

## 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.

Haute-Marne

département

56 395

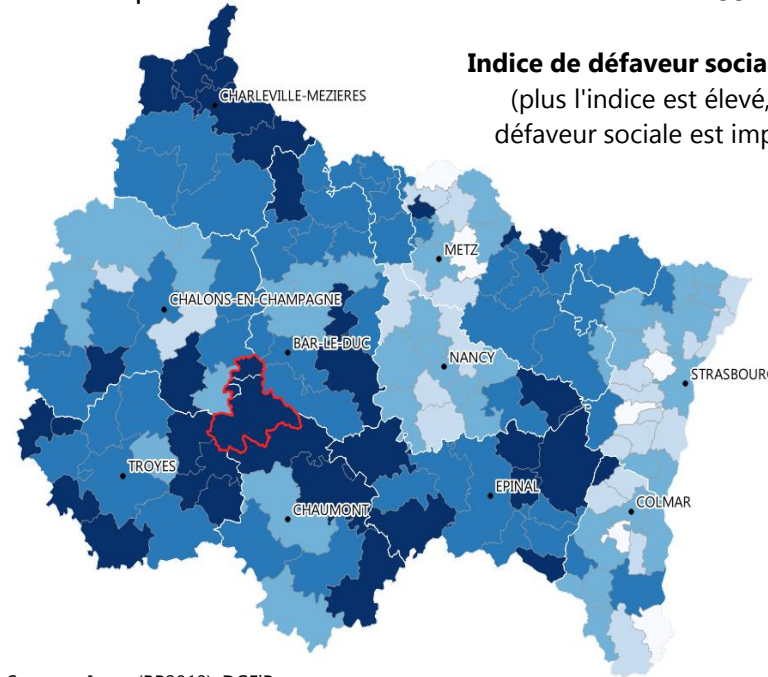
habitants

60

communes

EPCI à dominante

urbaine

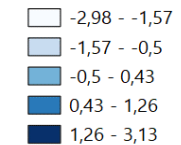


### Indice de défaveur sociale en 2019

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

- Chef-lieu de département
- Limites départementales

#### Indice de défaveur sociale



Grand Est : 0,4

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

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

## Démographie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>1</b> Population et densité ( <i>nombre de personnes au km<sup>2</sup></i> )	56 395	60,7	96,7		119,7	27,8	0,94	192,8	36,2	-1,2 ↘
<b>2</b> Croissance annuelle de la population ( <i>entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %</i> )	-3 524	-1,20	0,01		0,33	-0,92		0,1	-0,3	
<b>3</b> Solde migratoire ( <i>entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %</i> )	-2 910	-0,99	-0,17		0,07	-0,63		-0,2	-0,2	
<b>4</b> Indice de vieillissement ( <i>65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans</i> )		105,1	86,3	●	83,8	117,2		84,5	92,3	3,5 ↗
<b>5</b> Population vivant dans une commune rurale ( <i>et part pour 100 individus</i> ) (Cartographie en dernière page)	23 159	41,1	28,1		21,3	55,2		14,9	72,3	0,5 ↗

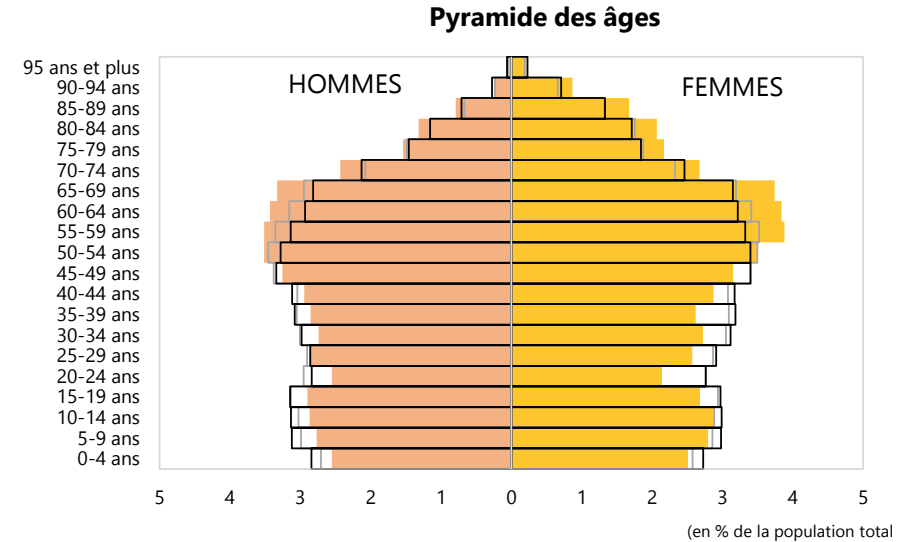
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

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

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

EPCI  
 Grand Est  
 France métropolitaine

Source : Insee (RP2019)  
Exploitation : ORS Grand Est



## Socio-économie

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
6 Indice de défaveur sociale ( <i>carto p.1</i> )		1,7	0,4	●		1,1		0,4	0,3		
7 Nombre de chômeurs ( <i>et taux de chômage en %</i> )	3 907	16,0	13,3	●	12,8	13,0	0,9	14,0	10,8	-1,7	↘
8 Salariés précaires ( <i>et part pour 100 salariés</i> )	5 818	31,2	28,5	●	27,5	28,8	0,5	28,7	27,9	0,9	↗
9 Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,6	3,7	●	2,5	6,8	0,6	3,3	5,8	-1,3	↘
10 Revenus médians disponibles par unité de consommation ( <i>en €</i> )	19 570		21 800	●	21 930	20 420				n.d.	n.d.
11 Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % ( <i>et part pour 100 ménages</i> )	4 286	17,1	14,7	●	14,5	14,8				n.d.	n.d.
12 Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible ( <i>en %</i> )		8,2	5,8	●	5,8	6,8				n.d.	n.d.
13 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	15 588	35,6	27,8	●	27,0	34,3	0,7	27,4	29,4	-2,3	↘
14 Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur ( <i>et part pour 100 personnes sorties du système scolaire</i> )	7 354	16,8	26,3	●	31,0	18,2	0,9	27,7	21,5	2,0	↗

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

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

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

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



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

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

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

## Espérance de vie à la naissance

(en années)

		
<b>EPCI</b>	76,8	84,3
<b>Grand Est</b>	79,0	84,7
<b>France métrop.</b>	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

## Principales causes de décès

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

## Mortalité

	Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans
<b>15</b> Décès toutes causes confondues	661	849,8	784,7	●	725,2	818,0	1,8	773,8	818,4	-1,4
<b>16</b> Décès prématurés (avant 65 ans)	119	215,0	181,6	●	175,7	215,9	1,9	182,2	180,3	-2,8
<b>17</b> Décès prématurés (avant 75 ans)	216	341,0	294,9	●	277,8	332,9	2,1	294,8	295,6	-2,0
<b>18</b> Décès par cancers	184	243,6	224,3	●	212,4	228,7	2,0	224,4	223,8	-1,2
<b>19</b> Décès par maladies cardio-neurovasculaires	146	181,3	187,5	●	170,0	188,3	1,7	181,7	205,6	-3,4
<b>20</b> Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	30	38,6	34,7	●	25,0	30,7	2,5	34,6	35,0	-6,3
<b>21</b> Décès par suicide	12	20,2	13,4	●	13,2	19,1	3,3	12,9	15,4	1,5
<b>22</b> Décès dus à des événements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0	●	1,2	n.d.	n.d.	0,9	1,1	n.d.
<b>23</b> Décès par pathologies liées à l'alcool	21	29,1	25,8	●	24,8	27,4	3,5	26,0	25,2	-5,7
<b>24</b> Décès par pathologies liées au tabac	112	144,8	129,3	●	109,3	125,4	2,7	129,4	129,0	-2,9
<b>25</b> Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	98	155,8	124,4	●	116,2	142,9	2,8	124,2	125,7	-2,0
<b>26</b> Décès évitables liés au système de soins	40	62,3	58,0	●	53,2	63,0	1,3	57,8	58,7	-2,4

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

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

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

## Principales causes de morbidité

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

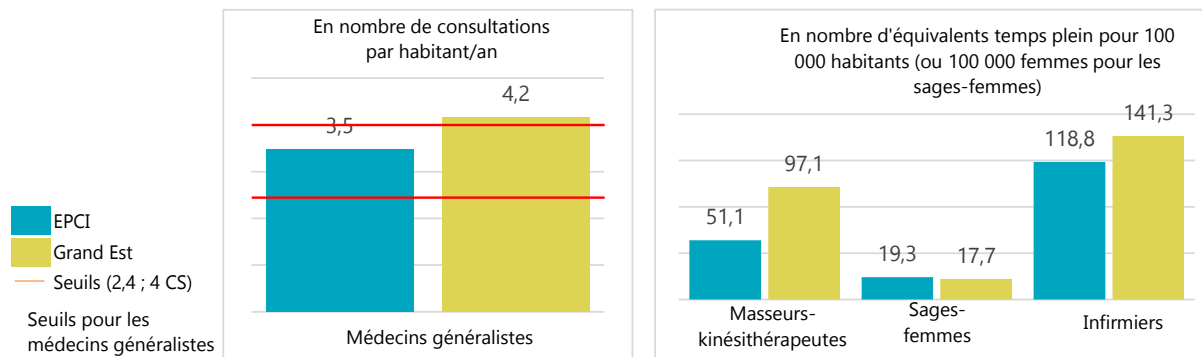
## Morbidité

	Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	3 193	4 424	4 223	●	4 161	4 455	1,0	4 221	4 236	3,8	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	190	251	211	●	193	208	1,8	213	201	3,6	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	366	472	492	●	458	470	1,5	489	503	3,7	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	700	1 846	1 799	●	1 755	1 886		1 806	1 774	2,4	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	564	1 648	1 592	●	1 467	1 713		1 575	1 647	1,9	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	5 436	7 171	6 736	●	6 142	6 889	1,9	6 723	6 783	4,3	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	998	1 328	1 204	●	1 130	1 282	1,5	1 210	1 185	4,9	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	2 285	3 002	2 882	●	2 519	2 809	3,0	2 909	2 795	5,1	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	810	973	990	●	932	1 163	1,7	974	1 040	4,4	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	4 317	5 933	5 516	●	4 840	5 480	1,4	5 586	5 284	2,9	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	11	32	●	33	13	1,1	36	17	n.d.	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	48	80	117	●	212	83	1,2	131	67	3,3	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	2 545	4 213	3 451	●	3 821	4 115	1,1	3 602	2 954	8,2	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	746	1 308	927	●	1 020	1 262	1,9	948	866	15,3	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	5 868	8 899	7 186	●	7 149	8 835	0,6	7 201	7 142	-0,2	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 691	4 251	3 548	●	3 916	4 242	0,5	3 537	3 588	0,5	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	3 449	5 293	4 002	●	3 902	5 563	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](http://ameli.fr) (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie).

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

## Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



## Accessibilité potentielle localisée

	Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂ / (Taux ♀))	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	3,5	4,2	●	3,9	3,4		4,4	3,3	-5,3	⬇️ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2,8	3,7	●	3,1	3,0		4,0	3,0	-7,7	⬇️ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes	51,1	97,1	●	104,0	50,9		105,3	70,9	-2,7	⬇️ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes	19,3	17,7	●	17,3	16,2		19,0	13,0	29,0	⬆️ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers	118,8	141,3	●	146,5	94,3		149,9	114,4	4,0	⬆️ !

## Soins de ville

	Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	31	2,3	1,8	●	1,2	4,1	67,7	1,0	4,3	0,2	⬆️ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	22						68,2				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	12,3	14,5	●	10,6	18,4	100,0	11,1	25,8	0,6	⬆️ !
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	12,3	12,6	●	12,5	24,3	n.d.	8,3	27,0	0,6	⬆️ !
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	12,3	11,6	●	10,5	17,8	100,0	8,0	23,7	0,5	⬆️ !
54	Ophthalmologues libéraux ou mixtes	0	10,8	10,8	●	8,6	15,9	n.d.	8,1	19,5	-2,1	⬆️ !
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	22	3,7	2,6	●	2,2	5,7	22,7	1,5	6,1	7,0	⬆️ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	5	6,2	5,5	●	4,5	10,8	0,0	3,9	10,7	-4,9	⬆️ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	78	2,1	1,4	●	0,9	3,3	19,0	0,7	3,6	1,0	⬆️ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	22	3,4	1,8	●	1,3	5,2	27,3	1,0	4,5	8,4	⬆️ !

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

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

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	6,3 min	12,3 min	6,0 min
Grand Est	11,3 min	14,8 min	8,4 min
France métrop.	10,5 min	13,7 min	7,4 min

## Etablissements de santé et médico-sociaux

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

**Note de lecture : 44-48 (voir p.5).** L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations/an/hab chez un médecin généraliste. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les autres professions (exprimée en ETP pour 100 000 habitants). **L'évolutions des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | **49-58 (voir p.5).** Concernant les effectifs, sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans pour le RPPS, les professionnels de 62 ans ou plus pour 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 **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 ♂ / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein ( <i>part pour 100 femmes de 50 à 74 ans</i> )		52,3		49,2	55,0					
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	56,0					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum ( <i>part pour 100 personnes de 50 à 74 ans</i> )		37,5		28,9	34,3					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans ( <i>part pour 100 personnes de 16 ans</i> )		26,6		24,3	28,5					
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	68,9					
71	Patients consultant un dentiste ( <i>taux standardisés pour 100 000</i> )	20 226	35 915	43 256	●	40 236	38 375	0,8	43 674	41 912	-1,1

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
Département	+126 883	+342,6	21,6
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
<i>Horizon 2070</i>			
Département	-16 421	-44,3	16,5
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)	179	2,5	2,4	●	2,3	2,2	2,6	2,0	4,6	↗	
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)	1 340	23,1	16,4	●	15,9	19,3	16,4	16,3	-0,1	→	
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	944	15,7	12,9	●	12,4	14,0	13,4	11,2	-3,8	↘	
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 776	29,5	41,5	●	46,6	31,2	43,0	35,8	1,6	↗	
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	339	2,7	1,7	●	2,3	2,3	1,8	1,7	3,8	↗	
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil (et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)	1 025	61,1	58,4	●	62,2	68,0	58,4	58,6	-0,5	↘	
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans (et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)	4 217	44,3	46,8	●	47,3	43,1	1,5	46,8	46,9	-2,7	↘

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

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



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

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

	Evolution des 65 ans et plus (nb)	Evolution des 65 ans et plus (en %)	Part des 65 ans et plus dans la population (en %)
<i>Horizon 2030</i>			
<b>Département</b>	+152 020	+357,4	25,6
<b>Grand Est</b>	+266 852	+24,3	25,0
<i>Horizon 2070</i>			
<b>Département</b>	-390	-0,9	33,7
<b>Grand Est</b>	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

## Populations vulnérables

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
<b>79</b> Population couverte par le RSA ( <i>et part pour 100 personnes tous âges confondus</i> )	3 772	6,7	5,2	●	5,3	5,2		5,9	3,1	-1,6	↘
<b>80</b> Population couverte par la CSS ( <i>et part pour 100 consommateurs de 17 ans et plus</i> )	5 344	11,7	8,9	●	9,3	8,9		10,1	4,9	3,3	↗ !
<b>81</b> Personnes âgées vivant seules à domicile ( <i>et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus</i> )	2 620	46,8	42,8	●	42,7	44,1	0,5	43,5	40,5	1,0	↗
<b>82</b> Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA ( <i>et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire</i> )	525	4,3	5,6		n.d.	4,7					
<b>83</b> Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH ( <i>et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans</i> )	1 790	5,8	3,0	●	3,1	4,4		3,2	2,4	1,6	↗
<b>84</b> Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ( <i>et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans</i> )	1 812	25,0	24,2	●	24,9	23,2		25,7	19,0	2,7	↗
<b>85</b> Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées ( <i>et part pour 1000 personnes</i> )	183	5,9	5,9	●		3,9		9,3	6,8	21,6	↗ !

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

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

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

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

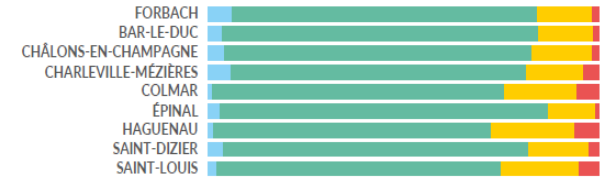
Les indices sont ceux de la ville-centre.

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

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



#### AUTRES AGGLOMÉRATIONS



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

## Environnement

	Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux σ) / (Taux 9)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
86 Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées (et part pour 100 résidences principales)	465	1,8	2,7	●	4,8	1,4		3,2	1,2	-10,5	⬇️
87 Résidences principales sans confort (et part pour 100 résidences principales)	101	0,4	0,3	●	0,4	0,6		3,6	0,6	-4,8	⬇️
88 Résidences principales construites avant 1946 (et part pour 100 résidences principales)	6 200	24,0	22,6	●	21,6	33,2		20,4	30,7	-1,9	⬇️
89 Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement (et part pour 100 ménages)	5 486	21,2	17,5	●	13,9	23,5		16,8	19,9		
90 Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (et densité pour 100 km²)	9	1,0	1,8	●	1,3	0,3		3,9	0,7	-4,6	⬇️
91 Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE (et densité pour 100 km²)	64	6,9	9,5	●	0,0	4,3		15,7	5,6		
92 dont installations classées SEVESO seuil bas et haut (et densité pour 100 km²)	2	0,2	0,2	●	0,00	0,0		0,5	0,1		
93 Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,5	2,5	●	0	2,9		2,4	2,9	-1,6	⬇️
94 Surfaces bio ou en conversion en hectares (et part dans la surface agricole en %)	859	2,0	7,8	●	10,3	9,6		7,8	7,7		
95 Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	297		19 047	●	171 485	1 160		8 124	10 940		
96 Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques (et part en %)	0	0,0	2,1	●	2,4	0,9		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 ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
97	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans ( <i>et part pour 100 habitants de 20-59 ans</i> )	3 962	14,7	15,5	●	15,7	15,8	0,0	15,3	16,0	-1,5	⬇️
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		91,6	91,6	●	98,3	103,0				-0,1	➡️ !
99	Locaux éligibles à la fibre ( <i>et part pour 100 locaux</i> )	24 774	76,9	76,9	●	71,2	65,9		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,1		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,2		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,0		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité ( <i>en %</i> )		6,6	4,5	●	3,1	19,1		1,1	15,6		

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

### Projets et politiques de santé

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
105	Couverture par un contrat local de santé (CLS) ( <i>nombre de communes et part de la population couverte</i> )	0	0,0	44,3	●		69,2		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> )	60	100,0	49,2	●		71,9		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> )	31	75,9	15,4	●		54,4		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> )	29	24,1	36,9	●		45,2		32,4	56,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin ( <i>et part de la population couverte</i> )	0	0,0	47,7	●		0,5		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  $\sigma/\varphi$  et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale et nationale et départementale. Les sources des indicateurs sont systématiquement précisées, ainsi que des notes pour accompagner la lecture.

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

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

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

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

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

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

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

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

### Comprendre les sigles

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

■ Sans objet ou donnée non-pertinente.

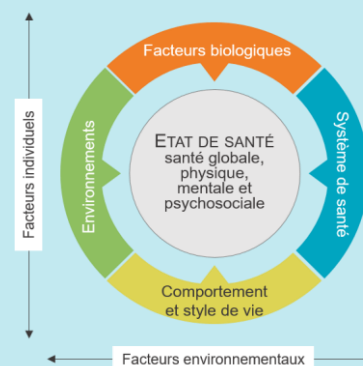
## Autres informations

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

### Comprendre les déterminants de santé

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

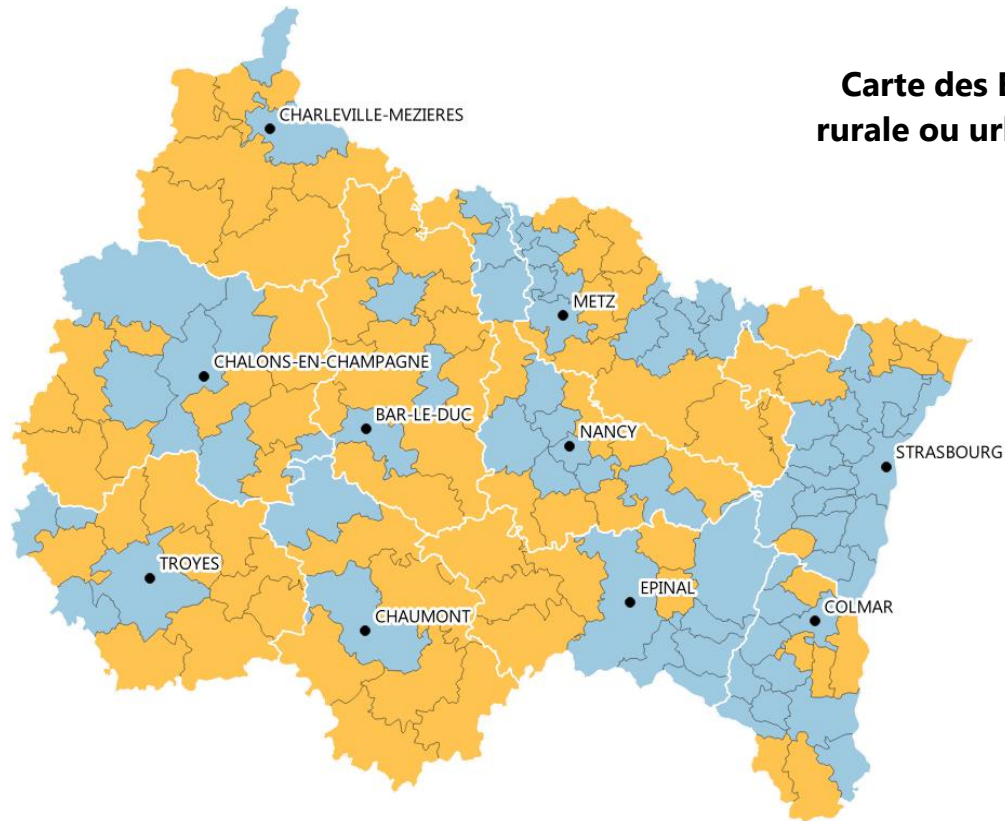
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)



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

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

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



### Comprendre les taux territoires urbains/ruraux

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

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

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



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

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