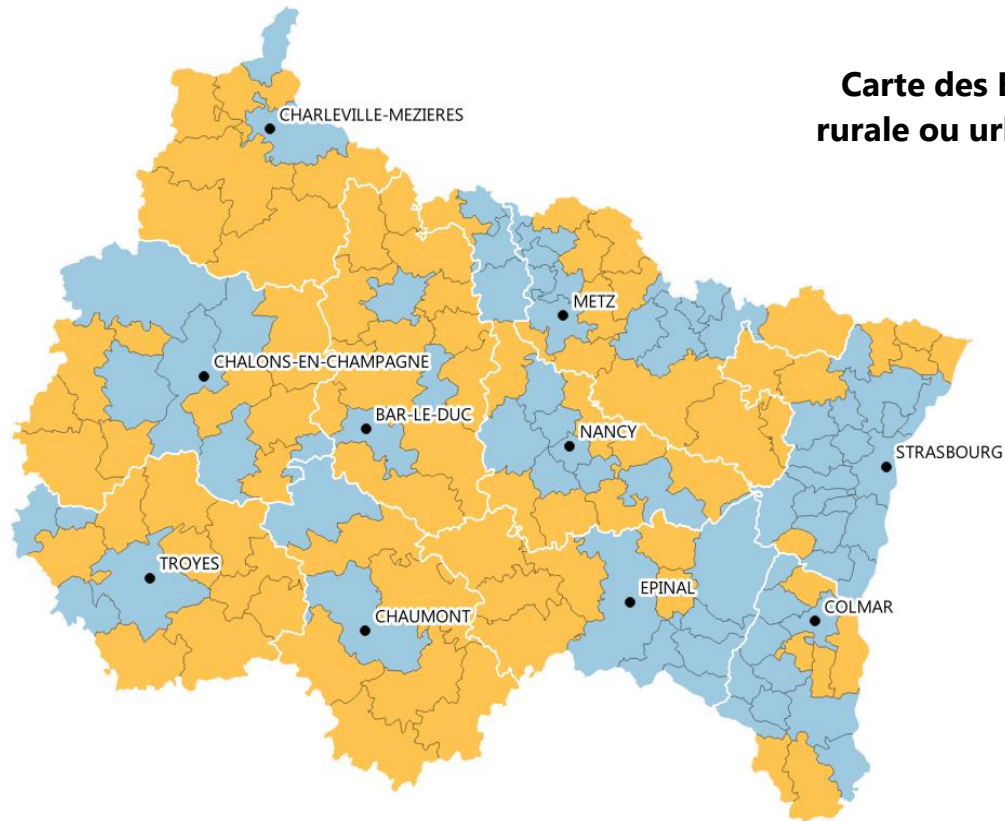
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

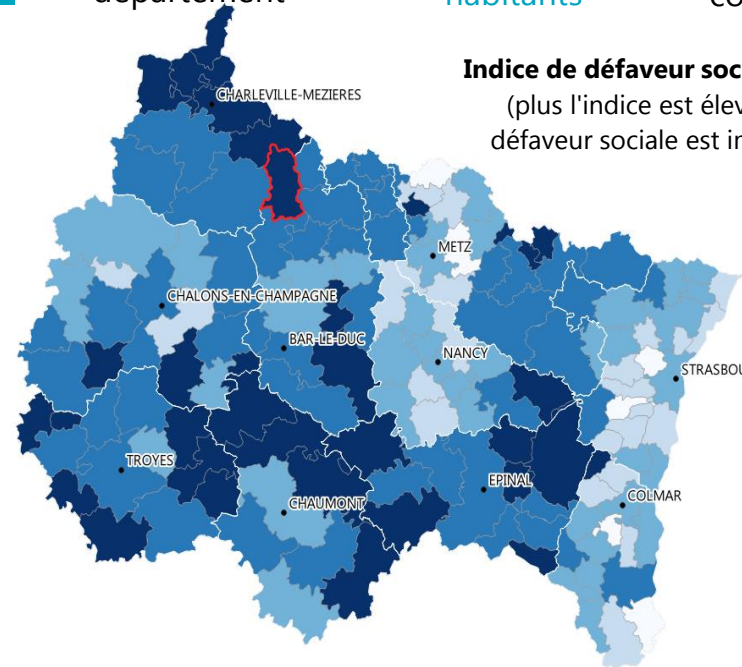
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Meuse
département

9 594
habitants

41
communes

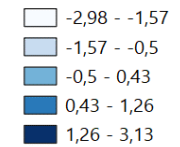
EPCI à dominante
rurale



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>)	9 594	21,8	96,7		119,7	29,6	0,98	192,8	36,2	-1,2 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-609	-1,22	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-356	-0,71	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		121,0	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	3,5 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	6 642	69,2	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,1 ↗

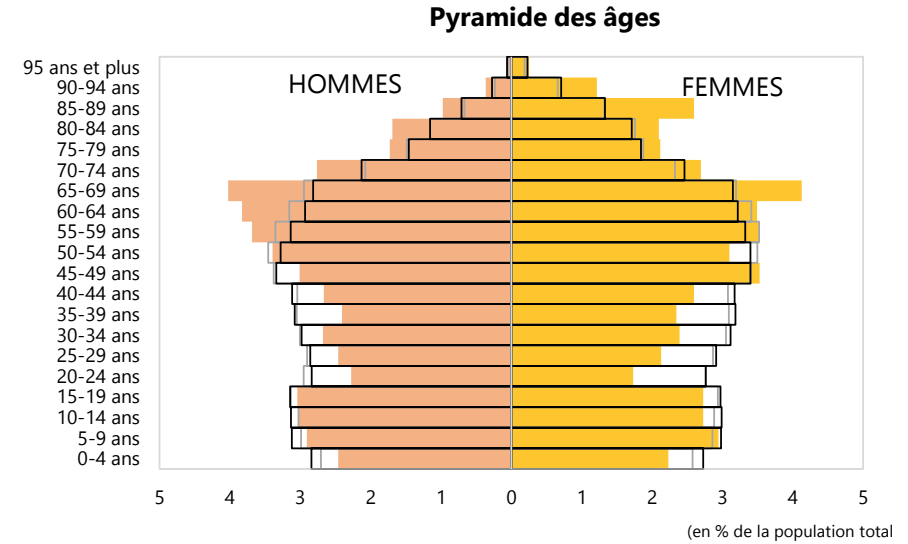
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)	1,9	0,4	●		0,9		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	566	14,5	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-1,3	↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	805	29,2	●	27,5	30,5	0,4	28,7	27,9	-2,6	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		10,1	●	2,5	6,7	1,8	3,3	5,8	-2,0	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	19 650		●	21 930	20 830				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	770	18,7	●	14,5	14,4				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,7	●	5,8	6,2				n.d.	n.d.
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 826	37,8	●	27,0	31,2	0,7	27,4	29,4	-2,4	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 083	14,5	●	31,0	19,8	0,9	27,7	21,5	2,0	↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



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

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	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	144	900,6	784,7	●	725,2	806,5	1,7	773,8	818,4	-0,8 ➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	21	232,8	181,6	●	175,7	198,4	1,6	182,2	180,3	-0,3 ➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	39	354,3	294,9	●	277,8	311,1	2,0	294,8	295,6	-2,1 ➔
18	Décès par cancers	36	245,9	224,3	●	212,4	227,1	1,9	224,4	223,8	-0,7 ➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	29	170,7	187,5	●	170,0	195,2	2,3	181,7	205,6	-6,6 ↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	7	42,0	34,7	●	25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	0,9 ➔
21	Décès par suicide	2	23,3	13,4	●	13,2	20,7	n.d.	12,9	15,4	-5,3 ➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	41,4	25,8	●	24,8	24,8	1,7	26,0	25,2	4,1 ➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	22	141,9	129,3	●	109,3	132,3	3,5	129,4	129,0	-0,5 ➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	18	166,4	124,4	●	116,2	139,6	2,4	124,2	125,7	-1,3 ➔
26	Décès évitables liés au système de soins	6	53,8	58,0	●	53,2	60,9	0,8	57,8	58,7	-7,1 ➔

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

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

Principales causes de morbidité

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

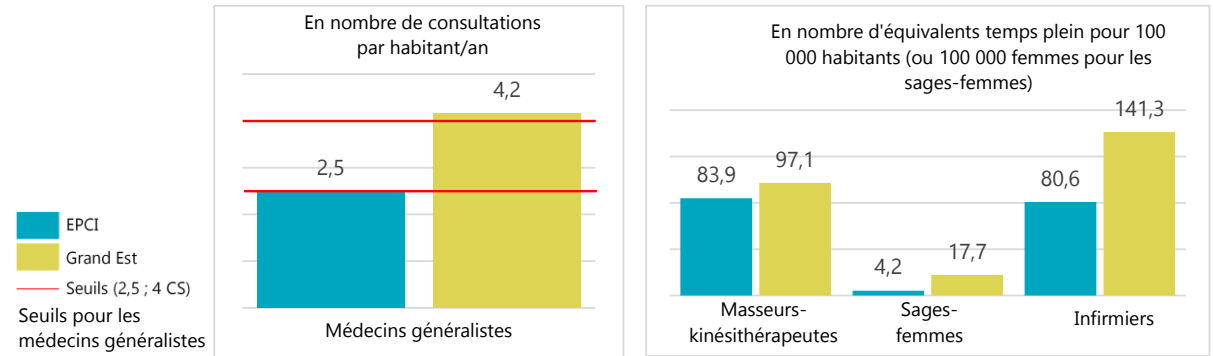
Morbidité

	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	481	3 504	4 223	●	4 161	4 193	1,2	4 221	4 236	-1,0	↘
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	19	n.d.	211		193	229	n.d.	213	201	n.d.	n.d.
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	66	419	492	●	458	513	2,0	489	503	3,1	↗
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	107	1 532	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	-1,8	↘
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	74	1 123	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	-7,8	↘
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	982	6 887	6 736	●	6 142	7 351	1,9	6 723	6 783	2,1	↗
33	Personnes prises en charge pour AVC	186	1 351	1 204	●	1 130	1 319	1,3	1 210	1 185	3,8	↗
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	417	2 937	2 882	●	2 519	3 237	3,1	2 909	2 795	2,4	↗
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	163	987	990	●	932	996	1,4	974	1 040	-1,3	↘
36	Personnes prises en charge pour diabète	698	5 369	5 516	●	4 840	5 343	1,4	5 586	5 284	2,6	↗
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	16	32	●	33	23	n.d.	36	17	1,1	→
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	64	117	●	212	73	3,6	131	67	15,2	→
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	288	2 885	3 451	●	3 821	3 567	1,1	3 602	2 954	4,0	↗
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	88	894	927	●	1 020	1 204	1,6	948	866	9,9	↗
41	Patients traités par psychotropes	859	7 012	7 186	●	7 149	7 503	0,6	7 201	7 142	-1,3	↘
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	396	3 323	3 548	●	3 916	3 796	0,5	3 537	3 588	1,8	↗
43	Patients traités par anxiolytiques	463	3 814	4 002	●	3 902	4 332	0,5	3 998	4 018	-2,2	↘

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,5	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	-3,8	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,5	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-3,8	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	83,9	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	13,6	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	4,2	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	2,8	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	80,6	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	-3,2	⬇️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	4	4,1	●	1,2	3,9	50,0	1,0	4,3	-2,3	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	28,3	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	-8,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	39,3	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	-1,3	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	39,3	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	-1,3	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	41,4	●	8,6	17,0	n.d.	8,1	19,5	-0,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	5,5	●	2,2	5,4	66,7	1,5	6,1	0,3	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	21,6	●	4,5	8,6	n.d.	3,9	10,7	-1,6	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	13	4,6	●	0,9	3,7	38,5	0,7	3,6	1,7	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	8	4,8	●	1,3	4,4	25,0	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	39,4 min	39,4 min	12,5 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	39,4	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	-1,1	↘
60	Services de chirurgie	0	40,3	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	-0,8	↘
61	Services d'obstétrique	0	40,3	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	-0,8	↘
62	Services de soins de suite	0	39,4	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	-1,1	↘
63	Services d'urgence	0	39,4	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	-1,1	↘
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	12,5	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	0,5	↗
65	EHPAD	2	5,3	4,0	●	3,0	7,2		2,9	7,4	0,2	↗

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	4
soit	0,7 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	3 211	34 311	43 256	●	40 236	37 859	0,9	43 674	41 912	-0,4

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	23	1,8	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	13,4	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	201	21,5	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	-1,3	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	150	16,4	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-2,6	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	226	24,8	41,5	●	46,6	32,3	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)	30	1,4	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	0,8	↗	
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)	175	67,1	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	8,6	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	519	31,1	46,8	●	47,3	47,2	1,4	46,8	46,9	-8,8	↘

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	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	582	6,1	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-2,8	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	654	8,4	8,9	●	9,3	8,4		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>)	414	38,3	42,8	●	42,7	44,7	0,4	43,5	40,5	0,3	↗
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>)	170	7,3	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	159	3,2	3,0	●	3,1	3,3		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>)	345	28,1	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	6,4	↗
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	●		4,1		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.

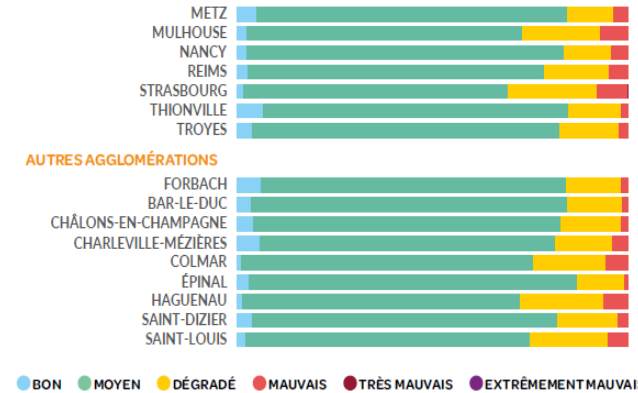
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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)



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)	74	1,7	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-5,4	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	36	0,8	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-3,8	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 989	45,8	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-1,2	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 216	28,0	17,5	●	13,9	23,1		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	0,4		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	13	2,9	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		4,4	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-3,5	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 824	7,7	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	114		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	503	11,9	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	0,1	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		82,1	91,6	●	98,3	87,2				-0,2	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	5 610	82,0	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		2,2		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,0		●							
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>)		33,6	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	0	0,0	44,3			26,7		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>)	17	32,3	49,2			53,0		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	38	92,5	20,3			36,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	3	7,5	45,0			62,9		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			0,6		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.

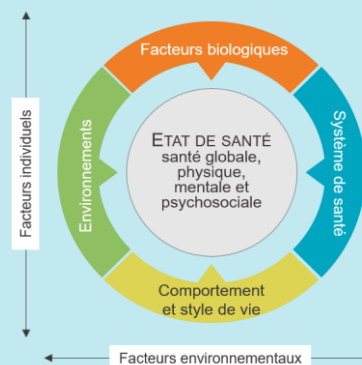
Autres informations

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. »

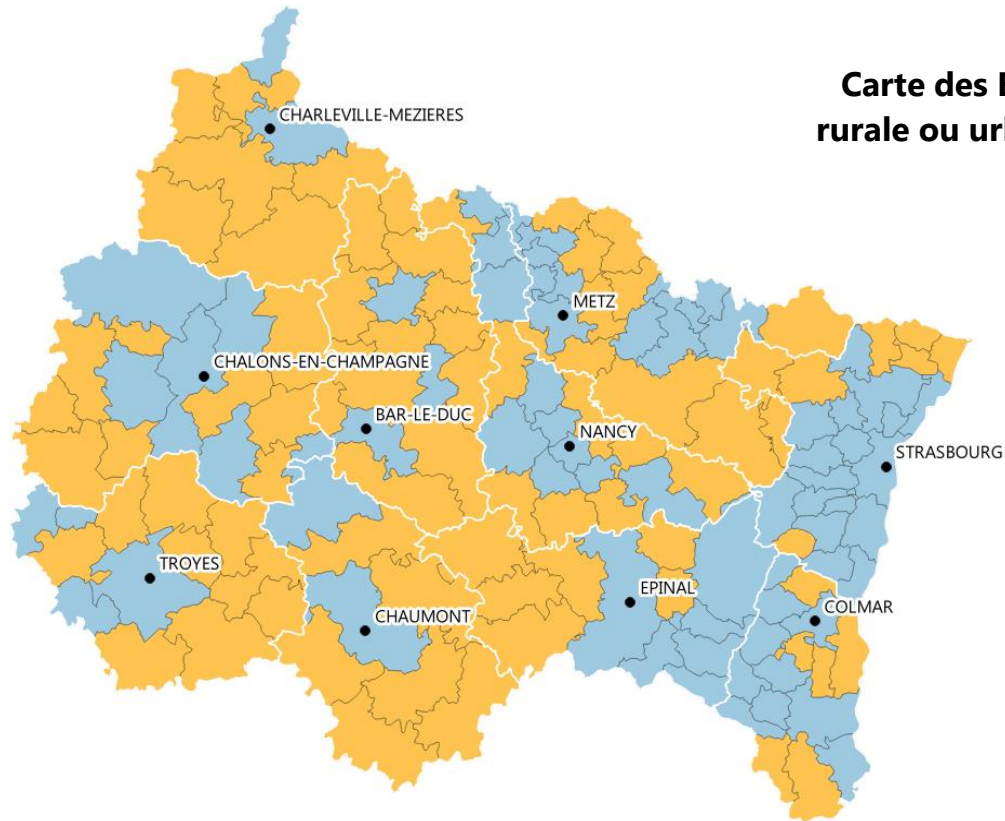
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

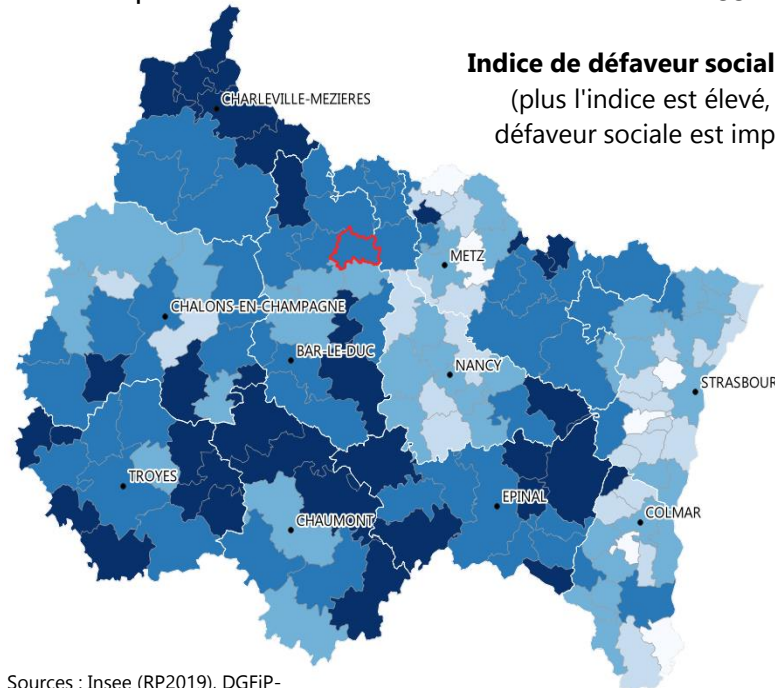
Retrouvez les clés de lecture en page 12

Meuse
département

7 559
habitants

26
communes

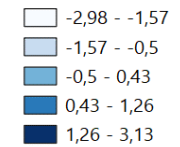
EPCI à dominante
rurale



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>)	7 559	31,6	96,7		119,7	29,6	1,03	192,8	36,2	-0,5 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-205	-0,53	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-293	-0,76	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		79,4	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	2,5 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	3 868	51,2	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,2 ↗

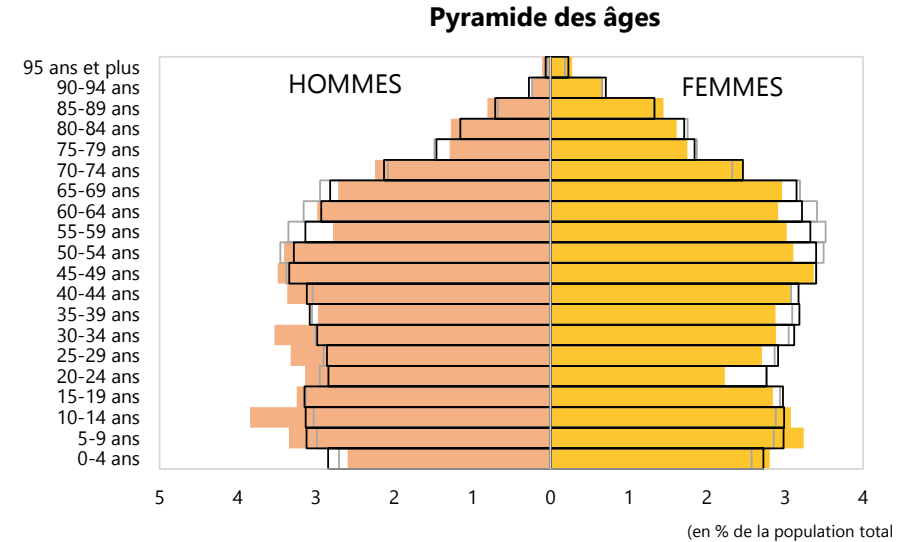
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,9	0,4	●		0,9		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	459	12,7	13,3	●	12,8	13,1	0,6	14,0	10,8	-1,4 ↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	916	33,0	28,5	●	27,5	30,5	0,7	28,7	27,9	-3,7 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,4	3,7	●	2,5	6,7	1,1	3,3	5,8	-2,1 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 360		21 800	●	21 930	20 830				1,8 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	486	16,3	14,7	●	14,5	14,4				2,1 ↗
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		7,0	5,8	●	5,8	6,2				2,1 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 620	28,6	27,8	●	27,0	31,2	0,7	27,4	29,4	-3,3 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 111	19,6	26,3	●	31,0	19,8	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 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	75,0	82,6
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	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	830,7	784,7	●	725,2	806,5	1,6	773,8	818,4	-2,3 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	13	201,8	181,6	●	175,7	198,4	2,3	182,2	180,3	-3,9 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	23	315,6	294,9	●	277,8	311,1	2,2	294,8	295,6	-3,8 ➔
18 Décès par cancers	20	227,9	224,3	●	212,4	227,1	1,4	224,4	223,8	-3,1 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	19	193,9	187,5	●	170,0	195,2	1,9	181,7	205,6	-6,4 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	4	40,6	34,7	●	25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	-5,8 ➔
21 Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	20,7	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	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	n.d.	n.d.	25,8		24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	n.d. ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	13	141,9	129,3	●	109,3	132,3	3,1	129,4	129,0	-6,1 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	11	155,3	124,4	●	116,2	139,6	2,8	124,2	125,7	-3,0 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	5	73,0	58,0	●	53,2	60,9	1,2	57,8	58,7	-4,3 ➔

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

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

Principales causes de morbidité

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

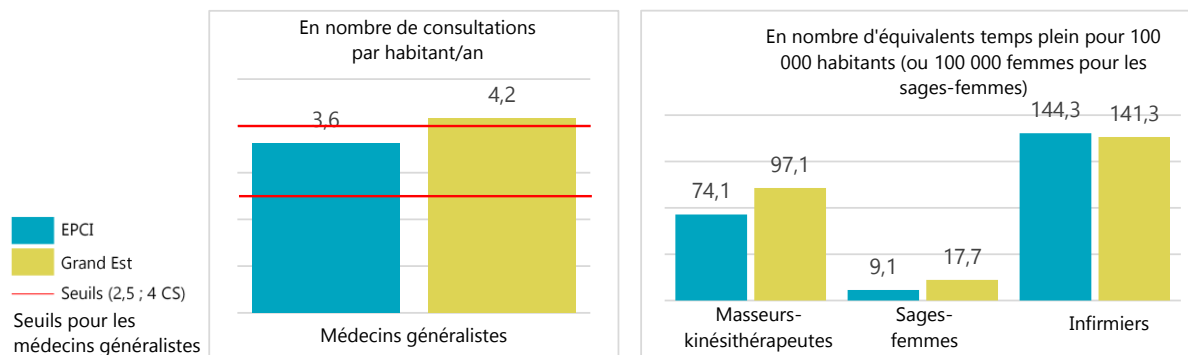
Morbidité

	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	361	4 228	4 223	●	4 161	4 193	1,1	4 221	4 236	0,0	➔ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	24	282	211	●	193	229	n.d.	213	201	#VALEUR!	##### !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	40	463	492	●	458	513	n.d.	489	503	-1,1	⬇ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	67	1 573	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	-0,8	⬇ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	69	1 642	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	-2,9	⬇ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	613	6 884	6 736	●	6 142	7 351	1,6	6 723	6 783	1,4	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	106	1 192	1 204	●	1 130	1 319	1,6	1 210	1 185	2,8	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	258	2 924	2 882	●	2 519	3 237	2,7	2 909	2 795	1,8	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	104	1 011	990	●	932	996	1,2	974	1 040	1,7	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	457	5 412	5 516	●	4 840	5 343	1,4	5 586	5 284	2,2	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32		33	23	n.d.	36	17	n.d.	➔ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	27	117	●	212	73	n.d.	131	67	-16,8	➔ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	201	2 667	3 451	●	3 821	3 567	1,1	3 602	2 954	4,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	67	912	927	●	1 020	1 204	2,3	948	866	12,8	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	705	8 701	7 186	●	7 149	7 503	0,5	7 201	7 142	-2,6	⬇ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	304	3 795	3 548	●	3 916	3 796	0,4	3 537	3 588	-1,7	⬇ !
43	Patients traités par anxiolytiques	474	5 851	4 002	●	3 902	4 332	0,5	3 998	4 018	-3,0	⬇ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,6	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	-4,1	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,0	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-5,7	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	74,1	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	3,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	9,1	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	14,4	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	144,3	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	7,9	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	4	5,1	1,8	●	1,2	3,9	50,0	1,0	4,3	0,1	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	4						50,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	5,3	14,5	●	10,6	19,8	0,0	11,1	25,8	-27,1	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	25,5	12,6	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	0,4	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	25,9	11,6	●	10,5	21,4	100,0	8,0	23,7	2,8	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	5,3	10,8	●	8,6	17,0	0,0	8,1	19,5	0,1	➡️
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	1	5,2	2,6	●	2,2	5,4	100,0	1,5	6,1	0,6	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	5,4	5,5	●	4,5	8,6	0,0	3,9	10,7	0,4	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	18	4,2	1,4	●	0,9	3,7	15,8	0,7	3,6	0,5	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	2	5,2	1,8	●	1,3	4,4	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	25,6 min	25,6 min	16,8 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	25,6	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	25,6	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	25,6	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	0	25,6	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	0,5	↗
63	Services d'urgence	0	25,6	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	16,8	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	0,1	↗
65	EHPAD	1	5,4	4,0	●	3,0	7,2		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 **2**
soit 0,3 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	2 885	37 629	43 256	●	40 236	37 859	0,9	43 674	41 912	-0,2

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	26	2,3	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	9,6	↗	
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)	148	17,1	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	-3,3	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	102	11,0	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-3,5	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	271	29,4	41,5	●	46,6	32,3	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)	27	1,4	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	11,5	↗	
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)	122	49,0	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	-2,4	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	680	45,9	46,8	●	47,3	47,2	1,2	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	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	436	5,8	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-0,3	⬇
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	464	7,5	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	-0,9	⬇ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	322	46,5	42,8	●	42,7	44,7	0,5	43,5	40,5	-0,4	⬇
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	100	7,0	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	83	2,0	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	2,3	⬆
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	255	23,5	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	9,8	⬆
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	●		4,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

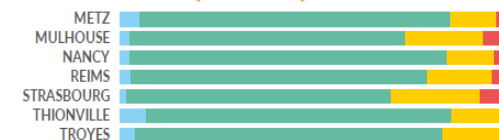
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

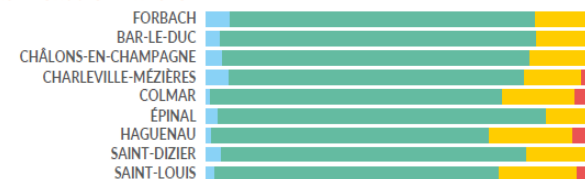
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	46	1,5	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-10,6	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	15	0,5	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-9,0	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 039	34,0	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-2,9	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	731	23,9	17,5	●	13,9	23,1		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	0,4		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	13	5,4	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	2	0,8	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,3	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-3,3	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	765	5,3	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	84		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	579	15,5	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	-2,7	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		78,2	91,6	●	98,3	87,2				-0,9	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	3 513	84,9	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,5		●							
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>)		19,6	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	0	0,0	44,3			26,7		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			53,0		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	22	90,9	20,3			36,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	4	9,1	45,0			62,9		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			0,6		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.

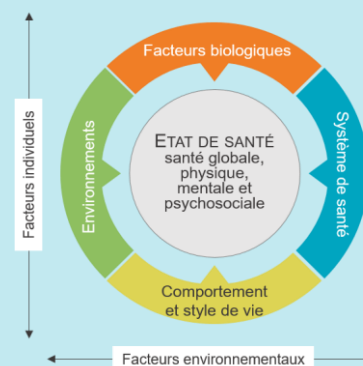
Autres informations

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. »

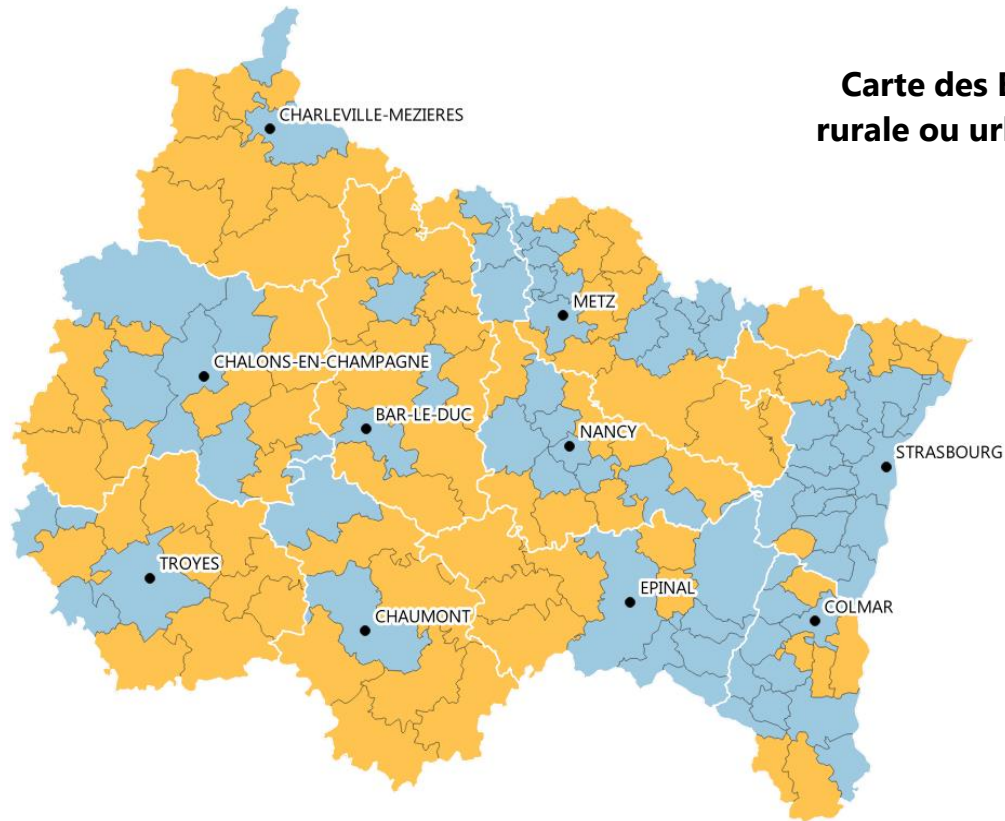
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

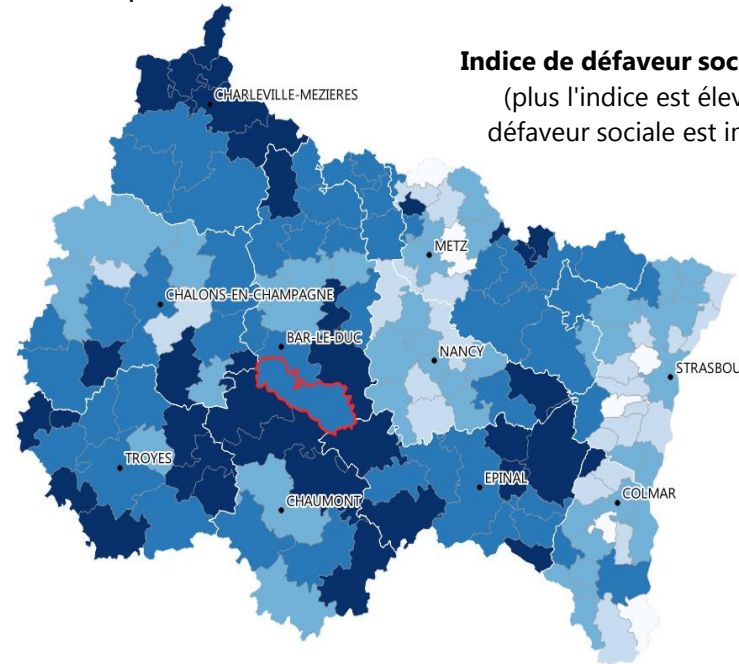
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Meuse
département

16 388
habitants

51
communes

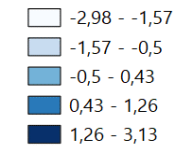
EPCI à dominante
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	16 388	21,7	96,7		119,7	29,6	1,00	192,8	36,2	-0,9 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-791	-0,94	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-691	-0,82	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		108,1	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	4,9 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	13 726	83,8	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	-0,1 →

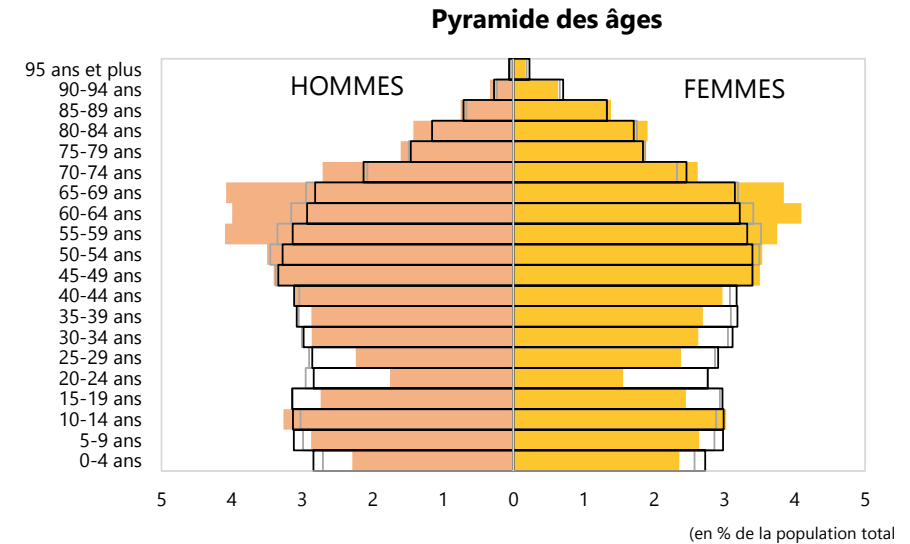
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)	0,8	0,4	●		0,9		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	852	11,4	●	12,8	13,1	0,7	14,0	10,8	-2,6	↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 627	27,9	●	27,5	30,5	0,4	28,7	27,9	-0,7	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,1	●	2,5	6,7	0,6	3,3	5,8	1,3	↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 190		●	21 930	20 830				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	804	11,4	●	14,5	14,4				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		4,8	●	5,8	6,2				n.d.	n.d.
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	4 009	31,3	●	27,0	31,2	0,7	27,4	29,4	-3,0	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 333	18,2	●	31,0	19,8	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	79,9	83,6
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	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	169	793,9	784,7	●	725,2	806,5	1,7	773,8	818,4	-1,5 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	32	190,4	181,6	●	175,7	198,4	2,1	182,2	180,3	-4,1 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	57	300,7	294,9	●	277,8	311,1	2,2	294,8	295,6	-3,1 ➔
18 Décès par cancers	46	216,2	224,3	●	212,4	227,1	1,8	224,4	223,8	-3,5 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	44	202,4	187,5	●	170,0	195,2	1,8	181,7	205,6	-4,1 ↘
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	8	35,0	34,7	●	25,0	32,8	3,9	34,6	35,0	0,3 ➔
21 Décès par suicide	4	22,5	13,4	●	13,2	20,7	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	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	3	14,4	25,8	●	24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	-18,0 ↘
24 Décès par pathologies liées au tabac	28	127,9	129,3	●	109,3	132,3	3,0	129,4	129,0	-2,5 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	25	133,0	124,4	●	116,2	139,6	2,5	124,2	125,7	-2,6 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	9	48,4	58,0	●	53,2	60,9	0,8	57,8	58,7	-8,7 ↘

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

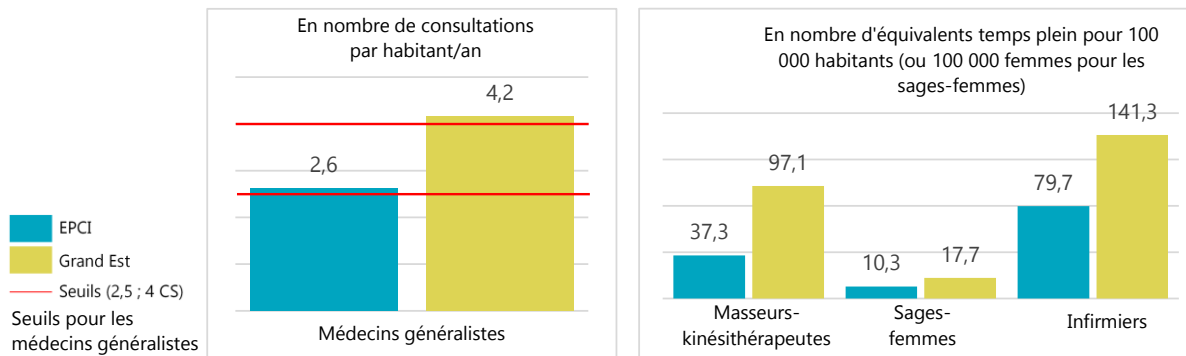
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 003	4 609	4 223	●	4 161	4 193	1,1	4 221	4 236	3,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	58	256	211	●	193	229	n.d.	213	201	1,8	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	115	517	492	●	458	513	1,4	489	503	2,8	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	222	2 054	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	3,2	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	185	1 691	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	0,7	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 770	7 857	6 736	●	6 142	7 351	1,7	6 723	6 783	2,7	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	310	1 362	1 204	●	1 130	1 319	1,3	1 210	1 185	3,3	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	756	3 297	2 882	●	2 519	3 237	2,7	2 909	2 795	5,6	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	267	1 112	990	●	932	996	1,5	974	1 040	0,9	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 193	5 424	5 516	●	4 840	5 343	1,4	5 586	5 284	1,7	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	5	32	●	33	23	n.d.	36	17	-6,1	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	15	n.d.	117		212	73	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	519	2 975	3 451	●	3 821	3 567	1,0	3 602	2 954	7,7	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	182	1 104	927	●	1 020	1 204	2,0	948	866	23,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 510	7 564	7 186	●	7 149	7 503	0,5	7 201	7 142	-3,2	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	788	4 068	3 548	●	3 916	3 796	0,5	3 537	3 588	-0,8	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	889	4 480	4 002	●	3 902	4 332	0,5	3 998	4 018	-2,6	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,6	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	-7,6	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,0	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-10,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	37,3	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	-2,5	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	10,3	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	11,6	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	79,7	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	0,7	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	7	5,9	1,8	●	1,2	3,9	57,1	1,0	4,3	1,0	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	26,1	14,5	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	0,4	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	24,9	12,6	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	1,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	23,5	11,6	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	1,6	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	23,0	10,8	●	8,6	17,0	n.d.	8,1	19,5	0,4	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	2	9,5	2,6	●	2,2	5,4	100,0	1,5	6,1	1,2	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	17,6	5,5	●	4,5	8,6	n.d.	3,9	10,7	1,8	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	22	4,0	1,4	●	0,9	3,7	36,4	0,7	3,6	-2,5	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	6	8,3	1,8	●	1,3	4,4	16,7	1,0	4,5	6,5	⬆️ !

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

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

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	6 234	37 165	43 256	●	40 236	37 859	0,8	43 674	41 912	-0,6

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	40	1,9	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	9,0	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	266	19,1	16,4	●	15,9	18,7	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)	159	9,8	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-2,6	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	519	32,0	41,5	●	46,6	32,3	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)	58	1,6	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	4,9	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	312	72,6	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	1,8	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 420	51,0	46,8	●	47,3	47,2	1,2	46,8	46,9	-3,4	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	522	3,2	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-0,6	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	645	4,7	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	2,7	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	745	45,1	42,8	●	42,7	44,7	0,6	43,5	40,5	2,9	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	229	6,1	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	184	2,0	3,0	●	3,1	3,3		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>)	451	20,7	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	6,2	↗
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	●		4,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

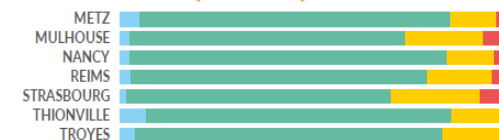
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

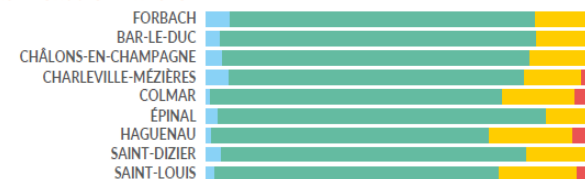
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	66	0,9	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-12,7	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	54	0,7	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-3,0	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 987	40,5	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-1,4	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 626	22,0	17,5	●	13,9	23,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	7	0,9	1,8	●	1,3	0,4		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	46	6,1	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,6	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-1,8	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 222	3,2	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	163		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	1 312	17,1	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	1,1	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		55,3	91,6	●	98,3	87,2				-0,7	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	5 393	53,6	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,2		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		18,1	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	51	100,0	44,3			26,7		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>)	51	100,0	49,2			53,0		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>)	32	74,5	20,3			36,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	19	25,5	45,0			62,9		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			0,6		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.

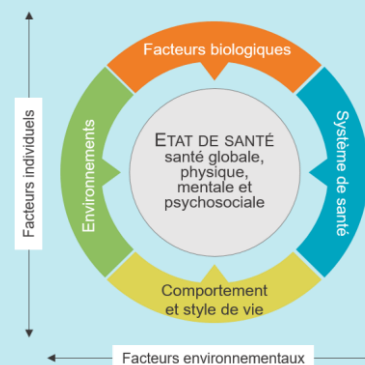
Autres informations

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. »

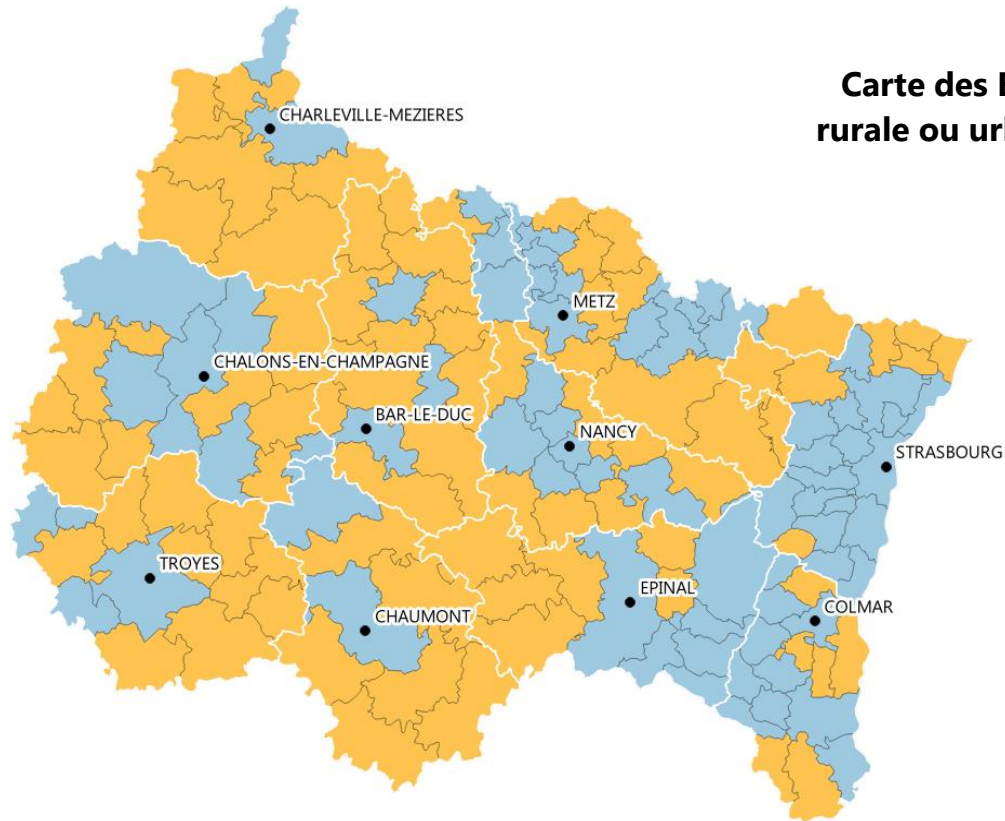
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

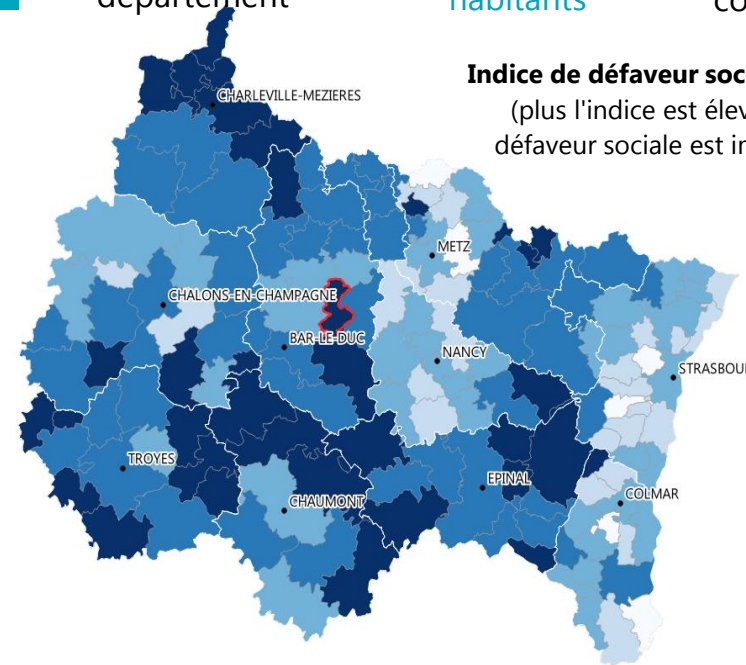
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Meuse
département

8 503
habitants

19
communes

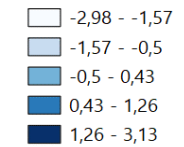
EPCI à dominante
urbaine



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

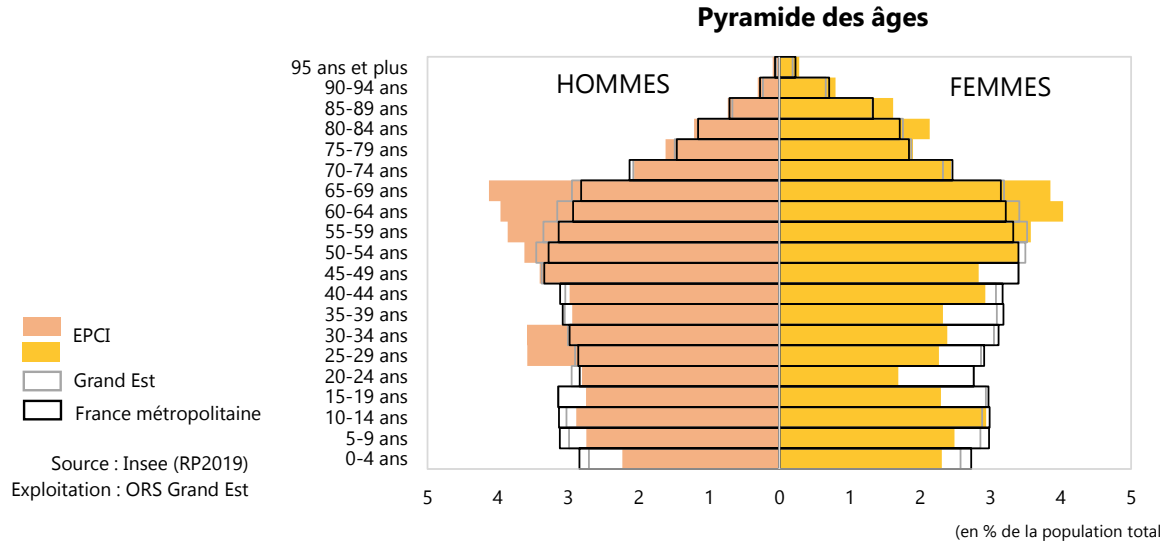
Démographie

	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>)	8 503	34,3	96,7		119,7	29,6	1,06	192,8	36,2	-0,6 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-263	-0,61	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-133	-0,31	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		112,3	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	4,2 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	3 607	42,4	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,3 ↗

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

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

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



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,8	0,4	●		0,9		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	607	16,9	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	1,2 ↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	785	30,5	28,5	●	27,5	30,5	0,4	28,7	27,9	1,9 ↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		12,2	3,7	●	2,5	6,7	1,4	3,3	5,8	6,9 ↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 380		21 800	●	21 930	20 830				1,6 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	587	16,2	14,7	●	14,5	14,4				-0,8 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,8	5,8	●	5,8	6,2				1,5 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 581	38,2	27,8	●	27,0	31,2	0,8	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>)	1 050	15,5	26,3	●	31,0	19,8	0,8	27,7	21,5	2,9 ↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	77,0	82,1
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	105	867,5	784,7	●	725,2	806,5	1,7	773,8	818,4	-2,5	🟢
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	18	209,6	181,6	●	175,7	198,4	1,8	182,2	180,3	-2,9	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	30	314,4	294,9	●	277,8	311,1	1,7	294,8	295,6	-3,7	➔
18	Décès par cancers	27	235,9	224,3	●	212,4	227,1	1,9	224,4	223,8	0,1	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	29	226,5	187,5	●	170,0	195,2	1,9	181,7	205,6	-4,3	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	4	33,4	34,7	●	25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	-8,9	➔
21	Décès par suicide	2	24,9	13,4	●	13,2	20,7	n.d.	12,9	15,4	-6,6	➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	n.d.	n.d.	25,8		24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	n.d.	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	19	160,0	129,3	●	109,3	132,3	2,5	129,4	129,0	-2,5	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	12	129,7	124,4	●	116,2	139,6	2,0	124,2	125,7	-6,8	🟢
26	Décès évitables liés au système de soins	6	60,9	58,0	●	53,2	60,9	1,4	57,8	58,7	-0,2	➔

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

Sources : 15-26. 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

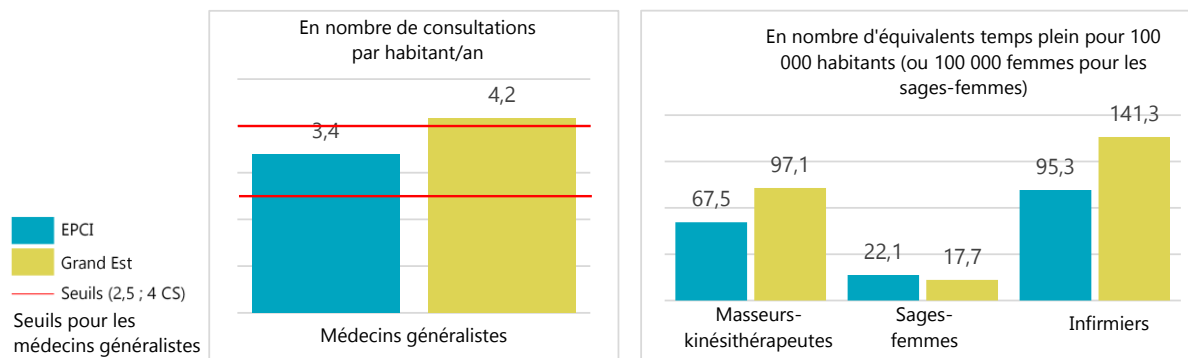
Morbidité

	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	442	4 078	4 223	●	4 161	4 193	1,1	4 221	4 236	1,8	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	22	204	211	●	193	229	n.d.	213	201	-5,9	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	53	434	492	●	458	513	0,8	489	503	2,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	96	1 635	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	3,8	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	77	1 465	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	0,9	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	899	8 141	6 736	●	6 142	7 351	1,6	6 723	6 783	1,1	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	136	1 203	1 204	●	1 130	1 319	1,1	1 210	1 185	-0,3	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	416	3 748	2 882	●	2 519	3 237	2,2	2 909	2 795	4,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	132	1 180	990	●	932	996	1,0	974	1 040	-0,5	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	598	5 499	5 516	●	4 840	5 343	1,3	5 586	5 284	1,3	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	47	32	●	33	23	n.d.	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	11	n.d.	117		212	73	7,1	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	279	3 251	3 451	●	3 821	3 567	1,5	3 602	2 954	5,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	113	1 283	927	●	1 020	1 204	2,0	948	866	14,7	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	760	7 662	7 186	●	7 149	7 503	0,5	7 201	7 142	-1,1	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	309	3 254	3 548	●	3 916	3 796	0,5	3 537	3 588	2,1	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	477	4 794	4 002	●	3 902	4 332	0,5	3 998	4 018	-1,7	↘ !

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

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	3,5		4,4	3,3	-2,5	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,9	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-2,9	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	67,5	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	0,5	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	22,1	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	11,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	95,3	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	3,1	⬆️ !

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	6	2,4	●	1,2	3,9	50,0	1,0	4,3	9,4	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	37,8	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	0,5	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	37,8	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	0,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	37,8	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	46,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	25,4	●	8,6	17,0	n.d.	8,1	19,5	0,5	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	2,9	●	2,2	5,4	33,3	1,5	6,1	1,0	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	3,5	●	4,5	8,6	0,0	3,9	10,7	0,9	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	11	2,9	●	0,9	3,7	16,7	0,7	3,6	1,0	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	6	3,5	●	1,3	4,4	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	25,1 min	37,5 min	5,4 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	25,1	11,3	●	10,5	18,1	9,1	18,4	0,3 ↗
60 Services de chirurgie	0	37,5	14,5	●	13,5	21,8	11,3	25,3	0,3 ↗
61 Services d'obstétrique	0	25,1	14,3	●	14,8	24,3	11,6	23,6	-7,5 ↘
62 Services de soins de suite	1	5,7	9,3	●	9,1	17,2	7,2	16,5	0,5 ↗
63 Services d'urgence	0	37,5	14,8	●	13,7	21,7	12,1	24,2	0,3 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	5,4	8,4	●	7,4	8,7	7,0	13,1	0,7 ↗
65 EHPAD	1	5,6	4,0	●	3,0	7,2	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 **2**
soit 0,3 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	2 923	34 316	43 256	●	40 236	37 859	0,8	43 674	41 912	-0,3

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	32	3,1	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	8,8	↗	
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)	236	29,1	16,4	●	15,9	18,7	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)	235	23,5	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	2,6	↗	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	232	23,2	41,5	●	46,6	32,3	43,0	35,8	-0,6	↘	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	34	1,9	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	-0,4	↘	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	161	75,3	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	2,3	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	753	55,0	46,8	●	47,3	47,2	1,1	46,8	46,9	-8,6	↘

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	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	488	5,7	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	-2,6	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	717	10,2	8,9	●	9,3	8,4		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>)	323	47,6	42,8	●	42,7	44,7	0,3	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>)	108	5,9	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	140	2,9	3,0	●	3,1	3,3		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>)	302	27,8	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	7,8	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	19	4,0	4,0	●		4,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

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

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

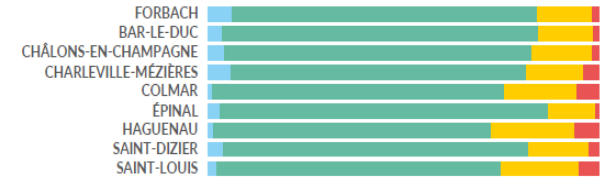
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	41	1,1	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-9,9	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	27	0,7	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	1,9	⬆️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 343	35,8	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-2,9	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	916	24,4	17,5	●	13,9	23,1		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	0,4		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	14	5,7	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,4	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,0	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-1,5	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	893	9,5	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	81		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	4	21,1	2,1	●	2,4	2,0		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>)	738	18,0	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	-1,1	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		91,8	91,6	●	98,3	87,2				-0,8	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	1 437	26,1	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		2,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,4		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		3,8	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	19	100,0	44,3			26,7		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>)	5	14,3	49,2			53,0		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			36,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	19	100,0	45,0			62,9		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			0,6		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.

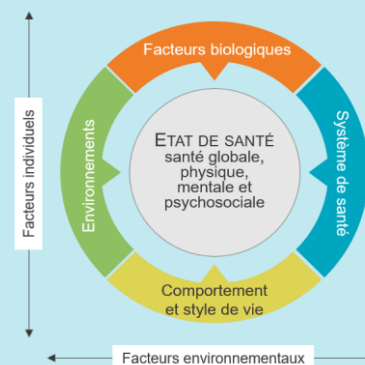
Autres informations

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. »

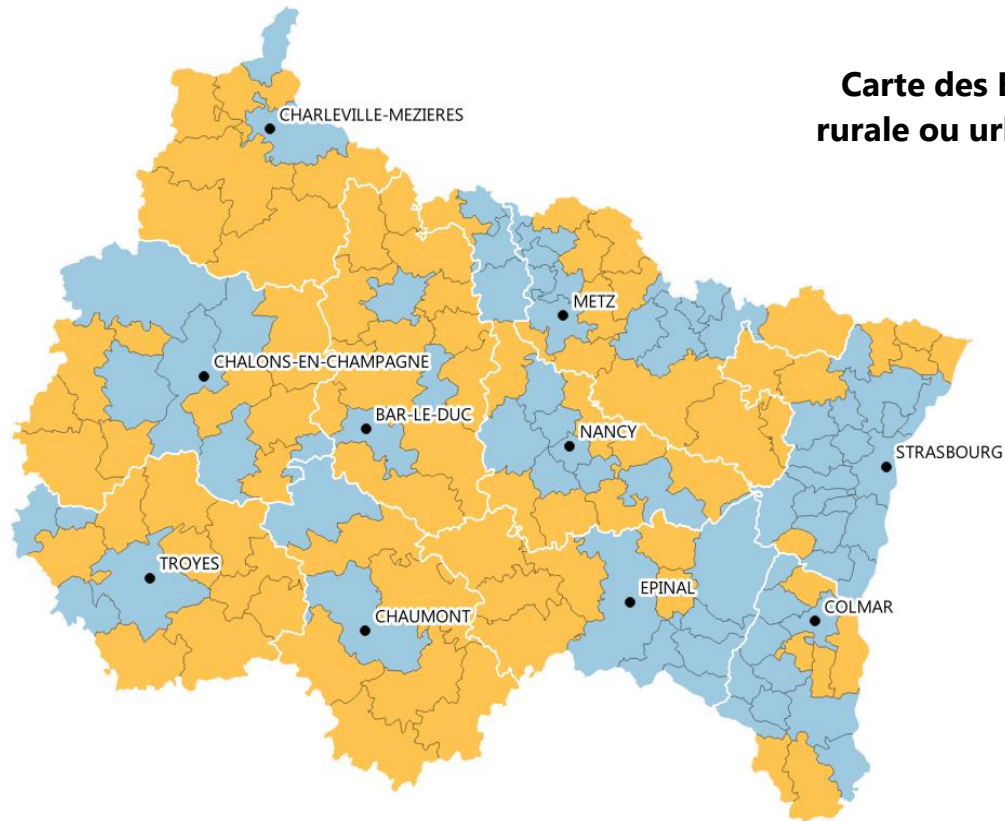
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

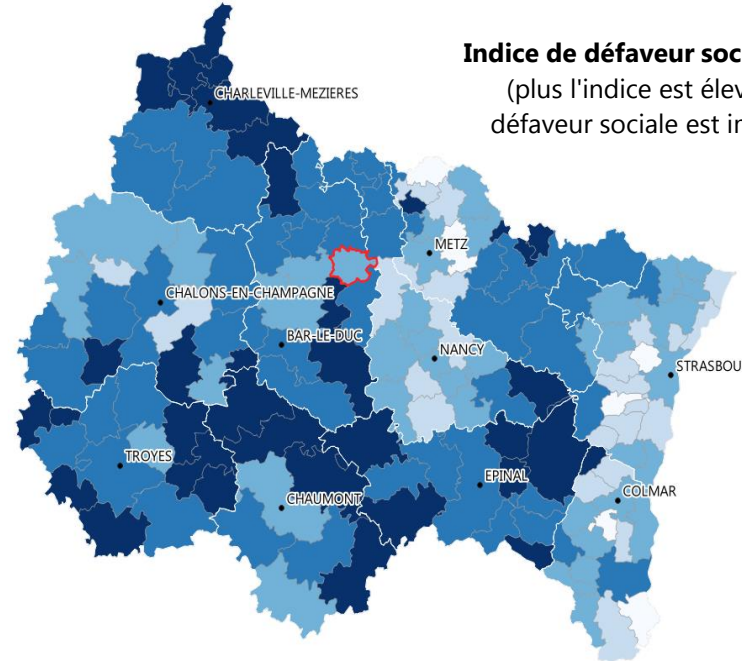
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Meuse
département

4 760
habitants

32
communes

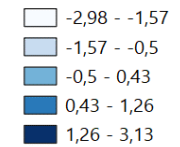
EPCI à dominante
rurale



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>)	4 760	18,5	96,7		119,7	29,6	1,01	192,8	36,2	-1,0 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-252	-1,03	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-243	-0,99	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		91,6	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	3,7 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	4 760	100,0	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,0 →

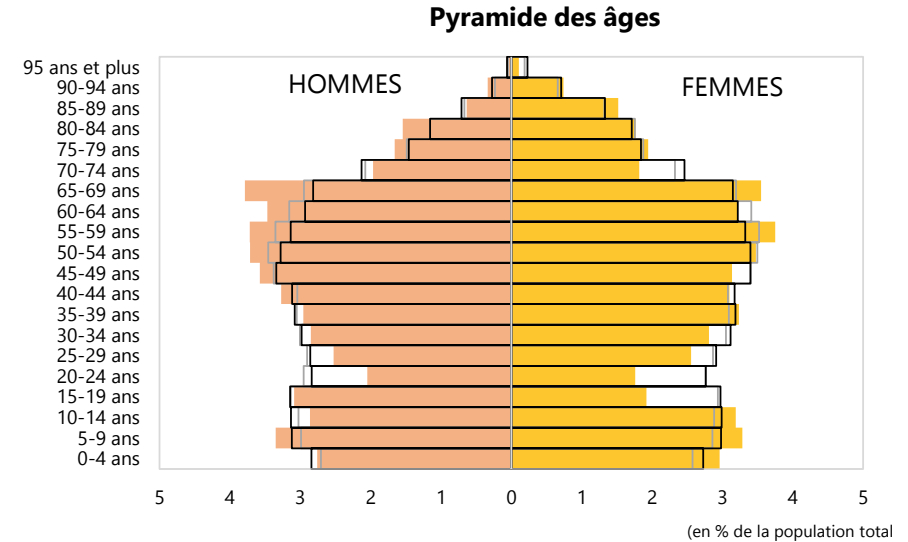
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)	0,4	0,4	●		0,9		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	221	9,9	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-1,3	↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	475	28,1	●	27,5	30,5	0,4	28,7	27,9	-0,9	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,0	●	2,5	6,7	0,9	3,3	5,8	0,5	↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 130		●	21 930	20 830				1,4	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	253	12,6	●	14,5	14,4				-1,8	↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,1	●	5,8	6,2				0,8	↗
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>)	1 032	28,4	●	27,0	31,2	0,7	27,4	29,4	-2,6	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	782	21,5	●	31,0	19,8	0,8	27,7	21,5	1,5	↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

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

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	53	846,9	784,7	●	725,2	806,5	1,4	773,8	818,4	0,4 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	8	174,1	181,6	●	175,7	198,4	n.d.	182,2	180,3	-4,1 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	15	297,4	294,9	●	277,8	311,1	1,7	294,8	295,6	-1,9 ➔
18 Décès par cancers	15	261,9	224,3	●	212,4	227,1	1,5	224,4	223,8	1,0 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	14	194,8	187,5	●	170,0	195,2	1,7	181,7	205,6	1,7 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	n.d.	n.d.	34,7		25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	n.d. ➔
21 Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	20,7	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	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	n.d.	n.d.	25,8		24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	n.d. ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	8	137,1	129,3	●	109,3	132,3	3,1	129,4	129,0	0,4 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	7	141,9	124,4	●	116,2	139,6	n.d.	124,2	125,7	2,1 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	3	56,7	58,0	●	53,2	60,9	n.d.	57,8	58,7	-6,8 ➔

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

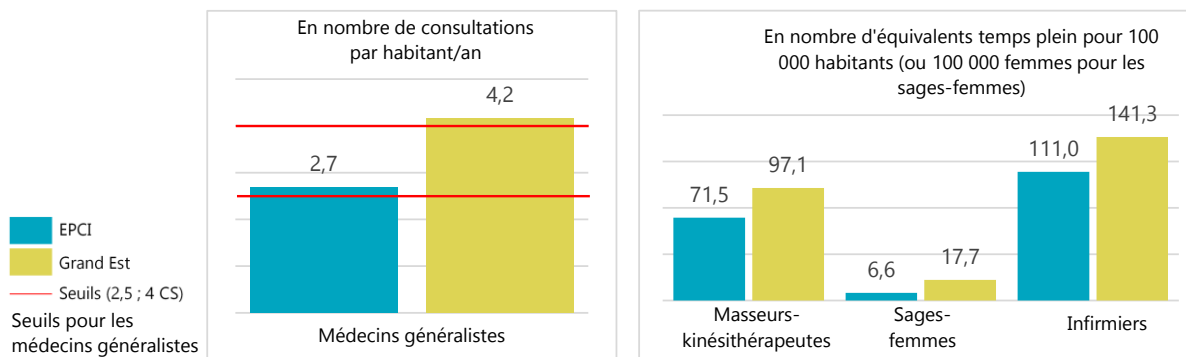
Morbidité

	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	223	3 877	4 223	●	4 161	4 193	1,2	4 221	4 236	-1,3	⬇️
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	11	n.d.	211		193	229	4,1	213	201	n.d.	n.d.
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	28	449	492	●	458	513	n.d.	489	503	-5,6	⬇️
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	48	1 725	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	0,6	⬆️
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	40	1 446	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	-0,3	⬇️
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	435	7 221	6 736	●	6 142	7 351	2,1	6 723	6 783	2,1	⬆️
33	Personnes prises en charge pour AVC	81	1 354	1 204	●	1 130	1 319	1,5	1 210	1 185	1,4	⬆️
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	185	3 034	2 882	●	2 519	3 237	3,3	2 909	2 795	3,4	⬆️
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	53	765	990	●	932	996	1,5	974	1 040	-5,9	⬇️
36	Personnes prises en charge pour diabète	304	5 084	5 516	●	4 840	5 343	1,5	5 586	5 284	2,5	⬆️
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	20	32	●	33	23	n.d.	36	17	n.d.	➡️
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	99	117	●	212	73	4,0	131	67	3,7	➡️
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	131	2 711	3 451	●	3 821	3 567	1,1	3 602	2 954	3,6	⬆️
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	49	1 035	927	●	1 020	1 204	1,4	948	866	14,7	⬆️
41	Patients traités par psychotropes	372	6 707	7 186	●	7 149	7 503	0,7	7 201	7 142	-2,7	⬇️
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	178	3 407	3 548	●	3 916	3 796	0,6	3 537	3 588	-1,5	⬇️
43	Patients traités par anxiolytiques	205	3 676	4 002	●	3 902	4 332	0,6	3 998	4 018	-0,6	⬇️

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,7	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	-3,7	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,6	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	-3,8	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	71,5	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	8,0	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	6,6	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	5,7	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	111,0	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	3,2	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	6	7,1	1,8	●	1,2	33,3	1,0	4,3	0,2	⬆️ !	
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	22,2	14,5	●	10,6	19,8	11,1	25,8	-5,5	⬆️ !	
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	29,7	12,6	●	12,5	21,7	8,3	27,0	0,2	⬆️ !	
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	30,2	11,6	●	10,5	21,4	8,0	23,7	3,4	⬆️ !	
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	22,2	10,8	●	8,6	17,0	8,1	19,5	0,7	⬆️ !	
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	1	7,1	2,6	●	2,2	5,4	100,0	1,5	6,1	-1,4	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	16,6	5,5	●	4,5	8,6	n.d.	3,9	10,7	0,2	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	5	6,7	1,4	●	0,9	3,7	0,0	0,7	3,6	0,2	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	5	6,6	1,8	●	1,3	4,4	20,0	1,0	4,5	0,2	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	29,1 min	29,1 min	7,2 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	29,1	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	-0,5	↘
60 Services de chirurgie	0	29,1	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	-0,5	↘
61 Services d'obstétrique	0	29,1	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	-0,5	↘
62 Services de soins de suite	0	26,9	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	-0,4	↘
63 Services d'urgence	0	29,1	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	-0,5	↘
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	7,2	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	-1,0	↘
65 EHPAD	1	8,8	4,0	●	3,0	7,2		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 **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	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	1 976	40 446	43 256	●	40 236	37 859	0,9	43 674	41 912	0,8 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	15	2,3	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	22,7	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	57	13,6	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	-6,5	↘	
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)	61	12,2	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-0,1	→	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	172	34,1	41,5	●	46,6	32,3	43,0	35,8	-0,6	↘	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	12	1,1	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	9,1	↗	
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)	74	44,4	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	-3,9	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	418	49,7	46,8	●	47,3	47,2	1,3	46,8	46,9	0,0	→

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	171	3,6	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	3,3	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	154	3,9	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	0,2	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	235	41,6	42,8	●	42,7	44,7	0,6	43,5	40,5	-3,9	↘
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	76	7,7	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	78	3,0	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	1,3	↗
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>)	133	19,9	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	2,8	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	20	7,6	7,6	●		4,1		9,3	6,8	1,1	↗ !

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

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

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

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

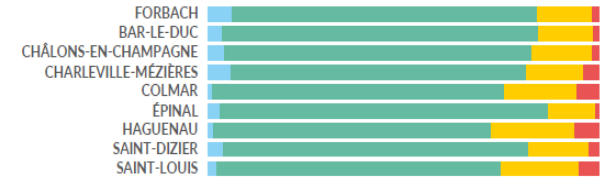
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	4	0,2	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-36,0	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	17	0,8	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-1,4	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	968	46,5	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-2,3	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	463	22,2	17,5	●	13,9	23,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	1	0,4	1,8	●	1,3	0,4		3,9	0,7	0,1	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	5	1,9	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		4,0	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-1,4	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	636	4,1	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	61		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	356	15,4	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	4,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		50,8	91,6	●	98,3	87,2				0,1	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	1 081	38,9	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,9		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,9		●							
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>)		37,3	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	32	100,0	44,3			26,7		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			53,0		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>)	25	81,0	20,3			36,5		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	19,0	45,0			62,9		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			0,6		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.

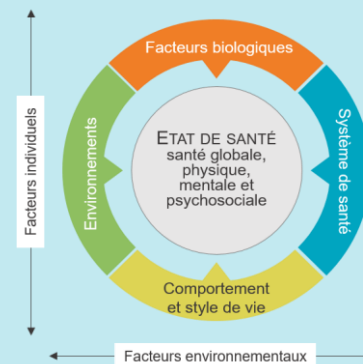
Autres informations

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. »

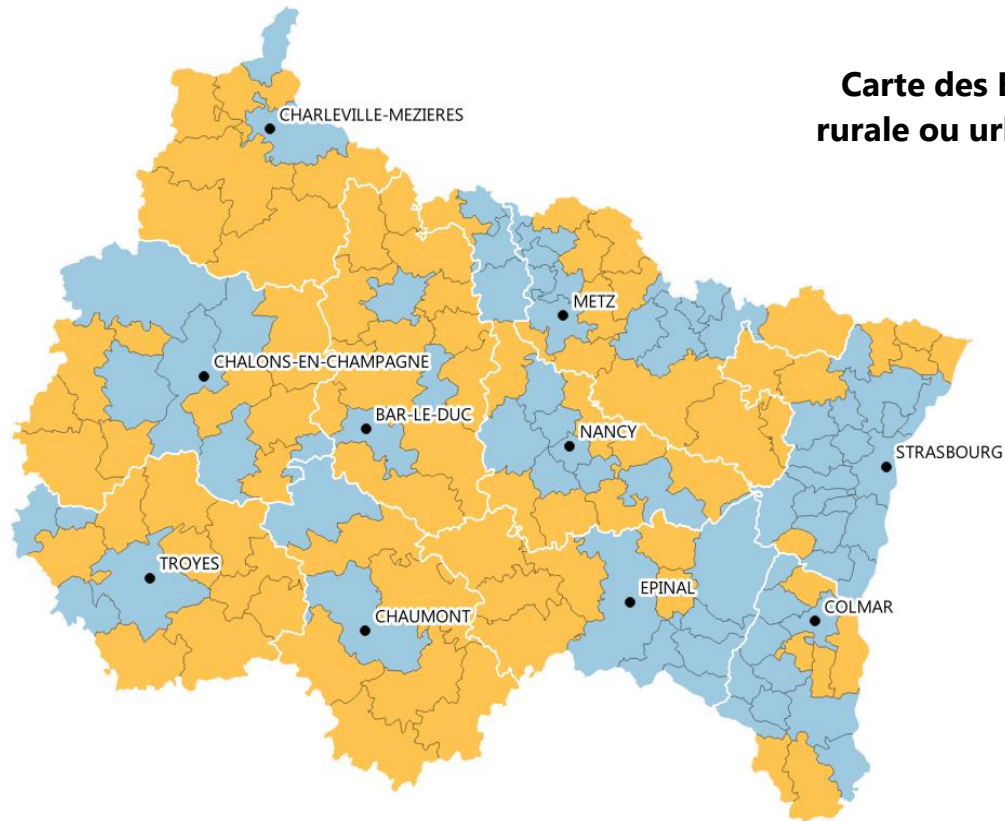
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

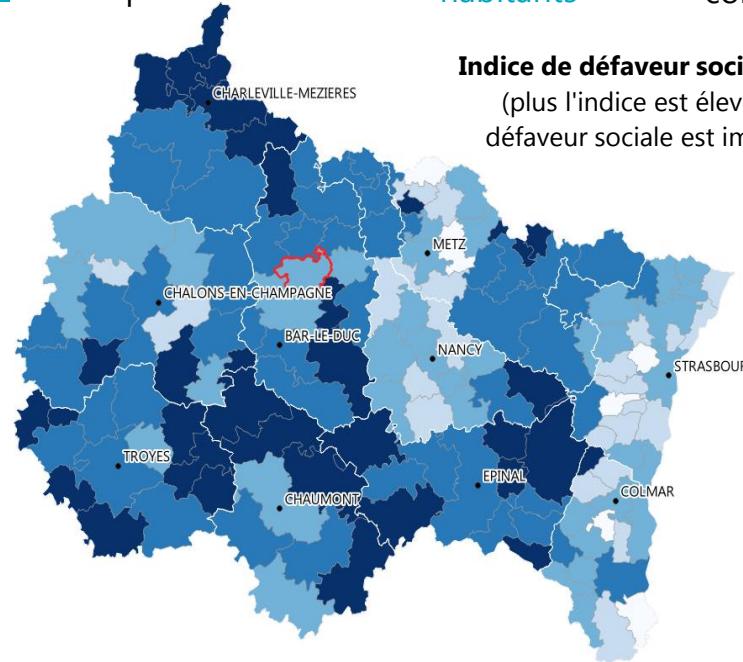
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Meuse
département

9 089
habitants

25
communes

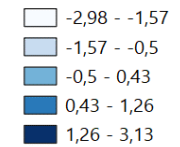
EPCI à dominante
rurale



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)

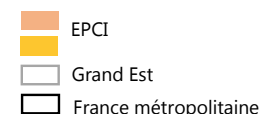
Démographie

	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>)	9 089	26,0	96,7		119,7	29,6	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>)	123	0,27	0,01		0,33	-0,79		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	150	0,33	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		79,0	86,3	●	83,8	99,1		84,5	92,3	4,0 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	9 089	100,0	28,1		21,3	59,1		14,9	72,3	0,0 →

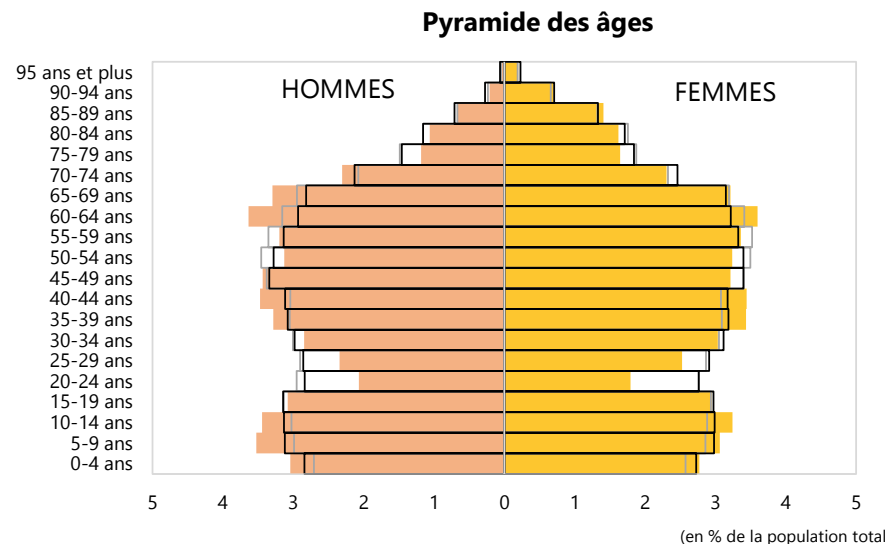
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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



Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,4	0,4	●		0,9		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	448	10,4	13,3	●	12,8	13,1	1,0	14,0	10,8	0,2 ↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	910	27,2	28,5	●	27,5	30,5	0,3	28,7	27,9	-1,2 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,6	3,7	●	2,5	6,7	1,1	3,3	5,8	-0,7 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 150		21 800	●	21 930	20 830				n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	386	10,6	14,7	●	14,5	14,4				n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,3	5,8	●	5,8	6,2				n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 917	28,3	27,8	●	27,0	31,2	0,7	27,4	29,4	-3,1 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 352	20,0	26,3	●	31,0	19,8	0,8	27,7	21,5	2,2 ↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	81,8	81,9
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	77	728,1	784,7	●	725,2	806,5	1,7	773,8	818,4	-2,2 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	14	163,6	181,6	●	175,7	198,4	1,1	182,2	180,3	4,5 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	22	231,3	294,9	●	277,8	311,1	1,5	294,8	295,6	-0,5 ➔
18 Décès par cancers	19	180,0	224,3	●	212,4	227,1	1,8	224,4	223,8	-5,9 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	22	204,5	187,5	●	170,0	195,2	2,2	181,7	205,6	-1,9 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	2	22,8	34,7	●	25,0	32,8	n.d.	34,6	35,0	-1,0 ➔
21 Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	20,7	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	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	n.d.	n.d.	25,8		24,8	24,8	n.d.	26,0	25,2	n.d. ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	13	124,3	129,3	●	109,3	132,3	3,9	129,4	129,0	0,3 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	8	84,4	124,4	●	116,2	139,6	2,3	124,2	125,7	2,6 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	5	54,1	58,0	●	53,2	60,9	0,7	57,8	58,7	-6,3 ➔

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

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

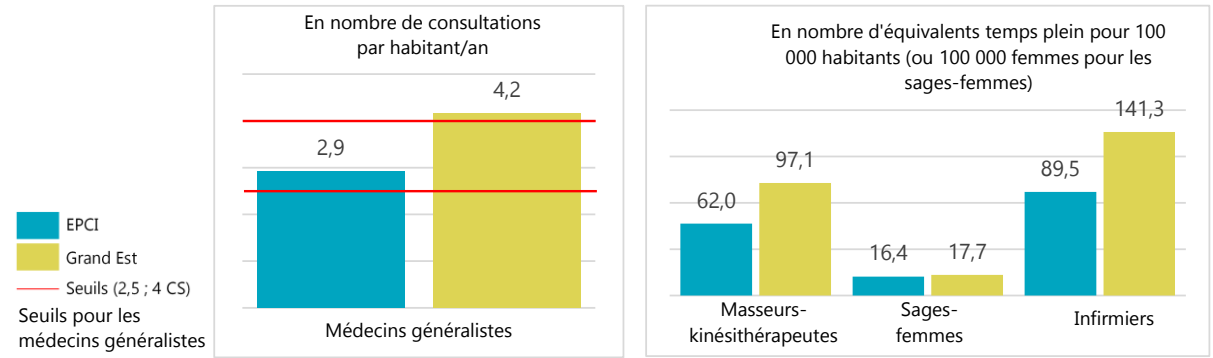
Morbidité

	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	4 054	4 223	●	4 161	4 193	1,1	4 221	4 236	0,2	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	25	246	211	●	193	229	n.d.	213	201	#VALEUR!	##### !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	56	526	492	●	458	513	1,3	489	503	1,0	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	92	1 700	1 799	●	1 755	1 704		1 806	1 774	-2,4	↘ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	66	1 265	1 592	●	1 467	1 474		1 575	1 647	-2,3	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	814	7 393	6 736	●	6 142	7 351	2,0	6 723	6 783	1,8	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	133	1 246	1 204	●	1 130	1 319	1,3	1 210	1 185	2,3	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	348	3 135	2 882	●	2 519	3 237	3,6	2 909	2 795	2,6	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	113	927	990	●	932	996	1,7	974	1 040	1,2	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	593	5 500	5 516	●	4 840	5 343	1,4	5 586	5 284	1,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32		33	23	n.d.	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	68	117	●	212	73	1,9	131	67	12,0	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	236	2 549	3 451	●	3 821	3 567	1,0	3 602	2 954	4,9	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	77	821	927	●	1 020	1 204	1,5	948	866	12,1	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	712	7 040	7 186	●	7 149	7 503	0,5	7 201	7 142	-1,5	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	386	3 970	3 548	●	3 916	3 796	0,4	3 537	3 588	0,4	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	380	3 787	4 002	●	3 902	4 332	0,5	3 998	4 018	-0,7	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans		
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		2,9	4,2	●	3,9	3,5		4,4	3,3	0,7	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,9	3,7	●	3,1	3,2		4,0	3,0	1,6	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		62,0	97,1	●	104,0	63,7		105,3	70,9	2,3	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		16,4	17,7	●	17,3	14,1		19,0	13,0	4,0	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		89,5	141,3	●	146,5	102,2		149,9	114,4	-0,5	↘ !

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	6	6,2	1,8	●	1,2	33,3	1,0	4,3	-4,5	↘ !	
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	19,2	14,5	●	10,6	19,8	n.d.	11,1	25,8	0,3	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	19,2	12,6	●	12,5	21,7	n.d.	8,3	27,0	0,3	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	19,2	11,6	●	10,5	21,4	n.d.	8,0	23,7	0,6	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	19,2	10,8	●	8,6	17,0	n.d.	8,1	19,5	0,3	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	1	7,9	2,6	●	2,2	5,4	0,0	1,5	6,1	0,8	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	15,8	5,5	●	4,5	8,6	n.d.	3,9	10,7	0,1	→ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	13	6,3	1,4	●	0,9	3,7	15,4	0,7	3,6	6,8	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	5	6,3	1,8	●	1,3	4,4	60,0	1,0	4,5	1,0	↗ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	19,4 min	19,4 min	8,2 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	19,4	11,3	●	10,5	18,1		9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	19,4	14,5	●	13,5	21,8		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	19,4	14,3	●	14,8	24,3		11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	0	19,2	9,3	●	9,1	17,2		7,2	16,5	0,5	↗
63	Services d'urgence	0	19,4	14,8	●	13,7	21,7		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	8,2	8,4	●	7,4	8,7		7,0	13,1	0,6	↗
65	EHPAD	2	9,0	4,0	●	3,0	7,2		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 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	51,7					
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	57,5					
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	34,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)		26,6		24,3	28,4					
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	69,8					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	3 727	40 585	43 256	●	40 236	37 859	0,8	43 674	41 912	0,3 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+78 511	+184,9	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-19 925	-46,9	17,0
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	24	1,7	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	8,5	↗	
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)	159	17,7	16,4	●	15,9	18,7	16,4	16,3	2,0	↗	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	85	8,8	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-1,1	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	331	34,2	41,5	●	46,6	32,3	43,0	35,8	2,0	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	25	1,1	1,7	●	2,3	1,5	1,8	1,7	3,6	↗	
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)	189	62,6	58,4	●	62,2	63,3	58,4	58,6	-3,0	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	830	47,3	46,8	●	47,3	47,2	1,1	46,8	46,9	-4,6	↘

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	+88 608	+214,1	23,3
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+3 200	+7,7	33,7
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>)	318	3,5	5,2	●	5,3	5,3		5,9	3,1	5,7	↗
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	330	4,4	8,9	●	9,3	8,4		10,1	4,9	3,1	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	257	38,4	42,8	●	42,7	44,7	0,5	43,5	40,5	1,4	↗
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>)	96	5,6	5,6		n.d.	5,9					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	81	1,6	3,0	●	3,1	3,3		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>)	221	16,4	24,2	●	24,9	24,0		25,7	19,0	0,0	→
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	●		4,1		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

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

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

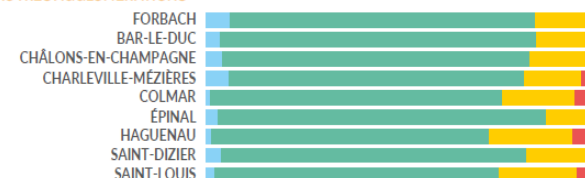
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	15	0,4	2,7	●	4,8	1,2		3,2	1,2	-26,7	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	9	0,2	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-16,8	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 009	27,0	22,6	●	21,6	35,0		20,4	30,7	-3,1	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	667	17,9	17,5	●	13,9	23,1		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,6	1,8	●	1,3	0,4		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	27	7,7	9,5	●	n.d.	4,9		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		7,7	2,5	●	n.d.	3,3		2,4	2,9	-1,0	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	669	4,0	7,8	●	10,3	6,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	77		19 047	●	171 485	1 510		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	1	4,0	2,1	●	2,4	2,0		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>)	758	17,4	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	-0,9	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		51,9	91,6	●	98,3	87,2				-0,4	⬇️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	2 350	48,0	76,9	●	71,2	64,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,3		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,5		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,6		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		18,6	4,5	●	3,1	20,5		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	0	0,0	44,3			26,7		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			53,0		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			36,5		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	25	100,0	45,0			62,9		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			0,6		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.

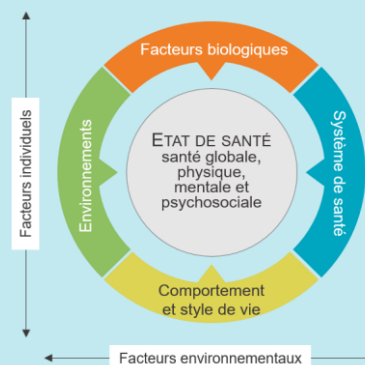
Autres informations

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. »

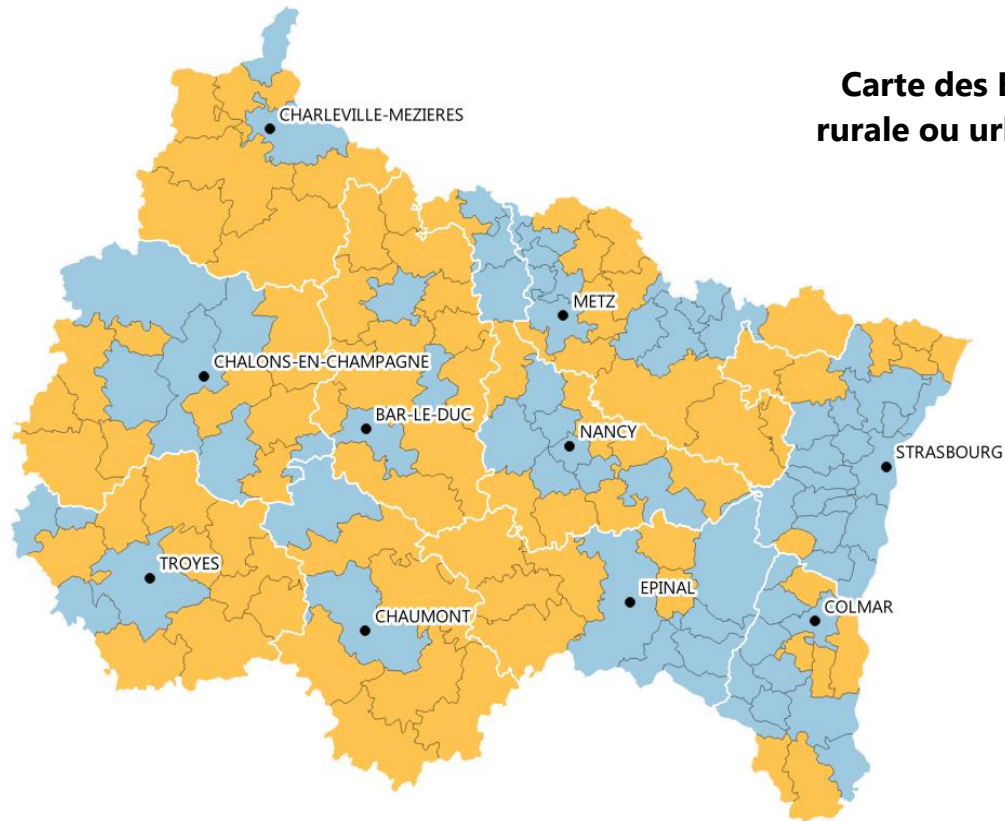
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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