



Contrat Local de Santé du Val de Lorraine 2025/2029



CONTRAT LOCAL DE SANTE

Entre :

Le Pole d'équilibre territorial et Rural (PETR) du Val de Lorraine, sis 13 rue du Four à Pont-à-Mousson (54700), représenté par son Président, dûment habilité par délibération en date du 06/11/2024,

Et :

La Communauté de Communes du Bassin de Pompey, sise Rue des Quatre Eléments à Pompey (54340), représentée par son Président, Monsieur Laurent TROGRLIC, dûment habilité par délibération en date du 26/09/2024,

Et :

La Communauté de Communes du Bassin de Pont-à-Mousson, sise 75 All. Camille Louis Maillard à Pont-à-Mousson (54700), représentée par son Président, Monsieur Henry LEMOINE, dûment habilité par délibération en date du 03/10/2024,

Et :

La Communauté de Communes Seille et Grand Couronné, sise 47 Rue Saint-Barthélémy à Champenoux (54280), représentée par son Président, Monsieur Claude THOMAS, dûment habilité par délibération en date du 26/09/2024,

Et :

La Communauté de Communes Mad & Moselle, sise 2 bis Rue Henri Poulet à Thiaucourt-Regniéville (54470), représentée par son Président, Monsieur Gilles SOULIER, dûment habilité par délibération en date du 24/10/2024,

D'une part,

Et :

L'Agence Régional de Santé / Délégation de Meurthe et Moselle, sise 6 rue Notre-Dame CS 70851 – 54011 Nancy Cedex, représentée par le Directeur départemental, Monsieur Joan ORCIER,

Et :

La Préfecture de Meurthe et Moselle, sise 6 Rue Sainte-Catherine – 54000 Nancy, représentée par le Préfet de Meurthe et Moselle, Madame Françoise SOULIMAN ou son représentant,

Et :

La Région Grand Est, sise 1 place Adrien Zeller BP 91006 – 67070 Strasbourg Cedex, représentée par son Président, Monsieur Franck LEROY, dûment habilité par délibération en date de la Commission Permanente en date du 24 janvier 2025,

Et :

Le Département de Meurthe et Moselle, sis 48, Esplanade Jacques Baudot - C.O. 900 19 54035 Nancy Cedex, représenté par sa Présidente, Madame Chaynesse KHIROUNI, dûment habilitée par délibération en date de la Commission Permanente en date du 03 février 2025,

Et :

Le Département de la Moselle, sis 1 rue du Pont Moreau - C.S. 11096 - 57036 METZ CEDEX, représenté par son Président, Monsieur WEITEN, dûment habilité par délibération en date de la Commission Permanente en date du 10 février 2025,

Et :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Meurthe et Moselle, sise 9 Blvd Joffre – 54000 NANCY, représentée sa directrice, Sarah VIDECOQ-AUBERT

D'autre part,

Et en tant que partenaires :

Le Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson et Pompey, sis Place Colombe - CS 70269 - 54700 Pont-à-Mousson, représenté par son Directeur Monsieur Olivier GOMAND

La Communauté Professionnelle Territoriale de santé (CPTS) Cœur de Meurthe et Moselle, représentée par sa Présidente, Madame Virginie FRANCOIS

SOMMAIRE

<i>PREAMBULE</i>	6
<i>CONTEXTE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE</i>	8
Article 1 : Présentation rapide du territoire	8
Article 2 : Elaboration du contrat local de santé	14
Article 3 : La coordination des différentes politiques de santé	16
<i>CHAMPS D'APPLICATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE</i>	17
Article 4 : Le territoire.....	18
Article 5 : Les signataires et les partenaires au contrat local de santé	18
Article 6 : Les engagements des signataires	18
<i>STRATEGIE TERRITORIALE DE SANTE DU VAL DE LORRAINE</i>	19
<i>PRIORITES D'ACTIONS DU CONTRAT LOCAL DE SANTE</i>	22
Article 7 : Les axes prioritaires, les objectifs et les actions.....	22
<i>MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE</i>	25
Article 8 : Les instances de gouvernance.....	25
Article 8-1 : Le comité de pilotage	25
Article 8-2 : Le comité technique.....	26
Article 8-3 : Les groupes de travail thématiques	26
Article 8-4 : Le coordonnateur du contrat local de santé.....	27
<i>SUIVI ET EVALUATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE</i>	28
Article 9 : Durée du contrat local de santé	28
Article 10 : Le suivi de mise en œuvre du contrat local de santé	28
Article 11 : L'évaluation du contrat local de santé	28
<i>MODALITES DE REVISION ET FIN DU CONTRAT LOCAL DE SANTE</i>	30
Article 12 : La révision du contrat local de santé.....	30
Article 13 : La fin du contrat local de santé	30
Article 14 : La résiliation du contrat local de santé	30
Article 15 : L'impossibilité d'exécuter ses engagements de la part des signataires.....	30
SIGNATAIRES.....	31
ANNEXE 1 : DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE	32
ANNEXE 2 : FICHES D'ACTIONS	33

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu l'article L.1434-2 du Code de la Santé Publique ;

Vu l'article L.1434-10 du Code de la Santé Publique ;

Vu l'article L.1111-2 du Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu la lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n°2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé ;

Vu l'arrêté ARS-DIRSTRAT-DG/2018/2103 du 18 juin 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé Grand Est 2018-2028 ;

Vu le quatrième du paragraphe 3 du Projet de Santé de la région Grand Est ;

Vu la délibération D2024-26 du PETR du Val de Lorraine en date du 06/11/2024 approuvant le Contrat Local de Santé du Val de Lorraine ;

Vu la délibération N°16 de la Communauté de Communes du Bassin de Pompey en date du 26/09/2024 approuvant le Contrat Local de Santé du Val de Lorraine ;

Vu la délibération N°1669 de la Communauté de Communes du Bassin de Pont-à-Mousson en date du 03/10/2024 approuvant le Contrat Local de Santé du Val de Lorraine ;

Vu la délibération DE-2024-138 de la Communauté de Communes Mad & Moselle en date du 24/10/2024 approuvant le Contrat Local de Santé du Val de Lorraine ;

Vu la délibération 18_09_2024-DE de la Communauté de Communes Seille et Grand Couronné en date du 26/09/2024 approuvant le Contrat Local de Santé du Val de Lorraine ;

Vu la délibération 2780 de la Commission Permanente du Conseil Départemental de la Moselle en date du 10 février 2025 autorisant le Président de la Moselle à signer le Contrat Local de Santé du Val de Lorraine ;

PREAMBULE

Si la protection de la santé est un droit fondamental protégé constitutionnellement et législativement, elle est aussi reconnue internationalement depuis la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), adoptée le 22 juillet 1946 et signée par les représentants de 61 Etats, dont la France. L'OMS définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Ainsi, la santé s'inscrit dans une perception large, englobant tous les facteurs pouvant de près ou de loin en permettre sa protection. C'est en ce sens que la Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986, fait de la promotion de la santé un point clef dans la politique internationale en santé. Elle détermine la promotion de la santé comme le moyen de « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.* »

L'article L.1110-1 du Code de la Santé Publique de son côté accorde à la population un rôle en disposant que « *les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

C'est dans ce cadre que sont venus s'inscrire les contrats locaux de santé (CLS).

L'instauration des CLS dans notre système de santé s'est faite par la loi 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le CLS est le résultat d'une double dynamique :

- d'une part c'est un levier de mise en œuvre du Projet Régional de Santé, piloté par l'Agence Régionale de Santé du Grand Est,
- d'autre part c'est un outil de coopération des acteurs du territoire pour définir et mettre en œuvre une politique de santé locale.

Le CLS est un outil innovant, porté conjointement par les signataires et l'ARS, qui permet de répondre au plus près aux besoins sanitaires et sociaux des populations d'un territoire afin de pallier les inégalités territoriales. Il vise à amplifier la dynamique de projet en matière de santé portée par les acteurs du territoire.

Les enjeux du CLS sont les suivants :

- La lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé ;
- La déclinaison des politiques de santé nationales et régionales sur les territoires ;
- La mise en cohérence des leviers et des acteurs autour de priorités définies collectivement ;
- L'amélioration de la coordination entre les champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, la prévention et la santé environnementale.

Le PETR du Val de Lorraine, outil de coopération des 4 Communautés de Communes qui le compose, à savoir le Bassin de Pompey, le Bassin de Pont-à-Mousson, Mad & Moselle et Seille et Grand Couronné, est la structure porteuse du CLS.

Concrètement, le CLS résulte d'un travail de coopération entre l'Agence Régionale de Santé du Grand Est, le PETR du Val de Lorraine et ses quatre Communautés de Communes, et les acteurs médico-sociaux du territoire. Les partenaires au CLS, qu'ils en soient ou non signataires, apportent un soutien à la construction de ce contrat et à la définition et l'élaboration de ses enjeux. De ce fait, le CLS participe à la coordination des différentes politiques de santé des acteurs.

Le programme d'actions du CLS a été élaboré à partir des besoins qualitatifs et quantitatifs établis par le diagnostic local de santé (DLS). Ce DLS a permis de dresser un état des lieux, d'analyser les problématiques de santé du territoire et leurs besoins, et d'aider à la définition des priorités territoriales de santé.

Les actions définies à partir du DLS sont en adéquation avec les projets prioritaires de l'ARS Grand Est définis dans le projet Régional de santé, dit « Transformation de l'organisation de l'offre de santé » qui s'articulent autour des thématiques suivantes :

- Prévention,
- Promotion de la santé et lutte contre les addictions (tabagisme, nutrition, activité physique adaptée, vaccination, santé environnement...),
- Soins de proximité,
- Coopération transfrontalière.

L'ambition du PETR du Val de Lorraine et de ses EPCI est, par la signature d'un **Contrat Local de Santé à l'échelle des 4 Communautés de Communes qui le composent,**

- **de disposer globalement d'un outil de co-construction des politiques locales de santé issu de la convergence des différents schémas, nationaux ou territoriaux, de santé et de partage des priorités de santé du territoire avec ses parties prenantes** que sont les professionnels de santé, les associations qui œuvrent pour la santé, les réseaux de santé, l'Etat et les collectivités locales, etc.
- **d'apporter, de manière plus opérationnelle, une réponse collective** aux principaux enjeux qui ont été identifiés dans le cadre des diagnostics réalisés par l'Observatoire régional de la santé (ORS), ainsi que des ateliers Santé ou des contributions des partenaires.

Cette double ambition se traduit concrètement par :

- un **document cadre**, partagé par les EPCI, le PETR et l'ARS, posant un **diagnostic des besoins, des axes stratégiques, des priorités d'action** et une **gouvernance**,
- un **programme d'actions transversal mais également singulier à chaque EPCI**, priorisé et détaillé annuellement dans le cadre de **fiches actions**,
- une mise en œuvre visant à amener **des solutions concrètes aux problématiques de santé identifiées** sur les territoires.

CONTEXTE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Article 1 : Présentation rapide du territoire

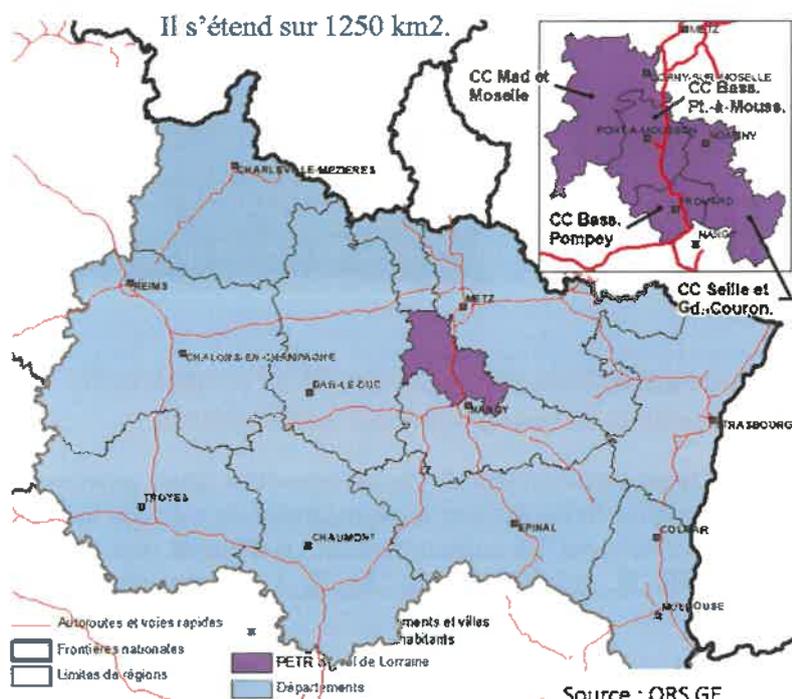


Le territoire du Val de Lorraine se situe dans les départements de Meurthe et Moselle, principalement, et de Moselle.

Il comprend 4 Communautés de Communes et compte 119 545 habitants.

Identité géographique et démographique

Situé du Nord au Sud, entre Metz et Nancy, et d'Ouest en Est, entre Madine/Chambley et l'aéroport régional, le Val de Lorraine est un territoire d'articulation entre ces deux métropoles.



Il comprend 4 Communautés de Communes :

- **Bassin de Pompey**
13 communes - 40 182 habitants
- **Bassin de Pont-à-Mousson**
31 communes - 40 753 habitants
- **Seille et Grand Couronné**
42 communes - 19 167 habitants
- **Mad et Moselle**
47 communes - 19 443 habitants

28% des habitants vit dans des communes de moins de 2500 habitants

...et compte :

- 133 communes
- Et 1 ville de plus de 15 000 habitants : Pont-à-Mousson

C'est un territoire multiforme avec des composantes rurales, périurbaines, rurbaines et urbaines, qui a su tirer parti de ses atouts et spécificités, de son accroche à des espaces territoriaux plus vastes (agglomérations lorraines, espace central, Sillon lorrain, Multipole Nancy Sud Lorraine) pour porter des projets, collectifs, innovants, et initier des politiques publiques volontaristes au service du développement de leurs espaces et du bien-être de leurs habitants.

Une légère baisse de population depuis 2014

Croissance annuelle de la population entre 2014 et 2019

Territoires	%
Valeur régionale	0.01
Valeur départementale	0.04
Bassin de Pompey	(-) 0.23
Bassin de Pont-à-Mousson	0.00
Mad & Moselle	(-) 0.51
Seille et Grand Couronné	(+) 0.41

🕒 Eclairages sur l'état de santé des habitants

Le diagnostic local de santé réalisé en 2018 et complété par les portraits de territoire de l'ORS de 2023 met en exergue les éléments suivants :

➡ Une fragilité socio-économique localisée

Le Val de Lorraine enregistre un taux de pauvreté inférieur à la moyenne départementale mais avec des IDH (*Indice de Développement Humain qui prend en compte la santé, l'éducation et le niveau de vie*) contrastés au sein des EPCI.

Ainsi,

- **Le Bassin de Pompey** présente un IDH globalement bon, voire élevé à l'Est de l'EPCI (communes autour de Lay-Saint-Christophe). Il est un peu plus faible au centre de l'EPCI.
- **Le Bassin de Pont-à-Mousson** présente une situation avec quelques contrastes marqués, avec un IDH favorable sur la majeure partie du territoire mais faible sur les communes de Martincourt, puis Dieulouard, Blénod-lès-Pont-à-Mousson.
- **Mad & Moselle** : le faible taux de pauvreté masque une inégalité infra territoriale avec une concentration de la pauvreté (IDH faible entre 0.31 et 0.4¹) dans certaines communes (autour de Charey, et au sud du territoire dans les communes de Hamonville, Beaumont, Fey en Haye).
- **Seille et Grand Couronné** présente un IDH globalement favorable avec cependant une situation plus contrastée sur les communes de Gellenoncourt, Herbeviller-sur-Amezule, Bratte, Rouves et Phlin entre 0.31 et 0.4².

Taux de pauvreté

	Taux	Taux départemental
Bassin de Pompey	10.2 %	15.4 %
Bassin de Pont-à-Mousson	12.1 %	
Mad & Moselle	6.8 %	
Seille et Grand Couronné	5.9 %	

2 EPCI avec un taux bien inférieur au niveau départemental :
Mad & Moselle et Seille et Grand Couronné

➡ Un vieillissement qui affecte différemment les territoires du Val de Lorraine mais reste un enjeu pour ses collectivités

La population âgée de 60 ans ou plus est la plus exposée au risque de dégradation de la santé, notamment sur le plan de l'autonomie avec des problématiques fortes sur leur environnement de vie, leur habitat, etc., c'est pourquoi il constitue un enjeu essentiel pour les collectivités. Et ce d'autant plus que les projections montrent qu'entre 2020 et 2030, la population âgée de 75 à 89 ans augmentera significativement.

Indice de vieillissement (personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)

	Taux	Valeur régionale	Valeur départementale	Evolution du taux (% par an calculé sur 5 années)
Bassin de Pompey	95.9	86.3	81.5	+ 3%
Bassin de Pont-à-Mousson	75.1			+ 1.8 %
Mad & Moselle	86.8			+ 4.4 %
Seille et Grand Couronné	67.3			+ 4.3 %

¹ la situation la plus favorable se rapprochant de « 1 »

² la situation la plus favorable se rapprochant de « 1 »

Pourcentage de la population de 65 ans ou plus en 2019

	%
Bassin de Pompey	22
Bassin de Pont-à-Mousson	19
Mad & Moselle	20
Seille et Grand Couronné	17

Le Val de Lorraine est un territoire globalement jeune mais qui présente une situation contrastée du point de vue de l'évolution de la population vieillissante selon les EPCI :

- **Le Bassin de Pompey** est l'EPCI le plus vieillissant du Val de Lorraine ; une commune concentre une population plus jeune cependant, Saizerais.
- **Le Bassin de Pont-à-Mousson** est un territoire plus vieillissant à l'Ouest avec une concentration des jeunes sur les communes d'Atton, Bouxières-sous-Froidmont et Vittonville.
- **Mad & Moselle** comprend quelques communes plus vieillissantes mais qui sont compensées par un centre d'EPCI plus jeune notamment autour de Chambley-Bussières.
- **Seille et Grand Couronné** est un EPCI assez jeune, particulièrement au Sud de Nomeny.

⇒ Une mortalité en baisse mais supérieure à la moyenne régionale sur un territoire

Entre 2013 et 2017, le Val de Lorraine, a enregistré 748 décès par an. Le Bassin de Pompey représente 55 % de ces décès devant le Bassin de Pont-à-Mousson (42 %), Mad et Moselle (36 %) et Seille et Grand Couronné (15 %).

Sur la période 2011-2015, le taux comparatif de mortalité (exprimé pour 100 000 habitants), est égal à 762.8 dans le Val de Lorraine, 21 points de moins que dans l'ensemble du Grand Est (784.7) mais 37.6 points de plus qu'en France métropolitaine. Les taux comparatifs de mortalité les plus élevés atteignent respectivement 116.8 et 846.9 sur Mad & Moselle et le Bassin de Pompey. Cette surmortalité est cependant certainement liée à la présence de nombreux établissements qui accueillent des populations à la santé fragile (EHPAD et établissements pour personnes handicapées).

Le taux comparatif le plus faible, observé sur Seille et Grand Couronné (705), est inférieur au taux régional, comme celui du Bassin de Pont-à-Mousson (714.7).

Les principales causes de décès sont identiques à celles constatées en Grand Est, soit les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires, dont le taux est particulièrement élevé sur Mad & Moselle.

⇒ En matière de prévention, un dépistage en dessous des moyennes départementales

Le territoire enregistre des taux plus élevés (de 61 à 67 %) que la moyenne départementale (58%) pour le dépistage du cancer du sein à l'exception de Mad & Moselle (51%). Les cancers de l'utérus et colorectal sont particulièrement peu dépistés dans l'ensemble du territoire, comme sur le Département de Meurthe et Moselle plus globalement.

Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire

	Taux standardisé pour 100 000	Valeur régionale	Valeur départementale
Bassin de Pompey	131.4	124.4	128.2
Bassin de Pont-à-Mousson	124.1		
Mad & Moselle	159.4		
Seille et Grand Couronné	100.6		

⇒ Une bonne couverture en matière d'accès aux soins au centre du Val de Lorraine mais des fragilités aux extrémités du territoire

- **Le Bassin de Pompey** compte un nombre important de professionnels de santé se concentrant cependant le long de la Moselle. Concernant l'accès aux médecins généralistes seuls, il est positif avec quelques limites à l'Est (Faulx) et à l'Ouest (Liverdun).
- **Le Bassin de Pont-à-Mousson** compte un nombre important de professionnels de santé concentrés cependant sur quelques communes (Pont-à-Mousson, Dieulouard, Blénod-lès-Pont-à-Mousson, Pagny sur Moselle). Cette concentration se retrouve dans l'implantation des médecins généralistes, avec une situation préoccupante aux frontières de l'EPCI (autour de Martincourt notamment avec un indice d'APL (Accessibilité Potentielle Localisée) entre 0 et 2.5³).
- **Mad & Moselle** compte peu de professionnels de santé, mais cette situation est en cours d'amélioration avec de nouvelles implantations. De nombreuses communes restent néanmoins en précarité médicale au sud et au nord de l'EPCI plus particulièrement.
- **Seille et Grand Couronné** enregistre globalement une bonne répartition des professionnels de santé au sein de l'EPCI, avec un secteur sud un peu moins bien couvert. Concernant l'accès aux médecins généralistes seuls, quelques communes au Nord et au Sud de l'EPCI peuvent être considérées comme étant en désert médical.

A l'échelle du Val de Lorraine, le taux de population sans médecin traitant est autour de la moyenne départementale (14%) avec des situations qui pourraient cependant se dégrader rapidement un certain nombre de médecins traitants étant âgé de plus de 60 ans et arrivant donc à l'âge de la retraite.

	Bassin de Pompey	Bassin de Pont-à-Mousson	Mad & Moselle	Seille et Grand Couronné	Meurthe et Moselle
Population sans médecin traitant	15 %	14 %	11 %	11 %	14 %
Population dont le médecin traitant a 60 ans ou plus	24 %	27 %	20 %	38 %	32 %
	Bassin de Pompey	Bassin de Pont-à-Mousson	Mad & Moselle	Seille et Grand Couronné	Meurthe et Moselle
Médecins généralistes de plus de 55 ans en 2022	39 %	43 %	40 %	57 %	45 %

Tout le Val de Lorraine est concerné par le vieillissement des médecins généralistes, des départs massifs sont à prévoir et donc à anticiper, avec une situation particulièrement préoccupante pour Seille et Grand Couronné.

⇒ Un maillage d'exercice coordonné existant mais restant à renforcer

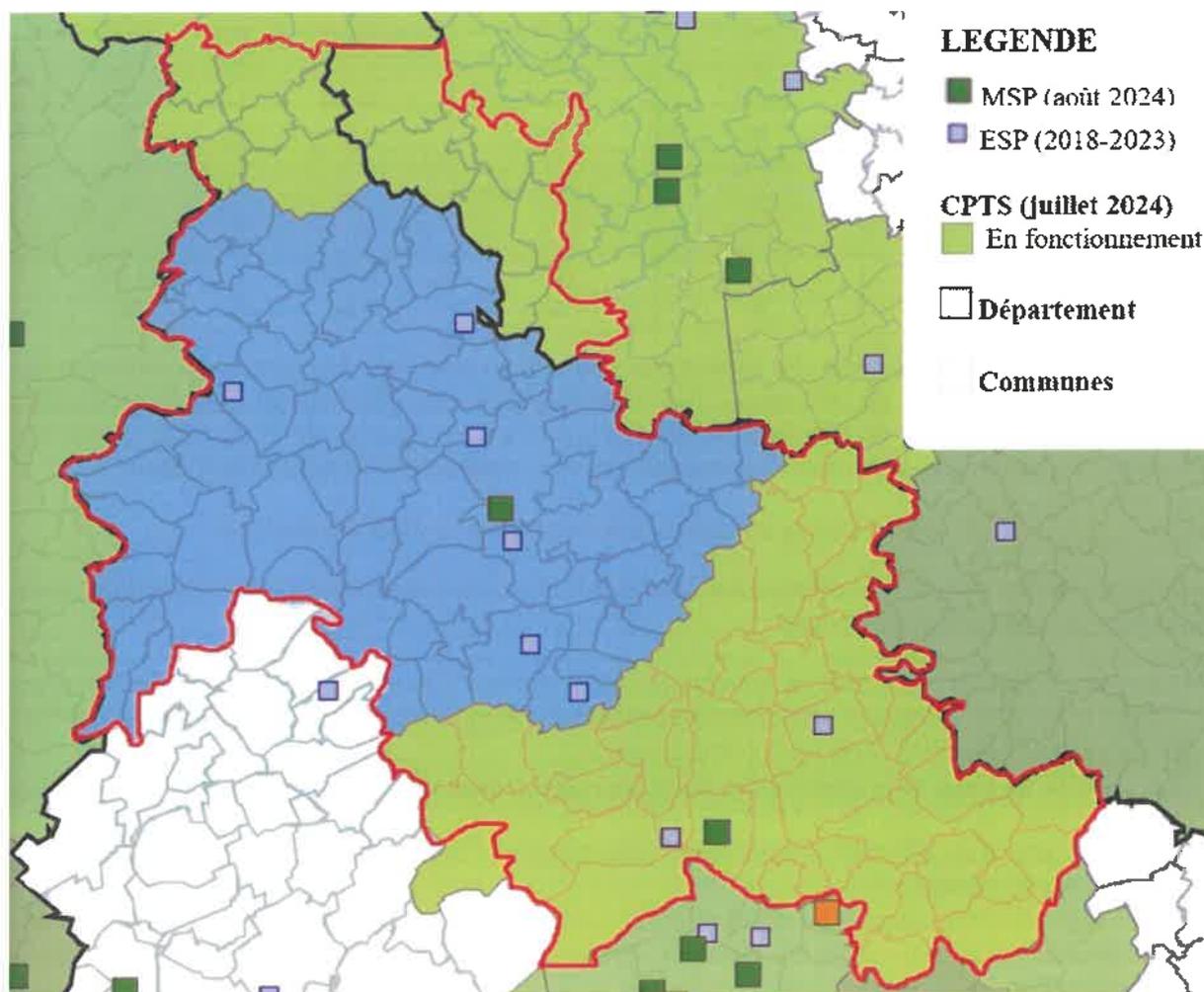
Le Val de Lorraine de Lorraine compte aujourd'hui en termes d'exercice coordonné :

- **2 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** (Pont-à-Mousson & Lay-Saint-Christophe), dont 1 « Hors les Murs » (Lay-Saint-Christophe) ;
- **8 Equipe de Soins Primaires (ESP)** (Pagny sur Moselle, Thiaucourt-Regniéville, Pont-à-Mousson, Blénod-lès-Pont-à-Mousson, Dieulouard, Belleville, Leyr, Bouxières-aux-Dames) ;
- **3 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) :**
 - CPTS de Briey sur le nord de Mad & Moselle (partie meurthe et mosellane),
 - CPTS de Metz sur le nord de Mad & Moselle (partie mosellane),
 - CPTS Cœur de Meurthe-et-Moselle sur Bassin de Pompey et Seille & Grand Couronné.

³ Taux les plus favorables : entre 3.5 et 8

Ce qui laisse une zone blanche sur les secteurs de Pont-à-Mousson et Thiaucourt, et du Sud de la Communauté de Communes Mad & Moselle.

Une réflexion est cependant en cours sur ces territoires ainsi que sur le sud de Mad & Moselle qui pourrait être inclus dans un projet de CPTS Nord-Toulois



➔ Des maladies chroniques et des affections psychiatriques ou addictives bien présentes

Les principales causes de morbidité sur le territoire sont les mêmes qu'en Région Grand Est et en France Métropolitaine, soit par ordre :

- 1/ les maladies cardio-vasculaires,
- 2/ le diabète,
- 3/ les cancers.

Les taux standardisés de personnes prises en charge pour diabète sont plus élevés que le niveau national (4840), sur les territoires du Bassin de Pont-à-Mousson (5748), du Bassin de Pompey (5641), de Seille et Grand Couronné (5241). Mad & Moselle reste dans la moyenne (4839).

Les indicateurs en matière de santé mentale sont majoritairement à la hausse :

	EVOLUTION TAUX SUR UNE PERIODE DE 4 ANS (% PAR AN)			
	Bassin de Pompey	Bassin de Pont-à-Mousson	Mad & Moselle	Seille et Grand Couronné
Prises en charge pour affections psychiatriques	3.8 ↗	1.4 ↗	4.6 ↗	2.2 ↗
Prises en charge pour troubles addictifs	20.1 ↗	11.8 ↗	17.4 ↗	15.3 ↗
Traitements par psychotropes	(-) 2.1 ↘	(-) 2.8 ↘	(-) 0.3 ↘	(-) 2.8 ↘
Traitements par antidépresseurs/régulateurs de l'humeur	(-) 0.2 ↘	(-) 1.2 ↘	2.6 ↗	0.6 ↗
Traitements par anxiolytiques	(-) 1.8 ↘	(-) 3 ↘	(-) 0.7 ↘	(-) 3.2 ↘

Ces variations cachent cependant des indicateurs moins favorables que les valeurs départementales, régionales ou nationales de référence, par exemple pour les Traitements par psychotropes, antidépresseurs/régulateurs de l'humeur ou anxiolytiques sur les Bassins de Pompey et de Pont-à-Mousson ; les deux autres territoires s'approchant des taux constatés aux échelles supérieures.

➤ Des enjeux de santé environnementale à anticiper

Le territoire du Val de Lorraine présente des spécificités environnementales et sanitaires qui influencent ses enjeux de santé environnementale :

- **La qualité de l'air** : Les axes de circulation dense (comme l'autoroute A31), ainsi que les zones industrielles, contribuent aux pollutions atmosphériques et nuisances sonores, particulièrement dans la vallée de la Moselle et dans les zones urbaines ;
- **La Qualité de l'eau et la gestion des ressources hydriques** : l'eau est fortement présente sur le territoire avec les rivières de la Meurthe et de la Moselle, ainsi que leurs affluents. Il entraîne des enjeux en termes de pollution, d'inondation, mais également de préservation des nappes phréatiques ou de zones de captage ;
- **Le changement climatique** : Le changement climatique se traduit par une augmentation des risques sanitaires liés à la conjonction de plusieurs facteurs : événements climatiques, dégradation de la qualité de l'air et des eaux, développement de maladies vectorielles, mais aussi facteurs sociaux comme le vieillissement de la population ou la montée des inégalités d'accès aux soins. Comme beaucoup de territoires le Val de Lorraine devra être en mesure de faire face aux conséquences du changement climatique car les phénomènes de canicule, d'inondations, fréquentes dans certaines zones, ou d'hivers rigoureux exacerberont les risques pour la santé (déshydratation, coup de chaleur, maladies respiratoires) et augmenteront la vulnérabilité des populations fragiles ou précaires.

L'éducation à la santé et à l'environnement et la mise en place d'actions visant à atténuer ou anticiper les changements climatiques seront des leviers essentiels pour améliorer la qualité de vie des habitants et encourager des comportements plus durables.

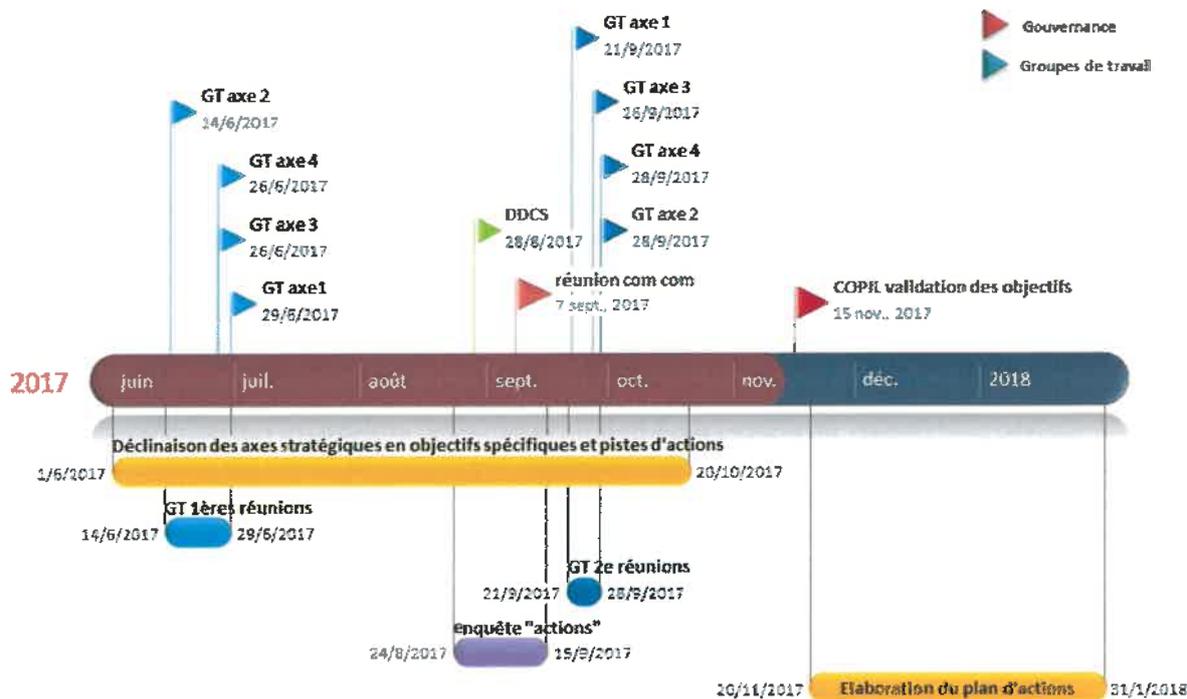
🔄 Enjeux sanitaires et sociaux

Par le CLS notamment, le territoire du Val de Lorraine entend donc contribuer à apporter des réponses aux enjeux sanitaires et sociaux suivants :

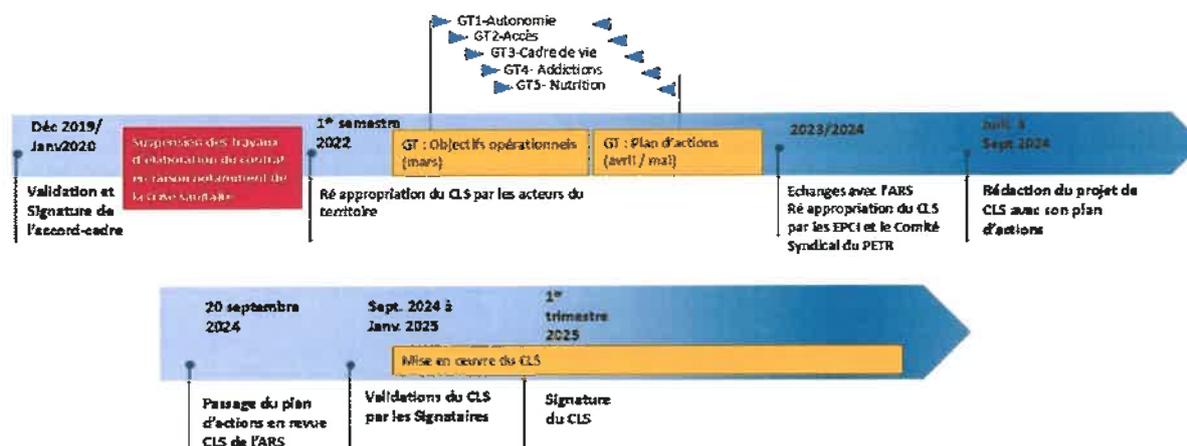
- Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins,
- Prendre en compte la Santé Mentale,
- En matière de Prévention & Promotion de la Santé, renforcer les comportements favorables à la santé,
- Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants,
- Agir pour un environnement favorable à la santé.

Article 2 : Elaboration du contrat local de santé

Phase 1 : préfiguration du contrat



Phase 2 : élaboration du contrat



Le CLS s'est construit en trois étapes :

1° Le lancement de la démarche

Sous la coordination de la délégation territoriale du département de Meurthe et Moselle de l'ARS, le cadrage a permis de déterminer les engagements pour lesquels se mobilisent les acteurs et les partenaires du CLS ainsi que de définir la gouvernance et la méthodologie retenues pour construire ce projet.

Afin d'officialiser leurs volontés réciproques, le PETR du Val de Lorraine et la délégation de Meurthe et Moselle de l'ARS Grand se sont engagés dans une démarche menant jusqu'à la conclusion d'un CLS, par la **signature d'un accord cadre en février 2020**.

2° Le diagnostic local de santé

Le DLS est le garant de la pertinence du CLS. Il s'appuie sur un travail de recueil de données objectives et de leur analyse pour dresser un portrait descriptif de la situation, croisé avec des données qualitatives permettant d'approfondir la compréhension des situations. Il a permis de cerner les inadéquations et/ou les manques entre les problématiques de santé, les demandes d'intervention, les besoins et les réponses existantes et d'identifier les orientations stratégiques puis les actions du CLS.

Le DLS initial a été réalisé en coopération avec différents acteurs du CLS et la population du territoire, par l'ORS Grand Est. Actualisé, il est complété par les Portraits de Territoire (par EPCI) édités par ce même organisme.

Le DLS est présenté en annexe du présent contrat (annexe 1).

3° L'élaboration du plan d'actions

A partir des principaux enjeux identifiés par le DLS, les groupes de travail ont défini des axes stratégiques, déclinés en objectifs et enfin en actions.

L'ensemble de ces champs sont mentionnés à l'article 7 du présent contrat.

Article 3 : La coordination des différentes politiques de santé

1) le Projet régional de santé de l'ARS Grand Est

Le Projet Régional de Santé (PRS) est la stratégie de santé à l'échelle régionale. Il est défini par l'Agence Régionale de Santé pour une période de 10 ans, ici 2018-2028. Il comporte 7 axes stratégiques :

- Orienter résolument et prioritairement la politique régionale de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé,
- Renforcer et structurer l'offre de soins de proximité,
- Adapter la politique de ressources humaines en santé,
- Faire évoluer le système dans une logique de parcours,
- Améliorer l'accès aux soins et l'autonomie des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et des personnes en situation fragile dans une logique inclusive,
- Développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficience des soins,
- Développer une politique d'innovation accompagnant les transformations du système de santé.

Afin d'en assurer l'opérationnalité, l'ARS en fait la déclinaison tous les 5 ans en Schéma Régional de Santé (SRS). Le SRS actuellement en vigueur (2023-2028) s'articule autour de 4 axes prioritaires :

- *Le changement climatique nécessite des mesures d'atténuation des conséquences sanitaires sur la santé des populations et d'adaptation de notre système de santé,*
- *La prévention et la promotion de la santé au plus près des jeunes (0-16 ans) et de leurs parents qui constituent le pilier de l'action de l'ARS Grand Est,*
- *La préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie qui répond à une demande sociétale de plus en plus forte,*
- *Les demandes de soins non programmés des habitants du Grand Est qui implique de mieux comprendre, évaluer et réguler ces demandes, de structurer davantage et de rendre lisibles les parcours de santé dans les territoires.*

Le CLS est le résultat d'une coopération entre le PETR du Val de Lorraine, ses quatre EPCI (Bassin de Pompey, Bassin de Pont-à-Mousson, Mad & Moselle, Seille et Grand Couronné) et les autres acteurs du territoire en matière de santé et s'articule avec chacune de leurs politiques de santé ou sectorielles déployées sur le territoire et ayant des implications en matière de santé.

Ils déploient notamment sur ce territoire les contrats ou programmes suivants prenant en compte les questions de santé à divers niveaux :

2) Plan Alimentaire Territorial Sud 54

Le PETR est partie prenante de cette dynamique dont l'objectif est de favoriser le développement d'une agriculture de proximité et de qualité répondant aux besoins alimentaires locaux.

3) Contrats de Ville des Bassins de Pompey et de Pont-à-Mousson.

Le Val de Lorraine compte 2 contrats de ville avec chacun un volet « santé » :

- *Le Contrat de Ville du Bassin de Pompey avec comme périmètre les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) suivants : quartier de la Penotte à Frouard et quartier des Mouettes à Champigneulles ;*
- *Le Contrat de Ville du Bassin de Pont-à-Mousson avec comme périmètre le Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville (QPV) suivant : Quartier Bois Le Prêtre / Procheville.*

4) *Les Plans Climat Air Energie Territoriaux et les Contrats de Territoire Eau Air Climat*

Le Val de Lorraine compte 3 PCAET (Bassin de Pompey, Bassin de Pont-à-Mousson, Mad & Moselle) et 2 CTEAC (Mad et Moselle et Seille et Grand Couronné), accompagnant notamment l'adaptation au changement climatique.

5) *Les Programmes Bourg Centres ou Petites Villes de Demain*

Ces programmes de soutien aux centralités rurales et urbaines sont présents sur le territoire ; ils incluent des volets santé sur la thématique de l'offre.

6) *Les Conventions Territoriales Globales EPCI/CAF*

Le territoire compte 4 Conventions territoriales globales (CTG) permettant de financer et organiser les services aux familles.

7) *Les Contrats Territoriaux d'Éducation Artistique et Culturelle (CTEAC) et Les Projets Educatifs Territoriaux (PEDT)*

Le CLS pourra également s'appuyer sur les dynamiques proposées par les CTEAC du territoire, dispositifs visant à amplifier sur un territoire une politique d'éducation artistique et culturelle à destination des habitants, ou encore les PEDT dont l'objectif est de coordonner les actions des acteurs éducatifs pour le bien-être de l'enfant.

8) *Les Maisons France Services*

Le CLS prendra également appui sur la dynamique des 6 **Espaces France Services** déployées sur les 4 Communautés de Communes du territoire :

- **France services / Mad & Moselle** (Thiaucourt-Regniéville - 54)
- **France Services / Mad & Moselle** (Ancy-Dornot - 57)
- **France services / Seille et Grand Couronné** (Champenoux - 54)
- **France services / Nomeny** (La Poste de Nomeny - 54)
- **France services / Bassin de Pompey** (Pompey - 54)
- **France services / Blénod-lès-Pont-à-Mousson** (Blénod-lès-Pont-à-Mousson - 54)

CHAMPS D'APPLICATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Article 4 : Le territoire

Les dispositions du présent contrat s'appliquent à l'ensemble du territoire et de la population du Val de Lorraine.

Article 5 : Les signataires et les partenaires au contrat local de santé

Le CLS est porté et piloté par le signataire, le PETR du Val de Lorraine et des 4 EPCI, et l'Agence Régionale de Santé, représentée par la Délégation territoriale de Meurthe et Moselle.

Le présent contrat est par ailleurs conclu avec :

- L'Etat
- La Région Grand Est
- Les Départements de Meurthe et Moselle et de Moselle
- La CPAM

Le contrat comprend aussi des partenaires, qui contribuent à la mise en œuvre du CLS mais n'en sont pas signataires :

- Le Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson et Pompey
- La CPTS Cœur de Meurthe et Moselle
- Les CPTS
- Les MSP
- La MSA
- Les ESP

La liste des signataires et partenaires pourra être amené à évoluer, par le biais d'avenants, au cours de la vie du contrat Local de santé.

Article 6 : Les engagements des signataires

Les parties signataires s'engagent à :

- mettre à disposition les moyens financiers, humains, matériels et logistiques nécessaires à la mise en œuvre du contrat ;
- s'informer mutuellement des politiques et initiatives menées par chaque signataire en lien avec l'objet du contrat;
- se coordonner pour la mise en œuvre des actions existantes concernant les orientations décidées de façon contractuelle ;
- co-construire les éventuelles nouvelles actions.

Les signataires au contrat s'engagent par ailleurs à mobiliser des moyens financiers, techniques et humains nécessaires à la mise en œuvre du contrat. Cette mobilisation de moyens est faite dans le respect des décisions prises par les instances de gouvernance du CLS et par chaque autorité selon leurs procédures respectives.

Ces moyens doivent permettre la mise en œuvre des actions du CLS mentionnées à l'article 7 et à l'évaluation mentionnée à l'article 11 du présent contrat.

STRATEGIE TERRITORIALE DE SANTE DU VAL DE LORRAINE

AXE	ENJEUX	OBJECTIFS
Axes transversaux :	Communiquer <ul style="list-style-type: none"> visibilité et représentations de l'offre locale de santé relais des actions de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> Décliner les campagnes nationales au travers d'actions locales Développer un outil d'information web et faire le lien avec les Maisons France Services
	Améliorer les parcours de santé <ul style="list-style-type: none"> Coordination des acteurs sur certains parcours de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une stratégie collective au service de la prise en charge des patients : favoriser les échanges entre professionnels autour de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) existantes ou à développer, communiquer sur les missions du dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC)
	Répondre aux urgences sanitaires (ex. crise COVID / vaccination)	<ul style="list-style-type: none"> Formaliser des temps de coordination en période de crise pour favoriser le dialogue et la coopération
Axe 1 – Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins	1.1. Renforcer l'attractivité du territoire pour l'installation de professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> 1.1.1. Mettre en place des temps d'échanges avec les organismes représentants des étudiants en médecine 1.1.2. Valoriser les dispositifs de coopération entre médecins et infirmières (Azalée, infirmières (type Azalée, infirmières en pratiques avancées) 1.1.3. Aider au développement de l'exercice coordonné (maisons de santé pluri professionnelles, locaux partagés), réflexion sur le salariat de médecins et accompagner l'implantation de médecins (dispositif d'appui à l'installation locaux/équipements)
	1.2. Améliorer l'accessibilité géographique des services de santé du territoire (sanitaire, médicosocial, prévention)	<ul style="list-style-type: none"> 1.2.1. Créer des consultations externes « délocalisées » de médecine spécialisée 1.2.2. Développer la télémédecine et de façon globale l'ensemble des nouvelles technologies de surveillance et de consultation. 1.2.3. Promouvoir les dispositifs alternatifs pour les soins d'urgence 1.2.4. Faciliter la mobilité vers l'offre de soins
Axe 2 : Santé Mentale	2.1. Améliorer la prévention et la santé mentale de la population	<ul style="list-style-type: none"> 2.1.1. Pour les professionnels : disposer d'espaces de synergie et de débats 2.1.2. Pour la population : favoriser une approche citoyenne et prendre en compte la santé mentale dans la cité 2.1.3. Pour les usagers : faciliter l'accès aux soins et une meilleure prise en charge, diminuer la stigmatisation des personnes atteintes de troubles

AXE	ENJEUX	OBJECTIFS
<p>Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé</p>	<p>3.1. Promouvoir l'activité physique pour le bien être psychique et physique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>3.1.1. Préserver la santé des habitants</u> en favorisant par la pratique d'une activité physique le bien-être mental, le lien social et notamment intergénérationnel ▪ <u>3.1.2. Prévenir les maladies chroniques</u>, l'obésité, l'arthrose, les récives ... ▪ <u>3.1.3. Limiter l'utilisation des médicaments</u>
	<p>3.2. Améliorer l'accès (géographique, financier, culturel, ...) à l'offre alimentaire et améliorer les attitudes et aptitudes en matière d'alimentation en favorisant une alimentation de qualité et de proximité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3.2.1. Développer des actions en s'appuyant sur les associations caritatives du territoire ; travailler avec les organismes de réinsertion et de réadaptation ▪ 3.2.2. Développer des vergers et potagers collectifs et chantier d'insertion maraichage, ouverts à l'ensemble des habitants, et accompagnés d'ateliers cuisine collectifs ▪ 3.2.3. Mutualiser les cuisines / ouvrir les restaurations collectives pour offrir des repas sains et équilibrés aux publics fragiles et pallier l'absence de lieux de restauration pour les jeunes à certains endroits (restaurants inter-entreprises) ▪ 3.2.4. Travailler sur les changements de comportement alimentaire/éducation alimentaire en s'appuyant sur des lieux « clés » (mission locale, point femme, épiceries sociales, cuisine centrale, écoles) ou des manifestations connexes ▪ 3.2.5. Mettre en œuvre des programmes d'actions dans le cadre de démarches concertées (Projet alimentaire territorial du sud 54, de Metz, et Projet éducatif territorial du temps méridien) programme national nutrition santé)
	<p>3.1. Conduites addictives</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3.3.1. Améliorer le repérage et l'orientation des conduites addictives ▪ 3.3.2. Renforcer le partenariat entre les acteurs de l'offre de santé en addictologie
	<p>3.2. Développer les compétences psychosociales : savoir dire non, faire des choix, en lien avec les Projets Éducatifs Territoriaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3.4.1. Développer des actions de prévention et d'éducation pour la santé, ciblées sur les populations à risques (milieu scolaire, étudiants, milieu sportif) concernant les addictions avec (Tabac, alcool) ou sans produits ▪ 3.4.2. Créer des temps d'échanges/formations entre professionnels sur décrochage scolaires et addictions ▪ 3.4.3. Développer une expérimentation d'un programme de renforcement des CPS sur le territoire ▪ 3.4.4. Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) addictions : vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. ▪ 3.4.5. Proposer sur les territoires une prévention des risques liés à la sexualité (prévention des violences sexuelles, des infections sexuellement transmissibles, des grossesses précoces non prévues)

AXE	ENJEUX	OBJECTIFS
Axe 4 – Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine	4.1. Améliorer le repérage des personnes isolées/vulnérables et les aider dans leur quotidien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.1.1. Former au repérage des fragilités à l'attention des professionnels ▪ 4.1.2. Lutter contre l'isolement : personnes vulnérables, isolées,
	4.2. Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap de vivre dans des logements adaptés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.2.1. Soutenir et accompagner les personnes dans leurs projets pour accroître ou préserver leur autonomie et prolonger la vie au domicile ▪ 4.2.2 Agir pour un bien être dans son logement et développer un environnement favorable à la santé ▪ 4.2.3. Renforcer les partenariats autour des enjeux de l'habitat adapté
	4.3. Améliorer le repérage et le bien-être des aidants familiaux et identifier leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.3.1. Repérer les aidants familiaux des PA/PH sur le territoire ▪ 4.3.2. Mieux repérer les jeunes aidants et les salariés aidants ▪ 4.3.3. Améliorer la visibilité des ressources à disposition des aidants ▪ 4.3.4. Proposer une offre de services aux proches aidants en s'adaptant aux spécificités du territoire
	4.4. Renforcer l'attractivité des métiers de l'autonomie et développer des places d'accueil familial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.4.1. Etablir un état des lieux des besoins actuels et futurs pour un accompagnement en recrutement et en formation dans les métiers de l'autonomie ▪ 4.4.2. Promouvoir l'accueil familial
	4.5. Développer des partenariats entre établissements pour personnes handicapées et maisons de retraite du secteur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.5.1. Développer des temps d'échanges de pratiques entre professionnels pour améliorer les transitions entre les établissements d'accueil des PH et les EPHAD
Axe 5 – Agir pour un environnement favorable à la santé	5.1. Renforcer les connaissances du grand public et des élus sur les enjeux de la santé environnementale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des temps de formation des professionnels autour d'outils sur la qualité de l'air intérieur ▪ Mettre en place des temps de sensibilisation aux évènements nouveaux ou en évolution (infestations,)
	5.2. Accélérer le déploiement des mesures pour s'adapter aux changements ayant un impact sur la santé déjà en cours et anticiper ceux à venir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en œuvre des actions prévenant et/ou luttant contre les évolutions du climat et ses principales conséquences sur la santé : augmentation des épisodes de pollution atmosphérique, inconfort thermique, vulnérabilité des personnes fragiles et impact psycho-social

PRIORITES D'ACTIONS DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Article 7 : Les axes prioritaires, les objectifs et les actions

Ces priorités pourront être ré-interrogées au cours de la vie du contrat Local de santé par le biais d'avenants.

AXE TRANSVERSAL : AMELIORER LES PARCOURS DE SANTE

- ↳ Objectif : Mettre en place une stratégie collective au service de la prise en charge des patients

Fiches actions	Intitulés
FICHE ACTION 1	Collaborer avec les professionnels de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les MSP et les ESP, dans la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé
FICHE ACTION 2	Favoriser les échanges entre professionnels permettant de décloisonner les pratiques (actions relatives aux droits sociaux et actions de santé) et de s'informer sur les annuaires existants

AXE TRANSVERSAL : ANIMER, COMMUNIQUER ET SUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Fiches actions	Intitulés
FICHE ACTION 3	Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du CLS

AXE THEMATIQUE N°1 – AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE ET AUX SOINS

- ↳ Objectif : Aider au développement de l'exercice coordonné, réflexion sur le salariat de médecins et accompagner l'implantation des médecins en faisant notamment connaître les dispositifs incitatifs à l'installation

Fiches actions	Intitulés
FICHE ACTION 4	Promouvoir le territoire et favoriser le développement de nouveaux cadres d'exercice pour les professionnels de santé : <i>attractivité territoriale, informations sur les aides et dispositifs incitatifs à l'installation, développement de l'exercice coordonné</i>

- ↳ Objectif : Améliorer l'accessibilité géographique des services de santé du territoire (sanitaire, médicosocial, prévention)

Fiches actions	Intitulés
FICHE ACTION 5	Améliorer la couverture du territoire en matière d'accès aux soins
FICHE ACTION 6	Faciliter la mobilité vers l'offre de soins

AXE THEMATIQUE N°2 – SANTE MENTALE

- ↳ Objectif : Améliorer la prévention et la santé mentale de la population

Fiches actions	Intitulés
FICHE ACTION 7	Proposer des temps de formation aux premiers secours en santé mentale à destination des professionnels et du grand public

AXE THEMATIQUE N°3 – PREVENTION & PROMOTION : RENFORCER LES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE

- ↳ Objectif : Promouvoir l'activité physique pour le bien être psychique et physique

Fiches actions	Intitulés
FICHE ACTION 8	S'inscrire dans des dispositifs favorisant l'activité physique en prévention des maladies chroniques
FICHE ACTION 9	Elaborer des programmes de prévention et de promotion de la santé par les parents (périnatalité, obésité, écran, décrochage scolaire...)

- ↳ Objectif : Améliorer les attitudes et aptitudes en matière d'alimentation en favorisant une alimentation de qualité et de proximité

Fiches actions	Intitulés
FICHE ACTION 10	Former le personnel des crèches et de la restauration collective, et sensibiliser les familles à l'éducation au goût

AXE THEMATIQUE N°4 – PRESERVER L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PHYSIQUE ET MENTAL, ET DE LEURS AIDANTS

- ↳ Objectif : Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap de vivre dans des logements adaptés

Fiches actions	Intitulés
FICHE ACTION 11	Favoriser l'adaptation des logements à la perte d'autonomie liée à l'âge ou à un handicap

**AXE THEMATIQUE N°5 – AGIR POUR UN ENVIRONNEMENT
FAVORABLE A LA SANTE**

- ↳ Objectif : Accélérer le déploiement des mesures pour s'adapter aux changements avant un impact sur la santé déjà en cours et anticiper ceux à venir

Fiches actions	Intitulés
FICHE ACTION 12	Cartographier des « parcours fraîcheur » et les mettre à disposition du grand public
FICHE ACTION 13	Intégrer dans le futur Plan Intercommunal de sauvegarde (PICS) la notion d'adaptation au changement climatique (gestion de crise) : canicules, inondations, feu de végétation

- ↳ Objectif : Sensibiliser aux bonnes pratiques individuelles et collectives en matière de santé environnementale

Fiches actions	Intitulés
FICHE ACTION 14	Mettre en place un réseau de sentinelles du pollen

Les fiches actions détaillées sont présentées en annexe du présent contrat (annexe 2).

MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Article 8 : Les instances de gouvernance

La gouvernance du CLS se définit comme une gouvernance partagée qui s'appuie sur une démarche pluri partenariale, avec pour objectifs de :

- réunir les décideurs de politiques publiques pour construire les complémentarités à partir des réalités territoriales et locales ;
- décloisonner, articuler et mettre en cohérence les politiques au travers de leurs dispositifs, services et ressources engagées engager et aligner, dans le cadre d'une démarche concertée, et les leviers de mise en œuvre pour déployer le droit commun ;
- veiller aussi bien à l'exécution effective des engagements de chacun des acteurs qu'au suivi du CLS et à son évaluation.

Le pilotage de la mise en œuvre du CLS est organisé selon *quatre* niveaux.

Article 8-1 : Le comité de pilotage

Le comité de pilotage est l'instance décisionnelle concernant l'élaboration et la mise en œuvre du CLS. Il a pour but d'orienter et de valider les objectifs et actions mis en place dans le cadre de ce contrat.

Composition :

- Le Président du PETR du Val de Lorraine son représentant, président du comité de pilotage,
- Les Présidents des Communautés de Communes du Val de Lorraine ou leurs représentants,
- Pour l'ARS, le Directeur territorial de la Meurthe-et-Moselle ou son représentant,
- Le Président de la Région Grand Est ou son représentant,
- La Présidente du Conseil départemental de Meurthe et Moselle ou son représentant,
- Le Président du Conseil départemental de Moselle ou son représentant,
- Le Directeur du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson / Pompey, ou son représentant,
- La présidente de la CPTS Cœur de Meurthe et Moselle ou son représentant.

(A Complétez avec la liste des représentants de signataires)

Le coordonnateur CLS et le référent CLS au sein de la Délégation Territoriale de Meurthe et Moselle de l'ARS interviendront en support de cette instance.

Missions : les missions du comité de pilotage sont les suivantes :

- Arrêter la stratégie générale,
- Arrêter le périmètre du contrat,
- Formuler et valider les objectifs stratégiques du contrat et les modalités de coopération,
- Valider le plan d'actions.

Il est également en charge, à travers chacun de ses membres, de l'articulation avec les politiques/stratégie de chacun des signataires et assure la cohérence entre les différentes démarches territoriales de santé.

Il se réunit 1 fois par an.

Le comité de pilotage pourra être ouvert à d'autres institutions en fonction du périmètre retenu et des besoins spécifiques.

Article 8-2 : Le comité technique

Le comité technique a pour objectif de veiller à l'exécution effective des actions inscrites dans le CLS. Il assure la coordination et suit l'avancement des travaux entre le comité de pilotage et le coordonnateur et facilite la circulation de l'information entre les comités et tous les acteurs du contrat. Il permet aussi de donner une vision d'ensemble de la démarche et de son avancement aux personnes impliquées au niveau opérationnel sur une ou plusieurs thématiques.

Composition : il est composé des représentants des signataires :

- Le Vice-Président du PETR du Val de Lorraine en charge du Contrat Local de Santé,
- Le délégué territorial Meurthe et Moselle de l'ARS ou son représentant,
- Les DGS des Communautés de Communes du Val de Lorraine ou leurs représentants,
- La Secrétaire Générale du PETR du Val de Lorraine,
- Le référent CLS désigné au sein de la DT54 de l'ARS,
- Le DGS de la Région Grand Est ou son représentant,
- Le DGS du Conseil départemental de Meurthe et Moselle ou son représentant,
- Le DGS du Conseil départemental de Moselle ou son représentant,
- Le Directeur du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson / Pompey, ou son représentant,
- Le Directeur de la CPAM ou son représentant,
- Le coordonnateur de la CPTS Cœur de Meurthe et Moselle.

Missions du comité de technique :

- Suivre l'élaboration et la mise en œuvre du contrat et de l'ensemble des actions,
- Coordonner et veiller à la cohérence des interventions des différents partenaires,
- Discuter les éventuels avenants pouvant être ajoutés au contrat,
- Préparer les arbitrages du comité de pilotage.

Le comité de technique se réunit tous les trimestres.

Le comité technique pourra être ouvert à d'autres institutions en fonction du périmètre retenu et des besoins spécifiques.

Article 8-3 : Les groupes de travail thématiques

Le territoire souhaite favoriser un co-pilotage partenarial et intersectoriel impliquant les professionnels de santé (dont les Président(e)s des CPTS).

Seront ainsi mis en place des **Comités, technique et professionnel, thématiques**. Composés des membres de l'équipe projet CLS, des différents services/directions ou acteurs locaux concernés, il traduit de manière opérationnelle la stratégie et les objectifs opérationnels définis et validés par le comité de pilotage. Il assure le suivi opérationnel du projet (élaboration et mise en œuvre concrète des actions) et son évaluation. Il assure une veille sur les nouveaux besoins émergents.

La composition des groupes de travail thématiques varie en fonction des besoins et est validée par le Comité Technique.

Les groupes de travail thématiques se réunissent autant que de besoin.

Les groupes de travail thématiques pourront être ouverts à d'autres institutions en fonction du périmètre retenu et des besoins spécifiques, et notamment les communes car ce sont souvent elles qui ont la compétence Santé, et les professionnels de santé comme les SSIAD ou encore les MSP, CPTS, ESP ou autres regroupements de professionnels de la santé, ou encore les pharmaciens au titre de l'élargissement de leurs compétences.

Article 8-4 : Le coordonnateur du contrat local de santé

Le coordonnateur du CLS susvisé à l'article 8-1, est responsable du suivi du CLS au sein de la structure signataire. Interlocuteur technique du référent CLS de l'ARS, avec lequel il constitue l'équipe projet, il est en charge de la mise en œuvre de la feuille de route du CLS ; facilite la mobilisation des moyens et la coordination opérationnelle des actions autour de ce projet.

L'ARS finance le poste de coordinateur CLS à hauteur de 0.25 ETP, soit 12 500€/an. L'objectif est d'avoir un coordinateur à 0.5 ETP, partagé entre le PETR et l'ARS.

Les missions du coordonnateur sont les suivantes :

- Fédérer les acteurs de terrain dans la démarche ;
- Organiser, en lien avec les EPCI, la gouvernance du Contrat local de santé (Copil, Cotech) ;
- Favoriser la communication autour du CLS à toutes les étapes de la démarche (en amont, pendant et après) à l'aide d'un plan de communication entre autres et s'assurer de sa mise en œuvre ;
- Identifier les leviers et freins du territoire et l'évolution des besoins de santé de la population
- Assurer l'animation, la coordination et le suivi du CLS et de son programme d'actions pluriannuel ;
- Veiller à la mise en cohérence des actions du CLS avec les autres démarches territoriales et au respect du calendrier ;
- Soutenir la conception, le développement de la mise en œuvre des actions autour des partenariats locaux ;
- Conduire les évaluations inhérentes au CLS ;
- Participer à la diffusion d'une culture de promotion de la santé auprès des acteurs et décideurs locaux.

SUIVI ET EVALUATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Article 9 : Durée du contrat local de santé

Le contrat local de santé est conclu pour une durée de 5 ans à compter de la date de signature du contrat et prend effet à cette même date.

Article 10 : Le suivi de mise en œuvre du contrat local de santé

Le caractère flexible et évolutif du CLS au cours de sa mise en œuvre peut donner lieu à :

- des avenants portant sur les signataires, partenaires ou encore la priorisation des actions,
- l'ajout et/ou l'abandon d'action(s),
- l'évolution du calendrier de mise en œuvre des actions,
- des modifications sur le financement des actions,
- l'intégration de nouveaux partenaires et signataires.

Le suivi de la mise en œuvre du CLS a pour objectif de garantir, d'une part le respect de l'objet du contrat lorsque des changements de tout ordre s'imposent pendant la vie du contrat, et d'autre part l'effective mise en œuvre des actions de réduction des inégalités sanitaires et sociales du territoire prévues par le contrat.

Le suivi de la mise en œuvre du CLS est exercé en binôme par le(s) référent(s) du CLS de la délégation territoriale de l'ARS et les référents du CLS au niveau du territoire du Val de Lorraine, coordinateur et DGS des EPCI.

Des outils seront mis en place pour assurer ce suivi dont des tableaux de suivi de mise en œuvre des actions prévues au CLS, des outils collaboratifs de travail, un diaporama de présentation au Comité de Pilotage, etc.

Article 11 : L'évaluation du contrat local de santé

L'évaluation est un outil de pilotage et d'aide à la décision, qui contribue à renforcer la légitimité de la politique menée et à préparer les suites. Les partenaires et les signataires contribuent au processus d'évaluation. Il s'agit d'évaluer le CLS en ce qui concerne le processus et la gouvernance mais également des actions en termes de changements produits et d'amélioration de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'évaluation aura pour objectif de :

- Mesurer l'efficacité du CLS et de ses actions ;
- Améliorer la qualité des actions, de la coordination et de la communication ;
- Mobiliser les partenaires ;
- Conforter ou renouveler les financements ;
- Communiquer sur les actions à valoriser ;
- Préparer l'élaboration d'un futur CLS.

L'évaluation fera l'objet d'un cahier des charges spécifique qui définira les attendus suivants :

1° Dispositif d'évaluation : membres/organes de l'évaluation et outils

2° Cadrage de la démarche : finalité de l'évaluation, objet, pertinence, cohérence, efficacité, utilité, questions évaluatives, modalités pratiques

3° Recueil des données et organisation du suivi : organisation du recueil des données et suivi, mobilisation des personnes et des ressources, mise en place des outils de suivi des activités du CLS, sources de données

4° Analyse et communication des résultats : analyse, rédaction d'un rapport, communication et valorisation des résultats.

L'ARS ne financera pas l'évaluation.

MODALITES DE REVISION ET FIN DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Article 12 : La révision du contrat local de santé

Le contrat local de santé peut être révisé en tout ou partie par voie d'avenant, à l'initiative commune de toutes les parties.

Article 13 : La fin du contrat local de santé

Le contrat local de santé prend fin à la date butoir établie à l'article 9.

En cas de circonstances particulières n'ayant pas permis l'exécution effective de l'objet du contrat, le contrat local de santé peut être reconduit par voie d'avenant, à l'initiative commune de toutes les parties, pour une durée maximale de 1 an.

Article 14 : La résiliation du contrat local de santé

La résiliation du contrat peut être mise en œuvre à l'initiative commune de toutes les parties, qui décident ensemble de mettre fin à leurs engagements.

En cas de litige relatif à la résiliation du contrat, l'une ou l'autre des parties peut saisir le tribunal compétent.

Article 15 : L'impossibilité d'exécuter ses engagements de la part des signataires

Tout litige causé par l'impossibilité pour l'une ou l'autre des parties, d'exécuter les engagements qu'il lui incombe, fera l'objet d'une tentative de conciliation.

Dans l'absence d'une solution amiable, la responsabilité de l'une ou l'autre des parties pourra être recherchée et le litige pourra être porté devant la juridiction compétente.

SIGNATAIRES

Fait à Pompey.....

Le 27/02/2025.....

Les signataires

L'ARS Grand Est

Le PETR du Val de Lorraine

La Communauté de Communes du Bassin de Pompey

La Communauté de Communes du Bassin de Pont-à-Mousson

La Communauté de Communes Mad & Moselle

La Communauté de Communes Seille et Grand Couronné

La Préfecture de Meurthe et Moselle

La Région Grand Est

Franck LEROY
Président du Conseil Régional

Le Département de Meurthe et Moselle

Le Département de Moselle

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Meurthe et Moselle

P/ Sarah Viduoy Aubert

Les partenaires

Le Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson / Pompey

O. GOMAND Duta Dégue

La CPTS Cœur de Meurthe et Moselle

Dr V. Roussier

présidente



*Contrat Local de santé du
Val de Lorraine*

2025-2029

Annexe 2

Axe transversal	AMELIORER LES PARCOURS DE SANTE Mettre en place une stratégie collective au service de la prise en charge des patients
Action N°1	Collaborer avec les professionnels de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les MSP et les ESP, dans la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input checked="" type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Si l'espérance de vie à la naissance augmente, les indicateurs, liés à la prévention et à la promotion de la santé, sont moins positifs sachant que nombre de situations (consommations de tabac et d'alcool ou autres substances, surcharge pondérale et obésité, suicides, infection par le VIH, etc.) sont perfectibles par de la prévention.</p> <p>La promotion de la santé et la prévention des maladies sont donc intimement liées et complémentaires ; la promotion de la santé agissant sur les conditions et l'ensemble des éléments protecteurs de la santé, et la prévention visant la diminution des risques de maladie et les facteurs qui menacent l'équilibre de la santé.</p> <p>La prévention comme la promotion passent par des actions individuelles, collectives, structurelles, environnementales. L'action locale, intersectorielle, permet de s'appuyer sur les dispositifs existants et affirmer le cadre d'intervention collectif car c'est à ce niveau que peuvent se concrétiser les actions de promotion et de prévention visant à réduire les inégalités sociales de santé ou à développer des programmes ciblés.</p> <p>Sur le Val de Lorraine, le dépistage est en dessous des moyennes départementales déjà faibles ; les cancers du col de l'utérus (entre 14/16 %) et colorectal (entre 20 et 24 %) sont particulièrement peu dépistés dans l'ensemble du territoire. Les actions seront à conduire en lien avec les priorités du PRS Grand Est (vaccination, tabac, dépistage organisé des cancers, ...).</p> <p>Parallèlement, depuis quelques années, l'exercice coordonné se déploie en France sous différents acronymes : ESP (Equipe de Soins Primaires), CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) ou encore CDS (Centre De Santé). Quelle que soit sa forme, il est un lieu et/ou une organisation de soins de premier recours dans un territoire qui permet aux professionnels de santé de mieux structurer leurs relations et de mieux se coordonner.</p> <p>Le Val de Lorraine compte 8 ESP (Belleville, Blénod-les-Pont-à-Mousson, Bouxières-aux-Dames, Dieulouard, Leyr, Pagny sur Moselle, Pont-à-Mousson, Thiaucourt), 2 MSP (Lay St Christophe et Pont-à-Mousson), et 1 CPTS, la CPTS « cœur de Meurthe et Moselle » implantée sur le territoire de la communauté de communes du Bassin de Pompey et sur le territoire de la communauté de communes de Seille et Grand Couronné (avec une 2^e CPTS en projet sur le nord du territoire).</p>	

	L'enjeu est de faciliter la mise en place, à la faveur du déploiement de ces organisations, d'actions de prévention et de promotion de la santé collectives et multi partenariales.
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 03.0 - Améliorer l'information et la connaissance du public en s'appuyant sur les campagnes nationales de prévention pour les maladies chroniques <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Objectif 03.1 - Chaque équipe de soins primaires et/ou communauté professionnelle territoriale de santé intègre dans son projet de santé un volet prévention et parcours des patients porteurs de maladies chroniques <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input checked="" type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Mettre en lien les acteurs de la prévention et les organisations d'exercice coordonné pour coordonner et planifier les actions de prévention et de promotion de la santé ● Renforcer la coordination interprofessionnelle ● Faciliter l'engagement commun : ● Suivre et évaluer les actions de prévention : mettre en place des indicateurs de performance pour évaluer l'impact des actions de prévention.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les représentants des CPTS, voire des autres organisations, dans la gouvernance et la vie du CLS - Déterminer collectivement les priorités d'action - Evaluer les moyens à mettre en œuvre ou nécessaires à la mise en œuvre de ces actions - Communiquer auprès des publics cibles, et les mobiliser - Renforcer les partenariats entre les différents acteurs de santé, collectivités locales, associations et autres partenaires. - Renforcer les capacités des CPTS, MSP et ESP pour mieux répondre aux besoins de prévention et promotion de la santé
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcement des liens avec les organisations d'exercice coordonné : <ul style="list-style-type: none"> ○ Étape 1 : Intégration en tant que signataire et membre du Comité de pilotage du CLS ○ Étape 2 : soutenir les organisations et appuyer les équipes pour la définition des orientations en matière de prévention et de promotion de la santé ○ Étape 3 : constituer un comité local de la prévention ➤ Faciliter la mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Étape 1 : Recenser l'offre de prévention existante - Analyse des besoins locaux : à partir des diagnostics territoriaux pour identifier les priorités de santé publique. ○ Étape 2 - Développer des plans d'actions basés sur les résultats des diagnostics en concertation avec les acteurs locaux. <ol style="list-style-type: none"> 1. Formation des professionnels de santé : Organiser des sessions de formation sur les thèmes de prévention et promotion de la santé, partager les bonnes pratiques et ressources. 2. Sensibilisation : Promouvoir la sensibilisation auprès des populations cibles à travers des campagnes éducatives.

	<p>3. Communication et information : Utiliser divers canaux de communication pour diffuser des informations pertinentes sur la prévention et la promotion de la santé</p> <p>↳ Suivi et évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer et suivre des indicateurs de performance pour évaluer l'impact des actions de prévention. • Organiser des séances de retour d'expérience pour ajuster et améliorer les actions mises en œuvre. 	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 01/01/2025 Fin : 2026	
Partenaires de l'action	Organisations d'exercice coordonné (CPTS, MSP, ESP, etc.) ; CPAM ; Conseils départementaux de Meurthe et Moselle et de Moselle ; Professionnels de santé et leurs URPS	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	<p>* Préciser si professionnels :</p> <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	Budgets généraux des EPCI et du PETR
	<i>Financeurs et montants</i>	A déterminer
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	Mise à disposition des moyens humains et matériels ; Ingénierie des organisations d'exercice coordonné dont les CPTS
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Contrats de ville ; Projets alimentaires territoriaux ; Quartiers Politiques de la Ville	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez) : action à destination des professionnels	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus : Effectivité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des organisations d'exercice coordonné et de professionnels • Mise en place d'actions • Quantité et profil des personnes touchées <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de professionnels mobilisés • Nombre d'actions réalisées/soutenues • Nombre de participants/de personnes touchées lors des actions <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feuille d'émargement 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Comptage des participants
--	---

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)</p> <p><input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)</p> <p><input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité</p>
<p>Mode de vie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)</p>
<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p>
<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Normes et climat social</p>
<p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p>
<p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p>
<p>Autre(s)</p>

Axe transversal	AMELIORER LES PARCOURS DE SANTE Mettre en place une stratégie collective au service de la prise en charge des patients
Action N°2	Favoriser les échanges entre professionnels permettant de décroïsonner les pratiques (actions relatives aux droits sociaux et actions de santé) et de s'informer sur les annuaires existants

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	Structure :	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	Personne référente	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	Axes transversaux : <input checked="" type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé Axes thématiques : <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	Lors des ateliers de construction du CLS, les acteurs présents ont fait remonter plusieurs constants : <ul style="list-style-type: none"> • Une méconnaissance des dispositifs et des acteurs • Des difficultés à se rencontrer pour échanger • Un besoin de coordination afin de mobiliser les acteurs compétents Ils ont ainsi fait connaître leur envie de favoriser des démarches visant à décroïsonner les champs d'intervention de chacun, faire se rencontrer les acteurs et donner les moyens de valoriser et conforter les dispositifs et l'offre sanitaire et sociale existants sur le territoire.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Objectif 07.0 - Renforcer les coopérations des professionnels de santé pour réduire les délais d'accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 06.0 - Améliorer la coordination des acteurs grâce aux outils du numérique <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input checked="" type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément.	

	<input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Mieux connaître les différents services du territoire pour favoriser une compréhension mutuelle ● Valoriser les projets, expériences et réflexions mises en œuvre et les pratiques de qualité qui se dégagent ● Faciliter les échanges d'information entre les professionnels de santé pour améliorer la coordination des soins au bénéfice des usagers et créer une culture/une formation commune, ● Participer à une approche partenariale de la santé sur les territoires et améliorer la coordination interprofessionnelle ● Accompagner l'accueil des nouveaux professionnels sur le territoire et favoriser leur implication dans les réseaux existants
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Renforcer les rencontres entre professionnels en accompagnant le développement d'une culture commune, favorisant les échanges de pratiques ☛ Créer un réseau d'acteurs solide ☛ Faciliter l'accès aux ressources et services
Etapes de mise en œuvre – Description	<p><u>Créer et animer un réseau :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Organisation de rencontres préalables pour un repérage d'acteurs référents dans les différentes structures partenaires, pour une réflexion sur les modalités de mise en place du réseau d'acteurs, ↳ Recensement d'outils possibles pour du partage d'informations et de pratiques, ↳ Animation du réseau, temps d'échanges à coordonner, partage d'outils et d'expériences, priorisation et déploiement d'actions. <p><u>Créer des lieux d'échange :</u></p> <p>Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'interconnaissance des acteurs <ul style="list-style-type: none"> ○ par des rencontres et échanges réguliers sur les pratiques et ressources possibles, mais aussi par l'ouverture vers l'autre et par l'aller vers. ○ lors de moments conviviaux - En s'inscrivant en cohérence avec les temps de rencontres existants de ces mêmes acteurs. <p><u>Exemples</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Séminaire de lancement (découverte de dispositifs, échanges de carte de visite, proposition d'intervention ...) : conférences annuelles ou semestrielles où des experts de différents domaines sont invités à parler de sujets d'intérêt commun. Ces événements peuvent également inclure des sessions de réseautage pour encourager les échanges informels. ↳ Mise en place de temps d'échanges réguliers entre les partenaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ « petits déjeuners santé » une fois par mois réalisés sur les différentes communes du territoire et dans les différentes structures pour discuter de cas pratiques, partager des expériences et échanger des idées sur des problématiques communes. ○ Ateliers de formation croisée : ateliers où les professionnels peuvent apprendre les uns des autres sur les spécificités de chaque domaine (ex. travailleurs sociaux présentent les droits sociaux à des professionnels de la santé et inversement). ↳ Appuyer la mise en place ou le renforcement de réseaux thématiques / territoriaux dans le champ de la santé ↳ Visites croisées de structures (ex. valoriser le rôle et les services des Centres Hospitaliers) : Encourager les professionnels à passer du temps dans les institutions des autres secteurs pour mieux comprendre leurs pratiques et les défis qu'ils rencontrent. <p><u>Mise à jour et diffusion d'annuaires professionnels</u></p>

<input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)
<input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (<i>recours aux soins et à la prévention</i>)
Conditions de vie
<input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)
<input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)
<input type="checkbox"/> Conditions de travail
Environnement social
<input type="checkbox"/> Intégration sociale
<input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)
<input type="checkbox"/> Normes et climat social
Contexte économique et politique
<input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales
<input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population
<input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
Conditions socio-économiques
<input type="checkbox"/> Niveau de revenu
<input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe transversal	Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du CLS
Action N°3	Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du CLS

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input checked="" type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le contrat local de santé (CLS) est un outil de déclinaison du Projet Régional de Santé souple et modulable porté conjointement par l'Agence Régionale de Santé Grand Est et par une collectivité territoriale ou leur regroupement, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.</p> <p>Le CLS a pour objectif l'articulation, la coordination et la mise en cohérence des politiques de santé et des dynamiques locales sur les questions de santé tout en tenant compte des besoins et des leviers existants dans les territoires. Il vise à mettre en œuvre localement une approche transversale de la santé en rapprochant les secteurs du soin, de la promotion, la prévention, de l'accompagnement médico-social et la santé environnementale.</p> <p>Il s'agit donc d'une contractualisation de 3 à 5 ans entre partenaires sur des enjeux partagés et non plus de relations tutélaires impliquant de nouvelles compétences en termes d'animation territoriales et de mobilisation partenariale. Il constitue une opportunité pour une meilleure articulation des politiques publiques par les partenaires dans une logique de cohérence de coordination de décloisonnement. Le développement et l'atteinte des objectifs d'un CLS nécessitent une coordination solide permettant de fédérer et coordonner des acteurs nombreux et divers dans la durée autour de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du CLS. La fonction de coordonnateur doit être localisée sur le territoire du CLS en cohérence avec le principe de l'ancrage politique local.</p> <p>Le coordonnateur du CLS occupe une position centrale, en lien avec la DTARS, l'élu référent du contrat, avec les habitants, les acteurs et les institutions.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input checked="" type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents	

Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recrutement effectif au poste de coordinateur ● Temps passé par la personne en poste sur la coordination du CLS ● Constitution d'une équipe projet animée par le coordonnateur CLS <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Satisfaction des partenaires quant aux échanges avec le PETR ● Adéquation entre le planning prévisionnel des rencontres (dont la gouvernance du CLS) et les rencontres effectives ● Complétion des indicateurs de processus et de résultat des différentes Fiche Action <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Questionnaire ● Rapport d'activités

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)
<input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)
<input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)
<input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)
<input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)
<input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)
<input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)
<input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale
<input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)
<input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales
<input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population
<input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu
<input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
<p>Autre(s)</p>

Axe 1	AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE ET AUX SOINS 1.1. Aider au développement de l'exercice coordonné, conduire une réflexion sur le salariat de médecins et accompagner l'implantation de médecins
Action N°4	Promouvoir le territoire et favoriser le développement de nouveaux cadres d'exercice pour les professionnels de santé : attractivité territoriale, informations sur les aides et dispositifs incitatifs à l'installation, développement de l'exercice coordonné

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Si le Val de Lorraine bénéficie d'une bonne couverture médicale, quelques indicateurs appellent une vigilance, et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une situation de précarité médicale très contrastée entre les EPCI : entre aggravation (Bassin de Pompey, Mad et Moselle), maintien (Bassin de Pont-à-Mousson) et amélioration (Seille et Grand Couronné), Mad et Moselle comptant le plus de population en ALD sans médecin traitant ➤ Un vieillissement des médecins généralistes qui concerne tout le Val de Lorraine avec des départs en retraite massifs, notamment sur Seille et Grand Couronné <p>Avec une démographie médicale en forte tension, le territoire souhaite se mobiliser pour inciter l'installation de professionnels de santé.</p> <p>Les mesures incitatives mises en œuvre par l'Etat et les collectivités locales afin de convaincre les jeunes médecins de s'établir en milieu rural et en zones déficitaires nécessitent d'être intégrées à une politique d'attractivité du territoire plus globale afin de motiver des installations en milieu rural. En effet, les jeunes praticiens aspirent de moins en moins à l'exercice libéral isolé et souhaitent bénéficier de conditions d'exercice facilitées avec moins de contraintes administratives et un cadre de vie offrant des infrastructures suffisantes pour leur vie personnelle.</p> <p>La mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prospection et d'accueil de professionnels aux côtés de l'ARS est également essentielle.</p> <p>Enfin, la consolidation d'une dynamique d'accueil d'étudiants stagiaires contribuera également à cet objectif en favorisant un ancrage et une projection dans la vie locale.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Objectif 01.0 - Augmenter le nombre d'installations dans les zones identifiées par les schémas cibles territoriaux en accompagnant les jeunes médecins généralistes et spécialistes dans leur parcours d'installation <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Objectif 02.0 - Développer et diversifier les terrains de stage d'accueil des internes, en fonction de l'offre et des besoins du territoire, pour mettre en œuvre la réforme du 3e cycle sur les trois subdivisions	

	<input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Anticiper les futurs départs à la retraite des professionnels et veiller à conserver une démographie médicale satisfaisante sur le territoire ● Améliorer l'attractivité et la visibilité du territoire en vue de l'installation de nouveaux professionnels de santé ● Améliorer les conditions d'exercice
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Promouvoir les possibilités d'installation et les atouts du territoire ☞ Favoriser l'accueil et l'installation des étudiants et professionnels de santé sur le territoire
Etapas de mise en œuvre – Description	<p><u>Faire connaître le territoire aux étudiants et jeunes professionnels de santé et informer sur les opportunités territoriales en matière de santé (observation des patientèles, diagnostics territoriaux...), sur les dispositifs incitatifs à l'installation ou encore sur les modes de collaboration entre médecins généralistes et infirmières (IPA) ou assistants médicaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informer sur les opportunités territoriales en matière de santé (observation des patientèles, diagnostics territoriaux...) <ul style="list-style-type: none"> ○ Assurer une veille et une observation des besoins en offre de soins et des dynamiques locales d'installation et départs ○ Communiquer auprès des professionnels ○ Développer une politique de promotion du territoire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Création d'une plaquette de présentation du territoire en collaboration avec le service communication de la collectivité et les partenaires ○ Participation à des salons ○ Nouer des contacts réguliers / partenariats avec les facultés de médecine ; école d'infirmières... afin de promouvoir le territoire et les opportunités d'installation auprès des futurs professionnels ○ Déployer une politique d'accueil des étudiants, stagiaires et jeunes professionnels (médicaux et paramédicaux) <ul style="list-style-type: none"> ○ Recenser les étudiants en santé résidant sur le territoire afin de réaliser une sensibilisation ciblée ○ Organisation de moments de convivialité entre les étudiants et les professionnels du territoire ○ Promotion des mesures incitatives à l'installation, ○ Soutenir et développer la maîtrise de stage : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recenser les pratiques actuelles de maîtrise de stage, les développer et communiquer sur cette offre auprès des étudiants en médecine et des médecins généralistes (piloté par les CPTS) ▪ Recenser et communiquer sur les aides matérielles (outils, locaux) mobilisables pour l'aide à l'installation des médecins ; identifier les aides

	<p>complémentaires pouvant être proposées pour faciliter des conditions matérielles de réalisation du stage (transports, hébergement...)).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer le parangonnage sur l'ensemble des actions mises en œuvre sur le territoire nationale afin de lutter contre les déserts médicaux et développer l'offre de soin afin d'accompagner les EPCI dans la définition de leur stratégie locale / plan d'action (MSAP ; salariat ; bourses d'étude ; accompagnement des conjoint (e)s...) ○ Information sur les dispositifs d'aide et mesures d'incitation à l'installation ainsi que sur les dispositifs de collaboration (IPA, protocole, etc.) <ul style="list-style-type: none"> ○ Communication sur le guichet unique pour l'accueil des professionnels de santé de l'ARS ; informer sur les interventions communales / intercommunales en faveur de l'installation des professionnels de santé ○ Information / sensibilisation des professionnels de santé sur les modes de collaboration entre MG et infirmières <p>Favoriser l'installation des médecins par des dispositifs incitatifs et aider au développement de l'exercice coordonné (CPTS, ESP, MSP, Centres de Santé, etc.) En lien avec les acteurs du territoire, et notamment les Communautés Professionnelles et Territoriales de Santé (CPTS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Repérer les territoires sur lesquelles l'offre de soins coordonnée est insuffisamment développée et identifier les professionnels sensibilisés et volontaires ; ○ Promouvoir les modes d'exercice coordonné auprès des professionnel(le)s de santé (actuels et futurs) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Réalisation d'un guide local de l'offre de soins coordonnés à destination des professionnels de santé présentant les différents modes d'exercice coordonné, pour chacun des modes d'exercice coordonné, les étapes de construction du projet et pour chacune des étapes projet les ressources et les dispositifs d'accompagnement, ainsi que les coordonnées des organisations existantes sur le Val de Lorraine ○ Orienter les futurs porteurs de projets vers les différents espaces ressources et dispositifs d'accompagnement : informer sur les démarches et les ressources d'aides à l'installation (Exonérations fiscales, Mises à disposition de locaux, aides incitatives à l'installation, opportunités de locaux, zonages, etc.) ○ Communiquer sur les expériences réussies d'exercice regroupé pouvant être des leviers/références pour le développement d'autres projets : <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser un webinaire "offre de soins coordonnés", des visites, ... ○ Organisation de voyages d'études à destination des professionnels de santé afin de mieux appréhender et échanger avec des acteurs qui contribuent à des actions remarquables et réussies 		
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle : <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle : <input type="checkbox"/> Ponctuelle : Début : Janv 2025 Fin : 2028		
Partenaires de l'action	ARS ; communes ; EPCI ; CPTS ; Région Grand Est ; CPAM ; URPS ; Faculté de Médecine (département de médecine générale) ; dispositif GEMINSTAL		
Public visé	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : </td> <td style="vertical-align: top;"> * Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :		

Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	organisation d'évènements et frais de communication (15 000 euros sur la durée du contrat)
	<i>Financeurs et montants</i>	Budgets généraux des EPCI et du PETR
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	Moyens humains et matériels des EPCI et du PETR
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Attractivité territoriale ; Services à la Population	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez) Action à destination des professionnels (ou futurs) de santé	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau de connaissance du territoire et satisfaction par rapport aux informations reçues • Supports de communication créés ou utilisés • Participation à des salons <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actions organisées par rapport au nombre prévu • Nombre de partenaires associés à l'action • Pourcentage de jeunes professionnels ou d'étudiants de santé qui ont assisté aux temps d'information ou évènements proposés • Type et nombre d'outils de communication créés <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feuille d'émargement • Questionnaire • Recensement des actions de communication et de leur audience 	

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)</p> <p><input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)</p> <p><input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)</p> <p><input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité</p>
<p>Mode de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)</p>
<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement physique (air, sol, eau, aménagement du territoire ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p>
<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p>

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)
<input type="checkbox"/> Normes et climat social |
|---|

Contexte économique et politique

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales
<input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population
<input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>) |
|---|

Conditions socio-économiques

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Niveau de revenu
<input type="checkbox"/> Niveau d'éducation |
|--|

Autre(s)

Axe 1	AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE ET AUX SOINS 1.2. Améliorer l'accessibilité géographique des services de santé du territoire
Action N°5	Améliorer la couverture du territoire en matière d'accès aux soins

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine (CPTS si souhaité)
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Si le Val de Lorraine bénéficie globalement d'une bonne couverture à son centre, le territoire marque de vraies difficultés aux extrémités. On note ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sur Seille et Grand Couronné : quelques communes en désert médical au Nord et Sud de l'EPCI ➤ Sur le bassin de Pompey : une concentration le long de la Moselle en lien avec la concentration d'habitants et travailleurs et l'A31, et une situation contrastée aux extrémités, Faulx et Liverdun se trouvant en désert médical malgré leur proximité avec ce couloir du long de l'A31 ➤ Sur le Bassin de Pont-à-Mousson : les professionnels sont majoritairement concentrés à Pont-à-Mousson ainsi qu'à Dieulouard, Blénod-lès-Pont-à-Mousson et Pagny-sur-Moselle, le long de la Moselle et de la D952. Des déserts médicaux sont constatés aux frontières de l'EPCI, particulièrement préoccupant autour de Martincourt ➤ - Sur Mad & Moselle : ce territoire compte de nombreuses communes en précarité médicale avec une situation particulièrement préoccupante au Sud de l'EPCI, autour d'Hamonville, ainsi qu'au Nord. 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Objectif 06.0 - Accompagner la diversification d'une offre de soins non programmés de premier recours lisible et adaptée aux besoins des territoires <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Objectif 01.0 - Renforcer l'offre régionale de télémédecine tout en la rendant lisible, accessible et intégrée dans les pratiques médicales <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input checked="" type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	

<p>Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3</p>	<p><input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3</p>
<p>Objectifs spécifiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Repositionner les services d'urgence dans leurs missions premières et promouvoir les dispositifs alternatifs pour les besoins d'urgence ● Faciliter le recours aux soins : patients ne disposant plus de médecin traitant et recours aux soins spécialisés pour les patients concernés ● Accompagner le développement des consultations avancées sur les territoires confrontés à une densité faible des spécialistes
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Créer des consultations externes « délocalisées » de médecine spécialisée, développer la télémédecine et de façon globale l'ensemble de nouvelles technologies de surveillance et de consultation ➤ Promouvoir les dispositifs alternatifs pour les besoins d'urgence : <ul style="list-style-type: none"> ○ inciter à la création de structures permettant de désengorger les urgences et traitant de maux de type « bobologie ») ○ accompagner le développement de l'offre de soins non programmés en articulation avec la mise en œuvre du Service d'Accès aux Soins (SAS* - Effectif sur le Val de Lorraine depuis le 25 juin) <p>(*) Les soins non programmés sont définis comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement des services d'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Ces soins non programmés justifient d'une prise en charge dans les 48 heures.</p> ➤ Développer la lisibilité de l'offre de soins non programmés et sensibiliser les publics
<p>Etapes de mise en œuvre – Description</p>	<p><u>Promouvoir des dispositifs alternatifs pour les besoins d'urgence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier et évaluer l'offre de soins non programmés : en lien avec les CPTS dont les soins non programmés font partie des missions socles <ul style="list-style-type: none"> - Partager avec les CPTS et les professionnels de santé du territoire l'état des lieux des principaux besoins en matière d'offre de soins non programmés - Repérer et analyser les comportements des patients relatifs à l'accès aux soins non programmés (périodes et zones géographiques) ○ Communiquer : <ul style="list-style-type: none"> - Développer une cartographie de l'offre de soins non programmés - Relayer les campagnes de sensibilisation du non-recours systématique aux urgences - Mobiliser les espaces de proximité et de médiation - Organiser une demi-journée de sensibilisation à destination des professionnels de santé, voire du grand public <p><u>Faciliter le recours aux soins par l'organisation de consultations avancées et le développement de nouvelles technologies de surveillance et de consultation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser des consultations avancées de second recours : <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les besoins (quels soins et quels équipements : auditifs, optiques et dentaires) - Identifier avec les acteurs de l'offre de soin les possibilités de mise à disposition de locaux (au sein des hôpitaux de proximité, d'EHPAD, etc.) ○ Etudier l'opportunité de soutenir la mise en place d'équipes mobiles : engager une discussion avec les offreurs de soin sur leurs capacités et les freins pour couvrir davantage de territoire ○ Mettre en place des actions d'aller-vers

	<p>➤ Se positionner comme aidant dans le développement de la télémédecine (téléconsultation, télé expertise, ...) et des outils de e-santé en lien notamment avec Pulsy, et renforcer le dialogue avec les offreurs de soin sur le sujet</p>	
Durée de l'action	<p><input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle</p> <p>Début :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2025 : Etat des lieux - A partir de 2026 : déploiement d'actions et de dispositifs <p>Fin :</p>	
Partenaires de l'action	programme E-Meuse ; PULSY ; ARS ; CPTS	
Public visé	<p><input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Professionnels*</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :</p>	<p>* Préciser si professionnels :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Médical</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Paramédical</p> <p><input type="checkbox"/> Médico-social</p> <p><input type="checkbox"/> Social</p> <p><input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé</p> <p><input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation</p> <p><input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :</p>
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	Budget global prévisionnel	Etudes et investissements (en fonction des projets retenus)
	Financeurs et montants	Budgets généraux des EPCI et du PETR sur la phase 1 d'état des lieux. A déterminer sur la phase opérationnelle sur la base des études de pré faisabilité
	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	Moyens humains et matériels des EPCI et du PETR sur la phase 1
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Mobilités ; Services de proximité	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez) : concerne les professionnels	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat des lieux et cartographie des soins non programmés • Information du grand public • Nouvelles technologies de surveillance et de consultation déployées <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de spécialités accessibles • Nombre de consultations/spécialité • Évaluation des dispositifs de télémédecine 	

	<p>Méthode d'évaluation envisagée : Production de rapports Compte-rendu de comités techniques</p>
--	--

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)</p> <p><input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)</p> <p><input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité</p>
<p>Mode de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)</p>
<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p>
<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Normes et climat social</p>
<p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p>
<p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p>
<p>Autre(s)</p>

Axe 1	AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE ET AUX SOINS 1.2. Améliorer l'accessibilité géographique des services de santé du territoire
Action N°6	Faciliter la mobilité vers l'offre de soins

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<i>Axes transversaux :</i> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé <i>Axes thématiques :</i> <input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> Des difficultés de mobilité pour l'accès aux soins de certaines personnes notamment les personnes âgées en situation de perte d'autonomie Des indicateurs socioéconomiques (part élevée de familles monoparentales, revenu médian inférieur au département, taux de chômage élevé) pouvant entraîner des situations de non-recours aux soins 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Objectif 01.0 - Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input checked="" type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> Réduction des disparités territoriales Améliorer les moyens de déplacement Lutter contre le renoncement aux soins 	

Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Amener les soins au plus près des citoyens ou accompagner des initiatives locales favorisant le « Aller vers » les structures de santé ☛ Réduire les barrières physiques et géographiques, assurant ainsi un accès équitable aux soins pour tous 	
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ○ Développer la téléconsultation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Réalisation d'un état des lieux initial du niveau d'utilisation de la télémédecine à l'échelle du territoire ○ Communiquer sur les dispositifs de soutien en matière de télémédecine ○ Promouvoir les techniques en télémédecine et accompagner la réflexion et la mise en place de projets au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (organisation de temps d'information et retours d'expérience notamment) ○ Développer et adapter des solutions de mobilité pour faciliter l'accès aux soins et l'aller-vers les personnes éloignées des structures « traditionnelles » <ul style="list-style-type: none"> ○ Etudier des solutions pour les patients nécessitant des soins réguliers. ○ Recensement des solutions mises en place sur le territoire et élaboration d'une cartographie de l'offre ○ Etablissement d'un plan de communication pour faire connaître à la population les solutions de transports existantes ○ Identification d'initiatives à renforcer et/ou à développer sur le territoire en s'appuyant sur les études réalisées (enquête ménage déplacement par exemple) ou en cours (étude des modalités de coopération des AOM) : <ol style="list-style-type: none"> 1. retours d'expérience, parangonnage, 2. étude de modèle d'actions mutualisées à l'échelle des 4 EPCI en lien avec les Espaces France Services sur des thématiques spécifiques (bilans santé, vaccination, optique, ...) 	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : - 2025 : Etat des lieux ; - 2026 et suivantes : Déploiement de solutions opérationnelles	
Partenaires de l'action	AOM (autorités organisatrices de la mobilité) ; partenaires de la mobilité solidaire ; Espaces France Service	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	Etudes de faisabilité : 10 000 euros (montant prévisionnel) ; Investissements : 30 000 euros (montant prévisionnel)
	<i>Financeurs et montants</i>	EPCI/PETR AAP (Région, ARS, Conférence des financeurs, Mutuelles, Fondations, etc.)
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	Mise à disposition des moyens humains et matériels des EPCI et du PETR
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	

contre les inégalités sociales de santé ?	
Politiques Publiques concernées	Mobilités
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Réalisation d'actions de promotion de la télémédecine ● Recensement des solutions de mobilité et d'aller-vers sur le territoire <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de projets de télémédecine en cours et réalisés sur le territoire ● Nombre d'actions de promotion de la télémédecine ● Réalisation de la cartographie ● Nombre d'actions facilitant la mobilité et l'aller vers <p>Méthode d'évaluation envisagée : Production d'études et de rapports Comptes-rendus techniques</p>

Déterminants de santé visés :

<p>Systeme de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)</p> <p><input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)</p> <p><input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité</p>
<p>Mode de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)</p>
<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement physique (air, sol, eau, aménagement du territoire ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p>
<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Empowerment (participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions)</p> <p><input type="checkbox"/> Normes et climat social</p>
<p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (prise en compte des déterminants de santé dans les politiques)</p>
<p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p>
<p>Autre(s)</p>

Axe 2	SANTE MENTALE
Action N°7	Mettre en place des formations Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) à destination des professionnels et du grand public

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input checked="" type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)
Porteur	<i>Structure :</i> PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i> Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé <p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé
Contexte et enjeux locaux	<p>Les Premiers Secours en Santé Mentale constituent l'aide qui est apportée à une personne qui subit le début d'un trouble de santé mentale, une détérioration d'un trouble de santé mentale ou qui est dans une phase de crise de santé mentale. Les premiers secours sont donnés jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée ou jusqu'à ce que la crise soit résolue. Ils sont l'équivalent en santé mentale, des gestes de premier secours qui eux, apportent une aide physique à la personne en difficulté.</p> <p>L'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble psychique. En France, on estime que 15 % des 10-20 ans (1,5 million) ont besoin de suivi ou de soin, que 7,5 % des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Lors de la concertation sur l'élaboration du CLS ont été remontées les difficultés rencontrées notamment par les professionnels dans l'accueil ou la prise en charge de publics souffrant de troubles psychiques. Un besoin de formation a ainsi été exprimé pour mieux identifier les personnes en souffrance psychique et mener les actions éventuelles d'accompagnement et d'orientation de ce public.</p>
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.0 - Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une meilleure connaissance des questions de santé mentale • Lutter contre les discriminations et stigmatisation qui en découlent • Proposer une formation sur le modèle des gestes de 1er secours permettant aux personnes formées d'accompagner au mieux et d'apporter leur support à toute personne présentant des troubles psychiques, une aggravation de son état de santé ou étant en état de crise dans l'attente d'un relais par les professionnels 						
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Informer, sensibiliser et outiller sur les troubles psychiques et la santé mentale ☞ Développer les formations aux premiers secours en santé mentale 						
Etapas de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Faire connaître la formation « Premiers Secours en Santé Mentale » auprès du public, des acteurs et professionnels du territoire ☞ Déployer une à deux formations PSSM chaque année (en lien avec l'Association Premiers Secours en Santé Mentale France), <ul style="list-style-type: none"> ○ Etape 1 : Identifier les besoins et arrêter les bénéficiaires Constitution d'un groupe de travail pour déterminer les bénéficiaires* de ces formations et le nombre de formations proposé <i>(*) acteurs en contact direct avec la population tels que : pompiers, forces de l'ordre, services d'aides ou de soins à domicile, structures éducatives, associations d'insertion ou caritatives, animateurs des Centres sociaux et Associations sportives, culturelles, Centres Sociaux, élus, agents municipaux ou communautaires, bénévoles, intervenants à domicile, employeurs, bailleurs sociaux, etc.</i> ○ Etape 2 : mettre en place la formation sur une durée de 2 jours (14h) ○ Etape 3 : A mi-parcours, organisation d'une journée "Réseau" entre secouristes formés et formateurs puis évaluation des formations ○ Etape 4 : Etude des modalités d'extension de cette formation au Grand Public ☞ Identifier et former des « sentinelles » sur chaque EPCI <ul style="list-style-type: none"> ○ Recrutement : Organisez des réunions publiques et des sessions d'information pour recruter des volontaires et créez un site web ou une page dédiée où les habitants peuvent s'inscrire pour devenir sentinelles. ○ Formation et création d'un réseau 						
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 2^e semestre 2025						
Partenaires de l'action	Premiers Secours en Santé Mentale France (PSSM France) ; UNAFAM, pôle de psychiatrie et pédopsychiatrie, ERP (Etablissement Recevant du Public) ; Opérateur privé						
Public visé	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus </td> <td style="vertical-align: top;"> * Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus				
<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus						
Territoire d'intervention	Val de Lorraine						
Financement	<table border="0"> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;"><i>Budget global prévisionnel</i></td> <td>Coût de la formation par participant (en lien avec le PTSM) : 150 euros</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;"><i>Financeurs et montants</i></td> <td>PETR et EPCI</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;"><i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i></td> <td></td> </tr> </table>	<i>Budget global prévisionnel</i>	Coût de la formation par participant (en lien avec le PTSM) : 150 euros	<i>Financeurs et montants</i>	PETR et EPCI	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	
	<i>Budget global prévisionnel</i>	Coût de la formation par participant (en lien avec le PTSM) : 150 euros					
	<i>Financeurs et montants</i>	PETR et EPCI					
<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>							
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

contre les inégalités sociales de santé ?	
Politiques Publiques concernées	Projet Territorial de Santé Mentale ; feuille de route Santé Mentale de l'ARS
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez) A destination des professionnels
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise en place d'actions de sensibilisation ● Mise en place de séances de formation ● Décompte des structures participantes ● Décompte et satisfaction des participants <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de formations réalisées/an ● Nombre de participants aux formations (moyenne) ● Niveau de satisfaction liée à la participation à la formation <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Émargement ● Questionnaire de fin de formation (satisfaction et évaluation des acquis) ● Bilans

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input checked="" type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe 3	PREVENTION ET PROMOTION : RENFORCER LES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE 3.1. Promouvoir l'activité physique pour le bien-être psychique et physique
Action N°8	S'inscrire dans des dispositifs favorisant l'activité physique en prévention des maladies chroniques

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<i>Axes transversaux :</i> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé <i>Axes thématiques :</i> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Les affections de longue durée (ALD) concernent 29 pathologies chroniques. Sur le Val de Lorraine les ALD pour diabète représentent 25 % de l'ensemble des ALD. Les tumeurs malignes représentent la deuxième pathologie, devant les maladies coronaires et les insuffisances cardiaques graves, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves et cardiopathies congénitales graves.</p> <p>Pour favoriser l'activité physique en prévention ou en accompagnement des ALD et plus généralement des maladies chroniques, plusieurs actions peuvent être mises en œuvre afin d'augmenter le niveau d'activité physique dans la population et contribuer à la prévention des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et certains cancers, ou encore à prévenir les complications, réduire le nombre d'hospitalisations et les coûts de prise en charge, voire diminuer la prise de médicaments.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 02.2 - Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière : Accompagner le déploiement de l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input checked="" type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	

Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifications des comportements en santé par le sport <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actions de promotion réalisées • Nombre de séances à distance développées • Nombre de professionnels sensibilisés • Nombre de professionnels engagés • Nombre et typologie des publics <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire • Comptage

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe 3	PREVENTION ET PROMOTION : RENFORCER LES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE 3.1. Promouvoir l'activité physique pour le bien-être psychique et physique
Action N°9	Elaborer des programmes de prévention et de promotion de la santé par les parents (périnatalité, obésité, écran, décrochage scolaire...)

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input checked="" type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<i>Axes transversaux :</i> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé <i>Axes thématiques :</i> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des enfants atteints de diabète dès la maternelle, • Fort taux de surpoids et d'obésité infantile, • Problématiques liées à l'hygiène de vie (alimentation, sommeil, écrans, hygiène) avec en particulier, une augmentation de la sédentarité et une surconsommation d'écrans. 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 02.1 - Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière : Doubler le nombre de collectivités territoriales adhérant à la charte « villes actives ou départements actifs du programme national nutrition santé » <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.2 - Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé chez l'enfant et l'adolescent : Développer une politique volontariste de soutien à la parentalité <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input checked="" type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibiliser ● Renforcer les Capacités Parentales ● Encourager la participation active des parents dans les initiatives favorisant une bonne santé de leurs enfants et promouvant des habitudes de vie saines ● Renforcer l'accompagnement des familles à la parentalité pendant la période périnatale de 0 à 3 ans 		
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Informer les parents sur l'importance de la prévention et des comportements favorables à la santé ☛ Former les parents sur les compétences nécessaires pour soutenir la santé et le bien-être de leurs enfants ☛ Travailler en partenariat avec les établissements scolaires ☛ Suivi et Évaluation 		
Etapas de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ○ Informer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser des réunions d'information, de sensibilisation et d'échanges sur la santé de la mère et de l'enfant en périnatalité <i>Cible</i> : parents et futurs parents, aux publics vulnérables, aux femmes en âge de procréer ou enceintes ○ Organiser des séances d'information régulières pour les parents sur des thèmes spécifiques de la santé, tels que la nutrition, l'hygiène, la vaccination, les enjeux de santé environnementale (qualité de l'air intérieur, activité physique et mobilités douces etc.), sous forme d'ateliers ○ Utiliser les plateformes numériques et les médias sociaux pour diffuser des messages de prévention et sensibiliser parents et enfants (« Je prends soin de mon enfant ») ○ Former : <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer des modules visant à renforcer les connaissances et compétences des parents en matière de santé ; ○ Mettre en place des groupes de soutien pour les parents afin de partager des expériences, des conseils et des ressources ○ Déployer un programme de prévention du surpoids et de l'obésité auprès des enfants de moins de 6 ans : étendre l'expérimentation conduite par la MSP de Pont-à-Mousson <p>Annuellement : évaluer l'impact des actions et ajuster les stratégies en conséquence. Nota. Travailler en partenariat avec les établissements scolaires pour intégrer les programmes de santé dans le curriculum des enfants et sensibiliser les parents.</p>		
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 2 ^e semestre 2025 Fin : 2028		
Partenaires de l'action	MSP de Pont-à-Mousson ; MDS et PMI des conseils départementaux ; CPTS ; CAF 54 ; Education nationale ; associations ; Promotion Santé Grand Est		
Public visé	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : </td> <td style="vertical-align: top;"> * Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : </td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :		
Territoire d'intervention	Val de Lorraine		
Financement	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><i>Budget global prévisionnel</i></td> <td>Moyens d'ingénierie</td> </tr> </table>	<i>Budget global prévisionnel</i>	Moyens d'ingénierie
	<i>Budget global prévisionnel</i>	Moyens d'ingénierie	
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><i>Financeurs et montants</i></td> <td>Budgets généraux des EPCI et du PETR Financement indirect : CAF ; CD54 ; Promotion Santé Grand Est</td> </tr> </table>	<i>Financeurs et montants</i>	Budgets généraux des EPCI et du PETR Financement indirect : CAF ; CD54 ; Promotion Santé Grand Est	
<i>Financeurs et montants</i>	Budgets généraux des EPCI et du PETR Financement indirect : CAF ; CD54 ; Promotion Santé Grand Est		

		AAP (Fondations, Mutuelle, ...) ; Etat
	Autres ressources mobilisables (<i>Matériel, humaine</i>)	Moyens humains et matériels des EPCI et du PETR
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Convention Territoriale Globale (CAF) ; Projets Educatifs Territoriaux	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partenariats mis en place • Planification de sessions d'information/Formation <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actions réalisées/soutenues • Nombre de parents engagés dans ces actions <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilans • Questionnaire de satisfaction • Compte-rendu de réunion 	

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe 3	PREVENTION ET PROMOTION : RENFORCER LES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE 3.2. Améliorer les attitudes et aptitudes en matière d'alimentation en favorisant une alimentation de qualité et de proximité
Action N°10	Former le personnel des crèches, de la restauration scolaire et sensibilisation des familles à l'éducation au goût

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	Structure :	Communauté de communes du Bassin de Pompey Communauté de Communes du Bassin de Pont-à-Mousson Communauté de Communes Seille et Grand Couronné Communauté de Communes Mad & Moselle
	Personne référente	Binôme élu/technicien de chaque EPCI
Axe stratégique du CLS	Axes transversaux : <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé Axes thématiques : <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Avec 20 % d'adultes en situation d'obésité, soit 3 points au-dessus de la moyenne nationale, la région Grand Est est particulièrement touchée. En Grand Est, les chiffres épidémiologiques révèlent qu'un enfant sur cinq, soit 272 000 enfants de 2 à 17 ans sont concernés par une problématique de surpoids ou d'obésité, avec près de 10 % déjà en situation d'obésité (données ORS 2023). En Meurthe et Moselle, entre 35 600 et 42 300 enfants de 2 à 18 ans seraient concernés par un surpoids ou une obésité, dont entre 14 000 et 16 600 enfants en situation d'obésité.</p> <p>Dans le cadre de sa compétence Santé Nutrition, la communauté de communes du Bassin de Pompey produit et livre les repas des cantines scolaires et des crèches. Elle est également responsable de l'encadrement des enfants sur le temps méridien. Ainsi, la restauration scolaire est un temps éducatif à part entière, notamment en ce qui concerne la santé et la nutrition des enfants. Les orientations de cet accueil sont travaillées à travers un projet éducatif animé avec les responsables enfance jeunesse des communes.</p> <p>Un diagnostic réalisé auprès des sites de restauration, a mis en évidence un besoin de formation des équipes éducatives quant à l'accompagnement des enfants sur le temps méridien afin de promouvoir les comportements favorables à la santé.</p> <p>Il est proposé de reproduire cette action à l'échelle des 3 autres EPCI.</p> <p>Cette action s'inscrit en cohérence avec la <i>Stratégie des 1000 premiers Jours</i>.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 02.1 - Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière : Doubler le nombre de collectivités territoriales adhérant à la charte « villes actives ou départements actifs du programme national nutrition santé » <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS	

	<input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)*	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input checked="" type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3*	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectifs spécifiques	Améliorer l'accès (géographique, financier, culturel...) à l'offre alimentaire et améliorer les attitudes et aptitudes en matière d'alimentation en favorisant une alimentation de qualité et de proximité	
Objectifs opérationnels	Travailler sur les changements de comportement alimentaire/éducation alimentaire en s'appuyant sur des lieux « clés » (mission locale, point femme, épiceries sociales, cuisine centrale, écoles) ou des manifestations connexes Mettre en œuvre des programmes d'action dans le cadre de démarches concertées (Projet alimentaire territorial du sud 54 et Projet éducatif territorial du temps méridien) programme national nutrition santé)	
Etapes de mise en œuvre – Description	1- En partenariat avec la Maison de l'Alimentation et de la Nutrition en Grand Est qui met en œuvre le programme « Nutrition et Sensorialité » soutenu par l'ARS dans le cadre des CLS. <ul style="list-style-type: none"> - Former les accompagnants éducatifs des enfants fréquentant les cantines scolaires et équipements petite enfance avec le programme NUTS en plusieurs étapes : <ul style="list-style-type: none"> o Analyse de l'environnement en amont (site par site) o Sensibilisation à l'alimentation durable o Formation : liens entre les éducations à l'alimentation et les pratiques professionnelles o Analyse de l'environnement en aval o Partage d'expériences - Animer et organiser des rendez-vous des parents autour de l'alimentation des enfants via le lieu d'accueil enfants parents, les crèches et les communes. 2- Intégrer une formation des personnels au stade de la commande publique : dans les cahiers des charges des prestataires de la RHD	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle : <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 2024 (Bassin de Pompey) ; 2025 et suivantes : autres EPCI Fin : 2028	
Partenaires de l'action	ARS, Maison de l'Alimentation et de la Nutrition en Grand Est, communes	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Parents	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input checked="" type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	Budget global prévisionnel	Prestations de service - Ingénierie
	Financeurs et montants	Budgets des EPCI

	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	Interventions de la Maison de l'alimentation et de la nutrition en Grand Est financé par l'ARS
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Politiques locales et nationales de santé et d'éducation Petite enfance / Jeunesse Projets Alimentaires Territoriaux et Projets Educatifs Territoriaux	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectivité des actions • Satisfaction des participants <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de professionnels déclarant avoir acquis des connaissances sur la thématique traitée par l'action • Nombre de professionnels formés • Nombre de parents sensibilisés, informés, associés au projet <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire de satisfaction • Questionnement des acquis en début, fin et +6 mois 	

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input checked="" type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...) <input type="checkbox"/> Environnement physique (air, sol, eau, aménagement du territoire ...) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (prise en compte des déterminants de santé dans les politiques)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe 4	PRESERVER L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PHYSIQUE ET MENTAL ET DE LEURS AIDANTS SUR LE TERRITOIRE DU VAL DE LORRAINE 4.1. Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap de vivre dans des logements adaptés
Action N°11	Favoriser l'adaptation des logements à la perte d'autonomie liée à l'âge ou à un handicap

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Chaque année, plus de 2 millions de personnes de plus de 65 ans sont victimes d'une chute chez elles. En Grand Est, les chutes des personnes âgées entraînent chaque année plus de 13 000 hospitalisations et environ 900 décès.</p> <p>Avec plus de 90% des Français désireux de vivre chez eux le plus longtemps possible, l'adaptation pour favoriser le maintien à domicile est devenue un enjeu primordial. Ces adaptations ont pour objectif de prévenir les chutes et de rendre le logement plus accessible et confortable.</p> <p>Même si le territoire du Val de Lorraine est globalement jeune sa situation est plus contrastée lorsque l'on regarde à l'échelle des EPCI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seille et Grand Couronné : 17 % de la population a plus de 65 ans en 2019 - Bassin de Pont-à-Mousson : 19 % de la population a plus de 65 ans en 2019 avec un vieillissement plus important à l'ouest (entre 25-30%) - Mad et Moselle : 20 % de la population a plus de 65 ans en 2019 avec quelques communes vieillissantes également, - Bassin de Pompey : 22 % de la population a plus de 65 ans en 2019, qui en fait l'EPCI le plus vieillissant du Val de Lorraine. <p>L'enjeu de l'autonomie, notamment dans son logement est donc bien présent.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Objectif 01.0 - Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément.	

Partenaires de l'action	Conseils départementaux ; service/guichet Habitat des EPCI ; acteurs du logement et de l'habitat ; MDPH ; ADIL ; Etat	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : De l'habitat
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	Ingénierie et frais de communication
	<i>Financeurs et montants</i>	Budgets des EPCI et du PETR : <i>Au titre des actions aujourd'hui en place et financées</i>
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	OPAH ; PIG ; Délégation des aides à la pierre ; Pactes territoriaux	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de réunions de travail organisées • Nombre de temps d'information <u>Indicateurs de résultat :</u> • Nombre de participants aux temps d'information • Nombre de partenaires/professionnels mobilisés • Diffusion des éléments de communication <u>Méthode d'évaluation envisagée :</u> • Questionnaire de satisfaction	

Déterminants de santé visés :

Systeme de soins <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
Mode de vie <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
Conditions de vie

<input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)
<input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)
<input type="checkbox"/> Conditions de travail
Environnement social
<input type="checkbox"/> Intégration sociale
<input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)
<input type="checkbox"/> Normes et climat social
Contexte économique et politique
<input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales
<input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population
<input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
Conditions socio-économiques
<input type="checkbox"/> Niveau de revenu
<input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe 5	AGIR POUR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE
Action N°12	Cartographier des "parcours fraîcheur" et les mettre à disposition du grand public

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)
Porteur	<i>Structure :</i> Communauté de Communes du Bassin de Pompey
	<i>Personne référente</i> Chargé de mission santé/solidarité et jeunesse
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé
Contexte et enjeux locaux	<p>Entre 1947 et 2019, Météo France a identifié 47, 48 et 50 épisodes de vagues de chaleur respectivement en Lorraine, en Champagne-Ardenne et en Alsace. Sur la même période, 41 épisodes ont été enregistrés en France.</p> <p>La région Grand Est a une sensibilité particulière à cet aléa climatique du fait de sa position géographique qui la dote d'un climat un peu plus continental (l'océan étant un bon modérateur des vagues de chaleur).</p> <p>Cette situation pose 3 enjeux majeurs au niveau local :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protéger et limiter les impacts du réchauffement climatique sur la population et mieux accompagner les populations vulnérables. - Amélioration du cadre de vie (confort thermique, îlot de chaleur urbain). - Renaturation des milieux naturels et protection de la biodiversité.
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input checked="" type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé

<p>Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3</p>	<p><input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Favoriser la prise en compte des enjeux santé environnement dans l'aménagement et les politiques d'urbanisme <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Développer les connaissances et les compétences en santé environnement <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3</p>
<p>Objectifs spécifiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifier les zones fraîches et favoriser l'accès à l'eau potable ● Optimiser les trajets dans la ville ● Informer et sensibiliser le public ● Réduire l'exposition à la chaleur
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cartographier les zones où la température reste plus fraîche, comme les parcs, les espaces verts, ou les rues ombragées ➤ Créer et mettre à disposition des parcours fraîcheur qui aideront le grand public à trouver des refuges frais pendant les périodes de chaleur. ➤ Créer des outils d'information pour sensibiliser les habitants aux avantages des parcours fraîcheur, particulièrement en période de canicule. ➤ Réduire l'exposition à la chaleur : Minimiser l'exposition des piétons aux températures élevées en favorisant les trajets via ces parcours identifiés. ➤ Fournir des données pour aider les décideurs à planifier l'aménagement urbain, en tenant compte des besoins de rafraîchissement.
<p>Etapas de mise en œuvre – Description</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser un diagnostic pour caractériser la surchauffe urbaine, dont le phénomène d'îlots de chaleur urbaine et son évolution en climat futur, et identifier les zones fragiles (contexte social, pyramide des âges...) ➤ Identification des Parcours Fraîcheur <ul style="list-style-type: none"> ○ Recherche et sélection des lieux : Identifiez les endroits qui restent frais pendant les périodes de chaleur, comme les parcs, les forêts urbaines, les bords de l'eau, etc. ○ Recenser les points d'eaux, dont les points d'eau potable, disponibles dans les lieux publics ○ Identifier des zones prioritaires (comme par exemple les zones où vivent davantage de personnes âgées qui sont plus sensibles à la chaleur, ou les zones socialement défavorisées qui sont désavantagées sur tous les déterminants de santé) ○ Consultation des experts : Travaillez avec des climatologues, urbanistes et écologistes pour identifier les zones les plus fraîches. ○ Collecte de données : Utilisez des données météorologiques et des cartes thermiques pour localiser les zones les plus fraîches. ➤ Cartographie des Parcours <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilisation des outils de cartographie : Utilisez des outils comme Google Maps, QGIS ou ArcGIS* pour créer des cartes détaillées des parcours. ○ Création de parcours : Tracez les itinéraires en tenant compte des points de départ, des étapes et des points d'intérêt (zones ombragées, fontaines, etc.). ○ Intégration d'informations supplémentaires : la végétation, les points d'eau, , dont les points d'eau potable, et tout autre élément qui contribue à la fraîcheur du parcours. ➤ Mise à disposition au Grand Public <ul style="list-style-type: none"> ○ Développement d'un site web : Créez un site web dédié où les cartes et les parcours peuvent être consultés et téléchargés. Assurez-vous que le site est optimisé pour les mobiles. ○ Application mobile : Développez une application mobile pour que les utilisateurs puissent accéder aux parcours en déplacement. ○ Promotion et sensibilisation : Faites la promotion des parcours via les réseaux sociaux, les médias locaux, et des événements communautaires pour sensibiliser le public. ○ Maintenance et Mise à Jour régulière ➤ Retour d'expériences et élargissement éventuel à d'autres EPCI

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)</p> <p><input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)</p> <p><input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)</p> <p><input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité</p>
<p>Mode de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)</p>
<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p>
<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Normes et climat social</p>
<p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p>
<p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p>
<p>Autre(s)</p>

Axe 5	AGIR POUR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE
Action N°13	Plan Intercommunal de sauvegarde (PICS)

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)
Porteur	<i>Structure :</i> EPCI du Bassin de Pompey Extension aux 3 autres EPCI à partir de 2026 (Bassin d Pont-à-Mousson, Seille et Grand Couronné ; Mad & Moselle)
	<i>Personne référente</i> Fabien MALLERET
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé
Contexte et enjeux locaux	<p>Le Plan Intercommunal de Sauvegarde (PICS), document d'organisation de la réponse opérationnelle à l'échelon intercommunal face aux situations de crise, au profit des communes impactées, a été introduit par la loi MATRAS de 2021. Il organise la coordination et la solidarité intercommunale. L'article L. 731-4 du Code de la sécurité intérieure rend son élaboration obligatoire dans un délai de 5 ans à compter de la promulgation de la loi « dès lors qu'au moins une des communes membres est soumise à l'obligation d'élaborer un plan communal de sauvegarde ». Les EPCI concernés disposent jusqu'au 26 novembre 2026 pour se conformer à cette obligation.</p> <p>La Communauté de Communes du Bassin de Pompey a engagé dès 2020 une démarche de prévention des risques majeurs pour la population dans le cadre du déploiement de son Plan Intercommunal de Sauvegarde.</p>
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input checked="" type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Déployer et tester des scénarios de crise. La plupart de ces crises peuvent avoir des conséquences graves pour la santé des usagers. 	
Objectifs opérationnels	Organisation d'exercices de gestion de crise communs entre les services de santé et les collectivités territoriales du Bassin de Pompey (voir autres EPCI du Val de Lorraine)	
Étapes de mise en œuvre – Description	<p>Nous pouvons proposer aux établissements médico sociaux du territoire de participer à leurs exercices de gestion de crise (plan Blanc par exemple)</p> <p>Ces mêmes établissements peuvent demander à participer aux exercices sur table (pour le moment) ou terrain (à terme) que nous pouvons organiser autour de l'un des scénarios de crise actuellement défini :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canicule / vagues de chaleur • Tempête, vents violents, inondations • Cyber-attaque, intrusion et/ou violation de données • Feux de forêt • PCA PRA Pandémie / Epidémie • Rupture d'approvisionnement en eau potable • PCA PRA en cas de délestage ou de coupure d'alimentation en électricité • Toxi infection Alimentaire Collective • Vigipirate Urgence Attentat • TMD Transport Matière Dangereuse <p>Par ailleurs, les communes du Bassin de Pompey déploient depuis 2022 des Sauveteurs Volontaires de Proximité qui ont pour vocation d'être formés à l'usage de défibrillateurs et d'intervenir dans le cadre de permanences le plus rapidement possible en cas d'accident cardiaque avant que les services de secours n'arrivent. Des synergies sont probables entre les établissements médicaux sociaux et ce réseau de sauveteurs bénévoles (ex : sensibiliser les SST de son établissement à intervenir en cas d'accident cardiaque à proximité sur le temps de travail) https://mm.tl/app/map/2682422087?t=SNX0CergFO</p>	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : - 2025 pour le Bassin de Pompey ; - 2026 pour les autres EPCI Fin : 2028	
Partenaires de l'action	Les communes de chaque EPCI La société Numerisk L'association Grand Nancy Defi'B https://www.grandnancydefib.fr/	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Tous publics	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	Ingénierie
	<i>Financeurs et montants</i>	A déterminer

	Autres ressources mobilisables (<i>Matériel, humaine</i>)	Moyens humains de l'EPCI
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Transition écologique ; GEMAPI ; PCAET	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez) tout citoyen peut devenir Sauveteur Volontaire de Proximité. Il est également possible de solliciter les citoyens en cas de crise via une plateforme collaborative gratuite de l'association de prévention de la MAIF : https://www.preventraide.fr/zone-d-entraide/	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'exercices réalisés en partenariat CT/ Ets Médicaux sociaux • Nombre d'actions préventives mises en place suite à ces exercices • Nombre de SVP sur le territoire • Nombre d'interventions / de vies sauvées <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RETEX à froid après exercices • Bilan de l'association Grand Nancy defib 	

Déterminants de santé visés :

<p>Systeme de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

AXE 5	AGIR POUR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE
Action N°14	Mettre en place un réseau de sentinelles du pollen

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input checked="" type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	Communauté de Communes du Bassin de Pompey
	<i>Personne référente</i>	Chargé de mission santé/solidarité et jeunesse
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le dérèglement climatique et l'augmentation des températures induisent des floraisons précoces et une augmentation de la pollinisation des plantes. Ce contexte favorise les allergies de la population.</p> <p>Ainsi en France 1 personne sur 4 est concernée par l'allergie respiratoire et les pollens ont été identifiés comme étant à 50% responsables de ces gênes respiratoires. L'enjeu est d'anticiper pour mieux se protéger.</p> <p>Les sentinelles renseignent leurs observations en temps réel et de manière géolocalisée, via la plateforme Pollin'Air depuis un ordinateur, smartphone ou tablette. Trois stades de développement sont à renseigner : la floraison, le début et la fin de la pollinisation. Ainsi, les sentinelles participent à la collecte de données qui sont ensuite transmises aux professionnels de santé chargés d'alerter leurs patients.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 01.4 - Maîtriser les risques environnementaux : Réduire les risques liés au développement des espèces végétales susceptibles de nuire à la santé et renforcer la prévention des maladies vectorielles <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input checked="" type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément.	

	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Développer les connaissances et les compétences en santé environnement <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Surveillance de la Qualité de l'Air ● Alerte et Prévention ● Implication active des habitants du territoire
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Détecter et suivre les tendances et les pics de pollinisation qui peuvent affecter la santé publique ☛ Fournir des alertes en temps réel sur les niveaux de pollen afin de prévenir les populations sensibles, comme les personnes allergiques, et de réduire les risques de crises allergiques ☛ Contribuer à une meilleure surveillance et gestion des niveaux de pollen en impliquant activement les habitants du territoire : création d'un réseau de sentinelles du pollen en invitant les habitants du territoire à devenir sentinelles ☛ Eduquer et sensibiliser le public aux effets du pollen sur la santé et aux moyens de se protéger lors des périodes de forte pollinisation.
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilisation et information la population <ul style="list-style-type: none"> ○ Communication : Informer les habitants sur l'importance de surveiller les niveaux de pollen, les impacts sur la santé, et comment leur participation peut faire une différence. ○ Campagnes de sensibilisation : Utilisez les réseaux sociaux, les médias locaux, et des événements communautaires pour promouvoir l'initiative. ○ Documentation : Fournir des brochures, des affiches et des ressources en ligne expliquant le rôle des sentinelles du pollen. ➤ Organiser un appel à volontaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Recrutement : Organiser des réunions publiques et des sessions d'information pour recruter des volontaires et inviter les habitants à s'inscrire sur le site pollin'air (www.pollinair.fr) pour qu'ils puissent contribuer à l'observatoire du territoire et recevoir un guide permettant l'autoformation aux différentes étapes de reconnaissance des plantes allergisantes. ○ Nota. Collaboration avec des écoles, des associations locales, et des entreprises pour élargir le réseau de volontaires. ○ Reconnaître et récompenser les efforts des sentinelles pour maintenir leur engagement. ➤ Créer un chantier d'observation ouvert aux sentinelles et les écoles afin d'acculturer à la reconnaissance des plantes allergisantes et à leurs enjeux sur la santé. ➤ Mettre à disposition des équipement et outils (pas pour le Bassin de Pompey) <ul style="list-style-type: none"> ○ Fourniture d'équipements : kits de collecte de pollen (par exemple, des capteurs de pollen, des appareils de mesure). ○ Applications et plateformes : Développez une application ou une plateforme en ligne où les sentinelles peuvent entrer et consulter les données de pollen. ○ Sessions de formation : ateliers pour former les volontaires à identifier les types de pollen, à utiliser les outils de mesure, et à enregistrer les données. ➤ Collecter et analyser les données (pas pour le Bassin de Pompey) <ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place d'un système simple pour que les sentinelles puissent rapporter les niveaux de pollen observés. ○ Centralisez les données collectées pour les analyser et produire des rapports réguliers. ○ Partagez régulièrement les résultats et les analyses avec les sentinelles et la communauté.
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 01/2025 Fin : 2028
Partenaires de l'action	Atmo grand-est; ARS; Communes; les professionnels de santé; écoles; Université Lorraine ; Pollin'air

Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans)	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
	<input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : tout public	
Territoire d'intervention	Bassin de Pompey	
Financement	Budget global prévisionnel	Communication ; ingénierie ; prestations de service
	Financeurs et montants	EPCI ; ARS via le financement Atmo Grand Est
	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Transition écologique ; PCAET	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	Indicateurs de processus : • Création de chantiers d'observation Indicateurs de résultat : • Nombre de sentinelles engagées dans la démarche • Nombre de communes de l'EPCI impliquées dans la démarche Méthode d'évaluation envisagée : • Rapport d'activité • Compte-rendu • Comptage des sentinelles	

Déterminants de santé visés :

Système de soins <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
Mode de vie <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
Conditions de vie <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...) <input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique (air, sol, eau, aménagement du territoire ...) <input type="checkbox"/> Conditions de travail

Environnement social <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)



Contrat Local de santé du Val de Lorraine

2025-2029

Annexe 1



PAYS DU VAL DE LORRAINE

DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE DU VAL DE LORRAINE



Méthodologie

Cartographie

Dans ce document, pour la plupart des indicateurs, nous avons choisi de ne pas représenter de cartographie au niveau communal afin d'éviter de focaliser l'attention du lecteur sur des communes faiblement peuplées. En effet, parmi les 106 communes du Val de Lorraine, 71 sont peuplées de moins de 500 habitants et 10 sont peuplées de moins de 100 habitants. Les trois communes les plus faiblement peuplées ont environ 40 habitants chacune. Dans ces petites communes, il est fréquent d'observer des taux très éloignés de la moyenne du territoire, du fait des faibles nombres concernés. Ces communes apparaissent donc dans les classes extrêmes sur la carte, ce qui attire l'attention du lecteur sur elle. Les communes les plus peuplées, au contraire se trouvent dans les classes centrales et risquent d'être ignorées dans la lecture des cartes. Afin d'éviter cet écueil, nous avons choisi de représenter les données communes sous forme de graphique et de ne conserver que les communes de plus de 1 000 habitants. Celles-ci ayant des risques de variabilité des indicateurs moins importants.

Secret statistique

Les nombres de cas ne sont pas indiqués lorsqu'ils sont inférieurs à 5 afin de préserver le secret statistique. Les taux ne sont pas non plus calculés afin d'éviter de retrouver les nombres de cas.

Pour certains producteurs de données, le secret statistique est fixé à 10 cas (CPAM) ou à xx cas (Impôts). Ces limites empêchent de connaître les effectifs pour toutes les communes et ne permettent pas de réaliser un cumul par EPCI. Des approximations pourront éventuellement être faites dans ces cas.

Significativité

Les taux incidents ne sont pas calculés lorsque les nombres de cas sont inférieurs à 20



SOMMAIRE

PARTIE 1 <i>Pages 3 à 11</i>	Le territoire du Val de Lorraine - Principaux repères
PARTIE 2 <i>Pages 12 à 50</i>	Portrait sociodémographique et sanitaire
PARTIE 3 <i>Pages 51 à 85</i>	Etat de santé
PARTIE 4 <i>Pages 86 à 99</i>	Ressources sanitaires, sociales et médico-sociales disponibles sur le Val de Lorraine
SYNTHESE <i>Pages 100 à 104</i>	des rencontres des acteurs, des 25 septembre et 2 octobre 2015
CONCLUSION <i>Page 105</i>	



PARTIE 1 - Le territoire du Val de Lorraine - Principaux repères

Organisation et identité géographique	<i>Pages 4 à 7</i>
Bilan économique	<i>Pages 7 à 8</i>
Positionnement stratégique	<i>Pages 9 à 11</i>



Organisation et identité géographique



Situé du Nord au Sud, entre Metz et Nancy, et d'Ouest en Est, entre Madine/Chambley et l'aéroport régional, le Pays du Val de Lorraine s'étend sur une superficie de 945 km².

Au 1er janvier 2014, 101 366 habitants vivent dans cet espace.

• Une organisation intercommunale en profonde mutation

Le territoire est composé de 103 communes intégrées au sein de quatre Communautés de Communes, à dominante soit urbaine, soit rurale :

- la Communauté de Communes du Bassin de Pont-à-Mousson
- la Communauté de Communes du Bassin de Pompey
- la Communauté de Communes du Chardon Lorrain
- la Communauté de Communes de Seille et Mauchère,

Ne sont pas comprises dans ces 103 communes, les 3 communes du Sivom de Natagne et Chanteraine, non regroupées au sein d'un établissement public à fiscalité propre, et non adhérentes au Pays du Val de Lorraine.

Elles sont cependant partie prenante du bassin de vie du Val de Lorraine, et à ce titre incluses dans les données de la présente étude.

EPCI	Nbr habitants	Nbr communes
Bassin de Pompey	41 208	13
Bassin de Pont-à-Mousson	40 965	31
Chardon Lorrain	10 490	39
Seille et Mauchère	8 048	20

Communes "isolées"	Nbr habitants
Bratte	40
Moivrons	472
Villers les Moivrons	143

Après un important mouvement de fusion en 2014 (fusion de 4 EPCI et de communes isolées pour former l'actuelle Communauté de Communes du Bassin de Pont-à-Mousson), cette organisation est encore appelée à évoluer dans les mois à venir, avec la nouvelle impulsion donnée à la recomposition intercommunale par la loi NOTRe.

Celle-ci fixe en effet à 15 000 habitants, le seuil de population plancher imposé aux EPCI à fiscalité propre. Deux des 4 EPCI du Val de Lorraine ne sont plus conformes aux critères imposés par la loi NOTRe et devront faire évoluer leur périmètre dans le cadre des nouveaux schémas départementaux de coopération inter-communale (SDCI) qui devront être arrêtés avant le 31 mars 2016.

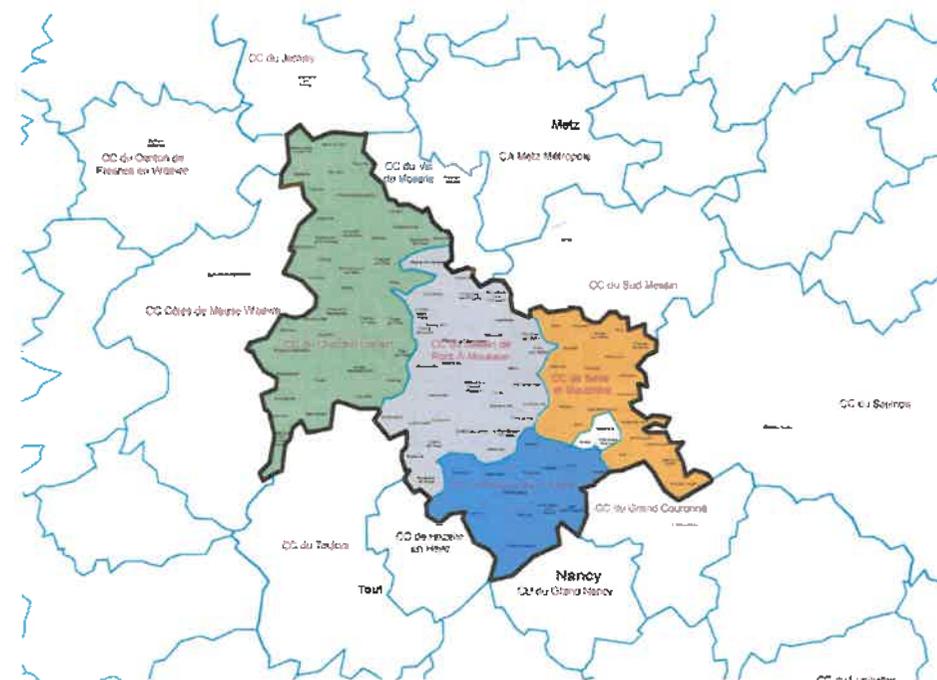
Les EPCI du Val de Lorraine ont su tirer parti des atouts et spécificités de leurs territoires respectifs, de leur accroche à des espaces territoriaux plus vastes (agglomérations lorraines, espace central, Sillon lorrain, multipôle Sud Meurthe et Moselle) pour porter des projets, collectifs, innovants, et initier des politiques publiques volontaristes au service du développement de leurs espaces et du bien-être de leurs habitants.

Leur dynamisme et leur degré d'intégration (compétences) constituent, conjugué au positionnement géostratégique de ce territoire, la force du Val de Lorraine.

Par ailleurs, et afin de poursuivre la dynamique de coopération mise en place, en lien avec les acteurs socio-économiques, depuis plus de 20 ans, au sein du Pays du Val de Lorraine, les 4 EPCI qui composent aujourd'hui le territoire du Pays du Val de Lorraine, ont décidé, par une délibération, prise en des termes identiques, au cours du 1er semestre 2015, d'engager les démarches visant à la transformation du Conseil de Pays du Val de Lorraine, aujourd'hui sous statut associatif, en un Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (Syndicat Mixte).

L'ambition portée par cet espace de coopération reste d'affirmer sa position d'espace à enjeux et de poursuivre son développement sur la base d'un projet politique et stratégique :

- porté par toutes les composantes de notre territoire, dans leur diversité et leurs spécificités,
- et inscrit dans une perspective métropolitaine, en lien et en coopération avec les grandes collectivités territoriales, Conseil régional et Conseil départemental, ainsi qu'avec les territoires voisins (EPCI mosellans et meurthe et mosellans, Pays ou PETR, Métropole Sud Lorraine, communauté urbaine éventuellement elle-même transformée en Métropole demain).



Il investira ainsi, dans un premier temps, les champs suivants :

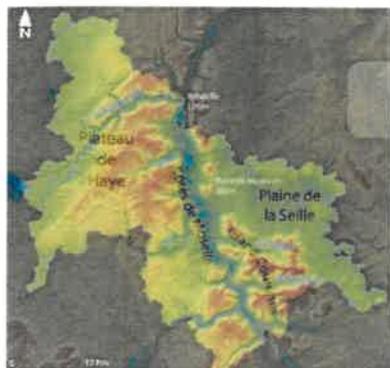
- Economie et Emploi, Santé,
- Urbanisme opérationnel,
- Mobilité et Transports,
- Aménagement et Environnement,

en ayant vocation à consolider et renforcer le partenariat mené avec les organisations ou structures existantes à l'échelle du Pays du Val de Lorraine (CAREP, PFIL, VLE, PRESTE, MTEF, communauté hospitalière, Espace Info énergie, ...) et inscrire ces réflexions dans les schémas régionaux y afférant.

• Une identité géographique plurielle

L'identité paysagère, humaine et agricole du Val de Lorraine est fortement marquée par les éléments de son relief.

Il offre une palette de paysages très riche et diversifiée ; on retrouve ainsi sur les différents espaces qui le composent à la fois des plaines humides, des vallons forestiers, des coteaux (viticoles et arboricoles), des plateaux calcaires.



Les voies d'eau sont particulièrement présentes sur le territoire. La Meurthe et de la Moselle traversent le territoire du Nord au Sud, d'Arnaville à Champigneulle, vallée centrale du territoire, tandis que leurs affluents (Mauchère, Natagne, Esch, Trey et Rupt de Mad) découpent les différents espaces qui encadrent cette vallée, côtes, petites vallées transversales encaissées de Mauchère, Natagne et Trey, la vallée de l'Esch (Petite Suisse lorraine), plaine de la Seille, buttes-témoins (Sainte Geneviève, Froimont, Mousson, Prény) et plateau de Haye (en rive gauche).

La valeur écologique de certains de ces espaces est soulignée par des zonages de protection : Natura 2000, pour la vallée de l'Esch (« Petite Suisse Lorraine »), et les pelouses calcaires et vallons froids de la Vallée du Rupt de Mad. Ou encore par une reconnaissance au titre de la Convention

RAMSAR, des ENS, etc., pour un certain nombre de milieux humides remarquables.

Ces espaces, qui incarnent donc l'identité géographique, mais aussi économique et culturelle, constituent autant d'éléments identitaires pour le Val de Lorraine, et portent deux types d'enjeux :

- de protection/préservation du patrimoine et de l'environnement naturel,
- de développement, économique, touristique, cadre de vie, etc.

• Une géographie humaine, principalement alignée sur la Vallée

La Vallée de la Moselle concentre les activités économiques et de services, ainsi que la population du Val de Lorraine. De part et d'autre de cet axe central, les espaces plus ruraux, structurés par des bourgs centres, ont cependant vu leur influence se développer au cours des deux dernières décennies, marquée notamment par une attractivité résidentielle forte des espaces situés entre l'urbain et le rural.

C'est notamment le cas autour des échangeurs de l'A31 (Lesménils, Atton et Belleville), ainsi que dans les vallées secondaires (Seille et Rupt de Mad).

La vallée principale, autrefois majoritairement industrielle, est en profond renouvellement à la fois d'un point de vue économique et urbain. Les espaces périphériques s'inscrivent, quant à eux, dans un nouveau rapport avec cette vallée, du fait notamment de la forte croissance démographique enregistré dans ces espaces. Dans ces secteurs la distinction entre urbain et rural tend à s'atténuer, pour aller vers une notion forte de « péri urbanité », avec ses propres enjeux, de développement durable (maltrise foncière, gestion de l'étalement urbain et mobilités notamment), et prise en compte des nouveaux modes de fonctionnement du territoire avec ces nouvelles polarités.

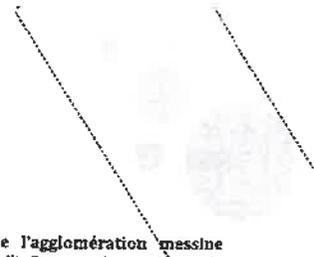
• Un territoire sous influence

Le zonage en Aires Urbaines et Aires d'Emplois de l'espace Rural (ZAUER) proposé par l'Insee montre que le Val de Lorraine est un des maillons de la colonne urbaine centrale Lorraine s'étirant de la frontière Luxembourgeoise à Remiremont. Il se trouve à la jonction des influences des agglomérations nancéienne et messine et possède, en son sein, deux principaux pôles urbains : l'agglomération mussipontaine et les agglomérations du Bassin de Pompey.

Le reste du territoire est identifié comme un ensemble d'espaces sous influence directe d'un ou plusieurs grands pôles urbains.



PAYS DU VAL DE LORRAINE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE



Les travaux conduits par l'Agence de développement du Val de Lorraine (« Attractivité et Migrations résidentielles »), s'appuyant sur une analyse des échanges entre les pôles et leur périphérie (dessalement résidentiel et influence économique des grandes agglomérations sur les différents territoires du Val de Lorraine sur la base des migrations domicile/travail et résidentielles) mettent en évidence trois tendances fortes à l'échelle du Val de Lorraine :

↳ une influence prédominante de l'agglomération nancéienne :

L'influence économique nancéienne est particulièrement forte au Sud de la ligne reliant Nomeny à la vallée de l'Esch.

Si cette influence reste importante dans la plaine de la Seille et la vallée de la Moselle, le plateau de Haye, trop éloigné, semble moins impacté. Entre 2003 et 2008, le dessalement résidentiel nancéien fait apparaître plus nettement cette dissymétrie Est-Ouest. Celui-ci semble contenu par l'A31 et la RD611 (Dieulouard-Toul),

↳ une influence de l'agglomération messine plus localisée : l'influence économique de l'agglomération messine marque un fort rayonnement sur sa partie Sud-Est où elle capte plus de 50 % de la population active résidente. Sur le Val de Lorraine, cette forte influence messine s'étend au Nord d'une ligne Pagny-sur-Moselle - Thiaucourt. En revanche, elle s'amenuise significativement de l'autre côté du Nord mussipontain à la Seille où sa progression vers le Sud semble plutôt « s'accrocher » à l'autoroute A31. Le même phénomène est visible en matière résidentielle, avec une influence identique à celle constatée en matière économique : dessalement en rive gauche du Rupt-de-Mad, mais limitation en rive droite de la Seille, au niveau de la limite départementale.

↳ l'absence d'influence significative de l'agglomération toulousaine : malgré sa proximité, l'influence économique et résidentielle de Toul resta marginale sur le territoire du Pays Terres de Lorraine et sur le Sud-Est messin, le long de l'A31 et de la N4.

Bilan économique

• Une économie dynamique

Au sortir des années de restructuration et de reconversion industrielle, la Lorraine, et en premier le Val de Lorraine fait aujourd'hui partie des régions à l'économie bien diversifiée.

Les années quatre-vingt-dix voient le tissu économique du Val de Lorraine renouer durablement avec la croissance de la production et de l'emploi, à l'exception de courtes périodes de ralentissement économique.

Il affiche un bilan globalement positif, et a souvent bien résisté aux crises économiques de ces dernières années.

Son tissu se caractérise essentiellement par :

↳ Une économie encore présente sur ses filières traditionnelles avec une assise encore relativement forte en terme d'emplois et d'entreprises de l'industrie, plus particulièrement dans les champs d'activités du Papier-Bois-Carton (UMP Raflotac et DELIPAPIER), Industrie du métal (Saint-Gobain - Pont à Mousson, ASCOMETAL, CROWN BEVCAN, MERSEN), et le transport-logistique, spécificité

industrielle confirmée par les emplois métropolitains supérieurs (EMS), dont une grande partie est concentrée dans les services aux entreprises, la gestion et le commercial dans l'industrie.

↳ Une économie bien diversifiée : quoiqu'encore très industriel, le territoire du Val de Lorraine a vu se développer les services dans le prolongement des activités de production, et de tertiarisation qui contribuent à la diversification de ce tissu.

↳ Une activité agricole encore très présente

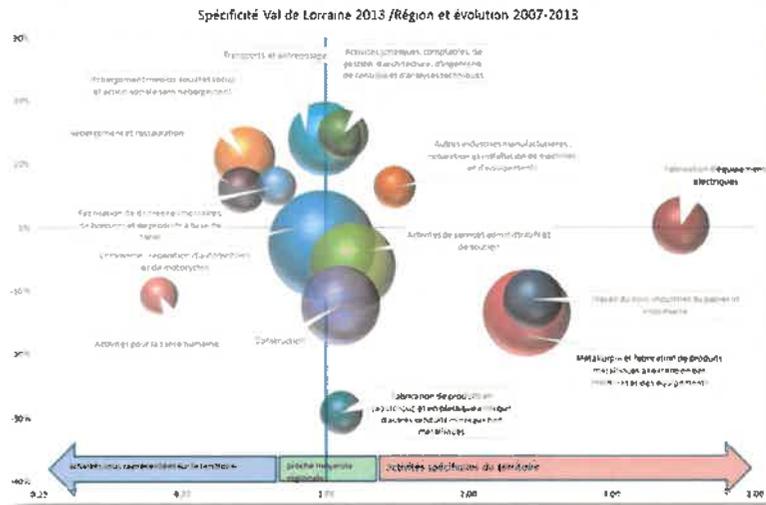
↳ Une économie qui porte aujourd'hui son ambition sur la valorisation des marchés émergents tels que le numérique, les technologies de l'autonomie et de la santé, vieillissement et dépendance, la production agricole de proximité ou la construction écologique ou adaptée.

- Typologie des activités présentes sur le territoire

Concernant les types d'activités présents sur le territoire, la Maison Territoriale pour l'Emploi et la Formation du Val de Lorraine en propose une lecture tirée de l'analyse de la spécificité des activités du territoire par rapport à un territoire de référence (sur la base du poids du secteur dans l'emploi), en l'occurrence, la Région Lorraine. Elle met ainsi en évidence (cf. schéma ci-dessous) :

- ↳ la construction, le commerce et les activités administratives et de soutien, ou encore le transport et l'entreposage se situent dans une moyenne proche de celle de la Région ;
- ↳ la métallurgie et la fabrication de produits métalliques, ainsi que le secteur du travail du bois, de l'industrie du papier et de l'imprimerie, secteurs très spécifiques au Val de Lorraine, et encore très présents, enregistrent une évolution négative entre 2007 et 2013 ;

- ↳ les plus fortes évolutions enregistrées sur cette même période concernent des activités peu spécifiques comme le transport et l'entreposage, ou encore l'hébergement médico-social,
- ↳ les données relatives aux secteurs de l'hébergement médico-social et social, et de l'action sociale sans hébergement, en augmentation, mais sans spécificité particulière sur le Val de Lorraine sont à nuancer au regard des importantes infrastructures présentes sur les agglomérations nancéenne et messine (CHU-CHR, OHS, hôpitaux privés, etc.), le Val de Lorraine étant en la matière, relativement bien doté cependant.



Les enjeux concernant l'avenir porteront sur :

- l'accompagnement du développement des ZAC d'intérêt régional et la qualification et spécification des zones d'activités d'intérêt intercommunal,
- le développement du tertiaire et du tertiaire supérieur à Pompey, Pont-à-Mousson et Vandières,
- le recyclage et la mutation du foncier,
- la structuration et le soutien de l'économie résidentielle, la structuration de l'économie

touristique et la poursuite de la structuration d'une économie circulaire,

- la poursuite de l'accompagnement de la création d'activités, et du développement de nouvelles filières (par exemple autour de l'énergie),
- l'inscription de l'agriculture dans les nouveaux enjeux du développement économique (filères et circuits courts ; modernisation, adaptation de la filière agricole),
- la redynamisation du commerce de proximité (dont le commerce ambulant en milieu rural).



PAYS DU VAL DE LORRAINE
DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE

Positionnement stratégique

Espace de liaison et d'articulation entre les deux agglomérations de Metz et de Nancy, le Val de Lorraine est riche d'un tissu économique et social reconstruit, d'une offre de services structurée, d'espaces et de paysages préservés, synonymes d'un cadre de vie de qualité, et d'une intermodalité, vrai potentiel d'attractivité.

• Une position géographique centrale et des infrastructures stratégiques

Dans un contexte d'intensification des échanges, et de mobilité accrue des hommes et des marchandises, et ce à différentes échelles, internationale, interrégionale, interterritoriale, interurbaine, la position centrale au sein de la région Lorraine du Pays du Val de Lorraine,

- à 1h30 de Paris en TGV, une connexion avec les grandes villes françaises et d'Europe ;
- à la croisée des réseaux routier, fluvial, ferré et aéroportuaire, avec l'A31, la RD657, la proximité de l'A4 et de la RN4, la Moselle canalisée, les ports de Frouard et de Belleville, l'aéroport régional, la LGV Est, l'autoroute ferroviaire Athus-Perpignan, la présence de plusieurs gares ferroviaires,

le place au cœur d'un véritable carrefour européen, et l'appelle ainsi :

- à constituer le trait d'union, dans le Sillon lorrain, entre les agglomérations de Nancy et de Metz,
- à jouer un rôle clé dans la cohésion et le développement de la Multipôle Sud Lorraine, du territoire départemental et régional, à l'échelle européenne en articulation avec la région métropolitaine polycentrique transfrontalière (RMPT), et dans la perspective de l'émergence d'une métropole lorraine de visibilité européenne.

Situation qui se trouverait confortée par la réalisation d'infrastructures nouvelles : une gare lorraine d'interconnexion à Vandières, la mise à 2X3 voies de l'A31, la réalisation de la liaison Toul-Dieulouard, l'amélioration du cadencement sur la ligne ferrée, l'ouverture d'une ligne LGV vers le Sud, via Lure, la liaison Saône-Moselle.

• Un espace à vocation métropolitaine

Le Conseil Régional de Lorraine a identifié, dans son document stratégique « Lorraine 2020 », trois territoires appelés à porter le développement régional pour les 30 prochaines années :

- Esch/ Belval à la frontière entre la Meurthe-et-Moselle et le Luxembourg,
- Moselle Est/ Saarbrücke à la frontière entre la Moselle et l'Allemagne,
- l'Espace Central, territoire interdépartemental situé entre les agglomérations de Nancy et Metz, encore dénommé Cœur Metz Nancy Lorraine, et au cœur duquel se trouve le Val de Lorraine.

L'espace central dispose en effet de nombreux atouts de développement qui lui permettent d'envisager de contribuer efficacement au dynamisme et au développement de l'aire métropolitaine :

- la concentration d'infrastructures de transport de niveau régional, national et international (autoroute A31, aéroport Metz Nancy Lorraine, situé sur la vallée de la Seille, le réseau ferré TER avec une présence importante de gares sur le territoire du Val de Lorraine : à Pagny sur Moselle, Pont-à-Mousson, Dieulouard, Belleville, Marbache, Pompey, Frouard, Champigneulle, la gare de Louvigny, ports de trafic interrégional et international, voies départementales majeures, future Véloroute Voie Verte entre Dieulouard et Arnaville, et peut-être, à terme, la gare d'interconnexion de Vandières),
- du foncier disponible pour des activités et de l'habitat (sur le plateau de Haye, sur la vallée de la Seille et la vallée de la Moselle),

- une armature urbaine structurante avec une agglomération pivot de 15 000 habitants, Pont-à-Mousson, et au-delà, une agglomération qui propose services privés et publics, avec une part importante d'emplois métropolitains supérieurs (Etablissement Public Foncier de Lorraine, Parc naturel régional), équipements sanitaires et sociaux dont l'Hôpital de Pont-à-Mousson, ...),
- des équipements de rayonnement métropolitain, qu'il s'agisse des infrastructures de transport précédemment citées, ou d'autres, à vocation culturelle, touristique ou économique (Centre culturel de l'abbaye des Prémontrés, Musée de Pont-à-Mousson, Zones d'activités de

Lesmenils/Bouxières, Atton, Chambley, Parce Eiffel Energie, etc.), ainsi que des entreprises d'envergure internationale comme Saint Gobain-Pont-à-Mousson, Mersen (et plus vers le sud du territoire, Raflatac, Délipapier, Crown Bevcan, Novasep ...),

- des espaces naturels proches des villes, que ce soit en son cœur même (vallée de la Moselle) ou dans sa périphérie (vallées du Rupt de Mad et de l'Esch classées en zone Natura 2000),

ATOUS

- Dynamisme industriel et agricole
- Position géographique privilégiée en Lorraine (Cœur Metz-Nancy-Lorraine)
- Territoire bien doté en infrastructures de transport (A31, gares TER, plateforme multimodale du port de Frouard et de Belleville proximité de la gare Lorraine TGV et de l'aéroport régional)
- Pôles d'échanges multimodaux de Pont à Mousson et Pagny sur Moselle
- Pôle logistique d'Atton
- Structures (EPFL, CRT...) et équipements (Chambley, zone de Lesménilla, proximité de Madine) porteurs de fonctions métropolitaines
- Secteur industriel très présent (25% de l'emploi), avec des entreprises au rayonnement international (Saint-Gobain, Général Electric, NOVASEP, Mersen...)
- Plateforme industrielle de Pompey
- PRESTES (technologies médicales et de santé) qui rayonne au-delà du territoire
- Entreprises du secteur impliquées dans des pôles de compétitivité
- Centrale photovoltaïque de Rosières
- Offre touristique diversifiée
- Equipements culturels structurants (Abbaye des Prémontrés, Musée au fil du papier, Théâtre Gérard Philipe...)
- Evènementiel dynamique (Festivals Geo-Condé, du Conte, Scènes en Seille, Mousson d'été et d'hiver et Estivales de Pont à Mousson)
- Patrimoine naturel et urbain de qualité facteur de rayonnement
- Des outils de coordination favorisant une approche et des réflexions interterritoriales (Pays, PNRL)
- Une coopération organisée de longue date entre tous les acteurs du territoire (Pays, CAREP, Maison Territoriale de l'Emploi et de la Formation du Val de Lorraine)
- Réseau d'Initiative Publique structurant (dorsale optique Proximit-e)
- Infrastructures HD / THD de desserte (déployées avec le soutien du CRL) ayant permis d'améliorer la couverture HD / THD des territoires

FAIBLESSES

- Territoire fortement dépendant du dynamisme des agglomérations voisines et menses
- Rayonnement insuffisant de la ville de Pont-à-Mousson malgré sa situation géographique privilégiée
- Engorgement des axes de transport du Sillon Lorrain
- Difficulté de liaison Est-Ouest (peu de ponts sur la Moselle)
- Mobilités difficiles en milieu rural
- Difficulté pour évaluer finement la situation de l'emploi, le Val de Lorraine étant rattaché à la zone d'emploi de Nancy qui reste relativement dynamique
- Le secteur tertiaire et l'économie résidentielle sont en retrait
- La majorité des zones d'activité de dimension métropolitaine sont en voie de saturation
- Etalement urbain
- Faible adhésion des opérateurs privés pour le déploiement de la fibre optique
- Insuffisance de déploiement des infrastructures HD et THD en milieu rural
- Sans action coordonnée, risque d'émiettement de l'initiative publique, pouvant nuire actuellement à la commercialisation des réseaux d'initiative publique auprès des opérateurs commerciaux
- Friches industrielles urbaines

OPPORTUNITES

- Mise en 2X3 voies de l'A31, création du bureau Toul-Dioulouard
- Zone régionale de Lesmenils/Bouxières sous Froidmont
- Reconversion du site EDF de Bionod-Lés-Pont-A-Mousson
- Extension du réseau public de collecte « Proximit-e », opérations de montage en débils hertzienne et desserte de ZA en THD par le CD54 ; partenariat Bassin de Pompey
- Mise en œuvre / exploitation d'infrastructures et de réseaux d'initiative publique à l'échelle supra départementale, dans le cadre d'une structure de gouvernance partagée (Syndicat Mixte Ouvert pluri départemental) ;
- Péréquation possible à l'échelle des différents territoires, les opérateurs n'ayant pas prévu d'intervenir sur des villes moyennes.
- Pôle d'échange multimodal de Pompey
- Campus Formation
- Territoire candidat potentiel à l'AMI « Ecologie Industrielle et Territoriale »

MENACES

- Perte d'attractivité et paupérisation des cœurs de bourg anciens
- Hébergement touristique insuffisant
- Césure rural urbain
- Risque de disparition de l'élevage
- Transmission des entreprises commerciales et agricoles
- Perte d'attractivité des territoires les plus ruraux



PARTIE 2 – Portrait sociodémographique et sanitaire

Démographie

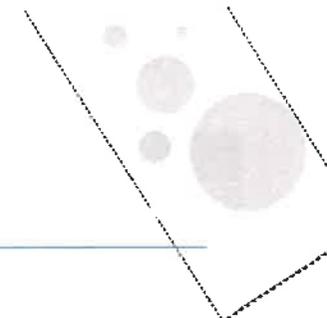
Pages 13 à 18

Population active

Pages 19 à 29

Précarité

Pages 30 à 49



Démographie

• Répartition de la population

En 2012, le Val de Lorraine est peuplé de 99 922 habitants, soit 13,6 % de la population meurthe-et-mosellane et 4,3 % de la population lorraine.

Avec environ 40 000 habitants chacun, le Bassin de Pompey et le Bassin de Pont-à-Mousson regroupent 81,1 % de la population du Val de Lorraine, et également les communes les plus peuplées. La principale étant Pont-à-Mousson avec 15 053 habitants, devant Champigneulle (6 884) et Frouard (6 727).

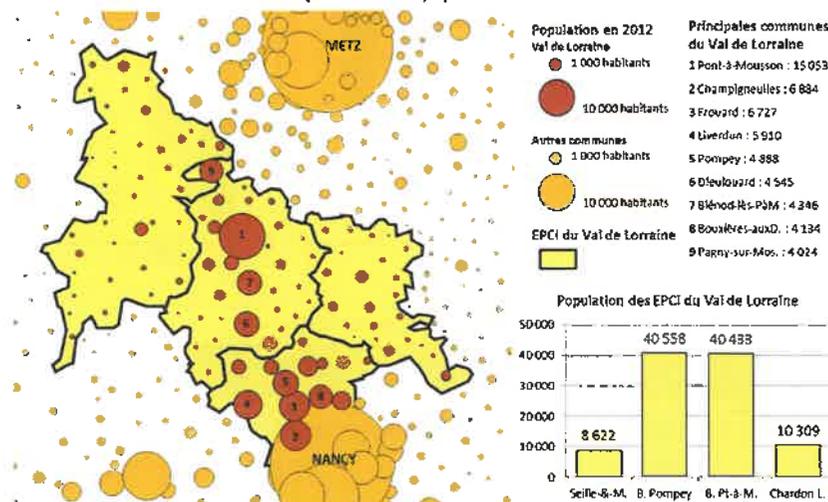
La densité de population (104 habitants par kilomètre carré) est proche de la moyenne régionale (100 habitants par kilomètre carré) et la part de la population rurale (29,0 %) est également proche du niveau régional (28,0 %). Le territoire se divise en deux groupes de communautés de communes.

Au centre, les Communautés de communes du Bassin de Pompey et de Pont-à-Mousson sont très majoritairement urbaines (respectivement 90,3 % et 84,8 % de leur population) et possèdent les densités les plus élevées (respectivement 260 et 152 habitants par kilomètre carré).

A l'est et à l'ouest, les Communautés de communes de Seille et Mauchère et du Chardon lorrain sont entièrement rurales et ont des densités de population beaucoup plus faibles (respectivement 49 et 28 habitants par kilomètre carré).

Le Chardon lorrain, plus éloigné de Nancy et plus étalé géographiquement enregistre la plus faible densité du Pays Val de Lorraine.

Répartition de la population en 2012





Superficie, population et densité de population

	Superficie (km²)	Densité en 2012 (hab./km²)	Population recensée 2007	Population recensée 2012	Population totale (% 2012)	Population urbaine (% 2012)
CC de Seille et Mauchère	175	49	8 155	8 622	100,00%	0,00%
CC du Bassin de Pompey	156	260	40 445	40 559	9,70%	90,30%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	266	152	39 553	40 433	15,20%	84,80%
CC du Chardon lorrain	365	28	9 910	10 309	100,00%	0,00%
Val de Lorraine	962	104	98 062	99 922	29,00%	71,00%
Meurthe-&M.	5 246	140	726 592	733 266	23,10%	76,90%
Lorraine	23 547	100	2 339 881	2 349 816	28,00%	72,00%
France metrop.	544 435	116	61 795 550	63 375 484	23,00%	77,00%

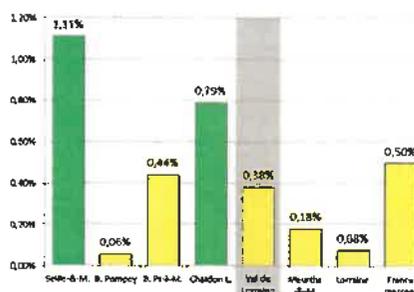
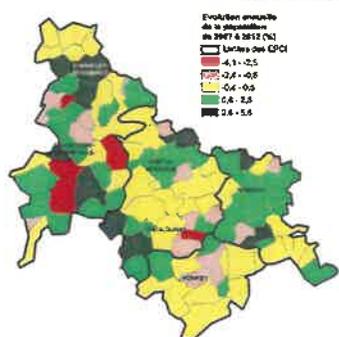
Sources : Insee (Recensement)

• Variation de la population

Entre les recensements de 2007 et 2012, la population du territoire Val de Lorraine a augmenté en moyenne annuelle de 0,38 %, ce qui correspond à une accélération par rapport à la période 1999-2007 (+0,07% par an), et est supérieure à la croissance observée dans l'ensemble de la Meurthe-et-Moselle (0,18 %) et de la Lorraine (0,08 %). Cette croissance favorable dans le Val de Lorraine s'explique par un solde migratoire

légèrement positif (+ 0,04% par an) du fait de la périurbanisation des Messins et des Nancéens, alors que ce solde est négatif dans l'ensemble de la région (-0,13 % par an). La croissance de la population est particulièrement rapide dans le Chardon Lorrain (+0,79 % par an) et en Seille et Mauchère (+1,11 % par an), ces communautés de communes bénéficiant d'un solde migratoire particulièrement favorable (respectivement + 0,45 % et + 0,59 %).

Taux de croissance annuel de la population entre 2007 et 2012



Evolution de la population entre 2007 et 2012

	Evolution annuelle		Solde naturel		Solde migratoire	
	Nb / an	Ts / an	Nb / an	Ts / an	Nb / an	Ts / an
CC de Seille et Mauchère	93	1,11%	49	0,59%	44	0,53%
CC du Bassin de Pompey	23	0,04%	55	0,14%	-32	-0,08%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	176	0,44%	194	0,49%	-18	-0,04%
CC du Chardon lorrain	80	0,79%	35	0,34%	45	0,45%
Val de Lorraine	372	0,38%	333	0,34%	39	0,04%
Meurthe-&M.	1 135	0,18%	2 283	0,31%	-948	-0,13%
Lorraine	1 987	0,08%	5 722	0,24%	-3 735	-0,16%
France metrop.	315 987	0,50%	261 262	0,42%	54 725	0,09%

Source : Insee (Recensement)

L'indice de fécondité, plus élevé dans le Val de Lorraine (2,09 enfants par femme) que dans l'ensemble de la région (1,80 enfants par femme), s'explique par le fait qu'une partie des étudiantes originaires de ce territoire sont domiciliées à Nancy

ou à Metz pendant leurs études, période pendant laquelle elles n'ont généralement pas d'enfants. De plus, une partie des jeunes adultes de Metz ou de Nancy viennent s'installer dans le Val de Lorraine au moment de fonder une famille.

Natalité en 2010-2012

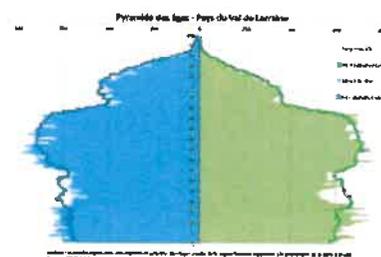
	Natalité en 2010-2012						Indice conjugué de fécondité
	Total		Mères de moins de 18 ans		Mères de 30 ans ou +		
	Nb / an	Taux	Nb / an	Taux	Nb / an	Taux	
CC de Seille et Mauchère	104	0,00%	0	0,00%	7	6,7%	2,03
CC du Bassin de Pompey	453	0,5%	2	0,5%	30	6,6%	2,10
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	503	0,5%	3	0,5%	25	5,0%	2,06
CC du Chardon lorrain	136	0,3%	0	0,3%	7	5,0%	2,29
Val de Lorraine	1197	0,5%	5	0,5%	69	5,7%	2,09
Meurthe-&M.	11 494	0,6%	54	0,6%	550	6,5%	1,77
Lorraine	26 426	0,6%	165	0,6%	1 661	6,3%	1,80
France metrop.	793 472	0,5%	4 095	0,5%	62 864	7,9%	1,99

Sources : Insee (Recensement, Etat Civil)

• Structure par âge de la population

La pyramide des âges de la population du Val de Lorraine est plus jeune que celle de la région. Toutefois, on observe un important déficit de personnes âgées de 20 à 29 ans du fait des départs de jeunes étudiants vers les villes universitaires.

est plus élevée qu'en Lorraine (25,3 % contre 23,5 % dans la région), notamment dans les deux Communautés de Communes les moins peuplées à savoir Seille et Mauchère (28,7 %) et le Chardon lorrain (27,1 %).



La répartition de la population du Val de Lorraine par tranche d'âge en 2012, est proche de ce qui est observé au niveau du département et de la région, avec cependant une différence notable concernant les moins de 20 ans dont la proportion

Parmi les communes de plus de 1000 habitants, Saizerais enregistre la proportion la plus élevée (29,9 %) devant Nomeny (27,0 %) et Norroy-lès-Pont-à-Mousson (26,8 %).

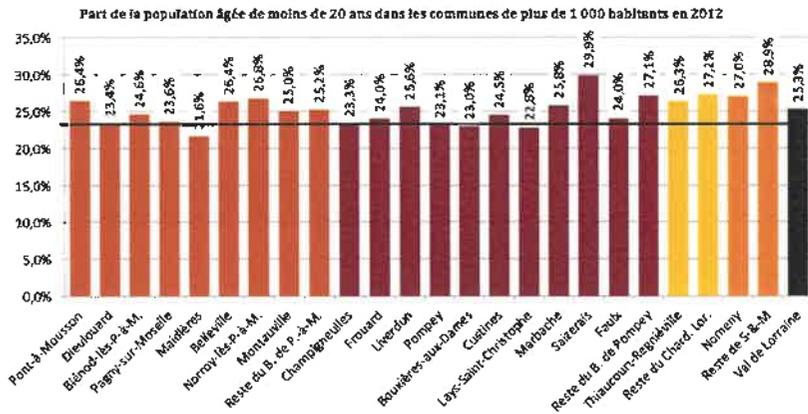
Concernant les autres communes, un taux relativement élevé est également observé à Pont-à-Mousson (26,4 %), les proportions étant plus faibles dans les communes de Lay-Saint-Christophe (22,8 %) et de Muidières (21,6 %). Les communes de Pompey (23,1 %) et de Boudières-aux-Dames (23,0 %), ont des taux inférieurs à la moyenne régionale, et ce malgré l'accueil en établissement à caractère social de 55 enfants dans la première commune et de 71 enfants dans la seconde.

La part de la population âgée de 75 ans ou plus est plus faible dans le Val de Lorraine (8,5 %) que dans l'ensemble de la région (9,1 %). Seul le Bassin de Pompey enregistre une proportion de cette population équivalente au niveau régional. Parmi les communes de plus de 1 000 habitants, les plus fortes proportions de personnes âgées de 75 ans ou plus sont observées à Faulx (15,1 %), à Pompey (14,2 %) et à Thiaucourt-Regniéville (12,5 %). Ces

chiffres s'expliquent cependant par le fait que ces trois communes accueillent des personnes âgées en établissement médico-social. Les proportions le plus faibles sont observées dans les communes de Liverdun (6,1 %), Norroy-lès-Pont-à-Mousson (5,6 %) et Saizerais (4,6 %), ainsi que dans l'ensemble des communes de moins de 1 000 habitants de Seille-et-Mauchère (6,0 %).

	Population 0-14 ans			Population 15-74 ans			Population 75 ans ou +		
	2012		2007	2012		2007	2012		2007
	Nombre	Taux	Taux	Nombre	Taux	Taux	Nombre	Taux	Taux
CC de Seille et Mauchère	2 471	28,7%	28,9%	1 080	12,5%	10,9%	528	6,1%	6,3%
CC du Bassin de Pompey	9 865	24,3%	25,4%	6 565	16,2%	14,5%	3 702	9,1%	7,7%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	10 185	25,2%	25,5%	5 843	14,5%	12,9%	3 381	8,4%	7,1%
CC du Chardon lorrain	2 793	27,1%	28,0%	1 278	12,4%	10,5%	834	8,1%	7,6%
Val de Lorraine	25 313	25,3%	26,0%	14 766	14,8%	13,2%	8 445	8,5%	7,3%
Meurthe-&M.	176 465	24,1%	24,6%	103 715	14,1%	12,7%	64 810	8,8%	8,1%
Lorraine	551 773	23,5%	24,2%	346 674	14,8%	13,2%	213 052	9,1%	8,1%
France metrop.	15 452 580	24,4%	24,7%	9 295 495	14,7%	13,2%	5 806 165	9,2%	8,5%

Source : Insee (Recensement)

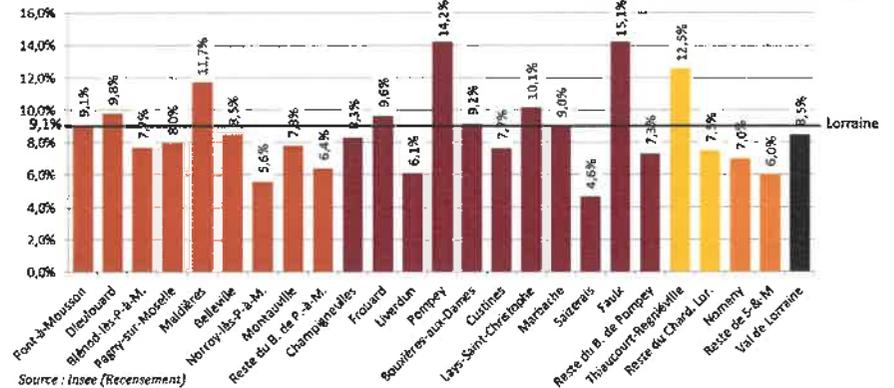


Source : Insee (Recensement)



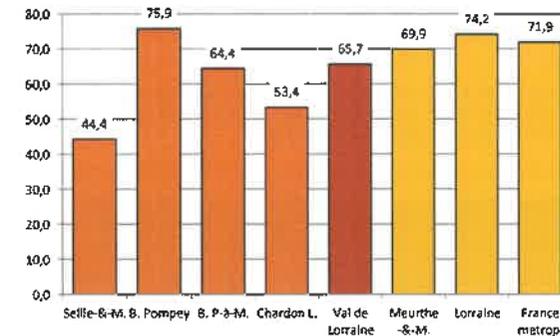
PAYS DU VAL DE LORRAINE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE

Part de la population âgée de 75 ans ou plus dans les communes de plus de 1 000 habitants en 2012



Globalement, la population du Val de Lorraine est plus jeune que dans l'ensemble de la région avec un indice de vieillissement de 65,7 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes âgées de moins de 20 ans contre 74,2 en Lorraine. Dans le Bassin de Pompey (75,9), cet indice est plus élevé que dans l'ensemble de la région. Il est, en revanche, particulièrement faible en Seille et Mauchère (44,4). Ces chiffres sont cependant à tempérer par l'existence d'établissements accueillant des personnes âgées.

Indice de vieillissement de la population en 2012*



* Indice de vieillissement = Population âgée de 65 ans ou plus / Population âgée de moins de 20 ans x 100

Entre 2007 et 2012, le vieillissement de la population a été à peu près aussi rapide dans le Val de Lorraine que dans l'ensemble de la région. La part des moins de 20 ans a diminué de 0,7 point dans le Val de Lorraine et en Lorraine et la proportion de 75 ans ou plus a augmenté de 1,2 point dans le Val de Lorraine et de 1,0 point en Lorraine. Le Bassin de Pompey se distingue par un vieillissement plus rapide de sa population, avec une diminution de 1,1 point de la proportion de moins de 20 ans et une augmentation de 1,4 point de la part des 75 ans ou plus. En Seille-et-Mauchère,

le vieillissement a été beaucoup moins important avec une faible diminution de la part des moins de 20 ans (-0,2 point) et également une diminution de la part de la population âgée de 75 ans ou plus (0,2 point). Ces évolutions sont liées au solde migratoire observé dans ces différentes communautés de communes. En effet, les jeunes ménages ayant des enfants semblent quitter les territoires les plus peuplés du Sillon Lorrain pour aller s'installer dans les zones périurbaines de Seille-et-Mauchère et du Chardon Lorrain.

- Vieillesse de la population (projections)

La qualité des projections de population

Les projections de population ont été réalisées à partir des données du recensement de 1999 en utilisant les soldes migratoires observés entre 1990 et 1999. Elles ne concernent pas exactement le territoire du Val de Lorraine défini dans le Contrat Local de santé. Ici, il s'agit du territoire de santé et de proximité n°15¹ dont la population totale en 2012 était égale à 96 411 habitants (contre 99 922 pour le territoire du CLS).

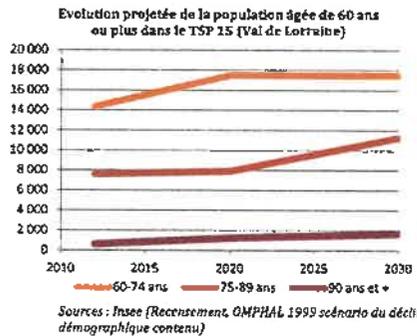
La comparaison entre les projections de personnes âgées de 60 ans ou plus pour 2012 avec le recensement de cette même année montre un faible décalage (22 518 personnes recensées contre 22 925 attendues, soit un écart de 1,8 %). Ainsi, ces projections semblent relativement fiables.

La population âgée de 60 ans ou plus est la plus exposée au risque de dégradation de la santé. Il est important de différencier différentes classes d'âge parmi cette population du fait de l'augmentation des incapacités et des risques de morbidité et de mortalité avec l'âge. Ainsi, on distingue les personnes âgées de 60 à 74 ans, dont les taux de dépendance sont inférieurs à 5%², des personnes âgées de 75 à 89 ans dont les taux de dépendance sont compris entre 5% et 20%, et enfin les personnes âgées de 90 ans ou plus dont les taux de dépendance dépassent 20%.

En 2020, Le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus devrait être égal à 26 564, soit 18 % de plus qu'en 2012. Ce nombre devrait atteindre 30 361 en 2030 (35 % de plus).

Entre 2012 et 2020, le nombre de personnes âgées de 75 à 89 ans devrait augmenter de 4 % (de 7 599 à 7 909). Cette faible augmentation est liée à l'entrée dans cette classe d'âge des personnes nées entre 1930 et 1945 qui étaient peu nombreuses. Le nombre de personnes âgées de 90 ans ou plus devrait plus que doubler (de 585 à 1 204, soit une augmentation de 106 %) du fait de l'allongement de l'espérance de vie et de l'arrivée dans cette classe d'âge des personnes nées entre 1920 et 1929 qui étaient plus nombreuses que les personnes nées pendant la première guerre mondiale.

Entre 2020 et 2030, la population âgée de 60 à 74 ans ne devrait plus augmentée. On observera, en revanche, une accélération de l'augmentation de la population âgée de 75 à 89 ans (+42%). La population âgée de 90 ans ou plus devrait continuer à s'accroître à un rythme soutenu (+38%).



Projection de population âgée de 60 ans ou plus dans le TSP 15 (Val de Lorraine)

	2012		2020		2030			
	Recensement	Projection	Projection	Projection	Projection	Projection		
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux		
Hommes	60-74 ans	7 041	14,4%	7 022	8 184	17,7%	7 991	17,8%
	75-89 ans	2 886	5,9%	2 977	3 160	6,8%	4 689	10,4%
	90 ans et +	145	0,3%	170	308	0,7%	463	1,0%
	Total	10 072	20,6%	10 169	11 652	25,2%	13 143	29,3%
Femmes	60-74 ans	7 294	14,3%	7 583	9 267	19,0%	9 463	19,7%
	75-89 ans	4 713	9,2%	4 731	4 749	9,8%	6 553	13,7%
	90 ans et +	440	0,9%	522	896	1,8%	1 202	2,5%
	Total	12 446	24,4%	12 756	14 912	30,6%	17 218	35,9%
Ensemble	60-74 ans	14 334	14,3%	14 525	17 451	18,4%	17 454	18,8%
	75-89 ans	7 599	7,6%	7 708	7 909	8,3%	11 242	12,1%
	90 ans et +	585	0,6%	692	1 204	1,3%	1 665	1,8%
	Total	22 518	22,5%	22 925	26 564	28,0%	30 361	32,7%

Sources : Insee (Recensement, OMPHAL 1999 scénario du déclin démographique contenu)

La part des personnes âgées de 60 ans ou plus devrait passer de 22,5% de la population en 2012 à 32,7% en 2030.

¹ 12 communes du Val de Lorraine n'appartiennent pas au territoire de santé et de proximité n°15. Il s'agit de Chombley-Bussières, Dampvilloux, Hageville, Homonville-Suzemont, Mars-la-Tour, Martincourt, Puxieux, Saint-Julien-lès-Gorze, Sponville, Tronville, Waville et Xenville.

² Taux estimés de personnes dépendantes de groupe iso ressources GIR 1 à 4 d'après l'enquête HID à domicile de 1999. (GUILLOT Catherine, MORMICHE Pierre. Les enquêtes handicapés-incapacités-dépendance de 1998 et 1999 : Résultats société n°22, octobre 2003, 221p).



Population active

- Taux d'activité de la population

En 2012, 73,5% de la population âgée de 15 à 64 ans est active dans le Val de Lorraine, ce qui est supérieur au niveau régional (71,9%) mais équivalent au niveau national (73,7%). Ce taux d'activité, relativement élevé pour la région, est en partie lié à l'absence d'université dans le Val de Lorraine. Ainsi, le taux d'activité entre 19 et 22 ans est égal à 62,7% dans le Val de Lorraine contre 56,4% dans l'ensemble de la région. Ce fort taux d'activité est également lié à la faible proportion de

personnes au foyer (4,5% de 15-64 ans contre 5,0% en Lorraine) ainsi que des autres inactifs (3,4% non étudiants, retraités ou personnes au foyer contre 4,5% en Lorraine). Ainsi le taux d'activité entre 25 et 54 ans est égal à 91,7% dans le Val de Lorraine contre 89,2% dans l'ensemble de la région. Entre 60 et 64 ans, en revanche, le taux d'activité est plus faible dans le Val de Lorraine (15,5%) que dans l'ensemble de la région (17,9%).

Répartition de la population âgée de 15 à 64 ans selon l'activité en 2012

	Population âgée de 15 à 64 ans		Taux d'activité 2012	Taux d'activité 2007
	Total	Actifs		
CC de Seille et Mauchère	5 582	4 361	78,1%	75,7%
CC du Bassin de Pompey	25 782	18 799	72,9%	71,5%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	26 197	18 985	72,5%	71,7%
CC du Chardon Lorrain	6 626	5 040	76,2%	75,2%
Val de Lorraine	64 187	47 185	73,5%	72,3%
Meurthe-S.-M.	491 734	342 391	71,1%	69,8%
Lorraine	1 530 027	1 099 353	71,9%	70,6%
France metrop.	10 624 625	7 928 236	73,7%	72,1%

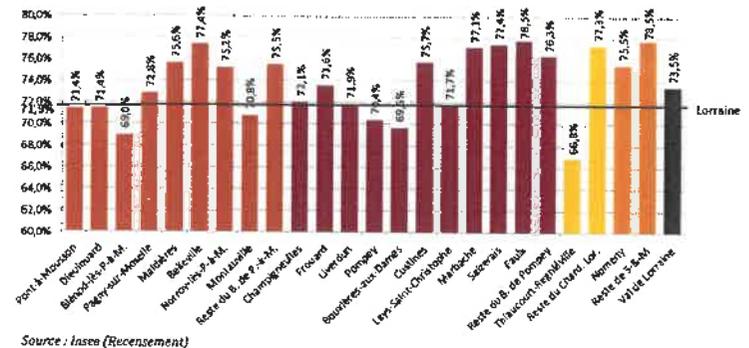
Source : Insee (Recensement)

A l'échelle du territoire du Val de Lorraine, les taux d'activité sont plus élevés dans les communautés de communes rurales (76,1% dans le Chardon Lorrain et 78,1% en Seille et Mauchère) que dans les communautés de communes à dominante urbaine (72,5% dans le Bassin de Pont-à-Mousson et 72,9% dans le Bassin de Pompey). Les plus faibles taux d'activité étant enregistrés à Bouxières-aux-Dames (69,5%), à Blénod-lès-Pont-à-Mousson (69,0%) et surtout à Thiaucourt-Regniéville (66,8%), mais la commune accueille un

foyer de vie pour personnes handicapées avec 48 pensionnaires.

Les taux d'activité relativement faibles dans les territoires urbains par rapport aux territoires ruraux s'expliquent par le fait que les communes urbaines disposent plus souvent de petits logements pouvant accueillir des personnes ayant des faibles revenus.

Part de la population active dans les communes de plus de 1 000 habitants en 2012





- Catégories socioprofessionnelles

Les données concernant les catégories socioprofessionnelles sont issues de l'exploitation complémentaire du recensement. Celle-ci étant effectuée à partir du quart des bulletins, les résultats peuvent être imprécis, particulièrement en ce qui concerne les petits nombres. Ainsi, les proportions d'agriculteurs exploitants doivent être lues comme des ordres de grandeur, surtout au niveau communal.

La catégorie socioprofessionnelle influe sur l'état de santé des individus. En effet, les ouvriers, qui ont généralement des revenus plus faibles et des conditions de travail plus dures que les cadres et professions intellectuelles supérieures, ont une espérance de vie plus faible que ces derniers. A 35 ans, l'écart entre ces deux catégories est de 6,3 ans pour les hommes et de 3,0 ans pour les femmes (Insee. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. Insee Première n°1372, Octobre 2012).

Répartition des actifs ayant un emploi par catégorie socioprofessionnelle en 2012

	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs entreprise	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers
CC de Seille et Mauchère	100	270	459	1 141	1 078	923
CC du Bassin de Pompey	60	844	2 023	4 887	4 967	3 656
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	114	823	1 865	4 413	4 812	4 694
CC du Chardon lorrain	167	297	416	1 133	1 326	1 281
Val de Lorraine	440	2 224	4 763	11 574	12 182	10 554
Meurthe-&M.	2 811	14 317	43 972	79 308	89 980	67 017
Lorraine	11 706	48 909	117 874	238 443	288 692	246 209
France metrop.	454 205	1 646 810	4 477 124	6 676 556	7 317 125	5 564 951

Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Evolution de la part des différentes catégories socioprofessionnelles parmi les actifs ayant un emploi

	Agriculteurs exploitants			Artisans, commerçants, chefs entreprise			Cadres et professions intellectuelles supérieures		
	1999	2007	2012	1999	2007	2012	1999	2007	2012
CC de Seille et Mauchère	5,3%	4,7%	2,5%	5,0%	4,8%	6,8%	8,2%	12,6%	11,6%
CC du Bassin de Pompey	0,5%	0,5%	0,4%	4,9%	1,3%	5,1%	9,5%	13,1%	12,3%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	1,0%	0,8%	0,7%	4,6%	3,6%	4,9%	8,1%	10,5%	11,2%
CC du Chardon lorrain	6,5%	3,9%	3,6%	7,7%	4,5%	6,2%	7,2%	9,0%	9,0%
Val de Lorraine	1,6%	1,2%	1,1%	5,1%	4,1%	5,3%	8,6%	11,6%	11,4%
Meurthe-&M.	1,3%	1,0%	0,9%	5,0%	4,4%	4,8%	12,1%	14,1%	14,8%
Lorraine	1,8%	1,4%	1,2%	5,2%	4,7%	5,1%	9,6%	11,7%	12,4%
France metrop.	2,7%	2,0%	1,7%	6,6%	5,9%	6,3%	13,1%	15,8%	17,1%

	Professions intermédiaires			Employés			Ouvriers		
	1999	2007	2012	1999	2007	2012	1999	2007	2012
CC de Seille et Mauchère	25,3%	25,0%	28,7%	27,8%	27,0%	27,1%	28,4%	25,9%	23,2%
CC du Bassin de Pompey	24,8%	28,5%	29,7%	31,8%	29,3%	30,2%	28,5%	24,5%	22,2%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	23,1%	25,1%	26,4%	28,9%	28,4%	28,8%	34,3%	31,7%	28,1%
CC du Chardon lorrain	20,1%	22,5%	24,6%	27,2%	27,3%	28,8%	31,2%	32,6%	27,8%
Val de Lorraine	23,7%	26,2%	27,7%	29,9%	28,5%	29,2%	31,0%	28,4%	25,3%
Meurthe-&M.	24,3%	25,5%	26,7%	30,5%	30,7%	30,3%	26,8%	24,3%	22,5%
Lorraine	22,6%	23,8%	25,0%	28,7%	30,3%	30,3%	32,1%	28,1%	25,9%
France metrop.	23,1%	24,8%	25,5%	28,8%	28,4%	28,0%	25,6%	23,1%	21,3%

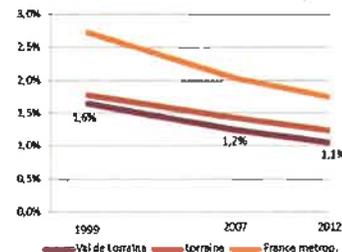
Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Les agriculteurs et exploitants, qui étaient majoritaires au 19^{ème} siècle, représentent une catégorie socioprofessionnelle ultra minoritaire aujourd'hui, y compris dans les communes rurales où elle ne représente rarement plus de 5% de la population active ayant un emploi. L'état de santé de cette population, qui est majoritairement masculine (en Lorraine, 76,2% sont des hommes), est plutôt meilleur que le reste de la population, avec une espérance de vie masculine à 35 ans de 44,6 ans en France métropolitaine en 2000-2008 contre 42,8 ans pour l'ensemble de la population (Blanpain 2011).

¹ Nathalie Blanpain, Insee. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent [en ligne]. Octobre 2011. Insee Première n°1372.

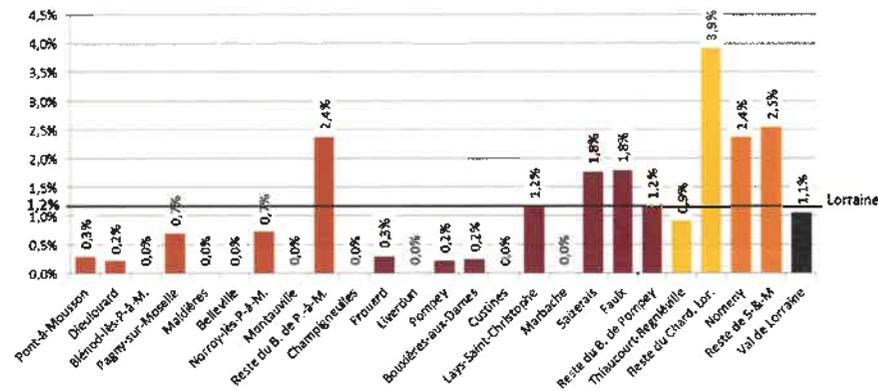
En 2012, la part des agriculteurs exploitants parmi les actifs ayant un emploi est plus faible dans le Val de Lorraine que dans l'ensemble de la région (1,1% contre 1,2%). Cette proportion est en forte baisse par rapport à 1999 (1,6%) et elle a diminué au même rythme que dans l'ensemble de la Lorraine. Bien que proportionnellement plus nombreux dans les communautés de communes rurales (2,5% en Seille et Mauchère et 3,6% dans le Chardon Lorrain) que dans le Bassin de Pont-à-Mousson (0,4%) et le Bassin de Pompey (0,4%), les agriculteurs exploitants restent toujours très minoritaires dans la population active ayant un emploi. Leur proportion diminue plus rapidement dans les territoires ruraux. En effet, en Seille et Mauchère, ils sont proportionnellement deux fois moins nombreux en 2012 qu'en 1999 (2,5% contre 5,3%).

Evolution de la part des agriculteurs exploitants dans la population active ayant un emploi



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Part des agriculteurs exploitants dans la population active ayant un emploi dans les communes de plus de 1 000 habitants du Val de Lorraine en 2012



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

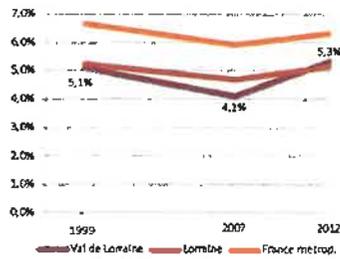
Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise forment une catégorie socioprofessionnelle, majoritairement masculine (En Lorraine, 71,4% sont des hommes), dont l'état de santé est plutôt meilleur que le reste de la population.

contre 42,8 pour l'ensemble de la population (Blanpain 2011).

En 2012, 5,3% des actifs du Val de Lorraine ayant un emploi sont artisans, commerçants ou chefs d'entreprise. Cette proportion, qui est légèrement supérieure au niveau régional (5,1%) est en augmentation depuis 2007 (4,1%) après avoir diminué par rapport à 1999 (5,1%).

En France métropolitaine, en 2000-2008, l'espérance de vie masculine à 35 ans de cette catégorie socioprofessionnelle était de 44,8 ans

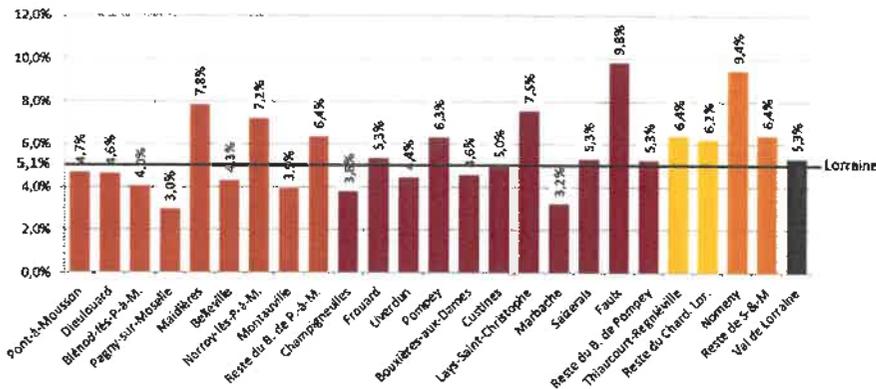
Evolution de la part des artisans, commerçants et chefs d'entreprise dans la population active ayant un emploi



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Cette catégorie de population est proportionnellement plus nombreuse dans le Chardon Lorrain (6,2%) et Seille et Mauchère (6,8%). Au niveau communal, les taux les plus élevés sont enregistrés à Nomeny (9,4%) et à Faulx (9,8%) et les taux les plus faibles à Marbache (3,2%) et à Pagny-sur-Moselle (3,0%)

Part des artisans, commerçants et chefs d'entreprise dans la population active ayant un emploi dans les communes de plus de 1 000 habitants du Val de Lorraine en 2012



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

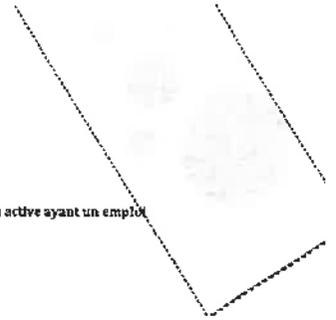
Les cadres et professions intellectuelles supérieures forment la catégorie socioprofessionnelle dont l'état de santé est le meilleur.

En France métropolitaine, en 2000-2008, l'espérance de vie à 35 ans de cette catégorie socioprofessionnelle, majoritairement masculine (62,8% sont des hommes en Lorraine) était de 47,2 ans chez les hommes contre 42,8 pour l'ensemble de la population masculine et de 51,7 ans chez les femmes contre 49,4 ans pour l'ensemble de la population féminine (Blanpain 2011).

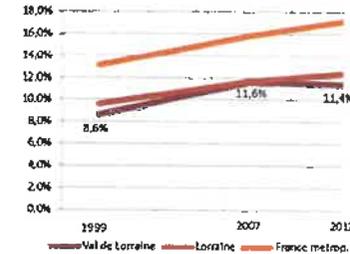
En 2012, 11,4% des actifs ayant un emploi résidant dans le Val de Lorraine sont cadres ou ont une profession intellectuelle supérieure. Cette proportion est inférieure au niveau régional (12,4%) qui est nettement en dessous du niveau national (17,1%). Depuis 2007, on observe une stagnation de cette proportion dans le Val de Lorraine (-0,2 point) alors que cette proportion continue de croître dans l'ensemble de la région (+ 0,7 point) et en France métropolitaine (+ 1,3 point).



PAYS DU VAL DE LORRAINE
DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE



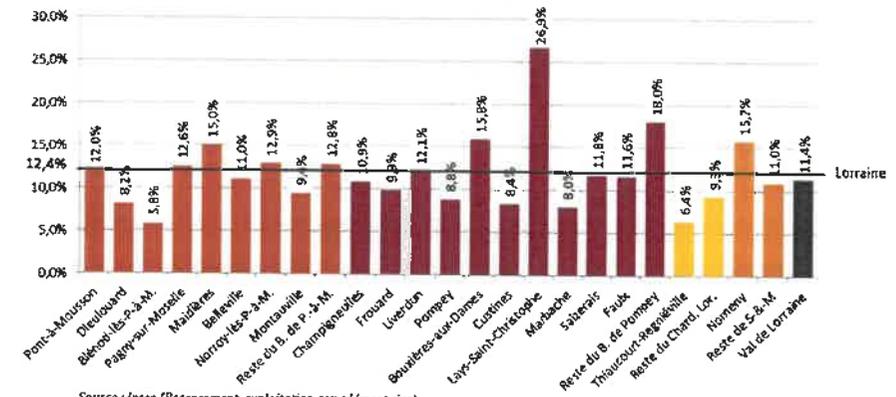
Evolution de la part des cadres et professions intellectuelles supérieures dans la population active ayant un emploi



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Au sein du Val de Lorraine, ces proportions sont plus élevées dans le Bassin de Pompey (12,3%) et plus faibles dans le Chardon Lorrain (9,0%). Elles dépassent le niveau national dans l'ensemble des communes de moins de 1 000 habitants du Bassin de Pompey (18,0%) et surtout à Lay-Saint-Christophe où elles atteignent 26,9%. La proportion de cadres et professions intellectuelles supérieures est, en revanche, beaucoup plus faible à Thiaucourt-Regniéville (6,4%) et à Blénod-lès-Pont-à-Mousson (5,8%).

Part des cadres et professions intellectuelles supérieures dans la population active ayant un emploi dans les communes de plus de 1 000 habitants du Val de Lorraine en 2012

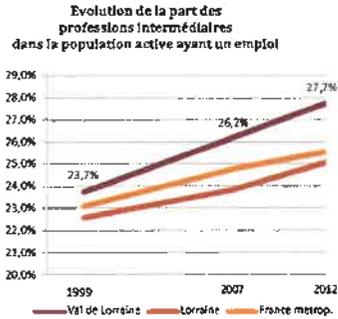
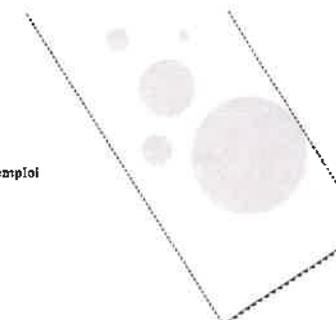


Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Les professions intermédiaires forment une catégorie relativement hétérogène, regroupant, pour les deux tiers des techniciens, contremaîtres et agents de maîtrise, qui occupent effectivement une position intermédiaire entre les cadres et les employés et ouvriers.

Les autres sont intermédiaires dans un sens plus figuré. Ils travaillent dans l'enseignement, la santé et le travail social; parmi eux, les instituteurs, les infirmières, les assistantes sociales⁴.

⁴ Insee. PCS 2003 – Catégorie socioprofessionnelle agrégée 4 Professions intermédiaires. [en ligne]. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/méthodes/default.asp?page=nomencat/res/pcs2003/n1_4.htm [Consulté le 27 août 2015].

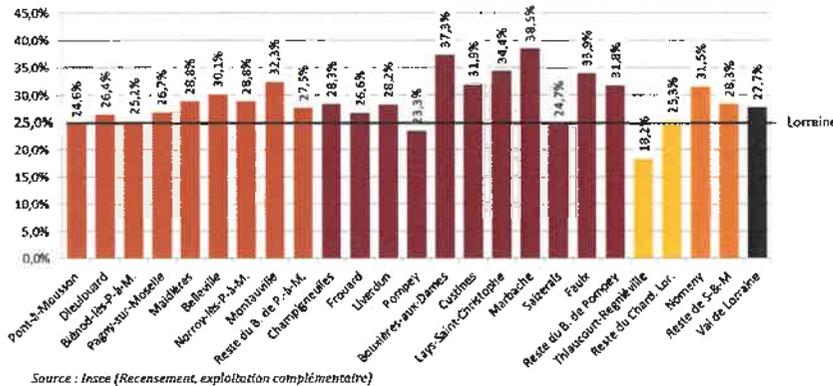


Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Cette catégorie socioprofessionnelle est composée à part presque égale d'hommes (49,6%) et de femmes (50,4%). L'état de santé de cette population est le meilleur après celui des cadres. L'espérance de vie à 35 ans en France métropolitaine en 2000-2008 est de 45,1 ans pour les hommes contre 42,8 pour l'ensemble de la population masculine et de 51,2 ans pour les femmes contre 49,4 ans pour l'ensemble de la population féminine (Blanpain, 2011).

Les professions intermédiaires sont particulièrement bien représentées dans la population active ayant un emploi du Val de Lorraine. Avec 27,7%, leur proportion est supérieure au niveau régional (25,0%) et, par rapport à 1999, elle augmente plus rapidement que dans l'ensemble de la Lorraine (+4,0 points contre +2,4 en Lorraine).

Part des professions intermédiaires dans la population active ayant un emploi dans les communes de plus de 1 000 habitants du Val de Lorraine en 2012



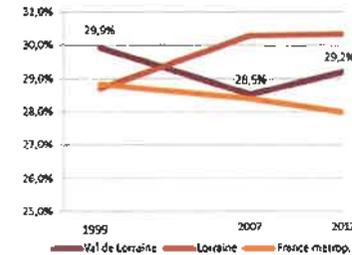
Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Au sein du Val de Lorraine, les professions intermédiaires représentent la 1^{re} catégorie socioprofessionnelle en Seille et Mauchère, avec 28,7%, mais leur proportion est encore plus élevée dans le Bassin de Pompey (29,7%) bien que cette catégorie socioprofessionnelle soit placée en deuxième position derrière les employés. Les communes de Boulières-aux-Dames (37,3%) et de Marbache (38,5%) enregistrent les plus fortes proportions alors que Pompey (23,3%) et surtout Thiaucourt-Regniéville (18,2%) enregistrent les plus faibles.

Les employés forment une catégorie socioprofessionnelle, majoritairement féminine (En Lorraine, 76,1% sont des femmes), dont l'état de santé est équivalent au reste de la population. En France métropolitaine, en 2000-2008, l'espérance de vie féminine à 35 ans de cette catégorie socioprofessionnelle était de 49,9 ans contre 49,4 pour l'ensemble de la population (Blanpain 2011).

En 2012, 29,2% des actifs ayant un emploi résidant dans le Val de Lorraine sont des employés. Cette proportion est inférieure à ce qui est observé au niveau régional (30,3%). Depuis 1999, on a d'abord observé une baisse de la part des employés dans le Val de Lorraine (de 29,9% à 28,5%) puis une augmentation jusqu'en 2012. Dans l'ensemble de la région, l'évolution a été presque inverse avec une augmentation dans la première période puis une stabilisation dans la seconde.

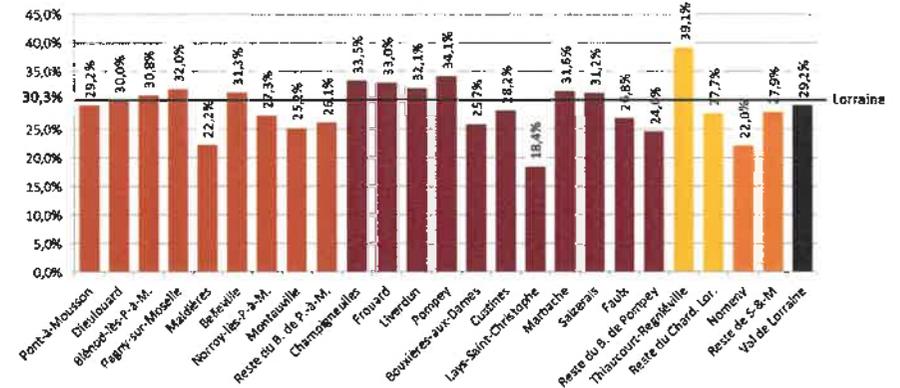
Evolution de la part des Employés dans la population active ayant un emploi



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Au sein de Val de Lorraine, la proportion d'employés est plus élevée dans le Bassin de Pompey (30,2%). Elle atteint 33,0% à Frouard, 33,5% à Champagnelles et 34,1% à Pompey. Mais c'est à Thiaucourt-Regniéville, dans le Chardon Lorrain, que cette proportion est la plus élevée (39,1%). Les proportions les plus faibles sont enregistrées en Seille-et-Mauchère (27,1%) et particulièrement à Nomeny (22,0%). Mais c'est à Lay-Saint-Christophe, dans le Bassin de Pompey, qu'elle est la plus faible (18,4%).

Part des employés dans la population active ayant un emploi dans les communes de plus de 1 000 habitants du Val de Lorraine en 2012



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Les ouvriers forment la catégorie socioprofessionnelle dont l'état de santé est le moins bon. En France métropolitaine, en 2000-2008, l'espérance de vie à 35 ans de cette catégorie socioprofessionnelle, majoritairement masculine (81,7% sont des hommes en Lorraine) était de 40,9 ans chez les hommes contre 42,8 pour l'ensemble de la population masculine (Blanpain 2011). En 2012, la proportion d'ouvriers parmi les actifs ayant un emploi résidant dans le Val de Lorraine est proche du niveau régional (25,3% contre 25,9%). Elle est plus élevée dans le Bassin de Pont-à-Mousson (28,1%) et particulièrement à

Dieulouard (30,6%) et à Blénod-lès-Pont-à-Mousson (34,2%). Elle est plus faible dans le Bassin de Pompey (22,2%) et particulièrement à Boulières-aux-Dames (16,4%), à Faulx (16,4%) et surtout à Lay-Saint-Christophe (11,7%). Comme dans l'ensemble de la France et de la région, la part des ouvriers a fortement diminué dans le Val de Lorraine depuis 1999, passant de 31,0% à 25,3%, soit -5,7 points. La diminution a été plus importante dans le Bassin de Pont-à-Mousson (-6,2 points) et dans le Bassin de Pompey (-6,3 points) qu'en Seille-et-Mauchère (-5,2 points) et dans le Chardon Lorrain (-4,4 points).



• Flux quotidiens des actifs

La position du Val de Lorraine entre Metz et Nancy conduit à une très forte influence de ces deux villes sur le territoire. Ainsi, en 2012, seulement 49,0% des actifs ayant un emploi résidant dans le Val de Lorraine travaillent dans ce territoire. Plus du quart travaille dans la communauté urbaine du Grand Nancy (28,4 %), un sur dix (10,2 %) travaille à Metz-métropole et près d'un huitième (12,4 %) travaille en dehors de ces territoires.

Les actifs résidant dans la communauté de commune de Pont-à-Mousson sont proportionnellement les plus nombreux à travailler dans leur territoire (51,4 %). Les autres actifs résidant dans ce territoire se dirigent principalement vers le Grand Nancy (16,5 %) et Metz-Métropole (13,9 %). La population active résidant dans le Bassin de Pompey travaille plus fréquemment dans le Grand Nancy (45,5 %) que dans le Bassin de Pompey (36,2 %). Les actifs de Seille et Mauchère travaillent également plus fréquemment dans le Grand Nancy (34,1 %) que sur place (22,0 %). Moins du tiers (29,0 %) des actifs résidant dans le Chardon Lorrain travaillent sur place. Les autres actifs se dirigent surtout vers Metz-métropole (21,1 %) ou le Bassin de Pont-à-Mousson (15,6 %). On observe relativement peu de trajets quotidiens entre les différentes communautés de commune du Val de Lorraine. Moins d'un actif sur vingt (4,8 %) résidant dans le Bassin de Pont-à-Mousson travaille dans le Bassin de Pompey et une proportion équivalente d'actifs résidant dans le Bassin de Pompey (4,2 %) fait le trajet dans le sens inverse.

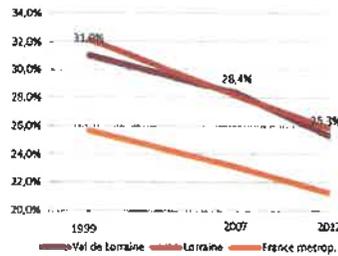
Au niveau communal, l'influence de Nancy est particulièrement forte dans le sud du Val de Lorraine. En effet, dans 11 communes du Bassin de Pompey sur 13, dans les 13 communes de la moitié

sud de Seille et Mauchère, et dans 3 communes du Bassin de Pont-à-Mousson (Belleville, Autreville-sur-Moselle et Villers-en-Haye), le Grand Nancy représente l'EPCI le plus attractif pour les actifs ayant un emploi. Dans le Bassin de Pompey, seuls les actifs des communes de Pompey et de Faux travaillent plus fréquemment sur le territoire de leur Communauté que dans le Grand Nancy. L'attractivité messine concerne surtout les actifs résidant dans la moitié nord du Chardon Lorrain où 9 communes ont une majorité d'actifs travaillant à Metz métropole.

Entre 2007 et 2012, l'aire d'attraction du Grand Nancy a peu évolué. Toutefois, 7 communes ne sont plus orientées prioritairement vers la communauté urbaine (Gezoncourt, Rogeville, Rosières-en-Haye, Ville-au-Val, Pompey, Faux et Letricourt) et 10 se sont tournées vers elle (Villers-en-Haye, Belleville, Autreville-sur-Moselle, Sazerais, Custines, Montenois, Belleau, Jeandelaincourt, Armaucourt et Mailly-sur-Seille). Dans le même temps, l'aire d'attraction de Metz Métropole a reculé dans une partie du nord du Chardon Lorrain en perdant les communes de Konville, Hageville, Dommartin-la-Chaussée, Jaulny, Prency et Vandelainville. En revanche, elle a gagné les communes de Chambley-Bussières, Bayonville-sur-Mad dans le Chardon Lorrain et la commune de Raucourt en Seille et Mauchère.

Le Bassin de Pont-à-Mousson exerce une attraction sur la majorité des actifs dans presque toutes les communes du Bassin de Pont-à-Mousson ainsi que dans 8 communes de l'est du Chardon Lorrain en 2012 contre 5 en 2007, ce qui correspond à un accroissement de son aire d'attraction vers l'ouest.

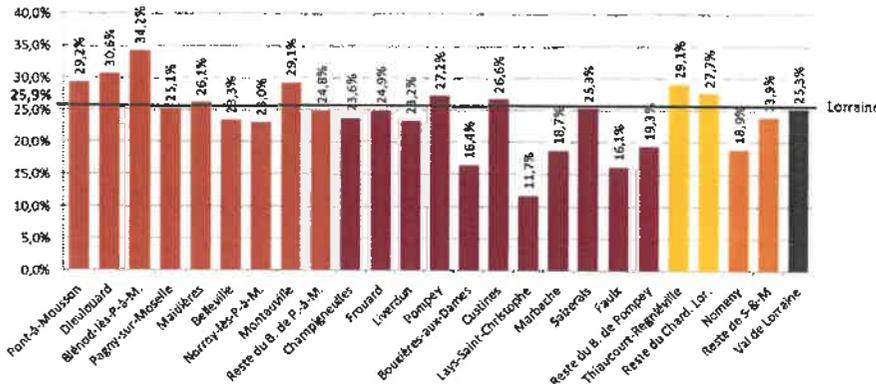
Evolution de la part des Ouvriers dans la population active ayant un emploi



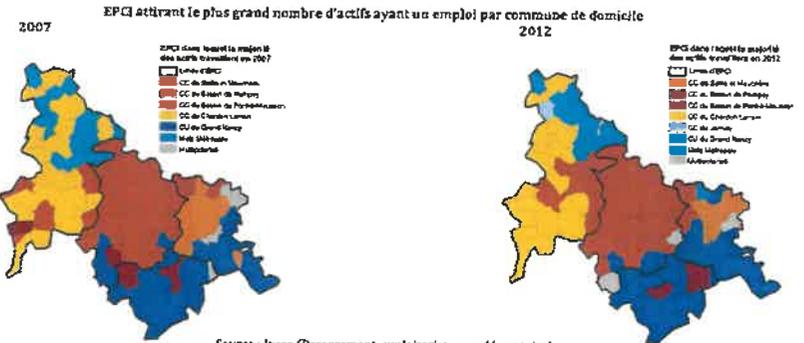
Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Le Bassin de Pompey a vu une importante évolution de sa composition socioprofessionnelle au cours des 45 dernières années. Parmi les actifs ayant un emploi âgés de 25 à 54 ans, seule tranche d'âge pour laquelle des données anciennes sont disponibles, ce bassin possédait la plus forte proportion d'ouvriers du Val de Lorraine en 1968 (54,0% contre 52,5% dans le Val de Lorraine). Cette situation s'est inversée avec l'installation d'autres catégories socio-professionnelles dans les quartiers pavillonnaires développés dans les 1970 à Bouxières-aux-Dames et à Liverdun notamment. Depuis 2006, ce territoire possède la plus faible proportion d'ouvriers du Val de Lorraine.

Part des ouvriers dans la population active ayant un emploi dans les communes de plus de 1 000 habitants du Val de Lorraine en 2012



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)



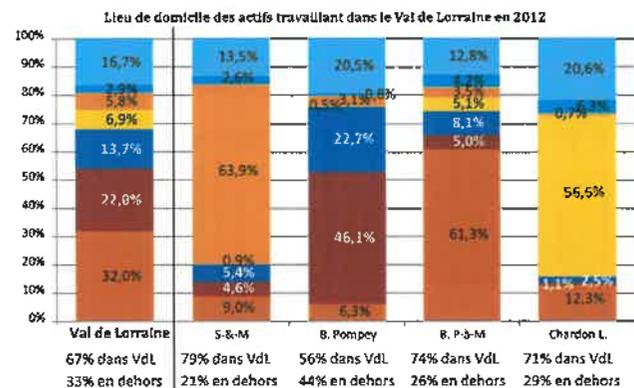
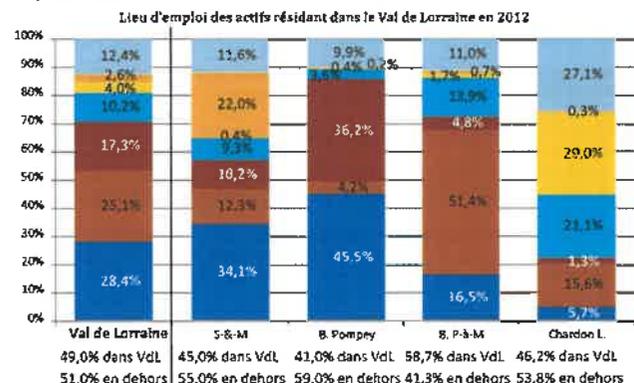


Le Val de Lorraine a un caractère plus résidentiel qu'économique. En effet, alors que 41 737 actifs ayant un emploi résident dans le Val de Lorraine, seulement 30 643 y travaillent. Il y a donc un déficit de 11 094 emplois et le ratio entre le nombre d'emplois et le nombre d'actifs ayant un emploi est de 0,73. A proximité, dans les territoires du Grand Nancy et de Metz métropole, ces ratios sont respectivement de 1,35 et de 1,24. Ce qui signifie que ces deux territoires concentrent plus d'emploi qu'ils ne logent d'actifs ayant un emploi.

A l'intérieur du Val de Lorraine, le ratio le plus élevé est observé dans le Bassin de Pont-à-Mousson (0,84) devant le Bassin de Pompey (0,79). En Seille et Mauchère, le nombre d'emploi est presque trois fois plus faible que le nombre d'actifs ayant un emploi y résidant (ratio = 0,34). Ces ratios tiennent compte uniquement des actifs ayant un emploi. Ils seraient plus faibles si on y incluait les actifs sans emploi (chômeurs).

La proportion d'actifs domiciliés dans le Val de Lorraine et y travaillant a diminué entre 2007 et 2012. Elle est passée de 49,6% à 49,0%. Au cours de cette période, la proportion d'actifs travaillant sur leur territoire de domicile a fortement diminué dans le Bassin de Pont-à-Mousson (de 54,4% à 51,4%) et en Seille et Mauchère (de 24,2% à 22,0%). Cette proportion est restée stable à 36,2% dans le Bassin de Pompey et elle a légèrement augmenté dans le Chardon Lorrain (de 28,4% à 29,0%).

L'augmentation des flux quotidiens d'actifs vers l'extérieur du Val de Lorraine s'est produite surtout en direction de Metz-Métropole. En effet, 10,2% des actifs du Val de Lorraine y travaillent en 2012 contre 9,5% en 2007. Les flux en direction du Grand Nancy n'ont pratiquement pas augmenté (de 28,3% en 2007 à 28,4% en 2012).



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Nombre d'actifs ayant un emploi en fonction de leur EPCI de domicile et leur EPCI de travail en 2012

Lieu d'emploi	Lieu de domicile								Total
	Seille et Mauchère	Bassin de Pompey	Bassin de Pont-à-Mousson	Chardon Lorrain	Val de Lorraine	Grand Nancy	Metz Métropole	Reste de la France	
Seille et Mauchère	875	63	122	13	1 074	74	36	184	1 368
Bassin de Pompey	405	5 957	807	60	7 229	2 930	102	2 646	12 908
Bassin de Pont-à-Mousson	490	698	8 582	718	10 493	1 135	588	1 788	14 005
Chardon Lorrain	17	26	290	1 336	1 669	58	148	487	2 362
Val de Lorraine	1 787	6 744	9 807	2 127	20 465	4 198	874	5 105	30 643
Grand Nancy	1 352	7 470	2 756	262	11 841	81 361	1 775	41 185	136 162
Metz Métropole	370	588	2 319	971	4 247	1 985	67 648	41 346	115 226
Autres	462	1 634	1 039	1 249	5 184	13 506	22 359	26 380 608	26 421 737
Total hors du Val de Lorraine	2 184	9 691	6 914	2 482	21 271	96 931	91 783	26 463 140	26 673 125
Total	3 971	16 435	16 721	4 609	41 737	101 130	92 657	26 468 244	26 703 768
Ratio lieu d'emploi / lieu de domicile	0,34	0,79	0,84	0,51	0,73	1,35	1,24	/	/

Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Les nombres et les taux surlignés en bleu correspondent aux actifs travaillant dans leur territoire de résidence

Limites de l'exploitation des flux de mobilité domicile / travail

L'exploitation complémentaire du recensement*

L'exploitation complémentaire fournit des résultats sur les professions et catégories socioprofessionnelles, les secteurs d'activité économique et la structure familiale des ménages. Pour les communes de moins de 10 000 habitants, elle porte sur un quart des ménages. Pour les communes de 10 000 habitants ou plus, l'exploitation complémentaire porte sur l'ensemble des bulletins collectés auprès des ménages, soit environ 40 %. Pour toutes les communes, l'exploitation complémentaire porte également sur un individu des communautés sur quatre.

Date des données*

Du fait de l'étiement de la collecte, les flux entrants dans un territoire et les flux sortants peuvent ne pas être compréhensibles la même année. Ainsi, par exemple, pour une commune (ou un ARM) de moins de 10 000 habitants recensée en 2010, les flux sortants sont relatifs à l'année d'enquête, soit 2010, alors que les flux entrants datent de l'année d'enquête des communes (ou ARM) d'origine des « navetteurs ». Cela ne remet pas en cause la fiabilité de la mesure des déplacements domicile-travail. Toutefois, compte tenu notamment du sondage, les flux faibles (moins de 200) devront être considérés comme des ordres de grandeur.

Actifs résidant à l'étranger

Les tableaux ci-dessus prennent en compte les actifs ayant un emploi et résidant en France, y compris ceux qui travaillent à l'étranger. Par contre, les actifs résidant à l'étranger et travaillant en France ne sont pas pris en compte. Ainsi, les nombres totaux d'actifs par lieu d'emploi (colonne de droite du premier tableau) sont légèrement sous évalués.

* Les actifs en emploi

La structure des âges des actifs en emploi, au lieu de travail (LT en bleu) et au lieu d'habitat (LR en rouge) fait apparaître le déficit d'emploi offert sur le territoire du Val de Lorraine (RP2010) ; en effet, l'indicateur de concentration d'emploi s'approche de 74% (nombre d'emploi du Val de Lorraine pour 100 actifs ayant un emploi et résidant dans le Val de Lorraine). En outre, 66% des emplois offerts sur le territoire sont tenus par des résidents du Val de Lorraine. En revanche seuls 49% des résidents du val de Lorraine trouvent leurs emplois sur le territoire (partie grisée du schéma: LT et LR sur le Val de Lorraine). Cette pyramide des âges permet par ailleurs de faire ressortir des différences marquées selon les communautés de communes, les secteurs d'activité....

* Source : Insee. Présentation du recensement de la population. Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/doc/resentation-recensement.htm> [Consulté le 23 juillet 2015]

* Source : Insee. Documentation bases sur les flux de mobilité (déplacement domicile - lieu de travail). Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/doc/resentation-flux-mobilitat-prof.htm> [Consulté le 23 juillet 2015]



Précarité

La précarité correspond à une situation d'instabilité et d'incertitude qui ne se limite pas à la pauvreté. Elle a été définie en 1987 par Joseph Wresinski comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leur droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

Cette définition montre que la précarité doit être appréhendée par différents indicateurs tels que la formation, l'emploi, les revenus, le mode de vie ou le logement. On peut également noter que l'état de santé et le handicap sont des facteurs de précarité. Toutefois, ces formes de précarité ne seront pas étudiées dans ce chapitre, la précarité étant étudiée ici en tant que déterminant de santé.

- Chômage

La perte d'emploi entraîne une diminution des revenus qui peut conduire à des situations de pauvreté lorsque le chômage se prolonge. L'état psychologique peut être affecté, ce que révèle le taux de suicide plus élevé chez les chômeurs que chez les personnes en emploi⁷. L'état de santé des personnes sans emploi est moins bon. En France entre 1990 et 1995, le risque de décès était trois fois plus élevé chez les hommes ayant été au chômage en 1990 que chez les actifs occupés du même sexe. Chez les femmes, ce risque était multiplié par deux⁸. D'après une étude de l'Inserm, le chômage serait responsable de 10 000 à 20 000 décès par an en France⁹.

Nombre et taux de demandeurs d'emploi aux 31 décembre 2009 et 2014

	Demandeurs d'emploi de catégorie A		31/12/2009	Demandeurs d'emploi de catégorie B ou C ou plus	
	31/12/2014	Taux		31/12/2014	Taux
CC de Seille et Mauchère	312	7,2%	5,8%	211	4,8%
CC du Bassin de Pompey	1 036	9,8%	7,5%	1 321	7,0%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	1 985	10,5%	8,1%	1 301	6,9%
CC du Chardon Lorrain	388	7,7%	5,6%	247	4,9%
Val de Lorraine	4 521	9,6%	7,4%	3 089	6,5%
Meurthe- & M.	38 493	11,2%	9,9%	24 962	7,3%
Lorraine	130 991	11,9%	9,4%	86 089	7,8%
France metrop.	3 552 900	11,9%	9,1%	2 264 400	7,6%

Source : DARES, Pôle-Emploi, Insee (Recensement)

1 : Taux provisoires. Le taux de demandeur d'emploi est calculé à partir du nombre d'actifs au 1^{er} janvier 2012. En effet, le nombre d'actifs au 31 décembre 2014 n'est pas encore connu au niveau communal.

Au 31 décembre 2014, le taux de demandeurs d'emploi de catégorie A s'élève à 9,6% dans le Val de Lorraine, ce qui est inférieur au taux régional (11,9%). Au sein du Val de Lorraine, ce taux est plus élevé dans le Bassin de Pompey (9,8%) et le Bassin de Pont-à-Mousson (10,5%). Il atteint 12,8% à Champigneulle, 12,9% à Thiaucourt-Regniéville et 13,0% à Pont-à-Mousson et à Dieulouard. Les taux les plus faibles sont observés dans l'ensemble des communes de moins de 1 000 habitants du Bassin de Pont-à-Mousson (6,4%) et à Montauville (5,5%).

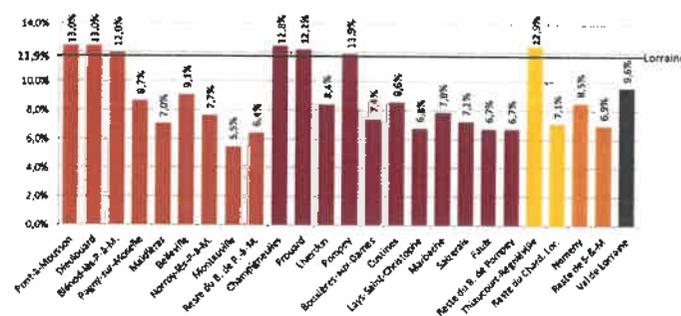
Par rapport au 31 décembre 2009, le taux de demandeurs d'emploi a augmenté de 2,2 points dans le Val de Lorraine, ce qui est proche de l'augmentation observée en Lorraine (+ 2,5 points) et en France métropolitaine (+ 2,8 points). Ce taux a augmenté un peu plus lentement en Seille et Mauchère (+ 1,4 points).

⁷ Moussa Laanani & al. Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge en France métropolitaine, 2000-2010. BEH n°1-2, 6 Janvier 2015.

⁸ Annie Mesrine. La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? Economie et statistique n°334, 2000.

⁹ P. Meneton & Al. Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals, novembre 2014.

Taux de demandeurs d'emploi de catégorie A au 31 décembre 2014



Source : DARES, Pôle-Emploi, Insee (Recensement)

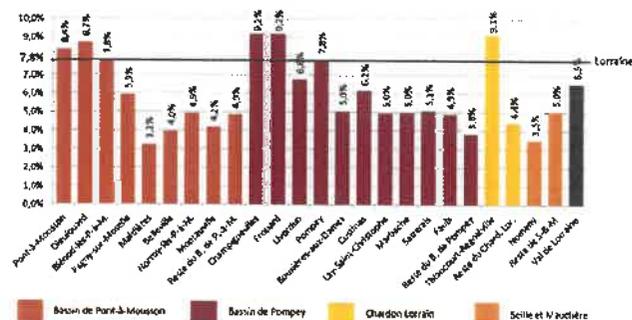
Le taux de demandeurs d'emploi de longue durée (depuis un an ou plus) est calculé à partir des demandeurs d'emploi des catégories A, B et C. En effet, il est possible qu'un demandeur d'emploi ait travaillé quelques heures au cours des derniers mois sans que cela ait été suffisant pour lui permettre de sortir du chômage. Les demandeurs d'emploi de longue durée représentent une catégorie de demandeurs d'emploi plus éloignée de l'emploi que les autres et leurs revenus sont plus faibles. Ils vivent donc une situation de précarité plus importante.

Au 31 décembre 2014, 6,5% des actifs du Val de Lorraine sont dans ce cas, ce qui est inférieur au taux régional (7,8%). La répartition des demandeurs d'emploi de longue durée est proche de la répartition des demandeurs d'emploi de catégorie A. Au sein du Val de Lorraine, ils sont proportionnellement plus nombreux dans le Bassin de Pont-à-Mousson (6,9%) et le Bassin de Pompey

(7,0%). Des taux supérieurs au niveau régional sont observés à Pont-à-Mousson (8,4%), à Dieulouard (8,7%), à Thiaucourt-Regniéville (9,1%), à Champigneulle (9,2%) et à Frouard (9,2%). Les taux sont beaucoup plus faibles dans l'ensemble des communes de moins de 1 000 habitants du Bassin de Pompey (3,8%), à Nomeny (3,5%) et à Maidières (3,2%).

Entre le 31 décembre 2009 et le 31 décembre 2014, le taux de demandeurs d'emploi de longue durée a plus que doublé dans le Val de Lorraine avec une augmentation de 3,8 points. Cette augmentation a presque aussi forte que dans l'ensemble de la région (+ 3,9 points) et plus importante que dans l'ensemble de la France métropolitaine (+ 3,3 points). Elle a été plus importante dans le Bassin de Pont-à-Mousson (+4,4 points) et plus faible dans le Chardon Lorrain (+2,7 points).

Taux de demandeurs d'emploi de longue durée, de catégorie A, B ou C, au 31 décembre 2014



Source : DARES, Pôle-Emploi, Insee (Recensement)



Catégorie de demandeurs d'emploi

Les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi sont répartis en 5 catégories en fonction de leur disponibilité et de la quantité d'heures travaillées au cours du mois écoulé. Ces catégories sont les suivantes :

- catégorie A : demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi ;
- catégorie B : demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite courte (i.e. de 78 heures ou moins au cours du mois) ;
- catégorie C : demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite longue (i.e. plus de 78 heures au cours du mois) ;
- catégorie D : demandeurs d'emploi non tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi (en raison d'un stage, d'une formation, d'une maladie...), y compris les demandeurs d'emploi en convention de reclassement personnalisé (CRP), en contrat de transition professionnelle (CTP), sans emploi et en contrat de sécurisation professionnelle (CSP) ;
- catégorie E : demandeurs d'emploi non tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, en emploi (par exemple : bénéficiaires de contrats aidés).¹⁰

Taux de chômage et taux de demandeurs d'emploi

Le taux de chômage communiqué par l'Insee s'appuie sur la définition européenne du concept de chômage au sens du BIT. Il est décliné au niveau régional, départemental et des zones d'emploi en réalisant des estimations basées sur l'enquête emploi en continu pour connaître le nombre de chômeurs en France métropolitaine au sens du BIT et sur le nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois pour la répartition géographique. Le nombre d'actifs est estimé à partir des estimations annuelles d'emploi salarié et non salarié.¹¹

Le taux de demandeurs d'emploi est calculé à partir du nombre de demandeurs de catégorie A et du nombre d'actifs recensés. Ce taux de demandeurs d'emploi ne correspond pas tout à fait au taux de chômage au sens du BIT pour deux raisons :

- La définition des demandeurs d'emploi de catégorie A, bien que proche de la définition au sens du BIT est légèrement différente.
- Le nombre d'actifs est connu à la date du recensement. Or, les dernières données datent du 1^{er} janvier 2012 alors que le nombre de demandeurs d'emploi est connu au 31 décembre 2014. Il y a donc un écart de 3 ans entre le numérateur et le dénominateur. Ces taux sont donc des taux provisoires.

• Emplois précaires

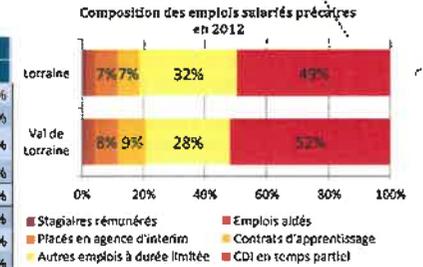
Certains emplois salariés peuvent être considérés comme précaires du fait de leur absence de pérennité (stages rémunérés, intérim, emplois aidés, contrats d'apprentissage, CDD) et/ou des faibles revenus qu'ils génèrent (stages rémunérés, emplois aidés, contrats d'apprentissage, CDI à temps partiel).

Les atteintes à la santé provoquées par les emplois précaires ne sont pas seulement liées à la précarité économique qui est souvent associée. Les conditions de travail sont plus dangereuses que pour les salariés en CDI (Gollac, Volkoff, 2007) et la médecine du travail a des difficultés à repérer ces salariés (Riquet, Grossotête, 2007). D'autre part, les travailleurs précaires éprouvent des difficultés à se réaliser dans le travail du fait de l'insécurité de l'emploi ressentie (Paugam, 2007)¹².

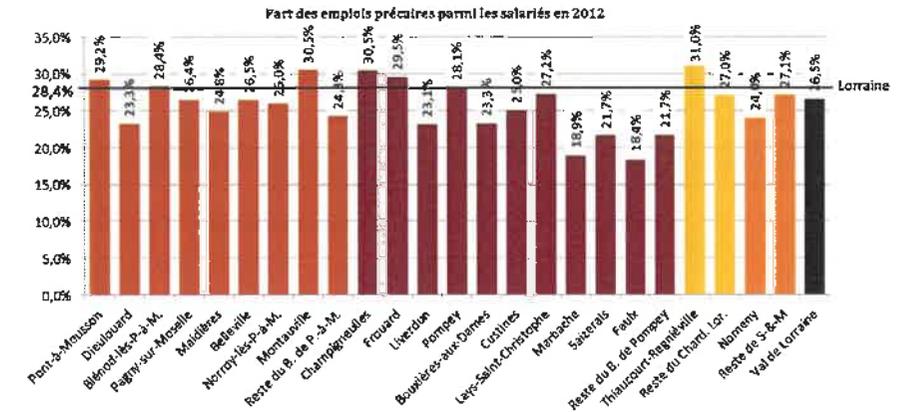
Nombre et taux de salariés en emploi précaire en 2007 et 2012

	2012		2007
	Nombre	Taux	Taux
CC de Seille et Mauchère	938	26,6%	26,5%
CC du Bassin de Pompey	3 429	25,9%	26,1%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	4 135	26,9%	26,0%
CC du Charbon lorrain	1 121	27,4%	28,3%
Val de Lorraine	10 122	26,5%	26,3%
Meurthe-et-M.	77 138	28,3%	28,4%
Lorraine	246 913	28,4%	28,2%
France metrop.	6 367 740	27,5%	27,3%

Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)



En 2012, 26,5% des salariés résidant dans le Val de Lorraine avaient un emploi précaire (Stagiaires rémunérés, emplois aidés, intérimaires, contrat d'apprentissage, autres CDD et CDI à temps partiel). Ce taux est inférieur à ce qui est observé au niveau régional (28,4%). Il est plus élevé dans le Chardon Lorrain (27,4%) et particulièrement à Thiaucourt-Regniéville (31,0%). Des taux relativement élevés sont également observés à Montauville (30,5%) et à Champigneulle (30,5%). Les taux sont beaucoup plus faibles à Marbach (18,9%) et à Faulx (18,4%).



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

¹⁰ Insee, catégories de demandeurs d'emploi établies par Pôle Emploi, [en ligne] disponible sur <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/categorie-demandeur-emploi-nape.htm> [consulté le 27 août 2015]
¹¹ Insee, Taux de chômage localisés, Sources et méthodes, juillet 2014.
¹² LEROUX Lotic. Les effets de la précarité du travail sur la santé : le droit du travail peut-il s'en saisir ? [en ligne] 2009. Disponible sur <https://ojs.revues.org/2306#text3n1> [consulté le 28 août 2015]



• Population éloignée de l'emploi

Les personnes au foyer et les autres inactifs (hors étudiants et retraités) se trouvent souvent dans une situation qui les éloigne de l'emploi. Les personnes au foyer sont souvent des personnes n'ayant soit jamais travaillé, soit abandonné la vie active depuis plusieurs années, ce qui complique leur capacité à trouver un emploi en cas de nécessité. Les autres inactifs sont en partie des personnes en incapacité de travailler et des personnes en fin de carrière ayant renoncé à chercher un emploi.

Ces inactifs sont généralement plus âgés et nettement moins diplômés que les actifs. D'après l'enquête emploi réalisée en France en mars 2002, seuls 10% ont un diplôme de l'enseignement supérieur contre 27% des actifs ayant un emploi. Près du quart n'ont jamais travaillé et, parmi ces derniers, 17% sont atteints d'une incapacité permanente. Une minorité d'entre eux (13%) souhaiteraient travailler. Toutefois, ils ne sont pas comptés parmi les chômeurs car ils ne sont pas disponibles pour travailler ou ils ne font pas les démarches pour trouver un emploi¹³.

Population inactive hors étudiants et retraités en 2007 et 2012

	Personnes au foyer			Autres inactifs (hors étudiants, retraités et personnes au foyer)		
	2012		2007	2012		2007
	Nombre	Taux	Taux	Nombre	Taux	Taux
CC de Seille et Mauchère	187	3,3%	5,1%	136	2,4%	2,5%
CC du Bassin de Pompey	877	3,4%	4,5%	966	3,7%	4,0%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	1 519	5,8%	7,1%	855	3,3%	3,1%
CC du Chardon Lorrain	264	4,4%	6,2%	222	3,4%	3,4%
Val de Lorraine	2 876	4,5%	5,8%	2 179	3,4%	3,4%
Meurthe & M.	20 170	4,2%	5,2%	20 964	4,3%	4,1%
Lorraine	76 764	5,0%	6,3%	69 322	4,5%	4,3%
France metrop.	1 505 077	3,7%	4,6%	1 896 819	4,7%	4,7%

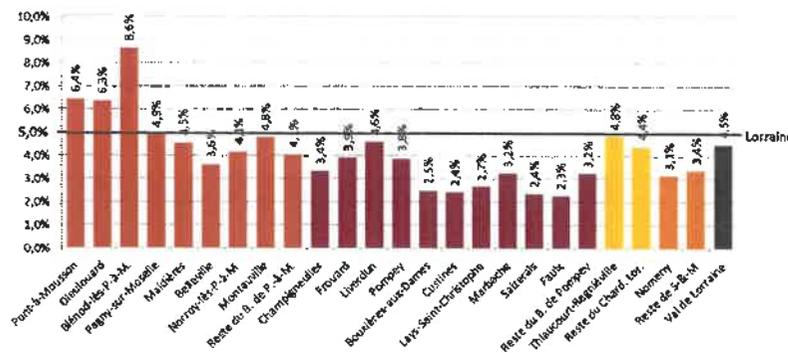
Source : Insee (Recensement)

Dans le Val de Lorraine, en 2012, les personnes au foyer représentent 4,5% de la population âgée de 15 à 64 ans, ce qui est un peu plus faible qu'au niveau régional (5,0%). Une proportion plus élevée est observée dans le Bassin de Pont-à-Mousson (5,8%) et particulièrement à Blénod-lès-Pont-à-Mousson (8,6%). Ces personnes représentent moins de 3% des 15-64 ans à Lay-Saint-Christophe (2,7%), Bouxières-aux-Dames (2,5%), Custines (2,4%), Saizerais (2,4%) et Faulx (2,3%).

Cette catégorie de population est en forte diminution. En effet, dans le Val de Lorraine, sa proportion est passée de 5,8% de la population âgée de 15 à 64 ans en 2007 à 4,5% en 2012, soit -1,3 point. Cette diminution a été plus rapide en Seille et Mauchère (-1,8 point) et dans le Chardon Lorrain (-1,8 point).

Part des personnes au foyer dans la population âgée de 15 à 64 ans en 2012

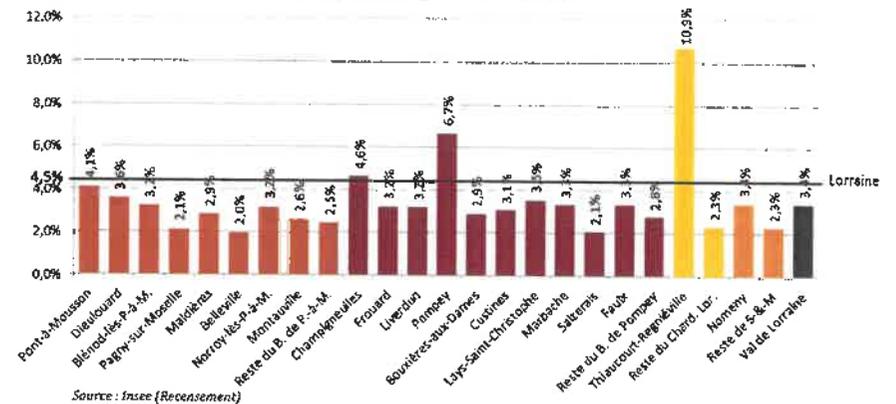
Source : Insee (Recensement)



Les autres inactifs représentent 3,4% de la population âgée de 15 à 64 ans du Val de Lorraine en 2012, ce qui est largement inférieur au niveau régional (4,5%). Au sein du Val de Lorraine, une proportion plus élevée est observée dans le Bassin de Pompey (3,7%) et particulièrement à Pompey (6,7%). Mais c'est à Thiaucourt-Regniéville que le taux est le plus élevé (10,9%). Ce taux élevé étant lié à la présence de 48 adultes entre 20 et 59 ans en

foyer de vie pour adulte handicapé. Les plus faibles proportions sont observées à Pagny-sur-Moselle (2,1%), à Saizerais (2,1%) et à Belleville (2,0%). Par rapport à 2007, la part de ces inactifs dans la population âgée de 15 à 64 ans est restée stable dans le Val de Lorraine alors qu'elle a légèrement augmenté dans l'ensemble de la région (de 4,3% à 4,5%).

Part des inactifs (hors retraités, étudiants et personnes au foyer) dans la population âgée de 15 à 64 ans en 2012



Source : Insee (Recensement)

• Niveau de formation

Les personnes ayant un faible niveau de formation ont un risque plus élevé que les personnes ayant un niveau de formation plus élevé, de se trouver en situation de précarité. En effet, elles sont plus souvent sans emploi et, lorsqu'elles ont un emploi, sont généralement moins bien rémunérées et occupent plus souvent des emplois précaires. En Belgique, en 2001, l'espérance de vie à 25 ans des personnes sans diplôme était inférieure de 7,4 ans pour les hommes et 5,9 ans pour les femmes, aux personnes ayant un diplôme d'études supérieures¹⁴.

Niveaux de formation des personnes âgées de 15 à 64 ans non scolarisées

	Sans diplôme ou faible diplôme			Bac + 2 ou plus		
	2012		2007	2012		2007
	Nombre	Taux	Taux	Nombre	Taux	Taux
CC de Seille et Mauchère	931	18,8%	22,8%	1 404	28,3%	24,4%
CC du Bassin de Pompey	5 591	24,9%	29,7%	6 026	26,9%	27,5%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	6 131	26,6%	30,9%	5 491	23,8%	20,4%
CC du Chardon Lorrain	1 365	23,0%	27,7%	1 424	24,0%	20,0%
Val de Lorraine	14 023	24,9%	29,2%	14 344	25,4%	21,5%
Meurthe-&M.	95 607	23,8%	27,5%	117 262	29,1%	25,8%
Lorraine	340 715	25,6%	29,8%	340 140	25,5%	22,2%
France metrop.	0 524 259	24,3%	28,5%	10 868 847	31,0%	27,3%

Source : Insee (Recensement) / 1 : Faible diplôme : Certificat d'étude primaire, BEPC, brevet des collèges

¹³ CHARDON Olivier. De moins en moins d'inactifs entre la fin des études et l'âge de la retraite. Insee Première n°872. Décembre 2002 [en ligne]. Disponible sur www.insee.fr/fr/ffc/docs/ffc/118972.pdf (Consulté le 28 août 2015)

¹⁴ L'espérance de vie à 25 ans des personnes sans diplôme en Belgique en 2001 était de 47,6 ans pour les hommes et de 54,0 ans pour les femmes. Chez les personnes ayant un diplôme d'étude supérieure, l'espérance de vie était de 55,0 ans pour les hommes et de 59,9 ans pour les femmes. Source : VAN DYEN Herman et al. Les inégalités sociales de santé en Belgique. Société et Avenir. Academia Press, 2010



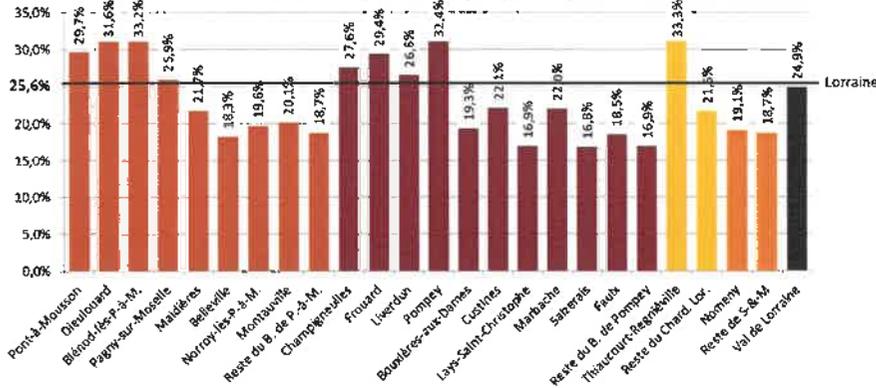
En 2012, parmi les personnes non scolarisées âgées de 15 à 64 ans, 24,9% n'avaient pas de diplôme ou n'avaient pas de diplôme supérieur au brevet des collèges dans le Val de Lorraine. Cette proportion est légèrement plus faible que dans l'ensemble de la région (25,6%). Des taux plus élevés sont observés dans le Bassin de Pont-à-Mousson (26,6%) alors que les taux les plus faibles concernent Seille et Mauchère (18,8%). Au niveau communal, les proportions les plus élevées sont observées à

Dieulouard (31,6%), à Pompey (32,4%), à Blénod-lès-Pont-à-Mousson (33,2%) et à Thiaucourt-Regniéville (33,3%).

Par rapport à 2007, la part des personnes faiblement diplômées a diminué de 4,3 points dans le Val de Lorraine, ce qui est équivalent à l'évolution observée dans l'ensemble de la région.

Lorraine. Entre 2007 et 2012, on observe un recul du taux de scolarisation dans le Val de Lorraine chez les 18-24 ans. En effet, le taux passe de 44,4% à 37,4% alors qu'il reste stable dans l'ensemble de la région (de 48,25% à 48,5%).

Part des personnes sans diplôme ou faiblement diplômées parmi la population non scolarisée âgée de 15 à 64 ans par commune de plus de 1 000 habitants du Val de Lorraine



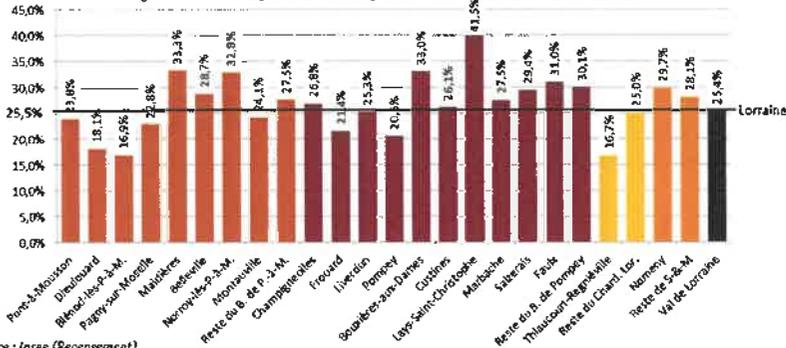
Source : Insee (Recensement)

La proportion de personnes non scolarisées âgées de 15 à 64 ans ayant au moins un diplôme de niveau Bac +2 est égale à 25,4% dans le Val de Lorraine, ce qui est proche du taux régional (25,5%) mais nettement inférieur au taux national (31,0%). Des proportions plus élevées sont observées en Seille et Mauchère (28,3%) et dans le Bassin de Pompey (26,9%). Au niveau communal, les proportions les plus élevées sont observées à Norroy-lès-Pont-à-Mousson (32,8%), à Bouxières-aux-Dames (33,0%),

à Maidières (33,3%) et surtout à Lay-Saint-Christophe (41,5%).

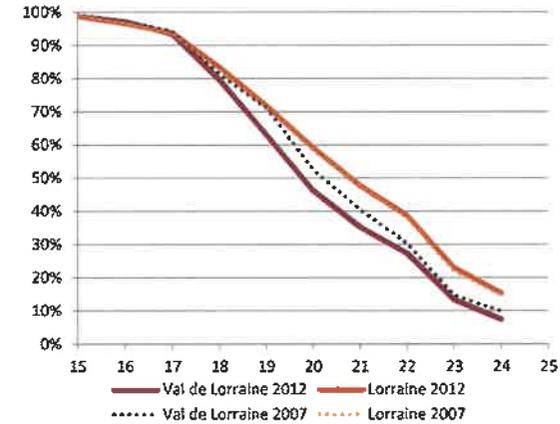
Par rapport à 2007, cette proportion a augmenté plus rapidement dans le Val de Lorraine (+3,9 points) que dans l'ensemble de la région (+3,3 points). Elle a augmenté un peu plus rapidement dans le Bassin de Pompey (+4,3 points) et un peu plus lentement dans le Bassin de Pont-à-Mousson (+3,4 points).

Part des personnes ayant un diplôme supérieur ou égal au bac+2 parmi la population non scolarisée âgée de 15 à 64 ans par commune de plus de 1 000 habitants du Val de Lorraine



Source : Insee (Recensement)

Evolution des taux de scolarisation par âge



Source : Insee (Recensement)

- Minimas sociaux et pauvreté

De nombreuses études ont mis en évidence l'influence négative de la pauvreté sur l'état de santé ainsi que l'influence de l'état de santé sur les revenus.

Il existe plusieurs indicateurs de pauvreté mesurables à partir des prestations sociales perçues. Ces différents indicateurs permettent d'aborder la pauvreté selon des intensités et des aspects différents.

Les ménages à bas revenus, allocataires de la CAF ou de la MSA perçoivent des revenus inférieurs à 60% du revenu médian (soit moins de 987 euros par unité de consommation). Ce seuil correspond au seuil de pauvreté utilisé en Europe. Toutefois, ces ménages, qui représentent 22,4% des ménages français, ne peuvent pas directement être qualifiés de pauvres. En effet, les revenus pris en compte ici sont les revenus avant redistribution, c'est-à-dire

avant d'avoir impôts et aides sociales, ce qui est différent du revenu disponible. Lorsqu'on prend en compte le revenu disponible, le taux de pauvreté est de 14,3% en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2013.

La part de la population couverte par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est un indicateur de pauvreté dont le seuil est inférieur au seuil de pauvreté précédemment cité. Cet indicateur permet donc de mesurer un niveau de pauvreté plus important. Cet indicateur présente l'avantage, contrairement aux indicateurs suivants, de couvrir l'ensemble de la population quel que soit l'âge.

Les autres allocations permettent de mesurer seulement une partie de la pauvreté du fait des conditions d'attribution.

Le revenu de solidarité active (RSA) est attribué à différentes catégories de population ayant de faibles revenus. Ainsi, il existe différents types de RSA tels que le RSA socle qui concerne les personnes sans revenus d'activité et le RSA d'activité qui concerne les personnes ayant de faibles revenus d'activité. Ces allocations peuvent être majorées lorsque le bénéficiaire élève seul un ou plusieurs enfants. La mesure des bénéficiaires du RSA permet donc de connaître l'importance numérique de ces différentes populations concernées. En revanche, cet indicateur ne recouvre pas les personnes ayant de faibles revenus avant 25 ans (à l'exception des parents

isolés) ou ayant atteint l'âge de la retraite. Elle ne recouvre pas non plus les personnes ayant de faibles revenus et reconnues handicapées qui sont couvertes par l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Cette dernière présentant la particularité de recouvrir à la fois l'aspect financier et l'aspect de l'état de santé de la précarité.

Les personnes vivant dans les situations de plus grande précarité, telles que les personnes sans domicile, échappent souvent aux statistiques administratives.

En effet, les données sont disponibles par établissement public de coopération intercommunale (EPCI) de plus de 2 000 habitants dans leurs limites de 2013. En regroupant les anciens EPCI dont la majorité de la population vit dans l'actuel Val de Lorraine, on obtient un taux de

pauvreté égal à 11,5% des ménages. Au niveau communal, les taux de pauvreté dépassent le niveau régional à Pont-à-Mousson (18,8%), à Pompey (16,6%) et à Champigneulle (15,7%). Ils sont particulièrement faibles à Bouxières-aux-Dames (5,3%) et à Lay-Saint-Christophe (5,0%).

Bénéficiaires d'une allocation liée à un faible revenu

	Allocataires au 31/12/2013			Au 31/12/2014	
	Bas revenus ¹	RSA	AAH	Population couverte par la CMU-complémentaire	Bénéficiaires du minimum social
CC de Seille et Mauchère	271	123	58	193	15
CC du Bassin de Pompey	2 039	1 146	461	3 243	153
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	2 232	1 247	392	2 477	172
CC du Chardon lorrain	376	148	120	315	19
Val de Lorraine	4 918	2 662	1 031	6 198	359
Meurthe-à-M.	48 121	27 365	10 425	57 436	3 598
Lorraine	147 286	80 685	38 215	162 179	10 489
France metrop.	3 936 338	2 100 357	987 481	4 419 616	421 614
	Bas revenus / ménages 20-59 ans	RSA / ménages 20-59 ans	AAH / population 20-59 ans	CMU-C / population totale	Min. Soc. / retraités de la CNAV
CC de Seille et Mauchère	12,2%	5,5%	1,3%	2,2%	1,1%
CC du Bassin de Pompey	20,1%	11,7%	2,3%	7,9%	1,7%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	21,1%	12,3%	1,9%	6,1%	2,1%
CC du Chardon lorrain	13,9%	5,6%	2,2%	3,1%	1,2%
Val de Lorraine	19,2%	10,8%	2,0%	6,2%	1,8%
Meurthe-à-M.	23,1%	14,5%	2,7%	7,8%	2,6%
Lorraine	22,8%	13,3%	3,1%	6,9%	2,3%
France metrop.	22,4%	12,8%	3,0%	7,0%	3,3%

Sources : CAF, MSA, CPAM, RSI, CARSAT Nord-est, CARSAT Alsace-Moselle

1 : Seuil de bas revenu : 60 % du revenu médian par unité de consommation, soit 987 euros par unité de consommation au 1^{er} janvier 2012.

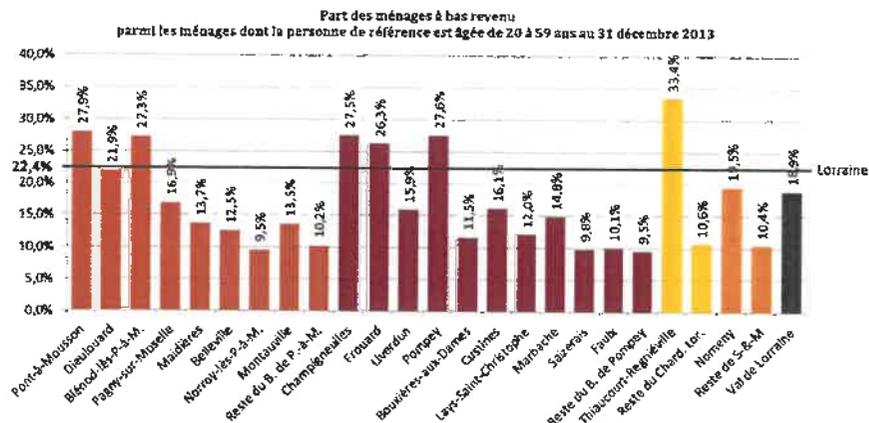
2 : Sources : CPAM, MSA, RSI au 31 décembre 2013 (Le nombre d'allocataires du RSA a été réparti par EPCI en fonction de la proportion d'agriculteurs présents sur le territoire au recensement de 2012)

Au 31 décembre 2013, 4 918 ménages allocataires de la CAF ou de la MSA résidant dans le Val de Lorraine avaient des bas revenus, soit 19,2% de l'ensemble des ménages du Val de Lorraine, ce qui est un taux plus faible que celui qui est observé au niveau régional (22,8%).

Au sein du Val de Lorraine, ce taux est plus élevé dans le Bassin de Pont-à-Mousson (21,2%). Il dépasse le niveau régional dans 6 communes de plus de 1 000 habitants du Val de Lorraine. Il s'agit de Frouard (26,3%), de Blénod-lès-Pont-à-Mousson (27,3%), de Champigneulle (27,5%), de Pompey (27,6%), de Pont-à-Mousson (27,9%) et surtout de Thiaucourt-Regniéville (33,4%). Les taux sont

beaucoup plus faibles à Saizerais (9,8%), à Norroy-lès-Pont-à-Mousson (9,5%) et dans l'ensemble des communes de moins de 1 000 habitants du Bassin de Pompey (9,5%).

Les données issues des fichiers des Impôts permettent de connaître les revenus disponibles après redistribution et, ainsi, de connaître les taux de pauvreté dans les communes de 2 000 habitants ou plus. Ces informations montrent que 14,6% des ménages lorrains vivent sous le seuil de pauvreté, ce qui est proche du niveau national qui s'élève à 14,3%. Le taux de pauvreté pour l'ensemble du Val de Lorraine n'est pas connu.



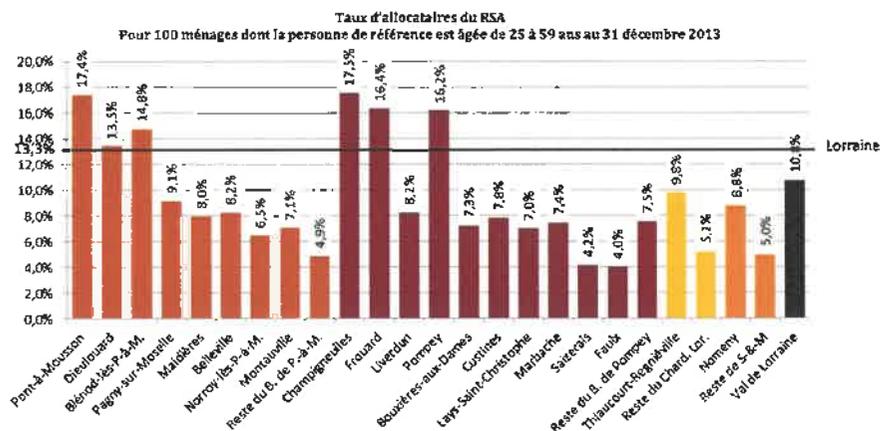
Source : CAF, MSA / Insee (recensement)

Au 31 décembre 2014, 6,2% de la population du Val de Lorraine est couverte par la CMU complémentaire. Ce taux est inférieur à la moyenne régionale (6,9%). Au sein du Val de Lorraine, il est plus élevé dans le Bassin de Pompey (7,9%) et beaucoup plus faible dans le Chardon Lorrain (3,1%) et en Seille et Mauchère (2,2%). Le secret statistique imposé aux différents organismes producteurs de données empêche de décliner cet indicateur au niveau communal.

Au 31 décembre 2013, le taux de bénéficiaires du RSA est également plus faible dans le Val de Lorraine (10,8%) que dans l'ensemble de la région (13,3%). Au sein du Val de Lorraine, les

taux sont plus élevés dans le Bassin de Pompey (11,7%) et dans le Bassin de Pont-à-Mousson (12,3%) et au niveau communal, il dépasse le niveau régional à Dieulouard (13,5%), à Blénod-lès-Pont-à-Mousson (14,8%), à Pompey (16,2%), à Frouard (16,4%), à Pont-à-Mousson (17,4%) et à Champigneulle (17,5%). Les taux sont beaucoup plus faibles à Saizerais (4,2%) et à Faulx (4,0%).

Ainsi, on constate des taux de bénéficiaires du RSA très faibles dans les communes rurales. Ces communes disposent rarement de logements de petite taille accessibles aux ménages ayant de faibles revenus.



Source : CAF, MSA / Insee (recensement)

Le RSA est une allocation qui est versée à des populations vivant des situations diverses et n'ayant pas ou peu de revenus. L'observation des différentes composantes du RSA permet de s'intéresser à différentes catégories de personnes à faibles revenus.

Le RSA socle seul (sans activité), avec majoration, remplace l'ancienne allocation aux parents isolés (API). Il est versé aux personnes ne percevant pas de revenus d'activité et élevant seules un ou plusieurs enfants. Ses bénéficiaires représentent 1,2% des ménages dont la personne de référence est âgée de 25 à 49 ans dans le Val de Lorraine, contre 1,5% dans l'ensemble de la région. Au sein du Val de Lorraine, les taux de bénéficiaires sont plus élevés dans le Bassin de Pont-à-Mousson (1,3%) et dans le Bassin de Pompey (1,6%) que dans le Chardon Lorrain (0,5%) et en Seille et Mauchère (0,4%).

Le RSA socle seul, sans majoration, est versé aux autres ménages ne percevant pas de revenu d'activité. Il remplace l'ancien RMI. Les bénéficiaires de cette allocation représentent 5,0% des ménages dont la personne de référence est âgée de 25 à 59 ans dans le Val de Lorraine, ce qui est inférieur à ce qui est observé au niveau régional (7,7%). Au sein du Val de Lorraine, les

taux sont plus élevés dans le Bassin de Pompey (6,1%) et dans le Bassin de Pont-à-Mousson (6,9%). Et beaucoup plus faibles dans le Chardon Lorrain (2,9%) et en Seille et Mauchère (2,7%).

Le RSA d'activité seul est versé aux personnes percevant de faibles revenus d'activité. Les bénéficiaires de cette allocation représentent 2,9% des ménages dont la personne de référence est âgée de 25 à 59 ans dans le Val de Lorraine, ce qui est proche du taux régional qui s'élève à 3,0%. Au sein du Val de Lorraine, les taux les plus élevés sont observés dans le Bassin de Pompey (3,1%) et dans le Bassin de Pont-à-Mousson (3,2%) et les taux les plus faibles concernent le Chardon Lorrain et Seille et Mauchère (1,8% chacun).

Le RSA socle et activité est versé aux personnes ayant des revenus d'activité inférieur à un montant forfaitaire. Il concerne donc des personnes ayant des revenus plus faibles que les bénéficiaires du RSA Activité seul. Les bénéficiaires de cette allocation représentent 1,2% des ménages dont la personne de référence est âgée de 25 à 59 ans, ce qui est un taux inférieur à ce qui est observé au niveau régional (1,4%). Ce taux varie de 0,5% dans le Chardon Lorrain à 1,4% dans le Bassin de Pompey.

Bénéficiaires du RSA en fonction du type de prestation au 31 décembre 2013

	RSA socle seul avec major. (ex-API)	RSA socle seul sans major. (ex-RMI)	RSA socle et activité	RSA activité seul	Ensemble des allocataires du RSA
CC de Seille et Mauchère	6	58	17	40	121
CC du Bassin de Pompey	106	597	134	307	1 146
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	93	702	124	328	1 247
CC du Chardon Lorrain	10	76	14	48	148
Val de Lorraine	217	1 433	289	723	2 662
Meurthe-&M.	2 251	16 291	2 900	5 923	27 365
Lorraine	6 895	46 789	8 695	18 396	80 685
France metrop.	180 050	1 185 884	244 997	489 426	2 100 357
	RSA socle seul / ménages 25-49 ans	RSA socle non maj. / ménages 25-59 ans	RSA socle et activité / ménages 25-59 ans	RSA activité / ménages 25-59 ans	Ensemble des RSA / ménages 25-59 ans
CC de Seille et Mauchère	0,4%	2,7%	0,8%	1,8%	5,5%
CC du Bassin de Pompey	1,6%	6,1%	1,4%	3,1%	11,7%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	1,3%	6,9%	1,2%	3,2%	12,3%
CC du Chardon Lorrain	0,5%	2,9%	0,5%	1,8%	5,6%
Val de Lorraine	1,2%	5,8%	1,2%	2,9%	10,8%
Meurthe-&M.	1,5%	8,6%	1,5%	3,1%	14,5%
Lorraine	1,5%	7,7%	1,4%	3,0%	13,3%
France metrop.	1,4%	7,2%	1,5%	3,0%	12,8%

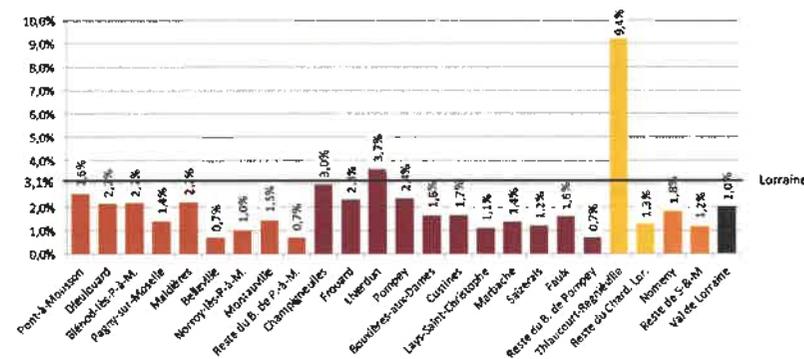
Sources : CAF, MSA, RSI

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est versée à 2,0% des adultes âgés de 20 à 59 ans du Val de Lorraine, ce qui est beaucoup plus faible que dans l'ensemble de la région (3,1%). Au sein du Val de Lorraine, des taux plus élevés sont observés dans le Chardon Lorrain (2,2%) et dans le Bassin de Pompey (2,3%). La commune de Thiaucourt-Rogniville se démarque avec un taux de 9,4%, mais ce taux particulièrement élevé est lié à la

présence d'un foyer de vie pour personnes handicapées de 51 places en hébergement complet. On peut remarquer que les indicateurs de précarité dans cette commune sont en grande partie liés à cet établissement. En effet, le taux de bénéficiaires du RSA, qui ne concerne pas les personnes handicapées, est inférieur au taux observé dans l'ensemble du Val de Lorraine (9,8% contre 10,8%).

Part des allocataires de l'AAH parmi la population âgée de 20 à 59 ans au 31 décembre 2013

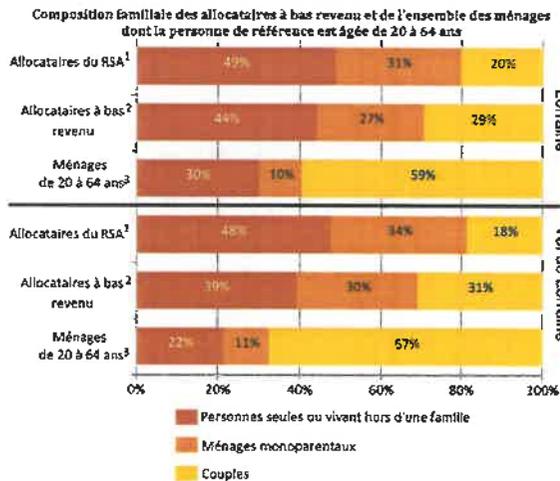
Source : CAF, MSA / Insee (recensement)



• Modes de vie

Les ménages monoparentaux et les personnes seules sont plus fréquemment confrontés à la précarité économique que les couples. Dans le Val de Lorraine, alors que les personnes seules représentent 22% des ménages dont la personne de référence est âgée de 20 à 64 ans, elles représentent 39% des ménages à bas revenus et 48% des allocataires du RSA. Ainsi, on

constate que plus le niveau de pauvreté est élevé, plus la proportion de personnes seules est importante. On peut faire le même constat en ce qui concerne les ménages monoparentaux qui représentent 34% des allocataires du RSA contre 11% de l'ensemble des ménages dont la personne de référence est âgée de 20 à 64 ans.



Sources : CAF, MSA, Insee (Recensement)
 1 : Allocataires du RSA auprès de la CAF et de la MSA au 31 décembre 2013
 2 : Allocataires de la CAF et de la MSA à bas revenu (ci 60% du revenu médian) au 31 décembre 2013
 3 : Ensemble des ménages dont la personne de référence est âgée de 20 à 64 ans, recensement au 1^{er} janvier 2012

	Types de ménages					
	Ménages monoparentaux			Ménages composés d'une seule personne		
	2012	2007	Taux	2012	2007	Taux
CC de Seille et Mauchère	223	6,8%	6,6%	656	20,1%	20,4%
CC du Bassin de Pompey	1 695	10,1%	8,8%	4 553	27,3%	25,2%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	1 613	9,7%	9,2%	4 628	27,8%	27,0%
CC du Chardon Lorrain	240	6,1%	7,7%	897	22,8%	21,2%
Val de Lorraine	3 771	9,3%	8,7%	10 734	26,5%	25,2%
Meurthe-&M.	29 069	9,0%	8,7%	116 505	25,9%	24,9%
Lorraine	89 788	8,8%	8,5%	340 530	33,4%	31,9%
France métrop.	2 434 402	8,6%	8,4%	9 512 171	34,5%	33,3%

Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

• Les ménages monoparentaux

Parmi les 3 771 ménages monoparentaux présents dans le Val de Lorraine en 2012, 2 871 étaient composés d'une femme seule élevant un ou des enfants, soit 76,5% contre 900 pour les hommes (23,5%).

En 2012, 9,3% des ménages dans le Val de Lorraine sont composés d'une famille monoparentale, ce qui

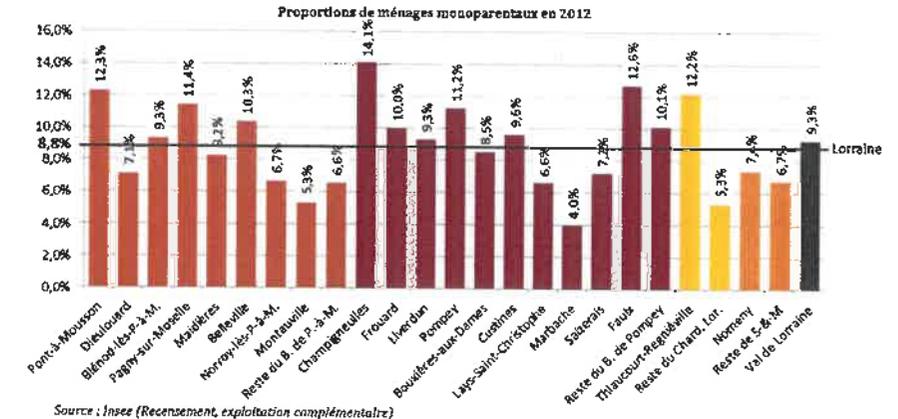
est supérieur au taux observé dans l'ensemble de la région (8,8%). Au sein du Val de Lorraine, cette proportion est plus élevée dans le Bassin de Pompey (10,1%) et plus faible dans le Chardon Lorrain (6,1%).



PAYS DU VAL DE LORRAINE
 DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE

Au niveau communal, les proportions de ménages monoparentaux les plus élevées sont observées à Thiaucourt-Regniéville (12,2%), à Pont-à-Mousson (12,3%), à Faulx (12,6%) et à Champigneulle (14,1%). Les taux les plus faibles sont observés dans l'ensemble des communes de moins de 1000 habitants du Chardon Lorrain (5,3%), à Montauville (5,3%) et à Marbache (4,0%).

La part des ménages monoparentaux est en augmentation. Elle est passée de 8,7% à 9,3% dans le Val de Lorraine entre 2007 et 2012, ce qui correspond à une augmentation plus importante que ce qui est observé au niveau régional (de 8,5% à 8,8%).

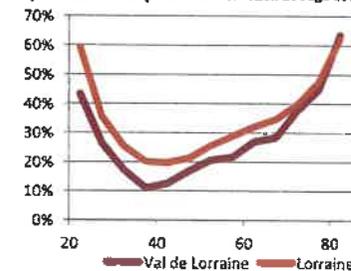


• Les personnes seules

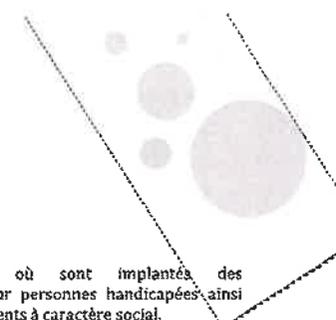
L'influence de la solitude sur l'état de santé n'est pas seulement liée à la précarité économique qui est fréquemment associée. Les personnes seules ont également des modes de vie plus défavorables à un bon état de santé. La consommation de tabac et d'alcool est plus fréquente et l'alimentation est souvent moins saine. La solitude a également une influence sur l'état de santé psychologique en favorisant le mal-être ou la dépression. De plus, les accidents domestiques peuvent avoir des

conséquences plus graves en l'absence d'une tierce personne pouvant appeler des secours. La fréquence de la solitude augmente avec l'âge. En 2012, 10,9% des ménages dont la personne de référence était âgée de 35 à 39 ans étaient composés d'une seule personne dans le Val de Lorraine. A partir de 80 ans, cette proportion s'élève à 63,5%. Les divorces et surtout le veuvage expliquent cette augmentation.

Proportion de ménages composés d'une seule personne en fonction de l'âge de la personne de référence en 2012



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)



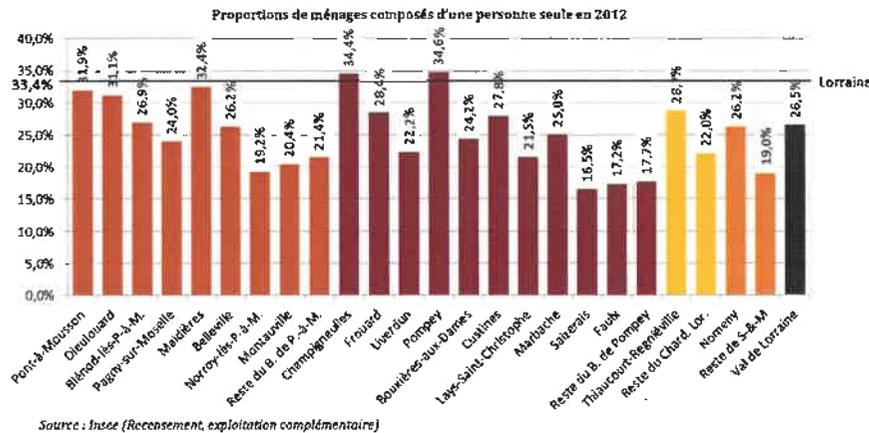
Un peu plus d'un ménage sur quatre (26,5%) est composé d'une personne seule dans le Val de Lorraine, ce qui est nettement moins fréquent que dans l'ensemble de la région (33,4%). Ce moindre taux de solitude dans le Val de Lorraine est observé à tous les âges avant 80 ans. Il est également lié à la pyramide des âges de la population du Val de Lorraine qui comporte, proportionnellement moins de personnes âgées de 20 à 34 ans et de personnes âgées de 70 ans ou plus que l'ensemble de la région.

Au sein du Val de Lorraine, les proportions de ménages composés d'une seule personne sont plus élevées dans le Bassin de Pompey (27,3%) et le Bassin de Pont-à-Mousson (27,8%) et plus faibles dans le Chardon Lorrain (22,8%) et en Seille et Mauchère (20,1%). La différence entre les taux observés dans ces communautés de communes est liée au fait que les territoires ruraux comportent

moins de petits logements aptes à accueillir des personnes seules.

Au niveau communal, on observe des proportions de ménages composés d'une seule personne supérieure au taux régional dans les communes de Champigneulle (34,4%) et de Pompey (34,6%). Les proportions les plus faibles concernent l'ensemble des communes de moins de 1 000 habitants du Bassin de Pompey (17,7%), Faulx (17,2%) et Saizerais (16,2%).

Entre 2007 et 2012, la proportion de ménages composés d'une personne seule a augmenté. En effet, elle est passée de 25,2% à 26,5% dans le Val de Lorraine et de 31,9% à 33,4% dans l'ensemble de la région. L'augmentation observée dans le Val de Lorraine est surtout liée au vieillissement de la population, mais aussi à une augmentation du taux de solitude avant 35 ans.



Source : Insee (Recensement, exploitation complémentaire)

Parmi la population âgée de 75 ans ou plus, 38,4% vivent seules dans le Val de Lorraine en 2012, ce qui est inférieur au taux régional qui s'élève à 39,1%. Ce taux est plus élevé dans le Bassin de Pont-à-Mousson (41,7%) et plus faible dans le Bassin de Pompey (36,0%).

	30-74 ans			75 ans et plus		
	2012		2007	2012		2007
	Nombre	Taux	Taux	Nombre	Taux	Taux
CC de Seille et Mauchère	418	8,7%	8,8%	198	37,5%	36,1%
CC du Bassin de Pompey	2 816	12,4%	11,0%	1 334	36,0%	38,1%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	2 734	12,4%	12,5%	1 409	41,7%	40,6%
CC du Chardon Lorrain	538	9,5%	8,7%	298	35,8%	34,5%
Val de Lorraine	6 506	11,8%	11,2%	3 239	38,4%	38,6%
Meurthe-à-M.	64 260	16,5%	15,4%	26 380	40,7%	41,0%
Lorraine	202 949	15,7%	14,3%	83 341	39,1%	39,7%
France metrop.	5 690 597	16,5%	15,4%	2 239 852	38,6%	39,0%

Source : Insee (Recensement)

La population en établissement

Les établissements médicaux, médico-sociaux et sociaux accueillent majoritairement une population n'ayant pas la capacité physique ou économique d'habiter dans un logement ordinaire. Il s'agit donc d'une population particulièrement fragile.

Lorrain (1,2%) où sont implantés des établissements pour personnes handicapées, ainsi que des établissements à caractère social.

Parmi la population âgée de 75 ans ou plus dans le Val de Lorraine, 10,2% vivent en établissement médical, médico-social ou social. Ce taux est supérieur au taux régional qui s'élève à 9,3%. Dans le Chardon Lorrain, où plusieurs établissements pour personnes âgées sont implantés, ce taux atteint 21,9%.

Cette population représente 0,7% des personnes âgées de 30 à 74 ans dans le Val de Lorraine en 2012, ce qui est inférieur à la proportion régionale qui s'élève à 1,0%. Des taux plus élevés sont observés dans le Bassin de Pompey et le Chardon

Part de la population vivant en établissement médical, médico-social ou social par tranche d'âge

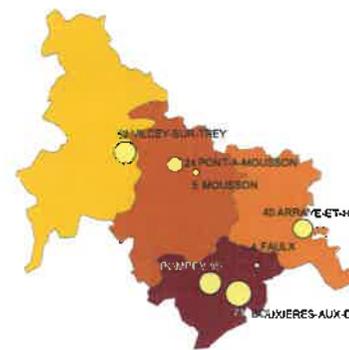
	30-74 ans			75 ans et plus		
	2012		2007	2012		2007
	Nombre	Taux	Taux	Nombre	Taux	Taux
CC de Seille et Mauchère	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
CC du Bassin de Pompey	262	1,2%	1,3%	178	12,9%	13,6%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	76	0,3%	0,5%	202	6,0%	5,1%
CC du Chardon Lorrain	71	1,2%	1,5%	182	21,9%	21,8%
Val de Lorraine	409	0,7%	0,9%	862	10,2%	10,1%
Meurthe-à-M.	3 981	1,0%	1,1%	5 802	9,0%	9,0%
Lorraine	12 400	1,0%	1,0%	19 737	9,3%	9,2%
France metrop.	304 927	0,9%	0,9%	548 990	9,5%	9,1%

Source : Insee (Recensement)

Près d'une personne âgée de 75 ans ou plus sur deux (48,6%) vit soit seule, soit en établissement. Ce taux est équivalent au taux régional (48,4%) et est plus élevé dans le Chardon Lorrain (57,6%) et plus faible en Seille et Mauchère (37,5%).

Population vivant dans un établissement médical, médico-social ou social en 2012

0-19 ans



En 2012, 251 enfants de moins de 20 ans vivent en établissement médicalisé ou social dans le Val de Lorraine. Les principaux établissements sont situés à Bouxières-aux-Dames (71 enfants), à Pompey (55 enfants), à Vilcey-sur-Trey (52 enfants) et à Arrave-et-Han (40 enfants).

Dans ces deux derniers villages, ces enfants représentent respectivement 36% et 12% de la population totale et 35% et 70% de la population âgée de moins de 20 ans.

20-59 ans



Les établissements médicaux et sociaux accueillent 284 personnes âgées de 20 à 59 ans dans l'ensemble du Val de Lorraine. Les principales communes concernées sont Pompey (83 personnes), Lay-Saint-Christophe (56), Liverdun (52), Thiaucourt-Regniéville (48) et Pont-à-Mousson (34). A Thiaucourt-Regniéville, cette population représente 4% de la population totale et 8% de la population âgée de 20 à 59 ans.

60 ans plus



Le recensement de 2012 enregistre 1 033 personnes âgées de 60 ans ou plus en établissement médical ou social dans le Val de Lorraine. Ces établissements sont situés principalement sur les communes de Pont-à-Mousson (251 résidents), Pompey (236) et Faux (169). Dans cette dernière commune, ces personnes représentent 13% de la population totale et 46% de la population âgée de 60 ans ou plus.

Dans trois communes du Chardon Lorrain, la population âgée de 60 ans ou plus vivant en établissement représente également une part importante de la population totale. Il s'agit de Thiaucourt-Regniéville, où ils représentent 7% de la population totale (92 personnes), de Mars-la-Tour où 52 résidents représente 5% de la population totale et surtout d'Onville où les 62 résidents représentent 11% de la population totale de la commune.

• Logement

Le type d'occupation du logement est souvent lié au revenu de ses occupants. Les ménages locataires de leur logement ont généralement des revenus inférieurs aux ménages propriétaires et les ménages résidant en HLM ont des revenus encore plus faibles. En 2012, la médiane des revenus annuels disponibles par unité de consommation s'élevait à 21 639 pour les ménages propriétaires en Lorraine contre 15 131 pour les ménages locataires¹⁵.

Caractéristiques des résidences principales

	Résidences en location			Résidences HLM			Néologismes (in situ)		
	2012		2007	2012		2007	2012		2007
	Nombre	Taux	Taux	Nombre	Taux	Taux	Nombre	Taux	Taux
CC de Seille et Mauchère	506	15,5%	15,8%	53	1,6%	1,4%	33	1,0%	1,3%
CC du Bassin de Pompey	4 964	29,7%	28,6%	2 348	14,1%	12,9%	84	0,5%	0,8%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	5 888	35,4%	35,6%	1 951	11,7%	12,5%	100	0,6%	0,9%
CC du Chardon Lorrain	682	17,3%	16,8%	28	0,7%	1,1%	33	0,8%	1,2%
Val de Lorraine	12 040	29,7%	29,4%	4 379	10,8%	10,7%	251	0,6%	0,9%
Meurthe-&M.	131 927	40,7%	40,8%	45 906	14,2%	14,1%	1 592	0,5%	0,8%
Lorraine	379 368	37,2%	37,6%	133 192	13,1%	13,3%	5 148	0,5%	0,8%
France metrop.	10 970 211	39,8%	39,8%	4 014 586	14,6%	14,8%	169 966	0,6%	1,0%

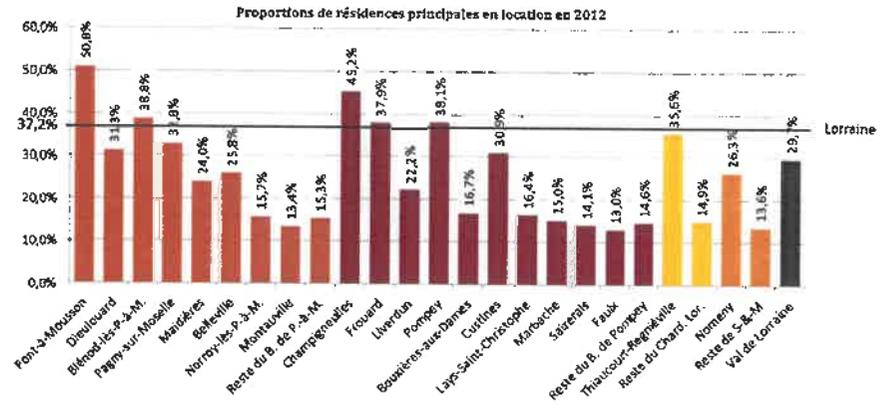
Source : Insee (Recensement)

• Le locatif

En 2012, 29,7% des logements dans le Val de Lorraine sont en location. Ce taux est beaucoup plus faible que dans l'ensemble de la région (37,2%) mais il est en légère augmentation (de 29,4% à 29,7% entre 2007 et 2012) alors qu'il diminue faiblement dans l'ensemble de la région (de 37,6% à 37,2%).

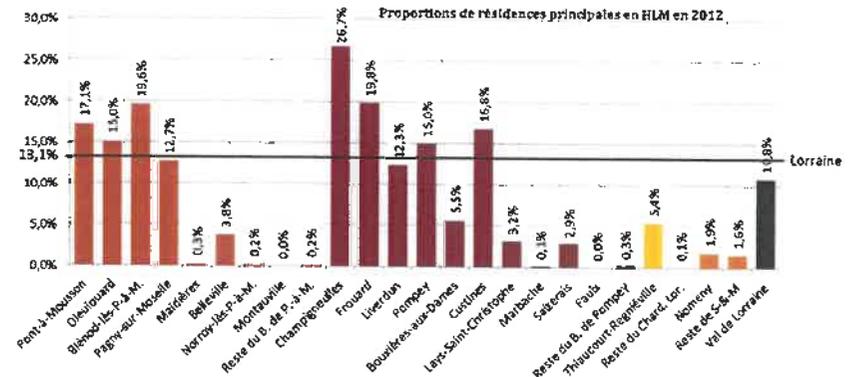
Au sein du Val de Lorraine, la proportion de logements locatifs est plus élevée dans le Bassin de Pont-à-Mousson (35,4%) et plus faible dans les

communautés de communes rurales du Chardon Lorrain (17,3%) et de Seille et Mauchère (15,5%). Au niveau communal, la proportion de logements locatifs atteint 45,2% à Champigneulle et 50,8% à Pont-à-Mousson. Les proportions les plus faibles sont observées dans l'ensemble des communes de moins de 1 000 habitants de Seille et Mauchère (13,6%), à Montauville (13,4%) et à Faux (13,0%).



En 2012, 10,7% des logements dans le Val de Lorraine sont en HLM. Ce taux est inférieur à ce qui est observé au niveau régional (13,3%). Au sein du Val de Lorraine, les taux les plus élevés sont observés dans le Bassin de Pompey (12,9%) et dans le Bassin de Pont-à-Mousson (12,5%). En Seille et Mauchère (1,4%) et dans le Chardon Lorrain (1,1%), les logements en HLM sont presque inexistant.

Au niveau communal, les proportions de logements en HLM les plus élevées sont observées à Blénod-lès-Pont-à-Mousson (19,6%), à Frouard (19,8%) et surtout à Champigneulle (26,7%). Ces logements sont pratiquement inexistant dans les communes de Maizières (0,3%), de Norroy-lès-Pont-à-Mousson (0,2%) et de Marbach (0,1%) et totalement inexistant à Montauville et à Faux.



¹⁵ Insee-DGFIP : Fichier localisé Social et Fiscal (FiloSoFi) - Année 2012

• L'état des logements

L'humidité, la présence de plomb, le manque d'isolation ou l'absence de chauffage suffisant influent de façon négative sur l'état de santé des habitants des logements précaires.

La précarité du logement peut également se manifester par l'absence d'équipement sanitaire à l'intérieur, par le bruit ou la surpopulation.

Les seuls indicateurs de précarité du logement qui peuvent être mobilisés consistent à dénombrer les logements ne comportant ni baignoire ni douche.

Dans le Val de Lorraine, ces logements représentent 0,6% des résidences principales en 2012, soit un taux légèrement supérieur à ce qu'on observe dans l'ensemble de la région (0,5%). Ces logements sont un peu plus fréquents en Seille et Mauchère (1,0%). Le nombre de ces logements est en forte diminution. En 2007, ils représentaient 0,9% des logements du Val de Lorraine. Les données issues de la base FILCCOM (Fichier des logements à l'échelle communale. Réalisé par la Direction Générale des Finances Publiques) permettent

de recenser les logements potentiellement indignes dans le parc privé uniquement. En 2011, 1 054 logements du parc privé dans le Val de Lorraine sont potentiellement indignes, soit 2,9% de l'ensemble du parc privé. Ce taux est équivalent à ce qui est observé au niveau régional. Au sein du Val de Lorraine, les proportions de logements potentiellement indignes varient peu d'une communauté de commune à l'autre. Le taux le plus élevé est observé dans le Bassin de Pont-à-Mousson (3,2%) et le taux le plus faible dans le Bassin de Pompey (2,6%).

Des programmes d'amélioration de l'habitat sont mis en place à l'échelle des communautés de communes. En mai 2014, deux d'entre elles bénéficient d'un programme en cours. Il s'agit du Chardon Lorrain, avec un programme sur la période 2013-2016, et du Bassin de Pompey avec un programme sur la période 2014-2018. Dans le Bassin de Pont-à-Mousson, un programme est en projet.

Logements potentiellement indignes dans le parc privé en 2011

Logements potentiellement indignes	Taux
CC de Seille et Mauchère	2,7%
CC du Bassin de Pompey	2,6%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	3,2%
CC du Chardon Lorrain	3,1%
Val de Lorraine	2,9%
Meurthe-&-M.	2,9%
Lorraine	ND
France metrop.	ND

Source : FILCCOM 2011, MEDDE d'après DGFIP - ND : Non disponible

• Les aides au logement

Il existe trois aides au logement versées par les caisses d'allocation familiales et les mutualités sociales agricoles. Il s'agit de l'allocation de logement familial (ALF), qui représente 27,4% des aides au logement dans le Val de Lorraine (contre 20,2% en Lorraine), de l'allocation de logement social (ALS, 28,1% contre 35,2%) et de l'aide personnalisée au logement (APL, 44,5% contre 44,6%).

Ménages bénéficiaires d'une aide au logement

	ALF		ALS		APL		Ensemble des aides au logement	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
CC de Seille et Mauchère	151	4,6%	59	1,8%	68	2,1%	278	8,5%
CC du Bassin de Pompey	624	3,7%	778	4,7%	1 642	9,8%	3 044	18,2%
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	908	5,5%	881	5,3%	1 301	7,8%	3 090	18,6%
CC du Chardon Lorrain	220	5,6%	231	5,9%	83	2,1%	534	13,5%
Val de Lorraine	1 903	4,7%	1 949	4,8%	3 094	7,6%	6 946	17,1%
Meurthe-&-M.	13 550	4,2%	35 953	11,1%	35 359	10,9%	84 862	26,2%
Lorraine	46 852	4,6%	81 569	8,0%	103 408	10,1%	231 829	22,8%
France metrop.	1 193 600	4,3%	2 321 960	8,4%	2 772 624	10,1%	6 288 184	22,8%

Source : CAF, MSA

Au total, 6 946 ménages dans le Val de Lorraine bénéficient d'une de ces trois aides au logement, soit 17,1% des ménages. Ce taux est inférieur à ce qui est observé au niveau régional (22,8%). Au sein du Val de Lorraine, ces taux sont plus élevés

dans le Bassin de Pompey (18,2%) et dans le Bassin de Pont-à-Mousson (18,6%) et plus faibles dans le Chardon Lorrain (13,5%) et en Seille et Mauchère (8,5%).

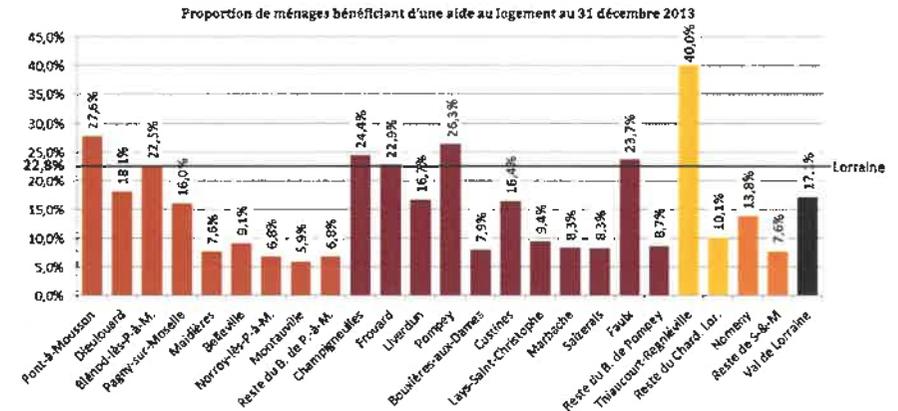


PAYS DU VAL DE LORRAINE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE

Au niveau communal, le taux de ménages bénéficiaires est particulièrement élevé à Thiaucourt-Regniéville (40,0%). Des taux supérieurs au niveau régional sont également observés à Faulx (23,7%), à Champigneulle (24,4%), à Pompey (26,3%) et à Pont-à-Mousson (27,6%).

Les taux élevés observés à Faulx et à Thiaucourt-Regniéville sont dus au fait que ces communes

accueillent un nombre important de personnes résidant en établissement et bénéficiant de ces aides. Le mode de calcul du taux de bénéficiaires de ces aides, qui prend en compte uniquement les ménages dans le dénominateur, n'est pas tout à fait adapté pour rendre compte de la proportion de bénéficiaires.



Les aides au logement

Allocation de logement familial (ALF)

L'ALF est versée aux locataires, colataires ou sous locataires d'un logement conventionné, aux accédants à la propriété ayant bénéficié d'un prêt immobilier ainsi qu'aux résidents de foyers d'hébergement.

Les revenus des bénéficiaires de cette allocation ne doivent pas dépasser un certain plafond calculé en fonction de la composition du foyer et de la situation géographique du logement.

Les bénéficiaires de l'ALF doivent répondre à l'une des situations suivantes :

- Bénéficier de prestations familiales ou de l'AEFH.
- Avoir en charge un enfant de moins de 22 ans ou attendre un enfant.
- Avoir en charge un ascendant de plus de 65 ans n'ayant pas de ressources supérieures au plafond de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.
- Avoir en charge une personne atteinte d'une invalidité d'au moins 80%.
- Être un jeune ménage marié avant l'âge de 40 ans depuis moins de 5 ans et sans enfants à charge.

Allocation de logement social (ALS)

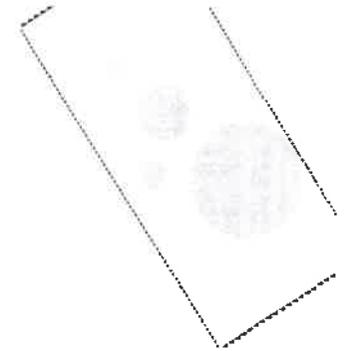
L'ALS est versée aux locataires, colataires ou sous locataires d'un logement, aux accédants à la propriété ayant bénéficié d'un prêt conventionné ou d'un prêt d'accession sociale ainsi qu'aux résidents de foyers d'hébergement.

Les revenus des bénéficiaires de cette allocation ne doivent pas dépasser un certain plafond calculé en fonction de la composition du foyer et de la situation géographique du logement.

Les bénéficiaires de l'ALS répondent aux critères précédemment cités sans bénéficier de l'ALF ou de l'APL. Il s'agit principalement de jeunes, d'étudiants, de ménages sans enfants, de personnes âgées et de personnes handicapées.

Aide personnalisée au logement (APL)

L'APL est versée aux locataires, colataires ou sous locataires d'un logement conventionné, aux accédants à la propriété ayant bénéficié d'un prêt conventionné ou d'un prêt d'accession sociale ainsi qu'aux résidents de foyers d'hébergement. Les revenus des bénéficiaires de cette allocation ne doivent pas dépasser un certain plafond calculé en fonction de la composition du foyer et de la situation géographique du logement.



PARTIE 3 – Etat de santé

Mortalité générale	<i>Pages 52 à 58</i>
Morbidité	<i>Pages 59 à 61</i>
Santé de la mère et de l'enfant	<i>Pages 62 à 67</i>
Santé mentale	<i>Pages 68 à 74</i>
Maladies cardiovasculaires	<i>Pages 74 à 77</i>
Maladies de l'appareil respiratoire	<i>Pages 78 à 80</i>
Diabète	<i>Pages 81 à 82</i>
Dépendance	<i>Pages 83 à 84</i>



Mortalité générale

Mortalité tous âges

Entre 2008 et 2012, dans le Val de Lorraine, on enregistre 870 décès domiciliés par an dont 445 hommes et 426 femmes. Avec 392 décès par an, les habitants du Bassin de Pompey représentent 45 % des décès devant les habitants du Bassin de Pont-à-

Mousson (321 décès par an, soit 37 %), les habitants du Chardon Lorrain (102 décès par an, soit 12 %) et les habitants de Seille et Mauchère (55 décès par an, soit 6 %).

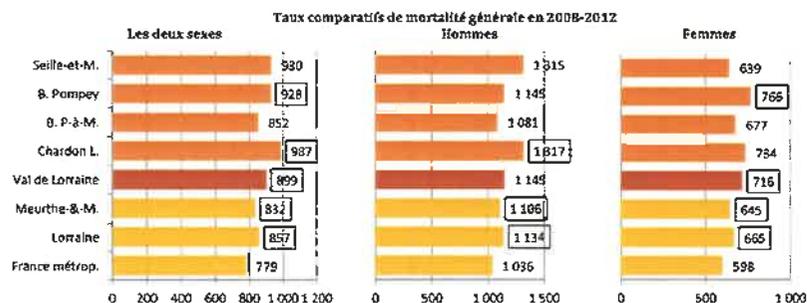
	Hommes	Femmes	Total
CC de Seille et Mauchère*	34	22	55
CC du Bassin de Pompey	191	201	392
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	169	152	321
CC du Chardon lorrain	51	51	102
Val de Lorraine*	445	426	870
Meurthe- & M.	3 172	3 125	6 297
Lorraine	10 751	10 422	21 173
France métrop.	274 036	265 537	539 573

Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)

* : Non compris les communes de Bratte, Moivreins et Villers-lès-Moivreins

En 2008-2012, le taux comparatif de mortalité lorrain, exprimé pour 100 000, est égal à 857, soit 10 % de plus que le niveau national (779). Dans le Val de Lorraine, le taux comparatif de mortalité, égal à 899, dépasse de 5 % le niveau régional.

Des taux plus élevés sont observés dans le Bassin de Pompey (928) et surtout dans le Chardon Lorrain (987). Dans le Bassin de Pont-à-Mousson, le taux est plus faible (852).



Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)

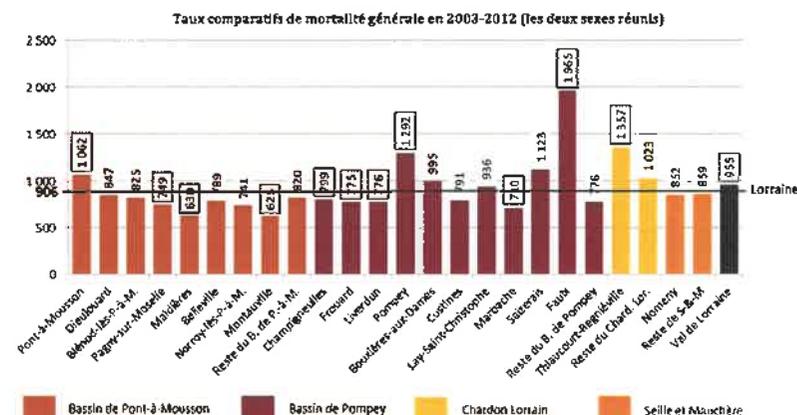
Les taux encadrés sont significativement différents du taux régional. Les taux lorrains encadrés sont significativement différents du taux national. Val de Lorraine et Seille et Mauchère : Non compris les communes de Bratte, Moivreins et Villers les Moivreins

Dans le Val de Lorraine, on observe uniquement une surmortalité féminine par rapport à l'ensemble de la région (716 contre 665, soit 8 % de plus). La mortalité masculine (1 145) est équivalente à ce qui est observé au niveau régional (1 134). Seuls les hommes du Chardon Lorrain se démarquent par une surmortalité de 16 % par rapport au niveau régional. Au niveau communal, la mortalité est observé sur une période de 10 ans, de 2003 à 2012, afin d'obtenir un nombre de décès suffisamment élevé pour permettre d'obtenir des taux interprétables.

A cette échelle, on observe de très fortes disparités de mortalité. Les taux les plus élevés sont observés à Faulx (1 965), à Onville (1 437), à Mars-la-Tour (1 410), à Thiaucourt-Regniéville (1 357) et à Pompey (1 292). Dans ces communes, la présence d'établissements médico-sociaux accueillant des personnes ayant une santé fragile explique ces taux élevés. Le taux significativement plus élevé à Pont-à-Mousson (1 062) ne peut pas être expliqué de la même façon.

Dans treize communes, la mortalité est significativement plus faible que dans l'ensemble de la région. Il s'agit de Champigneulle (799), Liverdun (776), Frouard (775), Pagny-sur-Moselle (749), Marbach (710),

Jezeville (648), Maidières (630), Montauville (625), Loisy (545), Bouillonville (472), Part-sur-Seille (430), Beaumont (405) et à Landrèmont (343).



Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)

Les taux encadrés sont significativement différents du taux régional

Val de Lorraine et Seille et Mauchère : Non compris les communes de Bratte, Moivreins et Villers les Moivreins

Taux comparatifs de mortalité

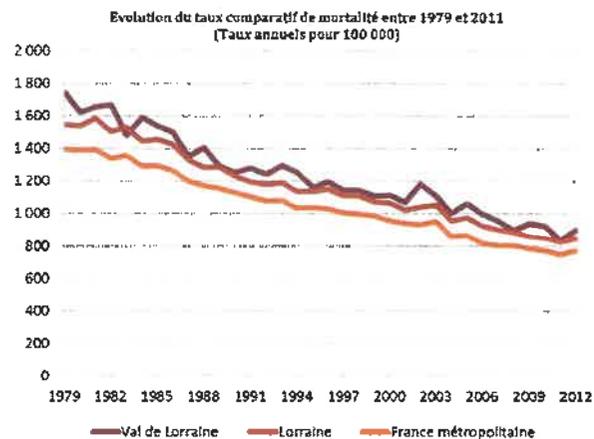
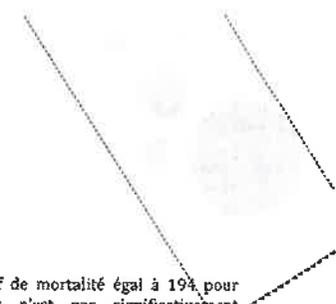
Le taux comparatif (ou taux standardisé sur l'âge) de mortalité s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants. Il correspond au taux que l'on observerait dans le territoire étudié si celui-ci avait la même pyramide des âges qu'une population de référence.

La population de référence utilisée ici est la population de la France entière au 1^{er} janvier 2006

Les TCM éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les populations ayant des structures d'âge différentes, par exemple entre différents territoires, entre différentes périodes d'observation et entre les deux sexes.

En terme d'évolution de ce taux, on note qu'en 1979, le taux comparatif de mortalité en Lorraine, exprimé pour 100 000, était égal à 1 547, soit 11 % de plus que le niveau national qui s'établissait à 1 394. Entre 1979 et 2002, la mortalité a diminué de 55 % de Lorraine pour atteindre 851. Cette diminution s'est produite au même rythme que dans l'ensemble de la France est le taux comparatif de mortalité reste 10 % plus élevé qu'au niveau national (774).

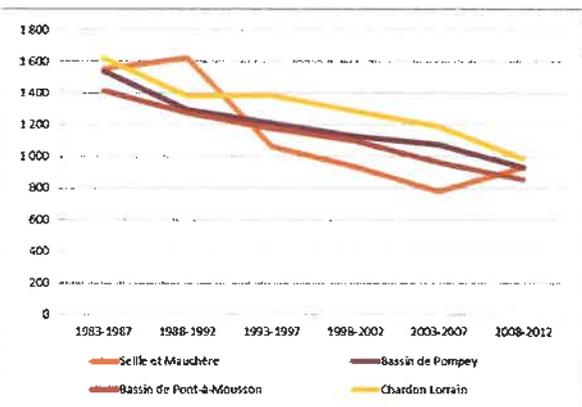
Dans le Val de Lorraine, le taux comparatif de mortalité a diminué de 48 % de 1979 à 2012, passant de 1 741 à 900. La surmortalité par rapport à l'ensemble de la région varie peu au cours du temps. Elle était égale à 6 % en 1979-1983 et à 5 % en 2008-2012. Elle était un peu plus faible en 1995-1999 (+3 %) et plus élevée en 2002-2006 (+8 %).



Source : Inserm (CépiDc)
Val de Lorraine et Seille et Mauchère : Non compris les communes de Bratte, Moivrons et Villers les Moivrons

Depuis 1983-1987, la mortalité est plus élevée dans le Chardon Lorrain et plus faible dans le Bassin de Pompey. Le Bassin de Pompey enregistrant une situation intermédiaire. La diminution de la mortalité en Seille et Mauchère a été beaucoup moins régulière. Les fortes variations étant dues aux faibles effectifs concernés.

Evolution du taux comparatif de mortalité entre les périodes 1983-1987 et 2008-2012 (Taux annuels moyens pour 100 000)



Source : Inserm (CépiDc)
Seille et Mauchère : Non compris les communes de Bratte, Moivrons et Villers les Moivrons

• Mortalité prématurée

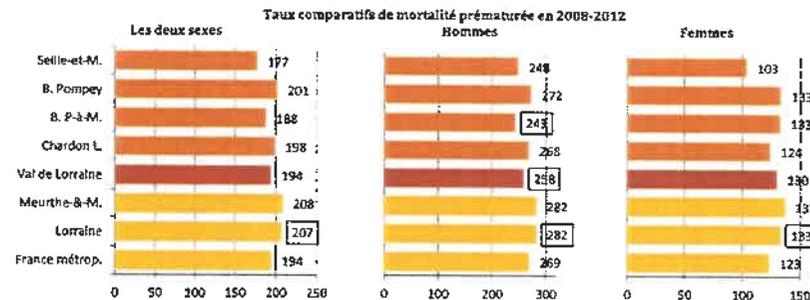
L'espérance de vie étant égale à 78,8 ans pour les hommes et 85,0 ans pour les femmes en France métropolitaine en 2013, on considère la mortalité avant 65 ans comme étant prématurée. Elle représente 20 % de l'ensemble de la mortalité dans le Val de Lorraine en 2008-2012. Cette proportion étant plus élevée pour les hommes (26 %) que pour les femmes (14 %). En 2008-2012, on enregistre 174 décès par an avant 65 ans parmi les habitants du Val de Lorraine, soit

un taux comparatif de mortalité égal à 194 pour 100 000. Ce taux n'est pas significativement différent du niveau régional (207 pour 100 000). Chez les hommes, en revanche, qui représentent les deux tiers des décès avant 65 ans (67 %), la mortalité est inférieure de 8 % au niveau régional (258 pour 100 000 contre 282 pour 100 000). La mortalité prématurée est encore plus faible dans le Bassin de Pont-à-Mousson (243 pour 100 000).

Nombres annuels de décès prématurés (avant 65 ans) en 2008-2012

	Hommes	Femmes	Total
CC de Seille et Mauchère*	9	4	12
CC du Bassin de Pompey	50	25	75
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	44	24	69
CC du Chardon Lorrain	12	5	18
Val de Lorraine*	116	58	174
Meurthe-&-M.	985	446	1 331
Lorraine	2 967	1 423	4 391
France métrop.	73 632	34 804	107 836

Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)
* : Non compris les communes de Bratte, Moivrons et Villers les Moivrons



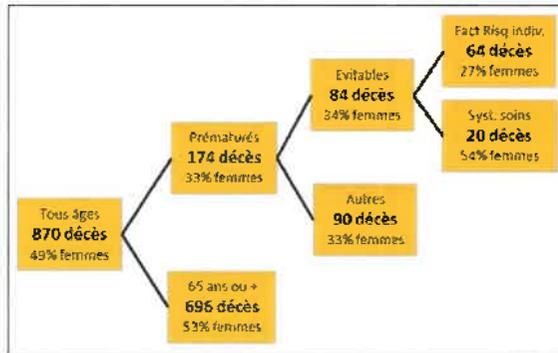
Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)
Les taux encadrés sont significativement différents du taux régional. Les taux lorrains encadrés sont significativement différents du taux national. Val de Lorraine et Seille et Mauchère : Non compris les communes de Bratte, Moivrons et Villers les Moivrons

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme étant évitables dans la mesure où elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans compte tenu de l'état actuel des connaissances médicales et des capacités de prise en charge du système de soins français. Ces pathologies peuvent être réparties en deux groupes selon qu'elles puissent être évitées en agissant sur les facteurs de risques individuels ou en améliorant le système de soins notamment en améliorant le dépistage.

Entre 2008 et 2012, parmi les 174 décès annuels se produisant avant 65 ans, 84 sont considérés comme étant évitables. Parmi ces derniers, 64, dont une grande majorité d'hommes (73 %), pourraient être évités en agissant sur les facteurs de risques individuels et 20 pourraient être évités par une amélioration du système de soins.



Nombres de décès annuels dans le Val de Lorraine en 2008-2012

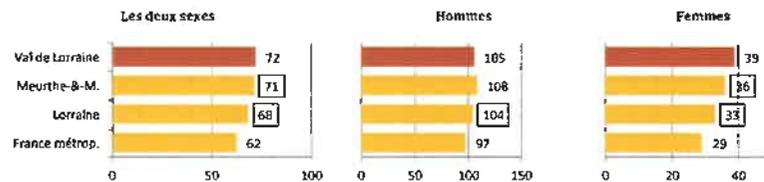


Source : Inserm (CépiDc)
Val de Lorraine : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers les Moirvrons

Pathologies évitables par des actions sur les facteurs de risque individuels (codification selon la 10^{ème} classification internationale des maladies)
Sida : B20-B24
Cancers des voies aérodigestives supérieures : C00-C15, C32
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon : C33-C34
Psychoses alcooliques : F10
Cirrhoses : K70, K746
Accidents de la circulation : V01-V99, Y85
Chutes accidentelles : W00-W19
Suicides : X60-X84, Y870

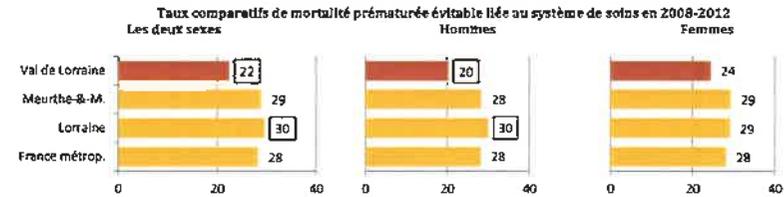
Pathologies évitables par des actions sur le système de soins
Typhoïde : CIM10 = A02-A03
Tuberculose : CIM10 = A15-A19
Tétanos : CIM10 = A33-A35
Cancers de la peau : CIM10 = C43-C44
Cancers du sein : CIM10 = C50
Cancers de l'utérus : CIM10 = C53-C54
Maladie de Hodgkin : CIM10 = C81
Leucémies : CIM10 = C91-C95
Cardiopathies rhumatismales : CIM10 = I00-I09
Maladies hypertensives : CIM10 = I10-I15
Cardiopathies ischémiques : CIM10 = I20-I25
Maladies vasculaires cérébrales : CIM10 = I60-I69
Grippe : CIM10 = J10-J11
Asthme : CIM10 = J45-J46
Utérus : CIM10 = K25-K28
Mortalité maternelle : CIM10 = 000-099

Le taux comparatif de mortalité prématurée évitable liée aux facteurs de risques individuels est plus élevé en Lorraine (68 pour 100 000) que dans l'ensemble de la France métropolitaine (62 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, ce taux, égal à 72 pour 100 000, n'est pas significativement supérieur au taux régional.



Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)
Les taux encadrés sont significativement différents du taux régional. Les taux lorrains encadrés sont significativement différents du taux national.
Val de Lorraine : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers les Moirvrons

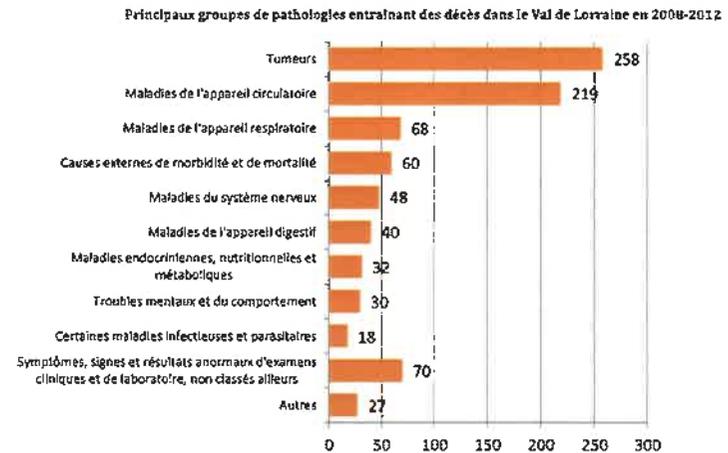
Le taux comparatif de mortalité prématurée évitable liée au système de soins est plus élevé en Lorraine (30 pour 100 000) que dans l'ensemble de la France métropolitaine (28 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, ce taux, égal à 22 pour 100 000, est inférieur de 24 % par rapport au niveau régional. La sous-mortalité dans le Val de Lorraine est observée uniquement chez les hommes (-32 %).



Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)
Les taux encadrés sont significativement différents du taux régional. Les taux lorrains encadrés sont significativement différents du taux national.
Val de Lorraine : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers les Moirvrons

•Principales causes de mortalité

Avec 258 décès par an entre 2008 et 2012, soit 30 % de l'ensemble de la mortalité, les tumeurs représentent le premier groupe de pathologies dans le Val de Lorraine devant les maladies de l'appareil circulatoire (219 décès par an, soit 25 %), les maladies de l'appareil respiratoire (68 décès par an, soit 8 %) et les causes externes de morbidité et de mortalité (60 décès par an, soit 7 %).



Source : Inserm (CépiDc)

Lorsqu'on détaille la mortalité en par pathologies, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon représentent la première cause dans le Val de Lorraine avec 58 décès par an devant les cardiopathies ischémiques, qui font parties des maladies de l'appareil circulatoire (56 décès par an).



Principales causes de décès dans le Val de Lorraine en 2008-2012

	Val de Lorraine		Lorraine	France métrop.	
	Hommes	Femmes			
Cardiopathies ischémiques	56	46,6 %	58,6	54,4 *	51,0
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	58	25,7 %	56,4	53,1 *	44,6
Maladies vasculaires cérébrales	45	57,1 %	46,9	50,5 *	45,3
Insuffisances cardiaques	34	63,2 %	42,2	37,6 *	33,8
Troubles du rythme	27	60,6 %	29,0	25,7 *	23,0
Cancers colorectaux	29	39,6 %	26,5	28,0 *	24,8
Bronchopneumopathies chroniques obstructives	20	31,6 %	20,4	18,0 *	11,5
Pneumonies et bronchopneumonies	21	49,5 %	22,1	19,4 *	15,3
Diabète	20	52,5 %	20,9	20,2 *	15,8
Suicides	19	27,7 %	18,9	16,9 *	16,0

Source : Inerm (CépiDc) / Insee (Recensement)

Val de Lorraine : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers les Moirvrons

Après standardisation sur l'âge, les taux comparatifs de mortalité donnent une classification légèrement différente des pathologies. Les cardiopathies ischémiques représentent la première cause de mortalité avec 58,6 décès pour 100 000 habitants devant les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (56,4 pour 100 000).

Bien que la mortalité générale soit plus élevée dans le Val de Lorraine que dans l'ensemble de la région (899 pour 100 000 contre 855), aucune des dix pathologies les plus meurtrières dans le Val de Lorraine n'entraîne de taux comparatif de mortalité significativement supérieur au niveau régional.

La surmortalité dans l'ensemble du Val de Lorraine peut être expliquée uniquement par une surmortalité par leucémies (12,2 décès pour 100 000 contre 8,8 en Lorraine) et par infections intestinales (5,2 contre 3,1). Seule une période d'observation plus longue de la mortalité

permettrait de faire ressortir d'autres causes de surmortalité.

Au niveau des communautés de communes, on observe une surmortalité par septicémie dans le Chardon Lorrain (26,2 pour 100 000 contre 8,4 en Lorraine). Aucune autre pathologie dans aucune autre communauté de commune n'entraîne de mortalité significative par rapport au niveau régional.

On observe, en revanche des causes sous-mortalité en Saïlle-et-Mauchère en ce qui concerne les cancers du pancréas, les cirrhoses alcooliques, la sénilité sans mention de psychone et les cancers de l'estomac. Dans le Bassin de Pont-à-Mousson, les causes de sous-mortalité sont liées aux cancers colorectaux, aux pneumonies et bronchopneumonies, aux diabètes, aux maladies hypertensives et aux septicémies. Aucune pathologie ne se distingue du niveau de mortalité régional dans le Bassin de Pompey.

Principales pathologies entraînant une mortalité significativement différente du niveau régional (taux comparatifs de mortalité pour 100 000 en 2008-2012)

	Lorraine	Val de Lorraine	Saïlle-et-Mauchère	Bassin de Pompey	Bassin de Pont-à-Mousson	Chardon Lorrain
Pathologies se distinguant sur l'ensemble du Val de Lorraine						
Leucémies	8,8	12,2	28,0	11,9	10,8	9,5
Infections intestinales	3,1	5,2	7,6	4,6	5,7	6,6
Pathologies se distinguant dans certaines communautés de communes						
Cancers colorectaux	28,0	28,5	43,2	30,5	22,1	31,0
Pneumonies et bronchopneumonies	19,4	22,1	34,9	25,0	13,4	36,3
Diabète	20,2	20,9	27,8	25,2	14,4	23,0
Maladies hypertensives	17,0	17,3	18,7	19,9	9,4	31,7
Cancers du pancréas	14,5	11,6	3,5	11,1	13,8	11,1
Cirrhoses alcooliques	11,9	11,4	3,5	15,8	9,3	6,7
Septicémie	8,4	9,4	10,6	10,5	4,2	26,2
Sénilité sans mention de psychone	7,1	8,6	0,0	9,9	10,3	4,1
Cancers de l'estomac	8,1	8,3	2,5	8,6	7,9	13,2

Source : Inerm (CépiDc) / Insee (Recensement)

Les taux surlignés en rouge sont significativement supérieurs au taux lorrain ($p < 0,05$)

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux lorrain ($p < 0,05$)

Val de Lorraine et Saïlle et Mauchère : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers les Moirvrons

Morbidité

Il existe deux sources d'informations médico-administratives permettant d'avoir un aperçu de la morbidité par pathologie au niveau infrarégional. Il s'agit des affections de longue durée et des données hospitalières issues du PMSI.

Les affections de longue durée concernent 29 pathologies¹⁶ chroniques. Le nombre d'admission au cours d'une année apporte une information en ce qui concerne l'incidence des maladies et le nombre de personnes en ALD apporte une information en ce qui concerne la prévalence.

Les admissions en ALD reflètent imparfaitement l'incidence de la morbidité. En effet, outre les personnes non dépistées, les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire satisfaisante ne sont pas couvertes par ce dispositif. D'autre part, une partie des personnes déjà admises au titre d'une autre ALD ne font pas l'objet d'une nouvelle admission. Il existe également des doublons dans le cas d'un changement de régime d'assurance maladie ou de changement de département. Ces différents biais peuvent être variables dans le temps ainsi que d'un territoire à l'autre. Ainsi, la comparaison des taux d'admissions en ALD ne permet pas de connaître les différences d'incidence de la morbidité entre territoires. C'est pourquoi nous n'utiliserons pas ces taux ici. Par contre, le nombre brut d'admissions en ALD permet d'obtenir un ordre de grandeur minimum du nombre de personnes atteintes d'une maladie.

• Les affectations de longue durée

Au 31 décembre 2013, 19 609 personnes résidant dans le Val de Lorraine étaient en affection de longue durée pour une des 29 pathologies (ALD 31 et 32 exclues), dont 52,2 % d'hommes et 47,8 % de femmes. Entre 2011 et 2013, chaque année, en moyenne, 2 263 personnes, sont admises en ALD.

Nombre annuel d'admissions en ALD en 2011-2013 et nombre de personnes en ALD au 31 décembre 2013

	Nombre annuel d'admissions en 2011-2013		Nombre de cas prévalent au 31 décembre 2013	
	Total	Femmes	Total	Femmes
CC de Saïlle et Mauchère*	156	44,7 %	1 236	44,7 %
CC du Bassin de Pompey	996	46,1 %	8 990	48,0 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	896	48,1 %	7 601	48,0 %
CC du Chardon Lorrain	214	68,8 %	1 787	47,6 %
Val de Lorraine*	2 263	47,1 %	19 609	47,8 %
Meurthe-et-M.	15 302	47,4 %	135 206	47,9 %
Lorraine	53 165	47,7 %	465 678	48,1 %
France métrop.	1 426 806	47,8 %	12 904 287	48,8 %

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

* : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers-lès-Moirvrons

Au 31 décembre 2013, 4 887 habitants du Val de Lorraine sont en ALD pour diabète, soit 25 % de l'ensemble des ALD. Les tumeurs malignes représentent la deuxième pathologie, avec 3 673 personnes, devant les maladies coronaires (2 143) et les insuffisances cardiaques graves, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves et cardiopathies congénitales graves (1 540). Ces nombres représentent donc une approximation du nombre de personnes atteintes par ces pathologies. Les nombres réels étant plus élevés.

Les quatre pathologies entraînant le plus grand nombre d'admissions en ALD ne sont pas classées dans le même ordre. Cela est dû à la longévité des patients qui varie selon la pathologie qui les affecte. Ainsi, les tumeurs malignes, pour lesquelles la longévité est plus faible que le diabète, arrivent en tête des admissions.

¹⁶ Il y avait 30 pathologies jusqu'au 27 juin 2011, date à laquelle l'hypertension artérielle sévère a été retirée de la liste des pathologies. Il existe deux ALD supplémentaires (ALD n°31 et 32) L'ALD n°31 concerne les affections chroniques hors liste et l'ALD n°32 concerne les poly pathologies invalidantes nécessitant des soins sur une durée de plus de 6 mois.


**Principales pathologies entraînant une admission en ALD dans le Val de Lorraine* en 2011-2013
 et nombres de personnes en ALD au 31 décembre 2013**

	Nombres annuels d'admissions en 2011-2013		Nombres de cas prévalents au 31 décembre 2013	
	Total	Femmes	Total	Femmes
Diabète	416	46,2 %	4 887	48,3 %
Tumeurs malignes	548	47,7 %	3 673	50,6 %
Maladies coronaires	224	29,1 %	2 143	28,7 %
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	254	49,7 %	1 540	48,3 %
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	117	33,5 %	1 034	29,9 %
Affections psychiatriques de longue durée	132	46,0 %	1 000	50,4 %
Accident vasculaire cérébral invalidant	93	49,0 %	596	47,7 %
Insuffisances respiratoires chroniques graves	66	47,2 %	528	45,1 %
Maladie d'Alzheimer et autres démences	111	72,7 %	498	76,7 %
Polyarthrite rhumatoïde évolutive	33	66,0 %	348	70,4 %

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

* : Non compris les communes de Bratte, Mohrons et Villers les Mohrons

Les statistiques hospitalières permettent de connaître le nombre de séjours et le nombre de patients en fonction de la pathologie responsable de l'hospitalisation.

Les nombres de séjours hospitaliers reflètent l'activité hospitalière générée par la population d'un territoire. Cette activité est d'autant plus importante que la durée de séjours est longue, ce qui explique les séjours comportant au moins une nuit à l'hôpital sont également dénombrés. Le nombre de séjour mesure très imparfaitement la morbidité par maladie. En effet, d'une part, une personne peut effectuer plusieurs séjours au cours de l'année pour la même pathologie, c'est notamment le cas des personnes soignées par chimiothérapie pour un cancer. D'autre part, même s'il est possible de connaître le nombre de patients, d'autres biais existent dans la mesure où le système de santé ne répond pas toujours à une pathologie par une hospitalisation du fait de l'existence d'alternatives. Ainsi, nous avons choisi de ne pas calculer de taux de patients hospitalisés pour éviter des comparaisons entre territoires pour lesquels les différences ne seraient pas liées à la fréquence d'une pathologie.

Les nombres de patients hospitalisés permettent d'apporter une information sur la morbidité traitée à l'hôpital, celle-ci étant différente de la morbidité réelle. Les patients soignés une année peuvent l'être depuis plusieurs années pour la même pathologie. Il ne s'agit pas d'une information sur la prévalence des maladies car celles-ci peuvent avoir été traitées initialement à l'hôpital puis être suivie ensuite en dehors. Les nouveaux patients correspondent aux personnes hospitalisées en 2011-2013 et qui ne l'ont jamais été pour la même pathologie depuis 2004. Cet indicateur permet donc de mesurer l'incidence du traitement des pathologies à l'hôpital.

Nous avons choisi de ne pas calculer de taux de séjours hospitaliers ou de patients hospitalisés pour éviter que les différences entre territoires soient interprétées comme des différences de morbidité. Seuls les nombres sont observés ici.

Entre 2011 et 2013, chaque année, 43 698 séjours hospitaliers ont été effectués par des habitants du Val de Lorraine, dont 18 797 comportant au moins une nuit à l'hôpital (hospitalisations complètes). Ces séjours ont été effectués par 19 015 patients, soit 19 % de la population, dont 5 758 n'avaient jamais été hospitalisés depuis 2004³¹, soit 6 % de la population.

³¹ Le nombre réel de nouveaux patients est probablement légèrement différent. En effet, seuls les séjours comportant un code d'anonymisation valide ont été pris en compte ici (environ 99,5% des séjours). Cette méthode conduisant à sous-estimer le nombre de patients. Le taux d'anonymisation était plus faible dans les années précédentes (90% en 2005) et un patient identifié une année a pu ne pas l'être une année précédente, ce qui conduit à surestimer le nombre de patients.

Nombres annuels de séjours hospitaliers et de patients hospitalisés en 2011-2013

	Séjours hospitaliers		Séjours d'au moins une nuit		Patients hospitalisés		Nouveaux patients	
	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes
CC de Seille et Mauchère	3 289	51,9 %	1 425	51,7 %	1 525	53,3 %	484	49,9 %
CC du Bassin du Pompey	19 381	50,5 %	7 855	53,0 %	6 054	55,7 %	2 403	52,0 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	17 052	52,3 %	7 654	53,4 %	7 579	54,9 %	2 300	53,0 %
CC du Chardon-Jorain	3 976	52,4 %	1 862	52,5 %	1 857	55,1 %	570	52,2 %
Val de Lorraine	43 698	51,5 %	18 797	53,0 %	19 015	55,1 %	5 758	52,6 %
Meurthe-et-M.	302 820	51,9 %	130 233	54,3 %	136 062	56,2 %	42 587	53,5 %
Lorraine	960 270	52,6 %	436 904	53,8 %	433 168	55,8 %	135 683	53,9 %
France europ.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Source : ATIH (PMSI)

L'insuffisance rénale chronique représente la première cause d'hospitalisation des habitants du Val de Lorraine avec 7 450 séjours hospitaliers en moyenne annuelle entre 2011 et 2013, devant les cancers du sein (1 766 séjours), les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (1 045) et les cataractes (1 018). Pour ces pathologies, le nombre de séjours d'au moins une nuit est beaucoup plus faible (7 fois moins en ce qui concerne les insuffisances rénales chroniques et 10 fois moins pour les cancers du sein). Cette différence est due au fait que la plupart des séjours correspondent à des séances de dialyse, de chimiothérapie ou de

radiothérapie. Ainsi, le nombre de patients concernés par ces hospitalisations est beaucoup plus faible.

Les hospitalisations pour cataracte concernent le nombre de patient le plus élevé (740 par an), devant les cardiopathies ischémiques (675) et les tumeurs bénignes (629). La plupart des patients hospitalisés pour une cataracte (583 sur 740, soit 79 %) ou pour une tumeur bénigne (517 sur 629, soit 82 %) sont hospitalisés pour la première fois pour ces pathologies depuis 2004.

Nombres annuels de séjours hospitaliers et de patients hospitalisés en 2011-2013 – Val de Lorraine

	Séjours hospitaliers		Séjours d'au moins une nuit		Patients hospitalisés		Nouveaux patients	
	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes
Insuffisance rénale chronique	7 450	41,0 %	1 023	39,3 %	105	43,8 %	34	47,8 %
Cancers du sein	1 766	98,0 %	182	98,7 %	177	98,1 %	110	98,2 %
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	1 045	31,8 %	220	34,3 %	145	29,8 %	88	28,1 %
Cataractes	1 018	58,9 %	171	69,6 %	740	57,7 %	583	57,8 %
Cancers colorectaux	916	39,1 %	137	42,4 %	150	42,2 %	79	40,9 %
Cardiopathies ischémiques	890	27,1 %	800	27,2 %	675	28,3 %	443	30,8 %
Tumeurs bénignes	744	57,4 %	267	66,2 %	629	58,2 %	517	59,9 %
Cancers des voies aérodigestives	645	22,4 %	128	25,1 %	60	22,5 %	34	24,7 %
Diabète	470	44,2 %	164	45,6 %	412	42,2 %	106	49,4 %
Cancers de la prostate	442	6,0 %	70	6,0 %	82	6,0 %	66	6,0 %

Source : ATIH (PMSI)



Santé de la mère et de l'enfant

• Naissance par âge de la mère

Entre 2009 et 2013, 1 193 enfants résidant dans le Val de Lorraine naissent chaque année, dont 3 ont une mère âgée de moins de 18 ans, soit 0,3%. Ces naissances entraînent souvent un risque de précarisation de la mère et de son enfant, ainsi qu'une augmentation du risque de faible poids, de prématurité et de mortalité infantile. Les naissances de mères plus âgées sont soumises à des risques accrus en ce qui concerne certaines pathologies

ainsi que des césariennes. Les naissances de mères âgées de 38 ans ou plus représentent 7,1 % de l'ensemble des naissances dans le Val de Lorraine, ce qui est proche de la moyenne régionale (7,5 %). Cette proportion est plus élevée dans le Bassin de Pompey (8,3 %) et plus faible dans le Bassin de Pont-à-Mousson (6,0 %).

Nombre annuel de naissances en fonction de l'âge de la mère en 2009-2013

	Naissances*		Dont de mères de moins de 18 ans		Dont de mères de 38 ans ou plus	
	Nb./an	%	Nb./an	%	Nb./an	%
CC de Seille et Mauchère	97	s.s.	0,0 %		7	7,6 %
CC du Bassin de Pompey	464	1	0,3 %		39	8,3 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	499	2	0,3 %		30	6,0 %
CC du Chardon Lorrain	133	s.s.	0,2 %		9	6,6 %
Val de Lorraine	1 193	3	0,3 %		85	7,1 %
Meurthe-&M.	6 421	35	0,4 %		650	7,7 %
Lorraine	26 121	107	0,4 %		1 958	7,5 %
France métrop.	714 365	2 985	0,6 %		28 744	8,2 %

Source : Insee (Etat civil)

* : Naissances domiciliées : Naissances en fonction du lieu de domicile de la mère.

• Lieu de naissance

Entre 2010 et 2014, les certificats de santé du 8^{ème} jour collectés par les services de PMI des conseils départementaux ont permis de recueillir, chaque année, le lieu de naissance de 1 143 nouveaux nés résidant dans le Val de Lorraine. Près de la moitié (48,3 %) étaient nés à la clinique Majorelle de Nancy et un peu plus du tiers (36,3 %) sont nés à la maternité régionale de Nancy, soit un total de 84,6 % d'enfants nés à Nancy. Un enfant sur dix est né à Metz (10,4 %), avec une proportion aussi élevée à la clinique Claude Bernard (5,2 %) qu'à l'hôpital de de

Sainte Croix puis de Mercy-Peltre depuis l'ouverture de ce dernier. Les enfants nés en dehors de ces deux principales villes ne représentent que 5,0 % du total.

Les nouveaux nés résidant dans le Chardon Lorrain présentent la particularité d'être nés plus souvent à Metz (39,9 %) qu'à Nancy (33,4 %) du fait de la position géographique de cette communauté de commune.

Nombre annuel et proportions de naissances par EPCI de domicile de la mère en fonction du lieu de naissance en 2010-2014

	CC de Seille et Mauchère		CC du Bassin de Pompey		CC du Bassin de Pont-à-Mousson		CC du Chardon Lorrain		Val de Lorraine	
	Nb./an	%	Nb./an	%	Nb./an	%	Nb./an	%		
Clinique Majorelle (Nancy)	50	53,1 %	258	57,0 %	220	45,8 %	24	20,6 %	552	48,3 %
Maternité régionale (Nancy)	35	37,4 %	184	40,7 %	181	37,8 %	15	12,8 %	416	36,3 %
Total Nancy	85	90,4 %	442	97,7 %	401	83,7 %	39	33,4 %	967	84,6 %
Clinique Claude Bernard (Metz)	4	3,8 %	1	0,1 %	31	6,4 %	25	21,0 %	60	5,2 %

	CC de Seille et Mauchère	CC du Bassin de Pompey	CC du Bassin de Pont-à-Mousson	CC du Chardon Lorrain	Val de Lorraine
Hôpital Sainte-Croix / Hop. Peltre-Mercy	5	1	31	22	59
Total Metz	4,9 %	0,3 %	6,5 %	18,9 %	5,2 %
Hôpital Maillot (Briey)	8	2	62	47	119
	8,7 %	0,4 %	12,9 %	39,9 %	10,4 %
Hôpital Sainte-Charles (Toul)	0	5	11	11	29
	0,2 %	1,3 %	2,4 %	9,7 %	2,5 %
Hôpital Maillot (Briey)	0	0	1	13	13
	0,2 %	0,0 %	0,1 %	10,7 %	1,2 %
Hôpital de Verdun	0	0	0	4	4
	0,2 %	0,0 %	0,1 %	3,1 %	0,4 %
Autres	0	3	4	4	11
	0,2 %	0,6 %	0,9 %	3,2 %	0,9 %
Total général	94	452	480	117	1 143
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : Conseils départementaux Services de PMI (Certificats de santé du 8^{ème} jour)

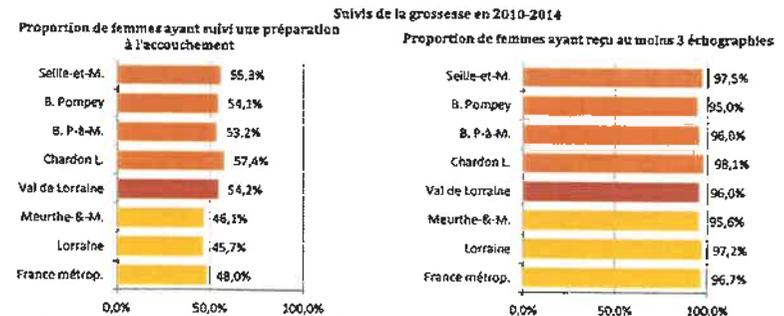
• Suivi de la grossesse

La préparation à l'accouchement a été suivie par 54,2 % des habitantes du Val de Lorraine ayant eu un enfant entre 2010 et 2014. Ce taux est plus élevé que dans l'ensemble de la région (45,7 %) et il varie peu entre les différentes communautés de communes.

La proportion de femmes ayant reçu au moins trois échographies au cours de leur grossesse, ce qui est le seuil recommandé au niveau national, est un peu plus faible dans le Val de Lorraine (96,0 % en 2010-2014) que dans l'ensemble de la région (97,2 %). Ce taux est plus faible dans le

Bassin de Pompey (95,0 %) et plus élevé dans le Chardon Lorrain (98,1 %).

Au cours de la même période, chaque année, 28 habitantes du Val de Lorraine n'avaient reçu aucune échographie au cours de leur grossesse, soit 2,8 % des femmes enceintes. Ce taux représente plus du double de ce qui a été observé dans l'ensemble de la région (1,1 %) et est au moins cinq fois plus élevé qu'au niveau national (0,5 %).





• Naissances prématurées et de faible poids

Les enfants nés prématurément (avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée) ou avec un faible poids (moins de 2 500 grammes) ont un risque de mortalité infantile plus élevé.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) considère que la prématurité est la première cause de mortalité infantile dans le monde et la deuxième cause de mortalité avant 5 ans. Parmi les survivants, le risque d'incapacité, notamment en matière d'apprentissage et de troubles visuels et auditifs est accru¹⁸. Les risques encourus pour les enfants nés avec un faible poids, qui sont souvent les mêmes enfants, sont similaires. Le faible niveau de revenus, la mauvaise santé et la malnutrition des femmes pendant leur grossesse, le tabagisme ou la consommation de tabac ou de drogue pendant la grossesse sont les principaux facteurs de risque de provoquer ces types de naissances¹⁹.

Chaque année, entre 2010 et 2014, 68 enfants naissent avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée, et, parmi eux, 22 sont nés avant la 35^{ème} semaine. Au cours de la même période, 75 enfants résidant dans le Val de Lorraine naissent avec un poids inférieur à 2 500 grammes. Parmi eux, 18 pèsent moins de 2 000 grammes.

Nombre annuel de naissances prématurées en 2010-2014

	< 35 semaines	De 35 à 36 semaines	Total > 37 semaines	Naissances dont la durée de gestation est connue
CC de Seille et Mauchère	1	4	5	91
CC du Bassin de Pompey	11	17	29	439
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	8	20	28	467
CC du Chardon lorrain	2	4	6	114
Val de Lorraine	22	46	68	1 111

Source : Conseils départementaux-Services de PMI (Certificats de santé du 8^{ème} jour)

Nombre annuel de naissances de faible poids en 2010-2014

	< 2 000 g	De 2 000 à 2 499 g	Total < 2 500 g	Naissances dont le poids est connu
CC de Seille et Mauchère	1	5	6	94
CC du Bassin de Pompey	9	22	31	452
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	8	23	31	479
CC du Chardon lorrain	1	6	7	117
Val de Lorraine	18	56	75	1 143

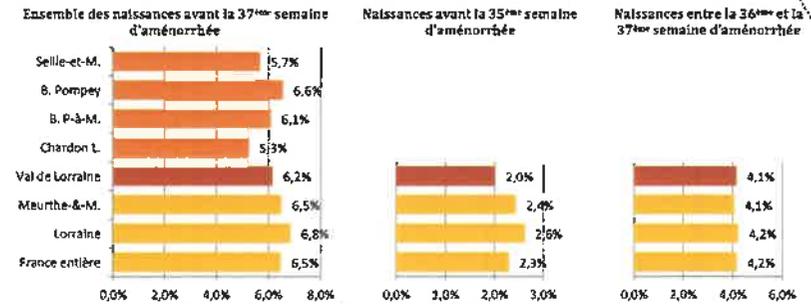
Source : Conseils départementaux-Services de PMI (Certificats de santé du 8^{ème} jour)

Au cours de la période 2010-2014, 6,2 % des nouveaux nés résidant dans le Val de Lorraine sont prématurés, ce qui est inférieur au niveau régional (6,8 %) et national (6,5 %). Les taux sont moindres en Seille et Mauchère (5,7 %) et dans le Chardon Lorrain (5,3 %) où les indicateurs de précarité sont les plus faibles. La proportion de naissances avant la 35^{ème} semaine d'aménorrhée est également plus faible dans le Val de Lorraine (2,0 %) que dans l'ensemble de la région (2,6 %) et de la France métropolitaine (2,3 %). Au niveau des communautés de communes, les nombres de naissances sont trop faibles pour permettre de calculer des taux interprétables.

¹⁸ Organisation mondiale de la santé. Les naissances prématurées [En ligne]. Novembre 2013. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/> [consulté le 13 octobre 2015].

¹⁹ Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Rapport initial sur la santé publique. Faible poids à la naissance [En ligne]. Novembre 2012. Disponible sur http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/outhealth/init_report/vwf.html [consulté le 13 octobre 2015].

Proportions de naissances prématurées en 2010-2014



Source : Conseils départementaux-Services de PMI (Certificats de santé du 8^{ème} jour)

Les proportions de naissances de faible poids sont proches des proportions de naissances prématurées. Dans le Val de Lorraine, 6,5 % des enfants pèsent moins de 2 500 grammes à la naissance, ce qui est plus faible que dans l'ensemble de la région (7,2 %) et est équivalent au niveau national. Cette proportion est plus élevée dans le Bassin de Pompey (6,9 %).

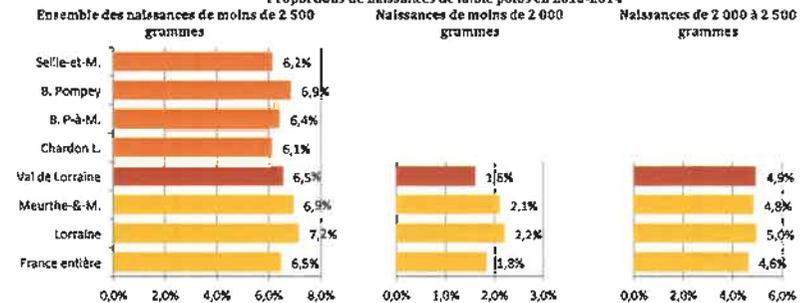
Les naissances de très faible poids (< 2 000 grammes) sont également plus rares dans le Val de Lorraine (1,6 %) que dans l'ensemble de la région (2,2 %).

La prématurité et le faible poids sont souvent associés. Dans le Val de Lorraine, 56 % des enfants nés prématurés entre 2010 et 2014 avaient un poids inférieur à 2 500 grammes à la naissance.

Les enfants cumulant une prématurité et un faible poids à la naissance représentent 3,5 % des nouveaux nés du Val de Lorraine (1,2 % pour les grands prématurés avec un très faible poids) contre 4,1 % et Lorraine (1,7 %).

Au total, les enfants étant soit prématurés, soit de faible poids à la naissance, représentent 9,1 % des nouveaux nés du Val de Lorraine contre 9,8 % dans l'ensemble de la région. En ce qui concerne les enfants étant nés soit avant la 35^{ème} semaine d'aménorrhée, soit pesant moins de 2 000 grammes à la naissance, ils représentent 2,5 % des nouveaux nés du Val de Lorraine contre 3,2 % dans l'ensemble de la région.

Proportions de naissances de faible poids en 2010-2014



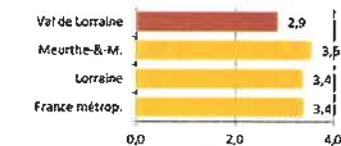
Source : Conseils départementaux-Services de PMI (Certificats de santé du 8^{ème} jour)



- Mortalité infantile

Entre 2008 et 2012, chaque année, on enregistre environ 3 décès d'enfant de moins d'un an résidant dans le Val de Lorraine, soit un taux de 2,9 pour 1 000 naissances qui n'est pas significativement différent du niveau lorrain (3,4 pour 1 000).

Taux de mortalité infantile en 2008-2012 (pour 1 000 naissances vivantes)



Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)
 Val de Lorraine : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers les Molvrons

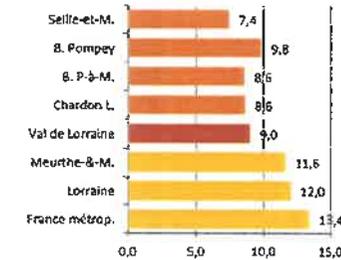
• Interruptions volontaires de grossesse

Seules les statistiques d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) réalisées à l'hôpital sont disponibles au niveau géographique du Val de Lorraine. Entre 2011 et 2013, elles représentaient 95 % des IVG réalisées en Lorraine²⁰.

Chaque année, 193 IVG sont réalisées par des femmes résidant dans le Val de Lorraine, soit un taux de 9,0 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans qui est plus faible que dans l'ensemble de la région (12,0). Ces taux ne varient pas de façon significative à l'intérieur du Val de Lorraine.

Les femmes âgées de moins de 18 ans représentent 4,9 % des femmes pratiquant un IVG dans le Val de Lorraine contre 6,0 % dans l'ensemble de la région.

Nombres d'IVG pratiquées à l'hôpital pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2011-2013



Source : Adh (PMSI) / Insee (Recensement)

• Vaccination à 24 mois

Afin de protéger les enfants et d'éviter la propagation de maladies infectieuses, des calendriers vaccinaux sont établis chaque année par le ministère de la santé après avis du Haut conseil de la santé publique. Ils indiquent le nombre de doses de vaccins recommandées en fonction de l'âge des enfants. La loi de santé publique de 2004, fixe comme objectifs le fait que 95 % des enfants de 24 mois aient reçu le nombre de doses recommandées pour chaque vaccin.

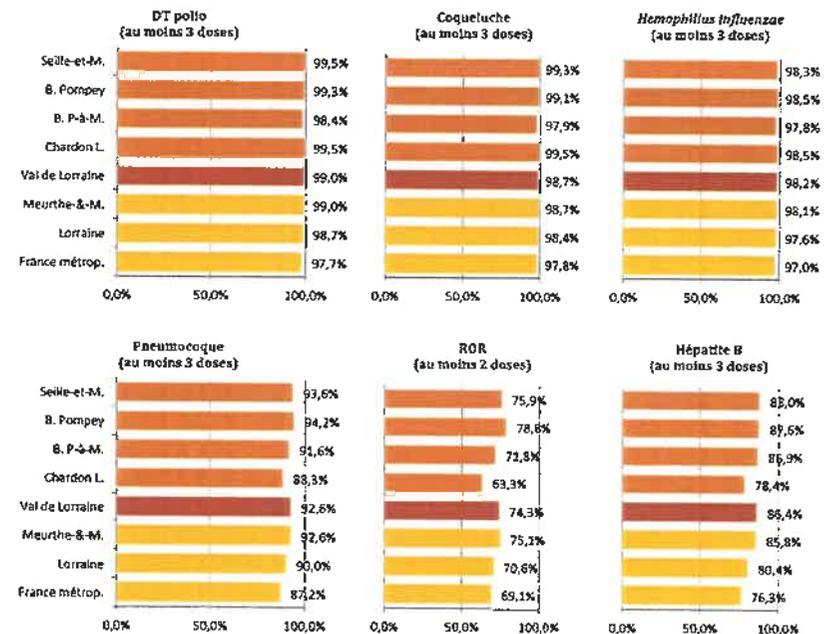
Entre 2010 et 2014, les taux de couverture des vaccinations contre la DT polio, la coqueluche et *hemophilus influenzae* avec le nombre de dose recommandées à 24 mois (3 doses) dépassent 98 % dans le Val de Lorraine, ce qui est équivalent au

niveau régional et est largement supérieur à l'objectif de la loi.

A 24 mois, 92,6 % des enfants du Val de Lorraine et de Meurthe-et-Moselle ont reçu les 3 doses recommandées de vaccin contre les infections invasives à pneumocoque, ce qui est supérieur au niveau régional (90,0 %), mais reste inférieur à l'objectif de la loi de santé publique.

Les taux de vaccination contre le ROR (2doses) et contre l'hépatite B (3 doses) sont plus faibles. Ils atteignent 74,3 % dans le Val de Lorraine pour le ROR et 86,4 % pour l'hépatite B. Ces taux, bien que largement en dessous des objectifs, sont nettement supérieurs à ce qui est observé au niveau régional (respectivement 70,6 % et 80,4 %).

Proportions d'enfants âgés de 24 mois vaccinés en 2010-2014



Source : Conseils départementaux/Services de PMI (Certificats de santé du 24^{ème} mois)

²⁰ Entre 2011 et 2013, 19 600 IVG ont été pratiquées en Lorraine dont 18 524 en établissement hospitalier (95%), 447 en médecine de ville (2%) et 629 en centre de santé, établissement de PMI ou de planification familiale (3%). Sources : Drees, Etude et Résultat n°843, juin 2013, n°864, juin 2014 et n°924, juillet 2015


Santé mentale
Affections psychiatriques

Au 31 décembre 2013, 1 000 personnes résidant dans le Val de Lorraine sont en affection de longue durée pour une affection psychiatrique, soit 1 % de la population du territoire. Ces personnes, qui sont presque aussi souvent des hommes (49,6 %) que des femmes (50,4 %), sont relativement jeunes. En effet, 50 % d'entre elles ont moins de 45 ans alors

que cette tranche d'âge représente 10 % de l'ensemble des personnes en ALD toutes causes confondues. Chaque année, entre 2011 et 2013, 132 personnes, en moyenne, sont admises en ALD pour une affection psychiatrique.

Nombres annuels d'admissions en ALD en 2011-2013
et nombres de personnes en ALD pour affections psychiatriques de longue durée au 31 décembre 2013

	Nombres annuels d'admissions en 2011-2013		Nombres de cas présents au 31 décembre 2013	
	Total	% Femmes	Total	% Femmes
CC de Selle et Mauchère*	7	39,8 %	57	48,4 %
CC du Bassin de Pompey	66	44,2 %	481	49,6 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	48	47,6 %	391	50,5 %
CC du Chardon lorrain	11	53,7 %	71	56,7 %
Val de Lorraine*	132	46,0 %	1 000	50,4 %
Meurthe-&-M.	905	46,9 %	8 364	49,0 %
Lorraine	2 740	50,4 %	27 814	50,0 %
France métrop.	126 604	53,6 %	1 292 552	55,2 %

Sources : CHAMTS, MSA, RSI

* : Non compris les communes de Brotte, Moivrems et Villers les Moivrems

Suicides

Le nombre de tentatives de suicides est difficile à mesurer. En effet, elles ne donnent pas toujours lieu à une prise en charge par le système de santé et lorsque c'est le cas, la prise en charge peut se faire auprès de plusieurs acteurs (services d'urgence, médecine de ville, etc...).

Lorsqu'une tentative de suicide donne lieu à une hospitalisation en court séjour, celle-ci n'est pas systématiquement indiquée dans le PMSI. En effet, sa mention en tant que diagnostic associé à l'hospitalisation répond à une recommandation d'une directive nationale mais n'est pas obligatoire car elle n'entre pas en compte dans le calcul du financement des établissements. Le nombre d'hospitalisation

recouvre donc une partie des tentatives de suicide. Elle apporte une information sur leur nombre minimum.

Entre 2011 et 2013, on enregistre chaque année 142 séjours hospitaliers de personnes résidant dans le Val de Lorraine pour tentative de suicide. Ces séjours concernent 106 patients dont 83 n'ayant jamais été hospitalisés auparavant pour la même cause. Les patients hospitalisés sont majoritairement des femmes (60,6 %) et sont relativement jeunes. Près de la moitié (47 %) ont moins de 40 ans.

Nombres annuels de séjours et de patients hospitalisés pour tentative de suicide en 2011-2013

	Séjours hospitaliers		Séjours d au moins une nuit		Patients hospitalisés		Nouveaux patients	
	Nb / an	% Femmes	Nb / an	% Femmes	Nb / an	% Femmes	Nb / an	% Femmes
CC de Selle et Mauchère	9	63,9 %	7	69,3 %	7	60,9 %	5	69,8 %
CC du Bassin de Pompey	39	50,3 %	33	48,0 %	29	51,6 %	26	50,6 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	82	64,5 %	65	64,5 %	59	65,5 %	43	63,5 %
CC du Chardon lorrain	13	59,8 %	11	62,4 %	11	57,9 %	9	48,2 %
Val de Lorraine	142	60,2 %	117	59,9 %	106	60,6 %	83	58,2 %
Meurthe-&-M.	1 096	55,7 %	925	55,9 %	814	54,8 %	655	53,6 %
Lorraine	4 093	58,5 %	3 547	59,0 %	2 865	58,9 %	2 209	57,4 %
France métrop.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Sources : ATIH (PMSI)

Les données de mortalité recouvrent imparfaitement le suicide. En effet, lors d'un décès, l'intention de la victime n'est pas toujours connue. A la fin des années 1990, l'Inserm estimait que le nombre de décès par suicide était sous-évalué d'environ 20 % en France²¹.

Entre 2008 et 2012, on enregistre chaque année 19 décès par suicide dans le Val de Lorraine dont 14 hommes (72 %) et 5 femmes (28 %). La population concernée est relativement jeune. En effet, 52 % ont moins de 50 ans alors que cette tranche d'âge représente 6 % de l'ensemble des décès toutes causes confondues.

Nombres annuels de décès par suicide en 2008-2012

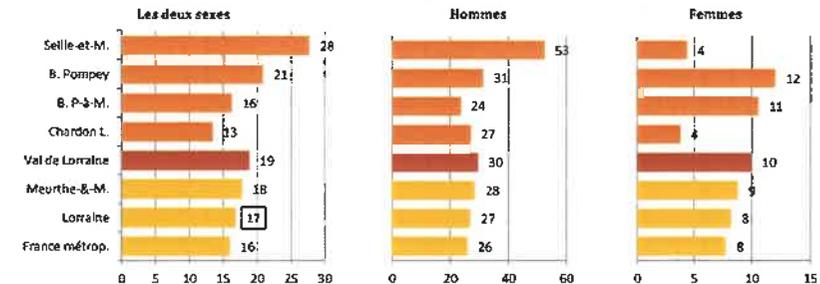
	Hommes	Femmes	Total
Val de Lorraine*	14	5	19
Meurthe-&-M.	96	34	130
Lorraine	301	104	404
France métrop.	7 546	2 637	10 233

Sources : Inserm (CépiDc)

* : Non compris les communes de Brotte, Moivrems et Villers les Moivrems

En Lorraine, le taux comparatif de mortalité par suicide est un peu plus élevé que dans l'ensemble de la France métropolitaine (17 pour 100 000 contre 16). Dans le Val de Lorraine, ce taux est égal à 19 pour 100 000 mais n'est pas significativement plus élevé que dans l'ensemble de la région du fait des faibles effectifs concernés. Pour la même raison, aucune communauté de communes ne se distingue sur le plan de la mortalité par suicide.

Taux comparatifs de mortalité par suicide en 2008-2012



Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)

Les taux encadrés sont significativement différents du taux régional. Les taux Lorrains encadrés sont significativement différents du taux national. Val de Lorraine et Sella et Mauchère : Non compris les communes de Brotte, Moivrems et Villers les Moivrems

Cancers (tumeurs malignes)

Les cancers représentent la première cause de mortalité dans le Val de Lorraine. Entre 2008 et 2012, chaque année, 246 résidents du Val de Lorraine décèdent d'un cancer dont 149 hommes (61 %) et 97 femmes (39 %). La population concernée est plus jeune que l'ensemble des personnes décédées. Sept décès par cancer sur dix (71 %) se produisent avant 80 ans alors que cette tranche d'âge représente 50 % de l'ensemble des décès toutes causes confondues.



Nombres annuels de décès par cancer en 2008-2012

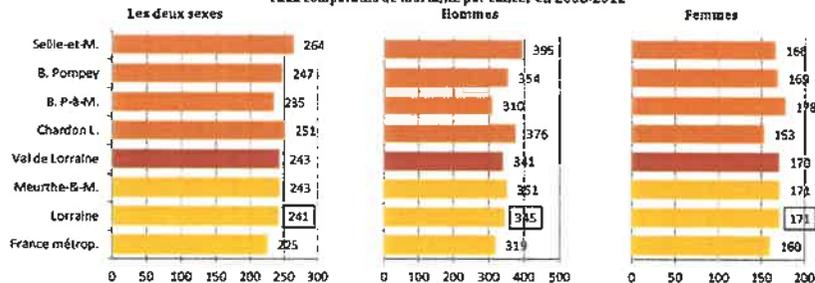
	Hommes	Femmes	Total
CC de Seille et Mauchère*	11	6	17
CC du Bassin de Pompey	67	43	110
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	55	40	95
CC du Chardon lorrain	16	9	24
Val de Lorraine*	149	97	246
Meurthe-et-M.	1 003	762	1 846
Lorraine	3 554	2 498	6 052
France métrop.	89 090	63 280	152 370

Sources : Inserm (CépiDc)

* : Non compris les communes de Bratte, Moivrons et Villers les Moivrons

Le taux comparatif de mortalité par cancer, égal à 241 pour 100 000 en Lorraine en 2008-2012, dépasse de 7 % le taux français (225). Dans le Val de Lorraine, le taux, égal à 243 pour 100 000, est équivalent au niveau régional. Aucune communauté de commune ne se distingue.

Taux comparatifs de mortalité par cancer en 2008-2012



Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)

Les taux encadrés sont significativement différents du taux régional. Les taux lorrains encadrés sont significativement différents du taux national.

Val de Lorraine et Seille et Mauchère : Non compris les communes de Bratte, Moivrons et Villers les Moivrons

Au 31 décembre 2013, 3 673 personnes résidant dans le Val de Lorraine sont en ALD pour un cancer. Ce nombre reflète relativement bien la prévalence du cancer. En effet, entre 2000 et 2005, une étude de l'InVS²² montrait que dans les départements où il existe des registres des cancers, le taux de couverture de ces maladies par les ALD est supérieur à 75 % pour la plupart des localisations. Un peu plus de la moitié des personnes en ALD pour cancer sont des femmes (50,6 %) et 53 % ont moins de 70 ans, ce qui est équivalent à la proportion de cette tranche d'âge pour l'ensemble des personnes en ALD. Chaque année entre 2011 et 2013, 548 habitants du Val de Lorraine sont admis en ALD pour un cancer.

 Nombres annuels d'admissions en ALD en 2011-2013
 et nombres de personnes en ALD au 31 décembre 2013 pour cancer

	Nombres annuels d'admissions en ALD en 2011-2013		Nombres de cas persistant au 31 décembre 2013	
	Total	Femmes	Total	Femmes
CC de Seille et Mauchère*	34	49,3 %	245	53,3 %
CC du Bassin de Pompey	256	48,1 %	1 696	51,4 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	208	46,8 %	1 408	49,7 %
CC du Chardon lorrain	49	49,8 %	324	47,7 %
Val de Lorraine*	548	47,7 %	3 673	50,6 %
Meurthe-et-M.	3 797	48,6 %	74 938	52,8 %
Lorraine	12 502	47,8 %	83 356	51,6 %
France métrop.	324 272	48,6 %	2 285 892	53,2 %

Sources : CNAHMS, MSA, RSI

* : Non compris les communes de Bratte, Moivrons et Villers les Moivrons

Chaque année, entre 2013 et 2014, les habitants du Val de Lorraine effectuent 8 184 séjours hospitaliers pour un cancer, dont une grande majorité est effectuée en hospitalisation de jour pour des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie. Les hospitalisations complètes, comprenant au moins une nuit à l'hôpital, représentent 19 % des séjours, soit 1 554 séjours. Au total, chaque année, 1 166 patients résidant dans le Val de Lorraine ont effectué au moins un séjour à l'hôpital pour un cancer. Parmi eux, 619 le faisaient pour la première fois. Cet indicateur semble relativement bien adapté pour estimer l'incidence du cancer. En effet, pour la plupart des localisations, il est relativement proche des nombres de nouveaux cas estimés à partir des registres présents dans les autres départements français.

Nombres annuels de séjours et de patients hospitalisés pour cancer en 2011-2013

	Séjours hospitaliers		Séjours d'au moins une nuit		Patients hospitalisés		Nouveaux patients	
	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes
CC de Seille et Mauchère	624	50,1 %	126	51,6 %	85	44,5 %	45	43,9 %
CC du Bassin de Pompey	3 795	52,3 %	714	48,2 %	545	46,9 %	286	47,9 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	3 045	46,4 %	575	42,8 %	427	44,5 %	227	43,7 %
CC du Chardon lorrain	720	51,1 %	138	39,8 %	109	43,1 %	61	46,9 %
Val de Lorraine	8 184	49,9 %	1 554	45,8 %	1 166	45,7 %	619	46,0 %
Meurthe-et-M.	56 974	50,4 %	10 303	45,7 %	8 026	46,9 %	4 281	48,4 %
Lorraine	194 624	51,4 %	38 080	45,4 %	26 227	46,6 %	14 074	47,8 %
France métrop.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Sources : ATIH (PMSI)

Les cancers peuvent avoir des localisations très différentes dans le corps humains et avoir des origines très variées. Il est donc plus pertinent d'observer la mortalité et la morbidité par localisation cancéreuse afin de mettre en place des politiques ciblées de santé publique.

Les rapports entre les nombres annuels de décès, de patients admis en ALD et de nouveaux patients varient fortement d'une localisation cancéreuse à l'autre. C'est dû à la gravité qui est variable. Un nombre de décès proche du nombre de nouveaux patients indique une forte mortalité chez les patients atteints. Lorsque le nombre de décès est supérieur au nombre d'admissions en ALD, comme c'est le cas pour le cancer du foie ou du pancréas, signifie que ces pathologies peuvent tuer avant que l'admission en ALD ait été effectuée.

Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon représentent la première cause de mortalité par cancer avec 58 décès annuels dans le Val de Lorraine devant les cancers colorectaux (29 décès par an), les cancers du sein et les cancers des voies aérodigestives supérieures (17 décès par an),

Si on prend comme indicateur d'incidence des maladies le nombre de nouveaux patients, il apparaît que l'incidence du cancer du sein (110 par an) est plus élevée que celle des cancers de la trachée, des bronches et du poumon (88 par an). Ensuite, on trouve les cancers colorectaux (79 par an) et les cancers de la prostate (66 par an).

La prévalence des différents cancers est évaluée approximativement par la prévalence des ALD au 31 décembre 2013. Le cancer du sein est le premier cancer dont souffrent les habitants du Val de Lorraine (918 personnes en ALD) devant le cancer de la prostate (658), les cancers colorectaux (337) et les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (204).

²² Institut de veille sanitaire (InVS). Estimation départementale de l'incidence des cancers à partir des données d'affection de longue durée (ALD) et des registres. Evaluation pour 24 localisations cancéreuses, 2000-2005. Janvier 2012

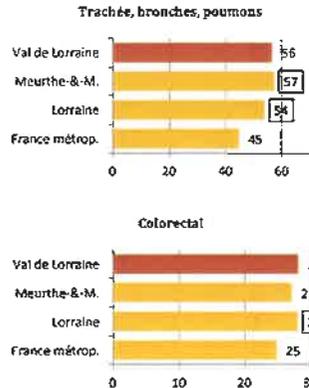


Principaux Indicateurs de mortalité et de morbidité concernant les localisations cancéreuses les plus fréquentes dans le Val de Lorraine (nombres annuels)

	Décès* 2008-2012	AID**		Hospitalisations (2011-2013)			
		Incid. 2011-2013	Preval. 31-12-2013	Séjours	Hosp complet	Patients	Nouveaux patients
Ensemble des cancers	246	548	3 673	8 184	1 554	1 166	619
% Femmes	39,5 %	47,7 %	50,6 %	49,9 %	45,8 %	45,7 %	46,0 %
Cancers de la tr., des br. et du poumon	58	62	204	1 045	220	145	88
% Femmes	25,3 %	32,3 %	32,4 %	31,8 %	34,3 %	29,8 %	28,1 %
Cancers colorectaux	29	54	337	916	137	150	79
% Femmes	38,9 %	42,9 %	44,5 %	39,1 %	42,4 %	42,2 %	40,9 %
Cancers du sein	17	105	918	1 766	182	177	110
% Femmes	100,0 %	98,7 %	99,1 %	98,0 %	98,7 %	98,1 %	98,2 %
Cancers des voies aérodigestives sup.	17	30	165	645	128	60	34
% Femmes	13,8 %	31,2 %	26,7 %	22,4 %	25,1 %	22,5 %	24,7 %
Cancers de la prostate	10	68	658	442	70	82	66
% Femmes	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Cancers du pancréas	12	11	29	172	31	26	15
% Femmes	42,4 %	42,3 %	48,3 %	31,7 %	48,2 %	34,3 %	46,0 %
Cancers du foie	13	9	29	67	44	31	20
% Femmes	36,4 %	33,9 %	17,2 %	18,2 %	19,7 %	23,4 %	28,3 %
Leucémies	12	16	99	277	32	32	16
% Femmes	42,4 %	44,1 %	49,4 %	50,8 %	54,3 %	45,9 %	56,5 %

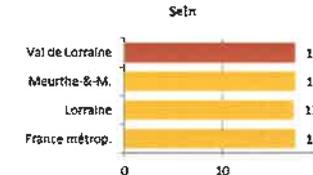
Sources : Inserm (CépiDc), CNAITS, RSJ, MSA, ATIH (PMSI)
* : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers les Moirvrons

Taux comparatifs de mortalité par localisation cancéreuse en 2008-2012

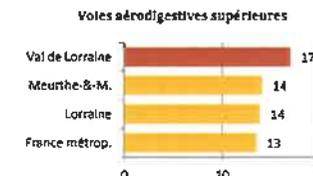


Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont principalement dus à la consommation de tabac²³. L'inhalation de poussières fines dans le cadre de certains métiers (mines de fer ou de charbon, sidérurgie, industrie du verre, bâtiment et travaux publics)²⁴, et l'exposition au radon, à l'amiante, ou à la pollution atmosphérique²⁵ font également partie des facteurs de risque identifiés.
Le taux comparatif de mortalité qui est égal à 54 pour 100 000 en Lorraine, dépasse le niveau national de 20 % et est le plus élevé de France métropolitaine. Dans le Val de Lorraine, ce taux atteint 56 pour 100 000 et n'est pas significativement différent du niveau régional.

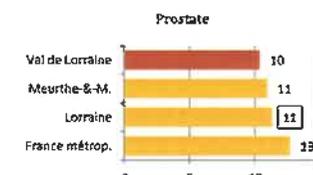
Les principaux facteurs de risques du cancer colorectal sont les antécédents familiaux de ce cancer, l'obésité, l'alimentation riche en viandes rouges. La consommation d'alcool et de tabac et l'exposition à des rayons ionisants augmentent également les risques de développer un tel cancer²⁶⁻²⁹.
Le taux comparatif de mortalité lorrain, égal à 28 pour 100 000, dépasse le niveau national (25) de 13 %, ce qui place la région en deuxième position en France derrière le Nord - Pas-de-Calais. Dans le Val de Lorraine, la mortalité est équivalente au niveau régional.



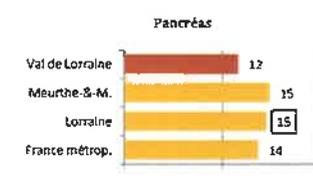
Les antécédents familiaux et les prédispositions génétiques sont les principaux facteurs de risque du cancer du sein. D'autres facteurs ont également été identifiés tels que la puberté précoce, la ménopause tardive, l'absence de grossesses menées à terme, la consommation de tabac ou d'alcool et le surpoids³⁰⁻³².
Le taux comparatif de mortalité par cancer du sein est aussi élevé dans le Val de Lorraine que dans l'ensemble de la région et l'ensemble de la France métropolitaine (17 pour 100 000).



Les cancers des voies aérodigestives supérieures (cancers des VADS) regroupent les cancers de la tête, de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage et du larynx. La consommation de tabac associée à la consommation d'alcool représente le principal facteur de risque³³.
Le taux comparatif de mortalité en Lorraine, égal à 14 pour 100 000, n'est pas significativement plus élevé que dans l'ensemble de la France métropolitaine (13). Dans le Val de Lorraine, ce taux atteint 17 pour 100 000, mais ne se distingue significativement du niveau régional.



Les facteurs de risque connus du cancer de la prostate sont l'âge, les antécédents familiaux et l'origine ethnique. Le facteur de risque probable de ce cancer est la consommation élevée de produits laitiers³⁴.
En Lorraine, le taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate est inférieur de 11 % au niveau national (11 pour 100 000 contre 13). Dans le Val de Lorraine, ce taux est égal à 10 pour 100 000 et ne se distingue pas significativement du niveau régional.

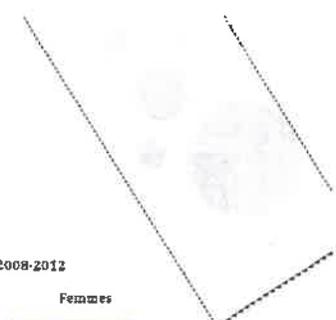


Les principaux facteurs de risque du cancer du pancréas sont le tabac, le surpoids et l'obésité, ainsi que des prédispositions génétiques³⁵.
En Lorraine, le taux comparatif de mortalité, égal à 15 pour 100 000, dépasse le niveau national (14) de 6 %. Le taux observé dans le Val de Lorraine (12 pour 100 000), ne se distingue pas significativement du niveau régional.

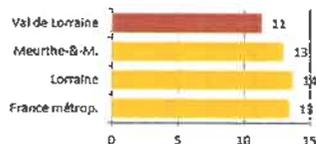
Sources : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)
Val de Lorraine : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers les Moirvrons

²³ <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/risks/?region=qc> [Consulté le 3 décembre 2014]
²⁴ Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'échantillon démographique permanent, septembre 2005, InVS
²⁵ <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancers-du-poumon/facteurs-de-risque/sautres-facteurs-de-risque> [Consulté le 3 décembre 2014]
²⁶ <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancers-du-colon/les-facteurs-de-risque> [Consulté le 29 octobre 2014]
²⁷ <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/colorectal/risks/?region=qn> [Consulté le 29 octobre 2014]
²⁸ <http://www.cancer-covidienement.fr/397-Colorectal.cca.aspx> [Consulté le 15 décembre 2014]

²⁹ Institut National du Cancer : <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancer-du-sein/les-facteurs-de-risque> [Consulté le 29 octobre 2014]
³⁰ <http://www.cancer-environnement.fr/148-Sein.ca.aspx> [Consulté le 15 décembre 2014]
³¹ <http://www.ligue-cancer.net/localisation/tete-bouche-larynx/> [Consulté le 4 décembre 2014]
³² <http://www.a-m-eil-spotte.fr/cancer-des-voies-aerodigestives-superieures/cancer-des-voies-aerodigestives-superieures-definition-et-facteurs-favorisants.html> [Consulté le 4 décembre 2014]
³³ Institut national du cancer. Facteurs de risque (en ligne) <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Facteurs-de-risque> [consulté le 14 octobre 2015]
³⁴ Institut national du cancer. Facteurs de risque (en ligne). <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-pancreas/Facteurs-de-risque> [consulté le 14 octobre 2015]

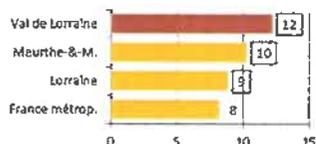


Foie et voies biliaires Intrahépatiques



Plusieurs facteurs de risque du cancer du foie sont identifiés : l'alcool ; les hépatites B et C ; le tabac ; l'hémochromatose, maladie liée à un excès de fer dans l'organisme ; la stéatose hépatique, un excès de graisse dans le foie³⁵. Le taux comparatif de mortalité, égal à 14 pour 100 000 en Lorraine n'est pas significativement différent du niveau national (13). On n'observe pas non plus de différence significative entre le taux observé dans le val de Lorraine (11 pour 100 000) et le niveau régional.

Leucémies



Les principaux facteurs de risque de développer une leucémie sont l'exposition à une forte dose de radiation, une radiothérapie ou une chimiothérapie, administrées antérieurement, l'exposition au benzène ou au formaldéhyde ou des syndromes génétiques³⁶. En Lorraine, le taux comparatif de mortalité, égal à 9 pour 100 000, dépasse de 8 % le niveau national (8 pour 100 000). Le Val de Lorraine se distingue par un taux particulièrement élevé, égal à 12 pour 100 000, qui dépasse le niveau régional de 38 %.

Sources : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)
Val de Lorraine : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers les Moirvrons

Maladies cardiovasculaires (Appareil circulatoire)

Les maladies de l'appareil circulatoire représentent la deuxième cause de mortalité dans le Val de Lorraine. Au cours de la période 2008-2012, on enregistre 219 décès par an par maladie cardiovasculaire parmi les habitants du Val de Lorraine, dont 121 femmes (55 %) et 98 hommes (45 %). La population concernée est plus âgée que l'ensemble des personnes décédées. Les deux tiers des décès par maladie cardiovasculaire (67 %) se produisent à 80 ans ou plus contre 50 % pour l'ensemble des décès toutes causes confondues.

Nombres annuels de décès par maladies cardiovasculaires en 2008-2012

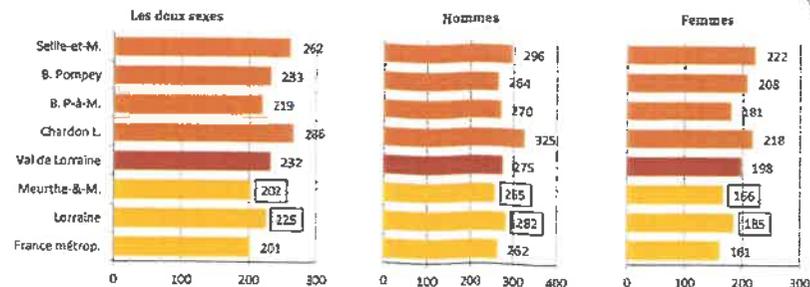
	Hommes	Femmes	Total
CC de Seille et Mauchère*	7	7	14
CC du Bassin de Pompey	40	56	96
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	39	41	80
CC du Chardon lorrain	12	17	29
Val de Lorraine*	98	121	219
Meurthe-&M.	689	919	1 538
Lorraine	2 507	3 034	5 541
France métrop.	66 107	76 308	142 415

Sources : Inserm (CépiDc)
* : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers-lès-Moirvrons

En Lorraine, le taux comparatif de mortalité, égal à 225 pour 100 000, dépasse de 12 % le niveau national (201 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, ce taux est égal à 232 pour 100 000, ce qui est proche du niveau régional et dépasse le niveau départemental de 15 %. Aucune communauté de commune ne se distingue de façon significative sur le plan de cette mortalité.

³⁵ Institut national du cancer. Facteurs de risque [en ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/les-cancers/Cancer-du-foie/Facteurs-de-risque> [consulté le 14 octobre 2015]
³⁶ Société canadienne du cancer. [En ligne]. <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/leukemia/risks/?region=qc> [consulté le 14 octobre 2015]

Taux comparatifs de mortalité par maladies cardiovasculaires en 2008-2012



Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)
Les taux encadrés sont significativement différents du taux régional. Les taux lorrains encadrés sont significativement différents du taux national.
Val de Lorraine et Seille et Mauchère : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers les Moirvrons

Au 31 décembre, 6 553 habitants du Val de Lorraine sont en ALD pour une maladie cardiovasculaire³⁷. Dont 59 % d'hommes et 41 % de femmes. Cette population est relativement âgée. En effet, 60 % ont 70 ans ou plus alors que cette tranche d'âge représente 47 % de l'ensemble des personnes en ALD toutes causes confondues. Chaque année, 720 personnes ont été admises en ALD pour une maladie cardiovasculaire entre 2011-2013.

Nombres annuels d'admissions en ALD en 2011-2013 et nombres de personnes en ALD au 31 décembre 2013 pour une maladie cardiovasculaire

	Nombres annuels d'admissions en 2011-2013		Nombres de cas prévalent au 31 décembre 2013	
	Total	Femmes	Total	Femmes
CC de Seille et Mauchère*	52	49,8 %	428	36,3 %
CC du Bassin de Pompey	307	38,0 %	2 986	40,5 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	289	42,9 %	2 511	41,3 %
CC du Chardon lorrain	72	45,9 %	528	42,7 %
Val de Lorraine*	720	41,0 %	6 553	40,7 %
Meurthe-&M.	8 549	42,5 %	64 698	41,5 %
Lorraine	17 051	43,4 %	164 961	42,5 %
France métrop.	422 305	42,7 %	4 374 310	42,7 %

Sources : CHAMTS, MSA, RSI
* : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers-lès-Moirvrons

Entre 2011 et 2013, on enregistre annuellement 3 043 séjours hospitaliers réalisés par des habitants du Val de Lorraine, dont 59 % d'hommes et 41 % de femmes. La plupart de ces séjours (82 %) ont été effectués en hospitalisation complète (2 485 séjours). Au total, chaque année, 2 153 patients du Val de Lorraine ont été hospitalisés pour une maladie cardiovasculaire dont 1 217 qui ne l'avaient jamais été depuis 2004.

³⁷ Les maladies cardiovasculaires regroupent 5 affections : les accidents vasculaires cérébraux invalidants, les artériopathies chroniques avec manifestation ischémiques, les insuffisances cardiaques, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves, les hypertension artérielles sévères (jusqu'en juin 2011) et les maladies coronaires.



Nombres annuels de séjours et de patients hospitalisés pour une maladie cardiovasculaire en 2011-2013

	Séjours hospitaliers		Séjours d'admission sur nuit		Patients hospitalisés		Nouveaux patients	
	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes
CC de Seille et Mauchère	233	41,8 %	186	39,0 %	165	43,6 %	103	46,9 %
CC du Bassin de Pompey	1 245	40,5 %	983	37,1 %	901	43,4 %	520	47,8 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	1 252	41,2 %	1 045	39,8 %	863	42,4 %	457	45,6 %
CC du Chardon Jorain	313	41,2 %	269	40,6 %	223	41,1 %	129	44,0 %
Val de Lorraine	3 043	40,9 %	2 485	38,7 %	2 153	42,8 %	1 217	46,5 %
Meurthe-&-M.	19 738	44,0 %	15 977	41,6 %	14 426	45,7 %	8 541	49,2 %
Lorraine	65 510	43,7 %	55 199	41,7 %	47 292	45,7 %	28 244	49,1 %
France métrop.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Sources : ATIH (PMSI)

Chaque année, dans le Val de Lorraine, on enregistre 219 décès, 720 admissions en ALD et 1 217 nouveaux patients hospitalisés pour maladies cardiovasculaires. L'écart important entre ces deux derniers indicateurs est dû au fait que les admissions en ALD prennent en compte des critères de gravité et qu'une partie des maladies cardiovasculaires ne donnent pas lieu à une admission en ALD.

Avec 56 décès par an, les cardiopathies ischémiques représentent la première cause de mortalité dans le Val de Lorraine devant les maladies vasculaires cérébrales (45 décès par an), les insuffisances cardiaques (34 décès par an) et les troubles du rythme (27 décès par an).

Les cardiopathies ischémiques représentent également la pathologie cardiovasculaire qui entraîne le plus grand nombre de nouveaux patients hospitalisés (443 habitants du Val de Lorraine par an entre 2011 et 2013) devant les troubles du rythme (248 par an), les insuffisances cardiaques (196 par an) et les maladies vasculaires cérébrales (177 par an).

Au 31 décembre 2013, 2 123 habitants du Val de Lorraine étaient en ALD suite à une cardiopathie ischémique, soit 2 % de la population. Ce nombre, qui est presque dix fois plus élevé que le nombre annuel d'admissions en ALD indique une durée de survie élevée de ces patients. Pour les autres pathologies cardiovasculaires, le rapport entre la prévalence et l'incidence est proche de cinq.

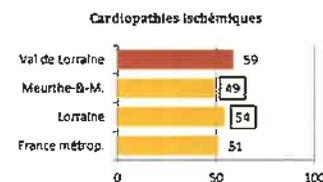
Principaux indicateurs de mortalité et de morbidité concernant les pathologies cardiovasculaires les plus fréquentes dans le Val de Lorraine (nombres annuels)

	Décès* 2008-2012	ALD*		Hospitalisations (2011-2013)			
		Genl. 2011-2013	Préval. 31-12-2013	Séjours	Hosp. complète	Patients	Nouveaux patients
Ensemble des maladies cardiovasculaires	219	720	6 553	3 043	2 485	2 153	1 217
% Femmes	35,4 %	41,0 %	40,7 %	40,9 %	38,7 %	42,8 %	46,5 %
Cardiopathies ischémiques	56	223	2 123	890	800	675	443
% Femmes	46,6 %	29,2 %	28,9 %	27,1 %	27,2 %	28,3 %	30,8 %
Troubles du rythme	27	130	651	373	330	319	248
% Femmes	60,6 %	50,1 %	50,4 %	44,8 %	44,1 %	44,3 %	45,9 %
Insuffisances cardiaques	34	57	327	367	334	273	196
% Femmes	63,2 %	51,0 %	49,7 %	51,9 %	53,1 %	53,4 %	55,7 %
Maladies vasculaires cérébrales	45	82	498	242	226	207	177
% Femmes	57,1 %	48,3 %	47,4 %	48,5 %	48,5 %	47,3 %	47,2 %

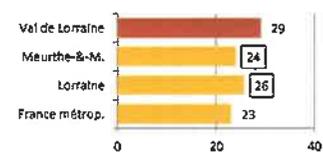
Sources : Inserm (CépiDc), CNAMTS, RSI, MSA, ATIH (PMSI)

* : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers-lès-Moirvrons

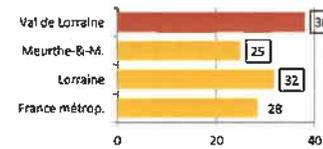
Taux comparatifs de mortalité selon les principales pathologies cardiovasculaires en 2008-2012



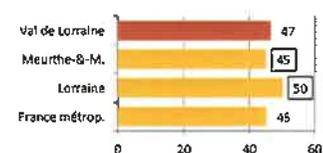
Les principaux facteurs de risque des cardiopathies ischémiques sont le surpoids, la sédentarité, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Le risque de cardiopathies ischémiques est également associé au diabète, à l'hypertension artérielle et à un taux élevé de cholestérol³⁸. Le taux comparatif de mortalité en Lorraine est égal à 54 pour 100 000, soit 7 % de plus que le niveau national (51 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, le taux, égal à 59 pour 100 000, n'est pas significativement différent du niveau régional mais il dépasse de 19 % le niveau départemental (49 pour 100 000).

Troubles du rythme


Les troubles du rythme cardiaque regroupent principalement des arrêts cardiaques, des arythmies et des fibrillations auriculaires. Ces dernières sont favorisées principalement par l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, des maladies coronaires, la BPCO, l'hypertrophie, le surpoids et l'obésité, le diabète et les maladies rénales chroniques³⁹. En Lorraine, le taux comparatif de mortalité, qui est égal à 26 pour 100 000, dépasse le niveau national de 12 % (23 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, le taux, qui est égal à 29 pour 100 000, n'est pas significativement différent du niveau régional mais il dépasse de 21 % le niveau départemental (24 pour 100 000).

Insuffisances cardiaques


L'insuffisance cardiaque est généralement consécutive à un infarctus du myocarde ou une hypertension artérielle⁴⁰ ou un diabète dont les risques sont augmentés par une alimentation riche, la sédentarité, le tabagisme ou une consommation excessive d'alcool. La mortalité due à cette maladie est sous estimée. Le taux comparatif de mortalité en Lorraine, qui est égal à 32 pour 100 000, dépasse de 12 % le niveau national (28 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, ce taux atteint 38 pour 100 000, soit 20 % de plus que le niveau régional.

Maladies vasculaires cérébrales


Les maladies vasculaires cérébrales sont favorisées par le surpoids, la sédentarité, le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool. Elles peuvent également être liées à une hypertension, une hypercholestérolémie ou un diabète⁴¹. Le taux comparatif de mortalité, égal à 50 pour 100 000 en Lorraine, dépasse de 11 % le niveau national (45 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, ce taux est égal à 47 pour 100 000, ce qui n'est pas significativement différent du niveau régional.

Sources : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)

Val de Lorraine : Non compris les communes de Bratte, Moirvrons et Villers-lès-Moirvrons

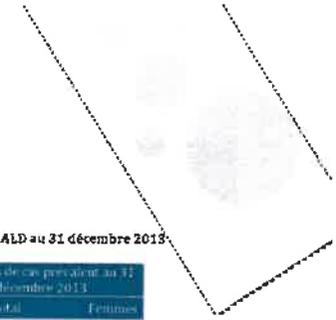
³⁸ <http://www.ameli-sante.fr/infarctus-du-myocarde/queles-sont-les-facteurs-favorisant-linfarctus-du-myocardenbsp.html> [Consulté le 31 octobre 2014]

³⁹ Assurance maladie. Fibrillation auriculaire [En ligne] <http://www.ameli-sante.fr/fibrillation-auriculaire/fibrillation-auriculaire-definition-et-facteurs-favorisants.html> [consulté le 14 octobre 2015]

⁴⁰ http://www.fmcoeur.com/site/c/ntXJ8MMIqE/b.3562219/b.590C/Maladies_du_coeur__Insuffisance_cardiaque.htm [Consulté le 30 octobre 2014]

⁴¹ http://www.fmcoeur.com/site/c/ntXJ8MMIqE/b.3562214/b.0406/AVC_Pr23vention_de_lAVC_et_des_facteurs_de_risques.htm [Consulté le 30 octobre 2014]

⁴² <http://www.sante.gouv.fr/la-prevention-des-acc-htm> [Consulté le 15 décembre 2014]



Maladies de l'appareil respiratoire

Les maladies de l'appareil respiratoire représentent la troisième cause de mortalité dans le Val de Lorraine. Au cours de la période 2008-2012, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 68 décès par an dans le Val de Lorraine, dont 55 % d'hommes et 45 % de femmes. La population concernée est relativement âgée. En effet, près des deux tiers (65 %) des décès pour ces maladies se produisent à partir de 80 ans contre 50 % pour l'ensemble des décès toutes causes confondues.

Nombre annuels de décès par maladies de l'appareil respiratoire en 2008-2012

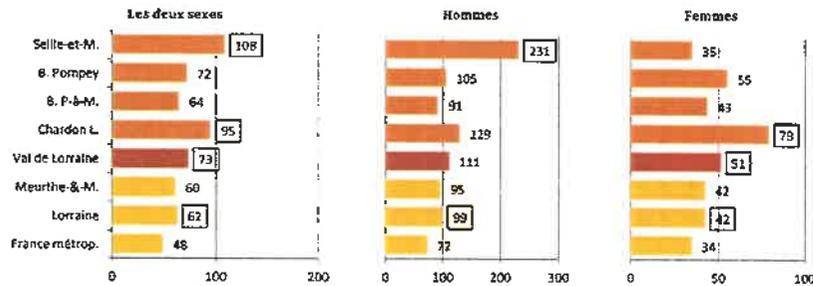
	Hommes	Femmes	Total
CC de Seille et Mauchère*	5	1	6
CC du Bassin de Pompey	15	15	30
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	14	9	23
CC du Chardon lorrain	4	5	10
Val de Lorraine*	38	31	68
Meurthe-à-M.	244	214	458
Lorraine	848	686	1 534
France métrop.	17 894	16 275	34 079

Sources : Inserm (CépiDc)

* : Non compris les communes de Bratte, Moivrons et Villers-lès-Moivrons

Avec un taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire égal à 62 pour 100 000, la Lorraine se place en deuxième position des régions françaises derrière le Nord - Pas-de-Calais et dépasse de 29 % le taux national (48 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, ce taux est égal à 73 pour 100 000, soit 17 % que dans l'ensemble de la région. Les deux communautés de communes à dominante rurale enregistrent les taux les plus élevés. Ils atteignent 95 pour 100 000 dans le Chardon Lorrain et 108 pour 100 000 en Seille et Mauchère. Dans le Chardon Lorrain, la surmortalité est uniquement féminine. Elle dépasse le niveau régional de 88 %. En Seille et Mauchère, elle est uniquement masculine. La mortalité dépasse le niveau régional de 133 %, soit plus du double.

Taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire en 2008-2012



Source : Inserm (CépiDc) / Insee (Recensement)

Les taux encadrés sont significativement différents du taux régional. Les taux lorrains encadrés sont significativement différents du taux national.

Val de Lorraine et Seille et Mauchère : Non compris les communes de Bratte, Moivrons et Villers-lès-Moivrons

Au 31 décembre 2013, 528 habitants du Val de Lorraine sont en ALD pour une insuffisance respiratoire chronique grave, dont 125 pour asthme et 101 pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Les hommes représentent 55 % de ces patients. Cette population est relativement âgée. En effet, 60 % ont au moins 70 ans alors que cette tranche d'âge représente 47 % de l'ensemble des personnes en ALD. Entre 2011 et 2013, chaque année, 66 habitants du Val de Lorraine sont admis en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave.

Nombre annuels d'admissions en ALD en 2011-2013 et nombre de personnes en ALD au 31 décembre 2013 pour insuffisance respiratoire chronique grave

	Nombre annuels d'admissions en 2011-2013		Nombre de cas présents au 31 décembre 2013	
	Total	Femmes	Total	Femmes
CC de Seille et Mauchère*	4	46,2 %	31	36,6 %
CC du Bassin de Pompey	28	51,3 %	248	45,4 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	26	44,2 %	196	45,4 %
CC du Chardon lorrain	9	42,7 %	53	47,3 %
Val de Lorraine*	66	47,2 %	528	45,1 %
Meurthe-à-M.	411	47,0 %	3 264	45,4 %
Lorraine	1 616	46,3 %	12 427	45,9 %
France métrop.	47 129	45,3 %	413 605	48,0 %

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

* : Non compris les communes de Bratte, Moivrons et Villers-lès-Moivrons

Au cours de la période 2011-2013, les habitants du Val de Lorraine ont effectué 1 484 séjours hospitaliers par an pour une maladie de l'appareil respiratoire, dont 1 187 un hospitalisation complète comprenant au moins une nuit à l'hôpital (80 %). Au total, 1 183 patients du Val de Lorraine sont hospitalisés chaque année pour ces maladies dont 860 nouveaux patients ne l'ayant jamais été depuis 2004.

Nombre annuels de séjours et de patients hospitalisés pour une maladie de l'appareil respiratoire en 2011-2013

	Séjours hospitaliers		Séjours d'au moins une nuit		Patients hospitalisés		Nouveaux patients	
	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes	Nb / an	Femmes
CC de Seille et Mauchère	115	39,0 %	87	42,7 %	97	40,5 %	74	42,4 %
CC du Bassin de Pompey	589	46,0 %	476	47,7 %	472	45,7 %	349	47,1 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	621	43,4 %	495	43,8 %	485	43,5 %	345	43,4 %
CC du Chardon lorrain	158	51,3 %	130	51,9 %	130	50,5 %	92	49,4 %
Val de Lorraine	1 484	44,9 %	1 187	46,2 %	1 183	44,9 %	860	45,5 %
Meurthe-à-M.	10 567	44,7 %	8 472	45,4 %	8 564	45,1 %	6 291	45,7 %
Lorraine	35 950	44,1 %	30 328	44,5 %	28 464	45,0 %	20 315	46,4 %
France métrop.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Sources : ATIH (PMSI)

Avec respectivement 21 décès par an et 20 décès par an, les pneumopathies infectieuses et les BPCO représentent les premières causes de décès par maladies de l'appareil respiratoire dans le Val de Lorraine entre 2008 et 2012. Les autres maladies respiratoires entraînant un décès sont principalement les bronchites aiguës (11 décès par an), les pneumopathies non infectieuses (9 décès par an) et les insuffisances respiratoires (hors asthme et BPCO, 13 décès par an).

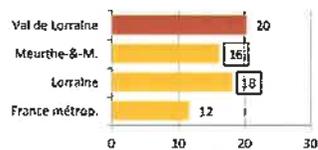
En moyenne, 203 patients par an sont hospitalisés pour la première fois pour une pneumopathie infectieuse et 103 pour une BPCO. D'autres pathologies respiratoires, moins mortelles, conduisent un nombre important de nouveaux patients à se faire hospitaliser. Il s'agit des maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes (190 nouveaux patients par an), des bronchites ou bronchiolites aiguës (111), et des autres insuffisances respiratoires, hors BPCO et asthme, (86).


Principaux indicateurs de mortalité et de morbidité concernant les maladies respiratoires les plus fréquentes dans le Val de Lorraine (nombres annuels)

	Décès* 2008-2012	Hospitalisations (2011-2013)		
		Séjours	Hosp. complète	Patients
Ensemble des maladies de l'appareil respiratoire	68	1 484	1 187	1 183
% Femmes	45,0 %	44,9 %	46,2 %	44,9 %
BPCO	20	205	182	158
% Femmes	31,6 %	42,9 %	44,6 %	48,0 %
Pneumopathies infectieuses	21	261	242	238
% Femmes	49,5 %	46,3 %	46,7 %	46,7 %

Sources : Inserm (CépiDc), ATIH (PMSI)

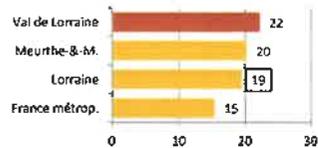
* : Non compris les communes de Bratte, Moirrons et Villers les Moirrons

Taux comparatifs de mortalité selon les principales pathologies respiratoires en 2008-2012
Bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO)


La consommation de tabac représente le principal facteur de risque de la BPCO. Elle serait responsable de 80 à 90 % des décès⁴³. Les autres facteurs de risque étant les expositions professionnelles (mineurs, ouvriers de la sidérurgie ou du textile, BTP...)⁴⁴, la pollution atmosphérique⁴⁵ et les facteurs génétiques. La mortalité par BPCO est relativement difficile à mesurer. Ici, seuls les décès comportant une mention de BPCO en tant que diagnostic principal sont pris en compte, ce qui conduit à une sous-estimation du nombre réel de décès.

La Lorraine se place en première position des régions françaises pour son taux comparatif de mortalité avec un taux égal à 18 pour 100 000, qui dépasse de 56 % le niveau national (12 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, le taux atteint 20 pour 100 000, ce qui n'est pas significativement plus élevé que le niveau régional mais dépasse le niveau départemental de 26 %.

Lorsqu'on inclue les décès pour lesquels la BPCO figure en tant que cause associée ou de comorbidité, le taux comparatif de mortalité atteint 42 pour 100 000 dans le Val de Lorraine, comme dans l'ensemble de la région, soit 61 % de plus que le niveau national (26 pour 100 000).

Pneumopathies Infectieuses


Seules les pneumopathies d'origine infectieuses, qui représentent les trois quarts de la mortalité par pneumopathies sont étudiées ici. Elles sont généralement dues à une maladie pulmonaire préexistante (asthme, BPCO, mucoviscidose...), une hospitalisation (maladie nosocomiale), un déficit immunitaire, une chimiothérapie, un trouble de la déglutition et la consommation de tabac⁴⁶. L'identification d'une pneumopathie comme cause de décès est difficile, ce qui peut entraîner une sous-estimation de la mortalité.

Le taux comparatif de mortalité en Lorraine, égal à 19 pour 100 000, dépasse de 27 % le niveau national (15 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, ce taux atteint 22 pour 100 000, ce qui n'est pas significativement supérieur au niveau régional.

⁴³ Cavallès A. BPCO, Définition, Épidémiologie et inflammation.

⁴⁴ Ministère de la Santé et des solidarités. 2005. Programme d'action en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010

⁴⁵ Allan Y.-M., Roche N., Huchon G. 2010. Pollution atmosphérique, facteur de risque des BPCO 7 Revue des maladies respiratoires. Vol. 27, n°4. Pp 349-363.

⁴⁶ <http://www.ameli-sante.fr/pneumonie/definition-pneumonie.html> (Consulté le 4 novembre 2014)

Diabète

Le diabète correspond à une élévation prolongée de la concentration de glucose dans le sang. On distingue le diabète de type 2 (92 % des admissions en ALD en Lorraine, proportion exacte inconnue parmi les décès⁴⁷) et le diabète de type 1 (8 % des admissions en ALD, idem). Le diabète de type 2 qui correspond à une baisse de sensibilité des cellules à l'insuline dans un premier temps entraînant un risque d'épuisement du pancréas dans un deuxième temps est lié à une prédisposition génétique en interaction avec l'environnement et le mode vie. Il est favorisé par la sédentarité, l'hypercholestérolémie, l'obésité ou l'hypertension⁴⁸. Les perturbateurs endocriniens sont également suspectés⁴⁹. Le diabète de type 1 qui correspond à destruction des cellules du pancréas produisant l'insuline est une maladie auto-immune. Son apparition serait liée à l'association de gènes de prédisposition et de facteurs environnementaux : aucun gène ne peut expliquer à lui seul la maladie. Quant aux facteurs environnementaux incriminés, ils sont encore à l'étude. Ils seraient liés à des infections virales, l'âge maternel élevé à la naissance, l'alimentation et l'exposition à des toxines⁵⁰.

La mortalité par diabète est relativement difficile à mesurer du fait des nombreuses complications entraînées par cette maladie. Cette dernière peut être indiquée en tant que comorbidité ou en tant que cause associée au décès alors qu'elle est à l'origine de la pathologie ayant entraîné le décès. Il est donc préférable de mesurer la mortalité liée au diabète en prenant en compte cette maladie quel que soit la position qu'elle occupe dans le certificat de décès.

Nombres annuels de décès liés au diabète dans le Val de Lorraine en 2008-2012**

	Hommes	Femmes	Total
CC de Sella et Mauchère*	2	2	4
CC du Bassin de Pompey	12	15	28
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	9	11	20
CC du Chardon lorrain	3	4	7
Val de Lorraine*	27	32	59
Meurthe-&M.	205	234	439
Lorraine	783	857	1 639
France métrop.	17 247	16 273	33 519

Sources : Inserm (CépiDc)

* : Non compris les communes de Bratte, Moirrons et Villers les Moirrons

** : La mortalité liée au diabète prend en compte les décès pour lesquels le diabète figure soit en tant que cause initiale de décès, soit en tant que cause associée, soit en tant que comorbidité.

Au cours de la période 2008-2012, le taux comparatif de mortalité liée au diabète est égal à 65 pour 100 000 en Lorraine, soit 36 % de plus que dans l'ensemble de la France métropolitaine (48 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, le taux égal à 60 pour 100 000 n'est pas significativement différent du niveau régional. En revanche, le dans le Bassin de Pont-à-Mousson, avec 53 décès pour 100 000, on observe une sous mortalité de 19 % par rapport au niveau régional.

Lorsqu'on retient uniquement la cause initiale de décès, le taux comparatif de mortalité du au diabète est égal à 20 pour 100 000 en Lorraine, soit 25 % de plus que dans l'ensemble de la France métropolitaine (16 pour 100 000). Dans le Val de Lorraine, il est égal à 21 pour 100 000, avec un minimum de 14 pour 100 000 dans le Bassin de Pont-à-Mousson, soit 29 % de moins que le niveau régional.

⁴⁷ D'après les données du CépiDc, 31% des décès par diabète (en cause initiale) correspondent à des diabètes de type 2, 26% à des diabètes de type 1 et 43% à des diabètes non précisés en Lorraine.

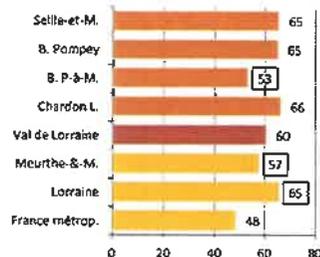
⁴⁸ <http://www.inserm.fr/thematiques/circulation-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/diabete-de-type-2-dnid> (consulté le 18 novembre 2014)

⁴⁹ <http://eseay-environnement-sante.fr/2012/02/09/dossiers-par-themes/communiqu-de-presse-9-fevrier-2012-bpa-et-diabete-confirmation-chez-lhomme/> (consulté le 5 décembre 2014)

⁵⁰ <http://www.inserm.fr/thematiques/circulation-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/diabete-de-type-1-dnid> (consulté le 18 novembre 2014)

Ainsi, quel que soit la méthodologie retenue pour observer la mortalité par diabète, on observe toujours une surmortalité lorraine par rapport au niveau national et une sous mortalité dans le Bassin de Pont-à-Mousson par rapport au niveau régional. L'ensemble du Val de Lorraine ne se distinguant pas de la région.

Taux comparatifs de mortalité liée au diabète* en 2008-2012



Sources : Inserm (CépiDC)

Val de Lorraine et Seille et Mauchère : Non compris les communes de Bratte, Moivreons et Villers les Moivreons
 ** : La mortalité liée au diabète prend en compte les décès pour lesquels le diabète figure soit en tant que cause initiale de décès, soit en tant que cause associée, soit en tant que comorbidité.

Au 31 décembre 2013, 4 887 personnes sont en ALD pour un diabète, dont 4 329 pour un diabète de type 2 (89 %) et 557 pour un diabète de type 1 (11 %). Ces nombres sont relativement proches de la prévalence de cette maladie comme le démontre l'étude ENTRED de 2007-2010 qui indique que 84 % des personnes diabétiques sont couvertes par une affection de longue durée⁵¹. La population diabétique en ALD représente 4,9 % de la population du Val de Lorraine. Cette population est presque autant féminine (48 %) que masculine (52 %) et la part de personnes âgées de 70 ans ou plus, qui est égale à 55 % (55 % pour le diabète de type 2 et 54 % pour le diabète de type 1) est proche de ce qui est observé pour l'ensemble de la population en ALD (53 %). On observe, en revanche, une proportion de personne âgée de moins de 40 ans particulièrement faible parmi les diabétiques de type 2 (1 % contre 8 % pour l'ensemble des personnes en ALD) et une proportion relativement élevée chez les diabétiques de type 1 (13 %).

Chaque année, entre 2011 et 2013, 416 habitants du Val de Lorraine sont admis en ALD pour un diabète dont 94 % ont un diabète de type 2 et 6 % un diabète de type 1.

Nombres annuels d'admissions en ALD en 2008-2012 et nombre de personnes en ALD au 31 décembre 2013 pour diabète

	Nombres annuels d'admissions en 2011-2012		Nombres de cas présents au 31 décembre 2013	
	Total	% Femmes	Total	% Femmes
CC de Seille et Mauchère*	32	36,9 %	284	42,0 %
CC du Bassin de Pompey	179	46,1 %	2 237	48,0 %
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	171	48,6 %	1 955	49,7 %
CC du Chardon Lorrain	34	43,5 %	411	47,7 %
Val de Lorraine*	416	46,2 %	4 887	48,3 %
Meurthe- & M.	2 835	44,4 %	32 294	47,4 %
Lorraine	9 828	45,1 %	104 921	47,4 %
France métrop.	235 586	43,8 %	2 442 224	45,9 %

Sources : CNAMTS, MSA, RSI

* : Non compris les communes de Bratte, Moivreons et Villers les Moivreons

⁵¹ Institut de veille sanitaire. Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2011. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. Juillet 2013 [En ligne] <http://www.invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-ouvrages/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Echantillon-national-témoin-représentatif-des-personnes-diabétiques-Entred-2007-2011> [consulté le 15 octobre 2015]



Dépendance

Il n'existe pas de recensement qui permettrait de connaître le nombre de personnes âgées dépendantes. Toutefois, le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) permet d'identifier la majorité des personnes âgées vivant à domicile et classée dans un GIR 1 à 4. Ce nombre peut être confronté aux estimations du nombre de personnes appartenant à ces GIR réalisées à partir des taux calculés dans l'enquête HID de 1999. Dans le Val de Lorraine, 1 324 personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficient de l'APA à domicile au 31 décembre 2014. Ce chiffre est légèrement inférieur à l'estimation du nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus en GIR 1 à 4 vivants à domicile qui s'élève à 1 483.

Aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile, il faut ajouter le nombre de personnes dépendantes vivant en institution. Leur nombre estimé s'élève à 551 pour le Val de Lorraine. Le nombre réel devrait plutôt s'établir autour de 700, en tenant compte de la sous-estimation qui est de l'ordre de 20 %⁵².

En 2015, 928 places en hébergement complet en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) étaient disponibles dans le Val de Lorraine. Ce nombre, qui n'a pas évolué depuis 2012, est inférieur aux 1 038 personnes âgées de 60 ans ou plus recensées dans des établissements sanitaires ou sociaux en 2012 qui ne sont pas forcément des EHPAD.

Nombres théoriques de personnes dépendantes et données administratives

	Nombres théoriques de personnes en GIR 1 à 4		Nombres de personnes recensées (60 ans et +)		Nombres de places EHPAD 2015
	Domicile 2012	Institution 2012	APA dom. 31/12/2014	Institution 2012	
Seille-&Mauchère	80	0	116	0	0
B. Pompey	656	315	526	581	549
B. Pt-à-Mousson	575	124	549	251	172
Chardon Lorrain	155	115	132	206	207
Val de Lorraine	1 483	551	1 324	1 038	928

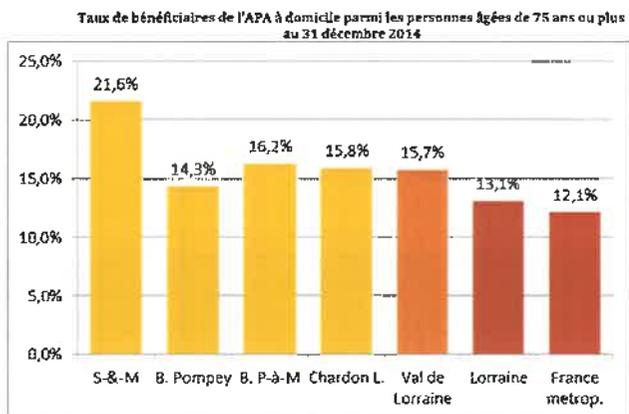
Sources : Enquête HID, Insee (Recensement), Conseil départemental de la Meurthe-et-Moselle, FINES

La plupart des bénéficiaires de l'APA sont âgés de 75 ans ou plus (87 % en France au 31 décembre 2011)⁵³. Par conséquent, le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile est calculé par rapport à cette classe d'âge. Au 31 décembre 2014, le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile est égal à 15,7 % dans le Val de Lorraine contre 13,1 % dans l'ensemble de la région. Le taux le plus élevé est observé en Seille et Mauchère (21,6 %). Il est dû au fait qu'aucun établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes n'existe dans cette communauté de communes. Ces derniers ont donc plus de probabilité de rester à domicile. Dans le Bassin de Pompey, où le nombre de places en EHPAD est relativement important, le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile est plus faible (14,3 %).

Si on tient compte uniquement de la population âgée de 75 ans et plus vivant à domicile pour calculer le taux de bénéficiaires, le taux reste plus élevé dans le Val de Lorraine que dans l'ensemble de la région (17,5 % contre 14,4 %) et les écarts à l'intérieur du Val de Lorraine sont plus faibles (de 16,4 % dans le Bassin de Pompey à 21,6 % en Seille et Mauchère).

⁵² Pour l'ensemble du département, l'estimation réalisée à partir de l'enquête HID du nombre de personnes âgées en GIR 1 à 4 et vivant en établissement s'élève à 4 069 personnes. Or, le nombre de personnes bénéficiant de l'APA en établissements s'élève à 5 383. Il n'est pas possible de déterminer ce dernier nombre au niveau géographique du Val de Lorraine. En effet, les données concernent les bénéficiaires de l'APA en établissement d'accueil pas le lieu de l'établissement mais le lieu de domicile avant placement.

⁵³ BERARDIER Mélanie. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011. Etudes et Résultats n°876, février 2014. [En ligne] Disponible sur <http://www.drees.santepubliquefrance.fr/les-beneficiaires-de-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-11272.html> [consulté le 9 septembre 2015]



Sources : Conseil départemental de la Meurthe-et-Moselle/ Insee (Recensement).

En 2012, en utilisant les taux par sexe et par âge observés dans la cohorte PAQUID en 1998, on peut estimer que 1 483 personnes sont atteintes de démences dans le Val de Lorraine dont 551 sont atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il n'existe aucun recueil de données recensant la population atteinte de démence ou de la maladie d'Alzheimer. Les seules données administratives disponibles recensent le nombre de personnes en affection de longue durée (ALD). Or, cette source recouvre moins de la moitié des personnes atteintes. En effet, au 31 décembre 2013, 498 personnes sont en ALD pour démence dans le Val de Lorraine, dont 261 pour une maladie d'Alzheimer.

L'écart important entre le nombre de personnes en ALD et le nombre estimé de personnes atteintes est dû à la difficulté de diagnostiquer ces troubles.

Nombres théoriques de personnes atteintes de démence

	Démences	Alzheimer
Seine- &-Mauchère	80	0
B. Pompey	656	312
B. P.-à-Mousson	575	124
Chardon Lorrain	155	115
Val de Lorraine	1 483	551

Sources : Cohorte PAQUID/ Insee (recensement).



PARTIE 4 – Ressources sanitaires, sociales et médico-sociales disponibles sur le territoire

L'offre de santé

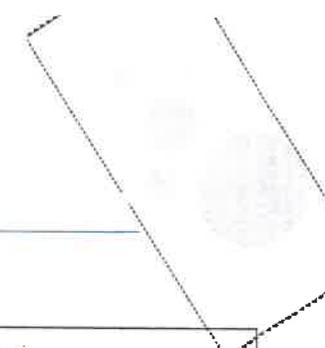
Pages 87 à 94

Les actions financées en prévention Promotion de la santé

Pages 94 à 95

Les actions mises en œuvre sur le Val de Lorraine

Pages 95 à 99



L'offre de santé

• Une offre de soin, libérale, inégalement répartie

Densité de professionnels libéraux en activité sur le Val de Lorraine

	CC Scelle et Manchère	CC Bassin de Pompey	CC Bassin de Pont-à-Mousson	CC Chardon Lorrain	Val de Lorraine	Meurthe & Moselle	Lorraine
Professionnels médicaux							
Généralistes	69,9	100,7	89,4	48,5	88,1	118,8	101,9
Spécialistes	11,7	19,6	59,6	-	33,0	99,4	75,6
Chirurgiens-Dentistes	81,6	68,8	62,1	-	60,1	64,5	56,5
Pharmaciens	46,6	68,8	49,7	29,1	55,1	46,8	43,4
Professionnels paramédicaux							
Infirmiers	128,2	122,8	124,2	135,9	125,2	133,8	151,7
Masseurs-Kinésithérapeutes	46,6	85,9	82,0	38,8	76,1	80,8	72,8

Sources : RPPS au 01/01/2014 - ADELI au 14/11/2014 - INSEE Recensement 2011

• Médecins libéraux

Au 1^{er} janvier 2014, le Val de Lorraine compte 88 médecins généralistes libéraux, soit une densité de 88,1 professionnels pour 100 000 habitants, contre 101,9 au niveau régional. S'agissant des spécialistes libéraux, 33 sont installés sur le territoire, soit une densité de spécialistes faible (33 pour 100 000 habitants) en comparaison du niveau régional (75,6 pour 100 000 habitants). Des disparités existent entre les 4 communautés de communes. Les territoires ruraux sont les plus touchés par le manque de professionnels de santé, en particulier la communauté de communes du Chardon Lorrain non dotée en spécialiste.

• Chirurgiens-dentistes

60 chirurgiens-dentistes sont implantés sur le Val de Lorraine, soit une densité de 60,1 pour 100 000 habitants, comparable aux densités constatées sur le département (64,5) et au niveau de la région (56,5). 30% d'entre eux ont plus de 55 ans.

• Professionnels libéraux paramédicaux

La couverture en infirmiers et masseurs kinésithérapeutes libéraux semble assurée. Le Val de Lorraine présente des densités proches de celles observées sur le département ou sur l'ensemble de la région. Cependant, la répartition des masseurs kinésithérapeutes diffère selon les communautés de communes, avec une concentration plus forte de cette profession sur les bassins de Pompey et Pont-à-Mousson.

• Une maison de santé pluriprofessionnelle

Le Val de Lorraine compte une maison de santé pluriprofessionnelle située à Brin sur Scelle, qui offre, en un même lieu, un ensemble de services de santé de proximité tant en matière de soins que d'accompagnement social. Elle est constituée d'une équipe de 7 professionnels de santé regroupant deux généralistes, un podologue, un orthophoniste, un dentiste, un kinésithérapeute et un gynécologue et propose une permanence sociale et administrative (PML, CCAS, ...). Cette forme d'organisation est perçue comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels.



• Permanence des soins ambulatoires

L'adoption d'un cahier des charges régional de permanence des soins arrêté par l'Agence Régionale de Santé le 1^{er} février 2014 a permis de conforter l'organisation de la réponse aux appels non urgents, non programmés, aux horaires de fermeture habituels des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé (lundi au vendredi après 20h, samedi à partir de 12h, dimanche et jours fériés).

• Une démographie médicale vieillissante

Part des professionnels libéraux de 55 ans et plus de professionnels libéraux en activité sur le Val de Lorraine

	CC Selle et Mauchères	CC Bassin de Pompey	CC Bassin de Pont-à-Mousson	CC Chardon Lorrain	Val de Lorraine	Meurthe & Moselle	Lorraine
Professionnels médicaux							
Médecine Générale	67%	34%	44%	60%	42%	39%	46%
Spécialistes	108%	63%	46%	-	52%	51%	57%
Chirurgiens-Dentistes	43%	25%	32%	-	30%	29%	30%
Pharmaciens	50%	36%	40%	-	36%	34%	35%
Professionnels paramédicaux							
Infirmier	27%	14%	12%	21%	15%	14%	14%
Masseur-Kinésithérapeute	0%	3%	21%	25%	12%	16%	15%

Sources : RPPS au 01.01.2014 - ADELI au 14.11.2014

Le vieillissement des professionnels de santé laisse augurer un nombre significatif de départs à la retraite à moyen terme. Les médecins généralistes âgés de 55 ans et plus représentent 42% de l'ensemble des médecins.

Dans ce contexte, la zone située sur la communauté de communes de Thiaucourt-Regniéville (commune avec le département de la Meuse) fait partie des 9 zones à surveiller en Lorraine identifiées dans le SROS ambulatoire. A ce titre, cette zone, où les perspectives de départs à moyen terme incitent à une certaine vigilance, est soutenue de façon

priviliégée par l'ARS. Parmi les 12 contrats de « Praticien Territorial de Médecine Générale » (PTMG) prévus en 2014 en Lorraine, 2 contrats ont été signés à Mars-la-Tour et Pont-à-Mousson, offrant au médecin signataire une garantie de revenus et une protection sociale améliorée en matière de congé maternité ou maladie. En contrepartie, le médecin s'engage à exercer sur le territoire, dans le respect des tarifs remboursés par la sécurité sociale.

• Projets / Perspectives

Un projet de maison de santé pluriprofessionnelle est en cours de développement sur la commune de Thiaucourt, offrant ainsi un cadre de travail plus attractif pour les jeunes générations de professionnels.

► Le déficit démographique médical constaté notamment sur les territoires ruraux (CC Selle et Mauchères et Chardon Lorrain) risque de se creuser au regard de l'âge élevé des praticiens.

► L'objectif sur le territoire est de préserver ou renforcer une offre de soins de premier recours qui réponde aux besoins des habitants (proximité et accessibilité, coordination autour du patient) avec des conditions d'exercice satisfaisantes et attractives pour les professionnels

► Veiller à l'accessibilité des MSP, notamment pour les personnes âgées, à mobilité réduite

• Une offre de soin hospitalière mieux coordonnée

Trois établissements de santé sont implantés sur le territoire du Val de Lorraine : le Centre hospitalier de Pont-à-Mousson, le Centre hospitalier intercommunal de Pompey / Lay Saint Christophe et le Centre de médecine physique et de réadaptation de Lay-Saint-Christophe. Ils sont situés entre les deux grands plateaux techniques que sont le CHRU de Nancy et le CHR de Metz.

Le Centre Hospitalier (CH de Pont-à-Mousson.

Le CH de Pont-à-Mousson emploie environ 300 personnes et assure plusieurs activités :

- médecine polyvalente (36 lits)
 - service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalent (45 lits)
 - urgences, SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation)
 - activité de soins palliatifs (5 lits)
 - activité de consultation mémoire répartie sur les deux sites (Pont-à-Mousson et Pompey)
 - consultations externes permettant l'accès à des médecins spécialisés : ortho, urologie, anesthésie, toxicomanie (par des vacations assurées par le CSAPA de Nancy), ...
 - plateau d'imagerie géré par un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) proposant scanner, échographie, mammographie, radiologie.
- La mise en place d'une Fédération Médicale Inter-hospitalière concernant les urgences, entre le CH de Pont-à-Mousson et le CHRU de Nancy vise à mutualiser les compétences médicales pour une prise en charge de qualité et sécurisée.

Le CH de Pont-à-Mousson accueille également un Centre périnatal de proximité (CPP), un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), et un centre d'information, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles (CIDIST).

Le Centre Hospitalier intercommunal de Pompey / Lay Saint Christophe.

- L'établissement compte 30 lits de soins de suite et de réadaptation, dont 5 identifiés soins palliatifs, auxquels, s'ajoutent :
- une activité d'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)
 - et une activité de consultation mémoire, répartie sur les deux sites (Pont-à-Mousson et Pompey).

Le Centre de médecine physique et de réadaptation de Lay Saint Christophe.

Le centre pour grands handicapés de Lay Saint Christophe, un des maillons de l'Institut Régional de médecine physique et de Réadaptation (I.R.R.), est

un établissement de référence régionale dans le suivi des polyhandicapés adultes d'origine neurologique (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, ...). Différentes modalités d'hébergement sont possibles :

- Hospitalisation complète (60 lits répartis en 2 secteurs de 30 lits)
- Hospitalisation de jour (12 lits) et soins ambulatoires
- Consultations de médecine physique et de réadaptation (MPR) et multidisciplinaires (Dermatologie, Neurochirurgie, Chirurgie plastique et reconstructive, Urologie, Orthopédie, O.R.L., Infectiologie, et Gynécologie)

L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD assure au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, pour une période limitée. Elle concerne toutes sortes de prises en charge : pathologies graves, aiguës ou chroniques

Alternative à l'hospitalisation, l'HAD permet notamment d'être soigné dans son environnement familial.

Le territoire du Val de Lorraine ne dispose pas d'autorisation HAD en propre, cependant 3 HAD interviennent et se coordonnent pour assurer une couverture complète du territoire :

- l'Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéenne (HADAN)
- l'HAD de l'OHS
- l'Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération de METZ (HADAM)

Un local relais est mis à disposition des équipes HAD par le CH de Pont-à-Mousson, afin de faciliter leurs interventions.

Le Val de Lorraine est doté de deux hôpitaux. Ils réalisent des activités de proximité répondant aux besoins de proximité de la population. L'accès aux plateaux techniques plus importants et aux spécificités hospitalières, est facilité par un accès autoroutier aisé entre les grandes agglomérations de Nancy et Metz.

• Projets / Perspectives

Perspectives de renforcement des consultations avancées sur le site du CH de Pont-à-Mousson.

Les deux hôpitaux de Pont-à-Mousson et Pompey ont une direction commune, depuis octobre 2014. Ils ont bâti un projet médical commun, visant à se coordonner autour de la filière gériatrique (création

d'un hôpital de jour gériatrique sur le site de Pont-à-Mousson, des soins palliatifs, de SSR et à rendre plus lisible aux acteurs de ville et EHPAD, cette offre de premier secours coordonnée.

➤ L'enjeu final vise à mettre en œuvre un véritable projet de territoire, avec une articulation plus forte entre les centres hospitaliers, les professionnels de ville, et les structures médico-sociales, afin d'améliorer le parcours du patient et de la personne âgée. Des consultations mémoire labellisées sont déjà mise en place sur le site de Pompey, un hôpital de jour gériatrique verra le jour sur le site de Pont-à-Mousson.

• L'offre en psychiatrie, en santé mentale

Le Pays du Val de Lorraine compte plusieurs types de ressources en matière de soin et de prévention en santé mentale.

Psychiatres libéraux

L'offre en psychiatres libéraux est très inférieure à la moyenne régionale, avec en 2012 une densité de 3,1 pour 100 000 habitants contre une moyenne régionale de 16,1. Toutefois, le Val de Lorraine ne se différencie pas des autres territoires de la région Lorraine, à l'exception des agglomérations de Nancy et Metz, où l'on observe une forte concentration de psychiatres.

Sur les 3 psychiatres libéraux du territoire, 2 sont installés à Pont-à-Mousson et 1 à Frouard.

Psychiatrie générale pour les adultes

Le secteur S4G02 de psychiatrie générale adulte, géré par le CPN de Laxou, couvre le territoire du Val de Lorraine. Il s'articule autour :

- d'une unité de 19 lits d'hospitalisation à temps plein et de 6 places d'hospitalisation de jour, installée dans un bâtiment situé dans l'enceinte du CH de Pont-à-Mousson,
- de 2 CMP/CATTP (centres médico-psychologiques et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel) localisés à Pont-à-Mousson et Pompey.

Psychiatrie infantile juvénile

La prise en charge des enfants et adolescents est assurée par le secteur de psychiatrie infantile-juvénile S4401 géré par le CPN de Laxou. Ce secteur couvre un territoire plus vaste que celui du Val de

Lorraine ; il englobe en effet une partie du territoire du Grand Nancy.

Un outil d'insertion : le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)

Lieu d'accueil convivial, le GEM accueille des adultes souffrant de troubles psychiques et a pour vocation de favoriser, par le biais d'activités collectives organisées dans des lieux de vie, la sociabilité des personnes adultes, que la maladie psychique a isolées. Il est un instrument de prévention de l'exclusion sociale.

L'activité du GEM du Val de Lorraine se décline sur deux pôles :

- Oxy-Gem : accueil à Pont-à-Mousson
- Le Val Heureux : accueil à Frouard

Une offre locative : la Résidence d'accueil de Pont-à-Mousson de l'association ENSEMBLE

L'association Ensemble est gestionnaire d'une activité de Logement accompagné « Le Colombe » situé à Pont-à-Mousson. Cette offre permet la réadaptation des patients souffrant de troubles psychiques en milieu ouvert, en construisant un projet de vie appuyé par un logement durable et un suivi dans les démarches administratives et de recherche d'emploi.

La résidence propose 16 logements individuels, dont 2 accessibles aux personnes à mobilité réduite.

➤ On peut souligner l'absence de partenariat formel dans le domaine de la santé mentale

La mise en place d'un Conseil Local de santé Mentale (CLSM), à l'échelle du Pays pourrait permettre de renforcer les partenariats et la transversalité sur le territoire en créant des opportunités de rencontres formalisées ouvertes à différents types de professionnels : travailleurs sociaux, bailleurs, médecins généralistes, services de tutelle, associations de patients et de familles de patients.



PAYS DU VAL DE LORRAINE

DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE



• une offre diversifiée d'établissements et services pour personnes âgées

La part de personnes âgées de plus de 75 ans sur le Val de Lorraine (8,2%) est proche des taux obtenus au niveau départemental (8,7%) et régional (8,8%).

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

8 EHPAD sont implantés sur le territoire du Val de Lorraine, représentant, en 2014, 863 places d'hébergement permanent (dont 40 places dédiées à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer), 10 places d'hébergement temporaire, 39 places d'accueil de jour.

Etablissements	Communes	hébergement permanent	Dont unité Alzheimer	hébergement temporaire	accueil de jour	TOTAUX
Résidence Polcaire	BOUXIERES AUX DAMES	80				80
"Les Hétraes"	FABLX	168		2	6	176
"Les Iris"	ONVILLE	61	12	2	1	64
"St Dominique"	MARS LA TOUR	55				55
EHPAD géré par le CHI POMPEY	POMPEY	295	28	4	28	327
"Saint François d'Assise"	PONT A MOUSSON	90		2	4	96
EHPAD géré par le CH PONT A MOUSSON	PONT A MOUSSON	80				80
"Sainte Sophie"	THIAUCOURT	89				89
		948	40	10	39	967

L'EHPAD de FAULX propose également des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), permettant l'accueil, dans la journée, de 14 résidents de l'établissement ayant des troubles du comportement modérés. Avec un taux d'équipement en EHPAD de 147,6 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus au 20

novembre 2014, le Val de Lorraine se situe légèrement au-dessus du taux d'équipement constaté au niveau du département (134,6) et de la région (133,3)

La majorité des établissements est habilitée à l'aide sociale.

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Le territoire du Val de Lorraine est couvert par 3 SSIAD :

- 35 places gérées par l'EHPAD de FAULX
- 50 places gérées par le CHI de POMPEY
- 45 places gérées par l'association SSIAD du Val de Lorraine de BIENOD-LES-PONT-A-MOUSSON

Le territoire est doté d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA), d'une capacité de 10 places, rattachée au SSIAD du CHI de Pompey.

Logements foyers

Commune	Residence	Nombre d'appartements
BLENOD LES PONT A MOUSSON	Résidence A. Croizat	60
CHAMPIGNUELLES	Résidence "Les Fourrasses"	60
PAGNY SUR MOSELLE	Résidence "Docteur Jeanclaude"	36
POMPEY	"Les Marronniers"	53
PONT A MOUSSON	"Philippe de Gueldre"	93

Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)

Le territoire du Val de Lorraine est couvert par un dispositif MAIA qui a pour vocation :

- de participer à la démarche de parcours
- d'accompagner les malades Alzheimer (et troubles apparentés) quel que soit leur âge ou les personnes de plus de 60 ans en grande perte d'autonomie fonctionnelle. La mise en place pour

les situations les plus complexes, de professionnels que sont les gestionnaires de cas, constituent de véritables référents pour la personne dans son parcours d'aide et de soin.

Projets / Perspectives

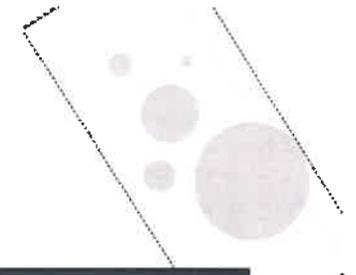
- Restructuration et extension de capacité de 20 places de l'EHPAD de Bouxières-aux-Dames. (travaux en cours / ouverture extension prévue en 2017)
- Création d'un PASA au sein de l'EHPAD de Bouxières-aux-Dames
- EHPAD du CHI de Pompey : la nécessité de la restructuration du Bâtiment « l'Avant- Garde » sera intégrée dans une réflexion globale de l'établissement
- Restructuration de l'EHPAD de Faulx à capacité constante avec création d'une unité d'hébergement renforcé (UHR) destinée à prendre en charge des personnes âgées à troubles du comportement sévères, et d'une deuxième unité Alzheimer de 15 places par extension (démarrage de la 2e phase des travaux en sept 2015)
- Création de 10 places de SSIAD
- Réflexion sur l'utilisation des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

► Si le territoire est suffisamment doté en EHPAD, la fréquence de survenue des maladies démentielles, telles que la maladie d'Alzheimer, a beaucoup augmenté avec le vieillissement de la population. Ce constat va dans le sens du projet de création d'une UHR à l'EHPAD de FAULX.

une offre médico-sociale pour personnes en situation de handicap, inférieure à la moyenne départementale.

Structures et services pour adultes handicapés	Communes	Capacité
Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)	2 à Liverdun, 1 à Pont à Mousson et 1 à Pagny sur Moselle	312
SSIAD spécialisé	Blénod-Lès-Pont-à-Mousson	6
Foyer d'hébergement (FH) pour les travailleurs handicapés en ESAT	3 sites à Liverdun	89
Foyer d'accueil spécialisé (FAS)	2 à Thisecourt : Accueil permanent Accueil de jour	51 9

Le taux d'équipement tout hébergement pour adultes handicapés de 2,5 places est inférieur à la moyenne départementale et régionale avec respectivement 4,1 et 4 places pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans.


PAYS DU VAL DE LORRAINE
DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE


Structures et services pour enfants handicapés	Communes	Capacité
IME	Pont à Mousson	62
Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP)	Pont à Mousson	

Le taux d'équipement global en structures médico-sociales destinées aux enfants handicapés est inférieur à la moyenne départementale et régionale : 2,4 pour 1 000 habitants contre 10,5 et 8,5.

Projets / Perspectives

Création sur le Val de Lorraine d'un Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) PRO, qui aura pour mission d'accompagner et de soutenir au plan éducatif et thérapeutique tout jeune handicapé dans son intégration professionnelle et sociale

► Le taux d'équipement concernant les personnes en situation de handicap peut apparaître bas ; il est cependant compensé par la relative proximité et attractivité des pôles de Nancy et Metz.

Un partenariat renforcé entre les acteurs de l'offre de santé en addictologie.

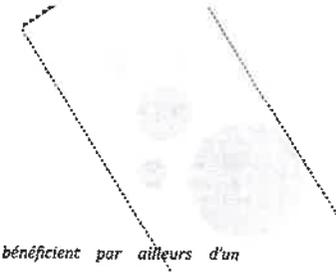
Les centres médico-psychologiques (CMP) du Val de Lorraine prennent en charge des personnes confrontées à des problèmes d'addictions.

Des consultations avancées du CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) du CHRU sont proposées sur deux demi-journées par mois au CH de Pont-à-Mousson. Elles permettent la prise en charge des conduites addictives (Tabac, alcool, cannabis, toxicomanies, jeux, ...).

Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) « l'Echange » de Nancy, installé récemment, propose chaque lundi après-midi une permanence au sein de l'antenne de l'association REGAIN (38 rue Philippe de Gueldre) : accueil des consommateurs de produits, information, conseils en matière de réduction des risques, mise à disposition et récupération de matériels, mise en place de partenariats avec les acteurs du territoire.

Projets / Perspectives

Projet d'implantation d'une microstructure. Le principe d'une microstructure est de constituer une équipe de soins au sein d'un cabinet de médecine générale. Le médecin s'adjoit, à des plages horaires fixes, dans son cabinet, un psychologue et un travailleur social qui assurent, avec lui, le suivi de ses patients pharmacodépendants, en toute confidentialité.



• Les principaux réseaux intervenant sur le territoire.

Vers une approche polyvalente du RGVL

Le réseau gérontologique du Val de Lorraine (RGVL), formalisé depuis 2008, vise à optimiser le maintien à domicile, l'accès à une structure de soins si nécessaire et le retour au domicile des personnes âgées.

Il est composé d'un temps de médecin (0,40 équivalent temps plein), d'un infirmier, d'un temps de secrétaire (24 heures par semaine).

Le recrutement d'un chargé de projet à mi-temps permet d'accompagner le RGVL dans son évolution vers un réseau de santé pluri-thématique, en intégrant dans un premier temps la dimension soins palliatifs.

• Projets / Perspectives

Conformément aux orientations en cours, l'ARS entend recentrer l'activité des réseaux sur l'appui à la coordination des acteurs de santé du 1er recours

Des réseaux informels

- Réseau Addictions Ville Hôpital 54 (RAVH) : animé et coordonné par un médecin généraliste, ce réseau constitue un lieu d'échange et de pratiques entre les professionnels du champ notamment de l'addictologie ;

- Réseau liaison santé social du bassin de Pompey : La mission locale prend en charge ce réseau qui a vocation à mobiliser les partenaires autour de thématiques, de faire connaître de nouveaux partenaires le cas échéant.

pour les patients complexes, sans prise en charge directe des réseaux auprès des usagers.

L'appel à projets « activité physique et sportive à des fins de santé », co-porté par la DRJSCS Lorraine, est inscrit dans le plan régional « activité physique et sportive à des fins de santé ».

En 2015, 1 subvention a été allouée à l'association des disciplines traditionnelles et des arts martiaux proposant une pratique du Tai Chi Chuan adaptée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le projet a pour objectif d'utiliser le Tai Chi Chuan comme moyen de ralentir l'évolution de certains symptômes de la maladie et d'apporter des bénéfices d'ordre psychomoteurs aux patients.

D'autres actions bénéficient par ailleurs d'un financement :

- prévention de la consommation de produits psycho-actifs sur le quartier de la politique de la ville « Procheville » à Pont-à-Mousson, par l'ANPAA
- prévention et sensibilisation aux infections sexuellement transmissibles (IST) auprès de personnes hébergées au CADA de Pompey par AIDES
- permanence sur Pont-à-Mousson assurée par l'UNAFAM pour l'accompagnement des familles confrontées aux troubles psychiques

• Les actions à destination des jeunes.

Dans le cadre de l'appel à projet « établissements scolaires », co-porté par le Rectorat, trois établissements ont été retenus portant des actions autour de citoyenneté, du respect et de l'alimentation des jeunes adolescents :

- Collège Vincent Van Gogh à BLENOD-LES-PONT-A-MOUSSON
- Lycée Professionnel Bertrand Schwartz à POMPEY
- Collège Grandville à LIVERDUN

Les actions financées en prévention-promotion de la santé

Le Schéma Régional de Prévention et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) adoptés en 2012, ont défini des objectifs visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en facilitant l'accès à la santé et à la prévention de tous les Lorrains. Une attention particulière est portée aux personnes en situation de précarité.

Plusieurs appels à projets thématiques et populationnels sont lancés chaque année : PRAPS (accès et accompagnement vers les soins), alimentation, activité physique, jeunes en insertion sociale et professionnels, établissements scolaires, violences faites aux femmes, détenus, personnes handicapées, établissements sociaux (santé mentale, addictions, accès à la santé).

• Les actions à destination des personnes en situation de fragilité.

Deux subventions ont été allouées dans le cadre des appels à projet « P.R.A.P.S. » (programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins), afin d'offrir un accompagnement global des personnes vers l'accès aux soins, au CCAS Pompey et à la Mutuelle Réseau (couvrant les communes de Nomeny, Liverdun, Dieulouard et Marbach).

L'appel à projets « alimentation et publics vulnérables », co-porté par la DRAFF Lorraine, a permis de financer l'action « Cuisiner son assiette santé, le bon plan à partager » portée par l'association les deux rives de Pont-à-Mousson, ayant pour objectif d'améliorer l'équilibre et la diversité alimentaire des femmes du territoire de Pont à Mousson.

L'ARS et la Région Lorraine souhaitent valoriser les initiatives locales innovantes et structurantes en faveur de la santé des jeunes en situation d'insertion sociale et/ou professionnelle, de précarité, de décrochage ou de rupture sociale à travers l'appel à projets « Travail la Santé ».

La mission locale du Val de Lorraine & Laxou a obtenu un financement pour la mise en place d'ateliers en direction des 16/25ans concernant : la vaccination (en lien avec le centre de vaccination), les IST (en partenariat avec le CIDDIST), les bilans de santé (partenariat avec la médecine préventive), la couverture sociale et l'accès aux soins, la prévention des addictions ...

• Le CLS du Bassin de Pompey et le CISPD

La mise en œuvre du Projet Régional de Santé (P.R.S.) peut faire l'objet de Contrats Locaux de Santé (C.L.S.), conclus par l'Agence Régionale de Santé (ARS), avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Afin de mieux répondre aux enjeux du territoire du Bassin de Pompey, l'ARS de Lorraine et la Communauté de communes du Bassin de Pompey se sont associés et ont signé, le 2 juillet 2013, un contrat local de santé, permettant de mieux coordonner les politiques publiques locales en santé sur ce territoire.

Le CLS permet de mettre en cohérence le Projet Régional de Santé avec les politiques de santé menées par le Bassin de Pompey, de mutualiser les moyens pour répondre aux besoins locaux, de consolider les partenariats des acteurs impliqués dans une démarche de promotion de la santé pour les quatre ans à venir.

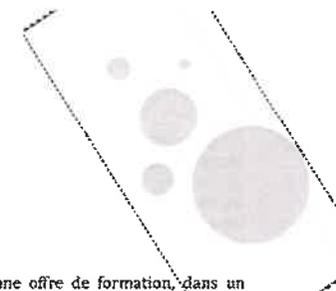
Cinq thématiques de santé prioritaires ont émergé et vont être les fils conducteurs d'un programme déployé de 2013 à 2017 : la nutrition, la promotion du bien-être, la prévention des conduites addictives, l'accès aux soins, l'autonomie des personnes âgées.

Les actions mises en œuvre sur le Val de Lorraine

Comme cela a été indiqué plus en amont dans ce document les intervenants dans le domaine de la santé sont multiples. Ils relèvent principalement de quatre grandes catégories d'acteurs :

- les structures de soins et établissements de santé : hôpitaux, services de soins infirmiers à domicile, maisons de retraite médicalisées, services de santé au travail, médecine de ville,

Centre de médecine préventive, secteur de psychiatrie générale adultes, secteur de psychiatrie infanto-juvénile, réseaux de soins, les actions de promotion de santé (Conseil départemental, ...)



- les structures de l'accompagnement social, du soutien ou de l'aide : Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), Conseil départemental de Meurthe et Moselle à travers les services du TAMS (les centres médico-sociaux, le PAIS/CLIC...), Communautés de Communes, CISP, résidences sociales ou foyers d'accueil, foyers logements pour personnes âgées, Caisse d'Allocations Familiales, associations d'aides à domicile, Assurance maladie, service social CRAM, de la MSA, associations caritatives et de soutien,
- les structures d'éducation et d'information jeunesse : établissements scolaires, Maisons des Jeunes et de la Culture, associations d'éducation populaire, Points Information Jeunesse, Centres Médico-Scolaires et Inspection Académique, centres médico-sociaux (Conseil départemental), les équipes de prévention spécialisée du Conseil départemental de Meurthe et Moselle, les associations conventionnées avec le Conseil départemental de Meurthe et Moselle,
- les structures d'insertion professionnelle, d'emploi et de formation : Mission Locale du Val de Lorraine et de Laxou, Maison Territoriale pour l'Emploi et la Formation du Val de Lorraine, chantiers d'insertion, organismes de formation, Centres d'aide par le travail, l'équipe territoriale d'insertion du TAMS, associations d'insertion.

• La prise en compte de la santé dans le projet de territoire du Val de Lorraine.

Territoire de projet, le Pays du Val de Lorraine est depuis toujours attaché à l'amélioration des services offerts à la population sur son territoire.

Une première prise en compte des questions de santé par le Pays, a donc été réalisée à travers une approche de développement des services à la population centrée sur des publics (jeunes, personnes âgées, publics en difficultés...) ou sur des thèmes généraux tels que le sport. Il s'agit d'actions conduites dans les domaines de l'accompagnement de projets, de création ou de développement de l'offre d'accueil de l'enfance et de la jeunesse, ou d'émergence d'événements sportifs, tels que :

- **La Charte d'accueil des enfants et jeunes en situation de handicap en accueil collectif de mineurs sur le Val de Lorraine** visant à améliorer la qualité de l'accueil de l'enfance et de la jeunesse, et plus particulièrement des enfants et jeunes en situation de handicap dans les structures du territoire.

Il n'a pas été possible de tous les rencontrer, comme d'expertiser leurs actions, et de disposer ainsi d'une vision exhaustive. Elles sont cependant nombreuses et apportent toutes une réponse à un besoin réel et identifié, mais quelquefois très ciblé. Des entretiens ont cependant été conduits avec un certain nombre d'acteurs, afin de les informer de la démarche en cours, et d'entendre leurs observations et/ou attentes :

- l'Etat via la DDCS,
- le Conseil Départemental de Meurthe et Moselle,
- le Conseil Régional de Lorraine,
- la CAF de Meurthe et Moselle, délégation du Val de Lorraine,
- la Mission Locale du Val de Lorraine et de Laxou,
- le Réseau Gérontologique du Val de Lorraine.

Il a donc été choisi de ne pas les identifier dans cet exercice préalable d'état des lieux, mais plutôt de permettre à ces structures (aujourd'hui identifiées) de s'exprimer dans les phases ultérieures de la démarche santé sur le Val de Lorraine, et notamment dans les groupes de travail qui verront le jour sur la base des enjeux retenus par les acteurs du territoire.

Ne sont donc ici relevés que les démarches plus « globales » venant compléter l'action quotidienne de ces structures.

C'est en 2010, que le Conseil de Pays du Val de Lorraine a commencé à conduire différentes actions visant à favoriser l'intégration d'enfants et de jeunes en situation de handicap en Accueil Collectif de Mineurs, démarches qui ont conduit à la signature d'une « Charte d'accueil des enfants et jeunes en situation de handicap en ACM sur le Val de Lorraine », en 2011.

La Charte d'accueil des enfants en situation de handicap est le résultat d'un travail collectif et d'un partenariat réussi avec :

- la Caisse d'Allocations Familiales de Meurthe-et-Moselle,
- le Conseil Général de Meurthe-et-Moselle,
- la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (Jeunesse et Sports),
- les communes et associations du Val de Lorraine,
- les associations d'éducation populaire et en particulier les FRANCAS qui ont acquis un savoir-faire et une expérience dans le domaine, depuis plusieurs années.

Elle vise à :

- mettre en réseau les organisateurs de loisirs du territoire pour une politique concertée en faveur du handicap,
- faciliter la prise en charge financière du handicap,
- renforcer et inciter à la formation des équipes éducatives,
- constituer un réseau d'animateurs supplémentaires à mobiliser pour l'accueil des enfants handicapés sur le territoire,
- améliorer la meilleure visibilité de l'offre de loisirs « accessible »,
- impulser un changement des représentations sur le handicap.

La formation et la sensibilisation des encadrants constituant par ailleurs un moyen essentiel pour favoriser l'accueil des enfants handicapés, des formations gratuites sont organisées, par les Francas, dans le cadre de la charte d'accueil des enfants en situation de handicap du Val de Lorraine. Ces temps de formation avaient également pour vocation de créer un réseau d'accompagnateurs volontaires susceptibles d'apporter un renfort en moyens humains lors de l'accueil d'un enfant handicapé en centres de loisirs sur le territoire.

- **La création d'un Centre régional handi cheval : Equit'Aide Handi Cheval Lorraine.**

La création de ce centre a permis à l'association Equit'Aide de développer, depuis près de quinze ans maintenant, une démarche innovante dans l'accompagnement thérapeutique, rééducatif et social des personnes en situation de handicap ou d'exclusion, reposant sur la relation homme / cheval.

Ce projet a séduit le Conseil de Pays du Val de Lorraine, qui s'est engagé dès le début de l'aventure, dans le cadre de sa politique des « Services à la Population », à accompagner et soutenir les phases de développement de l'association.

Action phare du projet de développement du Pays du Val de Lorraine, Equit'Aide contribue aujourd'hui également à l'attractivité de ce territoire.

- en participant à l'amélioration de l'offre de services, plus particulièrement en faveur des publics en situation de handicap,

- en proposant une offre de formation, dans un champ très spécifique, celui de l'équi-thérapie, à l'intersection de la filière médico-sociale et de la filière équestre, qualifiant encore un peu plus ce territoire dans le domaine de l'innovation sociale,

- ou encore en constituant un vecteur de développement pour le territoire de la Seille et au-delà : développement des services à la personne et donc de l'emploi, dynamisation de l'économie locale et du commerce de proximité (gîtes, restaurants, hôtels, taxi), visite et séjour de publics extérieurs à la Lorraine, accueil et hébergement de stagiaires de la formation « cheval et handicap » et de stagiaires des centres de formation médico-sociaux.

- **La réalisation d'une Véloroute Voie Verte "Charles le Téméraire"** visant à organiser un projet itinérant à vélo, le long de la Moselle, de Custines à Arnaville, pour contribuer à la réalisation de l'itinéraire transfrontalier européen Véloroute "Charles le Téméraire", mais aussi favoriser le développement des voies douces et à travers elle une mobilité alternative, pouvant contribuer à améliorer la santé et le bien-être des habitants du territoire.

Autre initiative d'envergure conduite sur le territoire en matière de santé, la démarche **Pole Handicap et Vieillesse du Val de Lorraine** qui a donné naissance au **PRESTES**.

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'allongement de la durée de vie, et afin d'assurer un vieillissement dans de bonnes conditions, l'adaptation des services et la question de la dépendance constituaient un enjeu crucial pour ce territoire comme pour d'autres, enjeu qui interrogeait des champs aussi divers que le logement, les établissements de soins, les services, l'emploi, la formation professionnelle, les services à la population, la mobilité.

Tous les acteurs du développement territorial qu'il s'agisse d'acteurs publics (collectivités, organismes sanitaires et médico sociaux) ou privés (associations, entreprises), ont donc été appelés à se mobiliser pour conduire une réflexion sur les conditions d'un « vivre plus vieux et mieux », visant à permettre aux gens de vieillir à domicile dans les meilleures conditions possibles.

C'est à cette fin qu'est née la démarche **Pôle Handicap et Vieillesse**, avec comme objectif de favoriser la structuration de cette question sur le territoire du Val de Lorraine, et d'être, au moins dans la phase initiale, une courroie de transmission entre les entreprises et les partenaires dans le but de maintenir, développer l'emploi et la valeur ajoutée des entreprises lorraines dans le secteur du maintien à domicile.

Le Conseil de Pays du Val de Lorraine a mis tout son savoir-faire dans l'ingénierie de projet, la mobilisation des ressources, afin de :

• « Les territoires ruraux s'engagent en santé » : la démarche des Foyers Ruraux de la Seille.

L'état de santé des populations s'est beaucoup amélioré ces dernières années. Pourtant, les inégalités de santé, considérées comme les différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux, ne se sont pas réduites : elles ont même augmenté.

Les infrastructures et les services disponibles sur un territoire par exemple influencent la santé et la qualité de vie de la population qui y réside. Or, les territoires ruraux présentent souvent des services moins nombreux et plus dispersés qu'en milieu urbain, ce qui rend leur accessibilité plus complexe.

Partant du constat que cette question portait donc des enjeux forts à l'échelle territoriale, l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) de Lorraine a lancé, en avril 2014, dans le cadre d'une démarche régionale de développement rural, un appel à candidatures afin d'accompagner quatre territoires lorrains dans l'élaboration d'un programme de promotion de la santé.

Bénéficiant du soutien financier de la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt de Lorraine, du Conseil Régional de Lorraine, en partenariat avec le Réseau Rural Lorrain, cet appel visait à identifier des acteurs motivés

- repérer les acteurs, des initiatives et des projets régionaux, pour les développer et les promouvoir. Il s'agit de créer de la connaissance et de la proximité,
- animer les acteurs locaux, via l'organisation de rencontres thématiques.

Cette démarche a abouti en 2013, à la création de l'association « Pôle Handicap et Vieillesse de Lorraine », devenu aujourd'hui le **PRESTES** (Pole de Ressources pour les Technologies de la Santé) et reconnu comme acteur de la Silver Economy.

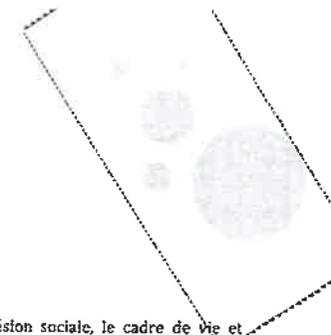
(structure associative, collectivité locale ou regroupement de communes, maison de santé, groupe d'acteurs,...) pour engager une réflexion sur leur territoire et permettre le développement d'un projet territorial de promotion de la santé permettant d'améliorer la qualité de vie des habitants.

Sur le Val de Lorraine, c'est le territoire de la Seille qui a été retenu pour cette expérimentation. L'association des Foyers Ruraux, sélectionnée pour porter cette dynamique, conduit aujourd'hui, avec le soutien de l'IREPS, un travail visant à l'élaboration d'un diagnostic partagé avec les acteurs impliqués sur le territoire, développer une dynamique locale de promotion de la santé, valorisant ce qui est fait et en prenant appui sur ces ressources, et visant le non renforcement, voire la réduction, des inégalités de santé.

Le Conseil de Pays du Val de Lorraine est associé à ces travaux dans le cadre de comités territoriaux ; les résultats de cette démarche seront pris en compte dans celle conduite à l'échelle du Pays du Val de Lorraine, comme un éclairage particulier sur le territoire de Seille et Mauchère.



PAYS DU VAL DE LORRAINE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE



• Les contrats de ville

Celle-ci rationalise, actualise et recentre la politique de la ville au bénéfice des territoires les plus en difficulté, en fondant l'identification des nouveaux quartiers prioritaires sur le critère unique de la pauvreté (concentration des populations ayant des ressources inférieures à 60 % du revenu médian).

Trois communes du Val de Lorraine sont concernées par cette nouvelle géographie, et devront prochainement finaliser, à l'échelle communale ou intercommunale, un contrat de Ville : Champigneulle (Quartier des Mouettes), Frouard (Quartier la Penotte), Pont-à-Mousson (Quartier Bois le Prêtre-Frocheville).

Ce conventionnement :

- sera conduit à l'échelle intercommunale (Communauté de Communes du Bassin de Pompey) pour les communes de Champigneulle et Frouard, à l'échelle communale pour le secteur de Pont-à-Mousson,
- comprendra notamment un volet santé, mais également des enjeux thématiques en rapport avec la santé et le bien-être de la population, qui feront l'objet d'une prise en compte dans la démarche en cours à l'échelle du Pays.

A ce jour seule la Ville de Pont-à-Mousson a signé son contrat. Il s'articule autour des 3 piliers définis

par la loi : la cohésion sociale, le cadre de vie et l'Emploi, l'insertion et le développement économique, déclinant pour chacun des axes de travail, ainsi que la formalisation des engagements des co-contractants ou partenaires, pour leur aboutissement, qui sont les suivants :

Cohésion sociale

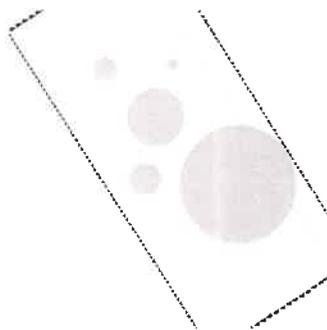
- Axe 1 - promouvoir la réussite scolaire
- Axe 2 - améliorer l'accès aux soins et la santé
- Axe 3 - consolider les pratiques sportives, culturelles et de loisirs
- Axe 4 - apporter du soutien aux familles et publics du quartier dans leur insertion sociale

Cadre de vie

- Axe 1 - Viser la qualité paysagère et du cadre bâti
- Axe 2 - Assurer un fonctionnement de qualité du quartier
- Axe 3 - Favoriser l'intégration du quartier dans la ville

Emploi, insertion et développement économique

- Axe 1 - Favoriser l'accès à la formation et à l'emploi
- Axe 2 - Associer le tissu économique local à la politique de la ville
- Axe 3 - Favoriser la création d'emplois



Le regard des acteurs du territoire : les données observées

Le diagnostic aujourd'hui établi sur la base d'éléments objectifs, à savoir les données statistiques, ne pointent pas de déséquilibre majeur de notre territoire, mais confirment un certain nombre de tendances qui doivent appeler notre attention : vieillissement de la population, démographie médicale préoccupante, difficultés d'accès aux soins spécialisés, ...

Elles peuvent également, de par leur représentativité essentiellement arithmétique, gommer un certain nombre d'inégalités, notamment territoriales.

Pourtant la santé et le bien-être, comme l'accès à la santé, sont aujourd'hui perçus par beaucoup d'acteurs comme problématiques, avec une inquiétude certaine quant à l'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé.

Ainsi, au fil des rencontres avec un certain nombre d'acteurs du territoire (Conseil Départemental de Meurthe et Moselle, Caisse d'Allocations Familiales de Meurthe et Moselle, Réseau Gériatrique du Val de Lorraine, Maison Territoriale pour l'Emploi et la Formation du Val de Lorraine, Hôpital de Pont-à-Mousson, Mission Locale du Val de Lorraine et de Laxou, ...) il est apparu nécessaire de compléter ce diagnostic par des données observées, dont le recueil pourrait se faire auprès des professionnels, des élus ou institutionnels, voire des habitants.

C'est cette démarche qui a été conduite au cours des mois de septembre et d'octobre. Elle a permis, sur la base de leurs expériences diverses, de mettre en exergue, les problématiques rencontrées sur le territoire du Val de Lorraine par ces acteurs, et d'analyser les inégalités de santé perçues.

Le Conseil de Pays du Val de Lorraine, l'ARS et l'IREPS ont donc sollicité la parole et l'expérience de ces acteurs du territoire au travers de deux rencontres :

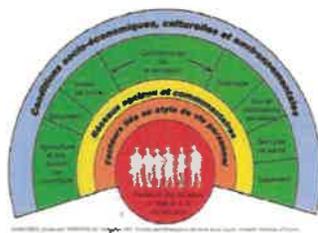
- une première, réunissant les élus du territoire et les partenaires institutionnels majeurs, le 25 septembre 2015 ;
- une seconde, le 02 octobre 2015, réunissant les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux du territoire.

Dont l'objectif était de :

- faire s'exprimer et échanger l'ensemble des acteurs du territoire sur l'observation des besoins de la population en matière de santé,
- retenir de manière consensuelle, cinq axes de travail essentiels pouvant être intégrés dans le CLS.

Après avoir posé les principes de la démarche Santé (ARS Lorraine et Conseil de Pays), les acteurs ont été invités à s'exprimer sur la question de la santé dans son acception la plus large, en prenant en compte l'ensemble de ses déterminants, à savoir :

- les facteurs liés au style de vie personnel ;
- les réseaux sociaux et communautaires ;
- les facteurs liés aux conditions de vie et de travail ;
- les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.



L'animation, confiée à l'IREPS, a permis, par l'utilisation de la technique d'animation et de communication dite de Delphes, une expression de tous les participants,

- dans une démarche ascendante : chaque participant énonce ses choix ou ses priorités (entre 5 et 10) en rapport à une proposition faite par l'animateur. Puis les participants se regroupent par 2 et recherchent un consensus afin de sélectionner parmi leurs premières propositions celles qu'ils retiennent collectivement. Ensuite, les groupes de 2 personnes se regroupent par 4 ; ensuite les groupes de 4 se regroupent par 8, etc.
- permettant une sélection progressive et consensuelle (unanimité dans les décisions) des idées retenues par le groupe.

Ces deux réunions ont réuni près de 80 personnes ; elles ont été riches en échanges, discussions et propositions, l'ensemble des éléments exprimés (même « rejetés » par le groupe) étant en tout état de cause conservé comme mémoire de la diversité des contributions, ainsi que comme mémoire des arguments ayant contribué à la sélection des problématiques les plus marquantes du territoire.

Elles sont résumées dans les deux schémas pages suivantes.

La synthèse qui peut en être tirée pose les problématiques suivantes, qui constitueront la base de réflexion sur les enjeux d'un éventuel Contrat Local de Santé à l'échelle du Val de Lorraine.

• Accès aux services et aux soins sur le Val de Lorraine

(accès aux services de santé, de soin, d'éducation pour la santé, de prévention, sociaux, médico-sociaux, culturels et de loisirs, etc.)

- Lisibilité : information / connaissance de l'offre pour les acteurs et habitants
- Accessibilité physique : transport / mobilité
- Accompagnement et orientation des personnes les plus éloignées des dispositifs vers les ressources et services du territoire
- Maintien de l'offre de santé de proximité existante

• Lutte contre l'isolement / liens sociaux

- Flux d'information (activités sociales, culturelles et de loisir, santé, citoyenneté, etc.)
- Relation à l'autre (lutte contre les violences)
- décrochage scolaire
- Personne en situation de vulnérabilité – accompagnement des personnes en rupture et en situation de précarité ?
- Isolement des aidants (PA, en situation de rupture) - Formules de répit
- Mixité intergénérationnelle

• Conditions de vie

- Emploi – chômage / rythmes de travail
- Logement digne et adapté - Habitat (insalubrité)
- Mixité intergénérationnelle

Articulation et coordination des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social

- Outils d'information partagée
- Interconnaissance des acteurs/recentrage sur les missions
- Décloisonnement de ces champs

Environnement : nuisances sonores - A 31/ air (circulation) / qualité de l'eau

Maintien de l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap

- Développement de modes de prise en charge spécifiques envers personnes avec troubles cognitifs (structure) / mixité intergénérationnelle
- Prévention de l'hospitalisation

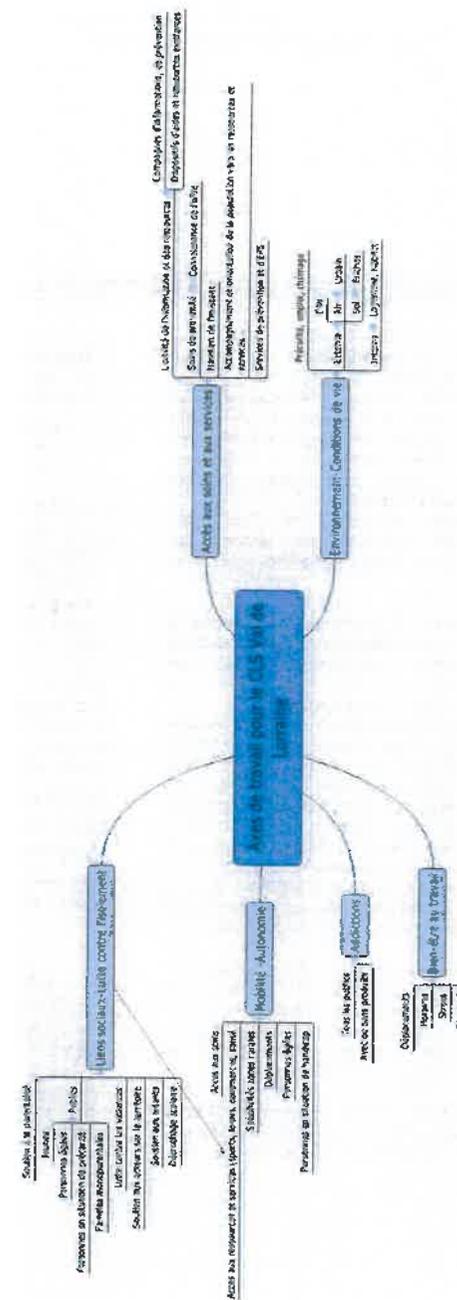
Comportements de santé

- Addictions avec ou sans produit (repérage des personnes concernées, Accompagnement de ces personnes, accompagnement des familles)
- Alimentation (troubles du comportement alimentaire, malnutrition et dénutrition des personnes) et activité physique
- Santé au travail

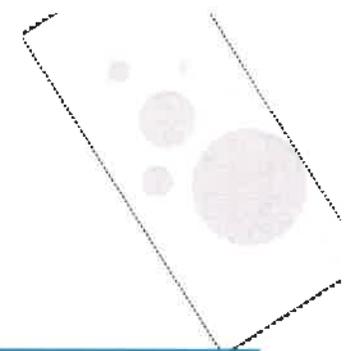
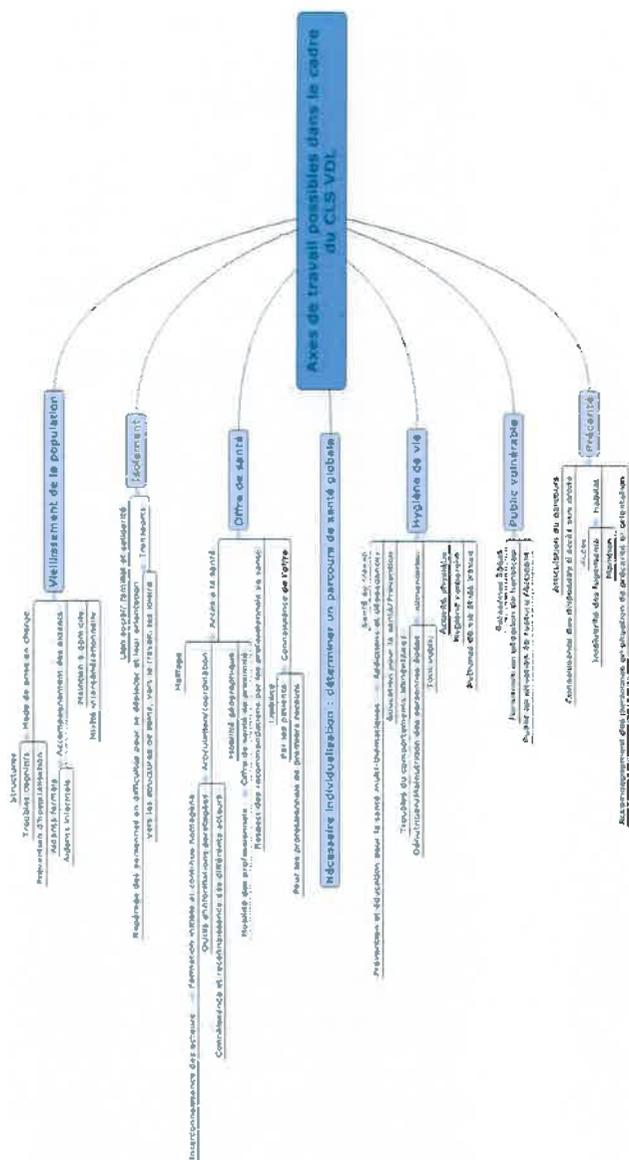
Agir sur la santé de la population : le contrat local de Santé du Pays Val De Lorraine

Réunion de concertation des acteurs :
résultats des échanges et axes possibles proposés par le groupe de travail

Vendredi 25 septembre 2015



Réunion de concertation des acteurs :
résultats des échanges et axes possibles proposés par le groupe de travail
Vendredi 2 octobre 2015



Conclusion

Cette première étape de l'élaboration du futur contrat territorial de santé est aujourd'hui terminée. Le diagnostic territorial de santé a permis de dresser un portrait de territoire ainsi qu'un état des lieux précis de sa situation sanitaire et sociale. Il constitue une base essentielle de visualisation des données objectives de santé, des intervenants présents sur le territoire, ainsi que des réseaux d'acteurs, tout en ayant vocation à évoluer, à être enrichi, au fil des travaux sur la définition des priorités du futur contrat.

Il constitue un éclairage essentiel afin d'aider à la décision sur les priorités collectives de santé qui constitueront le corps du futur contrat local de santé. L'objectif du contrat local de santé, hormis de corriger, devra tout aussi bien permettre de maintenir et de conforter cet état des lieux, afin de préserver le territoire d'une dégradation de sa situation.

S'il ne met aujourd'hui pas en évidence de ruptures majeures à l'échelle du Val de Lorraine, certains constats doivent interpeller, voire amener à une vigilance (ex. surmortalité des plus de 65 ans, la mortalité du fait de certaines pathologies, etc.). A noter également, que, faute de données disponibles, la question de la santé au travail, et des addictions n'ont pu faire l'objet d'une observation équivalente. Cependant, sur ce dernier point, il ressort de l'observation des acteurs rencontrés lors d'échanges individuels, ou réunis lors des rencontres de fin septembre et de début octobre, la nécessité qu'elle soit un axe de réflexion, voire d'action.

Pour les mois à venir les perspectives de travail visent donc à la restitution de l'ensemble de ces travaux de diagnostic territorial, à l'ensemble des parties prenantes, lors d'une réunion qui se tiendra en fin d'année 2015. L'objectif de cette rencontre sera également d'arrêter les grands axes stratégiques du futur Contrat Local de Santé, parmi les pistes arrêtées lors des rencontres de septembre et d'octobre 2015.

Le travail réalisé au plus près des acteurs de proximité, dans toute leur diversité (collectivités territoriales, acteurs de la santé et du social - acteurs du domicile, libéraux, réseaux de santé, MSP, hôpital, etc.), a quant à lui permis, en même temps qu'il a favorisé une inter connaissance des acteurs intervenants sur ce territoire quant à leurs missions et fonctions, de faire d'ores et déjà émerger les grandes problématiques du territoire sur cette question de la santé.

Le début d'année 2016 permettra de lancer le Comité de pilotage de lancement du CLS, et de travailler à la déclinaison des axes stratégiques en objectifs et actions avec l'ensemble des financeurs du territoire, des collectivités et des représentants des acteurs et des usagers dans une approche décloisonnée, sanitaire / médico-social/ social, et intersectorielle, dans le cadre de groupes de travail autour des axes prioritairement retenus.

Ces travaux s'articuleront en outre avec les travaux du territoire du Val de Lorraine pour se doter d'un nouveau projet de territoire dans le cadre de la création du Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR). L'objectif est d'aboutir à la rédaction, la validation et la signature du CLS pour la fin du 1^{er} semestre 2016.

Diagnostic Local de Santé Du territoire du PETR du Val de Lorraine

Actualisation 2018 du volet quantitatif

Octobre 2018

Document réalisé par :

- Laurent Chamagne, ORS Grand Est
- Emilie Gardeur, ORS Grand Est

Avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé Grand Est et du PETR du Val de Lorraine.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DU GRAND EST (ORS Grand Est)

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1^{er} étage
1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex
Tél. : 03 88 11 89 80

Site internet : www.orsal.org - E-mail : orsal@orsal.org

Site de Nancy : 2, rue du Doyen Jacques Parisot
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 87 08 09

Site internet : www.orses.fr - E-mail : contact@orses.fr

Contenu

Contexte	5
Objectif	6
Le périmètre géographique du Val de Lorraine	7
Etat de santé et offre de soins en population générale	8
Mortalité générale toutes causes	9
▪ Une mortalité plus élevée que dans le Grand Est	9
▪ Une mortalité en baisse, comme dans le reste de la région	10
▪ Une mortalité plutôt favorable avant 55 ans et défavorable ensuite	11
▪ Principales causes de décès parmi les habitants du Val de Lorraine	16
Morbidity	20
▪ Plus d'un habitant sur 5 en Affection de longue durée	20
▪ Les séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie-Obstétrique (MCO)	23
Offre de soins	26
▪ Les médecins libéraux	26
▪ Les autres professionnels de santé libéraux	27
▪ Les hôpitaux en médecine chirurgie ou obstétrique (MCO) et urgence	28
▪ Les Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	29
▪ Les établissements de dialyse	30
Thématiques particulières	31
▪ Déroulement de la grossesse et santé des jeunes enfants	32
▪ Relativement peu de naissances aux âges extrêmes	32
▪ Des grossesses relativement bien suivies	32
▪ Six enfants sur cent naissent prématurément	34
▪ La mortalité infantile ne diminue plus	35
▪ Les services d'obstétrique	36
▪ Couverture vaccinale à 24 mois	38
Etat de santé avant 25 ans	39
▪ Affections de longue durée (ALD)	39
▪ Hospitalisations	41
▪ Interruptions volontaires de grossesse (IVG)	44
▪ Les grossesses chez les adolescentes	45
▪ Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	46
La santé des personnes âgées	47
▪ Au moins 2 579 personnes âgées de 65 ans ou plus seraient dépendantes dans le Val de Lorraine	47

▪ Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	52
▪ La mortalité à partir de 65 ans	54
▪ Equipements pour les personnes âgées	55
▪ Population vivant en établissement	56
Santé mentale	57
▪ Suicide et tentatives de suicide	58
▪ ALD pour affections psychiatriques de longue durée	58
▪ Hospitalisations et consultations en psychiatrie	60
▪ Offre hospitalière en psychiatrie	61
▪ Consultations en ambulatoire	62
Equipements pour les personnes handicapées	64
Synthèse du diagnostic	65
Annexes	66

Contexte

Situé entre Metz et Nancy, principalement dans le département de Meurthe-et-Moselle, le pôle d'équilibre territorial et rural (PETR) du Val de Lorraine regroupe 4 communautés de communes (Bassin de Pont-à-Mousson, Bassin de Pompey, Seille et Grand Couronné et Mad et Moselle) et rassemble 120 175 habitants au 1^{er} janvier 2015.

Le territoire du PETR a évolué en 2017 ; la Communauté de communes de Seille et Mauchère, a fusionné avec la Communauté de Communes du Grand Couronné pour former la Communauté de Communes Seille et Grand Couronné et, la Communauté de Communes du Chardon Lorrain a fusionné avec le Val de Moselle pour former la Communauté de Communes Mad et Moselle.

Ces évolutions ont conduit l'ARS Grand Est, à la demande du PETR du Val de Lorraine, à s'adresser à l'ORS Grand Est² pour actualiser le volet quantitatif du diagnostic local de santé du Val de Lorraine qui avait été réalisé par l'ORSAS-lorraine en 2015.

² L'ORS Grand Est (observatoire régional de la santé Grand Est) a été fondé en 2017 suite à la fusion de l'ORSAS-Lorraine (observatoire régional de la santé et des affaires sociales en Lorraine) et de l'ORS Alsace.

Objectif

L'actualisation du diagnostic local de santé du Val de Lorraine a pour objectif de fournir des éléments d'analyse de l'offre et des besoins de santé de la population sur le territoire couvert par le futur contrat local de santé.

Cette actualisation porte sur les thèmes suivants :

- Mortalité
- Morbidité (ALD et séjours hospitaliers)
- Offre de santé

Les données démographiques et socio-économiques n'ont, en revanche, pas été traitées ici.

A la demande de l'ARS, certaines populations spécifiques et thèmes particuliers ont été approfondis dans ce document et ont fait l'objet de chapitres particuliers. Il s'agit de :

- L'état de santé des jeunes
- L'état de santé des personnes âgées,
- La santé mentale
- L'offre de soins pour la dialyse
- L'offre en permanences d'accès aux soins de santé

Le périmètre géographique du Val de Lorraine

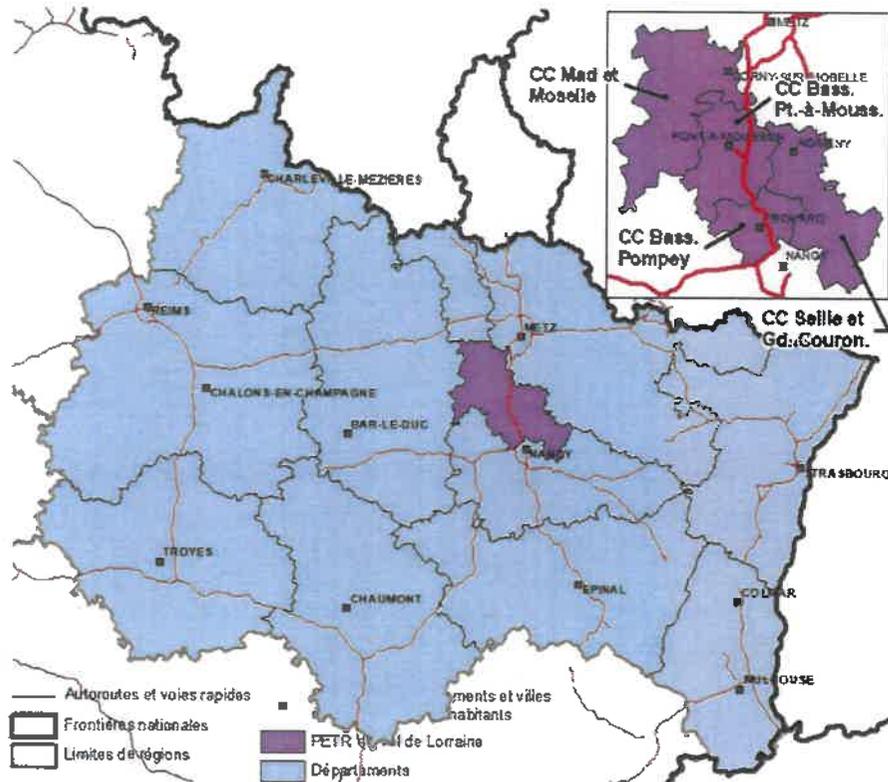
Le territoire du PETR du Val de Lorraine s'étend sur 1 245 km² entre Nancy et Metz et est peuplé de 120 175 habitants au 1^{er} janvier 2015. Il est composé de 135 communes, dont 126 en Meurthe-et-Moselle et 10 en Moselle, réparties dans 4 communautés de communes :

- CC Mad et Moselle : 20 308 habitants
- CC du Bassin de Pont-à-Mousson : 40 753 habitants
- CC du Bassin de Pompey : 40 571 habitants

- CC Seille et Grand Couronné : 18 543 habitants

La population est surtout concentrée dans la vallée de la Moselle où se trouvent les principales villes. Les zones rurales, qui regroupent un peu plus du tiers de la population (34,0 %) se situent de part et d'autre de la vallée de la Moselle à l'ouest et à l'est.

Localisation du territoire du PETR du Val de Lorraine dans le Grand Est



Etat de santé et offre de soins en population générale

Mortalité générale toutes causes

L'examen de l'état de santé d'une population peut être abordé au travers de trois éléments principaux que sont la mortalité, la morbidité et la santé ressentie. Actuellement, la mortalité demeure la seule source épidémiologique exhaustive, régulière et portant sur l'ensemble de la population. Ici, l'étude de la mortalité et des causes afférentes porte sur une période de 5 ans, de 2011 à 2015. Ce choix est lié à la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de décès pour assurer la significativité statistique des résultats observés. De plus, l'ORS Grand Est utilise des tests statistiques pour mettre en évidence les résultats pouvant être confrontés à d'autres échelles géographiques.

■ Une mortalité plus élevée que dans le Grand Est

Entre 2011 et 2015, dans le Val de Lorraine, on enregistre 1 090 décès domiciliés par an dont 548 hommes et 542 femmes. Avec 406 décès par an, le Bassin de Pompey regroupe 37,2 % des décès du territoire devant le Bassin de Pont-à-Mousson (29,4 %), Mad et Moselle (23,5 %) et Seille et Grand Couronné (9,9 %).

Nombres annuels de décès en 2011-2015

	Ensemble	Hommes	Femmes
CC Mad et Moselle	256	120	136
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	320	171	149
CC du Bassin de Pompey	406	198	208
CC de Seille et Grand Couronné	108	59	49
Val de Lorraine	1 090	548	542
Meurthe-&-M.	6 394	3 163	3 230
Grand Est	49 776	24 862	24 915
France métropolitaine	554 721	279 312	275 408

Source : Inserm (CépiDc)

Sur la période 2011-2015, le taux comparatif de mortalité, standardisé sur l'âge et exprimé pour 100 000 habitants (cf. définition dans encart page suivante), est égal à 855 dans le Val de Lorraine, soit 7 % de plus que dans l'ensemble du Grand Est et 15 % de plus qu'en France métropolitaine. Le taux comparatif de mortalité le plus élevé atteint 1 101 en Mad et Moselle, soit 37 % de plus que le niveau régional. Cette surmortalité est liée à la présence de nombreux établissements qui accueillent des populations à la santé fragile (EHPAD et établissements pour personnes handicapées). En

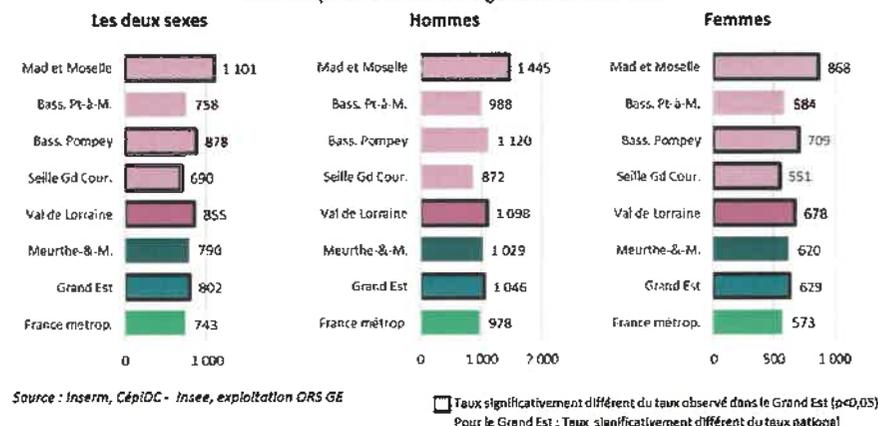
effet, dans cet EPCI, le taux comparatif de mortalité dans les communes ne comportant aucun de ces établissements est égal à 740.

La présence de ces établissements est également responsable de la surmortalité observée dans le Bassin de Pompey.

Le taux comparatif le plus faible, observé en Seille et Grand Couronné (690), est inférieur de 14 % au taux régional.

Par rapport au niveau régional, la surmortalité féminine dans le Val de Lorraine (+8 %) est plus élevée que la surmortalité masculine (+5 %).

Taux comparatifs de mortalité générale en 2011-2015



■ Une mortalité en baisse, comme dans le reste de la région

En 1979, le taux comparatif de mortalité exprimé pour 100 000 habitants, était égal à 1 520 dans le Grand Est, soit 10 % de plus qu'au niveau national (1 387). Entre 1979 et 2015, la mortalité a diminué de 47 % dans la région pour atteindre 807 pour 100 000 habitants. Cette diminution s'est produite presque au même rythme que dans l'ensemble de la France métropolitaine et la surmortalité est encore de 9 % en 2015.

Sur le Val de Lorraine, entre les périodes 1981-1985 et 2011-2015, la mortalité a diminué un peu plus que dans l'ensemble de la région. Ainsi, la surmortalité par rapport au niveau régional est passée de +9 % à +7 %. Cette tendance doit, toutefois, être nuancée. En effet, en 2001-2005, la surmortalité dans le Val de Lorraine avait atteint 13 % avant de diminuer à 10 % en 2006-2010 puis à 7 % en 2011-2015.

Du fait de la localisation des établissements médico-sociaux, le taux comparatif de mortalité le plus élevé est observé, depuis le début des années 1980, sur Mad et Moselle devant le Bassin de Pompey et le Bassin de Pont-à-Mousson. Le taux le plus faible a toujours été observé sur Seille et Grand Couronné où il a presque toujours été inférieur au taux régional.

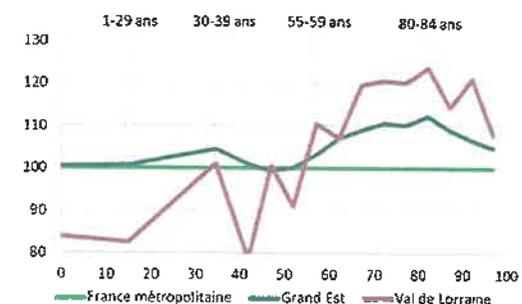
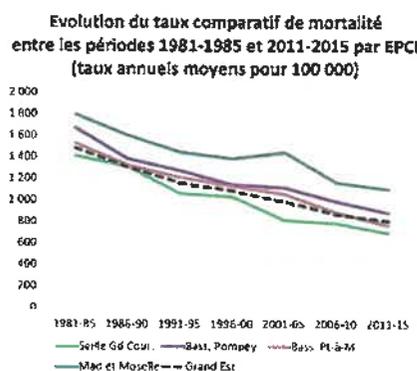
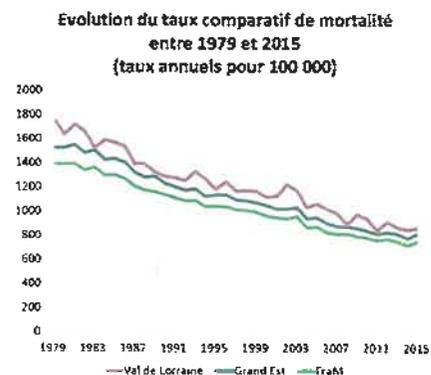
Taux brut et taux comparatif de mortalité

Le taux brut de mortalité, c'est-à-dire le nombre de décès divisé par la population moyenne, ne tient pas compte de la répartition de la population selon l'âge. Ce n'est donc pas un indicateur pertinent pour comparer les territoires, car il est alors normal que les secteurs habités par un nombre important de personnes très âgées aient un taux brut de mortalité élevé.

Pour éviter ce biais, on peut calculer le nombre de décès par groupe d'âge (taux de mortalité spécifique).

Une autre méthode propose de calculer un taux comparatif de mortalité.

Le taux comparatif de mortalité (TCM) est un taux de mortalité standardisé sur l'âge. Il correspond au taux que l'on observerait dans le territoire considéré si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence. Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les données recueillies, entre deux périodes, entre les deux sexes ou entre différentes unités géographiques. Il s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants. Dans cette étude, la population de référence est celle de la France



Source : Inserm, CépiDC - Insee, exploitation ORS GE

Source : Inserm, CépiDC - Insee, exploitation ORS GE

■ Une mortalité plutôt favorable avant 55 ans et défavorable ensuite

Dans le Grand Est, le taux comparatif de mortalité dépasse le niveau français de 8 % en 2011-2015. Or, cette surmortalité n'est pas observée à tous les âges. En effet, elle est quasi inexistante entre 15 et 54 ans alors qu'elle dépasse les 10 % entre 70 et 84 ans. Sur le Val de Lorraine, on observe ainsi une sous mortalité par rapport aux niveaux national et régional avant 55 ans et une surmortalité ensuite. La surmortalité atteint un sommet entre 80 et 84 ans (+24 % par rapport à la France métropolitaine et +10 % par rapport au Grand Est).

On observe une surmortalité entre 65 et 94 ans dans toutes les communautés de communes du Val de Lorraine. Cette surmortalité est beaucoup plus élevée sur Mad et Moselle et beaucoup plus faible sur Seille et Grand Couronné.

Les nombres de décès par pathologie étant relativement faibles avant 55 ans, il n'est pas possible d'identifier des pathologies responsables de la sous-mortalité générale à ces âges.

La mortalité prématurée concerne les personnes âgées de moins de 65 ans. Elle est relativement élevée en France. En effet, alors que le taux comparatif de mortalité générale est inférieur de 17 % au taux dans l'Union Européenne en 2015, le taux de mortalité prématurée n'est inférieur que de 6 %. Seule l'Allemagne enregistre un taux de mortalité prématurée supérieur au niveau français en Europe occidentale.

des niveaux national (183) et régional (188). Seille et Grand Couronné se distingue des autres communautés de communes avec un taux significativement inférieur au niveau régional (-24 %). Cette sous-mortalité concerne surtout les hommes (-30 %). Sur Mad et Moselle, la mortalité prématurée dépasse le niveau régional de 20 % du fait de la présence d'établissements pour personnes handicapées accueillant une population à la santé fragile. Lorsqu'on prend en compte uniquement les communes de cet EPCI ne disposant pas d'établissements pour personnes handicapées, le taux comparatif de mortalité prématurée (199) est proche du niveau départemental (191).

Sur le Val de Lorraine, la mortalité prématurée concerne 205 décès par an en moyenne entre 2011 et 2015, soit 19 % de l'ensemble de la mortalité. Près des deux tiers de ces décès (65 %) sont masculins. Le taux comparatif de mortalité prématurée, égal à 183 pour 100 000, est proche

Rapports entre les taux de mortalité par âge quinquennal dans différents territoires et les taux de mortalité par âge quinquennal en France métropolitaine en 2011-2015 (France métropolitaine = base 100)

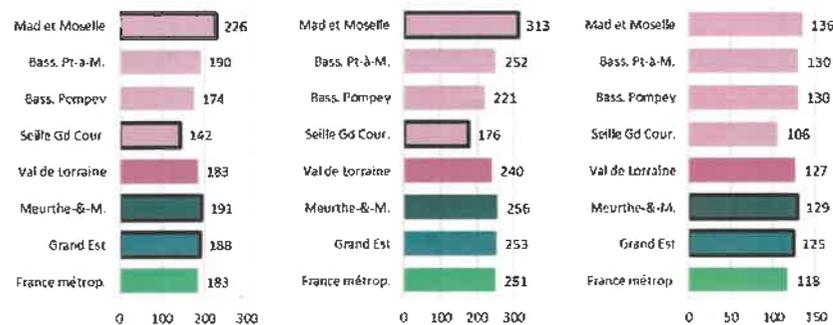
Nombres annuels de décès prématurés (avant 65 ans) en 2011-2015

	Ensemble	Hommes	Femmes
CC Mad et Moselle	44	31	13
CC du Bassin de Pont-à-Mousson	72	47	25
CC du Bassin de Pompey	65	41	24
CC de Seille et Grand Couronné	24	16	9
Val de Lorraine	205	134	71
Meurthe-&-M.	1 235	812	422
Grand Est	9 554	6 359	3 196
France métropolitaine	103 261	69 309	33 952

Source : Inserm (CépiDC)

Taux comparatifs de mortalité prématurée en 2011-2015

Les deux sexes Hommes Femmes

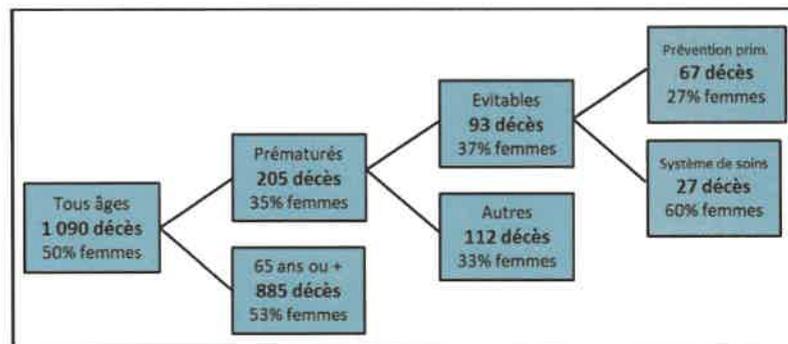


Source : Inserm, CépiDC - Insee, exploitation ORS GE
 □ Taux significativement différent du taux observé dans le Grand Est (p<0,05)
 Pour le Grand Est : Taux significativement différent du taux national

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme étant évitables dans la mesure où elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans compte tenu de l'état actuel des connaissances médicales et des capacités de prise en charge du système de soins français. Ces pathologies peuvent être réparties en deux groupes selon qu'elles peuvent être évitées par une prévention primaire ou en améliorant le système de soins notamment en améliorant le dépistage.

Entre 2011 et 2015, parmi les 205 décès annuels se produisant avant 65 ans dans le Val de Lorraine, 93 sont considérés comme étant évitables. Parmi ces derniers, 67, dont une grande majorité masculins (73 %), pourraient être évités par une prévention primaire et 27 pourraient être évités par une amélioration du système de soins.

Nombre de décès annuels dans le Val de Lorraine en 2011-2015



Source : Inserm (CépiDC)

Entre 2011 et 2015, 40 % de la mortalité prématurée évitable par une prévention

primaire dans le Val de Lorraine est due à des cancers de la trachée, des bronches ou du poumon, 21 % à des suicides, 13 % à des cirrhoses, 10 % à des cancers des voies

aérodigestives supérieures et 8 % à des accidents de la circulation.

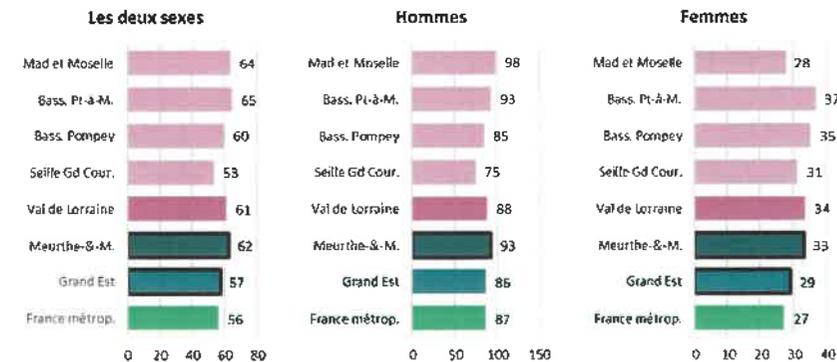
Le taux comparatif de mortalité prématurée évitable par des mesures de prévention primaire (61 pour 100 000) n'est toutefois pas significativement différent du niveau régional (57 pour 100 000).

Pathologies évitables par une prévention primaire (codification selon la 10ème classification internationale des maladies) :

- Sida : B20-B24
- Cancers des voies aérodigestives supérieures : C00-C15, C32
- Cancers de la trachée, des bronches et du poumon : C33-C34
- Psychoses alcooliques : F10
- Cirrhoses : K70, K746
- Accidents de la circulation : V01-V99, Y85
- Chutes accidentelles : W00-W19
- Suicides : X60-X84, Y870

Source : FNORS (basé sur Holland, 1988)

Taux comparatifs de mortalité prématurée évitable par une prévention primaire en 2011-2015



Source : Inserm, CépiDC - Insee, exploitation ORS GE
 □ Taux significativement différent du taux observé dans le Grand Est (p<0,05)
 Pour le Grand Est : Taux significativement différent du taux national

faible, surtout pour les hommes (13 pour 100 000 contre 27 pour 100 000).

Entre 2011 et 2015, près du tiers (31 %) des décès prématurés évitables par des actions sur le système de soins dans le Val de Lorraine sont dus à des cardiopathies ischémiques, 29 % à des cancers du sein, 14 % à des maladies vasculaires cérébrales, 8 % à des cancers de l'utérus et 7 % à des leucémies.

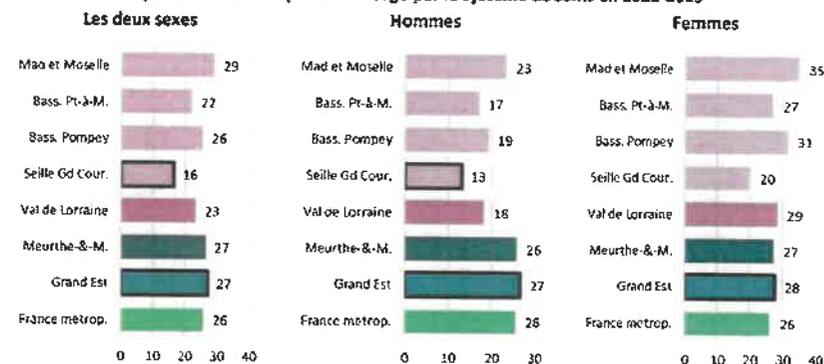
Le taux comparatif de mortalité évitable par des actions sur le système de soins (23 pour 100 000) est équivalent au taux régional (27 pour 100 000). En Seille-et-Grand Couronné, en revanche, ce taux (16 pour 100 000) est significativement plus

Pathologies évitables par des actions sur le système de soins

- Typhoïde : A02-A03
- Tuberculose : A15-A19
- Tétanos : A33-A35
- Cancers de la peau : C43-C44
- Cancers du sein : C50
- Cancers de l'utérus : C53-C54
- Maladie de Hodgkin : C81
- Leucémies : C91-C95
- Cardiopathies rhumatismales : I00-I09
- Maladies hypertensives : I10-I15
- Cardiopathies ischémiques : I20-I25
- Maladies vasculaires cérébrales : I60-I69
- Grippe : J10-J11
- Asthme : J45-J46
- Ulcère : K25-K28
- Mortalité maternelle : O00-O99

Source : FNORS (basé sur Holland, 1988)

Taux comparatifs de mortalité prématurée évitable par une meilleure prise en charge par le système de soins en 2011-2015



Source : Inserm, CépidC - Insee, exploitation ORS GE
 □ Taux significativement différent du taux observé dans le Grand Est (p<0,05)
 Pour le Grand Est : Taux significativement différent du taux national

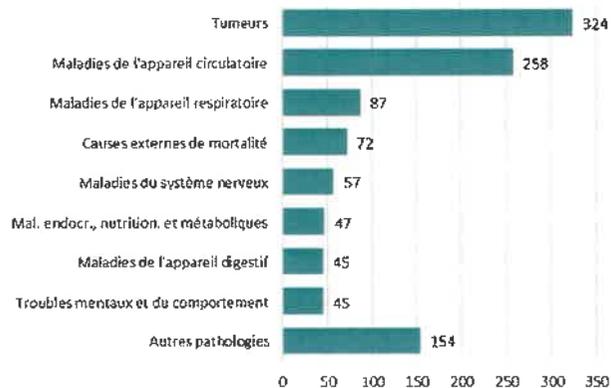
*** Principales causes de décès parmi les habitants du Val de Lorraine**

Avec 324 décès par an entre 2011 et 2015, soit 30 % de l'ensemble de la mortalité, les tumeurs représentent le premier groupe de pathologies dans le Val de Lorraine devant les maladies cardiovasculaires (258 décès par an, soit 24 %), les maladies de l'appareil respiratoire (87 décès par an, soit 8 %) et les causes externes, qui comprennent, entre autres, les accidents et les suicides (72 décès par an, soit 7 %).

Ce classement est identique dans le Grand Est. Les parts des décès par tumeurs ou par maladies

de l'appareil respiratoire sont, toutefois un peu plus importantes dans le Val de Lorraine que dans l'ensemble de la région (respectivement 30 % contre 29 % et 8 % contre 7 %) alors que les parts des décès par maladies cardiovasculaires ou par maladies du système nerveux sont un peu plus faibles (respectivement 24 % contre 25 % et 5 % contre 6 %). Dans le Val de Lorraine, on observe, en effet, une surmortalité par rapport à la région de 5 % par cancer, de 25 % par maladie de l'appareil respiratoire et de 21 % par maladies endocriniennes (comprenant le diabète).

Nombres annuels de décès par groupe de pathologies dans le Val de Lorraine en 2011-2015



Source : Inserm, CépiDC

Lorsqu'on détaille la mortalité par pathologie, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon représentent la première cause de décès dans le Val de Lorraine avec 74 décès par an, devant les maladies vasculaires cérébrales (59 décès par an) et les cardiopathies ischémiques (58 décès par an).

Ce classement est établi en identifiant les causes de mortalité uniquement lorsqu'elles figurent en tant que cause initiale de décès. Mais pour mieux

identifier la mortalité liée à certaines pathologies, telles que le diabète ou la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), il est plus pertinent de prendre également en compte les décès pour lesquels ces pathologies sont citées en tant que cause associée ou comorbidité. Dans ce cas, le diabète devient la première cause de mortalité avec 81 décès par an et la BPCO se place en cinquième position avec 49 décès par an.

Nombres annuels et taux standardisés (pour 100 000) de décès par groupe de pathologie dans le Val de Lorraine en 2011-2015

	Val de Lorraine		Grand Est	France métrop.
	Nb / an	Tx. St.	Tx. St.	Tx. St.
Causes initiales de décès				
Cancers trachée bronche poumons	74	57	49	44
Maladies vasculaires cérébrales	59	46	45	41
Cardiopathies ischémiques	58	45	49	45
Insuffisances cardiaques	38	30	23	23
Cancer colorectal	34	27	26	23
Troubles du rythme	31	25	24	23
Pneumonies et bronchopneumonies	27	22	18	15
Diabète	27	22	19	15
BPCO	22	17	16	12
Cancer du sein	22	17	17	17
Causes initiales ou associées de décès				
Diabète	40	32	65	46
BPCO	25	19	36	25

Source : Inserm, CépiDC - Insee, exploitation ORS GE

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional. Dans la colonne Grand Est : Taux significativement supérieurs au taux national ($p < 0,05$)

Sur la période 2011-2015, on observe cinq causes de surmortalité dans le Val de Lorraine par rapport au reste de la région. Il s'agit des cancers de la trachée, des bronches et du poumon (+16 %), des Insuffisances cardiaques (+29 %), des pneumonies et bronchopneumonies (+26 %), des cancers de la vessie (+44 %) et des maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (+43 %).

Au niveau des communautés de communes, on observe trois causes de surmortalité dans le Bassin de Pompey (cancers de la trachée, des bronches et du poumon, insuffisances cardiaques et pneumonies ou bronchopneumonies) et sept cause de surmortalité en Mad et Moselle, particulièrement en ce qui concerne le diabète et la BPCO.

Six causes de sous-mortalité sont observées en Seille-et-Grand Couronné (pneumonies et bronchopneumonies, cardiopathies ischémiques, BPCO, suicides², cirrhoses et insuffisances

rénales), deux causes dans le Bassin de Pont-à-Mousson (diabète et maladies vasculaires cérébrales) et, une sous mortalité par cardiopathie ischémique est enregistrée dans le Bassin de Pompey.

Dans l'étude intitulée *Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine*, des chercheurs du CépiDC à l'Inserm ont mis en évidence qu'« un certain nombre de suicides ne sont pas connus à partir de la statistique nationale des décès. Certains sont, en particulier, enregistrés en tant que causes inconnues de décès (code R99) ou morts violentes dont l'intention n'est pas déterminée (codes Y10-Y34) » ; ce biais conduisant à une sous-estimation des décès par suicide de 9,4 % en France en 2006.

Dans le Grand Est, la part des décès enregistrés sous ces codes est particulièrement élevée pour la Moselle, le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et les Ardennes. Dans ces départements la mortalité par suicide et *in fine* la mortalité par causes externes (R99 n'est pas classé parmi les causes externes de mortalité) est probablement davantage sous-estimée, incitant à lire avec précaution les variations départementales.

² Une sous-estimation des décès par suicide

Principales pathologies entraînant une mortalité significativement différente du niveau régional
(taux comparatifs de mortalité pour 100 000 en 2011-2015)

	Grand Est	Val de Lorraine	Seille-et-Grand Couronné	Bassin de Pompey	Bassin de Pont-à-Mousson	Mad et Moselle
Pathologies se distinguant sur l'ensemble du Val de Lorraine						
Cancers trachée bronche poumons	49	57	52	61	54	59
Insuffisances cardiaques	23	30	20	31	30	31
Pneumonies et bronchopneumonies	18	22	7	30	15	30
Cancer de la vessie	7	11	15	8	10	14
Syst. ostéo-artic., muscles, tissus conj.	5	7	6	6	8	12
Pathologies se distinguant uniquement dans certaines communautés de communes						
Diabète (causes initiales ou associées)	65	64	53	70	41	102
Maladies vasculaires cérébrales	45	46	47	46	36	62
Cardiopathies ischémiques	49	45	35	36	48	65
BPCO (causes initiales ou associées)	36	38	20	37	33	66
Maladies hypertensives	17	16	11	16	12	28
Suicides	14	16	8	19	16	17
Cirrhoses	11	11	4	13	12	10
Néphrites et insuffisances rénales	10	11	4	11	13	11

Source : Inserm, CépidC - Insee, exploitation ORS GE

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$)

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$)

Morbidité

Après la mortalité, l'analyse de la morbidité est un des principaux moyens d'apprécier l'état de santé d'une population. La morbidité correspond « au nombre de personnes malades ou au nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné » (dictionnaire d'épidémiologie, 1988, Edisem/Maloine). Deux sources d'informations médico-administratives peuvent être questionnées pour approcher la morbidité par pathologie au niveau infrarégional, il s'agit des affections de longue durée (ALD) et des données concernant les hospitalisations.

Plus d'un habitant sur 5 en Affection de longue durée

Au 31 décembre 2016, le Val de Lorraine compte 25 757 personnes inscrites en Affection de Longue Durée (ALD) pour l'une des pathologies chroniques (hors hypertension artérielle), soit plus d'une personne sur cinq (21,4 %). Cette proportion est inférieure à ce que l'on observe dans l'ensemble du Grand Est (22,8 %) ou de la France métropolitaine (22,0 %). Cet effectif représente le nombre minimal de personnes atteintes par les différentes pathologies prises en charge par une ALD sur le territoire. En effet, si toutes les personnes en ALD sont bien atteintes, certaines personnes atteintes peuvent ne pas recourir à l'ALD (non connaissance de leur pathologie, méconnaissance de leurs droits, couverture complémentaire suffisante, etc.).

Après standardisation sur l'âge, on compte 20 520 habitants pour 100 000 en ALD dans le Val de Lorraine. Ce taux est supérieur au taux départemental (19 911) mais inférieur au taux régional (21 572) et national (20 929). A l'échelon des communautés de communes, le taux varie entre 19 325 sur Seille et Grand Couronné et 21 566 dans le Bassin de Pompey.

En moyenne, 2 566 personnes ont été admises en ALD chaque année entre 2012 et 2014 dans le Val de Lorraine, soit un taux standardisé de 2 128 pour 100 000. Ce taux ne se distingue pas significativement des taux départemental, régional et national. Sur Mad et Moselle, en revanche, le taux (1 961) est inférieur au niveau régional (2 210).

Nombres annuels d'admissions en ALD (incidence) en 2012-2014 et nombre de personnes en ALD (prévalence) au 31 décembre 2016 (taux standardisés pour 100 000)

	Incidence*		Prévalence*	
	Nb / an	Tx. St.	Nombres	Tx. St.
Mad et Moselle	405	1 961	4 188	19 613
Bassin de Pont-à-Mousson	869	2 171	8 513	20 523
Bassin de Pompey	951	2 212	9 756	21 566
Seille-et-Mauchère	341	2 062	3 300	19 325
Val de Lorraine	2 566	2 128	25 757	20 520
Meurthe-&-M.	14 946	2 046	150 561	19 911
Grand Est	124 470	2 210	1 265 229	21 572
France métropolitaine	1 398 140	2 157	14 165 495	20 929

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$). Dans la ligne Grand Est : Taux significativement supérieurs au taux national.

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$)

* : Non compris les hypertension artérielles

Source : CnamTS, MSA, RSJ, Insee (recensement), exploitation ORS GE

Au 31 décembre 2016, 6 351 habitants du Val de Lorraine sont en ALD (prévalence) pour diabète. Il s'agit de la première pathologie devant les tumeurs malignes (4 597), les maladies coronaires (2 989) et les insuffisances cardiaques (2 373).

Les taux de patients en ALD sont plus élevés dans le Val de Lorraine que dans le Grand Est en ce qui concerne les maladies coronaires (2 347 contre 2 152) et les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (204 contre 172). On enregistre, en revanche, des taux inférieurs au niveau régional en ce qui concerne les cancers colorectaux, les insuffisances cardiaques, les affections psychiatriques, les accidents vasculaires cérébraux, les insuffisances

respiratoires et les affections neurologiques et musculaires.

Le taux relativement élevé de personnes en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon dans le Val de Lorraine apparaît cohérent avec la mortalité également élevée pour cette pathologie. Il semble donc que la prévalence de cette pathologie soit relativement élevée dans le Val de Lorraine.

En ce qui concerne le nombre de nouvelles admissions en ALD (incidence), les tumeurs malignes arrivent en tête, avec une moyenne de 632 nouveaux patients par an, devant le diabète (499), les insuffisances cardiaques (332) et les maladies coronaires (267).

Nombres annuels d'admissions en ALD (incidence) en 2012-2014 et nombre de personnes en ALD (prévalence) au 31 décembre 2016 (taux standardisés pour 100 000, par pathologie)

	Incidence			Prévalence		
	Val de Lorraine		Grand Est	Val de Lorraine		Grand Est
	Nb / an	Tx. St.	Tx. St.	Nombres	Tx. St.	Tx. St.
Diabète	499	397	410	6 351	4 990	4 906
Tumeurs malignes	632	509	503	4 597	3 654	3 738
Cancers tr. Br. Poumon	67	52	48	261	204	172
Cancers colorectaux	63	50	53	426	336	369
Cancers du sein	121	98	91	1 125	888	917
Cancers de la prostate	71	56	65	744	591	628
Maladies coronaires	267	214	189	2 989	2 347	2 152
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	332	274	267	2 373	1 882	2 029
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	147	118	116	1 399	1 100	1 063
Affections psychiatriques de longue durée	149	129	157	1 256	1 053	1 760
Accident vasculaire cérébral invalidant	118	96	102	902	720	773
Maladie d'Alzheimer et autres démences	133	110	103	691	535	518
Insuffisance respiratoire chronique grave	84	67	73	652	509	644
Polyarthrite rhumatoïde évolutive	40	33	35	547	436	437
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	50	43	53	538	454	557
Autres affections	274	230	237	3 462	2 838	2 996

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$)

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$)

Source : ChamTS, MSA, RSI, Insee (recensement), exploitation ORS GE

Des taux de couverture par les ALD variables selon la pathologie et

Le taux de couverture des affections de longue durée varient en fonction de la pathologie. Pour certaines pathologies, telles que le diabète ou de nombreux cancers, le taux de couverture est supérieur à 80 %, ce qui permet d'approcher de façon relativement fiable la morbidité en utilisant les données d'ALD.

Ces données sont, en revanche, beaucoup moins appropriées pour observer des maladies telles que la maladie d'Alzheimer et les autres démences. En effet, seul le tiers des personnes atteintes par ces pathologies sont couvertes par une ALD. Dans le Grand Est, par exemple, on estimait à 89 000 le nombre de personnes atteintes en 2014 alors que seulement 29 000 étaient en ALD. Ces différences sont liées à la difficulté du dépistage de ces maladies, surtout au stade précoce, ainsi qu'à la sensibilité des professionnels de santé.

Pour certaines pathologies, telles que les affections psychiatriques de longue durée, les taux de couverture semblent varier fortement en fonction du territoire géographique. La répartition de l'offre de soins psychiatrique sur le territoire pourrait expliquer en partie ces différences.

La comparaison géographique des taux de personnes en ALD pour des pathologies faiblement ou inégalement couvertes par les ALD doit donc être interprétée avec prudence. Elle ne doit pas être considérée comme une représentation de la répartition de l'incidence ou de la prévalence d'une pathologie sur le territoire.

A l'échelle des communautés de communes, la prévalence des personnes en ALD pour diabète est relativement élevée dans le Bassin de Pompey (5 270 pour 100 000) et dans le Bassin de Pont-à-Mousson (5 376) et, est plus faible sur Seille et Grand Couronné (4 510) et sur Mad et Moselle (4 073). Le taux de mortalité, en revanche, est relativement faible dans le Bassin de Pont-à-Mousson et relativement élevé en Mad et

Moselle. La difficulté à identifier les décès liés au diabète pourrait expliquer ces différences.

Dans le Bassin de Pompey, le taux de personnes en ALD pour maladies coronaires est supérieur au niveau régional alors que le taux de mortalité pour cardiopathies ischémiques est inférieur. Ces différences pourraient être liées à un meilleur dépistage de ces pathologies sur le territoire ou à un meilleur taux de survie.

Taux standardisés de personnes en ALD au 31 décembre 2016 par communauté de communes et pour les principales pathologies (taux standardisés pour 100 000)

	Grand Est	Val de Lorraine	Seille et Grand Couronné	Bassin de Pompey	Bassin de Pt-à-Mousson	Mad et Moselle
Diabète	4 906	4 990	4 510	5 270	5 376	4 073
Tumeurs malignes	3 738	3 654	3 456	3 913	3 534	3 511
Maladies coronaires	2 152	2 347	2 385	2 294	2 467	2 255
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	2 029	1 882	2 233	1 891	1 756	1 899
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	1 063	1 100	1 137	1 207	992	1 083
Affections psychiatriques de longue durée	1 760	1 053	728	1 298	1 019	931
Accident vasculaire cérébral invalidant	773	720	655	654	772	825
Maladie d'Alzheimer et autres démences	518	535	458	549	559	524
Insuffisance respiratoire chronique grave	644	509	437	568	469	549
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	557	454	357	459	403	640
Polyarthrite rhumatoïde évolutive	437	436	424	464	392	482

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$)

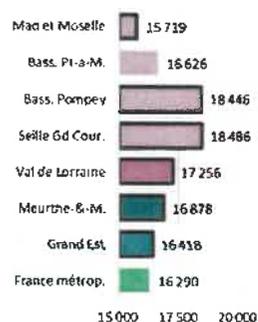
Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$)

Source : ChamTS, MSA, RSI, exploitation ORS GE

Les séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie-Obstétrique (MCO)

Entre 2015 et 2017, on enregistre une moyenne de 47 932 séjours annuels effectués par 21 173 patients du Val de Lorraine en Médecine, Chirurgie-Obstétrique (MCO). Rapporté à la population du territoire, cela représente un taux standardisé de 17 256 patients pour 100 000 habitants, ce qui est supérieur aux taux départemental (16 878), régional (16 418) et national (16 290). Les taux standardisés de patients hospitalisés sont encore plus élevés dans le Bassin de Pompey (18 446) et en Seille et Grand Couronné (16 486).

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO en 2015-2017 (pour 100 000)

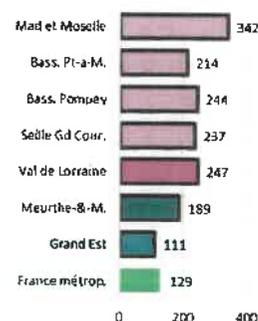


□ Taux significativement différent du taux observé dans le Grand Est ($p < 0,05$)
 Pour le Grand Est : Taux significativement différent du taux national

Source : ATIH (PMSI-MCO), exploitation ORS GE

Les hospitalisations à domicile (HAD) représentent elles 555 séjours par an en moyenne et concernent 311 patients, soit 247 pour 100 000 habitants dans le Val de Lorraine. Ce taux est plus élevé que le taux départemental (189) et plus de deux fois supérieur au taux régional (111). Le recours à ce type d'hospitalisations est particulièrement important sur Mad et Moselle où il concerne 342 habitants pour 100 000.

Taux standardisés de patients hospitalisés en HAD en 2015-2017 (pour 100 000)



□ Taux significativement différent du taux observé dans le Grand Est ($p < 0,05$)
 Pour le Grand Est : Taux significativement différent du taux national

Source : ATIH (PMSI-HAD), exploitation ORS GE

Nombres annuels de séjours et de patients hospitalisés en MCO et en HAD en 2015-2017

	MCO		HAD		
	Séjours		Patients	Séjours	patients
	Toutes durées	1 nuit ou plus			
Mad et Moselle	7 320	3 050	3 272	129	73
Bassin de Pont-à-Mousson	16 419	6 489	6 968	157	95
Bassin de Pompey	17 333	6 677	7 646	204	104
Seille-et-Grand Couronné	6 860	2 700	3 287	64	39
Val de Lorraine	47 932	18 917	21 173	555	311
Meurthe-&-M.	293 296	113 257	126 957	2 424	1 491
Grand Est	2 132 618	896 706	946 098	11 874	6 738
France métropolitaine	23 336 787	9 822 161	10 813 082	174 725	89 838

Source : ATIH (PMSI-MCO, PMSI-HAD), exploitation ORS GE

Une couverture imparfaite de la morbidité par les statistiques hospitalières

Les statistiques hospitalières, issues du PMSI, permettent de mesurer plusieurs types d'indicateurs d'hospitalisation :

Les nombres de séjours hospitaliers reflètent l'activité hospitalière générée par la population d'un territoire. Cette activité est d'autant plus importante que la durée de séjours est longue. Par conséquent, les hospitalisations complètes, comportant au moins une nuit à l'hôpital, peuvent être comptabilisées à part afin de mesurer les pathologies exigeant une prise en charge relativement importante. Le nombre de séjours mesure très imparfaitement la morbidité par maladie. En effet, d'une part, une personne peut effectuer plusieurs séjours au cours de l'année pour la même pathologie, c'est notamment le cas des personnes soignées par chimiothérapie pour un cancer. D'autre part, même s'il est possible de connaître le nombre de patients, d'autres biais existent dans la mesure où le système de santé ne répond pas toujours à une pathologie par une hospitalisation du fait de l'existence d'alternatives.

Les nombres de patients hospitalisés permettent d'apporter une information sur la morbidité traitée à l'hôpital, celle-ci étant différente de la morbidité réelle. Les patients soignés une année peuvent l'être depuis plusieurs années pour la même pathologie. Il ne s'agit pas d'une information sur la prévalence des maladies car celles-ci peuvent avoir été traitées initialement à l'hôpital puis être suivies ensuite en dehors.

L'insuffisance rénale chronique représente la première cause d'hospitalisation des habitants du Val de Lorraine avec 5 506 séjours par an entre 2015-2017 devant les cancers du sein (2 428), les cataractes (1 503) et les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (1 247).

La plupart de ces séjours ont lieu en ambulatoire. En effet, les patients traités pour insuffisance rénale chronique viennent principalement pour effectuer des dialyses, les patients traités pour cancer le sont principalement par chimiothérapie ou par radiothérapie et les traitements de la cataracte n'entraînent une nuit à l'hôpital que dans 9 % des cas.

Ainsi, les séjours comprenant au moins une nuit concernent surtout les cardiopathies ischémiques (947 par an), les arthroses (479), les insuffisances cardiaques (442) et les pneumopathies (352).

En ce qui concerne le nombre de patients (différent du nombre de séjours car un patient peut avoir eu un ou plusieurs séjours hospitaliers pour la même pathologie), les effectifs les plus élevés sont hospitalisés pour cataractes (1 016 par an), pour tumeurs bénignes (945) et pour cardiopathies ischémiques (841).

Par rapport à l'ensemble du Grand Est, les habitants du Val de Lorraine se distinguent par des taux d'hospitalisation particulièrement élevés pour cardiopathies ischémiques (641 patients pour 100 000 contre 432). On observe également des taux supérieurs au niveau régional en ce qui concerne les cataractes (789 contre 760), les cancers de la prostate (219 contre 182), les cancers colorectaux (143 contre 130), les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (140 contre 115) et les insuffisances rénales chroniques (95 contre 84).

Les taux de patients hospitalisés et de patients en ALD pour cardiopathies ischémiques ou cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont plus élevés dans le Val de Lorraine que dans l'ensemble de la région. Ces deux indicateurs semblent refléter une prévalence relativement élevée de ces maladies sur le territoire. En revanche, on observe des taux de patients hospitalisés pour cancer colorectal relativement élevés dans le Val de Lorraine alors que les taux de patients en ALD sont relativement faibles. Cette différence reflète la difficulté de mesurer la morbidité des différentes pathologies à partir des données médico-administratives.

Nombres annuels de séjours et de patients hospitalisés en MCO par pathologie en 2015-2017 et taux standardisés (pour 100 000)

Pathologie	Code CIM 10	Val de Lorraine				Grand Est
		Séjours Nb / an	Séj. ≥ 1 nuit Nb / an	Patients Nb / an	Patients Tx. St.	Patients Tx. St.
Insuffisances rénales chroniques	N18	5 506	242	123	95	84
Cancers du sein	C50	2 428	186	208	304	296
Cataractes	H25-26	1 503	131	1 016	789	760
Cancers de la tr., des br. et du poumon	C33-34	1 247	256	188	140	115
Cardiopathies ischémiques	I20-25	1 186	947	841	641	432
Tumeurs bénignes	D00-36	1 141	292	945	735	714
Cancers colorectaux	C18-21	989	156	190	143	130
Cancers des VADS	VADS	923	148	75	55	55
Cancers de la prostate	C61	634	89	136	219	182
Cancers des voies urinaires	C64-68	548	180	147	112	93
Hernies	K40-46	537	249	520	412	396
Arthroses	M15-18	488	479	475	362	349
Insuffisances cardiaques	I50	476	442	339	253	245
Pneumopathies	J12-18	397	352	349	267	260
Diabète	E10-14	361	184	317	249	340
Maladies vasculaires cérébrales	I60-69	317	297	265	201	208
BPCO	J40-44	258	215	186	139	130
Cancers du pancréas	C25	211	46	37	28	29
Cancers de la peau	C43-44	184	29	100	77	89
Cancers du foie	C22	85	38	30	24	24
Maladies hypertensives	I10-15	75	59	68	51	58
Asthme	J45-46	68	46	57	48	66

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional (p<0,05)

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional (p<0,05)

Source : ATIH (PMSI-MCO), exploitation ORS GE

Les causes d'hospitalisation dans le PMSI

Pour chaque séjour, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en MCO comporte trois types de diagnostics :

- Le **diagnostic principal** est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale.
- Le **diagnostic relié** est rempli uniquement si le diagnostic principal est un facteur influent sur l'état de santé ou un motif de recours aux soins (chapitre Z dans la CIM10). Dans ce cas, celui-ci ne permet pas d'identifier la pathologie à l'origine du séjour et le diagnostic relié apporte cette information.
- Le **diagnostic associé** permet de connaître les autres pathologies prises en charge au cours du séjour.

Les pathologies sont identifiées à partir du diagnostic principal ou du diagnostic relié lorsque le diagnostic principal appartient au chapitre Z.

Les causes externes (tentatives de suicides, accidents, ...) sont identifiées à partir du diagnostic associé. Celui-ci est indiqué à titre documentaire et ne donne pas lieu à un financement. Par conséquent, il n'est pas toujours rempli

Offre de soins

▪ Les médecins libéraux

Les médecins généralistes : au 1^{er} janvier 2018, 106 médecins généralistes libéraux avaient leur cabinet médical principal situé dans le Val de Lorraine, soit 88 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à la densité départementale (117) et régionale (102). Elle est encore plus faible sur Mad et Moselle (59). Ces faibles densités sont, toutefois, compensées par les fortes densités observées à proximité, à Metz Métropole (116) et dans le Grand Nancy (128). Si l'accès à l'offre de soins des deux métropoles peut être facilitée par les déplacements domicile-travail, elle pose question pour les populations les plus fragiles ou peu mobiles.

Les médecins généralistes sont un peu plus jeunes que dans l'ensemble de la région. En effet, 40 % ont 55 ans ou plus contre 50 % dans le Grand Est.

Les médecins spécialistes : la densité en médecins spécialistes est particulièrement faible sur le Val de Lorraine (27 pour 100 000 contre 84

dans le Grand Est). Les fortes densités des deux métropoles de Metz (145) et Nancy (184) permettent de contrebalancer cette absence d'offre de santé à proximité, tout en posant encore une fois la question de leur accessibilité (cf. ci-dessus).

Les médecins spécialistes exerçant dans le Val de Lorraine sont relativement âgés (64 % ont 55 ans ou plus contre 53 % dans le Grand Est). Ils devront être remplacés dans les dix ans à venir lors de leur départ en retraite.

Le maintien des professionnels de santé, surtout dans les territoires ruraux, peut être favorisé par l'implantation de maisons pluridisciplinaires de santé (MSP). Ces structures permettent également de mettre en relation les différents professionnels de santé et de mutualiser une partie des charges administratives. En 2018, le Val de Lorraine compte une seule MSP, la maison médicale du docteur Moulla, implantée à Pont-à-Mousson. La maison médicale de Brin-sur-Seille, n'a quant à elle pas le statut de MSP.

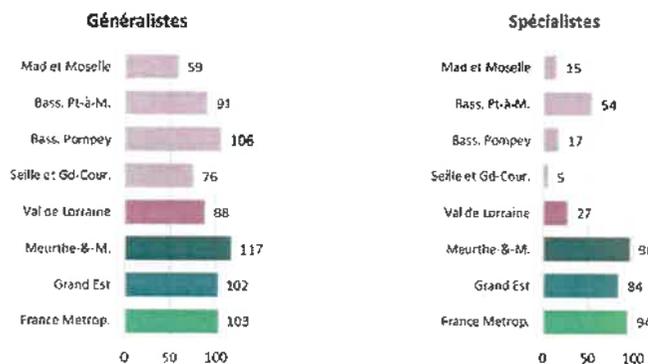
Nombres de médecins libéraux au 1^{er} janvier 2018

	Généralistes		Spécialistes	
	Tous âges	55 ans ou +	Tous âges	55 ans ou +
Mad et Moselle	12	5	3	nd
Bassin de Pont-à-Mousson	37	16	22	11
Bassin de Pompey	43	14	7	6
Seille et Grand-Couronné	14	8	1	nd
Val de Lorraine	106	43	33	21
Meurthe-&-M.	859	386	706	350
Grand Est	5 686	2 843	4 667	2 477
France M.	66 174	33 275	60 498	32 473

Source : RPPS, exploitation ORS GE

Nd : Non diffusables (les nombres de professionnels par âge ne sont pas diffusables lorsqu'ils sont inférieurs à 5)

Densités en médecins libéraux au 1^{er} janvier 2018 (pour 100 000 habitants)



Source : RPPS, Insee exploitation ORS GE

Les autres professionnels de santé libéraux

Les densités en professionnels de santé libéraux sont souvent plus faibles dans le Val de Lorraine que dans l'ensemble de la région. Toutefois, certaines professions y sont mieux représentées. C'est le cas des orthoptistes (11 contre 3 pour 100 000 habitants).

Les densités en infirmiers (160 contre 156) et en dentistes (57 contre 58) sont proches du niveau régional.

Nombres et densités en professionnels de santé libéraux au 1^{er} janvier 2018 (densité pour 100 000 habitants)

	Val de Lorraine		Meurthe-et-Moselle		Grand Est		France métropolitaine	
	Nombre	Densité	Nombre	Densité	Nombre	Densité	Nombre	Densité
Infirmier	192	160	1 136	155	8 693	156	117 448	183
Masseur-Kinésithérapeute ¹	94	78	626	85	4 847	87	66 310	103
Dentistes	69	57	465	63	3 252	58	36 372	57
Psychologue	16	13	170	23	1 039	19	21 420	33
Orthophoniste	39	32	279	38	1 542	28	20 083	31
Sages-femmes	11	9	90	12	545	10	6 664	10
Diététicien	5	4	25	3	271	5	4 534	7
Orthoptiste	13	11	44	6	180	3	2 915	5
Psychomotricien	1	1	7	1	81	1	2 767	4
Ergothérapeute	4	3	25	3	92	2	1 403	2

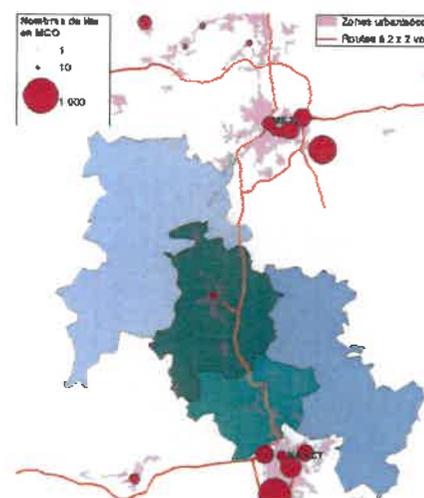
Source : Adell, RPPS, exploitation ORS GE

1 : Données au 1^{er} janvier 2016

Les hôpitaux en médecine chirurgie ou obstétrique (MCO) et urgence

Un seul établissement hospitalier offre des soins en MCO sur le territoire. Il s'agit de l'hôpital de Pont-à-Mousson qui dispose de 44 lits en médecine. Cette offre relativement faible est compensée par la proximité de Metz et de Nancy où de nombreux établissements sont implantés.

Répartition des hôpitaux de médecine chirurgie obstétrique en 2015



Source : SAE 2017, DREES, exploitation ORS GE

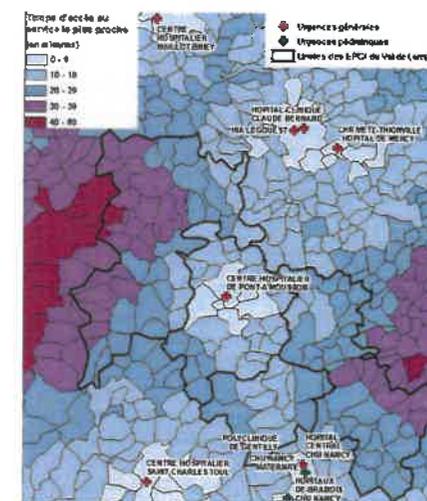
L'hôpital de Pont-à-Mousson dispose d'un service d'urgence au cœur du Val de Lorraine. On trouve également 3 services d'urgence dans l'agglomération messine et 4 dans l'agglomération nancéenne dont 2 destinées aux enfants.

Ces divers établissements permettent à 19 % de la population du Val de Lorraine de se trouver à moins de 10 minutes (temps théorique minimum) du service d'urgence le plus proche (contre 35 % dans le Grand Est). La part de la population vivant à moins de 20 minutes du service d'urgences le plus proche est également plus faible dans le Val

de Lorraine que dans l'ensemble de la région (65 % contre 70 %).

Les populations les plus éloignées des services d'urgence sont, en revanche proportionnellement moins nombreuses dans le Val de Lorraine que dans l'ensemble du Grand Est. En effet, 8 % vivent à au moins 30 minutes d'un service d'urgence contre 11 % dans la région. Seule une commune du territoire, Dampvilloux, est située à 40 minutes du service d'urgence le plus proche.

Temps d'accès au service d'urgence le plus proche* en 2016 par commune



Source : FINES, Insee (Distancier Metric), calcul ARS, Cartographie : ArcMap, ORS GE

* : Temps d'accès théorique par la route

Deux établissements assurant des soins de suite et de réadaptation sont également présents sur le territoire. Il s'agit de :

- L'hôpital local de Pompey : 30 places
- L'établissement de réadaptation de Lay-Saint-Christophe : 60 places

Nombres de places en MCO à proximité du Val de Lorraine au 31 décembre 2017

	Nombres de lits (Hospitalisation complète)			Nombres de places (Hospitalisation partielle)		
	Médecine	Chirurgie	Obstétr.	Médecine	Chirurgie	Obstétr.
Hôpitaux de Brabols CHU Nancy	636	209	0	102	14	0
CHR Metz-Thionv. - Hôpital de Mercy	463	126	72	21	32	9
Hopital Central CHU Nancy	185	172	0	8	6	0
Polyclinique de Gentilly	50	227	0	24	16	0
Hôpital Robert Schuman	106	162	0	13	30	0
Hôpital-Clinique Claude Bernard	120	87	48	12	21	2
SAS Clinique Louis Pasteur	90	139	0	0	34	0
Hôpital Belle-Isle - Metz	107	61	0	36	16	0
Centre Hospitalier Maillot Briey	119	18	18	6	13	0
CHU Nancy - Maternité régionale	64	0	71	2	8	8
Polyclinique Majorelle	18	49	47	0	15	2
Clinique Saint André	24	90	0	0	24	0
Institut de Cancérologie de Lorraine	81	32	0	8	7	0
Centre Chirurgical Emile Gallé	5	86	0	0	20	0
Centre Hospitalier Saint Charles Toul	49	19	15	1	10	1
Clinique Ambroise Pare	31	45	0	0	20	0
Hôpital Sainte-Blandine - Metz	76	0	0	4	0	0
Hia Legouest	74	0	0	6	0	0
Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson	44	0	0	0	0	0
Maison Hospitalière St Charles Nancy	20	0	0	0	0	0
Hôpital Arrondiss. Château Salins	19	0	0	0	0	0

Source : SAE 2017, DREES, exploitation ORS GE

■ Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

L'hôpital de Pont-à-Mousson ne dispose pas de PASS. Ces permanences existent, toutefois dans les hôpitaux suivants :

- Maternité régionale de Nancy
- Hôpital Saint Charles de Toul
- Hôpital Maillot de Briey
- Hôpital central (CHRU) de Nancy
- Hôpital de Mercy, près de Metz
- Centre psychothérapeutique de Laxou.

Trois de ces établissements comportent un service bucco-dentaire :

- Maternité régionale de Nancy
- Hôpital central (CHRU) de Nancy
- Hôpital de Mercy, près de Metz

Cette absence de permanences sur le territoire peut poser des problèmes d'accès aux personnes les plus démunies.

Les permanences d'accès aux soins (PASS) : Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Elles sont implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques (service de radiologie, laboratoire de biologie médicale, pharmacie...) et elles travaillent avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux.

■ Les établissements de dialyse

Aucun établissement de dialyse n'est présent sur le territoire du Val de Lorraine. Toutefois, les patients atteints d'insuffisance rénale chronique ont la possibilité de se tourner vers les établissements de Nancy et de Metz qui offrent un total de 367 postes de dialyse pour les soins et de 30 postes pour l'entraînement à la dialyse à domicile.

Les hôpitaux des deux agglomérations disposent de 151 postes de dialyse dont 122 en hémodialyse et 29 en dialyse péritonéale. Les centres de dialyse, où sont pratiquées uniquement des hémodialyses, disposent de 132 postes dont 36 en autodialyse. On enregistre également 84 postes de dialyse à domicile appartenant au centre ALTIR de Vandœuvre-lès-Nancy et ASA de Nouilly, près de Metz, dont 69 pour les dialyses péritonéales et 15 pour l'hémodialyse.

Les différentes formes de dialyse :

La dialyse est un traitement de substitution de la fonction rénale destinée aux personnes atteintes d'insuffisance rénale. Elle consiste à purifier le sang des déchets produits par le corps. Elle peut être pratiquée selon deux modalités différentes :

L'hémodialyse met en contact le sang avec un liquide stérile (le dialysat) au travers d'une membrane située dans un appareil d'hémodialyse. Le sang est donc pompé dans cet appareil puis réinjecté dans le corps du patient après purification. Ce type de dialyse peut être pratiqué soit à domicile, soit à l'hôpital, soit en centre de dialyse. Dans ces derniers établissements, le patient peut réaliser lui-même l'hémodialyse de façon autonome. Dans ce cas, on parle d'autodialyse.

La dialyse péritonéale utilise le péritoine (membrane entourant les viscères dans l'abdomen) comme filtre entre le sang et le dialysat. Un cathéter permet d'introduire le dialysat dans la cavité péritonéale. Après être resté en stagnation pendant une durée déterminée par le médecin, il est drainé. Ce type de dialyse est principalement réalisé à domicile et plus rarement à l'hôpital en cas d'absence d'autonomie du patient, par exemple.

Etablissements assurant des dialyses et nombre de postes utilisés (générateurs et lit ou fauteuil) au 31 décembre 2017

	A l'hôpital		En centre		A domicile		
	Périto ¹	Hémo ²	Autod ³	Hémo ²	Périto ¹	Hémo ²	
Agglomération de Nancy							
ALTIR	Vandœuvre-lès-Nancy	8	0	0	16	58	13
Centre d'autodialyse	Vandœuvre-lès-Nancy	0	0	16	32	0	0
CHRU - Brabols	Vandœuvre-lès-Nancy	3	25	0	0	1	0
Polyclinique Gentilly	Nancy	0	32	0	0	0	0
Polyclinique L. Pasteur	Essey-lès-Nancy	1	21	0	0	0	0
Agglomération de Metz							
ASA	Nouilly	0	0	12	32	10	2
ALTIR	Ars-Laquenexy	0	0	8	16	0	0
Hôpital de Mercy	Ars-Laquenexy	1	12	0	0	0	0
Hôpital R. Schumann	Vantoux	16	32	0	0	0	0

Source : SAE 2017, DREES, exploitation ORS GE

1 : Dialyses péritonéales

2 : Hémodialyse

3 : Autodialyse

Thématiques particulières

Déroulement de la grossesse et santé des jeunes enfants

▪ Relativement peu de naissances aux âges extrêmes

L'âge de la mère a un impact important sur sa santé et celle de son enfant. En effet, l'exploitation des certificats de santé lorrains sur la période 2010-2015 montre que 21,6 % des mères âgées de 40 ans ou plus ont une pathologie pendant leur grossesse, contre 13,1 % pour l'ensemble des mères. La proportion d'enfants naissant avec un poids inférieur à 2,5 kg est plus élevée chez les mères de moins de 20 ans (9,5 %) et les mères de 40 ans ou plus (10,4 %) que chez l'ensemble des mères (7,2 %).

Entre 2013 et 2017, les femmes du Val de Lorraine mettent au monde 1 311 enfants en moyenne chaque année. Parmi eux, 7 ont une mère âgée de moins de 18 ans, soit 0,5 %, ce qui est équivalent aux taux observés aux niveaux départemental, régional et national.

Les femmes âgées de 18 à 22 ans sont à l'origine de 6,9 % des naissances dans le Val de Lorraine, ce qui est plus faible qu'au niveau régional (8,4 %) mais est proche du niveau national (7,1 %). Ces faibles taux sont fréquemment rencontrés dans les territoires péri-urbains

contrairement à ce qui est observé dans les territoires ruraux isolés.

Les mères âgées de 40 ans ou plus mettent au monde 35 enfants par an dans le Val de Lorraine, soit 2,6 % de l'ensemble des naissances. Ce taux est inférieur aux taux régional (3,4 %) et surtout national (4,2 %). Ces taux relativement faibles sont souvent observés en dehors des grandes agglomérations où les femmes cadres mettent au monde leurs enfants plus tardivement que les femmes appartenant aux autres catégories socio-professionnelles.

Nombres annuels de naissances en fonction de l'âge de la mère et part de chaque tranche d'âge parmi l'ensemble des naissances en 2013-2017

	Moins de 18 ans		De 18 à 22 ans		40 ans et plus		Total
	Nb	Part	Nb	Part	Nb	Part	
Mad et Moselle	nd	nd	9	4,5%	5	2,7%	192
Bassin de Pont-À-Mousson	5	0,9%	43	8,7%	11	2,2%	486
Bassin de Pompey	nd	nd	34	7,4%	13	2,9%	434
Seille et Grand Couronné	nd	nd	7	3,8%	6	3,1%	198
Val de Lorraine	7	0,5%	93	6,9%	35	2,6%	1 311
Meurthe-&-M.	44	0,5%	651	8,1%	268	3,3%	7 974
Grand Est	344	0,6%	5 159	8,4%	2 061	3,4%	60 664
France métropolitaine	3 483	0,5%	54 303	7,1%	32 416	4,2%	765 438

nd : Non diffusable (les nombres inférieurs à 10 sont soumis au secret statistique)

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$)

Source : Insee (État-Civil), exploitation ORS GE

▪ Des grossesses relativement bien suivies

Les statistiques permettant de suivre les grossesses sont issues des certificats de santé du 8^{ème} jour. Elles doivent être interprétées avec précautions dans la mesure où elles ne sont pas exhaustives. En effet, près du tiers des certificats de santé ne comportent pas d'information quant à la préparation à la naissance et à la parentalité et environ 15 % ne comportent pas d'information sur le nombre d'échographies.

La préparation à la naissance et à la parentalité prévoit la planification des séances prénatales permettant entre autres de faire le point sur le suivi médical de la femme enceinte, de définir les

compétences parentales à développer, et d'ajuster les réponses aux situations de vulnérabilité repérées. La préparation à l'accouchement prévoit également un soutien

durant le séjour à la maternité, afin d'accompagner la construction du lien parents-enfant, de préparer le retour à domicile et de renforcer la confiance des parents.

Entre 2012 et 2016, un peu moins de la moitié des mères résidant dans le Val de Lorraine (47 %) avaient suivi une préparation à la naissance et à la parentalité au cours de leur grossesse. Ces taux sont inférieurs aux taux départemental et lorrain (54 %). La préparation à la naissance et à la parentalité est beaucoup mieux suivie chez les mères accouchant de leur premier enfant. En effet, seule 23 % de ces dernières n'avaient pas suivi cette préparation dans le Val de Lorraine contre 31 % en Meurthe-et-Moselle et en Lorraine. Ces taux sont restés relativement stables depuis 2012.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, l'un des objectifs majeurs de la première consultation est d'identifier les éventuelles situations à risque et d'adapter au mieux le suivi de la grossesse. Cette 1^{ère} consultation est conseillée lors du premier trimestre d'aménorrhée.

Les premières consultations tardives, au-delà du 1^{er} trimestre, sont relativement rares. Elles

concernent 1,6 % des mères dans le Val de Lorraine, ce qui est plus rare que dans l'ensemble de la Lorraine (2,2 %).

La proportion de pathologies de grossesse est inférieure au niveau régional (15,0 % contre 16,0 %), mais en hausse (de 15,1 % en 2012 à 17,0 % en 2016) comme dans le reste de la Lorraine.

Trois échographies (1 par trimestre) sont systématiquement proposées aux femmes pendant leur grossesse. En cas de pathologies fœtales ou de grossesse à risque, des échographies supplémentaires peuvent être réalisées et prises en charge par l'assurance maladie.

La proportion de mères n'ayant pas eu 3 échographies au cours de leur grossesse dans le Val de Lorraine est inférieure au niveau lorrain (1,8 % contre 2,2 %), sauf dans le Bassin de Pompey où elle atteint 2,7 %.

Comme dans le reste de la Lorraine, la part des femmes n'ayant pas eu 3 échographies pendant leur grossesse est stable depuis 2012. Elle était beaucoup plus élevée auparavant.

Les certificats de santé du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois

La loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé de trois des 20 examens de santé. Ces certificats sont établis avant le 8^{ème} jour (CS8), au neuvième mois (CS9) et au vingt-quatrième mois (CS24). Les informations renseignées par le médecin qui établit le certificat de santé sont destinées à la mise en œuvre de statistiques locales et nationales et fournissent des indications aux services de Protection maternelle et infantile (PMI) pour proposer des accompagnements individuels.

Les certificats de santé du 8^{ème} jour sont retournés sous pli confidentiel, aux services départementaux de la PMI par les établissements de santé où ont été établis les certificats.

Les certificats de santé du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois sont envoyés aux services de PMI par les praticiens qui les établissent. Dans les faits, cette tâche est souvent confiée aux parents, ce qui induit une perte de réception des documents. Ainsi, les taux de retour de ces certificats de santé sont relativement faibles (60,5 % des CS24 en Meurthe-et-Moselle), ce qui peut avoir un impact sur la représentativité des résultats.

▪ Six enfants sur cent naissent prématurément

La prématurité, qui concerne les naissances avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée, entraîne des séquelles pour les nouveaux nés qui augmentent avec le niveau de prématurité. Les enfants nés avant la 28^{ème} semaine nécessitent des soins lourds avec une assistance respiratoire alors que les enfants nés entre la 33^{ème} et la 36^{ème} semaine en nécessitent de moins lourds.

Entre 2012 et 2016, 80 enfants naissent chaque année avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée dans le Val de Lorraine, soit 6,3 % de l'ensemble des naissances vivantes. Ce taux de prématurité est inférieur au taux lorrain (7,0 %). La proportion d'enfants nés avant la 35^{ème} semaine, en revanche, est aussi élevée dans le Val de Lorraine que dans l'ante-région (2,7 %).

prématurés sur dix naissent avec un poids inférieur à 2,5 kg. Les naissances de faible poids représentent 6,7 % des nouveau-nés dans le Val de Lorraine en 2012-2016, ce qui est proche du taux lorrain (7,3 %). Les enfants pesant moins de 2 kg représentent 2,3 % des naissances dans le Val de Lorraine comme dans l'ensemble de l'ante-région.

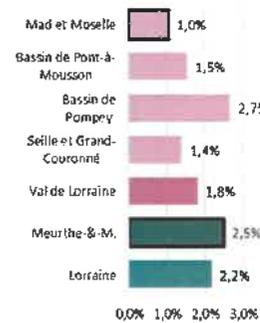
Il existe un lien important entre la prématurité et le poids de naissance. En effet, six enfants

Suivi de la grossesse en 2012-2016

Proportion de mères n'ayant pas suivi la préparation à la naissance et à la parentalité



Proportion de mères ayant eu moins de 3 échographies



□ Taux significativement différent du taux observé dans en Lorraine(p<0,05)

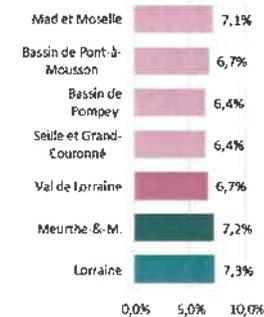
Source : Conseils départementaux (PMI, certificats de santé du 8^{ème} jour), exploitation ORS GE

Proportion de naissances prématurées et de naissances de faible poids en 2012-2016

Naissances avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée



Naissances de moins de 2 500 grammes



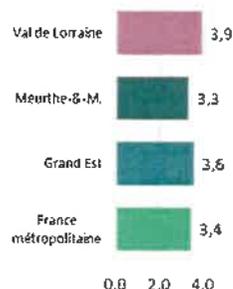
□ Taux significativement différent du taux observé dans en Lorraine(p<0,05)

Source : Conseils départementaux (PMI, certificats de santé du 8^{ème} jour), exploitation ORS GE

* La mortalité infantile ne diminue plus

Entre 2013 et 2017, on enregistre 5 décès en moyenne par an avant l'âge de 1 an dans le Val de Lorraine, soit un taux de mortalité infantile de 3,9 pour 1 000 naissances ce qui n'est pas significativement différent du taux régional (3,6 pour 1 000).

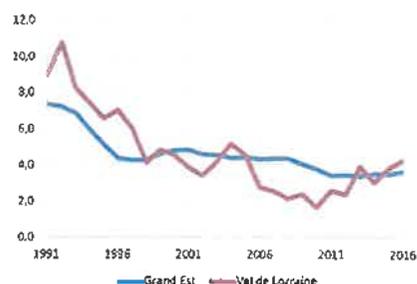
Taux de mortalité infantile en 2013-2017 (pour 1 000)



Source : Insee (Etat-Civil), exploitation ORS GE

Après avoir considérablement diminué jusqu'en 1996, le taux de mortalité infantile est, depuis, resté stable dans le Grand Est. Dans le Val de Lorraine, le taux de mortalité infantile, qui était plus élevé que dans la région au début des années 1990 a diminué plus longtemps, jusqu'en 2010 où le taux était devenu inférieur au niveau régional. Depuis, on observe une tendance à l'augmentation dans le Val de Lorraine.

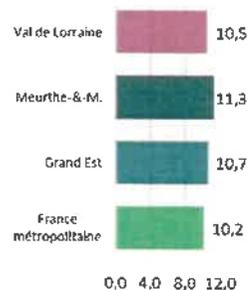
Evolution des taux de mortalité infantile depuis 1990*



* Les taux sont calculés sur la période triennale entourant l'année citée (exemple : 2012 correspond à 2011-2013)
Source : Insee (Etat-Civil), exploitation ORS GE

Par ailleurs, les femmes résidant dans le Val de Lorraine accouchent chaque année, en moyenne, de 14 enfants mort-nés, soit un taux de 10,5 pour 1 000 équivalent au taux régional (10,7 %).

Taux de naissances sans vie en 2013-2017 (pour 1 000 naissances)



Source : Insee (Etat-Civil), exploitation ORS GE

Mortalité infantile et enfants mort-nés : Deux indicateurs de mortalité périnatale

La mortalité infantile concerne les enfants nés vivants et décédés avant leur 1^{er} anniversaire.

Le taux de naissances sans vie est le rapport entre le nombre d'enfants mort-nés et le nombre de naissances totales.

Les enfants mort-nés sont, soit morts avant la naissance, soit décédés avant d'avoir été déclaré à l'Etat-Civil. Pour être déclaré mort-né, un enfant doit avoir vécu au moins jusqu'à ce que sa mère atteigne sa 22^{ème} semaine d'aménorrhée. Toutefois, il est possible d'établir un acte d'enfants sans vie pour les enfants décédés avant cette date lorsque les parents le souhaitent.

■ Les services d'obstétrique

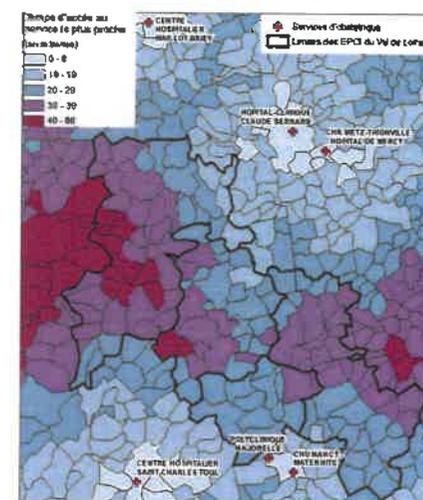
Aucun service d'obstétrique n'est présent sur le territoire du Val de Lorraine. Ainsi, les mères accouchent dans les établissements voisins du territoire. Entre 2012 et 2016, 79,6 % d'entre elles ont accouché dans les maternités de l'agglomération nancéenne (45,4 % à la polyclinique Majorelle et 34,3 % à la maternité régionale), 15,7 % dans un établissement de l'agglomération messine (6,9 % à la clinique Claude Bernard, 6,1 % à l'hôpital de Mercy et 2,7 % à l'hôpital Sainte Croix) et 4,7 % en dehors de ces deux agglomérations.

Cette absence de maternité sur le territoire entraîne des temps d'accès à ces services parfois relativement longs. En effet, 27 % de l'ensemble de la population du Val de Lorraine est situé à au moins 30 minutes de la maternité la plus proche alors que cette situation ne concerne que 13 % des habitants du Grand Est. Le temps d'accès atteint au moins 40 minutes pour 2 % de la population du Val de Lorraine contre 4 % dans l'ensemble du Grand Est.

Ces temps d'accès restent, toutefois, approximatifs dans la mesure où ils sont mesurés à partir du centre de la commune où est situé l'établissement plutôt qu'à partir du site exact où se situe l'établissement. Or, la polyclinique Majorelle de Nancy, par exemple, est située près d'une sortie d'autoroute, ce qui la rend rapidement accessible pour les habitants du sud du Bassin de Pompey.

L'attraction des établissements nancéens s'exerce sur les communes du Bassin de Pompey, sur la quasi-totalité des communes du Bassin de Pont-à-Mousson et de Sille et Grand Couronné ainsi que dans le sud de Mad et Moselle. Le nord de ce dernier EPCI est plutôt attiré par les établissements messins et l'attraction des maternités de Briey et de Toul s'exerce sur certaines communes à l'ouest de ce même EPCI.

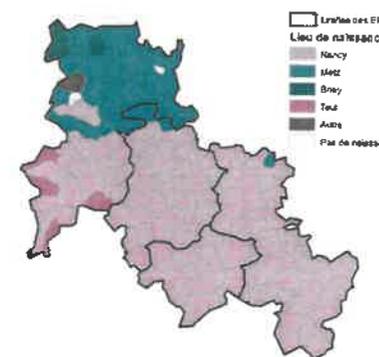
Temps d'accès* au service d'obstétrique le plus proche en 2016 par commune



Source : FINES, Insee (Distancier Metric), calcul ARS, Cartographie : ArcMap, ORS GE

* : Temps d'accès théorique par la route

Lieu de naissance principaux en fonction de la commune de domicile des enfants nés en 2012-2016



Source : Conseils départementaux (services de PMI), exploitation ORS GE

Nombres annuels de naissances par EPCI de domicile en fonction de la maternité de naissance en 2012-2016

	Seille et Grand Couronné		Bassin de Pompey		Bassin de Pont-à-Mousson		Mad et Moselle		Val de Lorraine	
Polyclinique Majorelle - Nancy	97	51,5%	254	57,6%	215	45,3%	22	11,4%	588	45,4%
Maternité régionale - Nancy	81	42,7%	176	39,9%	174	36,6%	14	7,1%	444	34,3%
Clinique Claude-Bernard - Metz	nd	nd	nd	nd	26	5,4%	61	32,0%	90	6,9%
CHR Mercy - Metz	nd	nd	nd	nd	37	7,7%	37	19,5%	79	6,1%
Hôpital Sainte-Croix - Metz	nd	nd	nd	nd	nd	nd	28	14,5%	35	2,7%
Hôpital Saint-Charles - Toul	nd	nd	nd	nd	10	2,1%	9	4,8%	25	1,9%
CH de Briey	nd	nd	nd	nd	nd	nd	13	6,7%	14	1,1%
Autres	3	1,5%	4	0,8%	7	1,5%	8	4,0%	21	1,6%
Total	189	100,0%	441	100,0%	475	100,0%	191	100,0%	1 296	100,0%

nd : Non diffusable (les nombres inférieurs à 10 sont soumis au secret statistique)

Source : Conseils départementaux (PMI, certificats de santé du 3^{ème} jour), exploitation ORS GE

▪ Couverture vaccinale à 24 mois

En 2016, les obligations vaccinales contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DT Polio) et les recommandations pour les vaccins contre la coqueluche, *Haemophilus influenzae* et l'hépatite B prévoient 3 doses de vaccins aux âges de 2, 4 et 11 mois. La loi de santé publique de 2004 fixe un objectif de vaccination de 95 % de la population âgée de 24 mois avec ces trois doses. En ce qui concerne la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), les recommandations prévoient 2 doses (à 12 mois et entre 16 et 18 mois) et l'objectif de santé publique de 2004 fixe à 80 % le taux de couverture de la population de 24 mois.

A partir du 1^{er} janvier 2018, ces 10 vaccins, auxquels il faut ajouter le vaccin contre le méningocoque C, sont devenus obligatoires avec un calendrier vaccinal inchangé.

Le statut vaccinal est une information remplie de façon presque exhaustive dans les certificats de santé du 24^{ème} mois. Toutefois, les taux de retour de ces certificats étant relativement faibles (moins de 6 sur 10 dans le Val de Lorraine), il est probable qu'ils ne soient pas tout à fait représentatifs de l'ensemble de la population. Les résultats doivent donc être lus avec prudence.

Les taux de non vaccination à 3 doses contre la DT Polio, la coqueluche et *Haemophilus influenzae* sont inférieurs au seuil de 5 % fixé par les objectifs de santé publique aussi bien dans le Val de Lorraine que dans le reste de l'ante-région Lorraine, mais une tendance à l'augmentation a été observée entre 2013 et 2016 (de 1,2 % à 3,1 % en ce qui concerne la DT Polio, de 1,4 % à 3,2 % en ce qui concerne la coqueluche et de 2,0 % à 3,2 % en ce qui concerne *Haemophilus influenzae*). Ces augmentations, qui sont également observées dans l'ensemble de la Lorraine, pourraient être liées à une plus grande méfiance d'une partie de la population envers la vaccination ainsi qu'à des problèmes d'approvisionnement en vaccin.

Les taux d'enfants insuffisamment vaccinés contre l'hépatite B (6,3 %) ou contre les infections à pneumocoques (5,8 %) sont encore supérieurs aux objectifs de santé publique mais ils ont considérablement diminué entre 2013 et

2016 dans le Val de Lorraine (de 12,4 % à 6,3 % pour l'hépatite B et de 7,2 % à 5,8 % en ce qui concerne les vaccinations contre les infections à pneumocoque). Ces diminutions, également observées dans l'ensemble de la Lorraine pourraient être liées à la diffusion du vaccin hexavalent (DTPolio, coqueluche, *haemophilus influenzae*, hépatite B) qui contribue à faire converger les taux de vaccination contre ces différentes pathologies.

Le taux d'enfants insuffisamment vaccinés contre le ROR est encore légèrement supérieur au seuil de 20 % fixé par la loi de santé publique, mais il diminue rapidement.

Quel que soit le vaccin, on n'observe pas de différence significative entre les taux d'enfants insuffisamment vaccinés dans le Val de Lorraine et dans le reste de l'ante-région. On n'observe pas non plus de différences significatives entre les différents EPCI du Val de Lorraine.

Proportions d'enfants âgés de 24 mois n'ayant pas reçu le nombre de doses de vaccin recommandé ou obligatoire en 2016 (enfants nés en 2014)

	3 doses					2 doses
	DTPolio	Coqueluche	Haemophilus I.	Hépatite B	Pneumocoque	ROR
Mad et Moselle	2,1%	2,1%	2,1%	6,4%	4,3%	21,3%
Bassin de Pont-à-Mousson	4,5%	4,5%	4,5%	6,4%	7,1%	19,9%
Bassin de Pompey	2,9%	3,2%	3,2%	5,4%	5,8%	24,9%
Seille et Grand-Couronné	1,4%	1,4%	1,4%	7,8%	4,3%	17,7%
Val de Lorraine	3,1%	3,2%	3,2%	6,3%	5,8%	21,6%
Meurthe-&-M.	3,5%	3,8%	4,0%	6,8%	6,3%	16,6%
Lorraine	3,5%	3,8%	4,2%	7,4%	6,5%	19,1%

Source : Insee (Etat-Civil), exploitation ORS GE

Etat de santé avant 25 ans

Les jeunes de moins de 25 ans ont dans leur grande majorité un meilleur état de santé que le reste de la population. La mortalité et la morbidité sont très faibles. Pourtant, certaines pathologies, telles que des affections psychiatriques, des affections neurologiques ou le diabète de type 1 touchent cette population. Les grossesses à l'adolescence sont également un sujet de préoccupation.

En 2015, 35 689 jeunes de moins de 25 ans vivent dans le Val de Lorraine dont 22 550 de moins de 14 ans et 13 140 de 15 à 24 ans. Les jeunes de moins de 15 ans sont proportionnellement plus nombreux dans le Val de Lorraine que dans

l'ensemble du Grand Est (18,8 % contre 17,5 %) alors que les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement moins nombreux (10,9 % contre 12,0 %).

Affections de longue durée (ALD)

Entre 2012 et 2014, 91 enfants âgés de moins de 15 ans et 46 adolescents et jeunes adultes entre 15 et 24 ans sont admis en affection de longue durée chaque année dans le Val de Lorraine. Les taux d'admission en ALD avant 15 ans et entre 15 et 24 ans dans le Val de Lorraine ne sont pas significativement différents des taux régionaux. Toutefois, on observe un taux d'admission significativement plus élevé que le taux régional dans le Bassin de Pompey avant 15 ans (573 pour 100 000 contre 378).

100 000, et 397 adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans, soit 3 137 pour 100 000, sont en ALD. Le taux d'enfants de moins de 15 ans en ALD est particulièrement élevé dans le Bassin de Pompey (3 327 pour 100 000 contre 2 433 dans le Grand Est) et il est plus faible sur Mad et Moselle (1 960) et dans le Bassin de Pont-à-Mousson (1 958). Entre 15 et 24 ans, le taux de patients en ALD est plus faible dans le Val de Lorraine que dans le Grand Est (3 137 contre 3 607), surtout dans le Bassin de Pont-à-Mousson (2 872).

Dans le Val de Lorraine, au 31 décembre 2016, 553 enfants de moins de 15 ans, soit 2 483 pour

Nombres annuels d'admissions en ALD (incidence) en 2012-2014 et nombre de personnes en ALD (prévalence) au 31 décembre 2016 (taux standardisés pour 100 000) – Enfants âgés de 0 à 24 ans

	Incidence				Prévalence			
	0-14 ans		15-24 ans		0-14 ans		15-24 ans	
	Nb / an	Tx. St.	Nb / an	Tx. St.	Nombres	Tx. St.	Nombres	Tx. St.
Mad et Moselle	13	352	7	343	74	1 960	64	3 203
Bassin de Pont-à-Mousson	23	308	16	359	147	1 958	128	2 872
Bassin de Pompey	40	573	16	361	237	3 327	147	3 307
Seille et Grand-Couronné	14	394	7	436	95	2 439	58	3 270
Val de Lorraine	91	413	46	367	553	2 483	397	3 137
Meurthe-&M.	499	403	332	329	3 027	2 424	3 065	3 116
Grand Est	3 603	378	2 457	374	23 310	2 433	23 438	3 607
France M.	40 666	359	30 799	416	269 382	2 360	280 763	3 799

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$).

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$).

Dans le Grand Est les taux sont comparés aux taux nationaux.

Source : CnamTS, MSA, RSI, exploitation ORS GE

Un peu plus du tiers (36 %) des 553 enfants âgés de moins de 15 ans en ALD dans le Val de Lorraine le sont pour une affection psychiatrique de longue durée. Cette pathologie, qui est la plus fréquente cause d'ALD à cet âge concerne 880 enfants pour 100 000, ce qui n'est pas significativement différent du taux régional (772).

une plus forte prévalence d'enfants en ALD pour maladies métaboliques héréditaires (173 pour 100 000 contre 96) et une moindre prévalence des insuffisances cardiaques, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires ou cardiopathies congénitales (146 contre 202) et surtout des insuffisances respiratoires graves (45 contre 174).

Par rapport à l'ensemble de la région, les enfants du Val de Lorraine se distinguent par

Nombre et taux standardisés (pour 100 000) d'enfants âgés de 0 à 14 ans en affection de longue durée au 31 décembre 2016

	Val de Lorraine		Grand Est	
	Nombres	Tx. St.	Nombres	Tx. St.
Affections psychiatriques de longue durée	197	880	7 414	772
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	70	315	3 018	315
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé et spécialisé	38	173	912	96
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	32	146	1 918	202
Diabète de type 1 et diabète de type 2	32	143	1 141	118
Scoliose idiopathique structurale évolutive	22	98	729	75
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	18	81	905	95
Insuffisance respiratoire chronique grave	10	45	1 667	174

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$).

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$).

Source : CnamTS, MSA, RSI, exploitation ORS GE

Parmi les adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans, les affections psychiatriques restent la première cause d'ALD, soit 21 % des pathologies. Ce poids est moins important qu'avant 15 ans.

être interprétée avec prudence dans la mesure où elle ne concerne que 11 personnes.

Par rapport à l'ensemble de la région, on observe un taux d'ALD pour paraplégie trois fois plus élevé dans le Val de Lorraine (91 pour 100 000 contre 29). Cette sur-morbidité doit, toutefois,

Les personnes âgées de 15 à 24 ans dans le Val de Lorraine se distinguent de l'ensemble des jeunes de la région par de moindres prévalences d'ALD pour diabète (207 pour 100 000 contre 303) et pour rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn évolutive (107 contre 185).

Nombres prévalents et taux standardisés (pour 100 000) de personnes âgées de 15 à 24 ans en affection de longue durée au 31 décembre 2016

	Val de Lorraine		Grand Est	
	Nombres	Tx. St.	Nombres	Tx. St.
Affections psychiatriques de longue durée	86	673	5 247	808
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	54	425	2 785	429
Scoliose idiopathique structurale évolutive	32	239	1 233	192
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	28	221	1 134	174
Diabète de type 1 et diabète de type 2	26	207	1 967	303
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	21	164	1 030	159
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	13	107	1 209	185
Paraplégie	11	91	186	29

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$).

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$).

Source : CnamTS, MSA, RSI, exploitation ORS GE

Hospitalisations

Les enfants de moins de 15 ans résidant dans le Val de Lorraine sont moins fréquemment hospitalisés en MCO que leurs homologues du Grand Est (8 112 patients pour 100 000 contre 8 647 en 2017-2017). Les taux sont encore plus faibles en Seille-et-Grand-Couronné (6 875) et en Mad-et-Moselle (7 415).

Entre 15 et 24 ans, en revanche, le taux de patients hospitalisés est plus élevé dans le Val de Lorraine (12 142 pour 100 000) que dans le Grand Est (10 344). Les taux sont encore plus élevés en Mad et Moselle (12 414) et dans le Bassin de Pompey (12 779).

Nombres annuels et taux bruts (pour 100 000) de patients âgés de moins de 25 ans hospitalisés en MCO en 2015-2017

	0-14 ans		15-24 ans	
	Nb / an	Taux	Nb / an	Taux
Mad et Moselle	279	7 414	252	12 414
Bassin de Pont-à-Mousson	650	8 948	554	12 123
Bassin de Pompey	638	8 278	594	12 779
Seille-et-Grand-Couronné	262	6 875	196	10 337
Val de Lorraine	1 829	8 112	1 595	12 142
Meurthe-&M.	11 322	8 867	10 298	10 110
Grand Est	84 207	8 647	68 840	10 344
France métropolitaine	1 030 644	8 800	848 969	11 162

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$).

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$).

Dans le Grand Est les taux sont comparés aux taux nationaux.

Source : ABlh (PMSI-MCO), exploitation ORS GE

Avec 966 patients hospitalisés en moyenne chaque année entre 2015 et 2017, soit 11,9 % des patients du Val de Lorraine âgés de moins de 15 ans, les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes représentent la première cause d'hospitalisation à ces âges. Le taux de patients hospitalisés est égal à 966 pour 100 000, soit 49 % de plus que dans l'ensemble de la région.

Les taux de patients hospitalisés, âgés de 0 à 14 ans, dépassent le niveau régional de 14 % en ce qui concerne les affections du nouveau-né liées aux complications de grossesse ou d'accouchement. En ce qui concerne les dents incluses ou enclavées, ils sont 2,6 fois plus élevés que dans le Grand Est.

Entre 15 et 24 ans, les dents incluses représentent la première cause d'hospitalisation

avec 1 791 patients par an en moyenne entre 2015 et 2017, soit 25,3 % des patients de cette tranche d'âge dans le Val de Lorraine. Le taux de patients hospitalisés est égal à 1 791 pour 100 000, soit 89 % de plus que dans l'ensemble du Grand Est.

Les taux de patients hospitalisés, âgés de 15 à 24 ans, dépassent le niveau régional de 17 % en ce qui concerne les complications du travail et de l'accouchement et de 54 % en ce qui concerne les gastrites et duodénites.

Les différences de taux de patients hospitalisés entre le Val de Lorraine et l'ensemble de la région ne sont pas forcément liées à la morbidité. Elles peuvent aussi être dues à des différences d'organisation des soins dans le territoire par rapport au reste de la région.

Nombres annuels et taux bruts (pour 100 000) de patients âgés de 0 à 25 ans hospitalisés en MCO en 2015-2017

Pathologie	Code CIM 10	Val de Lorraine		Grand Est	
		Nb / an	Taux	Nb / an	Taux
Patients âgés de 0 à 14 ans					
Maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes	J35	218	966	6 317	649
Nouveau-né affecté par des troubles maternels ou des complications de grossesse ou d'accouchement	P00-P03	88	391	3 353	344
Hypertrophie du prépuce, phimosis et paraphimosis	N47	88	389	5 830	599
Anomalies liées à la durée de gestation et à la croissance du fœtus	P05-P07	82	363	3 302	339
Dents incluses et enclavées	K01	73	323	1 229	126
Bronchiolites aiguës	J21	56	248	3 044	313
Otitis	H65-H67	49	219	2 747	282
Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	A09	48	215	2 346	241
Lésions traumatiques intracrâniennes	S06	45	200	2 279	234
Infections virales intestinales	A08	31	137	2 443	251
Patients âgés de 15 à 24 ans					
Dents incluses et enclavées	K01	404	1 791	9 226	947
Complication du travail et de l'accouchement	O60-O75	117	519	4 338	445
Avortement médical	O04	69	304	4 006	411
Accouchement	O80-O84	59	263	3 686	379
Douleurs abdominales et pelviennes	R10	45	198	1 979	203
Sinus pilonidal	L05	40	178	1 616	166
Lésion interne du genou	M23	39	173	1 597	164
Gastrite et duodénite	K29	38	166	1 055	108
Appendicite	K35-K38	30	133	1 414	145
Fracture du poignet ou de la main	S62	26	117	1 002	103

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$).

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$).

Source : Atih (PMSI-MCO), exploitation ORS GE

Les hospitalisations à domicile sont presque inexistantes avant 15 ans. En 2015-2017, 116 jeune de 15 à 24 ans sur 100 000 est hospitalisé en HAD dans le Val de Lorraine ; ce taux est plus de deux fois plus élevé que dans l'ensemble du Grand Est (53) bien qu'il représente un nombre de personne très faible (15 par an en moyenne).

Entre 2015 et 2017, chaque année 51 enfants de moins de 15 ans et 70 adolescents ou jeunes adultes de 15 à 24 ans résidant dans le Val de Lorraine sont hospitalisés en psychiatrie.

Les consultations psychiatriques en ambulatoire concernent 1 328 jeunes de moins de 15 ans en moyenne chaque année dans le Val de Lorraine, soit 5 888 pour 100 000. Ce taux est presque deux fois supérieur au taux régional (3 133). Il est encore plus élevé en Mad et Moselle (7 738 pour 100 000).

Le taux de patients âgés de 15 à 24 ans consultants en psychiatrie en ambulatoire est également plus élevé dans le Val de Lorraine (4 565 pour 100 000) que dans le Grand Est (3 010). Les taux sont également plus élevés en Mad et Moselle (6 294).

Nombres annuels et taux bruts (pour 100 000) de patients âgés de moins de 25 ans hospitalisés en HAD en 2015-2017

	0-14 ans		15-24 ans	
	Nb / an	Taux	Nb / an	Taux
Val de Lorraine	nd	nd	15	116
Meurthe-&-M.	5	4	85	84
Grand Est	49	5	354	53
France métropolitaine	1 337	11	3 927	52

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$).
Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$).
Dans le Grand Est les taux sont comparés aux taux nationaux.
nd : non diffusables (les nombres inférieurs à 10 sont soumis au secret statistique)
Source : Atih (PMSI-HAD), exploitation ORS GE

Nombres annuels et taux bruts (pour 100 000) de patients âgés de moins de 25 ans hospitalisés en psychiatrie en 2015-2017

	0-14 ans		15-24 ans	
	Nb / an	Taux	Nb / an	Taux
Val de Lorraine	51	226	70	531
Meurthe-&-M.	225	176	421	413
Grand Est	1 907	196	2 574	387
France métropolitaine	19 482	166	33 530	441

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$).
Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$).
Dans le Grand Est les taux sont comparés aux taux nationaux.
Source : Atih (Rim-P), exploitation ORS GE

Nombres annuels et taux bruts (pour 100 000) de patients âgés de moins de 25 ans ayant eu une consultation en ambulatoire en psychiatrie en 2015-2017

	0-14 ans		15-24 ans	
	Nb / an	Taux	Nb / an	Taux
Mad et Moselle	291	7 738	128	6 294
Bassin de Pont-à-Mousson	407	5 596	207	4 533
Bassin de Pompey	461	5 979	179	3 863
Seille-et-Grand-Couronné	169	4 436	86	4 511
Val de Lorraine	1 328	5 888	600	4 565
Meurthe-&-M.	6 490	5 083	4 146	4 071
Grand Est	30 507	3 133	20 030	3 010
France métropolitaine	321 820	2 748	211 674	2 783

Les taux surlignés en rose sont significativement supérieurs au taux régional ($p < 0,05$).
Dans le Grand Est les taux sont comparés aux taux nationaux.
Source : Atih (Rim-P), exploitation ORS GE

■ Interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Entre 2013 et 2017, en moyenne 256 habitantes du Val de Lorraine effectuent une IVG à l'hôpital chaque année. Onze d'entre elles ont moins de 18 ans, soit un taux de 5 pour 100 000 un peu plus faible que le taux de 7 pour 100 000 observé dans le Grand Est.

Ces données ne prennent pas en compte les IVG pratiquées en cabinet médical ou dans des centres de santé ou de planification et d'éducation familiale. En 2017, sur 13 959 IVG pratiquées dans le Grand Est (tous âges confondus), 1 035, soit 7,4 % ne sont pas pratiquées à l'hôpital³.

³ DREES, 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017, Etudes & Résultats n°2081, septembre 2018

Nombres annuels et taux bruts (pour 100 000) d'IVG pratiquées à l'hôpital en 2013-2017

	15-17 ans		Tous âges	
	Nb / an	Taux	Nb / an	Taux
Val de Lorraine	11	5	256	12
Meurthe-&-M.	92	7	1 888	13
Grand Est	658	7	13 505	13
France métropolitaine	8 341	7	167 920	14

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$)
Source : Atih (PMSI-MCO), exploitation ORS GE

Les grossesses chez les adolescentes

Entre 2012 et 2016, chaque année, en moyenne, 7 habitantes du Val de Lorraine âgées de moins de 18 ans accouchent et 11 effectuent un IVG à l'hôpital. Soit un total de 18 grossesses par an sans tenir compte des éventuels IVG hors du milieu hospitalier.

Le taux de grossesses adolescentes, égal à 8 pour 100 000 est inférieur au taux départemental (12) et régional (10).

Nombres annuels et taux bruts (pour 100 000) de grossesses avant 18 ans en 2012-2016

	Accouchements ¹	IVG à l'hôpital	Ensemble des grossesses	
	Nb / an	Nb / an	Nb / an	Taux ²
Val de Lorraine	7	11	18	8
Meurthe-&-M.	44	92	136	12
Grand Est	344	658	1 002	10
France métropolitaine	3 483	8 341	11 824	10

Source : Insee (Etat-Civil), Atih (PMSI-MCO), exploitation ORS GE

Les taux surlignés en vert sont significativement inférieurs au taux régional ($p < 0,05$)

1: Accouchements aboutissants à des naissances vivantes ou des naissances sans vie, des naissances simples ou multiples (ces nombres sont différents des nombres de naissances vivantes).

2: Les nombres de grossesses avant 15 ans étant très rares, les taux sont calculés par rapport aux femmes âgées de 15 à 17 ans

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

Au 31 décembre 2016, 345 enfants étaient couverts par l'AEEH, soit 1,1% des enfants de moins de 20 ans résidant dans le Val de Lorraine. Ce taux est équivalent au taux départemental (1,0%) mais inférieur au taux régional (1,4%).

Les taux d'enfants couverts par l'AEEH varient selon l'âge de 0,3% avant 3 ans à 1,5% entre 6 et 15 ans.

Le nombre d'enfants couverts a augmenté de 9% entre 2012 et 2016 (de 316 à 345). Ainsi, le taux d'enfants bénéficiant de l'AEEH a augmenté de 1,0% à 1,1% entre ces deux dates.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

L'AEEH est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge. Elle peut être complétée dans certains cas d'un complément d'allocation. Cette allocation n'est pas soumise à condition de ressources.

Le niveau du complément à l'AEEH dépend du montant mensuel des dépenses liées au handicap, du temps d'embauche d'un tiers et des conséquences sur le temps de travail des parents. Le niveau 6 est versé aux familles pour lesquelles les contraintes sont les plus lourdes

Nombres d'enfants couverts par l'AEEH au 31 décembre 2016 et taux de couverture pour 100 enfants âgés de 0 à 19 ans

	Enfants couverts par l'AEEH		Dont bénéficiaires du complément de niveau :					
	Nb	Part	1 ou 2		3 ou 4		5 ou 6	
			Nb	Part	Nb	Part	Nb	Part
Mad et Moselle	41	0,8%	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Bassin de Pont-à-Mousson	116	1,1%	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Bassin de Pompey	133	1,2%	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Seille et Grand-Couronné	55	1,1%	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Val de Lorraine	345	1,1%	49	0,2%	29	0,1%	0	0,0%
Meurthe-&-M.	1 922	1,0%	347	0,2%	176	0,1%	14	0,0%
Grand Est	19 330	1,4%	3 781	0,3%	1 931	0,1%	258	0,0%
France M.	259 740	1,6%	58 325	0,4%	37 648	0,2%	5 138	0,0%

nd : non diffusables (les nombres inférieurs à 10 sont soumis au secret statistique)

Source : Insee (Etat-Civil), exploitation ORS GE

La santé des personnes âgées

Les personnes âgées sont particulièrement confrontées à des problèmes de santé. Les taux de mortalité et de morbidité augmentent avec l'âge de façon exponentielle jusqu'à 95 ans environ. La solitude, dont la fréquence augmente aussi avec l'âge et concerne la majorité des femmes à partir de 80 ans, est un facteur de fragilisation qui peut accentuer ou conduire à la dépendance. Certaines pathologies, souvent chroniques, sont spécifiques aux personnes âgées. C'est le cas de la maladie d'Alzheimer, qui constitue un important facteur de dépendance.

En France en 2016, les hommes passent en moyenne 16,6 ans en situation d'incapacité à la fin de leur vie et les femmes 21,2 ans. Il y a, en effet, un écart entre l'espérance de vie sans incapacité (62,7 ans pour les hommes et 64,1 pour les femmes) et l'espérance de vie totale (79,3 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes).

En 2015, 32 112 personnes âgées de 65 ans ou plus vivent dans le Val de Lorraine, soit 26,7 % de la population du territoire, contre 27,6 % dans l'ensemble du Grand Est. On recense 10 340 personnes âgées de 75 ans ou plus dans le territoire du PETR, soit 8,6 % de la population contre 9,2 %

dans l'ensemble de la région. Dans le Val de Lorraine, 29 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivent seules. Cette proportion atteint 44 % à partir de 80 ans et elle est encore plus élevée chez les femmes (53 %).

▪ Au moins 2 579 personnes âgées de 65 ans ou plus seraient dépendantes dans le Val de Lorraine

Les statistiques permettant de connaître la prévalence de la dépendance sont peu développées à l'échelon local. Il existe des études nationales réalisées tous les 10 ans environ (Enquête HID de 1998-1999, Enquête Handicap-Santé en 2008-2009, enquête EHPA 2015) qui abordent différents aspects du handicap et de la dépendance. Mais leur transposition au niveau local est hasardeuse.

A ce niveau, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est la meilleure source de connaissance de la dépendance à domicile. Toutefois, elle n'est pas exhaustive dans la mesure où l'APA n'est pas la seule allocation versée aux personnes dépendantes et où, pour bénéficier de l'APA, une personne ou un de ses proches doit en avoir fait la demande. Ainsi, une partie des personnes dépendantes peut échapper à ces statistiques.

Au 31 décembre 2017, 1 525 personnes bénéficient de l'APA à domicile dans le Val de Lorraine, soit un taux de 75 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus à domicile. Ce taux est proche du taux départemental (72) et nettement supérieur au niveau régional (49). Parmi ces bénéficiaires, 341 sont en GIR1 ou 2, ce qui signifie qu'elles ont un niveau de dépendance

élevé. Elles représentent 17 personnes âgées de 65 ans à domicile sur 1 000, ce qui est supérieur au taux départemental (13) et régional (11).

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Cette allocation est versée aux personnes âgées de 60 ans ou plus en situation de dépendance. Elle permet de payer en totalité ou en partie les dépenses nécessaires au maintien à domicile (APA à domicile) ou à payer une partie du tarif dépendance de l'établissement dans lequel est logée la personne âgée (APA en établissement). Le niveau de dépendance est évalué en fonction de la grille AGGIR :

Cette grille mesure les capacités des personnes âgées à accomplir 10 activités corporelles et mentales et 7 activités domestiques et sociales.

En fonction de la perte d'autonomie, les personnes âgées sont classées dans des groupes iso-ressources (GIR).

Le GIR1 correspond au degré de dépendance le plus élevé (personne confinée au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ou personne en fin de vie). Le GIR6 correspond aux personnes autonomes pour les actes essentiels de la vie courante.

Nombres et taux de bénéficiaires de l'APA à domicile par GIR au 31 décembre 2017

	GIR 1 ou 2		GIR 3		GIR 4		Ensemble		
	Nombres	Taux ²	Nombres	Taux ²	Nombres	Taux ²	Nombres	Taux ²	Taux ³
Mad et Moselle	48	16	52	17	133	44	233	77	66
Bassin de Pont-à-Mousson	151	22	145	21	267	38	563	81	79
Bassin de Pompey	93	12	133	17	309	40	535	70	65
Seille et Grand-Couronné	49	17	43	15	102	36	194	68	68
Val de Lorraine	341	17	373	18	811	40	1 525	75	70
Meurthe-&-M.	1 637	13	2 077	17	5 334	43	9 048	72	69
Grand Est	10 829	11	10 987	11	26 140	27	47 956	49	47
France M.	139 654	12	165 996	15	438 131	38	743 781	65	62

Sources : Conseils départementaux (données au 31-12-2017), Enquête sociale 2016 (données au 31-12-2016)

1 : Données au 31-12-2016

2 : Taux pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile

3 : Taux pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile ou en institution

L'estimation du nombre de personnes dépendantes en établissement est réalisée à partir de l'enquête EHPA⁴ de 2015. Les données de l'APA ne peuvent pas être utilisées dans la mesure où elles n'incluent pas les établissements sous dotation globale.

Parmi les 1 289 personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en établissement en 2015, on peut estimer que 1 054 d'entre elles sont dépendantes

(GIR 1 à 4), soit 82 % des résidents. Rapporté à l'ensemble de la population âgée de 65 ans ou plus dans le territoire, cela correspond à un taux de 48 pour 1 000 ce qui est plus élevé que dans l'ensemble de la région. Ce taux varie, en fonction de l'équipement des territoires, de 0 en Seille et Grand Couronné à 123 en Mad et Moselle.

⁴ L'enquête EHPA de 2015 a été réalisée par la DREES en France auprès d'un échantillon de résidents des établissements accueillant des personnes âgées. Les estimations réalisées ici consistent à appliquer les taux par tranche d'âge quinquennale observés au niveau national à la population recensée dans les établissements de chaque territoire en 2015.

Estimation du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus dépendantes en institution au 1^{er} janvier 2015 et taux pour 1 000 habitants âgés de 65 ans

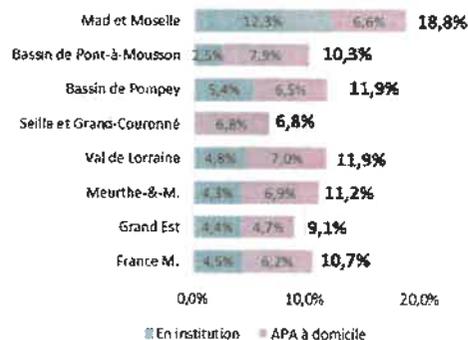
	Personnes vivant en institution		Personnes en GIR 1 à 4 (estimation)	
	Nombres	Taux	Nombres	Taux
Mad et Moselle	536	151	435	123
Bassin de Pont-à-Mousson	212	30	177	25
Bassin de Pompey	541	66	443	54
Seille et Grand-Couronné	0	0	0	0
Val de Lorraine	1 289	59	1 054	48
Meurthe-&-M.	6 901	52	5 700	43
Grand Est	54 320	53	44 909	44
France M.	653 167	54	541 420	45

Source : Insee (Recensement), exploitation ORS GE

En cumulant le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et le nombre estimé de personnes dépendantes âgées de 65 ans ou plus vivant en établissement, on peut estimer qu'au moins 2 579 personnes âgées de 65 ans ou plus sont en situation de dépendance dans le territoire du PETR, soit 11,9 % de la population de cette tranche d'âge.

Ce taux est légèrement supérieur au taux départemental (11,2 %) et nettement supérieur au taux régional (9,1 %). Il est plus élevé en Mad et Moselle (18,8 %) où plusieurs établissements sont implantés. Il est plus faible en Seille et Grand Couronné (6,8 %) où il n'y a pas d'établissement.

Part de la population âgée de 65 ans ou plus estimée dépendante en Institution au 1^{er} janvier 2015 ou bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2017



Source : Insee (Recensement), Conseils départementaux, DREES Enquête sociale 2016, exploitation ORS GE

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des autres démences peut s'avérer assez difficile. Ainsi, une grande partie des personnes atteintes n'est pas connue et pas prise en charge faute de diagnostic.

Le nombre de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou par une autre démence ne peut donc qu'être estimé en appliquant les résultats d'études ponctuelles à la population du territoire du PETR. La dernière étude de référence, permettant de mesurer des prévalences par âge, sexe et type de lieu de domicile en France date de 1999. Il s'agit de la cohorte Paquid. Elle permet d'estimer à 1 450 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans le Val de Lorraine, soit environ quatre fois plus que le nombre de personnes en ALD pour cette même pathologie (349). Le nombre total de personnes atteintes par une démence serait, quant à lui, égal à 1 810, soit presque trois fois plus que le nombre de personnes en ALD (691).

Les données de l'assurance maladie⁵ permettent d'identifier les patients ayant reçu des soins pour une démence, qu'elles soient en ALD ou non. Elles indiquent que 5 950 personnes couvertes par le régime général sont traitées pour ces pathologies en Meurthe-et-Moselle en 2016. En tenant compte du fait que ce régime couvre environ 85 % de la population, le nombre total de personnes traitées pourrait être d'environ 7 000 dans le département et de 1 200 dans le Val de Lorraine⁶. Comparé au nombre estimé de personnes atteintes (1 810), on peut supposer qu'environ un tiers des malades, soit environ 600 personnes ne seraient pas traitées pour leur démence.

⁵ Source : SNIIRAM/SNDS/Régime général + sections locales mutualistes

⁶ Au 31 décembre 2016, 17,6 % des patients en ALD pour démence en Meurthe-et-Moselle résident dans le Val de Lorraine. En appliquant cette proportion aux 7 000 personnes qui pourraient être traités pour ces pathologies dans le département, on estime que ce nombre pourrait être égal à 1 200 dans le Val de Lorraine.

Maladie d'Alzheimer ou autres démences : Estimation du nombre de personnes atteintes 1^{er} janvier 2015, prévalence du nombre de personnes en ALD et taux standardisé (pour 100 000) au 31 décembre 2016

	Alzheimer			Ensemble des démences		
	Estimations		Tx. St.	Estimations		Tx. St.
	Nombres	Prévalence des ALD		Nombres	Prévalence des ALD	
Mad et Moselle	278	56	238	344	126	524
Bassin de Pont-à-Mousson	470	106	254	588	229	559
Bassin de Pompey	548	143	291	684	270	549
Seille et Gd-Couronné	154	44	312	194	66	458
Val de Lorraine	1 450	349	272	1 810	691	535
Meurthe-&-M.	9 518	2 099	252	11 860	3 915	469
Grand Est	72 139	20 381	322	90 011	32 804	518
France M.	881 976	255 915	330	1 098 097	409 490	527

Source : Insee (Recensement), Cohorte Paquid, ChamTS, MSA, RSI, exploitation ORS GE

La mortalité à partir de 65 ans

Entre 2011 et 2015, on enregistre 885 décès par an de personnes âgées de 65 ans ou plus dans le Val de Lorraine, soit un taux de 4 271 pour 100 000 ce qui est supérieur au taux régional (3 928). Ce taux est plus élevé en Mad et Moselle

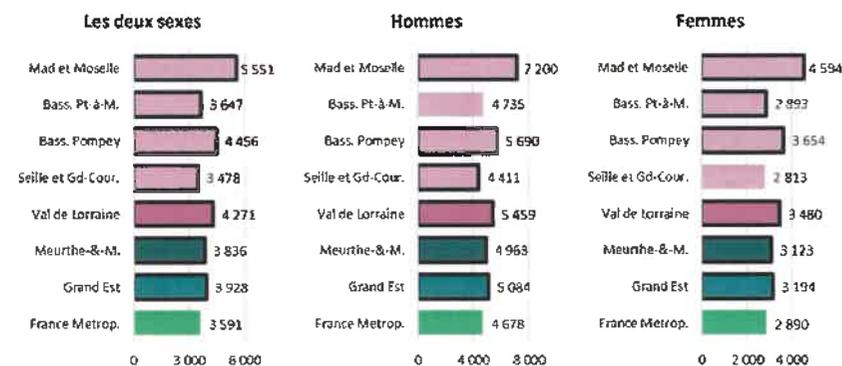
(5 551) probablement du fait de la présence de plusieurs établissements accueillant des personnes âgées dont l'état de santé est généralement moins satisfaisant que les personnes du même âge vivant à domicile.

Nombres annuels moyens de décès à 65 ans ou plus en 2011-2015

	Hommes	Femmes	Ensemble
Mad et Moselle	89	123	212
Bassin de Pont-à-Mousson	124	124	249
Bassin de Pompey	157	184	341
Seille et Grand-Couronné	43	40	83
Val de Lorraine	414	471	885
Meurthe-&-M.	2 351	2 808	5 159
Grand Est	18 503	21 719	40 222
France M.	210 003	241 457	451 459

Source : Inserm (CépiDC), exploitation ORS GE

Taux comparatifs de mortalité à 65 ans ou plus en 2011-2015



Source : Inserm (CépiDC), exploitation ORS GE

▪ Equipements pour les personnes âgées

En 2018, le Val de Lorraine compte 21 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) soit 1 233 places au total et 11 résidences autonomie disposant de 300 places au total permettant d'accueillir des personnes âgées en hébergement complet.

Rapportée à la population âgée de 75 ans ou plus, le nombre de places pour personnes âgées est un peu plus élevé que dans l'ensemble du département (148 pour 1 000 contre 142) et

nettement plus que dans l'ensemble de la région (128) malgré l'absence d'unité de soins de longue durée sur le territoire.

Les personnes âgées vivant dans le Val de Lorraine bénéficient également de 3 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) d'une capacité totale de 149 places et 12 services d'aides et d'accompagnement à domicile situés essentiellement dans la vallée de la Moselle.

Nombres et taux de places en établissement pour personnes âgées au 31 décembre 2017

	Résidences autonomie	EHPA*	EHPAD	USLD	Total général	
	Places	Places	Places	Places	Places	Taux ¹
Mad et Moselle	30	0	492	0	522	292
Bassin de Pont-À-Mousson	154	0	172	0	326	83
Bassin de Pompey	116	0	319	0	435	126
Seille et Grand Couronné	0	0	250	0	250	213
Val de Lorraine	300	0	1 233	0	1 533	148
Meurthe-&M.	2 426	34	6 564	422	9 446	142
Grand Est	11 149	670	50 883	2 920	65 622	128
France métrop.	118 915	6 430	594 170	31 069	750 584	125

Source : SAE 2017, DREES, FINESS, exploitation ORS GE

* : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (établissement accueillant moins de 15 % de personnes âgées en GIR 1 à 3 ou moins de 10 % de personnes âgées en GIR 1 à 2. Au-dessus de ces seuils, il s'agit d'EHPAD)

1 : Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Les services à domicile destinés aux personnes âgées

Service	Capacité
Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D.)	
SAD ADMR Le Pain de Sucre	Champenux
SAD ADMR	Dieulouard
Service d'aide aux personnes BCS	Dieulouard
SAD ADMR des 3 vallées	Pagny-sur-Moselle
SAD ADMR Vallée de la Seille	Nomeny
SAD ADMR du Val des Faux	Custines
SAAD du côté de chez soi - VITAM	Custines
SAD ADMR en Pays mussipontain	Pont-à-Mousson
BSPAD - Service d'aide à la personne	Pont-à-Mousson
SAAD JIBE Services	Pont-à-Mousson
Service auxiliaire de vie	Novéant-sur-Moselle
SAD Fondation Bopard	Novéant-sur-Moselle
Service de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D)	
SSIAD HLI	Pompey
SSIAD Du Val de Lorraine	Blénod-les-P-à-M.
SSIAD Rattaché à la MR Les Hêtres	Faulx

Source : SAE 2017, DREES, FINESS exploitation ORS GE

▪ Population vivant en établissement

Les moins de 20 ans : En 2015, 269 enfants de moins de 20 ans vivent dans un établissement médicalisé ou médico-social dans le Val de Lorraine, soit 0,9 % de la population de cette tranche d'âge. Les principaux établissements sont situés à :

- Bouxière-aux-Dames : 75 enfants dans la maison d'enfants à caractère social – MECS - de Clairjoie
- Vilcey-sur-Trey : 58 enfants dans la MECS La Chaumière
- Pompey : 45 enfants dont une partie en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)
- Pont-à-Mousson : 41 enfants dans plusieurs établissements (MECS réalise et 2 foyers de l'enfance)
- Array-et-Han : 41 enfants dans la MECS de Han-sur-Seille.

Les maisons d'enfants à caractère social (MECS) :

Il s'agit d'établissements sociaux ou médico-sociaux spécialisés dans l'accueil temporaire de mineurs en difficulté. Ils fonctionnent en internat complet ou en foyer ouvert.

Le placement en MECS a notamment lieu dans les cas de violence familiale, de difficultés psychologiques ou psychiatriques des parents, de problème d'alcoolisme, toxicomanie, de graves conflits familiaux, de carences éducatives, de problèmes comportementaux de l'enfant, ou de l'isolement en France d'un enfant étranger.

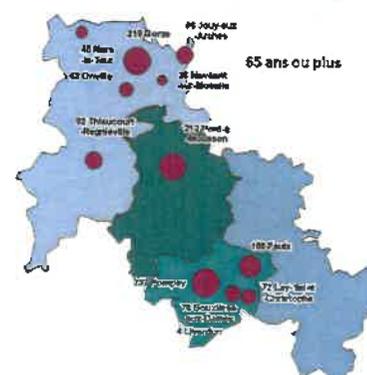
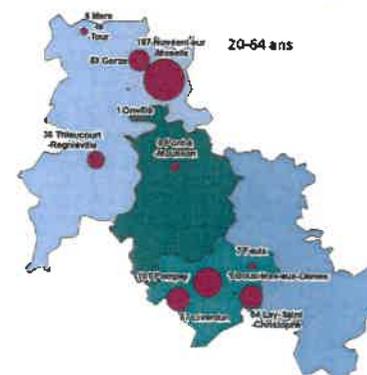
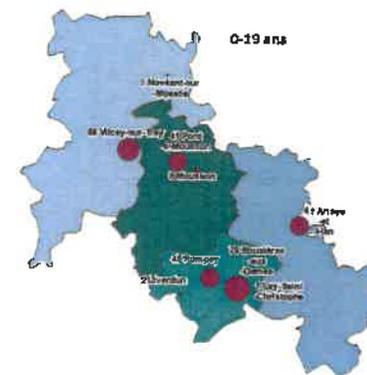
Source : Action sociale.org

Les plus de 20 ans : les établissements sociaux, médicaux et médico-sociaux du Val de Lorraine accueillent 540 personnes âgées de 20 à 64 ans, soit 0,8 % de la population de cette tranche d'âge. La commune de Novéant-sur-Moselle où sont situés plusieurs établissements pour adultes handicapés en accueille le plus grand nombre (197 personnes) devant Pompey (101, dont une partie en CADA), Liverdun (67), Lay-Saint-Christophe (64) et Gorze (53)

En 2015, on recense 1 289 personnes âgées de 65 ans ou plus en établissement médical, social ou médico-social, soit 5,9 % de la population de cette tranche d'âge.

Ces établissements sont principalement situés sur les communes de Pompey (237 personnes), Gorze (219), Pont-à-Mousson (212) et Faulx (150).

Population vivant dans un établissement médical, médico-social ou social en 2015



Santé mentale

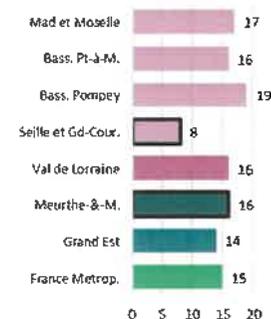
L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »⁷. De la même façon que pour la santé en général, la santé mentale ne se limite pas à l'existence ou non de maladies. Elle couvre des champs plus vastes et fait apparaître l'inclusion sociale comme un des déterminants majeurs d'un bon état de santé mentale. Il existe encore peu d'indicateurs permettant de mesurer la santé mentale d'une population en dehors des aspects négatifs les plus graves. La mortalité par suicide, les personnes en ALD pour affections psychiatriques ou les personnes hospitalisées en hôpital psychiatrique restent les principaux indicateurs utilisés.

▪ Suicide et tentatives de suicide

Entre 2011 et 2015, on enregistre 20 décès par an dans le Val de Lorraine dont 77 % d'hommes et 23 % de femmes. Le taux comparatif de mortalité par suicide s'élève à 16 pour 100 000, comme dans le reste du département. Il n'est pas significativement différent du niveau régional ou national. Un taux plus faible, égal à 8 pour 100 000, est observé en Seille et Grand Couronné.

Le nombre de patients résidant dans le Val de Lorraine hospitalisés pour tentative de suicide est presque cinq fois plus élevé que le nombre de décès par suicide. En effet, entre 2015 et 2017, il était égal à 94 par an en moyenne. Ces statistiques ne recouvrent qu'une partie des tentatives de suicides. En effet, les hôpitaux n'ont pas d'obligation de renseigner cette information dans le PMSI et une partie des tentatives de suicide ne donne pas lieu à une hospitalisation.

Taux comparatifs de mortalité par suicide en 2011-2015



Source : Inserm (CépidC), exploitation ORS GE

▪ ALD pour affections psychiatriques de longue durée

Les affections psychiatriques de longue durée

Les ALD pour affections psychiatriques de longue durée regroupent quatre types de pathologies : Les psychoses, les troubles de l'humeur, les déficiences intellectuelles ou troubles graves du développement durant l'enfance et, les troubles névrotiques ou troubles de la personnalité et du développement. Pour relever d'une ALD, ces pathologies doivent avoir une ancienneté supérieure à un an chez le patient lors de la demande et elles doivent avoir des conséquences fonctionnelles (aspect cognitifs, affectifs, comportementaux) entraînant un handicap dans la vie quotidienne des patients.

Les affections psychiatriques de longue durée représentent la 6^{ème} cause d'ALD dans le Val de Lorraine tous âges confondus et la première pathologie avant 25 ans.

Au 31 décembre 2016, 1 256 habitants du Val de Lorraine sont en ALD pour une affection

psychiatrique, soit, après standardisation sur l'âge, un taux de 1 053 sur 100 000, ce qui est nettement inférieur aux taux départemental (1 374) et régional (1 760) et deux fois plus faible que le taux national (2 348).

Le taux de patients ayant eu une consultation en psychiatrie ambulatoire (4 087 pour 100 000) est en revanche beaucoup plus élevé dans le Val de Lorraine que dans l'ensemble du Grand Est (2 820) ou de la France métropolitaine (2 618).

Au niveau des EPCI, le taux de personnes en ALD pour affection psychiatrique est plus élevé dans le Bassin de Pompey (1 298) et il est plus faible sur Seille et Grand Couronné (728).

Chaque année, entre 2012 et 2014, 149 habitants du Val de Lorraine sont nouvellement admis en ALD pour affection psychiatrique, soit 129 pour 100 000. Ce taux est également inférieur aux niveaux départemental, régional et national.

Nombres annuels d'admissions en 2012-2014 (incidence) et de personnes en ALD au 31 décembre 2016 (prévalence) pour affections psychiatriques de longue durée

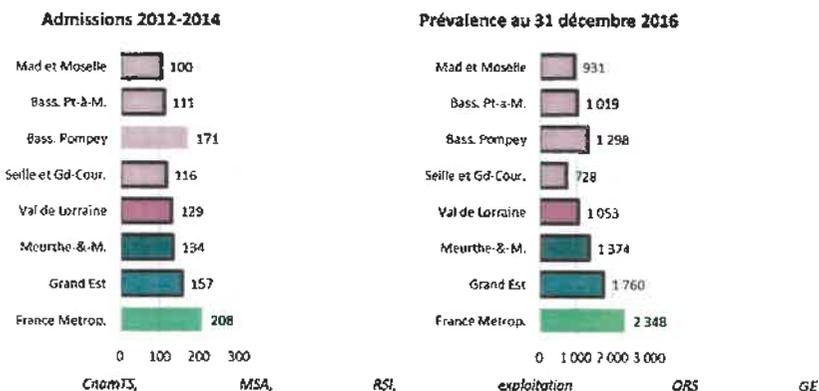
	Incidence			Prévalence		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total

⁷ OMS, Promoting Mental Health-Concepts, Emerging Evidence and Practice, 2005

Mad et Moselle	11	9	20	96	98	194
Bassin de Pont-à-Mousson	23	21	44	183	223	406
Bassin de Pompey	37	29	65	253	268	521
Seille et Grand-Couronné	10	11	20	64	71	135
Val de Lorraine	80	69	149	596	660	1 256
Meurthe-&-M.	506	430	935	4 893	4 897	9 790
Grand Est	4 107	4 370	8 473	46 562	50 866	97 428
France M.	59 828	68 658	128 434	667 673	829 109	1 496 782

Source : CnamTS, MSA, ASI, exploitation ORS GE

Taux comparatifs d'admissions (2012-2014) et de personnes en ALD (31 décembre 2016) pour affections psychiatriques de longue durée



Source : CnamTS, MSA, ASI, exploitation ORS GE

Hospitalisations et consultations en psychiatrie

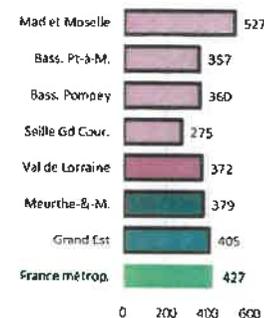
Les troubles psychiatriques sont principalement suivis en ambulatoire dans des établissements tels que les centres médico-psychologiques (CMP) où 53 276 consultations sont effectuées annuellement par des habitants du Val de Lorraine entre 2015 et 2017. Plus rarement, ces troubles entraînent un séjour hospitalier (1 093 séjours par an).

Entre 2015 et 2017, 4 860 patients du Val de Lorraine ont consulté en psychiatrie ambulatoire, soit 4 087 pour 100 000. Ce taux est proche du taux départemental (4 161), mais nettement supérieur au

taux régional (2 820) ou national (2 618). Des taux plus élevés sont observés dans le Bassin de Pont-à-Mousson (4 523) et en Mad et Moselle (4 779).

En moyenne, 438 patients du Val de Lorraine sont hospitalisés chaque année en psychiatrie, ce qui représente un taux de 372 patients pour 100 000 équivalent au taux départemental (379) et inférieur au taux régional (405). Ce taux atteint 527 pour 100 000 en Mad et Moselle où sont implantés des établissements accueillant des personnes en situation de handicap.

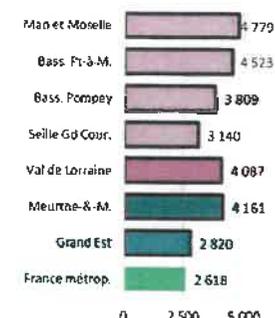
Taux standardisés de patients hospitalisés en psychiatrie en 2015-2017 (pour 100 000)



■ Taux significativement différent du taux observé dans le Grand Est (p<0,05)
□ Pour le Grand Est : Taux significativement différent du taux national

Source : ATIH (RIM-P), exploitation ORS GE

Taux standardisés de patients ayant consulté en psychiatrie ambulatoire en 2015-2017 (pour 100 000)



■ Taux significativement différent du taux observé dans le Grand Est (p<0,05)
□ Pour le Grand Est : Taux significativement différent du taux national

Source : ATIH (RIM-P), exploitation ORS GE

Nombre annuel de séjours et de patients hospitalisés en psychiatrie et nombre annuel de consultations et de patients en psychiatrie ambulatoire en 2015-2017

	Hospitalisations		Ambulatoire	
	Séjours	Patients	Consultations	Patients
Mad et Moselle	277	104	12 669	962
Bassin de Pont-à-Mousson	379	140	18 608	1 778
Bassin de Pompey	307	144	16 582	1 541
Seille-et-Grand Couronné	130	50	5 418	580
Val de Lorraine	1 093	438	53 276	4 860
Meurthe-&-M.	6 778	2 762	335 632	30 148
Grand Est	61 922	22 481	2 034 256	154 936
France métropolitaine	856 864	272 163	20 952 246	1 665 403

Source : ATIH (RIM-P), exploitation ORS GE

Offre hospitalière en psychiatrie

Les établissements situés dans le Val de Lorraine offrent 87 lits en psychiatrie :

- La maison de santé Sainte Margueritte de Novéant-sur-Moselle dispose de 68 lits à temps plein. Il s'agit d'une clinique spécialisée dans les thérapies comportementales et cognitives.
- L'unité de psychiatrie de Pont-à-Mousson (UPPAM), qui dépend du centre psychothérapeutique de Nancy (CPN), dispose de 19 lits d'hospitalisation à temps plein ou partiel. Elle est spécialisée dans l'évaluation et le traitement des pathologies mentales justifiant d'une hospitalisation de courte durée.

La sectorisation en psychiatrie joue un rôle important dans la mesure où elle détermine le lieu vers lequel un patient sera pris en charge en fonction de son lieu de domicile.

Le territoire du Val de Lorraine est couvert par 6 secteurs en psychiatrie adulte (voir les cartes en annexe) :

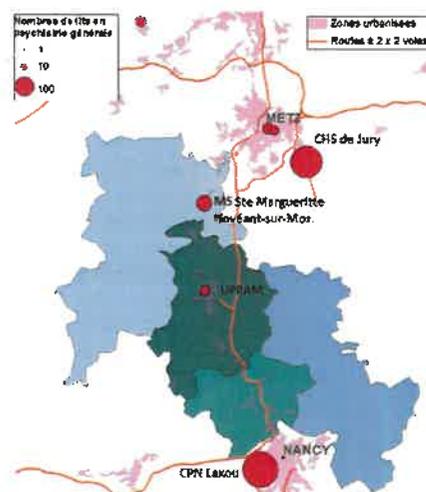
- La plus grande partie est couverte par le secteur 54G02 de Pont-à-Mousson
- Le sud de Seille et Grand Couronné est essentiellement couvert par le secteur 54G05
- L'extrême sud de Seille et Grand Couronné est couvert par le secteur 54G07
- Le sud de Mad et Moselle est couvert par le secteur 54G06 (Toul)
- Le nord-ouest de Mad et Moselle est couvert par le secteur 54G08 (Briey)

- La partie mosellane de Mad et Moselle est rattaché au CH de Jury (Moselle).

Le territoire du Val de Lorraine est couvert par 5 secteurs en psychiatrie infanto-juvénile (voir les cartes en annexe) :

- La plus grande partie est couverte par le secteur 54I01 de Pont-à-Mousson
- L'extrême sud de Seille et Grand Couronné est couvert par le secteur 54I02 de Lunéville
- Le sud de Mad et Moselle est couvert par le 54I04 (Toul)
- Le nord-ouest de Mad et Moselle est couvert par le 54I03 (Briey)
- La partie mosellane de Mad et Moselle est rattaché au CH de Jury

Répartition des hôpitaux psychiatriques en 2015



Nombres de lits et de places en hôpital et unité psychiatrique au 31 décembre 2017

	Lits (temps complet)				Places (temps partiel)	
	Temps plein	Placement familial thérapeut.	Centre de post-cure	Centre de crise et accueil des urgences	Hosp. de jour	Hosp. de nuit
CHS CPN Laxou	266	43	11	8	73	4
CHS de Jury	260	5	0	0	6	6
MS Ste-Margueritte Novéant	68	0	0	0	0	0
Hôpital Sainte-Blandine Metz	35	0	0	0	0	0
CH Maillot Briey	30	0	0	0	0	0
HIA Legouest Metz	24	0	0	0	4	0
CMP CATTIP Hop. de jour enfants Briey	0	0	0	0	6	0
Unité Psy. Pont-à-Mousson (UPPAM)	19*	0	0	0	0	0

Source : SAE 2017, DREES, exploitation ORS GE

* : temps plein ou partiel

Consultations en ambulatoire

La densité en psychologues et psychiatres libéraux est relativement faible dans le Val de Lorraine. En effet, avec 65 psychologues au 1^{er} janvier 2018, on compte 13 professionnels pour 100 000 habitants sur le territoire contre 19 dans le Grand Est et 33 en France métropolitaine. Avec 6 psychiatres libéraux, on compte 5 professionnels pour 100 000 habitants dans le Val de Lorraine contre 7 dans le Grand Est et 10 en France métropolitaine.

La proximité de Metz-Métropole et du Grand Nancy où les densités de ces professionnels sont beaucoup plus importantes (respectivement 45 et 47 pour les psychologues et 10 et 21 pour les

psychiatres) permet, toutefois, d'apporter une offre de soins complémentaire.

Les établissements permettant d'effectuer des consultations en psychiatrie sont également relativement peu nombreux dans le Val de Lorraine. Trois sont situés à Pont-à-Mousson et 1 à Pompey. Ils accueillent 26 558 consultations en ambulatoire sur les 46 061 effectuées par les habitants du Val de Lorraine en 2017, soit 58 %. Les autres consultations ont lieu surtout dans les territoires du Grand Nancy et de Metz Métropole.

Nombres et densités en psychologues et psychiatres libéraux au 1^{er} janvier 2018

	Psychologues		Psychiatres	
	Nombres	Densité ¹	Nombres	Densité ¹
Mad et Moselle	2	10	3	15
Bassin de Pont-à-Mousson	4	10	2	5
Bassin de Pompey	7	17	1	2
Seille et Grand-Couronné	4	22	0	0
Val de Lorraine	16	13	6	5
Meurthe-&-M.	170	23	65	9
Grand Est	1 039	19	395	7
France M.	21 420	33	6 388	10

Source : Adell, APPS, exploitation ORS GE

1 : Densités pour 100 000 habitants

Principaux établissements dans lesquels les habitants du Val de Lorraine ont effectué une consultation en psychiatrie ambulatoire en 2017

		Nombres de consultations
CMP Riolles	Pont-à-Mousson	9 545
CMP Lassaille	Pompey	8 143
CMP CATTIP Hop de jour	Maxéville	6 127
CMP CATTIP Pôle infanto-juvénile	Pont-à-Mousson	4 742
UPPAM unité psychiatrique adultes (CPN)	Pont-à-Mousson	4 128
CMP CATTIP ado-enfants et hosp de jour adultes	Essey-lès-Nancy	2 081
CHS centre psychotérique	Laxou	1 939
Hôpital Maillot	Briey	1 280
Urgences liaison UPPA-UAUP	Nancy	1 011
CMP adultes CPN	Saint-Nicolas-de-Port	835
Psychogériatrie (Pôle 2)	Metz	818
CMP CATTIP Hop de jour Madeleine	Nancy	542
Unité de pédopsychiatrie du CPN	Vandœuvre-lès-Nancy	516
CMP CATTIP (Pôle 5)	Montigny-lès-Metz	492
CMP CATTIP Adultes Pôle de Toul	Toul	453
CMP CATTIP adolescents (CPN-101)	Nancy	403
CHS de Jury centre consultations et soins	Metz	332
CMP CATTIP enfants ado Nations	Vandœuvre-lès-Nancy	305
CHS de Jury Accueil d'urgence Verlainne	Metz	238
CHS de Jury	Metz	233
CHS de Jury CMP CATTIP adultes Metz nord	Metz	226
CHS de Jury CMP adolescents de la Moselle	Metz	225
HIA Legouest	Metz	152
Pôle infanto juvénile CMP Brudchoux	Saint-Nicolas-de-Port	124
Service médico psychologique régional	Metz	120
CMP La Passerelle ado-enfants Hop jour adultes	Neuves-Maisons	114
CMP Médréville Hop jour adultes	Nancy	106
Autres établissements		832
Total		46 061

Source : Atih (RIM-F), exploitation ORS GE

Equipements pour les personnes handicapées

En 2018, le territoire du Val de Lorraine compte 14 établissements pour adultes handicapés et 3 établissements pour les enfants handicapés.

Ces établissements offrent 308 places d'hébergement pour les adultes dont 67 en foyer d'accueil médicalisés, 102 en foyer de vie, 60 en maison d'accueil spécialisée et 79 en foyer d'hébergement pour adultes handicapés ; 70

places d'hébergement pour les enfants et 94 places en service d'aide par le travail (ESAT).

Les divers établissements présents dans les agglomérations messines et nancéennes viennent compléter cette offre locale.

Nombres de places dans les établissements pour adultes handicapés en 2018

	Capacité
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.)	334
ESAT (CAPS)	22
ESAT Val de Lorraine - Atelier du Breuil	39
ESAT Val de Lorraine - Site fonderie	33
ESAT de l'inst. des j. aveugles et déf. visuels	45
ESAT (AEIM)	195
Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (F.A.M.)	67
FAM Handicapés vieillissants	12
Foyer expérimental adultes handicapés	55
Foyer de Vie pour Adultes Handicapés	102
FAS (CAPS)	44
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	48
Foyer de vie Les Erables	10
Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)	60
M.A.S. pour adultes handicapés	60
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	79
Foyer ESAT temps plein Les Erables (AEIM)	28
Foyer ESAT de semaine Les Erables (AEIM)	16
Foyer « Le Château de la Garenne »	35

Source : FINISS, exploitation ORS GE

Nombres de places dans les établissements pour enfants handicapés en 2018

	Capacité
Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)*	\\
Annexe CMPP Nancy (APEP 54)	\\
Institut Médico-Educatif (I.M.E.)	62
I.M.E. Claude Monet (AEIM)	62
Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile	8
Antenne du SESSAD de Maxéville	8

* Les CMPP sont des services médico-sociaux assurant des diagnostics, des consultations et des soins ambulatoires. Leur capacité ne peut donc pas être exprimée en nombre de places.

Source : FINISS, exploitation ORS GE

Synthèse du diagnostic

L'actualisation du volet quantitatif du diagnostic de santé du Val de Lorraine permet de prendre en compte les modifications territoriales intervenues depuis le premier diagnostic de 2015. Il porte uniquement sur les données de santé et sur l'offre de soins et il approfondi certaines thématiques définies par l'ARS Grand Est et le PETR du Val de Lorraine.

Le territoire du Val de Lorraine est situé entre les deux métropoles de Metz et de Nancy auxquelles il est relié par l'autoroute A31, ce qui permet à une partie de la population du territoire d'avoir accès aux offres de soins de ces deux grandes agglomérations alors qu'elles sont faiblement représentées sur le Val de Lorraine. Cela conduit, toutefois, à des inégalités d'accès à l'offre de soins pour les personnes les plus fragiles, à savoir celles n'étant pas en capacité de se déplacer pour de multiples raisons, physiques, financières, etc., ou encore pour les populations les plus éloignées des axes de communication.

Les densités en médecins généralistes et surtout en spécialistes libéraux sont nettement inférieures aux densités régionales. Un seul établissement hospitalier en MCO est présent sur le territoire. Il s'agit de l'hôpital de Pont-à-Mousson qui compte 44 lits en médecine. Le territoire ne compte, en revanche, aucune maternité.

Au regard des données de mortalité, l'état de santé de la population est plutôt défavorable, avec une surmortalité de 7 % par rapport à l'ensemble du Grand Est. Les indicateurs de morbidité sont plus mitigés avec un taux de personnes en affection de longue durée inférieur de 5 % au niveau régional et un taux de patients hospitalisés supérieur de 5 %. La mortalité est particulièrement élevée en Mad et Moselle (+37 % par rapport à la région), du fait de la présence de nombreux établissements pour personnes handicapées ou en perte d'autonomie. La présence de ces types d'établissements sur le Bassin de Pompey explique également la surmortalité qui y est observée (+9 %). La mortalité est, en revanche, inférieure de 14 % au niveau régional en Seille et Grand Couronné.

Par rapport au reste de la France et du Grand Est, la mortalité est particulièrement défavorable entre 70 et 84 ans dans le Val de Lorraine alors qu'elle est plutôt favorable avant 60 ans.

La population du Val de Lorraine est particulièrement touchée par le cancer de la trachée, des bronches et du poumon avec une surmortalité de 16 % par rapport à l'ensemble du Grand Est, un taux de personnes en ALD supérieur de 18 % et un taux de patients hospitalisés supérieur de 21%.

Par rapport à l'ensemble de la région, on observe également des surmortalités par insuffisances cardiaques (+29 %), par pneumonies et bronchopneumonies (+26 %), par cancer de la vessie (+44 %) et par maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (+43 %).

La morbidité liée à une cardiopathie ischémique semble être relativement élevée dans le territoire avec des taux supérieurs au niveau régional en ce qui concerne les personnes en ALD pour une maladie coronarique et en ce qui concerne les patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique.

En ce qui concerne le traitement des maladies psychiatriques, le Val de Lorraine présente la particularité d'avoir un taux de patients effectuant des consultations en ambulatoire 45 % supérieur au taux régional alors que le taux de personnes en ALD pour affection psychiatrique de longue durée est 40 % plus faible.

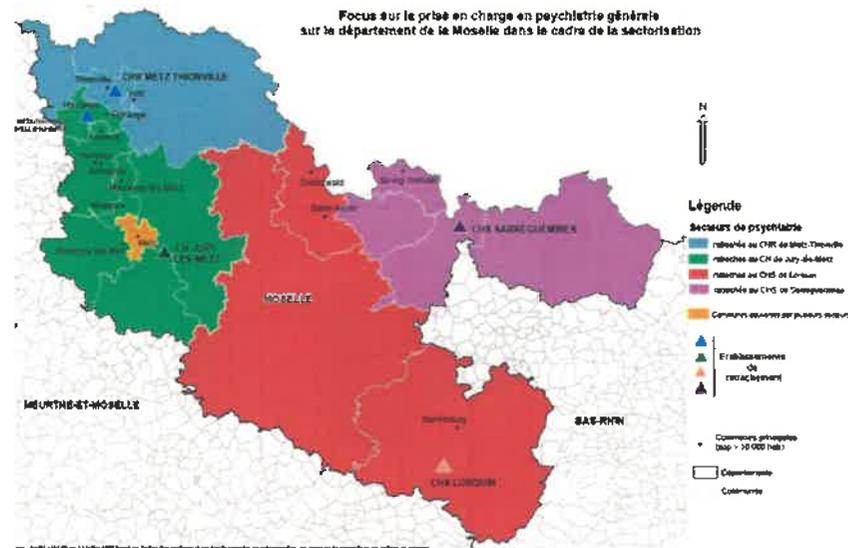
Annexes

Secteurs de psychiatrie adulte en Meurthe-et-Moselle

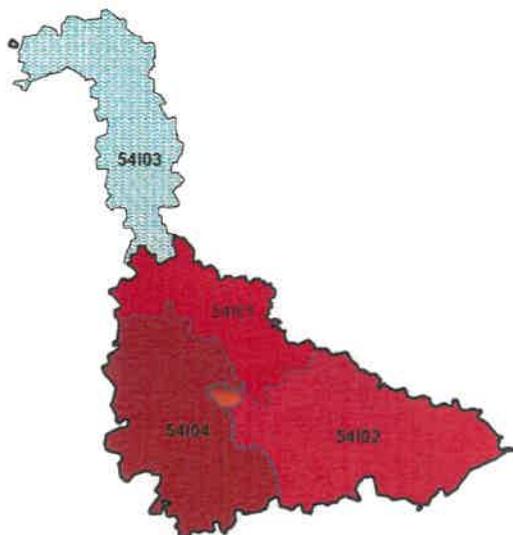


Secteurs de psychiatrie adulte en Moselle

Focus sur le prise en charge en psychiatrie générale sur le département de la Moselle dans le cadre de la sectorisation

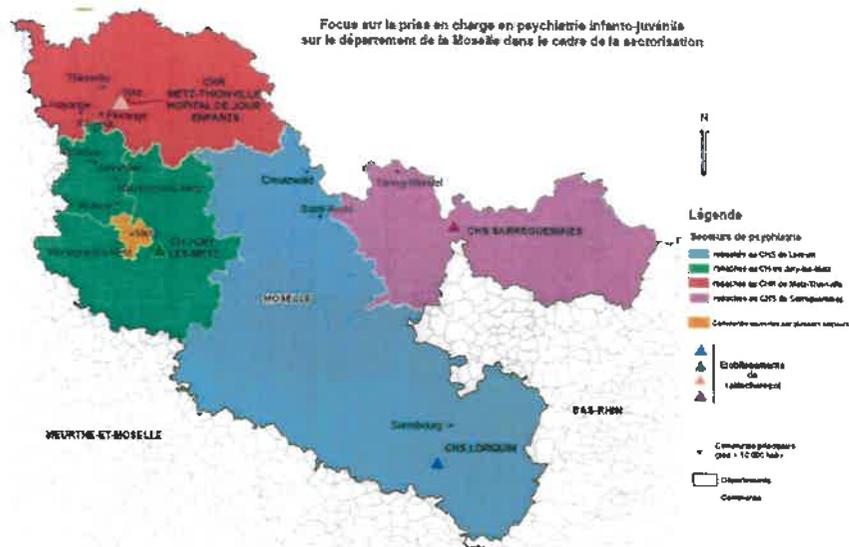


Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en Meurthe-et-Moselle



Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en Moselle

Focus sur la prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile sur le département de la Moselle dans le cadre de la sectorisation



Portraits de Santé

Territoire du PETR du Val de Lorraine

Communauté de Communes du Bassin de Pompey
Communauté de Communes du Bassin de Pont-à-Mousson
Communauté de Communes Mad & Moselle
Communauté de Communes Seille et Grand Couronné

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.

Meurthe-et-Moselle
département

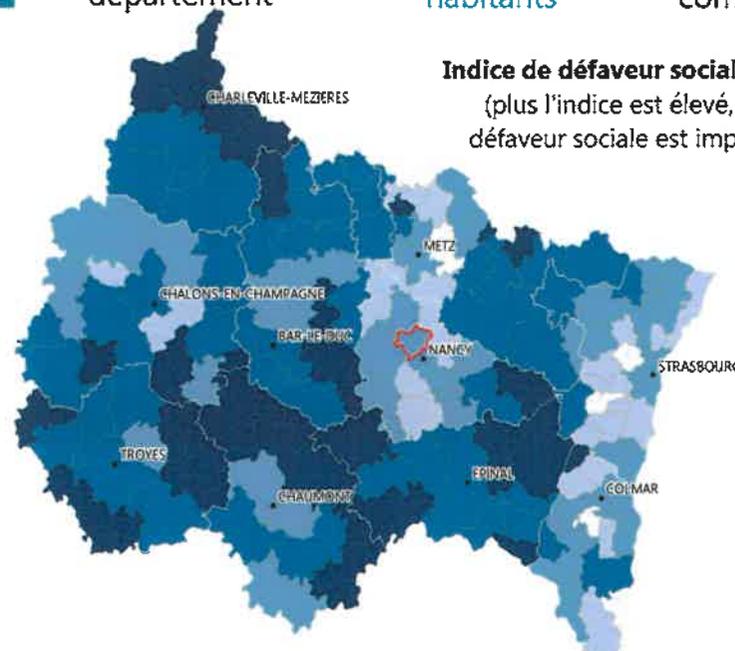
40 157

habitants

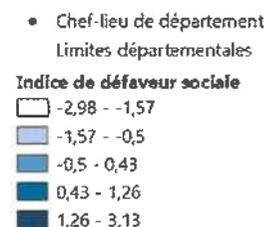
13

communes

EPCI à dominante
urbaine



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



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 σ) / (Taux ρ)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (<i>nombre de personnes au km²</i>)	40 157	258,1	96,7		119,7	139,9	0,92	192,8	36,2	-0,2 
2	Croissance annuelle de la population (<i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i>)	-455	-0,23	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (<i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i>)	-281	-0,14	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (<i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i>)		95,9	86,3		83,8	81,5		84,5	92,3	3,0 
5	Population vivant dans une commune rurale (<i>et part pour 100 individus</i>) (Cartographie en dernière page)	3 866	9,6	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	-0,1 

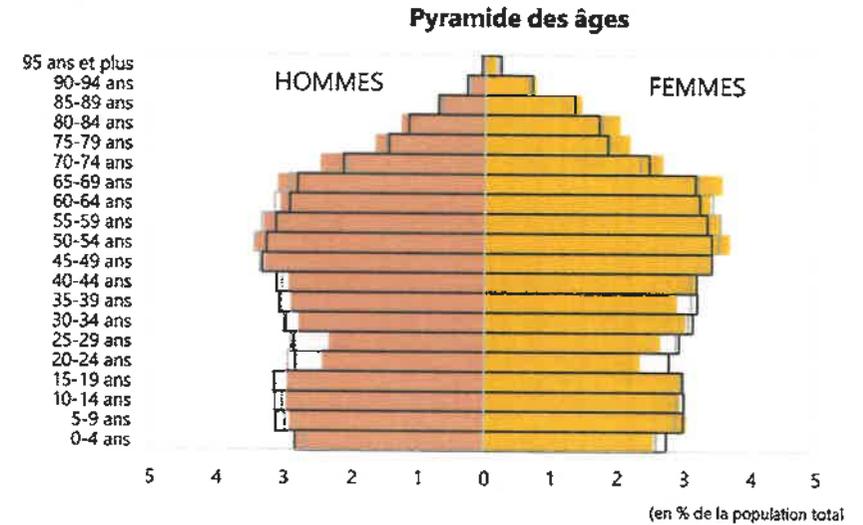
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

■ EPCI
■ Grand Est
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux d) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (carto p.1)		-0,1	0,4	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (et taux de chômage en %)	2 296	12,4	13,3	●	12,8	13,5	1,1	14,0	10,8	-0,7
8 Salariés précaires (et part pour 100 salariés)	3 750	25,2	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-0,1
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,4	3,7	●	2,5	3,2	0,6	3,3	5,8	-1,3
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (en €)	22 530		21 800	●	21 930	21 790				1,3
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (et part pour 100 ménages)	1 795	10,6	14,7	●	14,5	15,0				-0,4
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (en %)		5,4	5,8	●	5,8	6,0				2,4
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	7 973	26,5	27,8	●	27,0	26,3	0,8	27,4	29,4	-2,5
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	7 929	26,3	26,3	●	31,0	28,4	1,0	27,7	21,5	1,7

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

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance (en années)

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

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux \uparrow) / (Taux \downarrow)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15 Décès toutes causes confondues	416	846,9	784,7	●	725,2	770,6	1,7	773,8	818,4	-1,7	➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	65	175,5	181,6	●	175,7	180,8	1,7	182,2	180,3	-2,7	➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	133	303,9	294,9	●	277,8	294,2	1,8	294,8	295,6	-2,2	➔
18 Décès par cancers	122	252,0	224,3	●	212,4	226,9	2,1	224,4	223,8	0,4	➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	93	185,6	187,5	●	170,0	171,7	1,4	181,7	205,6	-4,3	➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	15	29,1	34,7	●	25,0	32,6	2,3	34,6	35,0	-7,6	➔
21 Décès par suicide	6	12,9	13,4	●	13,2	14,4	n.d.	12,9	15,4	-9,2	➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.	➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	11	22,1	25,8	●	24,8	27,1	4,9	26,0	25,2	-10,3	➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	63	127,1	129,3	●	109,3	125,4	2,7	129,4	129,0	-4,2	➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	58	131,4	124,4	●	116,2	128,2	2,5	124,2	125,7	-3,5	➔
26 Décès évitables liés au système de soins	28	63,5	58,0	●	53,2	55,6	1,1	57,8	58,7	0,6	➔

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

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

Principales causes de morbidité

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

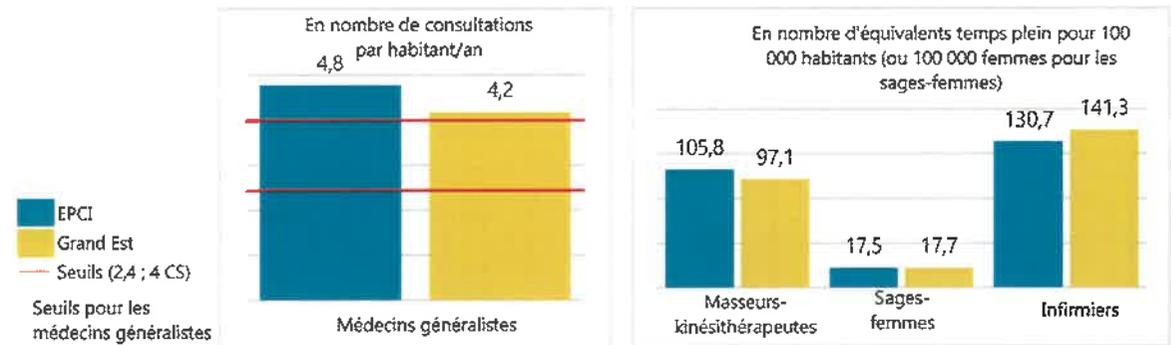
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux e) / (Taux f)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 296	4 518	4 223	●	4 161	3 989	1,0	4 221	4 236	2,1	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	154	307	211	●	193	258	1,9	213	201	3,4	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	277	519	492	●	458	459	1,6	489	503	3,4	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	537	2 013	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	1,8	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	366	1 546	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	1,6	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 887	7 327	6 736	●	6 142	6 660	1,9	6 723	6 783	1,6	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	600	1 132	1 204	●	1 130	1 035	1,4	1 210	1 185	2,9	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 814	3 408	2 882	●	2 519	3 056	3,0	2 909	2 795	1,5	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	571	968	990	●	932	946	1,4	974	1 040	-0,2	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 866	5 641	5 516	●	4 840	5 375	1,4	5 586	5 284	0,6	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	15	32	●	33	34	5,3	36	17	n.d.	↔ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	21	54	117	●	212	102	n.d.	131	67	0,2	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 351	3 103	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	3,8	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	412	959	927	●	1 020	924	1,4	948	866	20,1	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	4 116	8 816	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-2,1	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 362	5 235	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	-0,2	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	2 052	4 363	4 002	●	3 902	4 072	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 amelif.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	4,8	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	-0,3	!
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	4,4	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-1,3	!
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	105,8	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	4,0	!
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	17,5	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	2,5	!
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	130,7	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	1,7	!

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	39	0,3	●	1,2	1,3	38,5	1,0	4,3	4,1	!
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	6					66,7				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	13,0	●	10,6	16,3	100,0	11,1	25,8	10,5	!
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	3	8,9	●	12,5	9,4	33,3	8,3	27,0	1,5	!
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	8,2	●	10,5	10,2	100,0	8,0	23,7	0,1	!
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	13,0	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	16,4	!
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	29	0,5	●	2,2	2,1	51,7	1,5	6,1	3,7	!
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	5,8	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	-8,4	!
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	59	0,7	●	0,9	1,2	23,8	0,7	3,6	2,0	!
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	46	0,3	●	1,3	1,6	13,0	1,0	4,5	-5,4	!

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

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges.

Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	18,4min	19,8 min	7,8 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

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

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

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 α) / (Taux β)	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	49,9				
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	59,1				
68 Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum (<i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i>)			37,5		28,9	36,3				
69 Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	32,9				
70 Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)			75,2		71,5	77,1				
71 Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	19 400	46 940	43 256	●	40 236	43 859	0,9	43 674	41 912	0,4 

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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 d) / (Taux %)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 3 ans
72 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	111	2,1	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	1,3
73 15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	711	16,5	16,4	●	15,9	14,6		16,4	16,3	-0,9
74 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	474	11,3	12,9	●	12,4	12,7		13,4	11,2	-1,9
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 667	39,8	41,5	●	46,6	42,7		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)	149	1,6	1,7	●	2,3	1,5		1,8	1,7	4,9
77 Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	807	65,8	58,4	●	62,2	56,9		58,4	58,6	2,9
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 656	51,1	46,8	●	47,3	44,8	1,6	46,8	46,9	-3,3

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	-91529	-65,4	30,6
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+36 620	+26,1	28,1
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 d) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	1 822	4,5	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-0,6	👇
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	2 318	6,9	8,9	●	9,3	9,5		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>)	1 547	42,0	42,8	●	42,7	44,8	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>)	468	5,6	n.d.		n.d.	5,5					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	460	2,1	3,0	●	3,1	2,8		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>)	1 420	24,2	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	0,9	👇
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes</i>)	0	0,0	0,0	●		3,3		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 par 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. | **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.

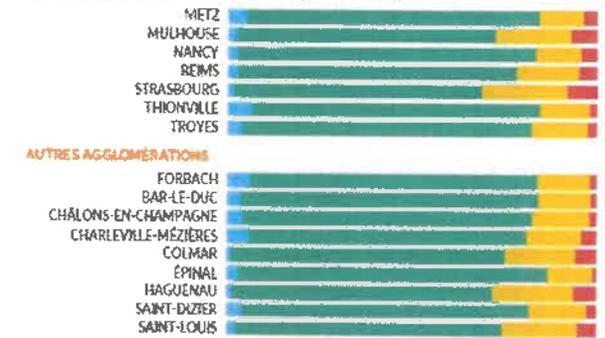
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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 ATHO)



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux d) / (Taux g)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	362	2,1	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-6,4	👉
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	56	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-2,1	👉
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 348	19,4	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,9	👉
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	2 938	17,0	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	6	3,9	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	0,1	👉 !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	34	21,9	9,5	●	0,0	9,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	0,00	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,1	2,5	●	0	2,8		2,4	2,9	-1,9	👉
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	552	17,9	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	87		19 047	●	171 485	3 003		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,9		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'EPCL. 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 d) / (Taux r)	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 (et part pour 100 habitants de 20-59 ans)	3 095	16,0	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-1,2	⚠
98 Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		91,6	91,6	●	98,3	88,0				-0,3	⚠
99 Locaux éligibles à la fibre (et part pour 100 locaux)	14 049	76,9	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100 Niveau d'équipements courants non touristiques		0,5		●							
101 Niveau de commerces généralistes		0,5		●							
102 Niveau d'équipements éducatifs		0,7		●							
103 Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104 Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (en %)		0,0	4,5	●	3,1	2,8		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux d) / (Taux r)	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) (nombre de communes et part de la population couverte)	0	0,0	44,3	●		58,8		50,3	24,5	
106 Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (nombre de communes et part de la population couverte)	0	0,0	49,2	●		57,2		52,5	38,2	
107 Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (et part de la population couverte)	0	0,0	15,4	●		21,4		10,7	36,1	
108 Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (et part de la population couverte)	0	0,0	36,9	●		20,4		32,4	56,4	
109 Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (et part de la population couverte)	13	100,0	47,7			58,2		56,8	7,5	

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. »

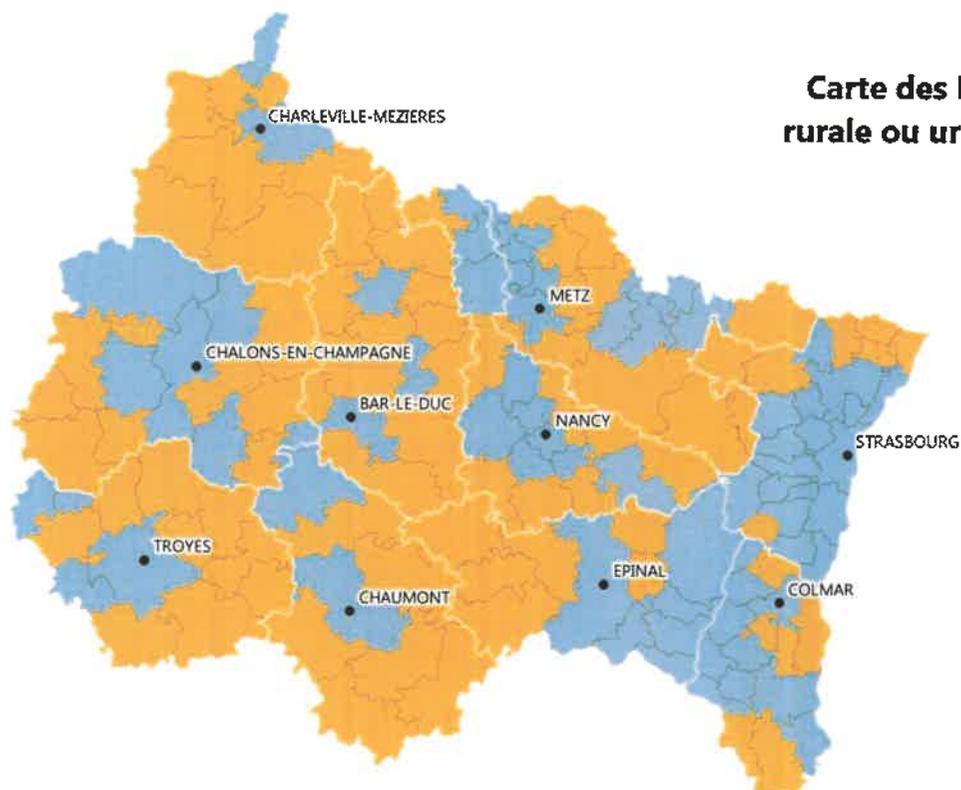
(Inpes, « intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

Meurthe-et-Moselle
département

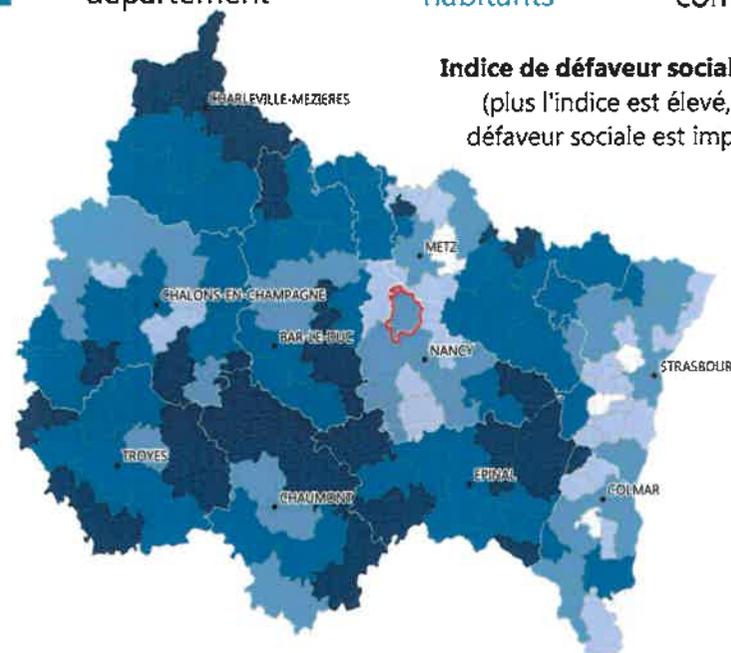
40 566

habitants

31

communes

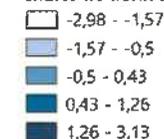
EPCI à dominante
urbaine



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

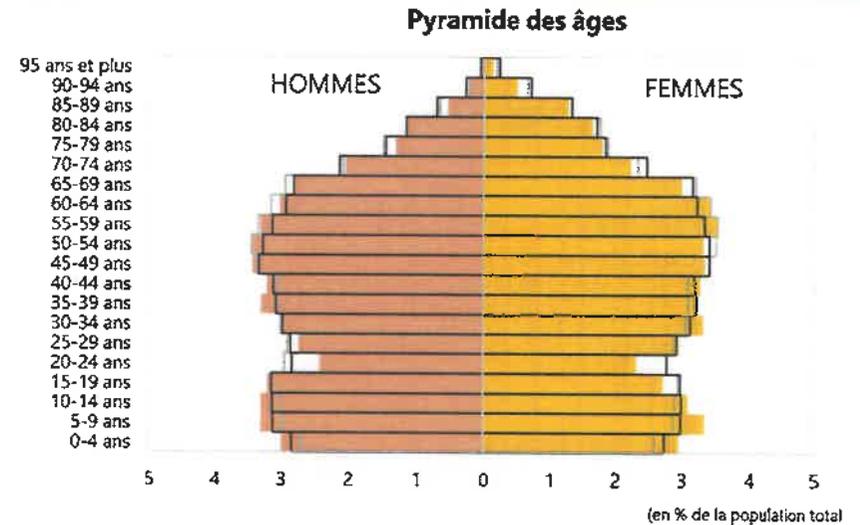
	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
1 Population et densité (nombre de personnes au km ²)	40 566	152,4	96,7		119,7	139,9	0,96	192,8	36,2	0,0	→
2 Croissance annuelle de la population (entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)	-3	0,00	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3		
3 Solde migratoire (entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)	-641	-0,32	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2		
4 Indice de vieillissement (65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)		75,1	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	1,8	↗
5 Population vivant dans une commune rurale (et part pour 100 individus) (Cartographie en dernière page)	6 301	15,5	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,3	↗

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

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

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

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



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux d' / (Taux 9))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Évolution (en % sur 5 ans) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (carto p.1)		0,3	0,4	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (et taux de chômage en %)	2 402	12,6	13,3	●	12,8	13,5	0,9	14,0	10,8	-0,6
8 Salariés précaires (et part pour 100 salariés)	4 018	26,3	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-1,0
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,3	3,7	●	2,5	3,2	0,8	3,3	5,8	-1,9
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (en €)	21 700		21 800	●	21 930	21 790				1,2
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (et part pour 100 ménages)	2 077	12,3	14,7	●	14,5	15,0				0,2
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (en %)		5,9	5,8	●	5,8	6,0				2,6
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	8 060	27,0	27,8	●	27,0	26,3	0,7	27,4	29,4	-2,8
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	7 433	24,9	26,3	●	31,0	28,4	1,0	27,7	21,5	2,4

Notes de lecture : ● 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).

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance (en années)

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

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux -) / (Taux +)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution (taux en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	316	714,7	784,7	●	725,2	770,6	1,8	773,8	818,4	-3,4
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	68	181,7	181,6	●	175,7	180,8	2,1	182,2	180,3	-0,7
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	117	287,6	294,9	●	277,8	294,2	2,1	294,8	295,6	-2,1
18 Décès par cancers	98	219,6	224,3	●	212,4	226,9	2,2	224,4	223,8	-1,3
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	79	177,2	187,5	●	170,0	171,7	1,7	181,7	205,6	-4,1
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	13	28,9	34,7	●	25,0	32,6	3,5	34,6	35,0	-6,0
21 Décès par suicide	5	11,6	13,4	●	13,2	14,4	n.d.	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	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d.
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	13	29,4	25,8	●	24,8	27,1	4,2	26,0	25,2	-2,2
24 Décès par pathologies liées au tabac	54	119,9	129,3	●	109,3	125,4	3,2	129,4	129,0	-4,6
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	51	124,1	124,4	●	116,2	128,2	3,2	124,2	125,7	-3,1
26 Décès évitables liés au système de soins	22	53,0	58,0	●	53,2	55,6	1,0	57,8	58,7	-1,2

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

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

Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture).

Principales causes de morbidité

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

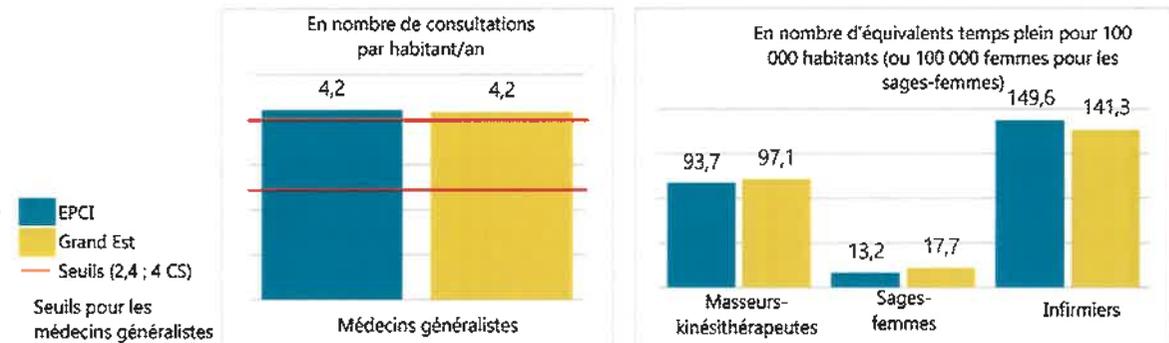
Morbidité

	Effets de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux d) / (Taux r)	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	1 933	4 093	4 223	●	4 161	3 989	1,1	4 221	4 236	1,2	↔ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	141	290	211	●	193	258	1,9	213	201	7,3	↔ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	230	486	492	●	458	459	1,6	489	503	3,7	↔ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	425	1 735	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	1,0	↔ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	307	1 377	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	-2,7	↔ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 429	7 098	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	0,2	↔ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	532	1 099	1 204	●	1 130	1 035	1,4	1 210	1 185	0,8	↔ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 710	3 569	2 882	●	2 519	3 056	2,9	2 909	2 795	0,1	→ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	588	1 148	990	●	932	946	1,4	974	1 040	1,2	↔ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	2 721	5 748	5 516	●	4 840	5 375	1,3	5 586	5 284	0,9	↔ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	23	32	●	33	34	1,3	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	40	97	117	●	212	102	n.d.	131	67	5,9	↔ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 157	2 700	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	1,4	↔ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	383	893	927	●	1 020	924	1,4	948	866	11,8	↔ !
41	Patients traités par psychotropes	3 791	8 394	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-2,8	↔ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 069	4 678	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	-1,2	↔ !
43	Patients traités par anxiolytiques	1 901	4 193	4 002	●	3 902	4 072	0,5	3 998	4 018	-3,0	↔ !

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

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux u) / (Taux v)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en %) par an calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	4,2	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	0,7	!
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,9	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-0,7	!
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	93,7	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	2,8	!
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	13,2	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	4,4	!
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	149,6	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	5,2	!

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	39	1,7	1,8	●	1,2	1,3	41,0	1,0	4,3	1,1	!
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	19					52,4					
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	19,4	14,5	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	0,6	!
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	6,3	12,6	●	12,5	9,4	0,0	8,3	27,0	-4,5	!
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	3	5,7	11,6	●	10,5	10,2	66,7	8,0	23,7	-6,2	!
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	2	8,3	10,8	●	8,6	10,1	100,0	8,1	19,5	1,2	!
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	23	2,5	2,6	●	2,2	2,1	34,8	1,5	6,1	3,6	!
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	5,2	5,5	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	-8,1	!
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	61	1,7	1,4	●	0,9	1,2	12,1	0,7	3,6	7,4	!
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	33	1,2	1,8	●	1,3	1,6	23,5	1,0	4,5	1,5	!

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. ADELI 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	8,3 min	8,3 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)	Évolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
59 Services de médecine	1	8,3	11,3	●	10,5	10,5	9,1	18,4	1,0
60 Services de chirurgie	0	27,0	14,5	●	13,5	12,7	11,3	25,3	0,2
61 Services d'obstétrique	0	8,3	14,3	●	14,8	13,9	11,6	23,6	-21,6
62 Services de soins de suite	1	8,1	9,3	●	9,1	9,2	7,2	16,5	0,6
63 Services d'urgence	1	8,3	14,8	●	13,7	13,9	12,1	24,2	1,0
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	10,3	8,4	●	7,4	8,9	7,0	13,1	1,3
65 EHPAD	2	7,2	4,0	●	3,0	3,8	2,9	7,4	1,4

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-densé) 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 ADELL 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 : 8
soit 1,3 % 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 r) / (Taux r)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculé 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	49,9				
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	59,1				
68 Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum (<i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i>)			37,5		28,9	36,3				
69 Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	32,9				
70 Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)			75,2		71,5	77,1				
71 Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	18 275	43 542	43 256	●	40 236	43 859	0,8	43 674	41 912	0,3

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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 d) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
72 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	119	2,1	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	4,2
73 15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	752	17,5	16,4	●	15,9	14,6		16,4	16,3	-0,9
74 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	568	12,1	12,9	●	12,4	12,7		13,4	11,2	-3,6
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 925	41,0	41,5	●	46,6	42,7		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)	158	1,6	1,7	●	2,3	1,5		1,8	1,7	8,0
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)	817	59,2	58,4	●	62,2	56,9		58,4	58,6	-0,7
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	3 655	47,6	46,8	●	47,3	44,8	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	-91529	-65,4	30,6
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+36 620	+26,1	28,1
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 d) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	1 901	4,7	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-1,3	→
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	2 379	7,1	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	0,8	→
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	1 430	43,4	42,8	●	42,7	44,8	0,4	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>)	498	6,8	n.d.		n.d.	5,5					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	490	2,1	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	1,7	→
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	1 500	24,6	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	0,1	→
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes</i>)	0	0,0	0,0	●		3,3		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. | **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 influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement en cause dans le développement de pathologies.

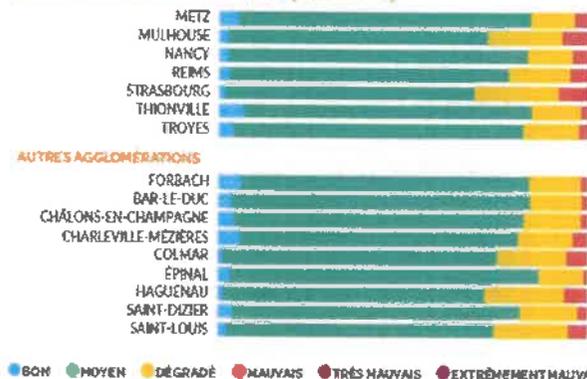
Retrouvez de plus amples informations dans l'état des lieux pour le Plan régional santé environnement 4 : https://www.grand-est.prse.fr/IMG/pdf/prse4grandest_etatlieuxmaj.pdf

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 d) / (Taux r)	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)	420	2,4	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-4,8
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	46	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-6,2
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	3 814	21,8	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,9
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	3 021	17,3	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9	
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	14	5,3	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	0,3
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	57	21,4	9,5	●	0,0	9,2		15,7	5,6	
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	1	0,4	0,2	●	0,00	0,2		0,5	0,1	
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,3	2,5	●	0	2,8		2,4	2,9	-5,8
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	522	4,5	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7	
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	164		19 047	●	171 485	3 003		8 124	10 940	
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	2,9		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'EPCL. 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 \uparrow) / (Taux \downarrow)	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 (et part pour 100 habitants de 20-59 ans)	3 254	16,0	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	-0,4	↓
98 Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		91,6	91,6	●	98,3	88,0				-1,5	↓
99 Locaux éligibles à la fibre (et part pour 100 locaux)	20 344	76,9	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100 Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101 Niveau de commerces généralistes		0,7		●							
102 Niveau d'équipements éducatifs		0,8		●							
103 Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104 Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité (en %)		1,9	4,5	●	3,1	2,8		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux \uparrow) / (Taux \downarrow)	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) (nombre de communes et part de la population couverte)	0	0,0	44,3	●		58,8		50,3	24,5	
106 Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (nombre de communes et part de la population couverte)	0	0,0	49,2	●		57,2		52,5	38,2	
107 Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (et part de la population couverte)	0	0,0	15,4	●		21,4		10,7	36,1	
108 Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (et part de la population couverte)	0	0,0	36,9	●		20,4		32,4	56,4	
109 Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (et part de la population couverte)	31	100,0	47,7			58,2		56,8	7,5	

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 I) 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.

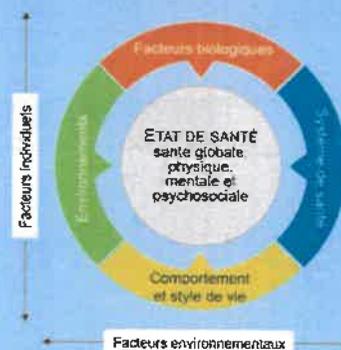
Autres informations

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 conventions 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. »

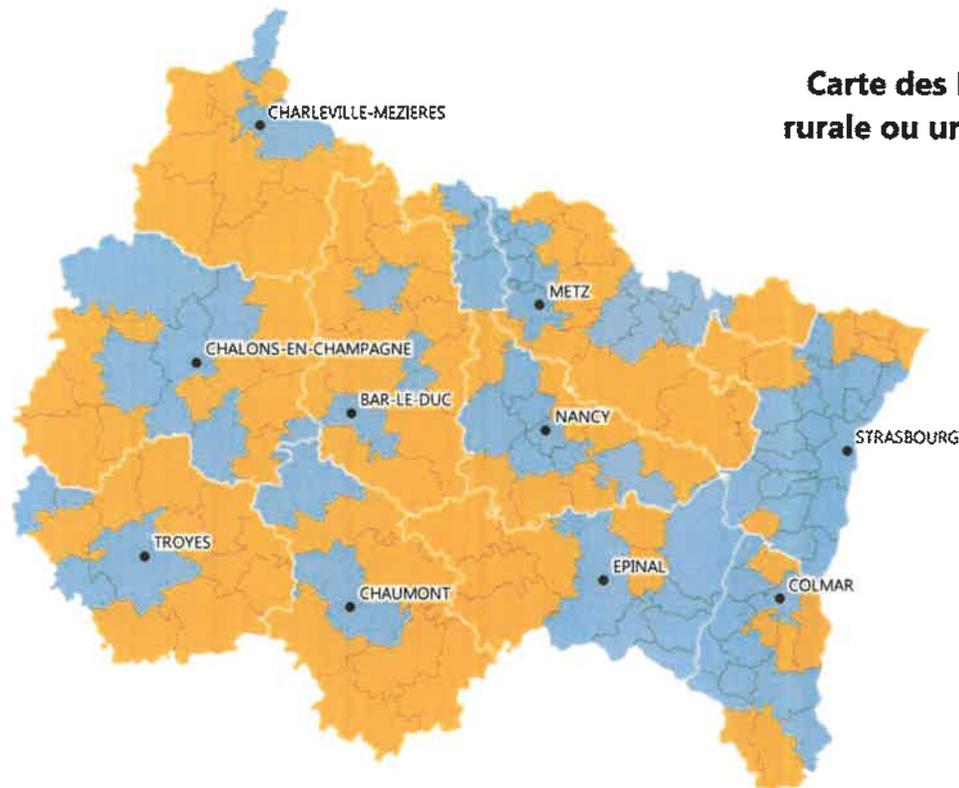
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

Meurthe-et-Moselle
département

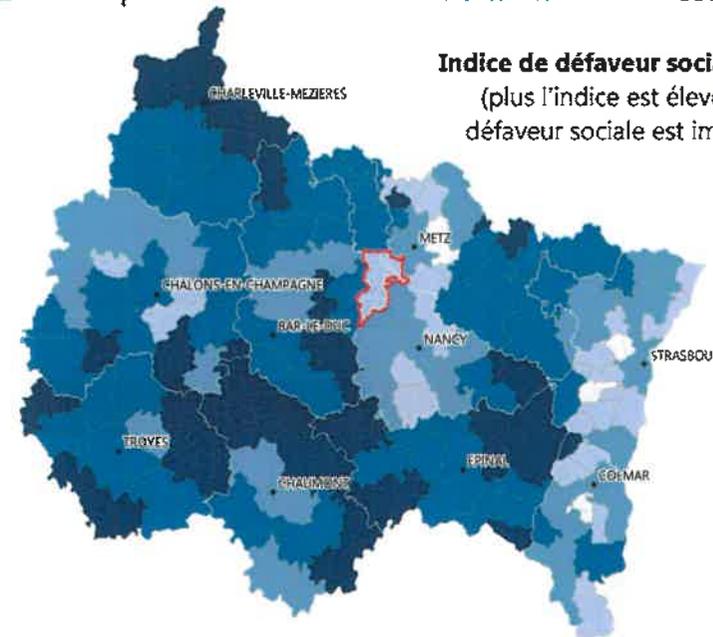
19 916

habitants

48

communes

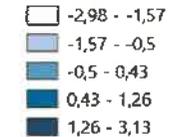
EPCI à dominante
rurale



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

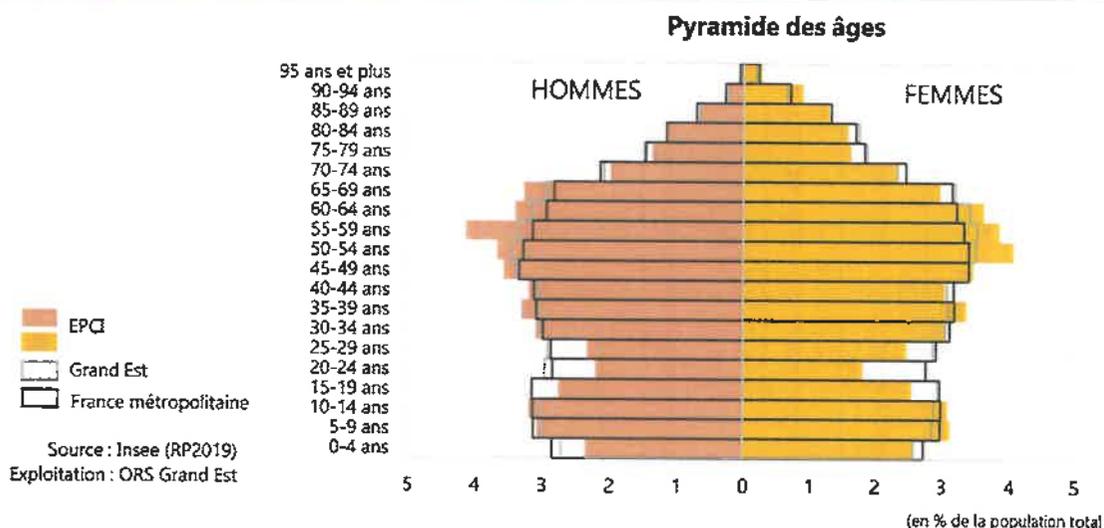
Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux 1) / (Taux 2)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1	Population et densité (nombre de personnes au km ²)	19 916	42,5	96,7		119,7	139,9	0,96	192,8	36,2	-0,5
2	Croissance annuelle de la population (entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)	-514	-0,51	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
3	Solde migratoire (entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)	-156	-0,15	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
4	Indice de vieillissement (65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)		86,8	86,3		83,8	81,5		84,5	92,3	4,4
5	Population vivant dans une commune rurale (et part pour 100 individus) (Cartographie en dernière page)	12 952	65,0	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	0,2

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

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

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



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux 0) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (carto p.1)		-0,7	0,4	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (et taux de chômage en %)	908	9,3	13,3	●	12,8	13,5	0,9	14,0	10,8	-1,7
8 Salariés précaires (et part pour 100 salariés)	1 996	26,0	28,5	●	27,5	28,9	0,4	28,7	27,9	-0,7
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,4	3,7	●	2,5	3,2	0,7	3,3	5,8	0,0
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (en €)	23 330		21 800	●	21 930	21 790				n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (et part pour 100 ménages)	576	7,3	14,7	●	14,5	15,0				n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (en %)		3,8	5,8	●	5,8	6,0				n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	3 522	23,3	27,8	●	27,0	26,3	0,7	27,4	29,4	-2,1
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	4 267	28,2	26,3	●	31,0	28,4	0,9	27,7	21,5	1,6

Notes de lecture : ● 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).

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

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	74,4	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	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 r) / (Taux r)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution (taux en % par an) calculée sur une période de 5 ans
15 Décès toutes causes confondues	274	1116,8	784,7	●	725,2	770,6	1,5	773,8	818,4	0,8 ➔
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	45	233,4	181,6	●	175,7	180,8	2,0	182,2	180,3	0,6 ➔
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	86	418,6	294,9	●	277,8	294,2	1,9	294,8	295,6	-0,1 ➔
18 Décès par cancers	64	274,3	224,3	●	212,4	226,9	1,7	224,4	223,8	-0,3 ➔
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	64	246,0	187,5	●	170,0	171,7	1,4	181,7	205,6	-1,4 ➔
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	14	57,2	34,7	●	25,0	32,6	3,0	34,6	35,0	0,1 ➔
21 Décès par suicide	3	13,4	13,4	●	13,2	14,4	n.d.	12,9	15,4	-0,5 ➔
22 Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	●	1,2	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➔
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	7	28,2	25,8	●	24,8	27,1	1,4	26,0	25,2	-0,7 ➔
24 Décès par pathologies liées au tabac	41	172,6	129,3	●	109,3	125,4	2,7	129,4	129,0	-1,1 ➔
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	33	159,4	124,4	●	116,2	128,2	3,2	124,2	125,7	-1,0 ➔
26 Décès évitables liés au système de soins	19	95,4	58,0	●	53,2	55,6	1,0	57,8	58,7	0,3 ➔

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

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

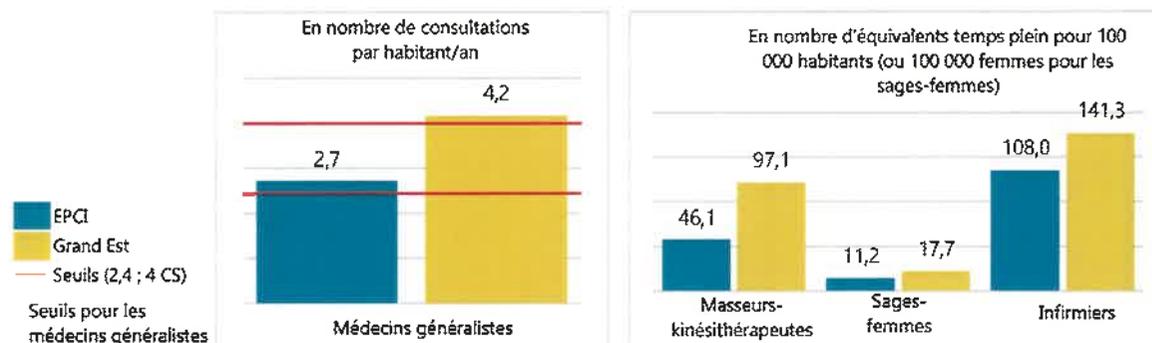
	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux d) / (Taux c)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	954	4 226	4 223	●	4 161	3 989	1,2	4 221	4 236	4,0	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	64	272	211	●	193	258	1,7	213	201	15,1	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	101	416	492	●	458	459	1,5	489	503	5,4	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	196	1 697	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	1,1	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	181	1 793	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	2,5	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 638	7 016	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	3,0	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	268	1 169	1 204	●	1 130	1 035	1,2	1 210	1 185	-1,0	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	745	3 196	2 882	●	2 519	3 056	2,7	2 909	2 795	3,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	231	917	990	●	932	946	1,9	974	1 040	-4,2	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 112	4 839	5 516	●	4 840	5 375	1,5	5 586	5 284	4,2	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	25	32	●	33	34	0,7	36	17	4,0	↗ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	20	90	117	●	212	102	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	519	2 471	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	4,6	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	162	762	927	●	1 020	924	1,3	948	866	17,4	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 560	6 937	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-0,3	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	802	3 603	3 548	●	3 916	4 292	0,5	3 537	3 588	2,6	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	837	3 744	4 002	●	3 902	4 072	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	2,7	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	-0,4	!
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,4	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-0,6	!
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	46,1	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	3,2	!
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	11,2	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	4,4	!
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	108,0	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	5,5	!

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	13	3,7	●	1,2	1,3	30,8	1,0	4,3	0,7	!
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	4					100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	4	14,6	●	10,6	16,3	100,0	11,1	25,8	0,7	!
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	17,4	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	0,8	!
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	23,8	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	4,0	!
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	17,3	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	2,4	!
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	5	7,6	●	2,2	2,1	0,0	1,5	6,1	-6,1	!
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	4	10,4	●	4,5	5,0	25,0	3,9	10,7	-3,8	!
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	31	3,4	●	0,9	1,2	25,7	0,7	3,6	0,8	!
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	12	4,6	●	1,3	1,6	16,7	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. ADEL au 01.01.2021 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 58. RPPS au 01.01.2020 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021)

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	24,2min	24,3 min	20,7 min
Grand Est	11,3min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5min	13,7 min	7,4 min

Etablissements de santé et médico-sociaux

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
59 Services de médecine	0	24,2	11,3	●	10,5	10,5	9,1	18,4	0,5
60 Services de chirurgie	0	27,1	14,5	●	13,5	12,7	11,3	25,3	0,5
61 Services d'obstétrique	0	24,2	14,3	●	14,8	13,9	11,6	23,6	-1,7
62 Services de soins de suite	1	14,0	9,3	●	9,1	9,2	7,2	16,5	0,5
63 Services d'urgence	0	24,3	14,8	●	13,7	13,9	12,1	24,2	0,5
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	20,7	8,4	●	7,4	8,9	7,0	13,1	0,5
65 EHPAD	5	6,5	4,0	●	3,0	3,8	2,9	7,4	0,7

Note de lecture : 44-48 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'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 «1» / Taux «2»)	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	49,9				
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	59,1				
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum (<i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i>)			37,5		28,9	36,3				
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	32,9				
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT/dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)			75,2		71,5	77,1				
71	Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	9 127	45 006	43 256	●	40 236	43 859	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	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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 d) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
72 6-16 ans non-scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	27	1,0	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	-2,6
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)	247	13,3	16,4	●	15,9	14,6		16,4	16,3	-2,4
74 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	184	8,7	12,9	●	12,4	12,7		13,4	11,2	-0,2
75 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	904	42,7	41,5	●	46,6	42,7		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)	59	1,3	1,7	●	2,3	1,5		1,8	1,7	9,9
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)	417	76,2	58,4	●	62,2	56,9		58,4	58,6	3,5
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	1 655	46,8	46,8	●	47,3	44,8	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	-91 529	-65,4	30,6
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+36 620	+26,1	28,1
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 0) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	378	1,9	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	1,0
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	442	2,7	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	-2,0
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	607	40,6	42,8	●	42,7	44,8	0,5	43,5	40,5	-2,0
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	201	6,0	n.d.		n.d.	5,5				
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	356	3,1	3,0	●	3,1	2,8		3,2	2,4	0,4
84 Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (<i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i>)	520	17,7	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	4,2
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes</i>)	232	20,2	20,2	●		3,3		9,3	6,8	2,3

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. | **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)



BOH MOYEN DÉGRADÉ MAUVAIS TRÈS MAUVAIS EXTRÊMEMENT MAUVAIS

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux d) / (Taux %)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	49	0,6	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-19,7	👉
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	29	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-6,6	👉
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 884	35,4	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-1,4	👉
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	1 431	17,6	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	5	1,1	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	0,2	👉
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	19	4,1	9,5	●	0,0	9,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	0	0,0	0,2	●	0,00	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	0	2,8		2,4	2,9	-1,0	👉
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	3 224	12,2	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	154		19 047	●	171 485	3 003		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	3	6,3	2,1	●	2,4	2,9		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'EPCL. 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 c) / (Taux r)	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>	1 897	18,8	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	0,3
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		91,6	91,6	●	98,3	88,0				-1,2
99	Locaux éligibles à la fibre <i>(et part pour 100 locaux)</i>	7 791	76,9	76,9	●	71,2	70,6		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		1,3		●						
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>		11,7	4,5	●	3,1	2,8		1,1	15,6	

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

Projets et politiques de santé		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux c) / (Taux r)	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	●		58,8		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>	15	62,2	49,2	●		57,2		52,5	38,2	
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	9	13,6	15,4	●		21,4		10,7	36,1	
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) <i>(et part de la population couverte)</i>	17	56,0	36,9	●		20,4		32,4	56,4	
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin <i>(et part de la population couverte)</i>	22	30,4	47,7	●		58,2		56,8	7,5	

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.

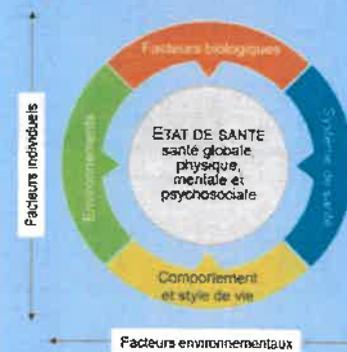
Autres informations

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. »

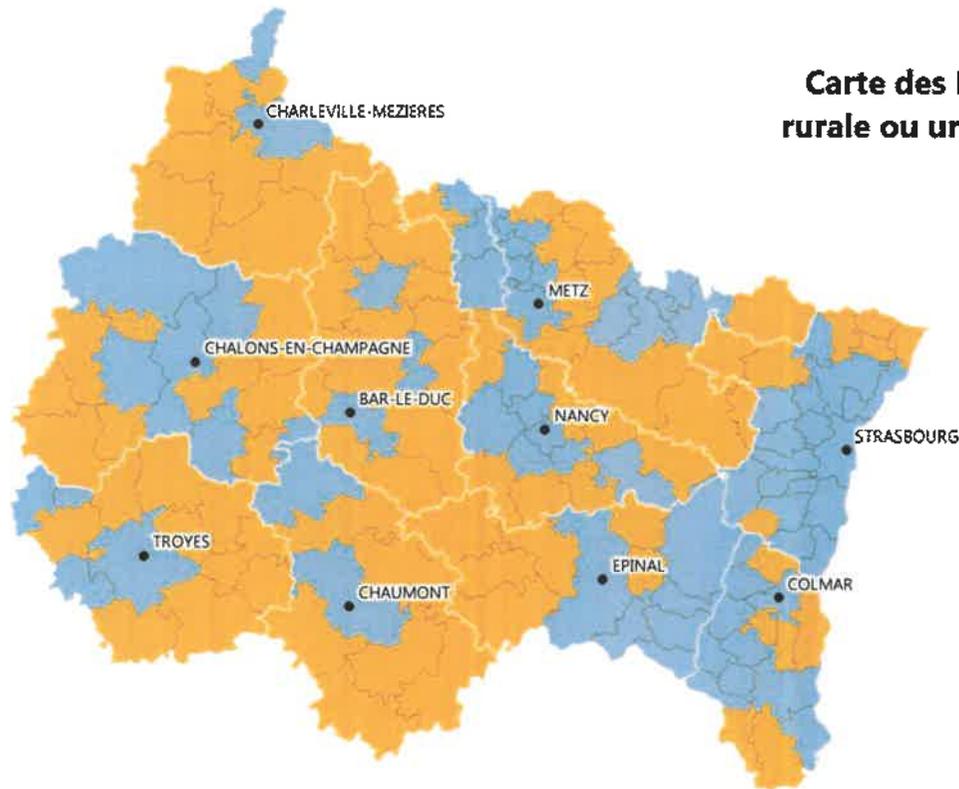
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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.

Meurthe-et-Moselle
département

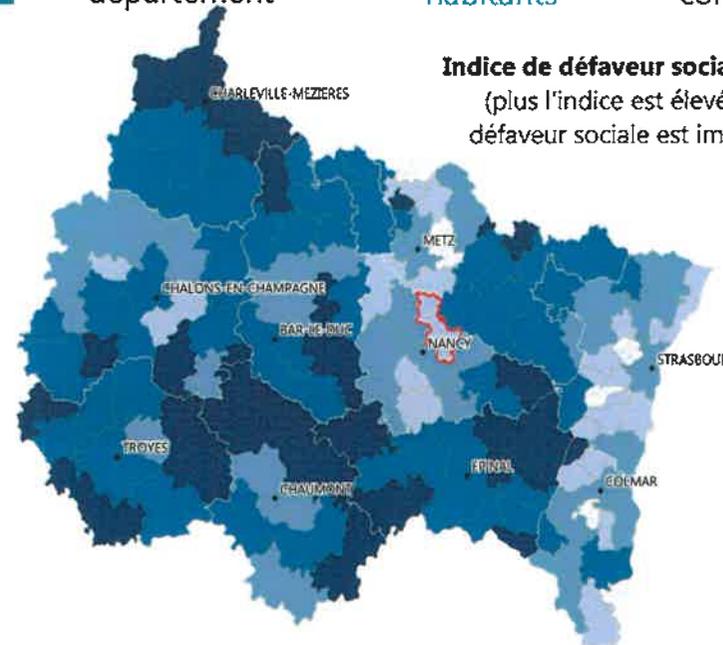
18 750

habitants

42

communes

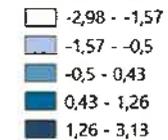
EPCI à dominante
rurale



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

• Chef-lieu de département
Limites départementales

Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

Démographie

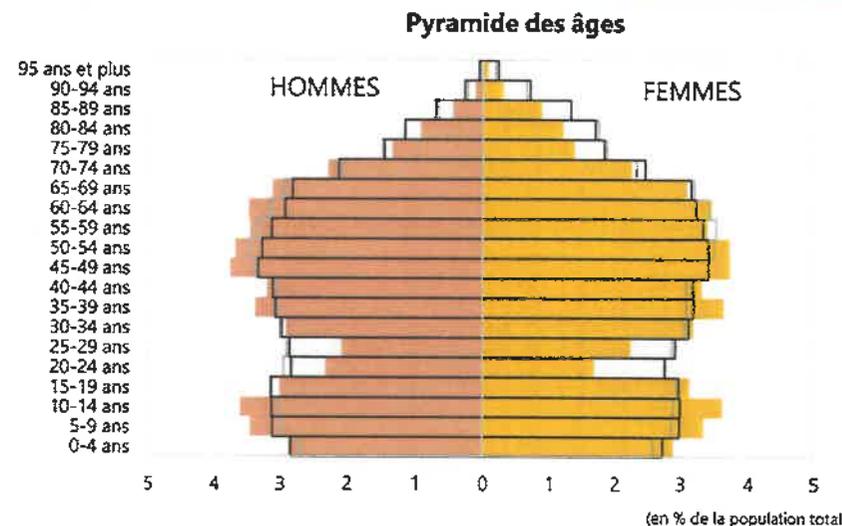
	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux η)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Évolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
1 Population et densité (nombre de personnes au km ²)	18 750	54,3	96,7		119,7	139,9	0,98	192,8	36,2	0,4
2 Croissance annuelle de la population (entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)	383	0,41	0,01		0,33	0,04		0,1	-0,3	
3 Solde migratoire (entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)	19	0,02	-0,17		0,07	-0,12		-0,2	-0,2	
4 Indice de vieillissement (65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)		67,3	86,3	●	83,8	81,5		84,5	92,3	4,3
5 Population vivant dans une commune rurale (et part pour 100 individus) (Cartographie en dernière page)	17 645	94,1	28,1		21,3	23,1		14,9	72,3	-0,1

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

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

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

Source : Insee (RP2019)
Exploitation : ORS Grand Est



Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux d) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
6 Indice de défaveur sociale (carto p.1)		-1,4	0,4	●		0,2		0,4	0,3	
7 Nombre de chômeurs (et taux de chômage en %)	684	7,4	13,3	●	12,8	13,5	1,0	14,0	10,8	-1,5
8 Salariés précaires (et part pour 100 salariés)	1 833	24,5	28,5	●	27,5	28,9	0,5	28,7	27,9	-0,3
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		3,0	3,7	●	2,5	3,2	0,5	3,3	5,8	1,4
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation (en €)	24 370		21 800	●	21 930	21 790				n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % (et part pour 100 ménages)	434	5,9	14,7	●	14,5	15,0				n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible (en %)		3,5	5,8	●	5,8	6,0				n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	2 654	19,5	27,8	●	27,0	26,3	0,8	27,4	29,4	-3,6
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	4 261	31,3	26,3	●	31,0	28,4	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).

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

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

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

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

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

Espérance de vie à la naissance

(en années)



EPCI	81,5	87,2
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

	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	112	705,0	784,7	●	725,2	770,6	1,5	773,8	818,4	-1,9 ➡
16 Décès prématurés (avant 65 ans)	24	138,9	181,6	●	175,7	180,8	1,6	182,2	180,3	-2,0 ➡
17 Décès prématurés (avant 75 ans)	44	231,9	294,9	●	277,8	294,2	1,6	294,8	295,6	-3,5 ➡
18 Décès par cancers	38	220,6	224,3	●	212,4	226,9	1,3	224,4	223,8	-2,6 ➡
19 Décès par maladies cardio-neurovasculaires	27	180,6	187,5	●	170,0	171,7	1,3	181,7	205,6	-2,4 ➡
20 Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	5	32,3	34,7	●	25,0	32,6	n.d.	34,6	35,0	4,4 ➡
21 Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	14,4	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	0,7	n.d.	0,9	1,1	n.d. ➡
23 Décès par pathologies liées à l'alcool	4	22,7	25,8	●	24,8	27,1	n.d.	26,0	25,2	5,9 ➡
24 Décès par pathologies liées au tabac	19	111,6	129,3	●	109,3	125,4	3,2	129,4	129,0	0,1 ➡
25 Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	19	100,6	124,4	●	116,2	128,2	2,2	124,2	125,7	-4,1 ➡
26 Décès évitables liés au système de soins	10	51,2	58,0	●	53,2	55,6	0,8	57,8	58,7	-2,3 ➡

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

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

Principales causes de morbidité

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

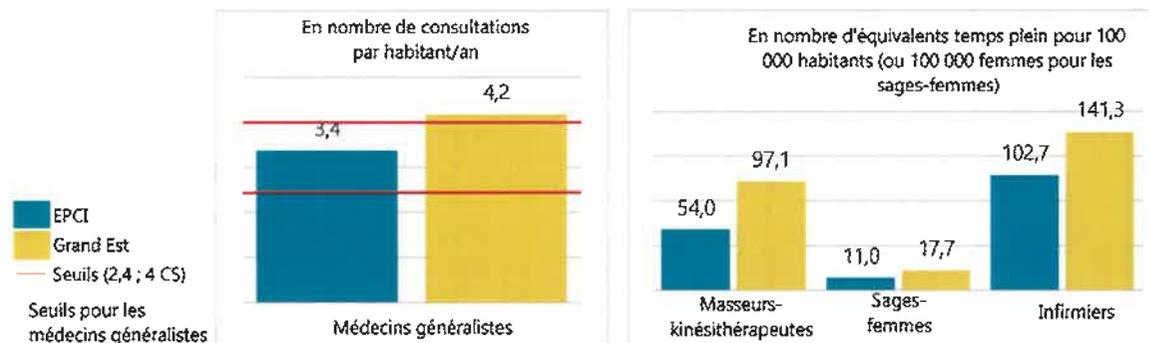
Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux c) / (Taux v)	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	898	4 293	4 223	●	4 161	3 989	1,0	4 221	4 236	2,5	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	51	237	211	●	193	258	n.d.	213	201	6,5	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	85	400	492	●	458	459	2,0	489	503	1,5	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	193	1 786	1 799	●	1 755	1 703		1 806	1 774	1,4	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	158	1 616	1 592	●	1 467	1 404		1 575	1 647	0,4	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 496	7 124	6 736	●	6 142	6 660	1,8	6 723	6 783	0,9	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	215	1 067	1 204	●	1 130	1 035	1,1	1 210	1 185	1,8	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	749	3 523	2 882	●	2 519	3 056	3,1	2 909	2 795	1,2	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	227	1 087	990	●	932	946	1,5	974	1 040	2,2	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 124	5 241	5 516	●	4 840	5 375	1,6	5 586	5 284	0,7	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	12	32	●	33	34	1,4	36	17	-18,8	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	15	n.d.	117		212	102	n.d.	131	67	n.d.	n.d. !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	429	2 148	3 451	●	3 821	3 205	1,0	3 602	2 954	2,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	152	756	927	●	1 020	924	1,4	948	866	15,3	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 524	7 428	7 186	●	7 149	7 796	0,6	7 201	7 142	-2,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	827	4 073	3 548	●	3 916	4 292	0,4	3 537	3 588	0,6	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	769	3 730	4 002	●	3 902	4 072	0,6	3 998	4 018	-3,2	↘ !

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	3,4	4,2	●	3,9	4,4		4,4	3,3	0,5
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	3,0	3,7	●	3,1	4,0		4,0	3,0	-0,6
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	54,0	97,1	●	104,0	93,1		105,3	70,9	3,1
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	11,0	17,7	●	17,3	17,3		19,0	13,0	-3,4
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	102,7	141,3	●	146,5	123,6		149,9	114,4	2,2

Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en %) calculée sur une période de 5 ans
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	14	4,1	●	1,2	1,3	60,0	1,0	4,3	3,6
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0					n.d.			
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	22,7	●	10,6	16,3	n.d.	11,1	25,8	0,9
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	17,7	●	12,5	9,4	n.d.	8,3	27,0	0,7
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	13,8	●	10,5	10,2	n.d.	8,0	23,7	0,7
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	18,3	●	8,6	10,1	n.d.	8,1	19,5	0,8
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	10	6,4	●	2,2	2,1	20,0	1,5	6,1	1,6
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	11,2	●	4,5	5,0	0,0	3,9	10,7	-0,1
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	26	3,3	●	0,9	1,2	21,4	0,7	3,6	-1,5
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	9	4,2	●	1,3	1,6	22,2	1,0	4,5	-0,2

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

Sources : 44-48. SNIRAM 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. ADELI 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	17,9min	25,4 min	14,4 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 3 ans	
59 Services de médecine	0	17,5	11,3	●	10,5	10,5		9,1	18,4	0,6	🔴
60 Services de chirurgie	0	20,3	14,5	●	13,5	12,7		11,3	25,3	0,6	🔴
61 Services d'obstétrique	0	25,4	14,3	●	14,8	13,9		11,6	23,6	-2,3	🟢
62 Services de soins de suite	0	14,8	9,3	●	9,1	9,2		7,2	16,5	0,5	🔴
63 Services d'urgence	0	25,4	14,8	●	13,7	13,9		12,1	24,2	0,4	🔴
64 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	14,4	8,4	●	7,4	8,9		7,0	13,1	0,9	🔴
65 EHPAD	0	11,9	4,0	●	3,0	3,8		2,9	7,4	0,8	🔴

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

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 «1» / (Taux «2»)	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	49,9				
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	59,1				
68 Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum (<i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i>)			37,5		28,9	36,3				
69 Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans (<i>part pour 100 personnes de 16 ans</i>)			26,6		24,3	32,9				
70 Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents (<i>part pour 100 enfants de moins de 16 ans</i>)			75,2		71,5	77,1				
71 Patients consultant un dentiste (<i>taux standardisés pour 100 000</i>)	9 578	47 883	43 256	●	40 236	43 859	0,8	43 674	41 912	0,0 →

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

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

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé.

De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-144 474	-82,9	18,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-53 319	-30,6	19,3
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)	44	1,5	2,4	●	2,3	2,4		2,6	2,0	6,4
73 15-24 ans non insérés - ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	222	11,7	16,4	●	15,9	14,6		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)	137	7,2	12,9	●	12,4	12,7		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)	824	43,5	41,5	●	46,6	42,7		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)	66	1,4	1,7	●	2,3	1,5		1,8	1,7	5,7
77 Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	403	65,3	58,4	●	62,2	56,9		58,4	58,6	1,1
78 Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	2 011	53,2	46,8	●	47,3	44,8	1,3	46,8	46,9	-0,4

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

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

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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	-91529	-65,4	30,6
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
Département	+36 620	+26,1	28,1
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 d') / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79 Population couverte par le RSA (<i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i>)	284	1,5	5,2	●	5,3	5,8		5,9	3,1	-5,2	↘
80 Population couverte par la CSS (<i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i>)	342	2,2	8,9	●	9,3	9,5		10,1	4,9	-2,6	↘
81 Personnes âgées vivant seules à domicile (<i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i>)	441	35,4	42,8	●	42,7	44,8	0,3	43,5	40,5	-2,9	↘
82 Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA (<i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i>)	166	5,1	n.d.		n.d.	5,5					
83 Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH (<i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i>)	125	1,2	3,0	●	3,1	2,8		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>)	437	14,4	24,2	●	24,9	26,0		25,7	19,0	3,3	↗
85 Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées (<i>et part pour 1000 personnes</i>)	0	0,0	0,0	●		3,3		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. | **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)



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

Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux d) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) (calculé sur une période de 3 ans)	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	60	0,8	2,7	●	4,8	2,5		3,2	1,2	-13,4	👉
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	38	0,5	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-4,7	👉
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	2 034	26,9	22,6	●	21,6	25,1		20,4	30,7	-2,3	👉
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	996	13,2	17,5	●	13,9	18,0		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	0	0,0	1,8	●	1,3	2,1		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	10	2,9	9,5	●	0,0	9,2		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	2	0,6	0,2	●	0,00	0,2		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		1,7	2,5	●	0	2,8		2,4	2,9	-1,7	👉
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	3 452	15,0	7,8	●	10,3	11,2		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	224		19 047	●	171 485	3 003		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	3	7,1	2,1	●	2,4	2,9		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 d) / (Taux 2)	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 (et part pour 100 habitants de 20-59 ans)	1 715	18,4	15,5	●	15,7	14,8	0,0	15,3	16,0	2,1	↗
98 Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		91,6	91,6	●	98,3	88,0				-0,5	↘
99 Locaux éligibles à la fibre (et part pour 100 locaux)	6 581	76,9	76,9	●	71,2	70,6		77,2	76,0		
100 Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101 Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102 Niveau d'équipements éducatifs		1,4		●							
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 (en %)		3,3	4,5	●	3,1	2,8		1,1	15,6		

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

Projets et politiques de santé

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux d) / (Taux 2)	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) (nombre de communes et part de la population couverte)	0	0,0	44,3	●		58,8		50,3	24,5		
106 Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (nombre de communes et part de la population couverte)	0	0,0	49,2	●		57,2		52,5	38,2		
107 Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin (et part de la population couverte)	0	0,0	15,4	●		21,4		10,7	36,1		
108 Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) (et part de la population couverte)	21	59,0	36,9	●		20,4		32,4	56,4		
109 Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin (et part de la population couverte)	21	41,0	47,7	●		58,2		56,8	7,5		

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 I) 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 conventions 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. »

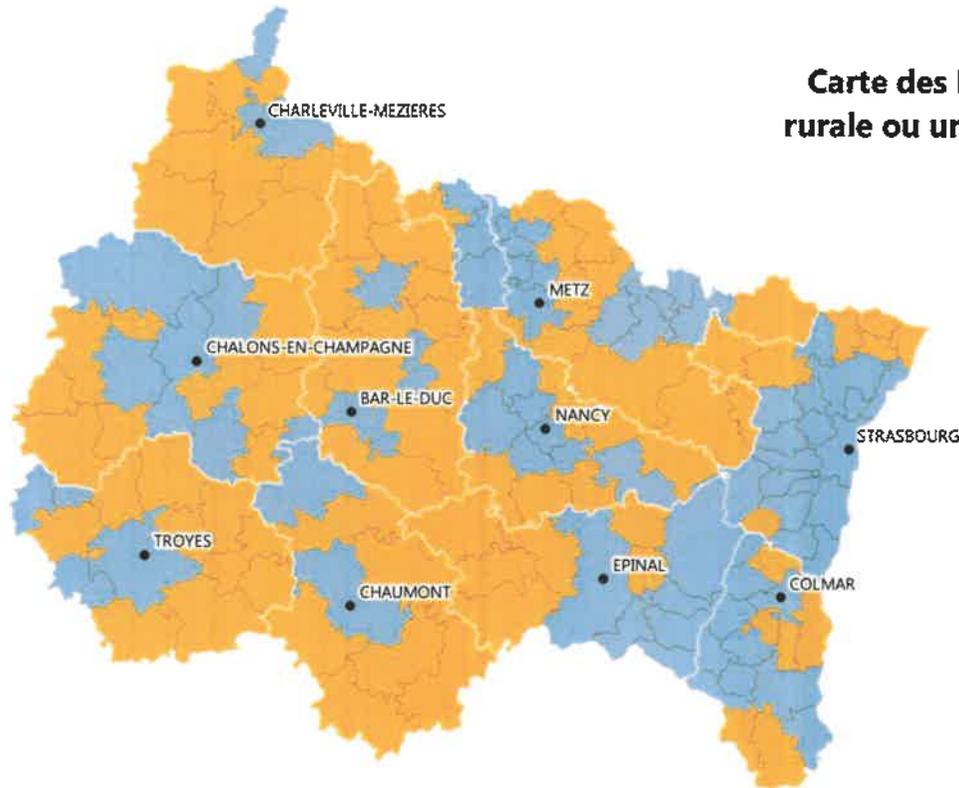
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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



*Contrat Local de santé du
Val de Lorraine*

2025-2029

Annexe 2

Axe transversal	AMELIORER LES PARCOURS DE SANTE Mettre en place une stratégie collective au service de la prise en charge des patients
Action N°1	Collaborer avec les professionnels de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les MSP et les ESP, dans la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input checked="" type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Si l'espérance de vie à la naissance augmente, les indicateurs, liés à la prévention et à la promotion de la santé, sont moins positifs sachant que nombre de situations (consommations de tabac et d'alcool ou autres substances, surcharge pondérale et obésité, suicides, infection par le VIH, etc.) sont perfectibles par de la prévention.</p> <p>La promotion de la santé et la prévention des maladies sont donc intimement liées et complémentaires ; la promotion de la santé agissant sur les conditions et l'ensemble des éléments protecteurs de la santé, et la prévention visant la diminution des risques de maladie et les facteurs qui menacent l'équilibre de la santé.</p> <p>La prévention comme la promotion passent par des actions individuelles, collectives, structurelles, environnementales. L'action locale, intersectorielle, permet de s'appuyer sur les dispositifs existants et affirmer le cadre d'intervention collectif car c'est à ce niveau que peuvent se concrétiser les actions de promotion et de prévention visant à réduire les inégalités sociales de santé ou à développer des programmes ciblés.</p> <p>Sur le Val de Lorraine, le dépistage est en dessous des moyennes départementales déjà faibles ; les cancers du col de l'utérus (entre 14/16 %) et colorectal (entre 20 et 24 %) sont particulièrement peu dépistés dans l'ensemble du territoire. Les actions seront à conduire en lien avec les priorités du PRS Grand Est (vaccination, tabac, dépistage organisé des cancers, ...).</p> <p>Parallèlement, depuis quelques années, l'exercice coordonné se déploie en France sous différents acronymes : ESP (Equipe de Soins Primaires), CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) ou encore CDS (Centre De Santé). Quelle que soit sa forme, il est un lieu et/ou une organisation de soins de premier recours dans un territoire qui permet aux professionnels de santé de mieux structurer leurs relations et de mieux se coordonner.</p> <p>Le Val de Lorraine compte 8 ESP (Belleville, Blénod-les-Pont-à-Mousson, Bouxières-aux-Dames, Dieulouard, Leyr, Pagny sur Moselle, Pont-à-Mousson, Thiaucourt), 2 MSP (Lay St Christophe et Pont-à-Mousson), et 1 CPTS, la CPTS « cœur de Meurthe et Moselle » implantée sur le territoire de la communauté de communes du Bassin de Pompey et sur le territoire de la communauté de communes de Seille et Grand Couronné (avec une 2^e CPTS en projet sur le nord du territoire).</p>	

	L'enjeu est de faciliter la mise en place, à la faveur du déploiement de ces organisations, d'actions de prévention et de promotion de la santé collectives et multi partenariales.
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 03.0 - Améliorer l'information et la connaissance du public en s'appuyant sur les campagnes nationales de prévention pour les maladies chroniques <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Objectif 03.1 - Chaque équipe de soins primaires et/ou communauté professionnelle territoriale de santé intègre dans son projet de santé un volet prévention et parcours des patients porteurs de maladies chroniques <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input checked="" type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en lien les acteurs de la prévention et les organisations d'exercice coordonné pour coordonner et planifier les actions de prévention et de promotion de la santé • Renforcer la coordination interprofessionnelle • Faciliter l'engagement commun : • Suivre et évaluer les actions de prévention : mettre en place des indicateurs de performance pour évaluer l'impact des actions de prévention.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les représentants des CPTS, voire des autres organisations, dans la gouvernance et la vie du CLS - Déterminer collectivement les priorités d'action - Evaluer les moyens à mettre en œuvre ou nécessaires à la mise en œuvre de ces actions - Communiquer auprès des publics cibles, et les mobiliser - Renforcer les partenariats entre les différents acteurs de santé, collectivités locales, associations et autres partenaires. - Renforcer les capacités des CPTS, MSP et ESP pour mieux répondre aux besoins de prévention et promotion de la santé
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcement des liens avec les organisations d'exercice coordonné : <ul style="list-style-type: none"> ○ Étape 1 : Intégration en tant que signataire et membre du Comité de pilotage du CLS ○ Étape 2 : soutenir les organisations et appuyer les équipes pour la définition des orientations en matière de prévention et de promotion de la santé ○ Étape 3 : constituer un comité local de la prévention ➤ Faciliter la mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Étape 1 : Recenser l'offre de prévention existante - Analyse des besoins locaux : à partir des diagnostics territoriaux pour identifier les priorités de santé publique. ○ Étape 2 - Développer des plans d'actions basés sur les résultats des diagnostics en concertation avec les acteurs locaux. <ol style="list-style-type: none"> 1. Formation des professionnels de santé : Organiser des sessions de formation sur les thèmes de prévention et promotion de la santé, partager les bonnes pratiques et ressources. 2. Sensibilisation : Promouvoir la sensibilisation auprès des populations cibles à travers des campagnes éducatives.

	<p>3. Communication et information : Utiliser divers canaux de communication pour diffuser des informations pertinentes sur la prévention et la promotion de la santé</p> <p>↳ Suivi et évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer et suivre des indicateurs de performance pour évaluer l'impact des actions de prévention. • Organiser des séances de retour d'expérience pour ajuster et améliorer les actions mises en œuvre. 	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 01/01/2025 Fin : 2026	
Partenaires de l'action	Organisations d'exercice coordonné (CPTS, MSP, ESP, etc.) ; CPAM ; Conseils départementaux de Meurthe et Moselle et de Moselle ; Professionnels de santé et leurs URPS	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	<p>* Préciser si professionnels :</p> <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	Budgets généraux des EPCI et du PETR
	<i>Financeurs et montants</i>	A déterminer
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	Mise à disposition des moyens humains et matériels ; Ingénierie des organisations d'exercice coordonné dont les CPTS
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Contrats de ville ; Projets alimentaires territoriaux ; Quartiers Politiques de la Ville	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez) : action à destination des professionnels	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus : Effectivité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des organisations d'exercice coordonné et de professionnels • Mise en place d'actions • Quantité et profil des personnes touchées <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de professionnels mobilisés • Nombre d'actions réalisées/soutenues • Nombre de participants/de personnes touchées lors des actions <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feuille d'émargement 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Comptage des participants
--	---

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)</p> <p><input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)</p> <p><input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité</p>
<p>Mode de vie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)</p>
<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p>
<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Normes et climat social</p>
<p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p>
<p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p>
<p>Autre(s)</p>

Axe transversal	AMELIORER LES PARCOURS DE SANTE Mettre en place une stratégie collective au service de la prise en charge des patients
Action N°2	Favoriser les échanges entre professionnels permettant de décloisonner les pratiques (actions relatives aux droits sociaux et actions de santé) et de s'informer sur les annuaires existants

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	Structure :	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	Personne référente	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	Axes transversaux : <input checked="" type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé Axes thématiques : <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	Lors des ateliers de construction du CLS, les acteurs présents ont fait remonter plusieurs constats : <ul style="list-style-type: none"> • Une méconnaissance des dispositifs et des acteurs • Des difficultés à se rencontrer pour échanger • Un besoin de coordination afin de mobiliser les acteurs compétents Ils ont ainsi fait connaître leur envie de favoriser des démarches visant à décloisonner les champs d'intervention de chacun, faire se rencontrer les acteurs et donner les moyens de valoriser et conforter les dispositifs et l'offre sanitaire et sociale existants sur le territoire.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Objectif 07.0 - Renforcer les coopérations des professionnels de santé pour réduire les délais d'accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 06.0 - Améliorer la coordination des acteurs grâce aux outils du numérique <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input checked="" type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément.	

	<input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Mieux connaître les différents services du territoire pour favoriser une compréhension mutuelle ● Valoriser les projets, expériences et réflexions mises en œuvre et les pratiques de qualité qui se dégagent ● Faciliter les échanges d'information entre les professionnels de santé pour améliorer la coordination des soins au bénéfice des usagers et créer une culture/une formation commune, ● Participer à une approche partenariale de la santé sur les territoires et améliorer la coordination interprofessionnelle ● Accompagner l'accueil des nouveaux professionnels sur le territoire et favoriser leur implication dans les réseaux existants
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Renforcer les rencontres entre professionnels en accompagnant le développement d'une culture commune, favorisant les échanges de pratiques ☛ Créer un réseau d'acteurs solide ☛ Faciliter l'accès aux ressources et services
Etapes de mise en œuvre – Description	<p><u>Créer et animer un réseau :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Organisation de rencontres préalables pour un repérage d'acteurs référents dans les différentes structures partenaires, pour une réflexion sur les modalités de mise en place du réseau d'acteurs, ↳ Recensement d'outils possibles pour du partage d'informations et de pratiques, ↳ Animation du réseau, temps d'échanges à coordonner, partage d'outils et d'expériences, priorisation et déploiement d'actions. <p><u>Créer des lieux d'échange :</u></p> <p>Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'interconnaissance des acteurs <ul style="list-style-type: none"> ○ par des rencontres et échanges réguliers sur les pratiques et ressources possibles, mais aussi par l'ouverture vers l'autre et par l'aller vers. ○ lors de moments conviviaux - En s'inscrivant en cohérence avec les temps de rencontres existants de ces mêmes acteurs. <p><u>Exemples</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Séminaire de lancement (découverte de dispositifs, échanges de carte de visite, proposition d'intervention ...) : conférences annuelles ou semestrielles où des experts de différents domaines sont invités à parler de sujets d'intérêt commun. Ces événements peuvent également inclure des sessions de réseautage pour encourager les échanges informels. ↳ Mise en place de temps d'échanges réguliers entre les partenaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ « petits déjeuners santé » une fois par mois réalisés sur les différentes communes du territoire et dans les différentes structures pour discuter de cas pratiques, partager des expériences et échanger des idées sur des problématiques communes. ○ Ateliers de formation croisée : ateliers où les professionnels peuvent apprendre les uns des autres sur les spécificités de chaque domaine (ex. travailleurs sociaux présentent les droits sociaux à des professionnels de la santé et inversement). ↳ Appuyer la mise en place ou le renforcement de réseaux thématiques / territoriaux dans le champ de la santé ↳ Visites croisées de structures (ex. valoriser le rôle et les services des Centres Hospitaliers) : Encourager les professionnels à passer du temps dans les institutions des autres secteurs pour mieux comprendre leurs pratiques et les défis qu'ils rencontrent. <p><u>Mise à jour et diffusion d'annuaires professionnels</u></p>

<input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)
<input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (<i>recours aux soins et à la prévention</i>)
Conditions de vie
<input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)
<input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)
<input type="checkbox"/> Conditions de travail
Environnement social
<input type="checkbox"/> Intégration sociale
<input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)
<input type="checkbox"/> Normes et climat social
Contexte économique et politique
<input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales
<input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population
<input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
Conditions socio-économiques
<input type="checkbox"/> Niveau de revenu
<input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe transversal	Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du CLS
Action N°3	Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du CLS

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input checked="" type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le contrat local de santé (CLS) est un outil de déclinaison du Projet Régional de Santé souple et modulable porté conjointement par l'Agence Régionale de Santé Grand Est et par une collectivité territoriale ou leur regroupement, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.</p> <p>Le CLS a pour objectif l'articulation, la coordination et la mise en cohérence des politiques de santé et des dynamiques locales sur les questions de santé tout en tenant compte des besoins et des leviers existants dans les territoires. Il vise à mettre en œuvre localement une approche transversale de la santé en rapprochant les secteurs du soin, de la promotion, la prévention, de l'accompagnement médico-social et la santé environnementale.</p> <p>Il s'agit donc d'une contractualisation de 3 à 5 ans entre partenaires sur des enjeux partagés et non plus de relations tutélaires impliquant de nouvelles compétences en termes d'animation territoriales et de mobilisation partenariale. Il constitue une opportunité pour une meilleure articulation des politiques publiques par les partenaires dans une logique de cohérence de coordination de décloisonnement. Le développement et l'atteinte des objectifs d'un CLS nécessitent une coordination solide permettant de fédérer et coordonner des acteurs nombreux et divers dans la durée autour de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du CLS. La fonction de coordonnateur doit être localisée sur le territoire du CLS en cohérence avec le principe de l'ancrage politique local.</p> <p>Le coordonnateur du CLS occupe une position centrale, en lien avec la DTARS, l'élu référent du contrat, avec les habitants, les acteurs et les institutions.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input checked="" type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents	

Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recrutement effectif au poste de coordinateur ● Temps passé par la personne en poste sur la coordination du CLS ● Constitution d'une équipe projet animée par le coordonnateur CLS <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Satisfaction des partenaires quant aux échanges avec le PETR ● Adéquation entre le planning prévisionnel des rencontres (dont la gouvernance du CLS) et les rencontres effectives ● Complétion des indicateurs de processus et de résultat des différentes Fiche Action <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Questionnaire ● Rapport d'activités

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)
<input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)
<input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)
<input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)
<input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)
<input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)
<input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)
<input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale
<input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)
<input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales
<input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population
<input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu
<input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
<p>Autre(s)</p>

Axe 1	AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE ET AUX SOINS 1.1. Aider au développement de l'exercice coordonné, conduire une réflexion sur le salariat de médecins et accompagner l'implantation de médecins
Action N°4	Promouvoir le territoire et favoriser le développement de nouveaux cadres d'exercice pour les professionnels de santé : attractivité territoriale, informations sur les aides et dispositifs incitatifs à l'installation, développement de l'exercice coordonné

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Si le Val de Lorraine bénéficie d'une bonne couverture médicale, quelques indicateurs appellent une vigilance, et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une situation de précarité médicale très contrastée entre les EPCI : entre aggravation (Bassin de Pompey, Mad et Moselle), maintien (Bassin de Pont-à-Mousson) et amélioration (Seille et Grand Couronné), Mad et Moselle comptant le plus de population en ALD sans médecin traitant ➤ Un vieillissement des médecins généralistes qui concerne tout le Val de Lorraine avec des départs en retraite massifs, notamment sur Seille et Grand Couronné <p>Avec une démographie médicale en forte tension, le territoire souhaite se mobiliser pour inciter l'installation de professionnels de santé.</p> <p>Les mesures incitatives mises en œuvre par l'Etat et les collectivités locales afin de convaincre les jeunes médecins de s'établir en milieu rural et en zones déficitaires nécessitent d'être intégrées à une politique d'attractivité du territoire plus globale afin de motiver des installations en milieu rural. En effet, les jeunes praticiens aspirent de moins en moins à l'exercice libéral isolé et souhaitent bénéficier de conditions d'exercice facilitées avec moins de contraintes administratives et un cadre de vie offrant des infrastructures suffisantes pour leur vie personnelle.</p> <p>La mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prospection et d'accueil de professionnels aux côtés de l'ARS est également essentielle.</p> <p>Enfin, la consolidation d'une dynamique d'accueil d'étudiants stagiaires contribuera également à cet objectif en favorisant un ancrage et une projection dans la vie locale.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Objectif 01.0 - Augmenter le nombre d'installations dans les zones identifiées par les schémas cibles territoriaux en accompagnant les jeunes médecins généralistes et spécialistes dans leur parcours d'installation <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Objectif 02.0 - Développer et diversifier les terrains de stage d'accueil des internes, en fonction de l'offre et des besoins du territoire, pour mettre en œuvre la réforme du 3e cycle sur les trois subdivisions	

	<input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Anticiper les futurs départs à la retraite des professionnels et veiller à conserver une démographie médicale satisfaisante sur le territoire ● Améliorer l'attractivité et la visibilité du territoire en vue de l'installation de nouveaux professionnels de santé ● Améliorer les conditions d'exercice
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Promouvoir les possibilités d'installation et les atouts du territoire ☞ Favoriser l'accueil et l'installation des étudiants et professionnels de santé sur le territoire
Etapas de mise en œuvre – Description	<p><u>Faire connaître le territoire aux étudiants et jeunes professionnels de santé et informer sur les opportunités territoriales en matière de santé (observation des patientèles, diagnostics territoriaux...), sur les dispositifs incitatifs à l'installation ou encore sur les modes de collaboration entre médecins généralistes et infirmières (IPA) ou assistants médicaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informer sur les opportunités territoriales en matière de santé (observation des patientèles, diagnostics territoriaux...) <ul style="list-style-type: none"> ○ Assurer une veille et une observation des besoins en offre de soins et des dynamiques locales d'installation et départs ○ Communiquer auprès des professionnels ○ Développer une politique de promotion du territoire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Création d'une plaquette de présentation du territoire en collaboration avec le service communication de la collectivité et les partenaires ○ Participation à des salons ○ Nouer des contacts réguliers / partenariats avec les facultés de médecine ; école d'infirmières... afin de promouvoir le territoire et les opportunités d'installation auprès des futurs professionnels ○ Déployer une politique d'accueil des étudiants, stagiaires et jeunes professionnels (médicaux et paramédicaux) <ul style="list-style-type: none"> ○ Recenser les étudiants en santé résidant sur le territoire afin de réaliser une sensibilisation ciblée ○ Organisation de moments de convivialité entre les étudiants et les professionnels du territoire ○ Promotion des mesures incitatives à l'installation, ○ Soutenir et développer la maîtrise de stage : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recenser les pratiques actuelles de maîtrise de stage, les développer et communiquer sur cette offre auprès des étudiants en médecine et des médecins généralistes (piloté par les CPTS) ▪ Recenser et communiquer sur les aides matérielles (outils, locaux) mobilisables pour l'aide à l'installation des médecins ; identifier les aides

Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	organisation d'évènements et frais de communication (15 000 euros sur la durée du contrat)
	<i>Financeurs et montants</i>	Budgets généraux des EPCI et du PETR
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	Moyens humains et matériels des EPCI et du PETR
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Attractivité territoriale ; Services à la Population	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez) Action à destination des professionnels (ou futurs) de santé	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau de connaissance du territoire et satisfaction par rapport aux informations reçues • Supports de communication créés ou utilisés • Participation à des salons <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actions organisées par rapport au nombre prévu • Nombre de partenaires associés à l'action • Pourcentage de jeunes professionnels ou d'étudiants de santé qui ont assisté aux temps d'information ou évènements proposés • Type et nombre d'outils de communication créés <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feuille d'émargement • Questionnaire • Recensement des actions de communication et de leur audience 	

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)</p> <p><input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)</p> <p><input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)</p> <p><input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité</p>
<p>Mode de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)</p>
<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement physique (air, sol, eau, aménagement du territoire ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p>
<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p>

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)
<input type="checkbox"/> Normes et climat social |
|---|

Contexte économique et politique

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales
<input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population
<input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>) |
|---|

Conditions socio-économiques

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Niveau de revenu
<input type="checkbox"/> Niveau d'éducation |
|--|

Autre(s)

Axe 1	AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE ET AUX SOINS 1.2. Améliorer l'accessibilité géographique des services de santé du territoire
Action N°5	Améliorer la couverture du territoire en matière d'accès aux soins

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine (CPTS si souhaité)
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Si le Val de Lorraine bénéficie globalement d'une bonne couverture à son centre, le territoire marque de vraies difficultés aux extrémités. On note ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sur Seille et Grand Couronné : quelques communes en désert médical au Nord et Sud de l'EPCI ➤ Sur le bassin de Pompey : une concentration le long de la Moselle en lien avec la concentration d'habitants et travailleurs et l'A31, et une situation contrastée aux extrémités, Faulx et Liverdun se trouvant en désert médical malgré leur proximité avec ce couloir du long de l'A31 ➤ Sur le Bassin de Pont-à-Mousson : les professionnels sont majoritairement concentrés à Pont-à-Mousson ainsi qu'à Dieulouard, Blénod-lès-Pont-à-Mousson et Pagny-sur-Moselle, le long de la Moselle et de la D952. Des déserts médicaux sont constatés aux frontières de l'EPCI, particulièrement préoccupant autour de Martincourt ➤ - Sur Mad & Moselle : ce territoire compte de nombreuses communes en précarité médicale avec une situation particulièrement préoccupante au Sud de l'EPCI, autour d'Hamonville, ainsi qu'au Nord. 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Objectif 06.0 - Accompagner la diversification d'une offre de soins non programmés de premier recours lisible et adaptée aux besoins des territoires <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Objectif 01.0 - Renforcer l'offre régionale de télémédecine tout en la rendant lisible, accessible et intégrée dans les pratiques médicales <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input checked="" type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	

<p>Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3</p>	<p><input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3</p>
<p>Objectifs spécifiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Repositionner les services d'urgence dans leurs missions premières et promouvoir les dispositifs alternatifs pour les besoins d'urgence ● Faciliter le recours aux soins : patients ne disposant plus de médecin traitant et recours aux soins spécialisés pour les patients concernés ● Accompagner le développement des consultations avancées sur les territoires confrontés à une densité faible des spécialistes
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Créer des consultations externes « délocalisées » de médecine spécialisée, développer la télémédecine et de façon globale l'ensemble de nouvelles technologies de surveillance et de consultation ➤ Promouvoir les dispositifs alternatifs pour les besoins d'urgence : <ul style="list-style-type: none"> ○ inciter à la création de structures permettant de désengorger les urgences et traitant de maux de type « bobologie ») ○ accompagner le développement de l'offre de soins non programmés en articulation avec la mise en œuvre du Service d'Accès aux Soins (SAS* - Effectif sur le Val de Lorraine depuis le 25 juin) <p>(*) Les soins non programmés sont définis comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement des services d'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Ces soins non programmés justifient d'une prise en charge dans les 48 heures.</p> ➤ Développer la lisibilité de l'offre de soins non programmés et sensibiliser les publics
<p>Etapes de mise en œuvre – Description</p>	<p><u>Promouvoir des dispositifs alternatifs pour les besoins d'urgence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier et évaluer l'offre de soins non programmés : en lien avec les CPTS dont les soins non programmés font partie des missions socles <ul style="list-style-type: none"> - Partager avec les CPTS et les professionnels de santé du territoire l'état des lieux des principaux besoins en matière d'offre de soins non programmés - Repérer et analyser les comportements des patients relatifs à l'accès aux soins non programmés (périodes et zones géographiques) ○ Communiquer : <ul style="list-style-type: none"> - Développer une cartographie de l'offre de soins non programmés - Relayer les campagnes de sensibilisation du non-recours systématique aux urgences - Mobiliser les espaces de proximité et de médiation - Organiser une demi-journée de sensibilisation à destination des professionnels de santé, voire du grand public <p><u>Faciliter le recours aux soins par l'organisation de consultations avancées et le développement de nouvelles technologies de surveillance et de consultation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser des consultations avancées de second recours ; <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les besoins (quels soins et quels équipements : auditifs, optiques et dentaires) - Identifier avec les acteurs de l'offre de soin les possibilités de mise à disposition de locaux (au sein des hôpitaux de proximité, d'EHPAD, etc.) ○ Etudier l'opportunité de soutenir la mise en place d'équipes mobiles : engager une discussion avec les offreurs de soin sur leurs capacités et les freins pour couvrir davantage de territoire ○ Mettre en place des actions d'aller-vers

	<p>➤ Se positionner comme aidant dans le développement de la télémédecine (téléconsultation, télé expertise, ...) et des outils de e-santé en lien notamment avec Pulsy, et renforcer le dialogue avec les offreurs de soin sur le sujet</p>	
Durée de l'action	<p><input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle</p> <p>Début :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2025 : Etat des lieux - A partir de 2026 : déploiement d'actions et de dispositifs <p>Fin :</p>	
Partenaires de l'action	programme E-Meuse ; PULSY ; ARS ; CPTS	
Public visé	<p><input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Professionnels*</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :</p>	<p>* Préciser si professionnels :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Médical</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Paramédical</p> <p><input type="checkbox"/> Médico-social</p> <p><input type="checkbox"/> Social</p> <p><input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé</p> <p><input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation</p> <p><input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :</p>
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	Budget global prévisionnel	Etudes et investissements (en fonction des projets retenus)
	Financeurs et montants	Budgets généraux des EPCI et du PETR sur la phase 1 d'état des lieux. A déterminer sur la phase opérationnelle sur la base des études de pré faisabilité
	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	Moyens humains et matériels des EPCI et du PETR sur la phase 1
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Mobilités ; Services de proximité	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez) : concerne les professionnels	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat des lieux et cartographie des soins non programmés • Information du grand public • Nouvelles technologies de surveillance et de consultation déployées <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de spécialités accessibles • Nombre de consultations/spécialité • Évaluation des dispositifs de télémédecine 	

	Méthode d'évaluation envisagée : Production de rapports Compte-rendu de comités techniques
--	---

Déterminants de santé visés :

Système de soins <input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
Mode de vie <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
Conditions de vie <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
Environnement social <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe 1	AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE ET AUX SOINS 1.2. Améliorer l'accessibilité géographique des services de santé du territoire
Action N°6	Faciliter la mobilité vers l'offre de soins

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<i>Axes transversaux :</i> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé <i>Axes thématiques :</i> <input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> Des difficultés de mobilité pour l'accès aux soins de certaines personnes notamment les personnes âgées en situation de perte d'autonomie Des indicateurs socioéconomiques (part élevée de familles monoparentales, revenu médian inférieur au département, taux de chômage élevé) pouvant entraîner des situations de non-recours aux soins 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Objectif 01.0 - Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input checked="" type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> Réduction des disparités territoriales Améliorer les moyens de déplacement Lutter contre le renoncement aux soins 	

Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Amener les soins au plus près des citoyens ou accompagner des initiatives locales favorisant le « Aller vers » les structures de santé ☛ Réduire les barrières physiques et géographiques, assurant ainsi un accès équitable aux soins pour tous 	
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ○ Développer la téléconsultation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Réalisation d'un état des lieux initial du niveau d'utilisation de la télémédecine à l'échelle du territoire ○ Communiquer sur les dispositifs de soutien en matière de télémédecine ○ Promouvoir les techniques en télémédecine et accompagner la réflexion et la mise en place de projets au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (organisation de temps d'information et retours d'expérience notamment) ○ Développer et adapter des solutions de mobilité pour faciliter l'accès aux soins et l'aller-vers les personnes éloignées des structures « traditionnelles » <ul style="list-style-type: none"> ○ Etudier des solutions pour les patients nécessitant des soins réguliers. ○ Recensement des solutions mises en place sur le territoire et élaboration d'une cartographie de l'offre ○ Etablissement d'un plan de communication pour faire connaître à la population les solutions de transports existantes ○ Identification d'initiatives à renforcer et/ou à développer sur le territoire en s'appuyant sur les études réalisées (enquête ménage déplacement par exemple) ou en cours (étude des modalités de coopération des AOM) : <ol style="list-style-type: none"> 1. retours d'expérience, parangonnage, 2. étude de modèle d'actions mutualisées à l'échelle des 4 EPCI en lien avec les Espaces France Services sur des thématiques spécifiques (bilans santé, vaccination, optique, ...) 	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : - 2025 : Etat des lieux ; - 2026 et suivantes : Déploiement de solutions opérationnelles	
Partenaires de l'action	AOM (autorités organisatrices de la mobilité) ; partenaires de la mobilité solidaire ; Espaces France Service	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	Etudes de faisabilité : 10 000 euros (montant prévisionnel) ; Investissements : 30 000 euros (montant prévisionnel)
	<i>Financeurs et montants</i>	EPCI/PETR AAP (Région, ARS, Conférence des financeurs, Mutuelles, Fondations, etc.)
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	Mise à disposition des moyens humains et matériels des EPCI et du PETR
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	

contre les inégalités sociales de santé ?	
Politiques Publiques concernées	Mobilités
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Réalisation d'actions de promotion de la télémédecine ● Recensement des solutions de mobilité et d'aller-vers sur le territoire <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de projets de télémédecine en cours et réalisés sur le territoire ● Nombre d'actions de promotion de la télémédecine ● Réalisation de la cartographie ● Nombre d'actions facilitant la mobilité et l'aller vers <p>Méthode d'évaluation envisagée : Production d'études et de rapports Comptes-rendus techniques</p>

Déterminants de santé visés :

<p>Systeme de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)</p> <p><input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)</p> <p><input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité</p>
<p>Mode de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)</p>
<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p>
<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Normes et climat social</p>
<p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p>
<p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p>
<p>Autre(s)</p>

Axe 2	SANTE MENTALE
Action N°7	Mettre en place des formations Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) à destination des professionnels et du grand public

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input checked="" type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)
Porteur	<i>Structure :</i> PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i> Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé <p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé
Contexte et enjeux locaux	<p>Les Premiers Secours en Santé Mentale constituent l'aide qui est apportée à une personne qui subit le début d'un trouble de santé mentale, une détérioration d'un trouble de santé mentale ou qui est dans une phase de crise de santé mentale. Les premiers secours sont donnés jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée ou jusqu'à ce que la crise soit résolue. Ils sont l'équivalent en santé mentale, des gestes de premier secours qui eux, apportent une aide physique à la personne en difficulté.</p> <p>L'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble psychique. En France, on estime que 15 % des 10-20 ans (1,5 million) ont besoin de suivi ou de soin, que 7,5 % des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Lors de la concertation sur l'élaboration du CLS ont été remontées les difficultés rencontrées notamment par les professionnels dans l'accueil ou la prise en charge de publics souffrant de troubles psychiques. Un besoin de formation a ainsi été exprimé pour mieux identifier les personnes en souffrance psychique et mener les actions éventuelles d'accompagnement et d'orientation de ce public.</p>
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.0 - Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une meilleure connaissance des questions de santé mentale • Lutter contre les discriminations et stigmatisation qui en découlent • Proposer une formation sur le modèle des gestes de 1er secours permettant aux personnes formées d'accompagner au mieux et d'apporter leur support à toute personne présentant des troubles psychiques, une aggravation de son état de santé ou étant en état de crise dans l'attente d'un relais par les professionnels 						
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Informer, sensibiliser et outiller sur les troubles psychiques et la santé mentale ☞ Développer les formations aux premiers secours en santé mentale 						
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Faire connaître la formation « Premiers Secours en Santé Mentale » auprès du public, des acteurs et professionnels du territoire ☐ Déployer une à deux formations PSSM chaque année (en lien avec l'Association Premiers Secours en Santé Mentale France), <ul style="list-style-type: none"> ○ Etape 1 : Identifier les besoins et arrêter les bénéficiaires Constitution d'un groupe de travail pour déterminer les bénéficiaires* de ces formations et le nombre de formations proposé <i>(*) acteurs en contact direct avec la population tels que : pompiers, forces de l'ordre, services d'aides ou de soins à domicile, structures éducatives, associations d'insertion ou caritatives, animateurs des Centres sociaux et Associations sportives, culturelles, Centres Sociaux, élus, agents municipaux ou communautaires, bénévoles, intervenants à domicile, employeurs, bailleurs sociaux, etc.</i> ○ Etape 2 : mettre en place la formation sur une durée de 2 jours (14h) ○ Etape 3 : A mi-parcours, organisation d'une journée "Réseau" entre secouristes formés et formateurs puis évaluation des formations ○ Etape 4 : Etude des modalités d'extension de cette formation au Grand Public ☐ Identifier et former des « sentinelles » sur chaque EPCI <ul style="list-style-type: none"> ○ Recrutement : Organisez des réunions publiques et des sessions d'information pour recruter des volontaires et créez un site web ou une page dédiée où les habitants peuvent s'inscrire pour devenir sentinelles. ○ Formation et création d'un réseau 						
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Pluriannuelle <input checked="" type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 2^e semestre 2025						
Partenaires de l'action	Premiers Secours en Santé Mentale France (PSSM France) ; UNAFAM, pôle de psychiatrie et pédopsychiatrie, ERP (Etablissement Recevant du Public) ; Opérateur privé						
Public visé	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="389 1303 730 1429"> <input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) </td> <td data-bbox="746 1303 1485 1585"> * Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus </td> </tr> <tr> <td data-bbox="389 1451 730 1585"> <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus </td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans)	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus	<input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus			
<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans)	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus						
<input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Elus							
Territoire d'intervention	Val de Lorraine						
Financement	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="389 1671 625 1733"><i>Budget global prévisionnel</i></td> <td data-bbox="625 1671 1485 1733">Coût de la formation par participant (en lien avec le PTSM) : 150 euros</td> </tr> <tr> <td data-bbox="389 1733 625 1778"><i>Financeurs et montants</i></td> <td data-bbox="625 1733 1485 1778">PETR et EPCI</td> </tr> <tr> <td data-bbox="389 1778 625 1877"><i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i></td> <td data-bbox="625 1778 1485 1877"></td> </tr> </table>	<i>Budget global prévisionnel</i>	Coût de la formation par participant (en lien avec le PTSM) : 150 euros	<i>Financeurs et montants</i>	PETR et EPCI	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	
	<i>Budget global prévisionnel</i>	Coût de la formation par participant (en lien avec le PTSM) : 150 euros					
	<i>Financeurs et montants</i>	PETR et EPCI					
<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>							
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

contre les inégalités sociales de santé ?	
Politiques Publiques concernées	Projet Territorial de Santé Mentale ; feuille de route Santé Mentale de l'ARS
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez) A destination des professionnels
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'actions de sensibilisation • Mise en place de séances de formation • Décompte des structures participantes • Décompte et satisfaction des participants <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de formations réalisées/an • Nombre de participants aux formations (moyenne) • Niveau de satisfaction liée à la participation à la formation <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Émargement • Questionnaire de fin de formation (satisfaction et évaluation des acquis) • Bilans

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input checked="" type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe 3	PREVENTION ET PROMOTION : RENFORCER LES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE 3.1. Promouvoir l'activité physique pour le bien-être psychique et physique
Action N°8	S'inscrire dans des dispositifs favorisant l'activité physique en prévention des maladies chroniques

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<i>Axes transversaux :</i> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé <i>Axes thématiques :</i> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Les affections de longue durée (ALD) concernent 29 pathologies chroniques. Sur le Val de Lorraine les ALD pour diabète représentent 25 % de l'ensemble des ALD. Les tumeurs malignes représentent la deuxième pathologie, devant les maladies coronaires et les insuffisances cardiaques graves, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves et cardiopathies congénitales graves.</p> <p>Pour favoriser l'activité physique en prévention ou en accompagnement des ALD et plus généralement des maladies chroniques, plusieurs actions peuvent être mises en œuvre afin d'augmenter le niveau d'activité physique dans la population et contribuer à la prévention des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et certains cancers, ou encore à prévenir les complications, réduire le nombre d'hospitalisations et les coûts de prise en charge, voire diminuer la prise de médicaments.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 02.2 - Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière : Accompagner le déploiement de l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input checked="" type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	

Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifications des comportements en santé par le sport <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actions de promotion réalisées • Nombre de séances à distance développées • Nombre de professionnels sensibilisés • Nombre de professionnels engagés • Nombre et typologie des publics <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire • Comptage

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)
<input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)
<input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)
<input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)
<input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)
<input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)
<input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)
<input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale
<input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)
<input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales
<input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population
<input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu
<input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
<p>Autre(s)</p>

Axe 3	PREVENTION ET PROMOTION : RENFORCER LES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE 3.1. Promouvoir l'activité physique pour le bien-être psychique et physique
Action N°9	Elaborer des programmes de prévention et de promotion de la santé par les parents (périnatalité, obésité, écran, décrochage scolaire...)

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input checked="" type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<i>Axes transversaux :</i> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé <i>Axes thématiques :</i> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des enfants atteints de diabète dès la maternelle, • Fort taux de surpoids et d'obésité infantile, • Problématiques liées à l'hygiène de vie (alimentation, sommeil, écrans, hygiène) avec en particulier, une augmentation de la sédentarité et une surconsommation d'écrans. 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 02.1 - Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière : Doubler le nombre de collectivités territoriales adhérant à la charte « villes actives ou départements actifs du programme national nutrition santé » <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.2 - Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé chez l'enfant et l'adolescent : Développer une politique volontariste de soutien à la parentalité <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input checked="" type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibiliser ● Renforcer les Capacités Parentales ● Encourager la participation active des parents dans les initiatives favorisant une bonne santé de leurs enfants et promouvant des habitudes de vie saines ● Renforcer l'accompagnement des familles à la parentalité pendant la période périnatale de 0 à 3 ans 		
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Informer les parents sur l'importance de la prévention et des comportements favorables à la santé ☛ Former les parents sur les compétences nécessaires pour soutenir la santé et le bien-être de leurs enfants ☛ Travailler en partenariat avec les établissements scolaires ☛ Suivi et Évaluation 		
Etapas de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ○ Informer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser des réunions d'information, de sensibilisation et d'échanges sur la santé de la mère et de l'enfant en périnatalité <i>Cible</i> : parents et futurs parents, aux publics vulnérables, aux femmes en âge de procréer ou enceintes ○ Organiser des séances d'information régulières pour les parents sur des thèmes spécifiques de la santé, tels que la nutrition, l'hygiène, la vaccination, les enjeux de santé environnementale (qualité de l'air intérieur, activité physique et mobilités douces etc.), sous forme d'ateliers ○ Utiliser les plateformes numériques et les médias sociaux pour diffuser des messages de prévention et sensibiliser parents et enfants (« Je prends soin de mon enfant ») ○ Former : <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer des modules visant à renforcer les connaissances et compétences des parents en matière de santé ; ○ Mettre en place des groupes de soutien pour les parents afin de partager des expériences, des conseils et des ressources ○ Déployer un programme de prévention du surpoids et de l'obésité auprès des enfants de moins de 6 ans : étendre l'expérimentation conduite par la MSP de Pont-à-Mousson <p>Annuellement : évaluer l'impact des actions et ajuster les stratégies en conséquence. Nota. Travailler en partenariat avec les établissements scolaires pour intégrer les programmes de santé dans le curriculum des enfants et sensibiliser les parents.</p>		
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 2 ^e semestre 2025 Fin : 2028		
Partenaires de l'action	MSP de Pont-à-Mousson ; MDS et PMI des conseils départementaux ; CPTS ; CAF 54 ; Education nationale ; associations ; Promotion Santé Grand Est		
Public visé	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> * Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : </td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :		
Territoire d'intervention	Val de Lorraine		
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i> Moyens d'ingénierie		
	<i>Financeurs et montants</i> Budgets généraux des EPCI et du PETR Financement indirect : CAF ; CD54 ; Promotion Santé Grand Est		

		AAP (Fondations, Mutuelle, ...) ; Etat
	Autres ressources mobilisables (<i>Matériel, humaine</i>)	Moyens humains et matériels des EPCI et du PETR
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Convention Territoriale Globale (CAF) ; Projets Educatifs Territoriaux	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partenariats mis en place • Planification de sessions d'information/Formation <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actions réalisées/soutenues • Nombre de parents engagés dans ces actions <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilans • Questionnaire de satisfaction • Compte-rendu de réunion 	

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe 3	PREVENTION ET PROMOTION : RENFORCER LES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE 3.2. Améliorer les attitudes et aptitudes en matière d'alimentation en favorisant une alimentation de qualité et de proximité
Action N°10	Former le personnel des crèches, de la restauration scolaire et sensibilisation des familles à l'éducation au goût

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	Structure :	Communauté de communes du Bassin de Pompey Communauté de Communes du Bassin de Pont-à-Mousson Communauté de Communes Seille et Grand Couronné Communauté de Communes Mad & Moselle
	Personne référente	Binôme élu/technicien de chaque EPCI
Axe stratégique du CLS	Axes transversaux : <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé Axes thématiques : <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Avec 20 % d'adultes en situation d'obésité, soit 3 points au-dessus de la moyenne nationale, la région Grand Est est particulièrement touchée. En Grand Est, les chiffres épidémiologiques révèlent qu'un enfant sur cinq, soit 272 000 enfants de 2 à 17 ans sont concernés par une problématique de surpoids ou d'obésité, avec près de 10 % déjà en situation d'obésité (données ORS 2023). En Meurthe et Moselle, entre 35 600 et 42 300 enfants de 2 à 18 ans seraient concernés par un surpoids ou une obésité, dont entre 14 000 et 16 600 enfants en situation d'obésité.</p> <p>Dans le cadre de sa compétence Santé Nutrition, la communauté de communes du Bassin de Pompey produit et livre les repas des cantines scolaires et des crèches. Elle est également responsable de l'encadrement des enfants sur le temps méridien. Ainsi, la restauration scolaire est un temps éducatif à part entière, notamment en ce qui concerne la santé et la nutrition des enfants. Les orientations de cet accueil sont travaillées à travers un projet éducatif animé avec les responsables enfance jeunesse des communes.</p> <p>Un diagnostic réalisé auprès des sites de restauration, a mis en évidence un besoin de formation des équipes éducatives quant à l'accompagnement des enfants sur le temps méridien afin de promouvoir les comportements favorables à la santé.</p> <p>Il est proposé de reproduire cette action à l'échelle des 3 autres EPCI.</p> <p>Cette action s'inscrit en cohérence avec la <i>Stratégie des 1000 premiers Jours</i>.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 02.1 - Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière : Doubler le nombre de collectivités territoriales adhérant à la charte « villes actives ou départements actifs du programme national nutrition santé » <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS	

	<input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)*	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input checked="" type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3*	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectifs spécifiques	Améliorer l'accès (géographique, financier, culturel...) à l'offre alimentaire et améliorer les attitudes et aptitudes en matière d'alimentation en favorisant une alimentation de qualité et de proximité	
Objectifs opérationnels	Travailler sur les changements de comportement alimentaire/éducation alimentaire en s'appuyant sur des lieux « clés » (mission locale, point femme, épiceries sociales, cuisine centrale, écoles) ou des manifestations connexes Mettre en œuvre des programmes d'action dans le cadre de démarches concertées (Projet alimentaire territorial du sud 54 et Projet éducatif territorial du temps méridien) programme national nutrition santé)	
Etapes de mise en œuvre – Description	1- En partenariat avec la Maison de l'Alimentation et de la Nutrition en Grand Est qui met en œuvre le programme « Nutrition et Sensorialité » soutenu par l'ARS dans le cadre des CLS. <ul style="list-style-type: none"> - Former les accompagnants éducatifs des enfants fréquentant les cantines scolaires et équipements petite enfance avec le programme NUTS en plusieurs étapes : <ul style="list-style-type: none"> o Analyse de l'environnement en amont (site par site) o Sensibilisation à l'alimentation durable o Formation : liens entre les éducations à l'alimentation et les pratiques professionnelles o Analyse de l'environnement en aval o Partage d'expériences - Animer et organiser des rendez-vous des parents autour de l'alimentation des enfants via le lieu d'accueil enfants parents, les crèches et les communes. 2- Intégrer une formation des personnels au stade de la commande publique : dans les cahiers des charges des prestataires de la RHD	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle : <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 2024 (Bassin de Pompey) ; 2025 et suivantes : autres EPCI Fin : 2028	
Partenaires de l'action	ARS, Maison de l'Alimentation et de la Nutrition en Grand Est, communes	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Parents	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input checked="" type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	Budget global prévisionnel	Prestations de service - Ingénierie
	Financeurs et montants	Budgets des EPCI

	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	Interventions de la Maison de l'alimentation et de la nutrition en Grand Est financé par l'ARS
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Politiques locales et nationales de santé et d'éducation Petite enfance / Jeunesse Projets Alimentaires Territoriaux et Projets Educatifs Territoriaux	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectivité des actions • Satisfaction des participants <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de professionnels déclarant avoir acquis des connaissances sur la thématique traitée par l'action • Nombre de professionnels formés • Nombre de parents sensibilisés, informés, associés au projet <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire de satisfaction • Questionnement des acquis en début, fin et +6 mois 	

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input checked="" type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...) <input type="checkbox"/> Environnement physique (air, sol, eau, aménagement du territoire ...) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (prise en compte des déterminants de santé dans les politiques)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe 4	PRESERVER L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PHYSIQUE ET MENTAL ET DE LEURS AIDANTS SUR LE TERRITOIRE DU VAL DE LORRAINE 4.1. Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap de vivre dans des logements adaptés
Action N°11	Favoriser l'adaptation des logements à la perte d'autonomie liée à l'âge ou à un handicap

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	PETR et EPCI du Val de Lorraine
	<i>Personne référente</i>	Coordonnateur CLS + binômes élus/techniciens des Communautés de Communes du Val de Lorraine
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Chaque année, plus de 2 millions de personnes de plus de 65 ans sont victimes d'une chute chez elles. En Grand Est, les chutes des personnes âgées entraînent chaque année plus de 13 000 hospitalisations et environ 900 décès.</p> <p>Avec plus de 90% des Français désireux de vivre chez eux le plus longtemps possible, l'adaptation pour favoriser le maintien à domicile est devenue un enjeu primordial. Ces adaptations ont pour objectif de prévenir les chutes et de rendre le logement plus accessible et confortable.</p> <p>Même si le territoire du Val de Lorraine est globalement jeune sa situation est plus contrastée lorsque l'on regarde à l'échelle des EPCI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seille et Grand Couronné : 17 % de la population a plus de 65 ans en 2019 - Bassin de Pont-à-Mousson : 19 % de la population a plus de 65 ans en 2019 avec un vieillissement plus important à l'ouest (entre 25-30%) - Mad et Moselle : 20 % de la population a plus de 65 ans en 2019 avec quelques communes vieillissantes également, - Bassin de Pompey : 22 % de la population a plus de 65 ans en 2019, qui en fait l'EPCI le plus vieillissant du Val de Lorraine. <p>L'enjeu de l'autonomie, notamment dans son logement est donc bien présent.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Objectif 01.0 - Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément.	

	<input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input checked="" type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Préserver un environnement favorable à la santé <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Développer les connaissances et les compétences en santé environnement <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Prévenir la perte d'autonomie en agissant en amont auprès des personnes âgées et personnes en situation de handicap, sur leur cadre de vie afin de les aider à anticiper les aménagements et adaptations nécessaires pour leur permettre de vivre à leur domicile le plus longtemps possible ● Accompagner les personnes âgées, personnes en situation de handicap et leurs aidants dans l'accès à un logement adapté ● Favoriser l'adaptation des logements aux personnes en situation de handicap et aux personnes en perte d'autonomie
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apporter informations et conseils sur l'ensemble des problématiques liées à l'habitat : aménagements, aides techniques, aides financières, économies d'énergie, maintien de l'équilibre. ➤ Sensibiliser à l'intérêt d'adapter son logement ou de changer pour une autre forme d'habitat ➤ Sensibiliser les retraités à la notion de parcours résidentiel ➤ Proposer des mises en situation par des ateliers interactifs ➤ Permettre la rencontre avec les partenaires œuvrant dans ce domaine sur les stands
Étapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mener des campagnes de sensibilisation sur l'importance d'avoir des logements adaptés pour tous <ul style="list-style-type: none"> ○ Mobiliser les outils propres à chaque partenaire (bus de l'autonomie, animateurs OPAH, forum habitat, ...) pour mener des actions de sensibilisation des citoyens aux bénéfices des adaptations et aides techniques ○ Mobiliser les acteurs dans le cadre des Forums Habitat des collectivités <i>Pistes : • Table ronde sur l'aménagement (opérateur Habitat, bailleur social, info habitat) • Table ronde sur le parcours résidentiel (habitat inclusif, résidences autonomie, résidences services...) • Ateliers de sensibilisation (prévention des chutes, économies d'énergie, habitat) • Stands</i> ○ Informer sur la domotique et technologies d'assistance ○ Développer des partenariats avec les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et les Conseils Départementaux 54 et 57 ➤ Développer le dispositif Bien Vivre à Domicile ; Informer sur le dispositif MaPrimeAdapt' ou autres aides équivalentes ; sensibiliser sur les solutions complémentaires de logement en milieu ordinaire, type Habitat inclusif ➤ Mise en place de subventions spécifiques pour le financement des travaux d'adaptation des logements dans le cadre de PIG-OPAH / Pactes territoriaux
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 2024 Fin : 2028

Partenaires de l'action	Conseils départementaux ; service/guichet Habitat des EPCI ; acteurs du logement et de l'habitat ; MDPH ; ADIL ; Etat	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : De l'habitat
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	Ingénierie et frais de communication
	<i>Financeurs et montants</i>	Budgets des EPCI et du PETR : <i>Au titre des actions aujourd'hui en place et financées</i>
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	OPAH ; PIG ; Délégation des aides à la pierre ; Pactes territoriaux	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de réunions de travail organisées • Nombre de temps d'information <u>Indicateurs de résultat :</u> • Nombre de participants aux temps d'information • Nombre de partenaires/professionnels mobilisés • Diffusion des éléments de communication <u>Méthode d'évaluation envisagée :</u> • Questionnaire de satisfaction	

Déterminants de santé visés :

Systeme de soins <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
Mode de vie <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
Conditions de vie

<input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)
<input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)
<input type="checkbox"/> Conditions de travail
Environnement social
<input type="checkbox"/> Intégration sociale
<input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)
<input type="checkbox"/> Normes et climat social
Contexte économique et politique
<input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales
<input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population
<input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
Conditions socio-économiques
<input type="checkbox"/> Niveau de revenu
<input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

Axe 5	AGIR POUR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE
Action N°12	Cartographier des "parcours fraîcheur" et les mettre à disposition du grand public

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)
Porteur	<i>Structure :</i> Communauté de Communes du Bassin de Pompey
	<i>Personne référente</i> Chargé de mission santé/solidarité et jeunesse
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé
Contexte et enjeux locaux	<p>Entre 1947 et 2019, Météo France a identifié 47, 48 et 50 épisodes de vagues de chaleur respectivement en Lorraine, en Champagne-Ardenne et en Alsace. Sur la même période, 41 épisodes ont été enregistrés en France.</p> <p>La région Grand Est a une sensibilité particulière à cet aléa climatique du fait de sa position géographique qui la dote d'un climat un peu plus continental (l'océan étant un bon modérateur des vagues de chaleur).</p> <p>Cette situation pose 3 enjeux majeurs au niveau local :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protéger et limiter les impacts du réchauffement climatique sur la population et mieux accompagner les populations vulnérables. - Amélioration du cadre de vie (confort thermique, îlot de chaleur urbain). - Renaturation des milieux naturels et protection de la biodiversité.
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input checked="" type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé

<p>Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3</p>	<p><input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Favoriser la prise en compte des enjeux santé environnement dans l'aménagement et les politiques d'urbanisme <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Développer les connaissances et les compétences en santé environnement <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3</p>
<p>Objectifs spécifiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifier les zones fraîches et favoriser l'accès à l'eau potable ● Optimiser les trajets dans la ville ● Informer et sensibiliser le public ● Réduire l'exposition à la chaleur
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cartographier les zones où la température reste plus fraîche, comme les parcs, les espaces verts, ou les rues ombragées ➤ Créer et mettre à disposition des parcours fraîcheur qui aideront le grand public à trouver des refuges frais pendant les périodes de chaleur. ➤ Créer des outils d'information pour sensibiliser les habitants aux avantages des parcours fraîcheur, particulièrement en période de canicule. ➤ Réduire l'exposition à la chaleur : Minimiser l'exposition des piétons aux températures élevées en favorisant les trajets via ces parcours identifiés. ➤ Fournir des données pour aider les décideurs à planifier l'aménagement urbain, en tenant compte des besoins de rafraîchissement.
<p>Etapas de mise en œuvre – Description</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser un diagnostic pour caractériser la surchauffe urbaine, dont le phénomène d'îlots de chaleur urbaine et son évolution en climat futur, et identifier les zones fragiles (contexte social, pyramide des âges...) ➤ Identification des Parcours Fraîcheur <ul style="list-style-type: none"> ○ Recherche et sélection des lieux : Identifiez les endroits qui restent frais pendant les périodes de chaleur, comme les parcs, les forêts urbaines, les bords de l'eau, etc. ○ Recenser les points d'eaux, dont les points d'eau potable, disponibles dans les lieux publics ○ Identifier des zones prioritaires (comme par exemple les zones où vivent davantage de personnes âgées qui sont plus sensibles à la chaleur, ou les zones socialement défavorisées qui sont désavantagées sur tous les déterminants de santé) ○ Consultation des experts : Travaillez avec des climatologues, urbanistes et écologistes pour identifier les zones les plus fraîches. ○ Collecte de données : Utilisez des données météorologiques et des cartes thermiques pour localiser les zones les plus fraîches. ➤ Cartographie des Parcours <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilisation des outils de cartographie : Utilisez des outils comme Google Maps, QGIS ou ArcGIS* pour créer des cartes détaillées des parcours. ○ Création de parcours : Tracez les itinéraires en tenant compte des points de départ, des étapes et des points d'intérêt (zones ombragées, fontaines, etc.). ○ Intégration d'informations supplémentaires : la végétation, les points d'eau, , dont les points d'eau potable, et tout autre élément qui contribue à la fraîcheur du parcours. ➤ Mise à disposition au Grand Public <ul style="list-style-type: none"> ○ Développement d'un site web : Créez un site web dédié où les cartes et les parcours peuvent être consultés et téléchargés. Assurez-vous que le site est optimisé pour les mobiles. ○ Application mobile : Développez une application mobile pour que les utilisateurs puissent accéder aux parcours en déplacement. ○ Promotion et sensibilisation : Faites la promotion des parcours via les réseaux sociaux, les médias locaux, et des événements communautaires pour sensibiliser le public. ○ Maintenance et Mise à Jour régulière ➤ Retour d'expériences et élargissement éventuel à d'autres EPCI

Déterminants de santé visés :

<p>Système de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)</p> <p><input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)</p> <p><input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)</p> <p><input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité</p>
<p>Mode de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)</p>
<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p>
<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Normes et climat social</p>
<p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p>
<p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p>
<p>Autre(s)</p>

Axe 5	AGIR POUR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE
Action N°13	Plan Intercommunal de sauvegarde (PICS)

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)
Porteur	<i>Structure :</i> EPCI du Bassin de Pompey Extension aux 3 autres EPCI à partir de 2026 (Bassin d Pont-à-Mousson, Seille et Grand Couronné ; Mad & Moselle)
	<i>Personne référente</i> Fabien MALLERET
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé
Contexte et enjeux locaux	<p>Le Plan Intercommunal de Sauvegarde (PICS), document d'organisation de la réponse opérationnelle à l'échelon intercommunal face aux situations de crise, au profit des communes impactées, a été introduit par la loi MATRAS de 2021. Il organise la coordination et la solidarité intercommunale. L'article L. 731-4 du Code de la sécurité intérieure rend son élaboration obligatoire dans un délai de 5 ans à compter de la promulgation de la loi « dès lors qu'au moins une des communes membres est soumise à l'obligation d'élaborer un plan communal de sauvegarde ». Les EPCI concernés disposent jusqu'au 26 novembre 2026 pour se conformer à cette obligation.</p> <p>La Communauté de Communes du Bassin de Pompey a engagé dès 2020 une démarche de prévention des risques majeurs pour la population dans le cadre du déploiement de son Plan Intercommunal de Sauvegarde.</p>
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input checked="" type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Déployer et tester des scénarios de crise. La plupart de ces crises peuvent avoir des conséquences graves pour la santé des usagers. 	
Objectifs opérationnels	Organisation d'exercices de gestion de crise communs entre les services de santé et les collectivités territoriales du Bassin de Pompey (voir autres EPCI du Val de Lorraine)	
Étapes de mise en œuvre – Description	<p>Nous pouvons proposer aux établissements médico sociaux du territoire de participer à leurs exercices de gestion de crise (plan Blanc par exemple)</p> <p>Ces mêmes établissements peuvent demander à participer aux exercices sur table (pour le moment) ou terrain (à terme) que nous pouvons organiser autour de l'un des scénarios de crise actuellement défini :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canicule / vagues de chaleur • Tempête, vents violents, inondations • Cyber-attaque, intrusion et/ou violation de données • Feux de forêt • PCA PRA Pandémie / Epidémie • Rupture d'approvisionnement en eau potable • PCA PRA en cas de délestage ou de coupure d'alimentation en électricité • Toxi infection Alimentaire Collective • Vigipirate Urgence Attentat • TMD Transport Matière Dangereuse <p>Par ailleurs, les communes du Bassin de Pompey déploient depuis 2022 des Sauveteurs Volontaires de Proximité qui ont pour vocation d'être formés à l'usage de défibrillateurs et d'intervenir dans le cadre de permanences le plus rapidement possible en cas d'accident cardiaque avant que les services de secours n'arrivent. Des synergies sont probables entre les établissements médicaux sociaux et ce réseau de sauveteurs bénévoles (ex : sensibiliser les SST de son établissement à intervenir en cas d'accident cardiaque à proximité sur le temps de travail) https://mm.tl/app/map/2682422087?t=SNX0CergFO</p>	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : - 2025 pour le Bassin de Pompey ; - 2026 pour les autres EPCI Fin : 2028	
Partenaires de l'action	Les communes de chaque EPCI La société Numerisk L'association Grand Nancy Defi'B https://www.grandnancydefib.fr/	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Tous publics	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Val de Lorraine	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	Ingénierie
	<i>Financeurs et montants</i>	A déterminer

	Autres ressources mobilisables (<i>Matériel, humaine</i>)	Moyens humains de l'EPCI
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Transition écologique ; GEMAPI ; PCAET	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez) tout citoyen peut devenir Sauveteur Volontaire de Proximité. Il est également possible de solliciter les citoyens en cas de crise via une plateforme collaborative gratuite de l'association de prévention de la MAIF : https://www.preventraide.fr/zone-d-entraide/	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'exercices réalisés en partenariat CT/ Ets Médicaux sociaux • Nombre d'actions préventives mises en place suite à ces exercices • Nombre de SVP sur le territoire • Nombre d'interventions / de vies sauvées <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RETEX à froid après exercices • Bilan de l'association Grand Nancy defib 	

Déterminants de santé visés :

<p>Systeme de soins</p> <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
<p>Mode de vie</p> <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
<p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
<p>Environnement social</p> <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
<p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
<p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)

AXE 5	AGIR POUR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE
Action N°14	Mettre en place un réseau de sentinelles du pollen

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input checked="" type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	Communauté de Communes du Bassin de Pompey
	<i>Personne référente</i>	Chargé de mission santé/solidarité et jeunesse
Axe stratégique du CLS	<p><i>Axes transversaux :</i></p> <input type="checkbox"/> Améliorer les parcours de santé <input type="checkbox"/> Animer, communiquer et suivre la mise en œuvre du Contrat Local de Santé	
	<p><i>Axes thématiques :</i></p> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Améliorer l'accès aux services de santé et aux soins <input type="checkbox"/> Axe 2 : Santé Mentale <input type="checkbox"/> Axe 3 : Prévention & Promotion : Renforcer les comportements favorables à la santé <input type="checkbox"/> Axe 4 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap physique et mental, et de leurs aidants, sur le territoire du Val de Lorraine <input type="checkbox"/> Axe 5 : Agir pour un environnement favorable à la santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le dérèglement climatique et l'augmentation des températures induisent des floraisons précoces et une augmentation de la pollinisation des plantes. Ce contexte favorise les allergies de la population.</p> <p>Ainsi en France 1 personne sur 4 est concernée par l'allergie respiratoire et les pollens ont été identifiés comme étant à 50% responsables de ces gênes respiratoires. L'enjeu est d'anticiper pour mieux se protéger.</p> <p>Les sentinelles renseignent leurs observations en temps réel et de manière géolocalisée, via la plateforme Pollin'Air depuis un ordinateur, smartphone ou tablette. Trois stades de développement sont à renseigner : la floraison, le début et la fin de la pollinisation. Ainsi, les sentinelles participent à la collecte de données qui sont ensuite transmises aux professionnels de santé chargés d'alerter leurs patients.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 01.4 - Maîtriser les risques environnementaux : Réduire les risques liés au développement des espèces végétales susceptibles de nuire à la santé et renforcer la prévention des maladies vectorielles <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Schéma Régional de Santé (priorités)	<input checked="" type="checkbox"/> Atténuation des conséquences sanitaires du changement climatique <input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé au plus près des jeunes et de leurs parents <input type="checkbox"/> Préservation de l'autonomie à tous les âges de la vie <input type="checkbox"/> Prise en charge des soins non programmés et lisibilité des parcours de santé	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément.	

	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Développer les connaissances et les compétences en santé environnement <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Surveillance de la Qualité de l'Air ● Alerte et Prévention ● Implication active des habitants du territoire
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Détecter et suivre les tendances et les pics de pollinisation qui peuvent affecter la santé publique ☛ Fournir des alertes en temps réel sur les niveaux de pollen afin de prévenir les populations sensibles, comme les personnes allergiques, et de réduire les risques de crises allergiques ☛ Contribuer à une meilleure surveillance et gestion des niveaux de pollen en impliquant activement les habitants du territoire : création d'un réseau de sentinelles du pollen en invitant les habitants du territoire à devenir sentinelles ☛ Eduquer et sensibiliser le public aux effets du pollen sur la santé et aux moyens de se protéger lors des périodes de forte pollinisation.
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilisation et information la population <ul style="list-style-type: none"> ○ Communication : Informer les habitants sur l'importance de surveiller les niveaux de pollen, les impacts sur la santé, et comment leur participation peut faire une différence. ○ Campagnes de sensibilisation : Utilisez les réseaux sociaux, les médias locaux, et des événements communautaires pour promouvoir l'initiative. ○ Documentation : Fournir des brochures, des affiches et des ressources en ligne expliquant le rôle des sentinelles du pollen. ➤ Organiser un appel à volontaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Recrutement : Organiser des réunions publiques et des sessions d'information pour recruter des volontaires et inviter les habitants à s'inscrire sur le site pollin'air (www.pollinair.fr) pour qu'ils puissent contribuer à l'observatoire du territoire et recevoir un guide permettant l'autoformation aux différentes étapes de reconnaissance des plantes allergisantes. ○ Nota. Collaboration avec des écoles, des associations locales, et des entreprises pour élargir le réseau de volontaires. ○ Reconnaître et récompenser les efforts des sentinelles pour maintenir leur engagement. ➤ Créer un chantier d'observation ouvert aux sentinelles et les écoles afin d'acculturer à la reconnaissance des plantes allergisantes et à leurs enjeux sur la santé. ➤ Mettre à disposition des équipement et outils (pas pour le Bassin de Pompey) <ul style="list-style-type: none"> ○ Fourniture d'équipements : kits de collecte de pollen (par exemple, des capteurs de pollen, des appareils de mesure). ○ Applications et plateformes : Développez une application ou une plateforme en ligne où les sentinelles peuvent entrer et consulter les données de pollen. ○ Sessions de formation : ateliers pour former les volontaires à identifier les types de pollen, à utiliser les outils de mesure, et à enregistrer les données. ➤ Collecter et analyser les données (pas pour le Bassin de Pompey) <ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place d'un système simple pour que les sentinelles puissent rapporter les niveaux de pollen observés. ○ Centralisez les données collectées pour les analyser et produire des rapports réguliers. ○ Partagez régulièrement les résultats et les analyses avec les sentinelles et la communauté.
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <input type="checkbox"/> Ponctuelle Début : 01/2025 Fin : 2028
Partenaires de l'action	Atmo grand-est; ARS; Communes; les professionnels de santé; écoles; Université Lorraine ; Pollin'air

Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans)	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
	<input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : tout public	
Territoire d'intervention	Bassin de Pompey	
Financement	Budget global prévisionnel	Communication ; ingénierie ; prestations de service
	Financeurs et montants	EPCI ; ARS via le financement Atmo Grand Est
	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	Transition écologique ; PCAET	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	Indicateurs de processus : • Création de chantiers d'observation Indicateurs de résultat : • Nombre de sentinelles engagées dans la démarche • Nombre de communes de l'EPCI impliquées dans la démarche Méthode d'évaluation envisagée : • Rapport d'activité • Compte-rendu • Comptage des sentinelles	

Déterminants de santé visés :

Système de soins <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
Mode de vie <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
Conditions de vie <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...) <input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique (air, sol, eau, aménagement du territoire ...) <input type="checkbox"/> Conditions de travail

Environnement social <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants à la mise en place, construction ou évaluation d'un projet, participation des habitants aux prises de décisions</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
Autre(s)