

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.

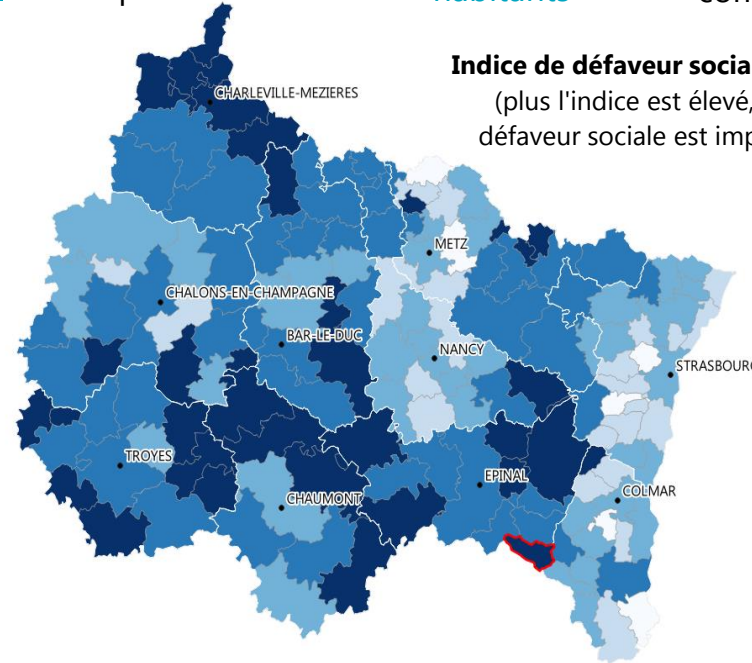
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Vosges
département

14 987
habitants

8
communes

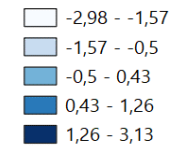
EPCI à dominante
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

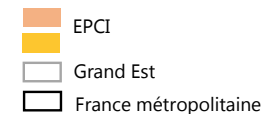
Démographie

	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>)	14 987	77,1	96,7		119,7	62,1	0,93	192,8	36,2	-0,6	↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-442	-0,58	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3		
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-101	-0,13	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2		
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		137,2	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	3,7	↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	0	0,0	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	n.d.	n.d.

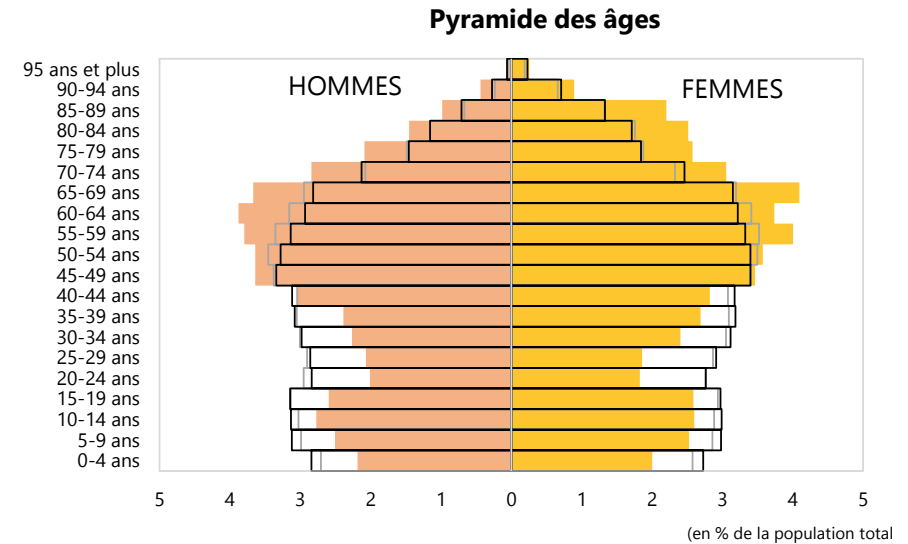
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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



Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		2,2	0,4	●		1,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 075	16,4	13,3	●	12,8	14,5	0,9	14,0	10,8	-0,7 ↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 451	29,1	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-0,8 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		10,7	3,7	●	2,5	5,6	0,7	3,3	5,8	-0,8 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	19 660		21 800	●	21 930	20 420				1,3 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 028	15,0	14,7	●	14,5	15,2				-0,7 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,0	5,8	●	5,8	6,4				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>)	4 878	40,6	27,8	●	27,0	33,0	0,7	27,4	29,4	-1,9 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 608	13,4	26,3	●	31,0	20,8	0,8	27,7	21,5	2,0 ↗

Notes de lecture : 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées 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	75,3	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	205	846,9	784,7	●	725,2	811,8	1,8	773,8	818,4	-1,1 ➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	32	208,3	181,6	●	175,7	204,7	2,4	182,2	180,3	-0,2 ➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	56	303,2	294,9	●	277,8	316,8	2,5	294,8	295,6	-1,0 ➔
18	Décès par cancers	49	215,6	224,3	●	212,4	231,6	2,1	224,4	223,8	2,1 ➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	52	208,7	187,5	●	170,0	192,8	1,9	181,7	205,6	-3,7 ↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	11	46,6	34,7	●	25,0	33,5	4,5	34,6	35,0	2,5 ➔
21	Décès par suicide	3	16,4	13,4	●	13,2	19,2	n.d.	12,9	15,4	-9,0 ➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	6	26,2	25,8	●	24,8	25,6	n.d.	26,0	25,2	-5,5 ➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	33	143,8	129,3	●	109,3	126,1	4,4	129,4	129,0	0,2 ➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	21	120,6	124,4	●	116,2	136,9	3,4	124,2	125,7	-4,8 ➔
26	Décès évitables liés au système de soins	13	72,4	58,0	●	53,2	61,6	1,2	57,8	58,7	0,0 ➔

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

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

Principales causes de morbidité

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

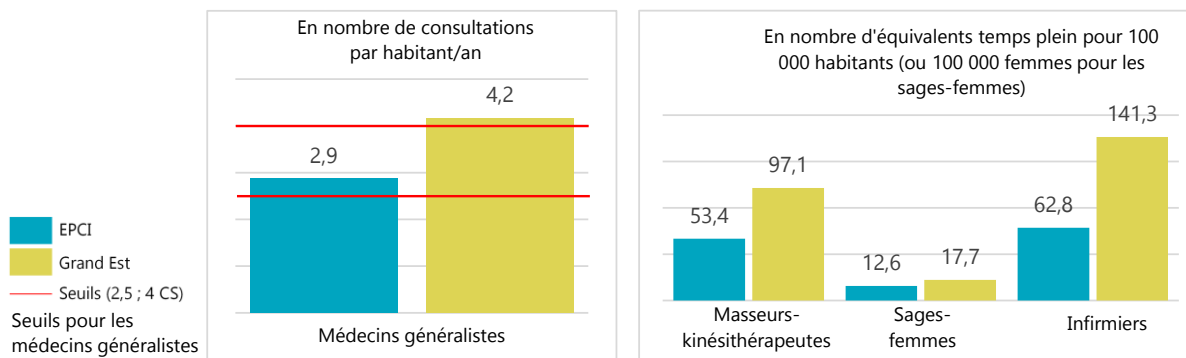
Morbidité

	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	790	3 629	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	0,7	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	28	130	211	●	193	198	3,2	213	201	-1,2	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	98	413	492	●	458	453	2,3	489	503	2,8	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	186	1 691	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	-0,4	↘ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	131	1 254	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	-3,3	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 620	7 161	6 736	●	6 142	6 600	1,8	6 723	6 783	4,1	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	245	1 060	1 204	●	1 130	1 070	1,4	1 210	1 185	3,4	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	718	3 194	2 882	●	2 519	2 854	2,8	2 909	2 795	7,4	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	252	1 018	990	●	932	1 003	1,5	974	1 040	4,1	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 083	5 009	5 516	●	4 840	5 051	1,3	5 586	5 284	1,8	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	17	32	●	33	26	0,7	36	17	7,6	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	43	117	●	212	78	0,9	131	67	12,6	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	566	3 743	3 451	●	3 821	3 699	1,3	3 602	2 954	8,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	182	1 171	927	●	1 020	1 209	1,4	948	866	23,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 093	5 857	7 186	●	7 149	7 462	0,5	7 201	7 142	-2,9	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	694	3 971	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	1,3	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	517	2 686	4 002	●	3 902	4 030	0,5	3 998	4 018	-5,8	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	2,9	4,2	●	3,9	3,9		4,4	3,3	-6,2	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,7	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	0,0	➡️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	53,4	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	2,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	12,6	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	-6,5	⬇️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	62,8	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	-0,4	⬇️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	11	2,7	●	1,2	2,6	18,2	1,0	4,3	26,5	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	40,7	●	10,6	22,8	n.d.	11,1	25,8	8,0	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	29,2	●	12,5	21,4	n.d.	8,3	27,0	0,7	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	28,8	●	10,5	17,2	n.d.	8,0	23,7	0,4	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	28,7	●	8,6	17,1	n.d.	8,1	19,5	0,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	5	4,5	●	2,2	3,9	20,0	1,5	6,1	17,1	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	20,1	●	4,5	7,9	n.d.	3,9	10,7	28,5	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	18	1,7	●	0,9	2,3	11,1	0,7	3,6	1,8	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	10	0,6	●	1,3	2,5	39,8	1,0	4,5	-13,5	⬆️ !

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

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

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

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

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

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'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	54,8				
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	58,0				
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	39,8				
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	74,1				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	6 281	42 043	43 256	●	40 236	41 741	0,9	43 674	41 912	0,9 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	40	2,3	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	14,4	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	271	20,1	16,4	●	15,9	18,5	16,4	16,3	-0,5	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	160	12,6	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-4,9	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	331	26,1	41,5	●	46,6	33,8	43,0	35,8	0,0	→	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	39	1,3	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	1,4	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	246	67,8	58,4	●	62,2	67,3	58,4	58,6	0,6	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 052	45,1	46,8	●	47,3	49,2	1,5	46,8	46,9	-1,7	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	554	3,7	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-1,7	⬇️
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	985	7,8	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	4,0	⬆️ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	668	42,1	42,8	●	42,7	45,1	0,4	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>)	130	3,5	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	198	2,5	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-1,9	⬇️
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	419	23,1	24,2	●	24,9	26,2		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	●		5,3		9,3	6,8	n.d.	n.d. !

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

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

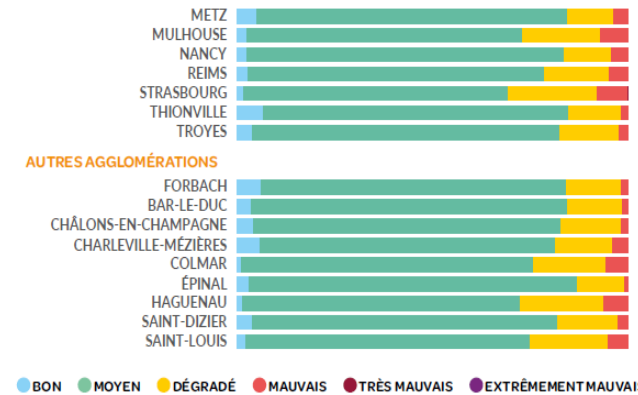
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	127	1,8	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	-3,0	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	58	0,8	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-2,7	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 947	27,7	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-2,2	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 658	23,6	17,5	●	13,9	22,6		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	1,0	1,8	●	1,3	1,2		3,9	0,7	-9,7	↘
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	20	10,3	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,0	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	-2,1	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	688	17,1	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	46		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	1 078	15,8	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	0,8	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		78,2	91,6	●	98,3	95,7				-1,0	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	8 279	83,3	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,1		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		0,0	4,5	●	3,1	6,4		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			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	8	100,0	49,2			79,7		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	100,0	20,3			8,7		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	34,7			2,0		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.

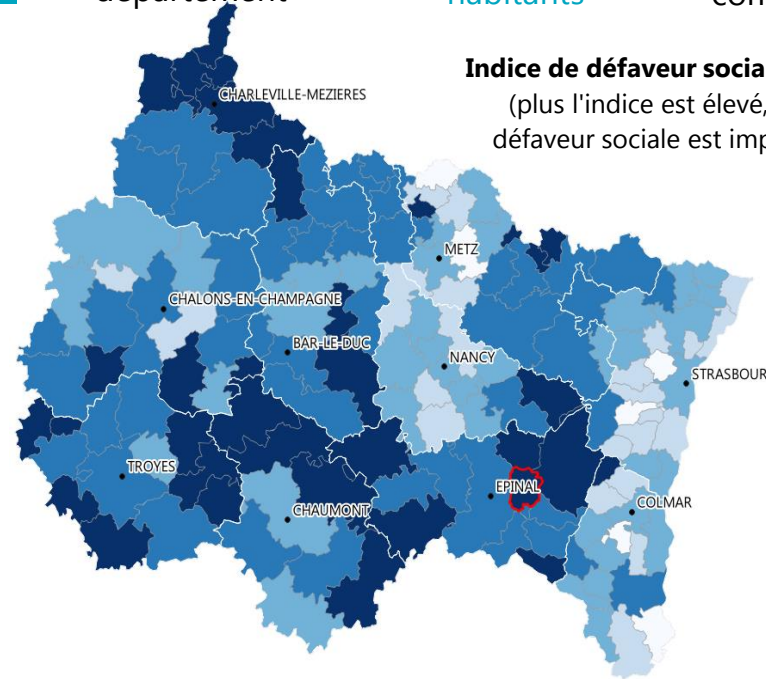
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Vosges
département

15 116
habitants

34
communes

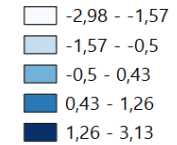
EPCI à dominante
rurale



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>)	15 116	68,7	96,7		119,7	62,1	0,94	192,8	36,2	-0,5 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-398	-0,52	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-225	-0,29	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		97,5	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	3,6 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	10 899	72,1	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	0,0 →

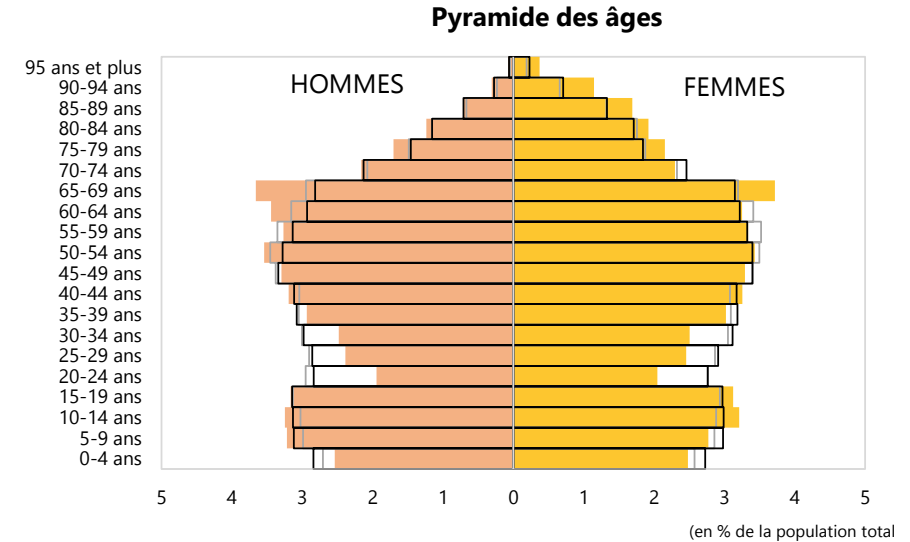
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,5	0,4	●		1,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	967	14,4	13,3	●	12,8	14,5	0,9	14,0	10,8	-0,9 ↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 404	28,2	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	-1,9 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		8,9	3,7	●	2,5	5,6	0,6	3,3	5,8	1,0 ↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 110		21 800	●	21 930	20 420				1,1 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	949	14,6	14,7	●	14,5	15,2				-1,2 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,5	5,8	●	5,8	6,4				2,0 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	4 013	35,1	27,8	●	27,0	33,0	0,7	27,4	29,4	-1,9 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 169	19,0	26,3	●	31,0	20,8	0,9	27,7	21,5	1,4 ↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	76,1	81,4
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	191	859,6	784,7	●	725,2	811,8	1,8	773,8	818,4	-0,1 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	29	212,0	181,6	●	175,7	204,7	2,2	182,2	180,3	-2,1 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	50	313,9	294,9	●	277,8	316,8	2,2	294,8	295,6	-2,1 ➔
18 Décès par cancers	41	206,2	224,3	●	212,4	231,6	1,6	224,4	223,8	-3,1 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	53	215,0	187,5	●	170,0	192,8	1,5	181,7	205,6	-0,9 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	7	32,1	34,7	●	25,0	33,5	n.d.	34,6	35,0	8,9 ➔
21 Décès par suicide	3	19,5	13,4	●	13,2	19,2	n.d.	12,9	15,4	-3,9 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	4	21,1	25,8	●	24,8	25,6	n.d.	26,0	25,2	-7,5 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	29	132,2	129,3	●	109,3	126,1	3,4	129,4	129,0	3,6 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	20	128,9	124,4	●	116,2	136,9	3,4	124,2	125,7	-3,4 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	10	64,0	58,0	●	53,2	61,6	0,9	57,8	58,7	-2,5 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

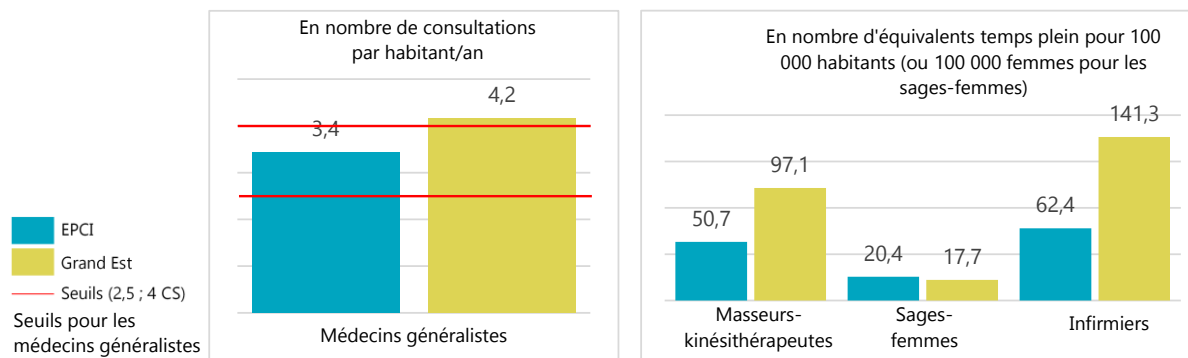
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	787	4 194	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	2,7	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	44	219	211	●	193	198	n.d.	213	201	5,8	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	91	478	492	●	458	453	1,5	489	503	2,0	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	173	1 777	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	1,4	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	128	1 459	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	-0,8	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 256	6 350	6 736	●	6 142	6 600	1,9	6 723	6 783	1,5	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	200	1 004	1 204	●	1 130	1 070	1,3	1 210	1 185	-1,0	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	549	2 802	2 882	●	2 519	2 854	3,3	2 909	2 795	2,8	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	213	981	990	●	932	1 003	1,9	974	1 040	-1,4	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	878	4 669	5 516	●	4 840	5 051	1,4	5 586	5 284	1,1	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	7	32	●	33	26	n.d.	36	17	-22,1	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	58	117	●	212	78	2,6	131	67	-1,6	↘ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	450	2 890	3 451	●	3 821	3 699	1,1	3 602	2 954	7,9	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	142	941	927	●	1 020	1 209	1,3	948	866	20,8	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 245	7 045	7 186	●	7 149	7 462	0,6	7 201	7 142	-2,5	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	634	3 682	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	-1,2	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	700	3 945	4 002	●	3 902	4 030	0,6	3 998	4 018	-3,3	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,4	4,2	●	3,9	3,9		4,4	3,3	0,2	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,2	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	-1,7	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	50,7	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	-4,6	↘ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	20,4	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	-0,1	↘ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	62,4	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	4,3	↗ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	15	3,2	1,8	●	1,2	2,6	53,3	1,0	4,3	1,8	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	28,1	14,5	●	10,6	22,8	n.d.	11,1	25,8	0,8	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	28,0	12,6	●	12,5	21,4	n.d.	8,3	27,0	1,9	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	25,8	11,6	●	10,5	17,2	n.d.	8,0	23,7	-0,8	↘ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	27,1	10,8	●	8,6	17,1	n.d.	8,1	19,5	0,1	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	4,4	2,6	●	2,2	3,9	50,0	1,5	6,1	1,4	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	8,1	5,5	●	4,5	7,9	0,0	3,9	10,7	1,0	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	18	4,7	1,4	●	0,9	2,3	39,1	0,7	3,6	4,3	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	7	3,5	1,8	●	1,3	2,5	14,3	1,0	4,5	1,8	↗ !

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	25,8 min	27,1 min	8,5 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	25,8	11,3	●	10,5	14,0		9,1	18,4	25,4	↗
60	Services de chirurgie	0	27,1	14,5	●	13,5	19,1		11,3	25,3	0,1	↗
61	Services d'obstétrique	0	25,8	14,3	●	14,8	17,5		11,6	23,6	-0,8	↘
62	Services de soins de suite	1	8,7	9,3	●	9,1	10,0		7,2	16,5	0,9	↗
63	Services d'urgence	0	27,1	14,8	●	13,7	16,9		12,1	24,2	0,1	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	8,5	8,4	●	7,4	8,5		7,0	13,1	1,0	↗
65	EHPAD	4	5,9	4,0	●	3,0	4,7		2,9	7,4	1,2	↗

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

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	54,8					
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	58,0					
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	39,8					
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	74,1					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	6 037	39 771	43 256	●	40 236	41 741	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	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
72 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	47	2,2	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	13,5	↗
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)	268	17,3	16,4	●	15,9	18,5		16,4	16,3	0,1	→
74 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	160	11,0	12,9	●	12,4	12,8		13,4	11,2	-2,8	↘
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	454	31,1	41,5	●	46,6	33,8		43,0	35,8	0,0	→
76 Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	56	1,6	1,7	●	2,3	1,6		1,8	1,7	5,6	↗
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)	300	65,1	58,4	●	62,2	67,3		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)	1 224	43,2	46,8	●	47,3	49,2	1,3	46,8	46,9	-0,2	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	687	4,5	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-4,2	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	950	7,7	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	1,3	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	549	38,8	42,8	●	42,7	45,1	0,4	43,5	40,5	1,1	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	122	3,9	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	196	2,4	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	0,5	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	496	23,7	24,2	●	24,9	26,2		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>)	27	3,4	3,4	●		5,3		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)

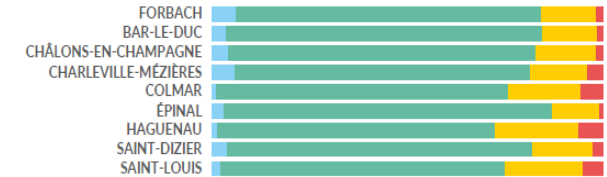
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	46	0,7	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	-18,8	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	28	0,4	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-7,0	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 034	30,6	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-1,7	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 525	23,0	17,5	●	13,9	22,6		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	4	1,8	1,8	●	1,3	1,2		3,9	0,7	0,2	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	23	10,5	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,3	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	-0,2	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	468	6,0	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	143		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	967	13,8	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	-0,7	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		61,6	91,6	●	98,3	95,7				-1,3	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	4 411	48,0	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,7		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		1,4	4,5	●	3,1	6,4		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			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	34	100,0	49,2			79,7		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			8,7		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>)	34	100,0	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	34,7			2,0		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.

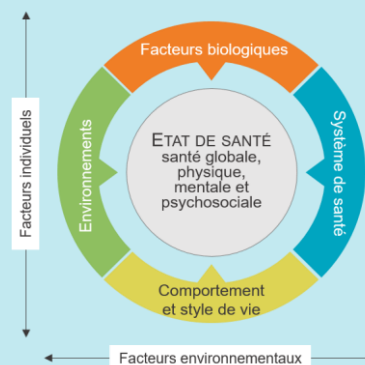
Autres informations

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. »

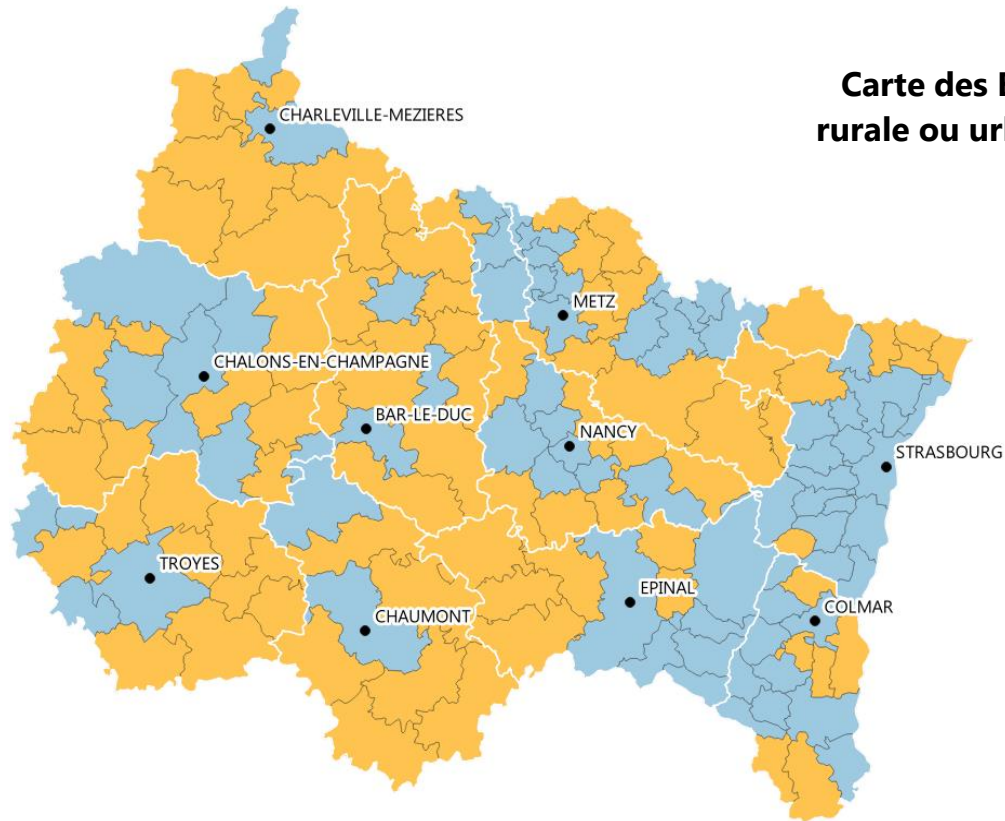
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

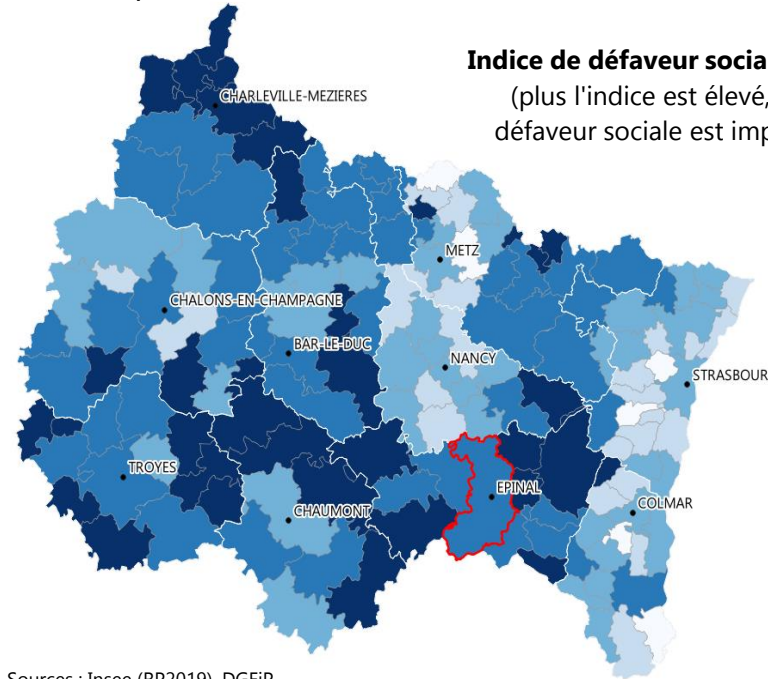
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Vosges
département

111 025
habitants

78
communes

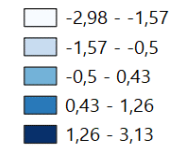
EPCI à dominante
urbaine



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)

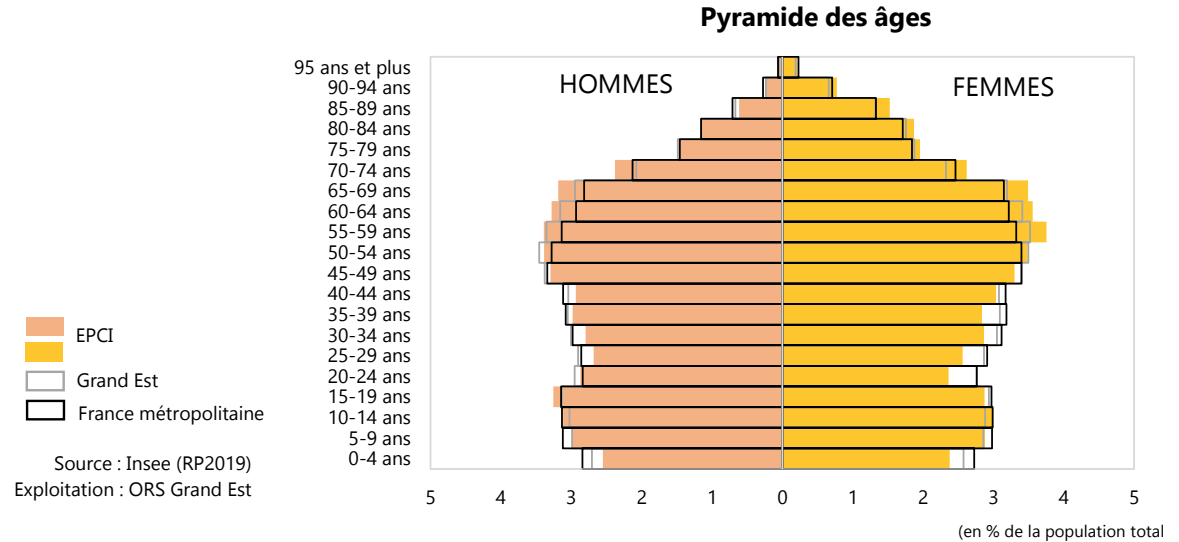
Démographie

	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>)	111 025	99,3	96,7		119,7	62,1	0,95	192,8	36,2	-0,2 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-1 182	-0,21	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-1 455	-0,26	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		93,7	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	3,0 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	28 780	25,9	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	-0,4 ↘

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

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

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



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,7	0,4	●		1,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	7 514	14,7	13,3	●	12,8	14,5	0,9	14,0	10,8	-1,7	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	10 962	28,1	28,5	●	27,5	28,9	0,6	28,7	27,9	0,2	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,0	3,7	●	2,5	5,6	0,7	3,3	5,8	-1,4	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 770		21 800	●	21 930	20 420				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	7 927	15,9	14,7	●	14,5	15,2				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,9	5,8	●	5,8	6,4				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>)	24 535	29,2	27,8	●	27,0	33,0	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>)	20 764	24,7	26,3	●	31,0	20,8	0,9	27,7	21,5	1,9	↗

Notes de lecture : 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées 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	78,5	84,1
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15 Décès toutes causes confondues	1 106	787,7	784,7	●	725,2	811,8	1,7	773,8	818,4	-1,4	➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	204	197,4	181,6	●	175,7	204,7	2,0	182,2	180,3	-3,7	➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	371	311,7	294,9	●	277,8	316,8	2,0	294,8	295,6	-3,0	➔
18 Décès par cancers	332	242,7	224,3	●	212,4	231,6	2,0	224,4	223,8	-1,0	➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	262	180,4	187,5	●	170,0	192,8	1,5	181,7	205,6	-2,7	➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	41	29,6	34,7	●	25,0	33,5	3,7	34,6	35,0	1,8	➔
21 Décès par suicide	20	17,2	13,4	●	13,2	19,2	3,4	12,9	15,4	-7,2	➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	34	25,0	25,8	●	24,8	25,6	4,1	26,0	25,2	-6,5	➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	170	124,1	129,3	●	109,3	126,1	2,7	129,4	129,0	-1,3	➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	164	137,6	124,4	●	116,2	136,9	2,6	124,2	125,7	-3,9	➔
26 Décès évitables liés au système de soins	79	65,8	58,0	●	53,2	61,6	1,2	57,8	58,7	-1,7	➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

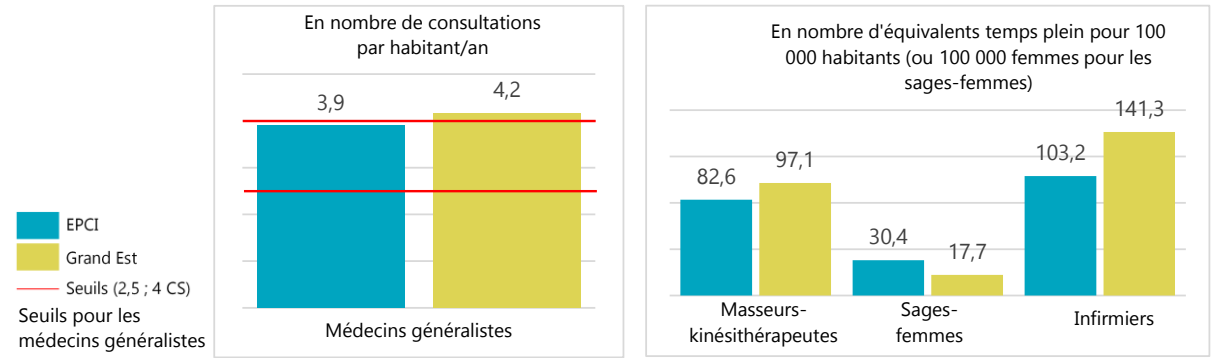
Morbidité

	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	5 859	4 051	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	4,2	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	342	233	211	●	193	198	1,6	213	201	3,7	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	715	478	492	●	458	453	1,3	489	503	3,9	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	1 253	1 641	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	5,5	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	945	1 456	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	1,5	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	9 662	6 466	6 736	●	6 142	6 600	2,0	6 723	6 783	5,6	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	1 607	1 074	1 204	●	1 130	1 070	1,6	1 210	1 185	5,8	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	4 202	2 843	2 882	●	2 519	2 854	3,2	2 909	2 795	6,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	1 528	938	990	●	932	1 003	1,7	974	1 040	3,0	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	7 365	5 100	5 516	●	4 840	5 051	1,4	5 586	5 284	4,0	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	34	28	32	●	33	26	n.d.	36	17	1,7	↗ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	108	92	117	●	212	78	3,2	131	67	7,1	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	5 213	4 226	3 451	●	3 821	3 699	1,1	3 602	2 954	10,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	1 653	1 351	927	●	1 020	1 209	1,5	948	866	21,8	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	10 347	7 687	7 186	●	7 149	7 462	0,6	7 201	7 142	0,1	→ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	5 568	4 229	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	2,6	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	5 520	4 108	4 002	●	3 902	4 030	0,6	3 998	4 018	-0,7	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,9	4,2	●	3,9	3,9		4,4	3,3	-2,3	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,6	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	-2,5	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	82,6	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	5,2	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	30,4	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	5,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	103,2	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	4,2	⬆️ !

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	90	2,1	●	1,2	2,6	43,3	1,0	4,3	11,2	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	79					51,9				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	7	12,4	●	10,6	22,8	14,3	11,1	25,8	1,2	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	4	12,5	●	12,5	21,4	75,0	8,3	27,0	1,3	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	7	11,9	●	10,5	17,2	57,1	8,0	23,7	0,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	4	12,1	●	8,6	17,1	75,0	8,1	19,5	0,5	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	73	2,6	●	2,2	3,9	29,7	1,5	6,1	0,3	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	18	4,9	●	4,5	7,9	0,0	3,9	10,7	-3,0	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	154	1,8	●	0,9	2,3	15,3	0,7	3,6	4,4	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	89	1,7	●	1,3	2,5	15,7	1,0	4,5	0,4	⬆️ !

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EPCI **11**
soit 1,8 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	54,8					
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	58,0					
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	39,8					
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	74,1					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	49 578	41 653	43 256	●	40 236	41 741	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	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	322	2,2	2,4	●	2,3	2,4	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)	2 313	18,3	16,4	●	15,9	18,5	16,4	16,3	-2,8	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 500	12,8	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-1,8	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	4 522	38,5	41,5	●	46,6	33,8	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)	457	1,8	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	5,1	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	2 240	69,8	58,4	●	62,2	67,3	58,4	58,6	1,2	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	9 801	48,7	46,8	●	47,3	49,2	1,2	46,8	46,9	-2,0	↘

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	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	7 426	6,7	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-1,5	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	12 323	12,7	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	4,0	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	4 739	47,7	42,8	●	42,7	45,1	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>)	724	3,2	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	2 223	3,6	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>)	4 130	28,0	24,2	●	24,9	26,2		25,7	19,0	1,8	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	375	6,1	6,1	●		5,3		9,3	6,8	2,7	↗ !

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

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

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

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

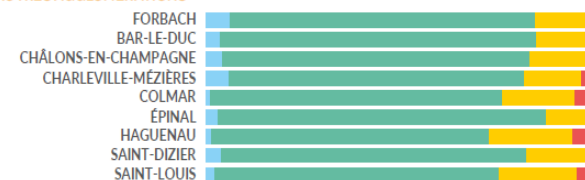
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	927	1,8	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	-6,8	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	204	0,4	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-4,2	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	11 820	23,0	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-2,4	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	10 266	19,9	17,5	●	13,9	22,6		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	25	2,2	1,8	●	1,3	1,2		3,9	0,7	0,2	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	101	9,0	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	2	0,2	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,3	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	-3,1	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	3 640	8,4	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	391		19 047	●	171 485	2 133		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	1	1,3	2,1	●	2,4	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	8 177	15,2	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	-0,6	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		105,4	91,6	●	98,3	95,7				-0,2	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	45 823	66,8	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,9		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,8		●							
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>)		2,3	4,5	●	3,1	6,4		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>)	78	100,0	44,3			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	78	100,0	49,2			79,7		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			8,7		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>)	73	98,6	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	5	1,4	34,7			2,0		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.

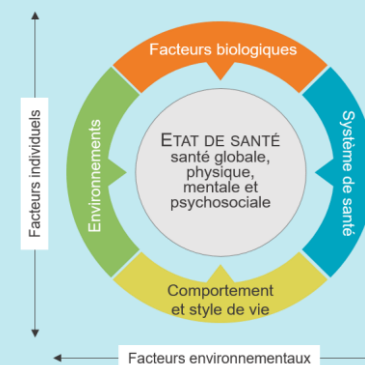
Autres informations

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. »

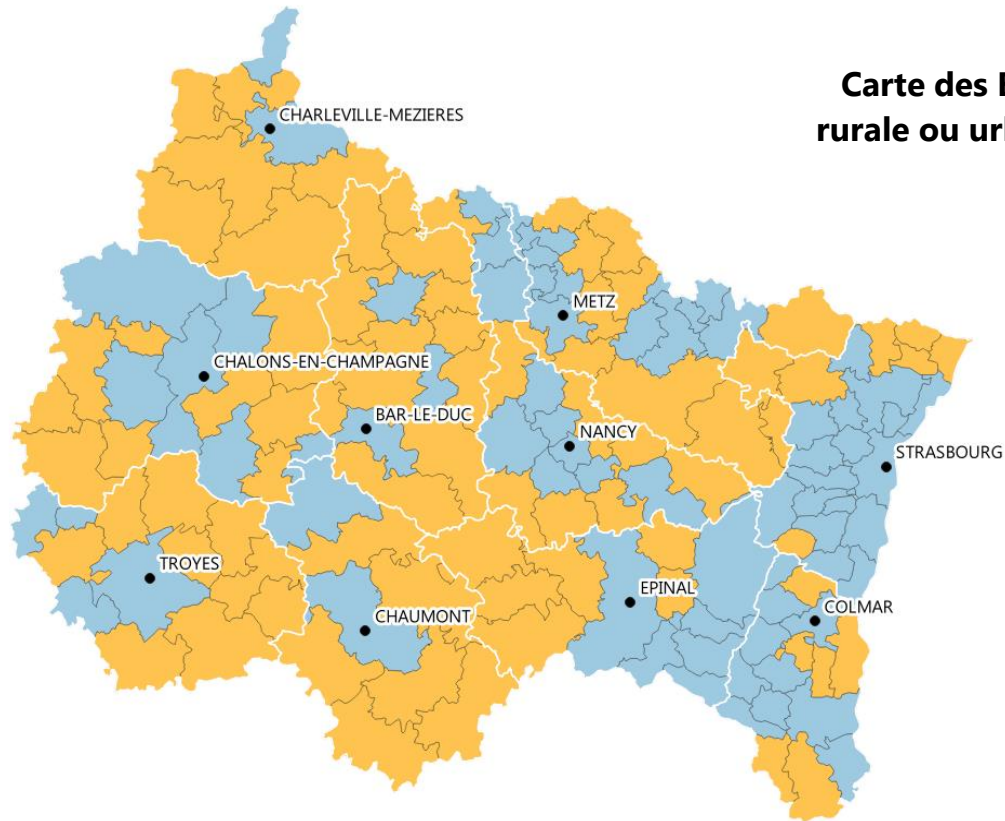
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

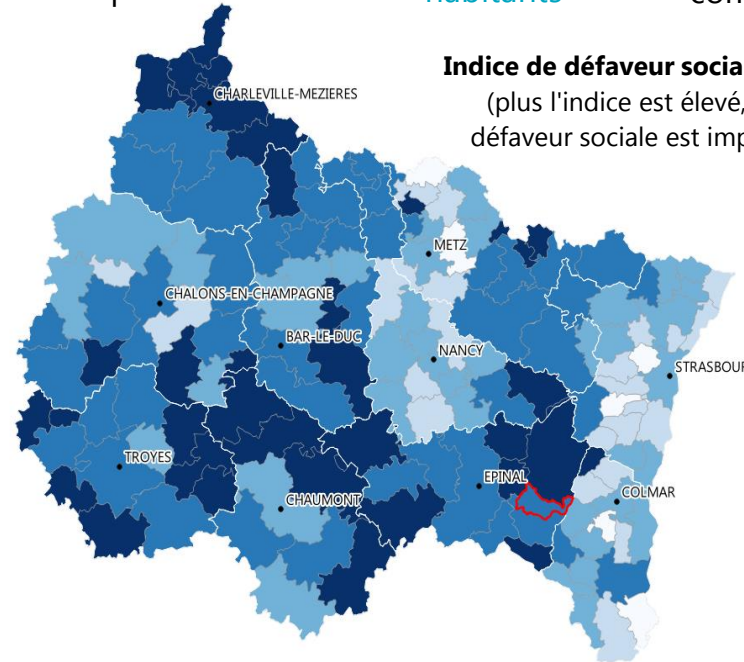
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Vosges
département

14 256
habitants

8
communes

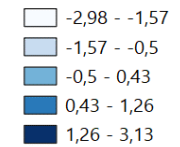
EPCI à dominante
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	14 256	72,6	96,7		119,7	62,1	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>)	-632	-0,86	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-315	-0,43	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		147,0	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	4,6 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	766	5,4	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	1,8 ↗

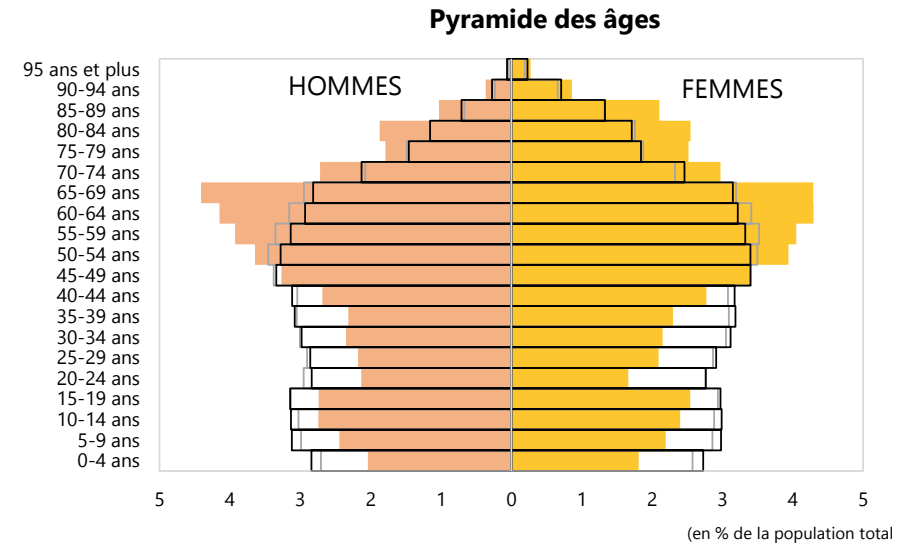
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,7	0,4	●		1,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	795	12,7	13,3	●	12,8	14,5	1,2	14,0	10,8	-2,0	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 451	31,8	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	2,0	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,3	3,7	●	2,5	5,6	0,5	3,3	5,8	-5,6	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 975		21 800	●	21 930	20 420				1,4	↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	n.d.	n.d.	14,7	●	14,5	15,2				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		n.d.	5,8	●	5,8	6,4				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 669	32,0	27,8	●	27,0	33,0	0,8	27,4	29,4	-2,5	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	2 505	21,8	26,3	●	31,0	20,8	1,0	27,7	21,5	1,9	↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	80,0	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	177	753,9	784,7	●	725,2	811,8	1,6	773,8	818,4	-2,0	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	29	182,4	181,6	●	175,7	204,7	1,9	182,2	180,3	-3,2	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	54	294,2	294,9	●	277,8	316,8	1,9	294,8	295,6	-2,1	➔
18	Décès par cancers	52	231,9	224,3	●	212,4	231,6	1,5	224,4	223,8	0,8	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	43	173,9	187,5	●	170,0	192,8	1,8	181,7	205,6	-6,6	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	9	37,7	34,7	●	25,0	33,5	3,8	34,6	35,0	4,2	➔
21	Décès par suicide	3	17,1	13,4	●	13,2	19,2	n.d.	12,9	15,4	-0,6	➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	4	21,5	25,8	●	24,8	25,6	n.d.	26,0	25,2	-2,1	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	25	109,3	129,3	●	109,3	126,1	3,3	129,4	129,0	-1,4	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	22	126,2	124,4	●	116,2	136,9	3,4	124,2	125,7	-3,1	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	10	49,9	58,0	●	53,2	61,6	0,8	57,8	58,7	-5,5	➔

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

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

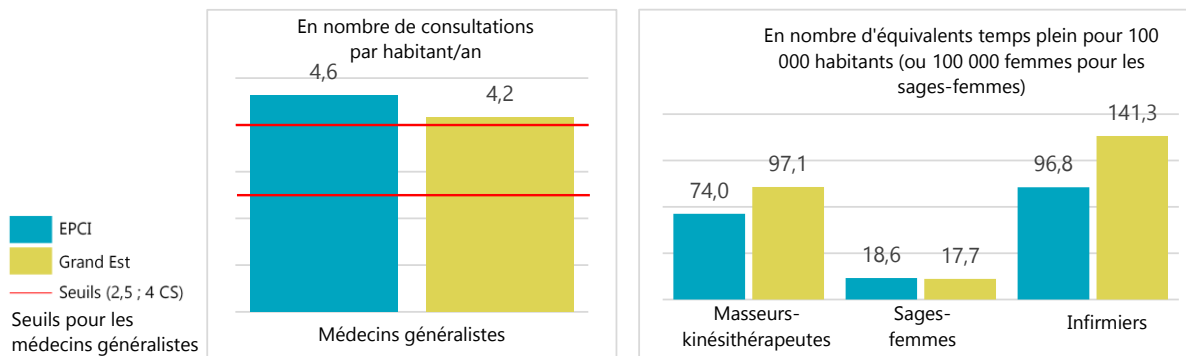
	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	887	3 966	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	6,1	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	43	209	211	●	193	198	n.d.	213	201	11,9	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	93	354	492	●	458	453	1,4	489	503	6,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	181	1 589	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	4,6	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	171	1 525	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	2,9	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 523	6 419	6 736	●	6 142	6 600	2,0	6 723	6 783	6,4	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	227	964	1 204	●	1 130	1 070	1,5	1 210	1 185	4,5	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	754	3 165	2 882	●	2 519	2 854	2,8	2 909	2 795	8,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	246	865	990	●	932	1 003	1,7	974	1 040	2,0	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	948	4 227	5 516	●	4 840	5 051	1,4	5 586	5 284	4,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	38	32	●	33	26	4,1	36	17	2,3	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	56	117	●	212	78	8,2	131	67	10,1	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	535	3 378	3 451	●	3 821	3 699	1,4	3 602	2 954	9,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	169	1 088	927	●	1 020	1 209	2,0	948	866	16,0	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 337	6 910	7 186	●	7 149	7 462	0,6	7 201	7 142	2,1	↗ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	777	4 186	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	4,8	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	652	3 365	4 002	●	3 902	4 030	0,6	3 998	4 018	1,9	↗ !

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

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,6	4,2	●	3,9	3,9		4,4	3,3	9,2	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,8	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	7,8	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	74,0	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	3,4	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	18,6	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	1,4	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	96,8	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	9,6	↗ !

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	18	0,5	1,8	●	1,2	2,6	44,4	1,0	4,3	1,0	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	6						50,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	37,5	14,5	●	10,6	22,8	n.d.	11,1	25,8	1,6	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	24,9	12,6	●	12,5	21,4	n.d.	8,3	27,0	31,2	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	6,7	11,6	●	10,5	17,2	0,0	8,0	23,7	-28,1	↘ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	35,6	10,8	●	8,6	17,1	n.d.	8,1	19,5	0,5	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	8	1,4	2,6	●	2,2	3,9	37,5	1,5	6,1	2,5	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	5,7	5,5	●	4,5	7,9	50,0	3,9	10,7	1,9	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	28	0,5	1,4	●	0,9	2,3	30,3	0,7	3,6	1,0	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	16	0,5	1,8	●	1,3	2,5	37,5	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	6,7 min	35,6 min	5,7 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	1	6,7	11,3	●	10,5	14,0		9,1	18,4	4,8	↗
60	Services de chirurgie	0	35,6	14,5	●	13,5	19,1		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	6,7	14,3	●	14,8	17,5		11,6	23,6	-28,1	↘
62	Services de soins de suite	1	5,7	9,3	●	9,1	10,0		7,2	16,5	1,5	↗
63	Services d'urgence	0	35,6	14,8	●	13,7	16,9		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	5,7	8,4	●	7,4	8,5		7,0	13,1	1,5	↗
65	EHPAD	2	3,2	4,0	●	3,0	4,7		2,9	7,4	1,5	↗

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

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	54,8					
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	58,0					
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	39,8					
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	74,1					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	6 368	42 726	43 256	●	40 236	41 741	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	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	32	2,0	2,4	●	2,3	2,4	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)	209	16,1	16,4	●	15,9	18,5	16,4	16,3	-2,9	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	148	12,0	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)	442	35,9	41,5	●	46,6	33,8	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)	28	1,0	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	0,6	↗	
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)	216	63,8	58,4	●	62,2	67,3	58,4	58,6	n.d.	n.d. !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 316	61,3	46,8	●	47,3	49,2	1,5	46,8	46,9	-7,8	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	451	3,2	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-2,2	⬇️
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	926	7,2	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	2,6	⬆️ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	782	45,9	42,8	●	42,7	45,1	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>)	182	4,9	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	189	2,5	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>)	339	21,3	24,2	●	24,9	26,2		25,7	19,0	-3,0	⬇️
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	70	9,2	9,2	●		5,3		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)

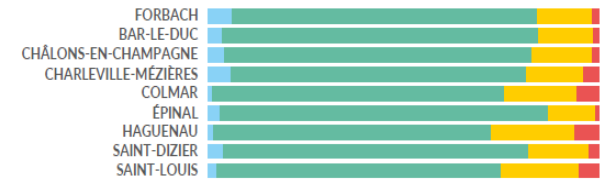
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	111	1,6	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	n.d.	n.d.
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	21	0,3	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-8,2	⬇
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 067	15,4	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-1,5	⬇
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 609	23,1	17,5	●	13,9	22,6		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	4	2,0	1,8	●	1,3	1,2		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	32	16,3	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,7	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	-1,9	⬇
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	523	33,8	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	32		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	1 242	19,4	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	-0,8	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		116,1	91,6	●	98,3	95,7				0,9	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	9 817	74,6	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		n.d.		●							
101	Niveau de commerces généralistes		n.d.		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		n.d.		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		n.d.		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		3,3	4,5	●	3,1	6,4		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			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	8	100,0	49,2			79,7		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	0,5	20,3			8,7		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	99,5	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	34,7			2,0		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.

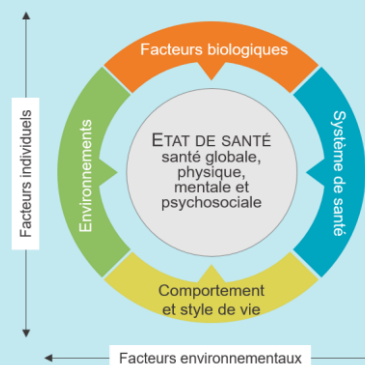
Autres informations

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. »

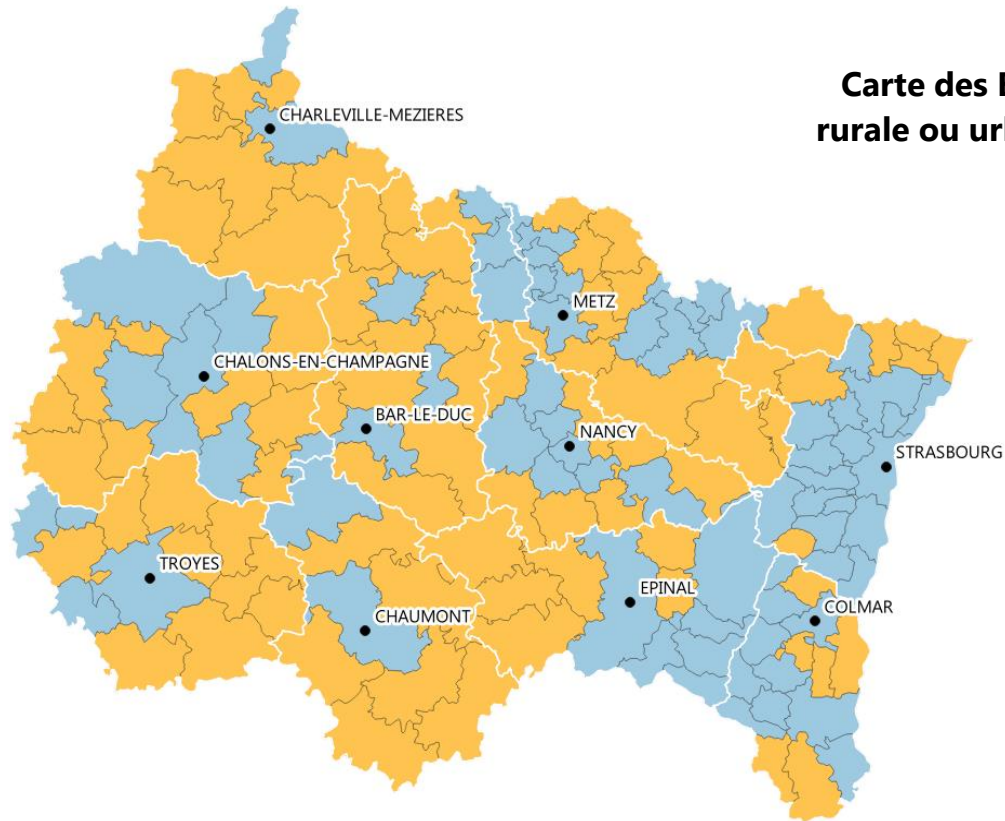
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

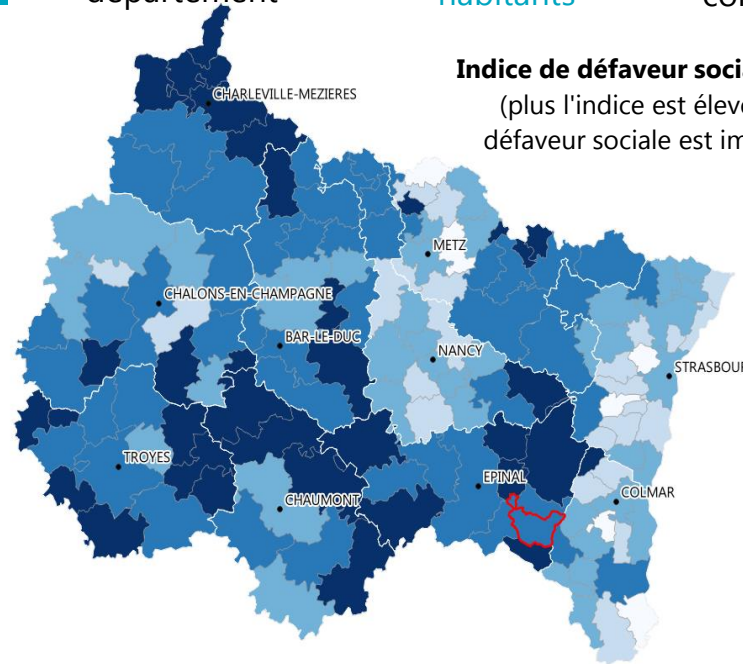
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Vosges
département

21 195
habitants

14
communes

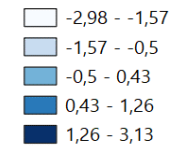
EPCI à dominante
urbaine



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

Démographie

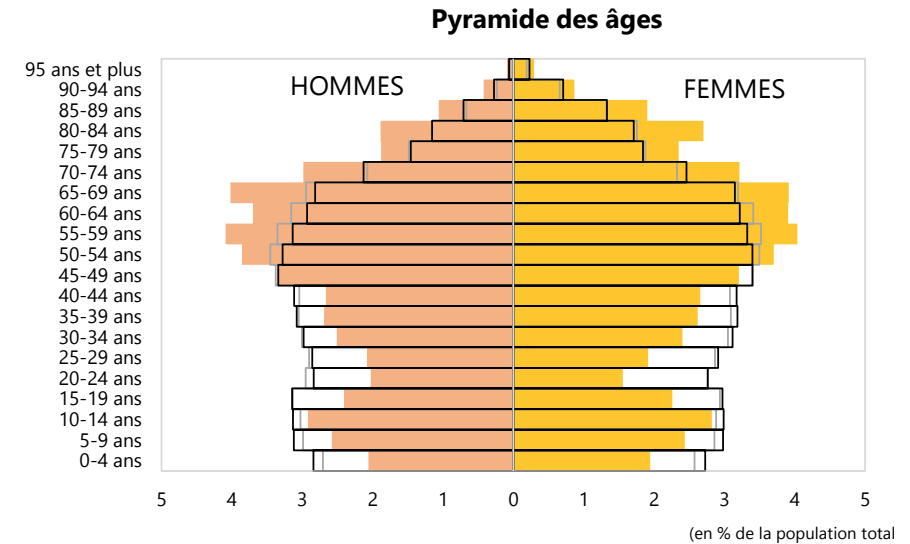
	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	21 195	69,4	96,7		119,7	62,1	0,97	192,8	36,2	-0,7 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-779	-0,72	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-348	-0,32	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		142,0	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	5,2 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	1 196	5,6	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	0,4 ↗

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

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

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

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



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,7	0,4	●		1,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	932	9,8	13,3	●	12,8	14,5	0,9	14,0	10,8	-3,4	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 077	28,1	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	-0,5	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,9	3,7	●	2,5	5,6	0,7	3,3	5,8	0,4	↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 759		21 800	●	21 930	20 420				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	n.d.	n.d.	14,7	●	14,5	15,2				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		n.d.	5,8	●	5,8	6,4				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>)	5 855	34,4	27,8	●	27,0	33,0	0,7	27,4	29,4	-3,4	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 342	19,6	26,3	●	31,0	20,8	0,9	27,7	21,5	3,7	↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

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

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
15	Décès toutes causes confondues	262	761,7	784,7	●	725,2	811,8	1,6	773,8	818,4	-0,2	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	36	170,6	181,6	●	175,7	204,7	2,1	182,2	180,3	-2,3	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	70	276,0	294,9	●	277,8	316,8	1,9	294,8	295,6	-0,9	➔
18	Décès par cancers	68	211,1	224,3	●	212,4	231,6	1,8	224,4	223,8	0,4	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	68	186,9	187,5	●	170,0	192,8	1,4	181,7	205,6	-2,6	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	15	39,6	34,7	●	25,0	33,5	3,8	34,6	35,0	-0,8	➔
21	Décès par suicide	6	27,2	13,4	●	13,2	19,2	n.d.	12,9	15,4	7,8	➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	6	21,1	25,8	●	24,8	25,6	2,4	26,0	25,2	-8,9	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	42	121,7	129,3	●	109,3	126,1	3,9	129,4	129,0	0,2	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	33	130,4	124,4	●	116,2	136,9	2,5	124,2	125,7	-0,9	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	12	47,4	58,0	●	53,2	61,6	1,0	57,8	58,7	-3,3	➔

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

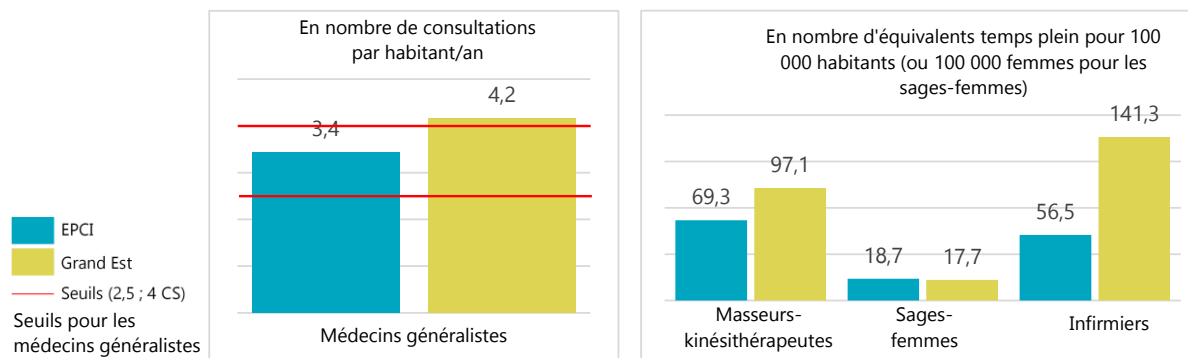
Morbidité

	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	1 157	3 627	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	1,6	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	49	153	211	●	193	198	n.d.	213	201	1,4	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	161	473	492	●	458	453	1,3	489	503	5,1	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	246	1 533	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	1,6	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	240	1 581	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	2,2	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 127	6 215	6 736	●	6 142	6 600	2,0	6 723	6 783	2,8	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	319	911	1 204	●	1 130	1 070	1,9	1 210	1 185	1,3	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	960	2 832	2 882	●	2 519	2 854	2,6	2 909	2 795	4,3	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	393	1 031	990	●	932	1 003	1,9	974	1 040	3,0	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 208	3 781	5 516	●	4 840	5 051	1,5	5 586	5 284	1,8	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	23	32	●	33	26	2,9	36	17	-1,7	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	12	n.d.	117	●	212	78	2,4	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	755	3 343	3 451	●	3 821	3 699	1,1	3 602	2 954	6,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	221	976	927	●	1 020	1 209	1,5	948	866	19,4	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 629	5 653	7 186	●	7 149	7 462	0,5	7 201	7 142	-2,1	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	946	3 506	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	1,0	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	868	2 924	4 002	●	3 902	4 030	0,5	3 998	4 018	-2,0	↘ !

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

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	3,9		4,4	3,3	-0,4	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,3	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	1,2	⬆️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	69,3	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	1,1	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	18,7	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	-1,8	⬇️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	56,5	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	2,8	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	14	2,2	●	1,2	2,6	50,0	1,0	4,3	2,7	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1					100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	43,4	●	10,6	22,8	n.d.	11,1	25,8	11,5	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	11,9	●	12,5	21,4	100,0	8,3	27,0	-8,9	⬇️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	19,5	●	10,5	17,2	n.d.	8,0	23,7	-4,9	⬇️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	25,5	●	8,6	17,1	n.d.	8,1	19,5	0,3	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	4,4	●	2,2	3,9	0,0	1,5	6,1	21,4	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	10,6	●	4,5	7,9	0,0	3,9	10,7	1,1	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	19	1,9	●	0,9	2,3	30,0	0,7	3,6	-1,6	⬇️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	18	2,2	●	1,3	2,5	5,6	1,0	4,5	2,7	⬆️ !

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

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

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	54,8					
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	58,0					
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	39,8					
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	74,1					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	10 239	47 375	43 256	●	40 236	41 741	0,9	43 674	41 912	1,6

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
72 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	42	1,6	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	23,0	↗
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)	244	13,9	16,4	●	15,9	18,5		16,4	16,3	-3,5	↘
74 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	165	8,9	12,9	●	12,4	12,8		13,4	11,2	-0,7	↘
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	680	36,6	41,5	●	46,6	33,8		43,0	35,8	1,6	↗
76 Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	40	1,0	1,7	●	2,3	1,6		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)	367	76,3	58,4	●	62,2	67,3		58,4	58,6	n.d.	n.d. !
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 928	59,0	46,8	●	47,3	49,2	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	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	546	2,6	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-1,0	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	955	5,3	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	6,8	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	966	40,5	42,8	●	42,7	45,1	0,4	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>)	208	3,8	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	211	1,9	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>)	505	20,5	24,2	●	24,9	26,2		25,7	19,0	6,0	↗
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	●		5,3		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)

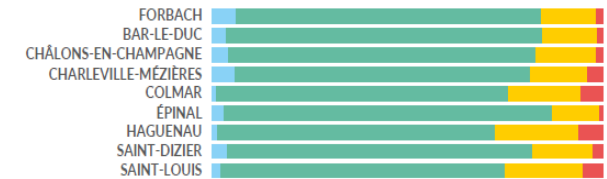
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	89	0,9	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	n.d.	n.d.
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	25	0,3	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-7,7	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 006	20,3	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-2,7	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 165	21,9	17,5	●	13,9	22,6		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	1,2		3,9	0,7	n.d.	n.d.
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	31	10,2	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	-1,6	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 125	23,2	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	67		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	1 744	18,1	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	-1,7	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		82,0	91,6	●	98,3	95,7				-0,2	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	5 750	35,0	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		n.d.		●							
101	Niveau de commerces généralistes		n.d.		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		n.d.		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		n.d.		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		0,0	4,5	●	3,1	6,4		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		36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	14	100,0	49,2		79,7		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		8,7		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	100,0	45,0		89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	34,7		2,0		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.

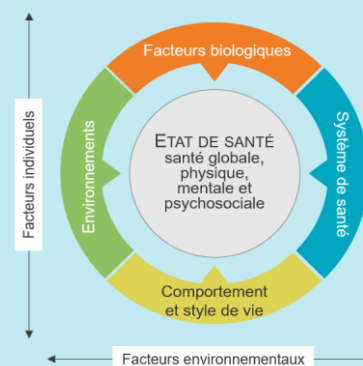
Autres informations

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. »

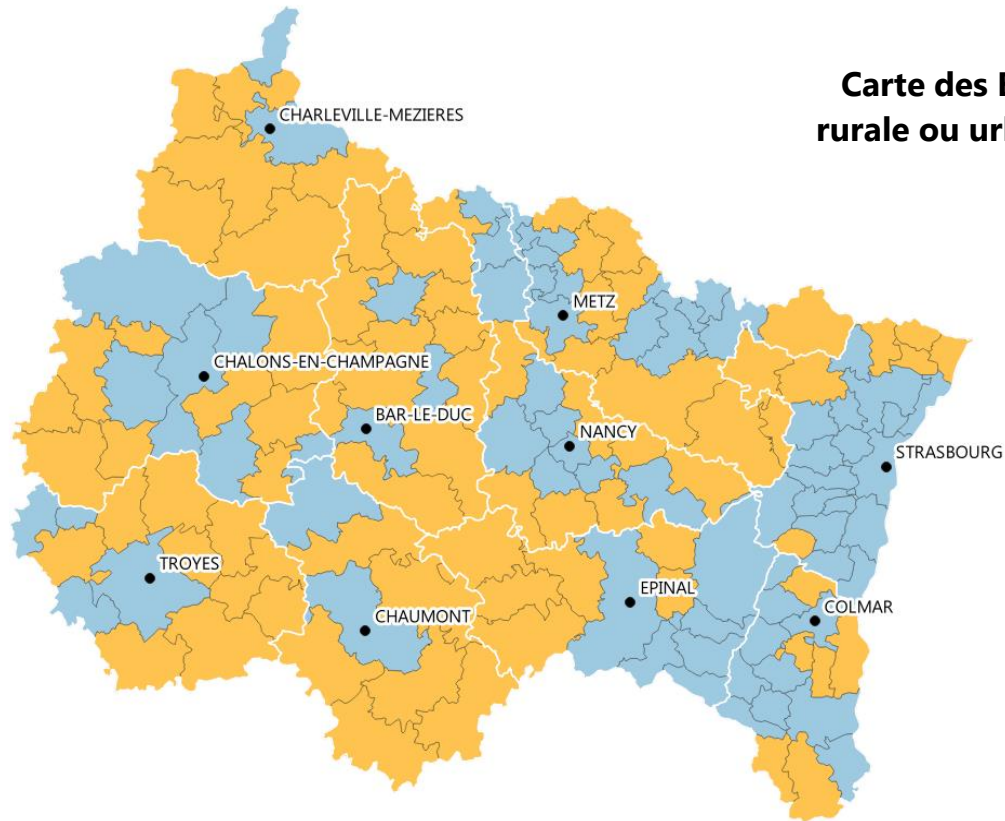
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

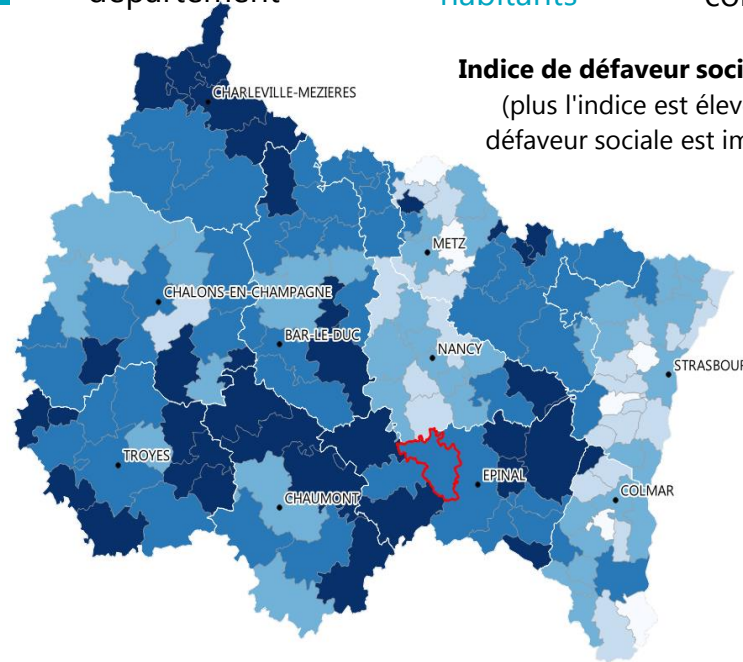
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Vosges
département

18 863
habitants

76
communes

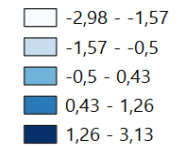
EPCI à dominante
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	18 863	39,8	96,7		119,7	62,1	0,96	192,8	36,2	-0,6 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-569	-0,59	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-204	-0,21	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		91,7	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	2,9 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	11 939	63,3	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	0,6 ↗

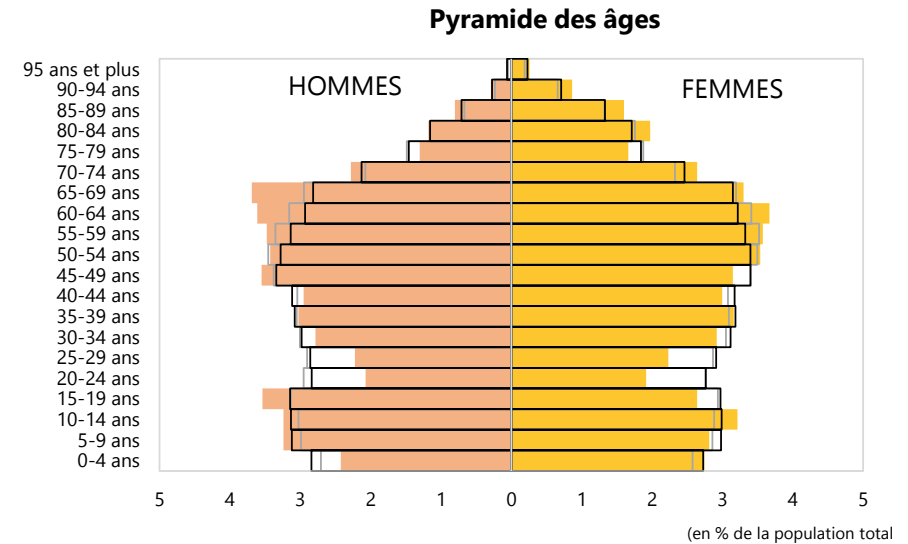
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,5	0,4	●		1,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	968	11,3	13,3	●	12,8	14,5	0,9	14,0	10,8	-3,9	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 903	28,0	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	1,0	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,4	3,7	●	2,5	5,6	0,9	3,3	5,8	2,4	↗
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 010		21 800	●	21 930	20 420				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 055	13,1	14,7	●	14,5	15,2				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,1	5,8	●	5,8	6,4				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>)	4 221	29,8	27,8	●	27,0	33,0	0,8	27,4	29,4	-3,2	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 231	22,8	26,3	●	31,0	20,8	0,8	27,7	21,5	1,9	↗

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

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

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

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

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



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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	76,1	81,5
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	257	996,3	784,7	●	725,2	811,8	2,1	773,8	818,4	0,6 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	50	274,7	181,6	●	175,7	204,7	2,3	182,2	180,3	2,8 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	80	398,0	294,9	●	277,8	316,8	2,4	294,8	295,6	1,4 ➔
18 Décès par cancers	61	254,8	224,3	●	212,4	231,6	2,8	224,4	223,8	1,3 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	68	245,6	187,5	●	170,0	192,8	1,7	181,7	205,6	-2,0 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	7	27,8	34,7	●	25,0	33,5	2,7	34,6	35,0	-2,2 ➔
21 Décès par suicide	5	23,4	13,4	●	13,2	19,2	n.d.	12,9	15,4	11,3 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	●	1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	6	26,2	25,8	●	24,8	25,6	n.d.	26,0	25,2	-2,6 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	33	133,3	129,3	●	109,3	126,1	2,6	129,4	129,0	-1,9 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	34	169,2	124,4	●	116,2	136,9	2,6	124,2	125,7	1,7 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	11	57,2	58,0	●	53,2	61,6	1,2	57,8	58,7	-4,8 ➔

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

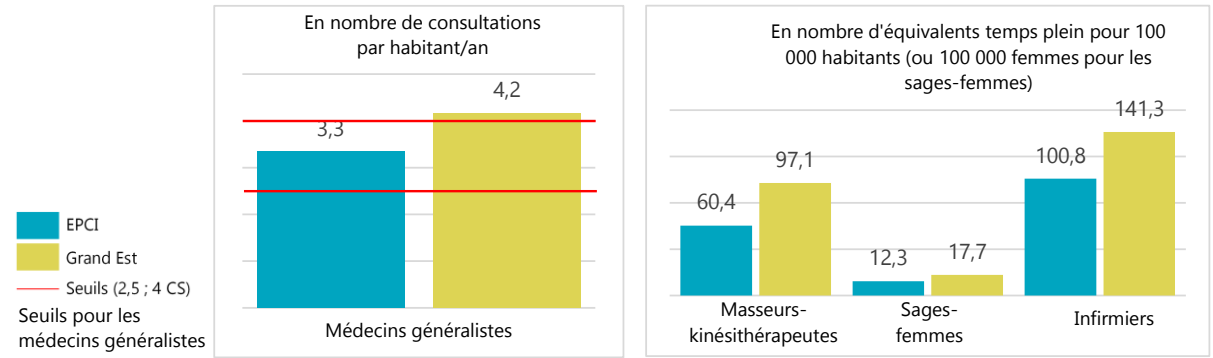
Morbidité

	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	958	4 234	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	1,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	60	253	211	●	193	198	n.d.	213	201	5,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	113	490	492	●	458	453	1,5	489	503	0,5	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	187	1 625	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	0,8	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	174	1 626	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	-2,3	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 606	6 655	6 736	●	6 142	6 600	1,9	6 723	6 783	2,3	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	277	1 142	1 204	●	1 130	1 070	1,6	1 210	1 185	0,2	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	627	2 624	2 882	●	2 519	2 854	3,2	2 909	2 795	2,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	274	1 044	990	●	932	1 003	1,5	974	1 040	-1,3	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 215	5 215	5 516	●	4 840	5 051	1,5	5 586	5 284	0,6	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	25	32	●	33	26	3,4	36	17	-1,5	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	12	n.d.	117	●	212	78	4,8	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	665	3 375	3 451	●	3 821	3 699	1,0	3 602	2 954	5,5	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	226	1 150	927	●	1 020	1 209	1,3	948	866	16,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 631	7 729	7 186	●	7 149	7 462	0,6	7 201	7 142	-1,5	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	950	4 587	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	0,5	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	749	3 495	4 002	●	3 902	4 030	0,6	3 998	4 018	-3,3	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans		
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,3	4,2	●	3,9	3,9		4,4	3,3	-7,6	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,3	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	-7,2	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		60,4	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	0,6	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		12,3	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	4,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		100,8	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	5,3	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	10	5,6	1,8	●	1,2	2,6	60,0	1,0	4,3	3,0	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	2						0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	2	11,3	14,5	●	10,6	22,8	0,0	11,1	25,8	0,7	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	32,3	12,6	●	12,5	21,4	n.d.	8,3	27,0	24,2	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	32,5	11,6	●	10,5	17,2	n.d.	8,0	23,7	24,4	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	29,9	10,8	●	8,6	17,1	n.d.	8,1	19,5	-1,2	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	11	5,3	2,6	●	2,2	3,9	18,2	1,5	6,1	0,9	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	9,8	5,5	●	4,5	7,9	50,0	3,9	10,7	-0,7	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	27	4,6	1,4	●	0,9	2,3	11,1	0,7	3,6	1,0	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	8	5,5	1,8	●	1,3	2,5	25,0	1,0	4,5	1,2	⬆️ !

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

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

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

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

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

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	0	26,7	11,3	●	10,5	14,0	9,1	18,4	19,6	↗
60	Services de chirurgie	0	32,5	14,5	●	13,5	19,1	11,3	25,3	0,2	↗
61	Services d'obstétrique	0	32,7	14,3	●	14,8	17,5	11,6	23,6	0,2	↗
62	Services de soins de suite	1	11,0	9,3	●	9,1	10,0	7,2	16,5	2,3	↗
63	Services d'urgence	0	26,8	14,8	●	13,7	16,9	12,1	24,2	0,6	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	10,3	8,4	●	7,4	8,5	7,0	13,1	0,8	↗
65	EHPAD	4	5,0	4,0	●	3,0	4,7	2,9	7,4	0,8	↗

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'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	54,8					
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	58,0					
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	39,8					
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	74,1					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	8 317	43 963	43 256	●	40 236	41 741	0,8	43 674	41 912	0,1 →

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	53	2,0	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	12,6	↗	
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)	306	16,0	16,4	●	15,9	18,5	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)	222	12,0	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-3,0	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	596	32,1	41,5	●	46,6	33,8	43,0	35,8	-0,7	↘	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	66	1,5	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	2,4	↗	
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)	356	61,9	58,4	●	62,2	67,3	58,4	58,6	0,2	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 921	54,5	46,8	●	47,3	49,2	0,9	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	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	795	4,2	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-1,7	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	1 095	7,2	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	1,9	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	700	48,0	42,8	●	42,7	45,1	0,4	43,5	40,5	3,8	↗
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>)	143	3,9	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	384	3,8	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	-1,1	↘
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>)	597	23,6	24,2	●	24,9	26,2		25,7	19,0	2,7	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	111	10,8	10,8	●		5,3		9,3	6,8	12,5	↗ !

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)

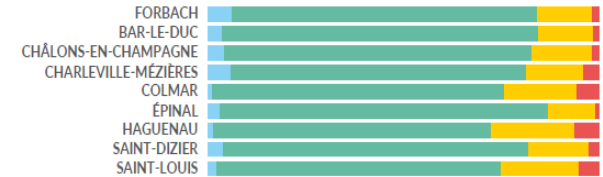
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	100	1,2	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	-7,4	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	55	0,7	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-6,0	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 945	35,2	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-1,1	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 887	22,6	17,5	●	13,9	22,6		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	2	0,4	1,8	●	1,3	1,2		3,9	0,7	0,1	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	27	5,7	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,2	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	-0,2	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	3 110	10,5	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	343		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	1 425	16,1	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	1,9	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		77,7	91,6	●	98,3	95,7				-0,5	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	4 929	41,3	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,3		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,2		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		16,3	4,5	●	3,1	6,4		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			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	76	100,0	49,2			79,7		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			8,7		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>)	76	100,0	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	34,7			2,0		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.

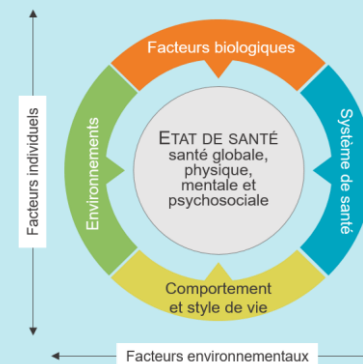
Autres informations

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. »

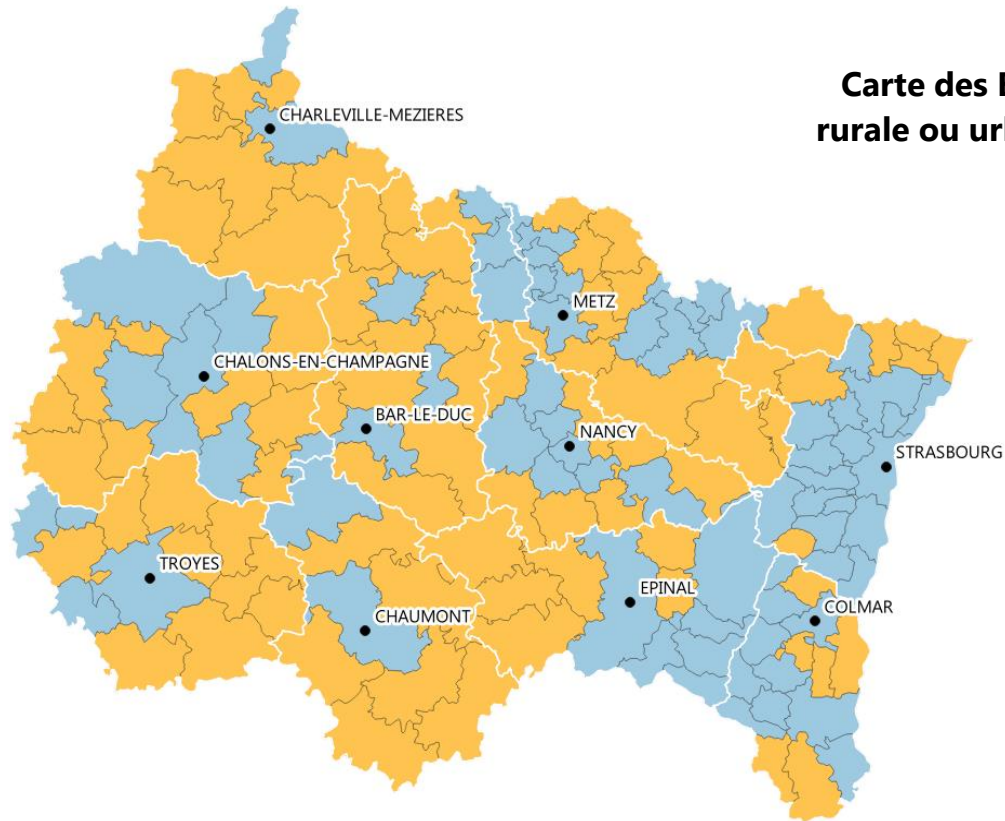
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

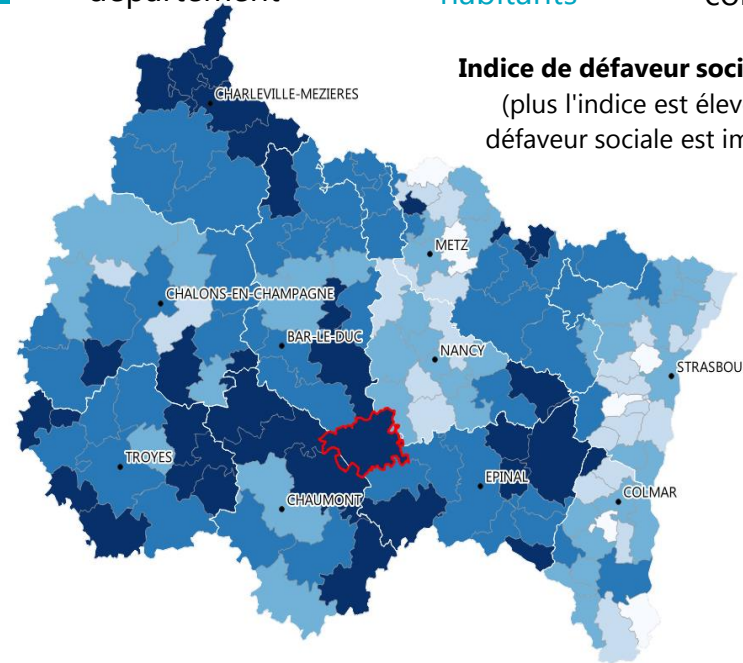
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Vosges
département

23 270
habitants

70
communes

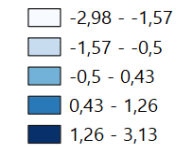
EPCI à dominante
rurale



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>)	23 270	31,9	96,7		119,7	62,1	0,93	192,8	36,2	-0,3 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-345	-0,29	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-76	-0,06	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		116,1	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	2,7 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	14 510	62,4	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	-0,2 ↘

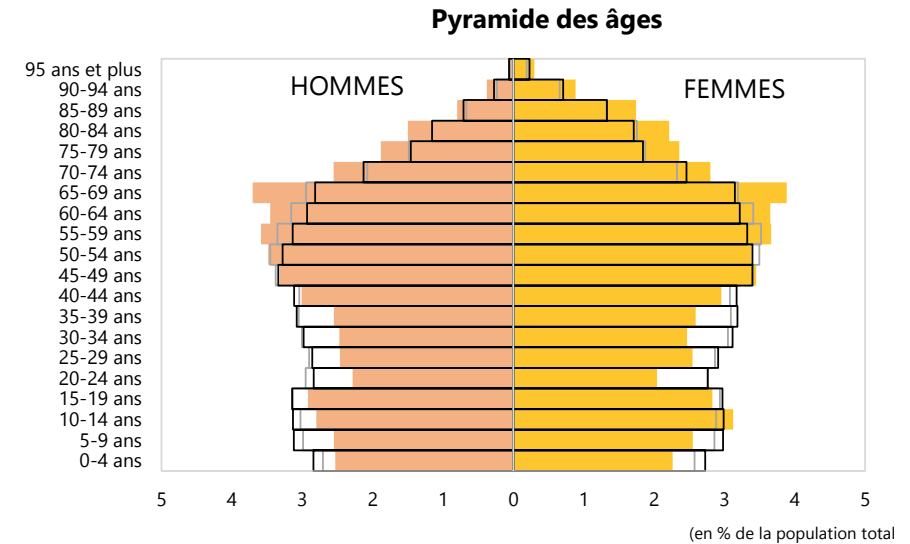
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,3	0,4	●		1,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 413	13,6	13,3	●	12,8	14,5	0,9	14,0	10,8	-2,1	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 396	31,5	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	1,4	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,6	3,7	●	2,5	5,6	1,0	3,3	5,8	-0,3	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 030		21 800	●	21 930	20 420				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 707	16,4	14,7	●	14,5	15,2				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,5	5,8	●	5,8	6,4				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	6 438	35,6	27,8	●	27,0	33,0	0,8	27,4	29,4	-2,7	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 207	17,8	26,3	●	31,0	20,8	0,8	27,7	21,5	2,7	↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	77,1	84,4
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	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	298	852,3	784,7	●	725,2	811,8	1,9	773,8	818,4	-0,2 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	47	208,6	181,6	●	175,7	204,7	2,0	182,2	180,3	-2,4 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	88	324,7	294,9	●	277,8	316,8	2,3	294,8	295,6	-1,2 ➔
18 Décès par cancers	75	229,1	224,3	●	212,4	231,6	1,7	224,4	223,8	2,5 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	79	216,3	187,5	●	170,0	192,8	1,9	181,7	205,6	-3,3 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	9	25,1	34,7	●	25,0	33,5	3,7	34,6	35,0	-1,0 ➔
21 Décès par suicide	5	17,3	13,4	●	13,2	19,2	n.d.	12,9	15,4	-8,3 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	9	29,7	25,8	●	24,8	25,6	3,8	26,0	25,2	4,6 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	45	133,4	129,3	●	109,3	126,1	3,2	129,4	129,0	0,7 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	38	142,4	124,4	●	116,2	136,9	2,9	124,2	125,7	-1,3 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	18	65,6	58,0	●	53,2	61,6	1,5	57,8	58,7	-0,8 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

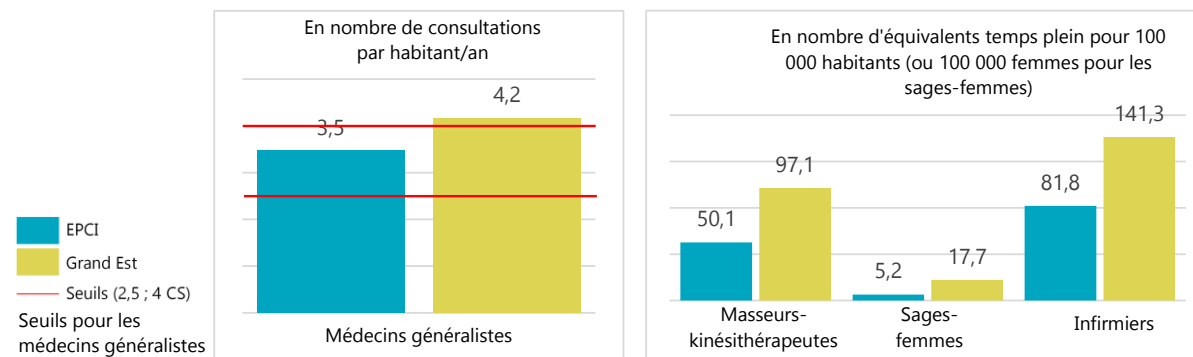
Morbidité

	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	1 225	3 893	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	1,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	71	235	211	●	193	198	2,0	213	201	6,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	147	451	492	●	458	453	1,4	489	503	2,0	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	237	1 475	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	0,6	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	202	1 306	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	-1,0	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 244	6 712	6 736	●	6 142	6 600	1,9	6 723	6 783	-0,6	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	404	1 212	1 204	●	1 130	1 070	1,4	1 210	1 185	-0,1	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	876	2 643	2 882	●	2 519	2 854	3,4	2 909	2 795	0,2	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	408	1 084	990	●	932	1 003	1,5	974	1 040	0,6	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 698	5 293	5 516	●	4 840	5 051	1,4	5 586	5 284	0,3	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	22	32	●	33	26	0,3	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	21	93	117	●	212	78	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	828	3 432	3 451	●	3 821	3 699	1,2	3 602	2 954	6,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	285	1 252	927	●	1 020	1 209	2,0	948	866	14,7	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	2 193	7 737	7 186	●	7 149	7 462	0,6	7 201	7 142	-1,3	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 119	4 133	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	1,4	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 160	4 074	4 002	●	3 902	4 030	0,6	3 998	4 018	-1,5	↘ !

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

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	3,9		4,4	3,3	-0,8	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,3	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	-1,6	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	50,1	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	-5,4	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	5,2	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	3,6	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	81,8	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	-2,0	⬇️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	13	4,7	●	1,2	2,6	30,8	1,0	4,3	6,9	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	11					66,7				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	45,6	●	10,6	22,8	n.d.	11,1	25,8	5,2	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	43,4	●	12,5	21,4	n.d.	8,3	27,0	28,0	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	13,8	●	10,5	17,2	0,0	8,0	23,7	2,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	10,9	●	8,6	17,1	100,0	8,1	19,5	-3,9	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	11	8,2	●	2,2	3,9	45,5	1,5	6,1	2,7	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	9,9	●	4,5	7,9	0,0	3,9	10,7	-1,6	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	43	3,7	●	0,9	2,3	30,6	0,7	3,6	1,2	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	12	4,7	●	1,3	2,5	9,3	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	12,7 min	12,7 min	11,5 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	12,7	11,3	●	10,5	14,0	9,1	18,4	0,8 ↗
60 Services de chirurgie	1	13,8	14,5	●	13,5	19,1	11,3	25,3	0,6 ↗
61 Services d'obstétrique	1	13,8	14,3	●	14,8	17,5	11,6	23,6	0,6 ↗
62 Services de soins de suite	1	12,6	9,3	●	9,1	10,0	7,2	16,5	0,7 ↗
63 Services d'urgence	1	12,7	14,8	●	13,7	16,9	12,1	24,2	0,7 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	11,5	8,4	●	7,4	8,5	7,0	13,1	0,8 ↗
65 EHPAD	5	6,5	4,0	●	3,0	4,7	2,9	7,4	0,4 ↗

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

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

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

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

EPCI **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	54,8					
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	58,0					
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	39,8					
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	74,1					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	9 516	40 890	43 256	●	40 236	41 741	0,8	43 674	41 912	0,1 →

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
72 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	37	1,3	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	-3,0
73 15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	418	17,8	16,4	●	15,9	18,5		16,4	16,3	-4,1
74 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	313	13,9	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)	718	31,9	41,5	●	46,6	33,8		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)	87	1,7	1,7	●	2,3	1,6		1,8	1,7	12,0
77 Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	436	70,9	58,4	●	62,2	67,3		58,4	58,6	-2,6
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 435	36,7	46,8	●	47,3	49,2	1,6	46,8	46,9	-7,1

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	1 165	5,0	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-3,2	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	1 688	8,7	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	3,0	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	968	39,5	42,8	●	42,7	45,1	0,3	43,5	40,5	-0,8	↘
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	274	5,1	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	404	3,3	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	2,0	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	759	25,9	24,2	●	24,9	26,2		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>)	44	3,5	3,5	●		5,3		9,3	6,8	22,9	↗ !

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)

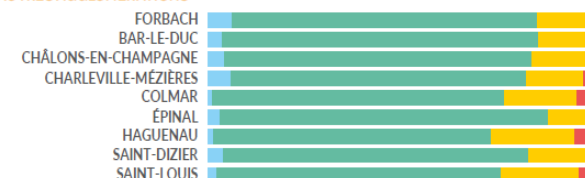
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	118	1,1	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	-12,0	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	57	0,5	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-8,1	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 538	33,1	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-2,4	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 540	23,8	17,5	●	13,9	22,6		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	3	0,4	1,8	●	1,3	1,2		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	53	7,3	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		4,4	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	0,0	→
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	2 846	8,0	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	251		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	1 369	12,7	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	-2,2	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		96,4	91,6	●	98,3	95,7				-0,2	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	12 886	82,9	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,0		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,1		●							
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>)		19,6	4,5	●	3,1	6,4		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>)	70	100,0	44,3			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	69	98,6	49,2			79,7		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			8,7		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>)	70	100,0	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	34,7			2,0		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.

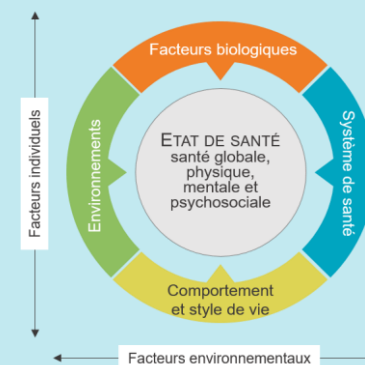
Autres informations

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. »

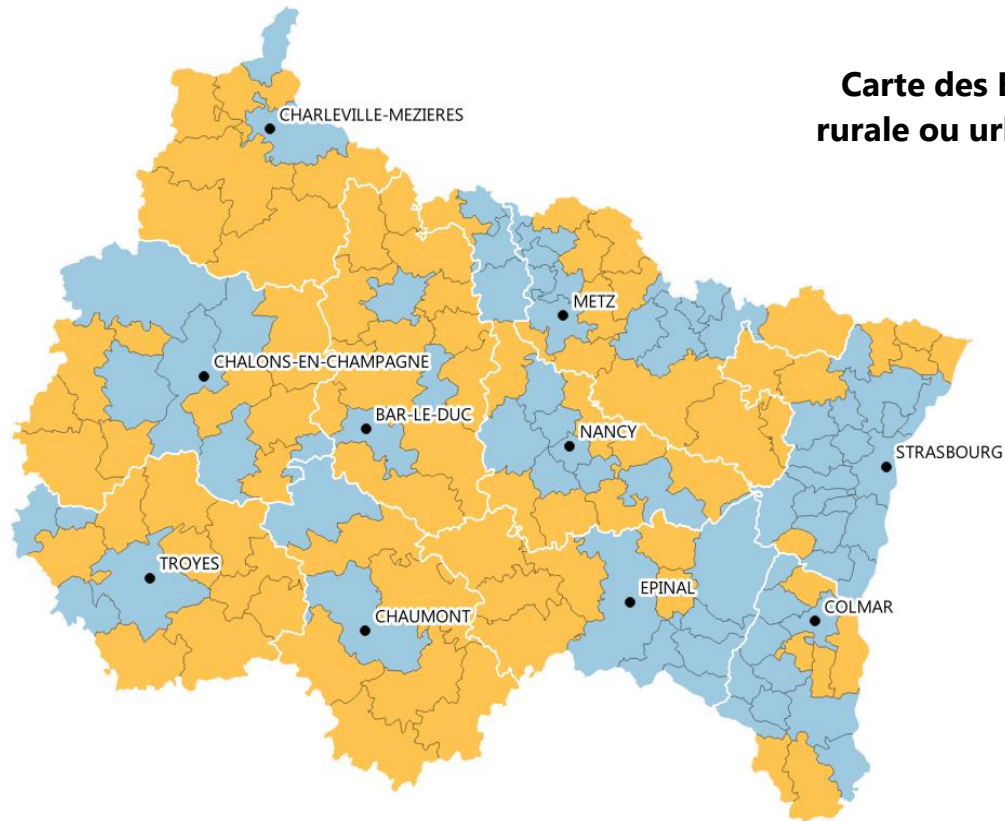
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

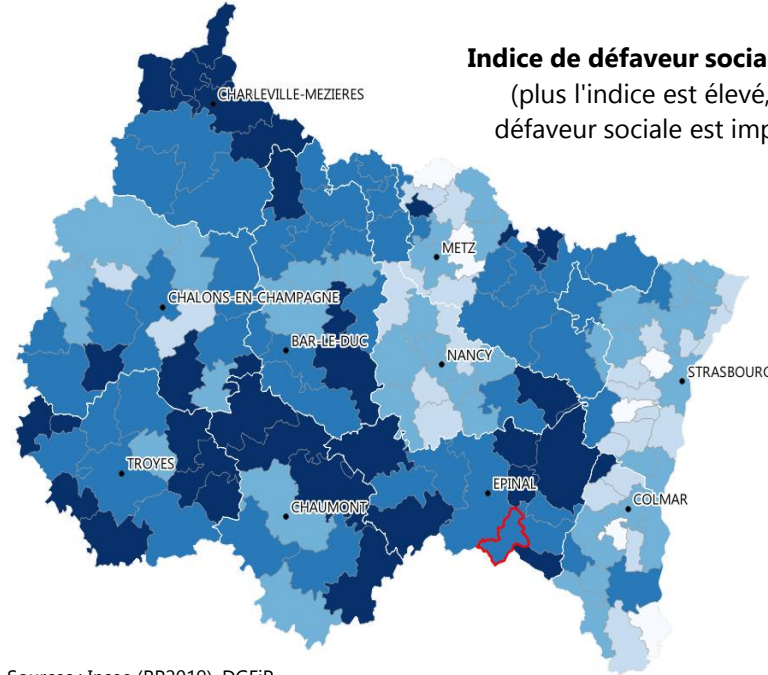
 **Retrouvez les clés de lecture en page 12**

Vosges
département

29 262
habitants

10
communes

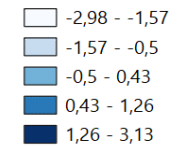
EPCI à dominante
urbaine



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)

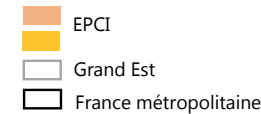
Démographie

	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>)	29 262	111,4	96,7		119,7	62,1	0,94	192,8	36,2	-0,4 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-564	-0,38	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-138	-0,09	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		122,5	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	4,0 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	1 858	6,3	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	-0,9 ↘

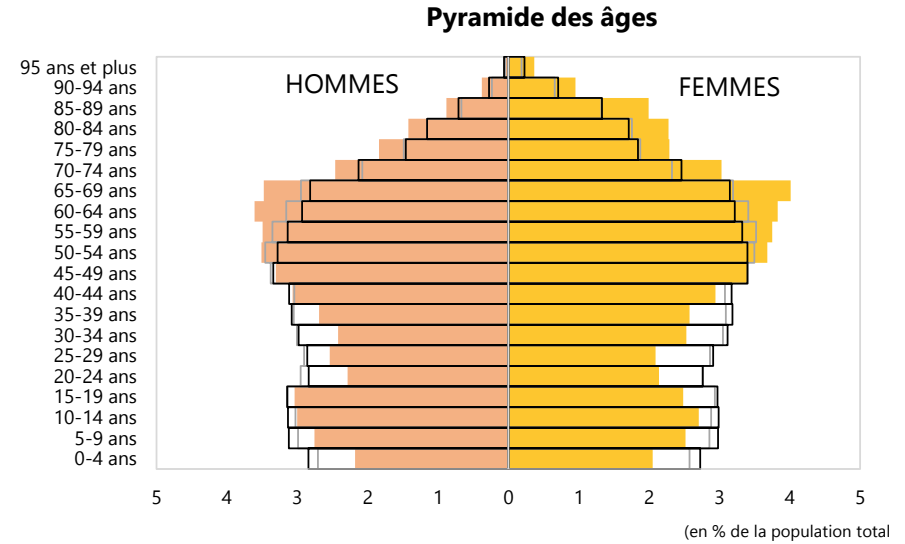
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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



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	●		1,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 844	14,1	13,3	●	12,8	14,5	1,1	14,0	10,8	-0,5	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	2 745	28,2	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	0,0	→
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,0	3,7	●	2,5	5,6	0,7	3,3	5,8	-0,9	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	20 400		21 800	●	21 930	20 420				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	2 080	15,0	14,7	●	14,5	15,2				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	6,4				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>)	7 597	33,2	27,8	●	27,0	33,0	0,8	27,4	29,4	-2,9	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	5 024	21,9	26,3	●	31,0	20,8	1,0	27,7	21,5	2,6	↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	80,6	86,8
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

	1ère cause	2e cause
EPCI	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	335	744,7	784,7	●	725,2	811,8	1,8	773,8	818,4	-2,3	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	53	187,2	181,6	●	175,7	204,7	2,5	182,2	180,3	-2,7	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	98	291,1	294,9	●	277,8	316,8	2,6	294,8	295,6	-2,9	➔
18	Décès par cancers	89	215,2	224,3	●	212,4	231,6	2,0	224,4	223,8	-1,0	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	83	173,1	187,5	●	170,0	192,8	1,9	181,7	205,6	-4,0	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	18	40,3	34,7	●	25,0	33,5	4,5	34,6	35,0	3,2	➔
21	Décès par suicide	7	19,9	13,4	●	13,2	19,2	n.d.	12,9	15,4	-9,9	➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	11	30,5	25,8	●	24,8	25,6	7,3	26,0	25,2	-4,4	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	53	122,3	129,3	●	109,3	126,1	3,3	129,4	129,0	0,3	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	44	131,1	124,4	●	116,2	136,9	3,4	124,2	125,7	-3,5	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	16	46,0	58,0	●	53,2	61,6	1,2	57,8	58,7	-6,9	➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

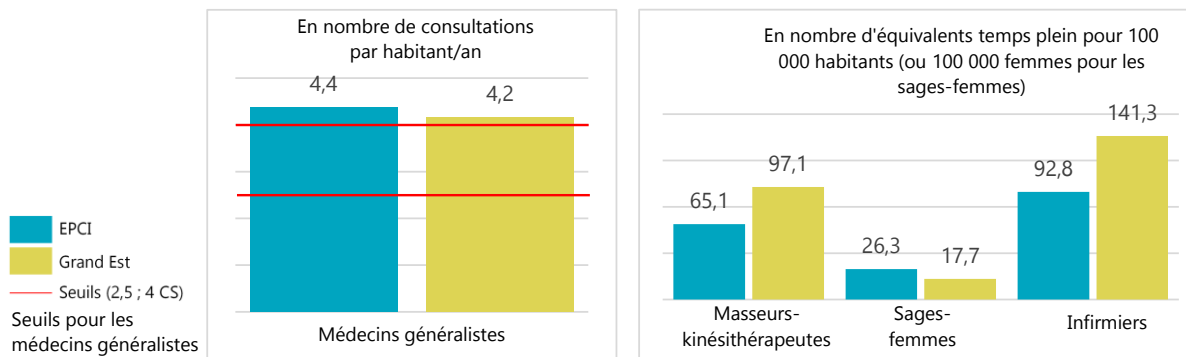
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 506	3 682	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	1,9	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	58	135	211	●	193	198	n.d.	213	201	2,7	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	205	476	492	●	458	453	1,4	489	503	4,6	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	324	1 492	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	0,2	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	275	1 422	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	-0,7	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 813	6 417	6 736	●	6 142	6 600	1,9	6 723	6 783	3,0	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	465	1 061	1 204	●	1 130	1 070	1,4	1 210	1 185	3,8	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 226	2 835	2 882	●	2 519	2 854	3,1	2 909	2 795	4,6	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	432	849	990	●	932	1 003	2,0	974	1 040	3,6	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 925	4 725	5 516	●	4 840	5 051	1,5	5 586	5 284	0,9	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	11	n.d.	32		33	26	2,0	36	17	n.d.	n.d. !
38	Personnes prises en charge pour VIH	23	73	117	●	212	78	n.d.	131	67	0,5	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 155	3 719	3 451	●	3 821	3 699	1,1	3 602	2 954	3,7	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	324	1 074	927	●	1 020	1 209	1,4	948	866	14,3	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	2 535	6 812	7 186	●	7 149	7 462	0,6	7 201	7 142	-2,3	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 402	3 957	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	-0,5	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 281	3 415	4 002	●	3 902	4 030	0,7	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	4,4	4,2	●	3,9	3,9		4,4	3,3	0,8	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,1	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	0,8	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	65,1	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	-0,5	↘ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	26,3	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	2,5	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	92,8	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	5,1	↗ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	24	1,2	●	1,2	2,6	29,2	1,0	4,3	52,1	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	17					76,5				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	25,0	●	10,6	22,8	n.d.	11,1	25,8	26,7	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	18,3	●	12,5	21,4	n.d.	8,3	27,0	19,0	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	4	6,5	●	10,5	17,2	75,0	8,0	23,7	-2,8	↘ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	8,1	●	8,6	17,1	100,0	8,1	19,5	1,5	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	15	1,0	●	2,2	3,9	46,7	1,5	6,1	1,7	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	7,0	●	4,5	7,9	50,0	3,9	10,7	2,0	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	45	0,1	●	0,9	2,3	25,0	0,7	3,6	-40,9	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	25	1,2	●	1,3	2,5	28,0	1,0	4,5	3,3	↗ !

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	8,1 min	8,3 min	9,2 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

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

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 **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	54,8				
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	58,0				
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	39,8				
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	74,1				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	12 920	43 091	43 256	●	40 236	41 741	0,8	43 674	41 912	-0,2 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	79	2,2	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	8,2	↗	
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)	462	15,9	16,4	●	15,9	18,5	16,4	16,3	-1,7	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	290	10,6	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)	1 044	38,1	41,5	●	46,6	33,8	43,0	35,8	0,5	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	96	1,6	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	1,1	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	563	80,5	58,4	●	62,2	67,3	58,4	58,6	3,4	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 625	54,3	46,8	●	47,3	49,2	1,3	46,8	46,9	-5,0	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	1 292	4,4	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-1,0	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	2 230	8,8	8,9	●	9,3	9,8		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>)	1 522	48,9	42,8	●	42,7	45,1	0,4	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>)	302	4,4	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	554	3,5	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	0,9	↗
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>)	976	26,7	24,2	●	24,9	26,2		25,7	19,0	4,9	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	73	4,6	4,6	●		5,3		9,3	6,8	75,8	↗ !

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

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

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

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

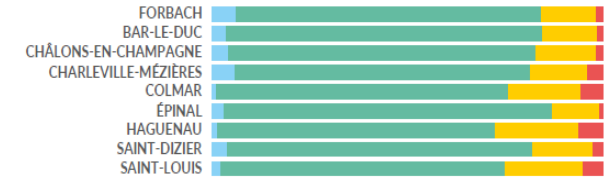
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	168	1,2	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	-10,6	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	53	0,4	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-7,4	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 890	27,8	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-3,2	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	3 292	23,5	17,5	●	13,9	22,6		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	6	2,3	1,8	●	1,3	1,2		3,9	0,7	4,6	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	30	11,4	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	-1,6	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 154	17,6	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	64		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	2 181	16,1	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	-1,4	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		117,5	91,6	●	98,3	95,7				0,1	⬆️ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	14 665	72,6	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,8		●							
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>)		0,9	4,5	●	3,1	6,4		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			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	10	100,0	49,2			79,7		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			8,7		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (<i>et part de la population couverte</i>)	8	81,3	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	2	18,7	34,7			2,0		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.

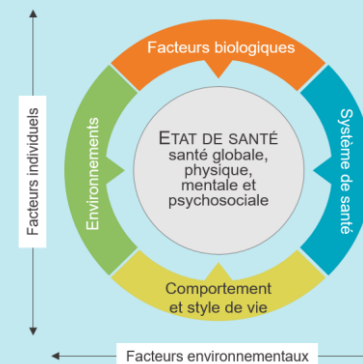
Autres informations

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. »

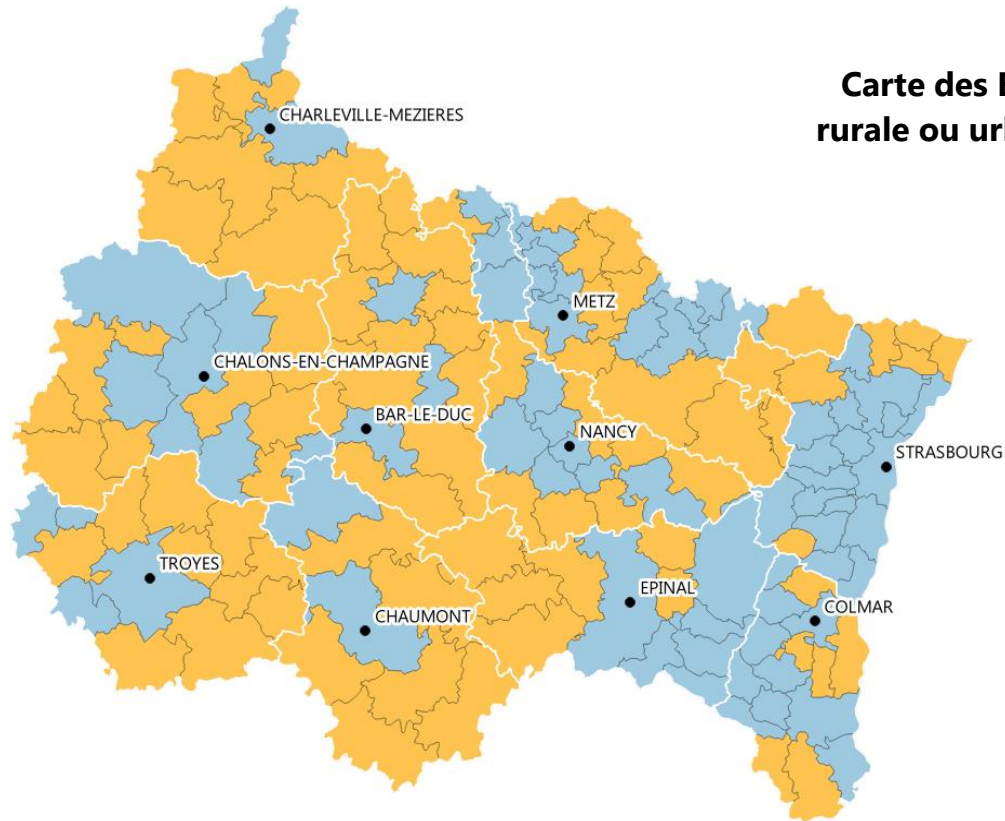
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

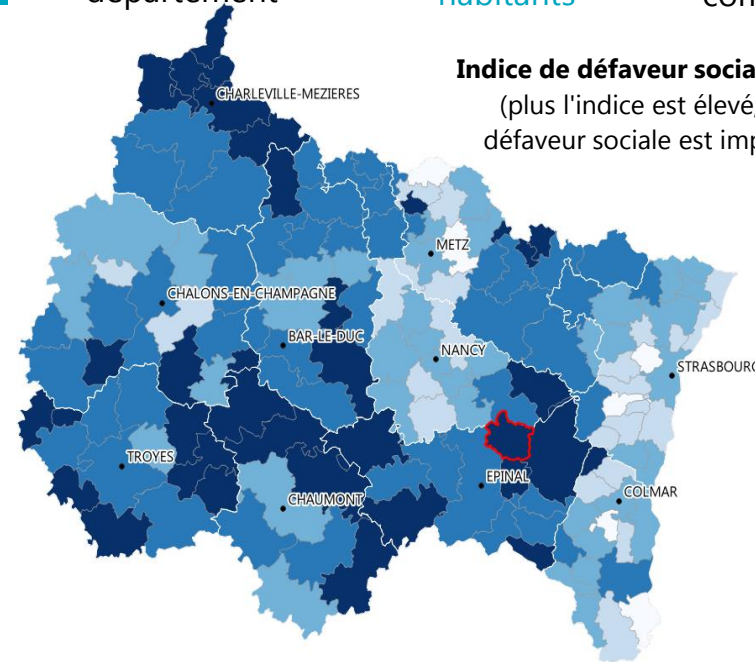
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Vosges
département

12 999
habitants

30
communes

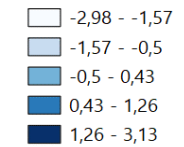
EPCI à dominante
rurale



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>)	12 999	39,5	96,7		119,7	62,1	0,95	192,8	36,2	-0,8 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-561	-0,84	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-542	-0,81	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		84,9	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	3,3 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	7 517	57,8	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	0,5 ↗

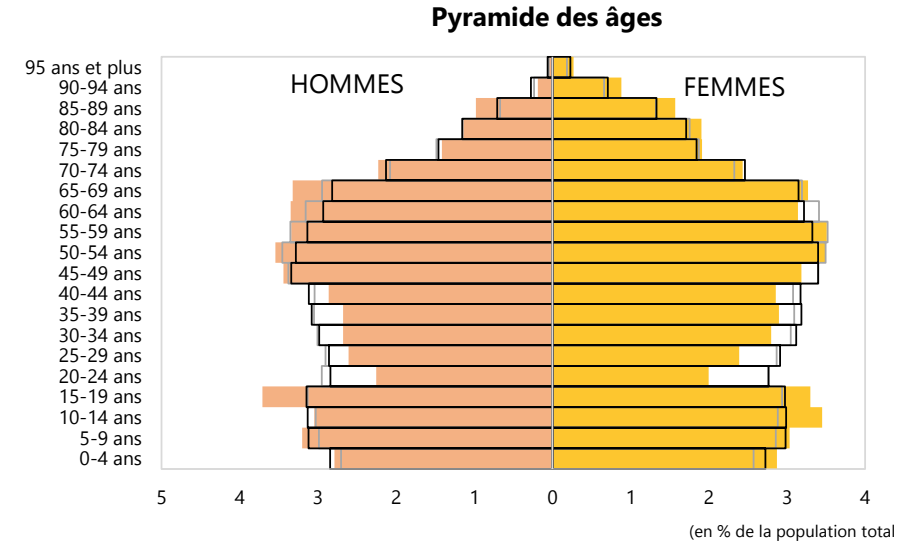
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner 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>)		1,9	0,4	●		1,1		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	933	16,4	13,3	●	12,8	14,5	0,8	14,0	10,8	1,3 ↗
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 260	32,2	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	-0,7 ↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		8,8	3,7	●	2,5	5,6	0,7	3,3	5,8	-5,9 ↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	19 530		21 800	●	21 930	20 420				1,5 ↗
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	1 030	19,1	14,7	●	14,5	15,2				-0,5 ↘
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		8,3	5,8	●	5,8	6,4				2,0 ↗
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 626	37,6	27,8	●	27,0	33,0	0,7	27,4	29,4	-2,5 ↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	1 565	16,2	26,3	●	31,0	20,8	0,9	27,7	21,5	2,6 ↗

Notes de lecture : 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et al. en 2009 au travers de l'indice Fdep (*French Deprivation Index*). Les valeurs les plus élevées 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	80,1	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	148	842,5	784,7	●	725,2	811,8	1,7	773,8	818,4	-1,6 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	26	218,5	181,6	●	175,7	204,7	1,9	182,2	180,3	-0,9 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	44	326,7	294,9	●	277,8	316,8	1,8	294,8	295,6	-3,0 ➔
18 Décès par cancers	45	273,5	224,3	●	212,4	231,6	1,6	224,4	223,8	1,5 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	34	185,1	187,5	●	170,0	192,8	1,7	181,7	205,6	-7,8 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	7	39,2	34,7	●	25,0	33,5	3,0	34,6	35,0	-0,9 ➔
21 Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	19,2	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	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	4	27,2	25,8	●	24,8	25,6	n.d.	26,0	25,2	-3,5 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	24	144,4	129,3	●	109,3	126,1	2,6	129,4	129,0	-1,9 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	19	141,4	124,4	●	116,2	136,9	2,4	124,2	125,7	-4,1 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	11	83,4	58,0	●	53,2	61,6	1,0	57,8	58,7	-1,4 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

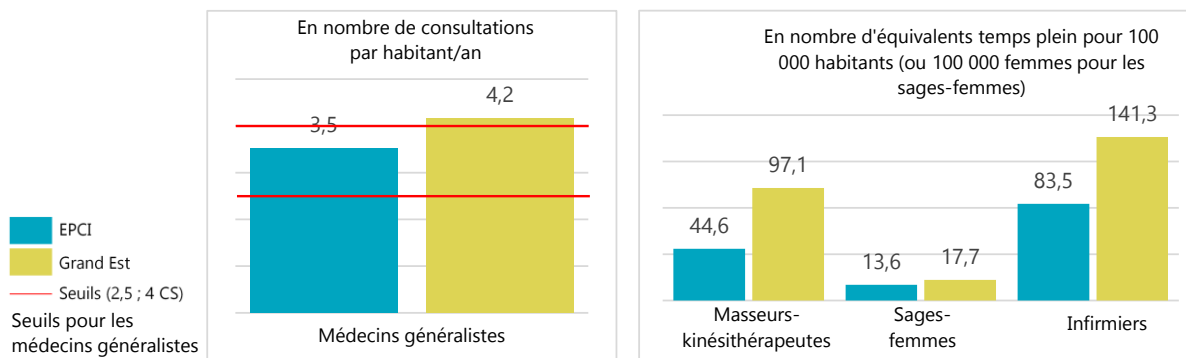
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	704	4 427	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	1,4	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	40	265	211	●	193	198	n.d.	213	201	-0,3	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	71	423	492	●	458	453	1,9	489	503	0,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	153	1 891	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	3,1	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	150	2 019	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	-2,7	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 075	6 475	6 736	●	6 142	6 600	1,9	6 723	6 783	3,0	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	143	861	1 204	●	1 130	1 070	1,6	1 210	1 185	-0,4	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	483	2 995	2 882	●	2 519	2 854	3,2	2 909	2 795	6,1	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	175	924	990	●	932	1 003	1,5	974	1 040	-0,7	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	897	5 609	5 516	●	4 840	5 051	1,4	5 586	5 284	1,5	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	22	32	●	33	26	0,5	36	17	1,5	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	13	n.d.	117	●	212	78	0,8	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	449	3 319	3 451	●	3 821	3 699	1,2	3 602	2 954	13,0	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	183	1 396	927	●	1 020	1 209	1,4	948	866	26,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 141	7 835	7 186	●	7 149	7 462	0,6	7 201	7 142	-2,4	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	602	4 289	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	2,9	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	663	4 485	4 002	●	3 902	4 030	0,6	3 998	4 018	-5,3	↘ !

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	3,5	4,2	●	3,9	3,9		4,4	3,3	2,2	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,4	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	13,9	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	44,6	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	-5,3	↘ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	13,6	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	2,3	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	83,5	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	10,4	↗ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	8	5,5	1,8	●	1,2	2,6	22,2	1,0	4,3	2,1	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	33,4	14,5	●	10,6	22,8	n.d.	11,1	25,8	0,3	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	32,9	12,6	●	12,5	21,4	n.d.	8,3	27,0	-0,1	→
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	32,3	11,6	●	10,5	17,2	n.d.	8,0	23,7	0,2	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	32,3	10,8	●	8,6	17,1	n.d.	8,1	19,5	0,2	↗ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	4,6	2,6	●	2,2	3,9	50,0	1,5	6,1	1,8	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	6,2	5,5	●	4,5	7,9	0,0	3,9	10,7	2,3	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	14	5,5	1,4	●	0,9	2,3	13,3	0,7	3,6	2,1	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	5	3,8	1,8	●	1,3	2,5	40,0	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	21,0 min	32,3 min	6,2 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	0	21,0	11,3	●	10,5	14,0		9,1	18,4	30,0	↗
60	Services de chirurgie	0	32,3	14,5	●	13,5	19,1		11,3	25,3	0,2	↗
61	Services d'obstétrique	0	32,3	14,3	●	14,8	17,5		11,6	23,6	0,2	↗
62	Services de soins de suite	0	18,9	9,3	●	9,1	10,0		7,2	16,5	27,4	↗
63	Services d'urgence	0	32,3	14,8	●	13,7	16,9		12,1	24,2	0,2	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	6,2	8,4	●	7,4	8,5		7,0	13,1	1,8	↗
65	EHPAD	2	5,7	4,0	●	3,0	4,7		2,9	7,4	1,8	↗

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'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	54,8					
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	58,0					
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	39,8					
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	74,1					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	5 137	39 111	43 256	●	40 236	41 741	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	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
72 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	35	1,9	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	7,2	↗
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)	326	22,3	16,4	●	15,9	18,5		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)	214	16,0	12,9	●	12,4	12,8		13,4	11,2	-2,3	↘
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	361	27,0	41,5	●	46,6	33,8		43,0	35,8	0,0	→
76 Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	57	1,7	1,7	●	2,3	1,6		1,8	1,7	4,2	↗
77 Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	218	52,9	58,4	●	62,2	67,3		58,4	58,6	-0,2	↘
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 095	42,7	46,8	●	47,3	49,2	1,1	46,8	46,9	-1,7	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	1 075	8,3	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-0,5	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	1 182	11,2	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	5,5	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	576	48,5	42,8	●	42,7	45,1	0,4	43,5	40,5	2,7	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	132	5,0	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	235	3,4	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	0,0	→
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>)	411	24,3	24,2	●	24,9	26,2		25,7	19,0	3,0	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	60	8,7	8,7	●		5,3		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.

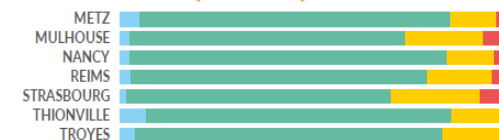
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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

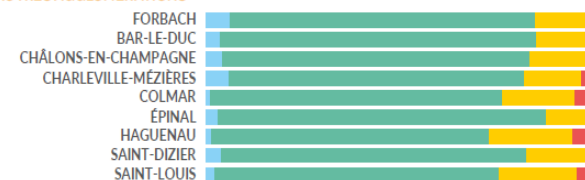
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	117	2,1	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	-9,0	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	31	0,6	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-4,3	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	1 813	32,6	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-3,1	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 374	24,7	17,5	●	13,9	22,6		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	1,2		3,9	0,7	0,0	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	31	9,4	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		5,1	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	1,9	↗
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	1 265	9,3	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	183		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	750	12,4	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	3,2	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		78,5	91,6	●	98,3	95,7				0,1	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	2 990	37,9	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,2		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,1		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,1		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		13,7	4,5	●	3,1	6,4		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			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	30	100,0	49,2			79,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	3	5,3	20,3			8,7		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>)	27	94,7	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	34,7			2,0		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.

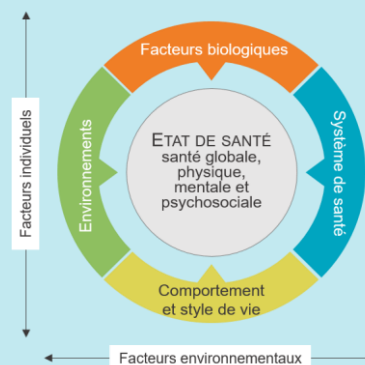
Autres informations

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. »

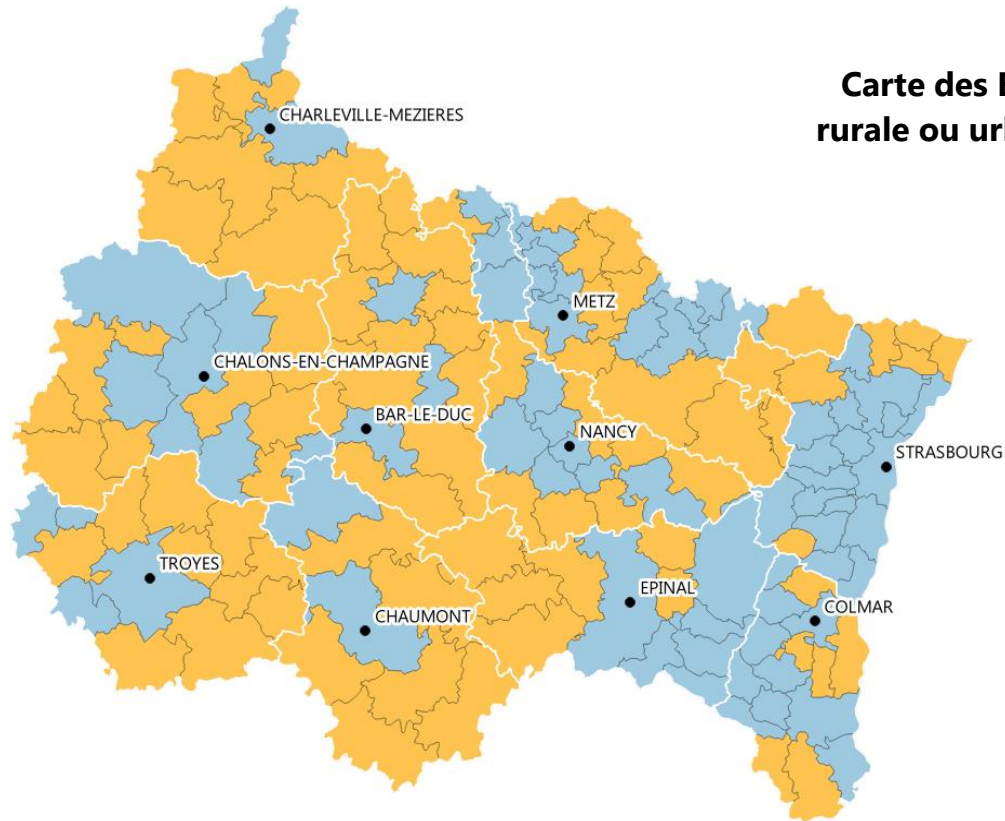
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

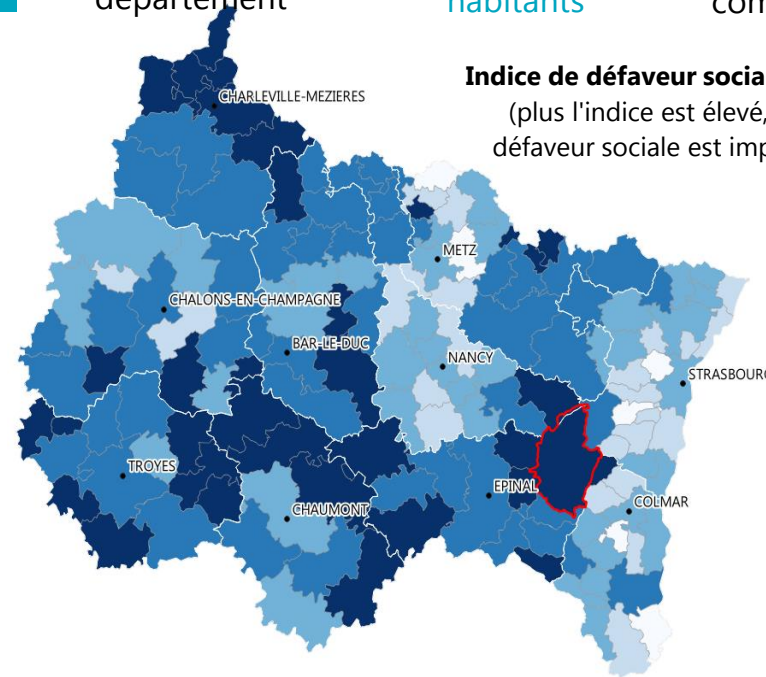
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Vosges
département

74 424
habitants

77
communes

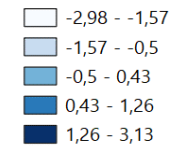
EPCI à dominante
urbaine



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**

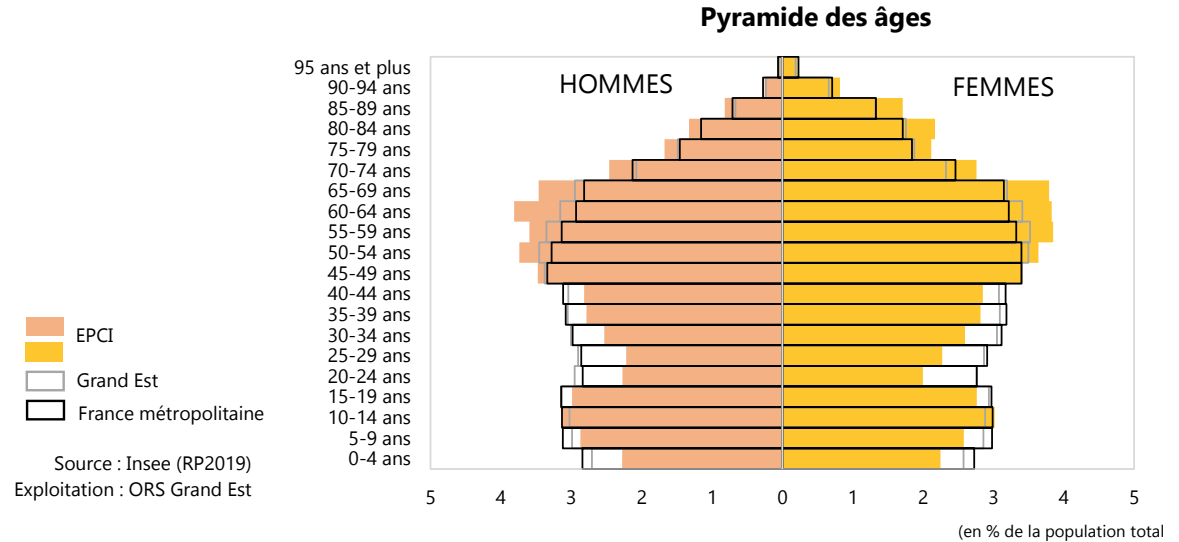
Démographie

	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>)	74 424	75,9	96,7		119,7	62,1	0,94	192,8	36,2	-0,7 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-2 559	-0,67	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-1 723	-0,45	-0,17		0,07	-0,30		-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	108,5		84,5	92,3	3,0 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	14 462	19,4	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	0,0 →

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

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

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



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		1,7	0,4	●		1,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	5 618	17,0	13,3	●	12,8	14,5	0,9	14,0	10,8	-2,4	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	6 918	28,3	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	-0,7	↘
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,1	3,7	●	2,5	5,6	0,7	3,3	5,8	-1,9	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	19 900		21 800	●	21 930	20 420				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	5 606	16,5	14,7	●	14,5	15,2				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	6,4				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>)	20 091	34,8	27,8	●	27,0	33,0	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>)	11 109	19,2	26,3	●	31,0	20,8	0,9	27,7	21,5	2,1	↗

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

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	77,0	84,5
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	867	822,0	784,7	●	725,2	811,8	1,7	773,8	818,4	-1,5	➔
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	156	214,6	181,6	●	175,7	204,7	2,0	182,2	180,3	-2,3	➔
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	281	331,5	294,9	●	277,8	316,8	2,0	294,8	295,6	-1,7	➔
18	Décès par cancers	235	232,7	224,3	●	212,4	231,6	1,7	224,4	223,8	-1,2	➔
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	216	193,9	187,5	●	170,0	192,8	1,5	181,7	205,6	-4,2	➔
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	38	36,7	34,7	●	25,0	33,5	3,9	34,6	35,0	-6,1	➔
21	Décès par suicide	16	20,1	13,4	●	13,2	19,2	4,1	12,9	15,4	-1,8	➔
22	Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	26	27,3	25,8	●	24,8	25,6	4,0	26,0	25,2	-1,5	➔
24	Décès par pathologies liées au tabac	134	127,9	129,3	●	109,3	126,1	2,8	129,4	129,0	-4,2	➔
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	116	138,5	124,4	●	116,2	136,9	3,4	124,2	125,7	-3,1	➔
26	Décès évitables liés au système de soins	54	63,4	58,0	●	53,2	61,6	1,2	57,8	58,7	-4,2	➔

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

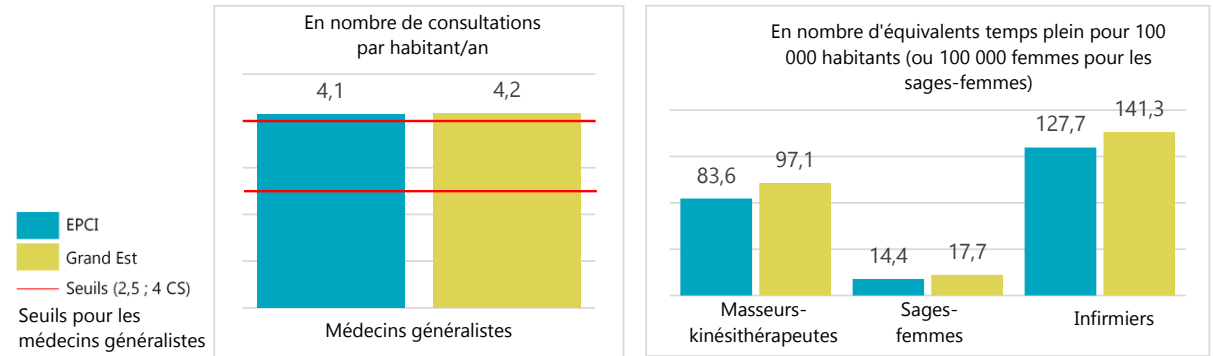
Morbidité

	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	4 175	4 155	4 223	●	4 161	3 981	1,0	4 221	4 236	1,7	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	183	182	211	●	193	198	2,0	213	201	1,0	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	458	426	492	●	458	453	1,5	489	503	1,1	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	957	1 796	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	2,1	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	727	1 539	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	-1,5	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	7 232	6 802	6 736	●	6 142	6 600	1,9	6 723	6 783	1,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	1 215	1 115	1 204	●	1 130	1 070	1,5	1 210	1 185	1,1	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	3 050	2 903	2 882	●	2 519	2 854	2,9	2 909	2 795	2,2	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	1 314	1 103	990	●	932	1 003	1,7	974	1 040	-1,0	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	5 529	5 473	5 516	●	4 840	5 051	1,4	5 586	5 284	1,9	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	26	33	32	●	33	26	n.d.	36	17	1,4	↗ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	59	70	117	●	212	78	n.d.	131	67	6,9	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	2 903	3 535	3 451	●	3 821	3 699	1,1	3 602	2 954	6,7	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	946	1 178	927	●	1 020	1 209	1,6	948	866	12,2	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	7 573	8 277	7 186	●	7 149	7 462	0,6	7 201	7 142	-1,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	3 462	4 018	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	0,5	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	4 552	4 952	4 002	●	3 902	4 030	0,6	3 998	4 018	-1,8	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,1	4,2	●	3,9	3,9		4,4	3,3	-1,6	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,5	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	-4,0	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	83,6	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	1,7	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	14,4	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	-5,7	⬇️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	127,7	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	3,4	⬆️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	59	1,8	●	1,2	2,6	51,7	1,0	4,3	0,9	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	25					66,7				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	13,1	●	10,6	22,8	100,0	11,1	25,8	0,6	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	14,0	●	12,5	21,4	50,0	8,3	27,0	2,5	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	4	12,7	●	10,5	17,2	50,0	8,0	23,7	0,3	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	2	12,9	●	8,6	17,1	100,0	8,1	19,5	0,7	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	33	4,0	●	2,2	3,9	30,3	1,5	6,1	-0,2	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	7,1	●	4,5	7,9	25,0	3,9	10,7	2,8	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	145	1,5	●	0,9	2,3	19,4	0,7	3,6	0,8	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	56	2,4	●	1,3	2,5	16,1	1,0	4,5	0,6	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	10,2 min	13,1 min	7,6 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
59 Services de médecine	2	10,2	11,3	●	10,5	14,0	9,1	18,4	10,4 ↗
60 Services de chirurgie	1	12,9	14,5	●	13,5	19,1	11,3	25,3	0,7 ↗
61 Services d'obstétrique	1	12,7	14,3	●	14,8	17,5	11,6	23,6	0,0 →
62 Services de soins de suite	5	9,1	9,3	●	9,1	10,0	7,2	16,5	2,4 ↗
63 Services d'urgence	1	13,1	14,8	●	13,7	16,9	12,1	24,2	0,6 ↗
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	3	7,6	8,4	●	7,4	8,5	7,0	13,1	4,1 ↗
65 EHPAD	8	5,8	4,0	●	3,0	4,7	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 ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | **49-58.et 59-65.** Concernant les temps d'accès : Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | **63.** Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

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

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

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

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

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (<i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i>)		52,3		49,2	54,8					
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	58,0					
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	39,8					
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	74,1					
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	31 340	40 333	43 256	●	40 236	41 741	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	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	303	3,1	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	11,2	↗	
73	15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	1 595	21,4	16,4	●	15,9	18,5	16,4	16,3	-2,8	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 021	14,6	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-3,9	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	2 034	29,1	41,5	●	46,6	33,8	43,0	35,8	1,5	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	262	1,6	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	3,0	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	1 179	60,5	58,4	●	62,2	67,3	58,4	58,6	1,0	↗	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	6 259	48,5	46,8	●	47,3	49,2	1,3	46,8	46,9	-3,2	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	5 184	7,0	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-0,7	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	6 585	10,3	8,9	●	9,3	9,8		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>)	3 360	45,3	42,8	●	42,7	45,1	0,5	43,5	40,5	0,0	→
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	833	5,0	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	1 471	3,6	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	1,0	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	2 640	27,4	24,2	●	24,9	26,2		25,7	19,0	1,1	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	143	3,5	3,5	●		5,3		9,3	6,8	7,1	↗ !

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)

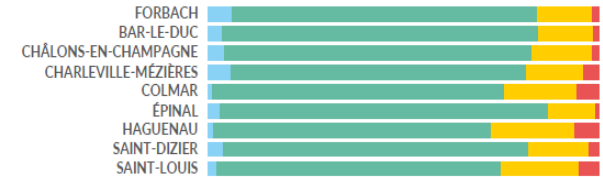
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	524	1,5	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	-6,9	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	165	0,5	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-4,4	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	8 543	24,5	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-2,0	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	8 461	24,2	17,5	●	13,9	22,6		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	20	2,0	1,8	●	1,3	1,2		3,9	0,7	1,3	↗
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	83	8,5	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,5	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	-1,3	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	3 642	27,0	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	298		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	4 798	13,8	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	-0,3	⬇
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		89,4	91,6	●	98,3	95,7				-0,5	⬇ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	19 464	39,8	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,1		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,0		●							
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>)		2,9	4,5	●	3,1	6,4		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			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	3	0,5	49,2			79,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	15	21,5	20,3			8,7		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>)	62	78,5	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	34,7			2,0		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.

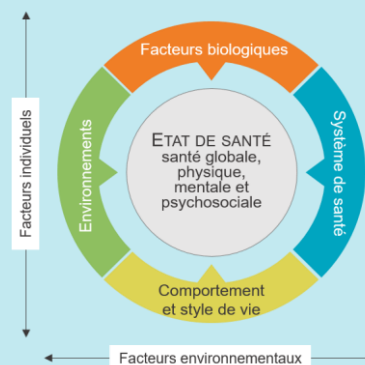
Autres informations

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. »

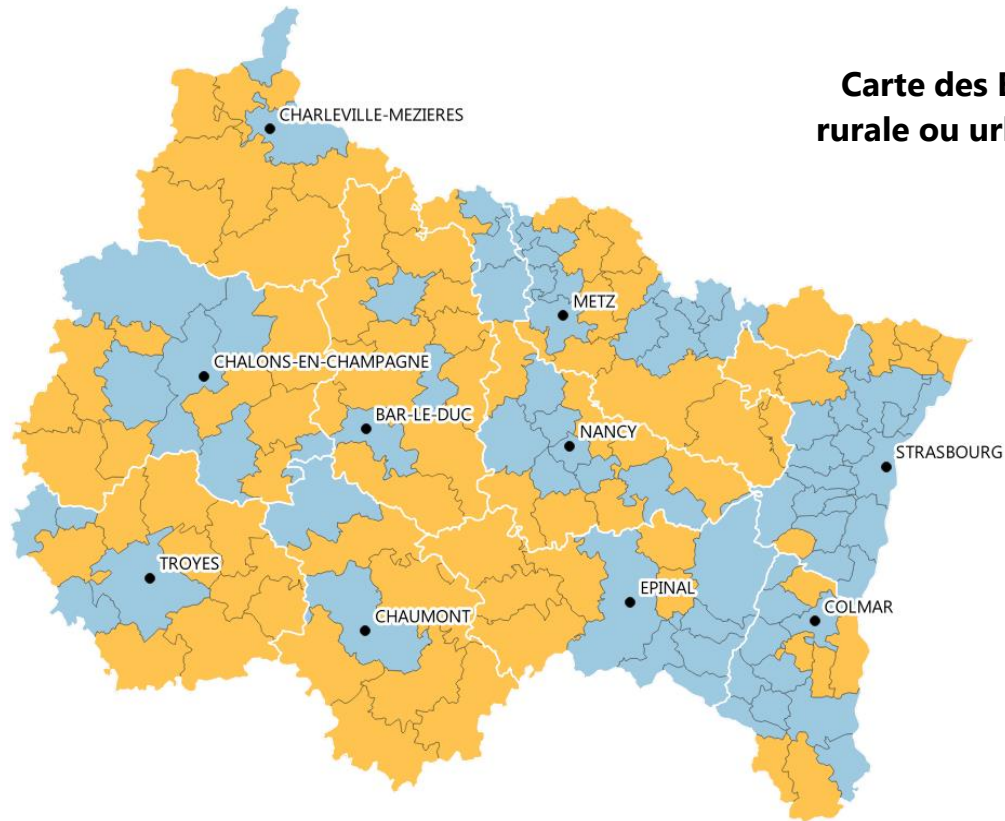
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

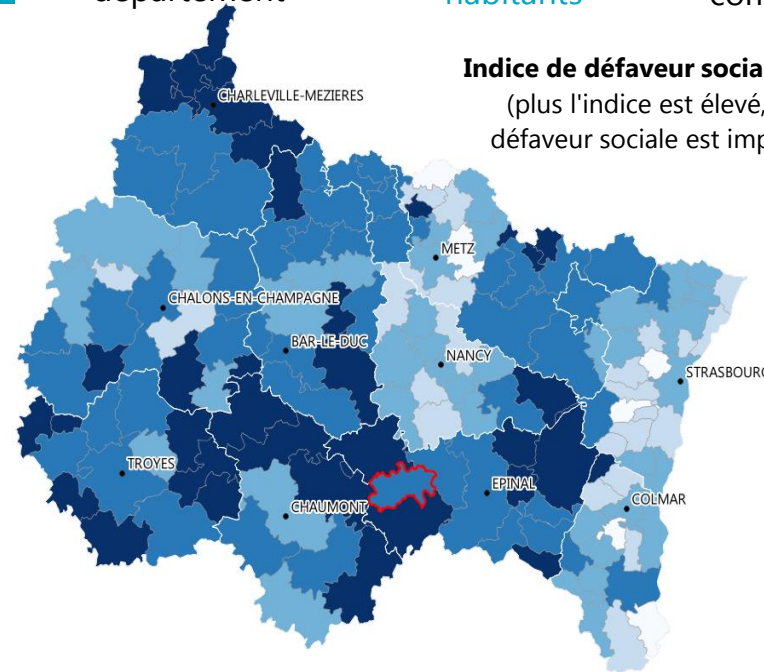
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Vosges
département

17 536
habitants

45
communes

EPCI à dominante
rurale



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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

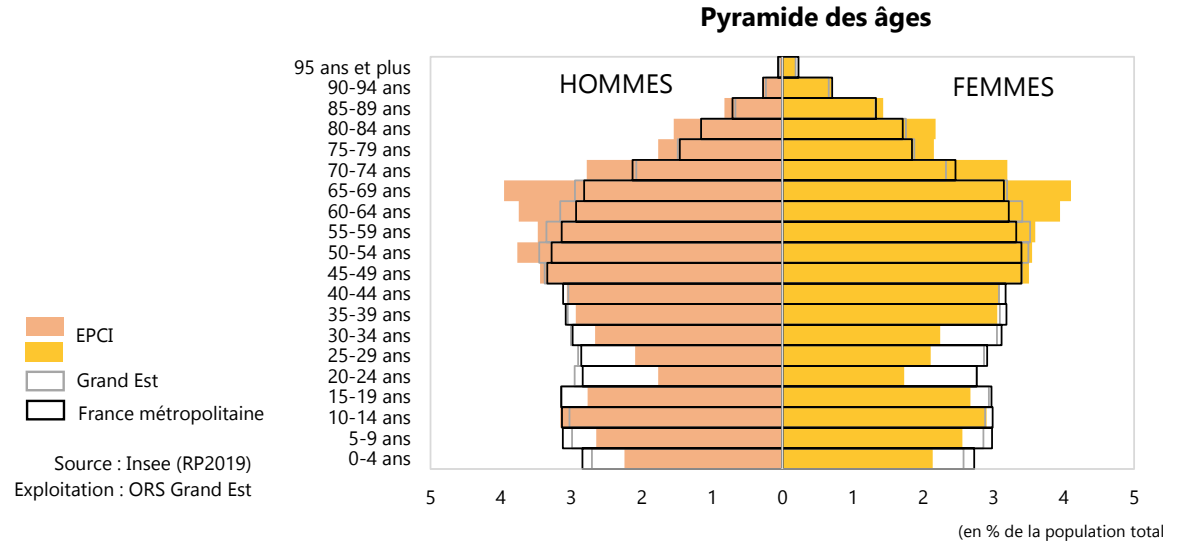
Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	17 536	42,2	96,7		119,7	62,1	0,96	192,8	36,2	-0,7 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-586	-0,66	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-335	-0,37	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		119,2	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	4,2 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	9 514	54,3	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	0,4 ↗

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

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

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



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)		0,9	0,4	●		1,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	1 066	13,4	13,3	●	12,8	14,5	0,9	14,0	10,8	-2,4	↘
8 Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 760	29,0	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	0,6	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,8	3,7	●	2,5	5,6	0,6	3,3	5,8	-2,8	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	21 730		21 800	●	21 930	20 420				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	981	11,8	14,7	●	14,5	15,2				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		5,1	5,8	●	5,8	6,4				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>)	4 497	32,6	27,8	●	27,0	33,0	0,8	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>)	2 640	19,1	26,3	●	31,0	20,8	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	79,9	86,9
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	196	799,6	784,7	●	725,2	811,8	1,8	773,8	818,4	0,0 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	34	195,5	181,6	●	175,7	204,7	2,1	182,2	180,3	-1,2 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	64	305,0	294,9	●	277,8	316,8	2,2	294,8	295,6	0,0 ➔
18 Décès par cancers	54	223,0	224,3	●	212,4	231,6	2,5	224,4	223,8	-0,2 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	50	196,8	187,5	●	170,0	192,8	1,7	181,7	205,6	-1,8 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	6	22,1	34,7	●	25,0	33,5	2,3	34,6	35,0	-2,2 ➔
21 Décès par suicide	2	11,4	13,4	●	13,2	19,2	n.d.	12,9	15,4	-7,5 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	4	18,2	25,8	●	24,8	25,6	n.d.	26,0	25,2	-8,2 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	28	113,5	129,3	●	109,3	126,1	4,1	129,4	129,0	0,4 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	25	121,3	124,4	●	116,2	136,9	3,7	124,2	125,7	-3,1 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	13	61,3	58,0	●	53,2	61,6	1,6	57,8	58,7	1,1 ➔

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

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

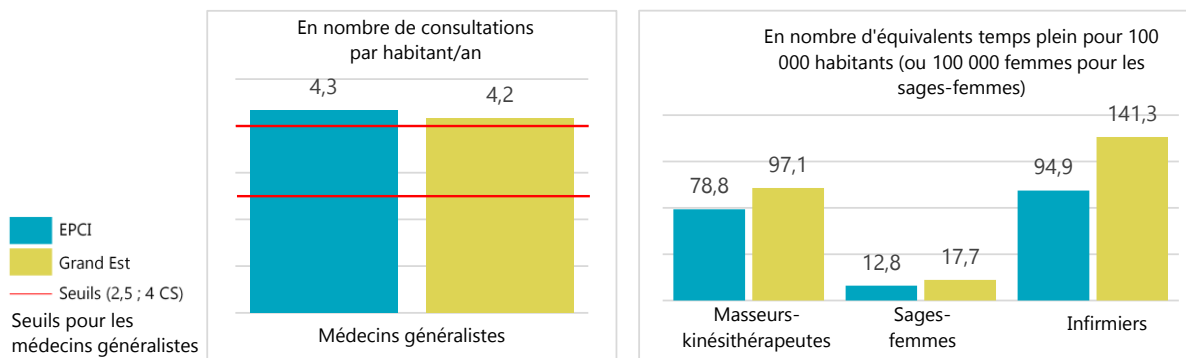
Morbidité

	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	934	3 736	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	0,1	➔ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	40	156	211	●	193	198	n.d.	213	201	-3,6	⬇ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	113	424	492	●	458	453	1,2	489	503	-1,5	⬇ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	179	1 336	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	1,7	⬆ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	199	1 646	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	-1,5	⬇ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 758	6 987	6 736	●	6 142	6 600	2,0	6 723	6 783	1,4	⬆ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	270	1 077	1 204	●	1 130	1 070	1,3	1 210	1 185	-0,1	⬇ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	689	2 762	2 882	●	2 519	2 854	3,8	2 909	2 795	2,1	⬆ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	314	1 109	990	●	932	1 003	1,8	974	1 040	-1,7	⬇ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 285	5 184	5 516	●	4 840	5 051	1,6	5 586	5 284	0,3	⬆ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	19	32	●	33	26	0,4	36	17	-8,2	➔ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	19	n.d.	117		212	78	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	634	3 307	3 451	●	3 821	3 699	1,0	3 602	2 954	5,4	⬆ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	212	1 156	927	●	1 020	1 209	1,8	948	866	15,1	⬆ !
41	Patients traités par psychotropes	1 665	7 509	7 186	●	7 149	7 462	0,6	7 201	7 142	-2,6	⬇ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	809	3 850	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	1,6	⬆ !
43	Patients traités par anxiolytiques	914	4 069	4 002	●	3 902	4 030	0,6	3 998	4 018	-3,8	⬇ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,3	4,2	●	3,9	3,9		4,4	3,3	-1,6	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,0	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	-2,3	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	78,8	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	0,7	⬆️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	12,8	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	3,5	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	94,9	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	-3,3	⬇️ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	14	3,9	●	1,2	2,6	78,6	1,0	4,3	2,2	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	4					60,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	30,5	●	10,6	22,8	n.d.	11,1	25,8	26,9	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	41,0	●	12,5	21,4	n.d.	8,3	27,0	9,2	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	34,1	●	10,5	17,2	n.d.	8,0	23,7	29,8	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	1	11,8	●	8,6	17,1	0,0	8,1	19,5	-18,8	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	7	4,6	●	2,2	3,9	71,4	1,5	6,1	1,8	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	11,0	●	4,5	7,9	n.d.	3,9	10,7	1,4	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	32	2,9	●	0,9	2,3	21,2	0,7	3,6	1,5	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	13	3,8	●	1,3	2,5	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	9,4 min	9,7 min	9,4 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
59	Services de médecine	1	9,4	11,3	●	10,5	14,0		9,1	18,4	1,1	↗
60	Services de chirurgie	0	34,1	14,5	●	13,5	19,1		11,3	25,3	0,4	↗
61	Services d'obstétrique	0	34,1	14,3	●	14,8	17,5		11,6	23,6	0,4	↗
62	Services de soins de suite	1	9,1	9,3	●	9,1	10,0		7,2	16,5	0,3	↗
63	Services d'urgence	1	9,7	14,8	●	13,7	16,9		12,1	24,2	0,7	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,4	8,4	●	7,4	8,5		7,0	13,1	0,7	↗
65	EHPAD	2	6,5	4,0	●	3,0	4,7		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	2
soit	0,3 % des programmes de la région

Source : ARS Grand Est au 02/03/2023

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

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

Prévention

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein (part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)		52,3		49,2	54,8					
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	58,0					
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	39,8					
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 MTdents (part pour 100 enfants de moins de 16 ans)		75,2		71,5	74,1					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	7 740	42 680	43 256	●	40 236	41 741	0,9	43 674	41 912	0,5

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	54	2,4	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	7,2	↗	
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)	264	16,8	16,4	●	15,9	18,5	16,4	16,3	-4,7	↘	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	187	12,0	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-5,1	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	487	31,2	41,5	●	46,6	33,8	43,0	35,8	0,1	→	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	53	1,4	1,7	●	2,3	1,6	1,8	1,7	2,5	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	327	76,0	58,4	●	62,2	67,3	58,4	58,6	0,6	↗ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 671	57,0	46,8	●	47,3	49,2	1,3	46,8	46,9	0,3	↗

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	644	3,7	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	-3,4	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	909	6,0	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	1,1	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	806	44,3	42,8	●	42,7	45,1	0,4	43,5	40,5	1,5	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	160	3,8	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	256	2,7	3,0	●	3,1	3,3		3,2	2,4	1,5	↗
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	646	28,5	24,2	●	24,9	26,2		25,7	19,0	2,7	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	22	2,3	2,3	●		5,3		9,3	6,8	1,8	↗ !

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

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

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

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

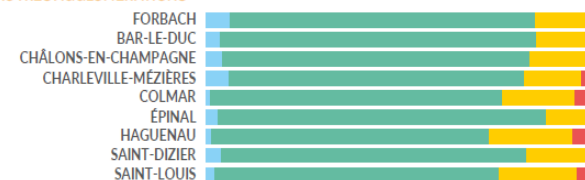
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

AGGLOMÉRATIONS >100 000 HABITANTS (INDICES ATMO)



AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	116	1,4	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	-5,4	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	37	0,4	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-7,9	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 238	27,0	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-2,6	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 096	25,2	17,5	●	13,9	22,6		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	1,2		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	30	7,2	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		4,0	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	-1,3	↘
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	4 070	18,3	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	128		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	1 497	18,5	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	1,0	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		115,9	91,6	●	98,3	95,7				0,1	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	11 356	88,6	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,9		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,3		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (<i>en %</i>)		17,0	4,5	●	3,1	6,4		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			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	45	100,0	49,2			79,7		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			8,7		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>)	45	100,0	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	0	0,0	34,7			2,0		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.

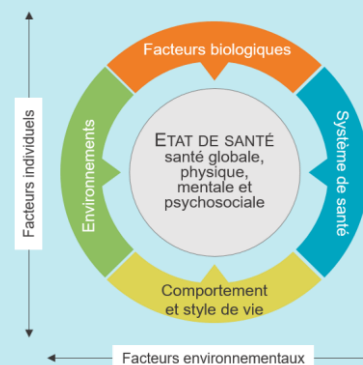
Autres informations

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. »

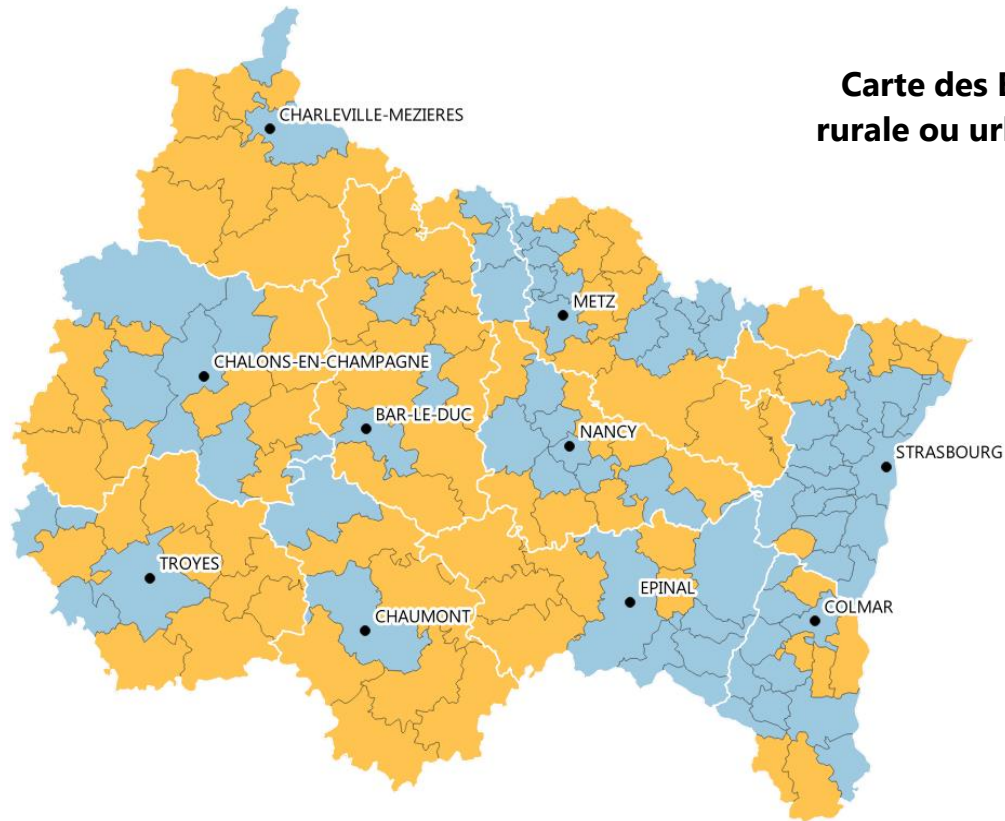
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

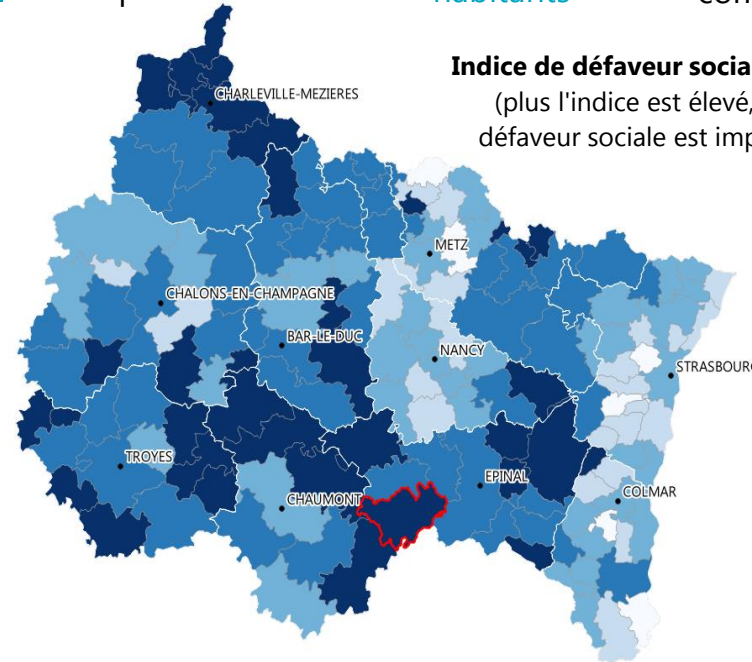
Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements.

Vosges
département

11 923
habitants

60
communes

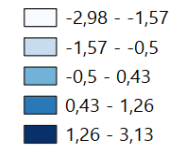
EPCI à dominante
rurale



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>)	11 923	17,2	96,7		119,7	62,1	1,00	192,8	36,2	-0,8 ↘
2 Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-500	-0,82	0,01		0,33	-0,49		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-189	-0,31	-0,17		0,07	-0,30		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		147,9	86,3	●	83,8	108,5		84,5	92,3	3,6 ↗
5 Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	11 923	100,0	28,1		21,3	31,0		14,9	72,3	0,0 →

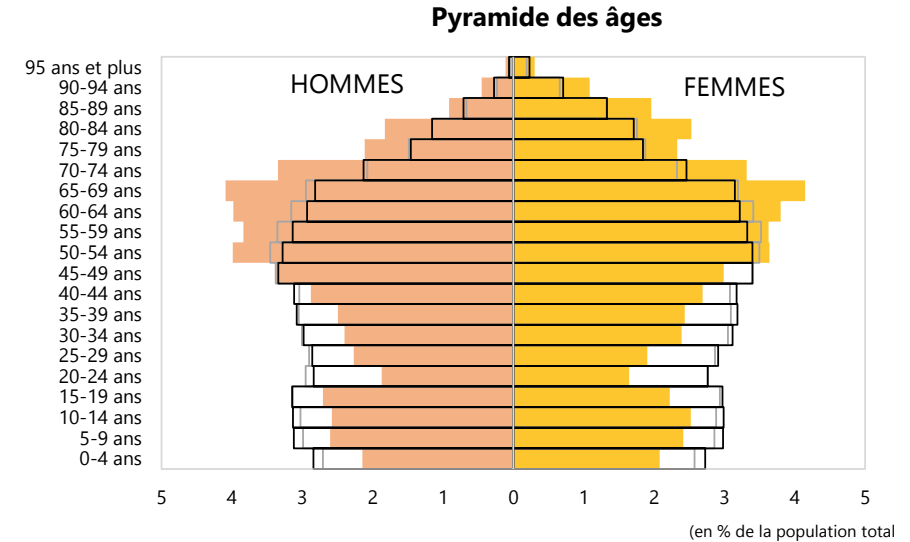
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI
 Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6	Indice de défaveur sociale (<i>carto p.1</i>)	1,6	0,4	●		1,1		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs (<i>et taux de chômage en %</i>)	647	12,7	●	12,8	14,5	0,8	14,0	10,8	-1,5	↘
8	Salariés précaires (<i>et part pour 100 salariés</i>)	1 194	32,2	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-1,4	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		12,3	●	2,5	5,6	1,6	3,3	5,8	-2,7	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation (<i>en €</i>)	19 840		●	21 800	20 420				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (<i>et part pour 100 ménages</i>)	831	15,4	●	14,5	15,2				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (<i>en %</i>)		6,1	●	5,8	6,4				n.d.	n.d.
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (<i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i>)	3 728	38,7	●	27,0	33,0	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>)	1 380	14,3	●	31,0	20,8	0,9	27,7	21,5	2,5	↗

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

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

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

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



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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
EPCI	83,8	84,2
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	168	832,3	784,7	●	725,2	811,8	1,6	773,8	818,4	-0,9 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	23	207,3	181,6	●	175,7	204,7	1,1	182,2	180,3	-1,1 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	48	328,9	294,9	●	277,8	316,8	1,5	294,8	295,6	-2,1 ➔
18 Décès par cancers	40	214,4	224,3	●	212,4	231,6	1,5	224,4	223,8	-0,9 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	46	203,2	187,5	●	170,0	192,8	1,5	181,7	205,6	-2,8 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	7	31,3	34,7	●	25,0	33,5	2,2	34,6	35,0	-4,8 ➔
21 Décès par suicide	5	37,3	13,4	●	13,2	19,2	n.d.	12,9	15,4	6,7 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	■	1,2	0,9	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	5	28,7	25,8	●	24,8	25,6	n.d.	26,0	25,2	-6,7 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	22	115,4	129,3	●	109,3	126,1	2,1	129,4	129,0	-2,6 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	21	158,1	124,4	●	116,2	136,9	1,8	124,2	125,7	-2,3 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	8	52,3	58,0	●	53,2	61,6	0,9	57,8	58,7	-3,7 ➔

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

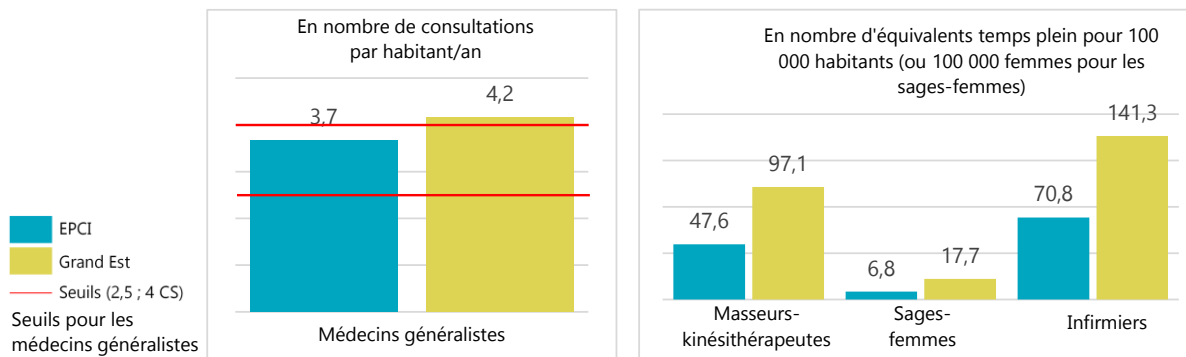
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	647	3 654	4 223	●	4 161	3 981	1,1	4 221	4 236	2,8	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	24	126	211	●	193	198	6,2	213	201	-5,2	↘ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	85	429	492	●	458	453	1,4	489	503	4,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	129	1 439	1 799	●	1 755	1 635		1 806	1 774	3,0	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	126	1 442	1 592	●	1 467	1 497		1 575	1 647	3,8	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 264	6 798	6 736	●	6 142	6 600	1,8	6 723	6 783	0,8	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	214	1 188	1 204	●	1 130	1 070	1,3	1 210	1 185	1,6	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	482	2 639	2 882	●	2 519	2 854	3,2	2 909	2 795	2,9	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	246	1 164	990	●	932	1 003	1,4	974	1 040	0,4	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	927	5 351	5 516	●	4 840	5 051	1,4	5 586	5 284	2,8	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32		33	26	n.d.	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	81	117	●	212	78	4,9	131	67	12,8	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	469	3 861	3 451	●	3 821	3 699	1,2	3 602	2 954	11,1	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	143	1 230	927	●	1 020	1 209	1,5	948	866	22,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 093	7 115	7 186	●	7 149	7 462	0,5	7 201	7 142	-3,2	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	545	3 791	3 548	●	3 916	4 064	0,5	3 537	3 588	-0,3	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	601	3 902	4 002	●	3 902	4 030	0,5	3 998	4 018	-3,5	↘ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,7	4,2	●	3,9	3,9		4,4	3,3	3,6	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,3	3,7	●	3,1	3,5		4,0	3,0	3,5	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	47,6	97,1	●	104,0	71,6		105,3	70,9	1,6	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	6,8	17,7	●	17,3	19,9		19,0	13,0	6,4	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	70,8	141,3	●	146,5	96,6		149,9	114,4	3,0	↗ !

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	8	5,2	●	1,2	2,6	33,3	1,0	4,3	1,3	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	42,6	●	10,6	22,8	n.d.	11,1	25,8	22,9	↗ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	51,1	●	12,5	21,4	n.d.	8,3	27,0	4,9	↗ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	45,6	●	10,5	17,2	n.d.	8,0	23,7	12,2	↗ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	29,3	●	8,6	17,1	n.d.	8,1	19,5	-8,4	↘ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	1	11,8	●	2,2	3,9	0,0	1,5	6,1	-9,7	↘ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	15,1	●	4,5	7,9	100,0	3,9	10,7	-0,8	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	10	6,8	●	0,9	2,3	25,0	0,7	3,6	0,7	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	3	5,5	●	1,3	2,5	50,0	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	17,3 min	26,3 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	1	17,3	11,3	●	10,5	14,0		9,1	18,4	0,5	↗
60	Services de chirurgie	0	46,3	14,5	●	13,5	19,1		11,3	25,3	0,3	↗
61	Services d'obstétrique	0	46,1	14,3	●	14,8	17,5		11,6	23,6	0,2	↗
62	Services de soins de suite	1	16,9	9,3	●	9,1	10,0		7,2	16,5	0,2	↗
63	Services d'urgence	0	26,3	14,8	●	13,7	16,9		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	9,8	8,4	●	7,4	8,5		7,0	13,1	0,5	↗
65	EHPAD	4	6,7	4,0	●	3,0	4,7		2,9	7,4	-1,8	↘

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'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	54,8					
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	58,0					
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	39,8					
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	74,1					
71	Patients consultant un dentiste (taux standardisés pour 100 000)	4 516	39 308	43 256	●	40 236	41 741	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	-17 085	-21,1	18,9
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-38 726	-47,7	16,3
Grand Est	-404 744	-31,3	18,5

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Jeunesse

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
72	6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	78	5,6	2,4	●	2,3	2,4	2,6	2,0	36,0	↗	
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)	214	21,2	16,4	●	15,9	18,5	16,4	16,3	0,3	↗	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	137	13,1	12,9	●	12,4	12,8	13,4	11,2	-0,9	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	273	26,0	41,5	●	46,6	33,8	43,0	35,8	-0,5	↘	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	50	2,2	1,7	●	2,3	1,6	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)	146	50,2	58,4	●	62,2	67,3	58,4	58,6	-7,0	↘ !	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	704	39,2	46,8	●	47,3	49,2	1,3	46,8	46,9	-3,1	↘

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+18 855	+21,8	31,1
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+10 240	+11,8	37,3
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>)	495	4,2	5,2	●	5,3	5,6		5,9	3,1	0,0	➔
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	693	7,1	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	6,0	↗ !
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	611	40,4	42,8	●	42,7	45,1	0,5	43,5	40,5	0,7	↗
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	143	4,6	5,6		n.d.	4,1					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	294	4,7	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>)	321	23,2	24,2	●	24,9	26,2		25,7	19,0	3,9	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans</i>)	117	18,8	18,8	●		5,3		9,3	6,8	11,5	↗ !

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)

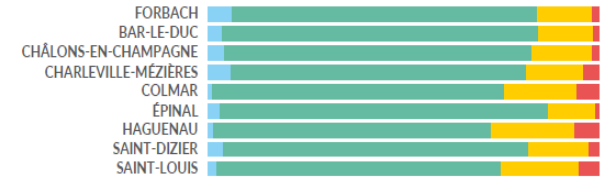
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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)	67	1,2	2,7	●	4,8	1,5		3,2	1,2	-7,7	↘
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	46	0,8	0,3	●	0,4	0,5		3,6	0,6	-8,3	↘
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 592	46,7	22,6	●	21,6	26,2		20,4	30,7	-2,3	↘
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 405	25,3	17,5	●	13,9	22,6		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	1	0,1	1,8	●	1,3	1,2		3,9	0,7	0,1	→
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	21	3,0	9,5	●	n.d.	8,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,1		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,8	2,5	●	n.d.	3,0		2,4	2,9	1,0	↗
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	5 811	15,4	7,8	●	10,3	12,8		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	196		19 047	●	171 485	2 133		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	0,2		4,4	0,7		

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

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

Niveau d'équipements

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans (<i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i>)	705	13,3	15,5	●	15,7	15,1	0,0	15,3	16,0	2,3	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		68,5	91,6	●	98,3	95,7				0,3	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre (<i>et part pour 100 locaux</i>)	7 351	77,5	76,9	●	71,2	60,6		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,9		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,3		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		4,3		●							
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>)		45,5	4,5	●	3,1	6,4		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			36,8		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (<i>nombre de communes et part de la population couverte</i>)	59	99,4	49,2			79,7		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			8,7		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>)	57	97,5	45,0			89,3		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (<i>et part de la population couverte</i>)	3	2,5	34,7			2,0		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.

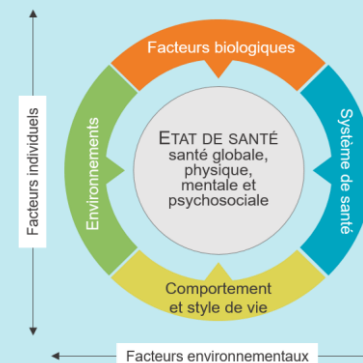
Autres informations

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. »

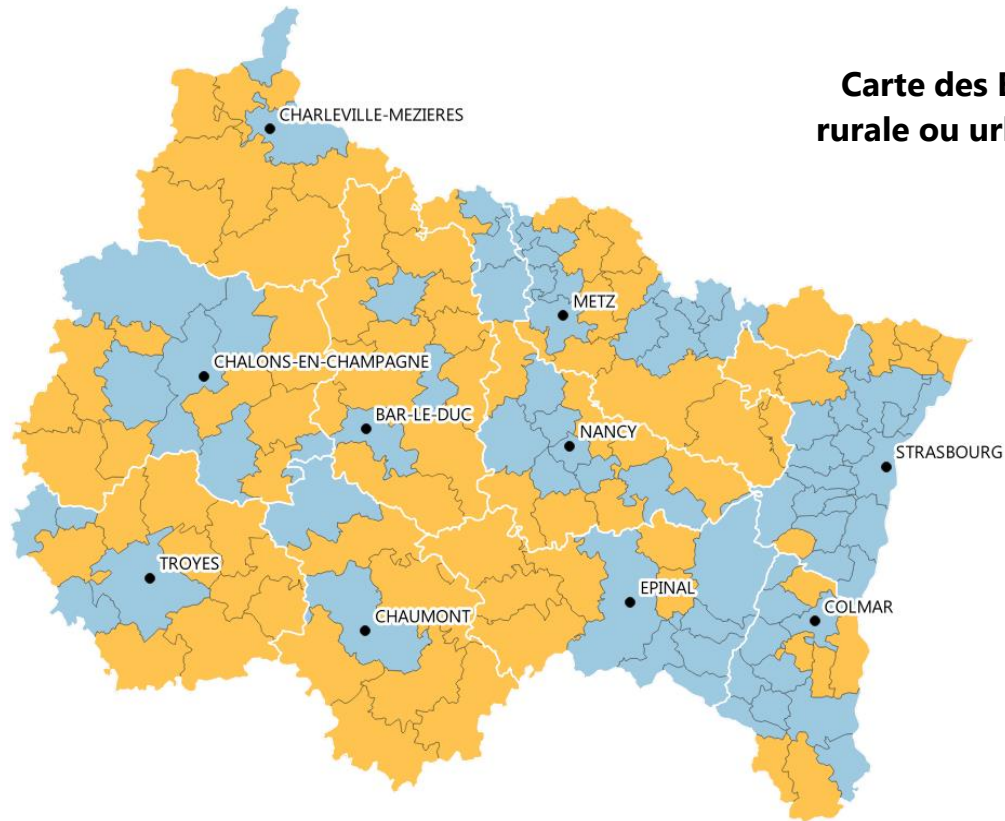
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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