ommunauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

Marne	47 514	47	EPCI à dominante
département	habitants	communes	urbaine

Portrait de santé

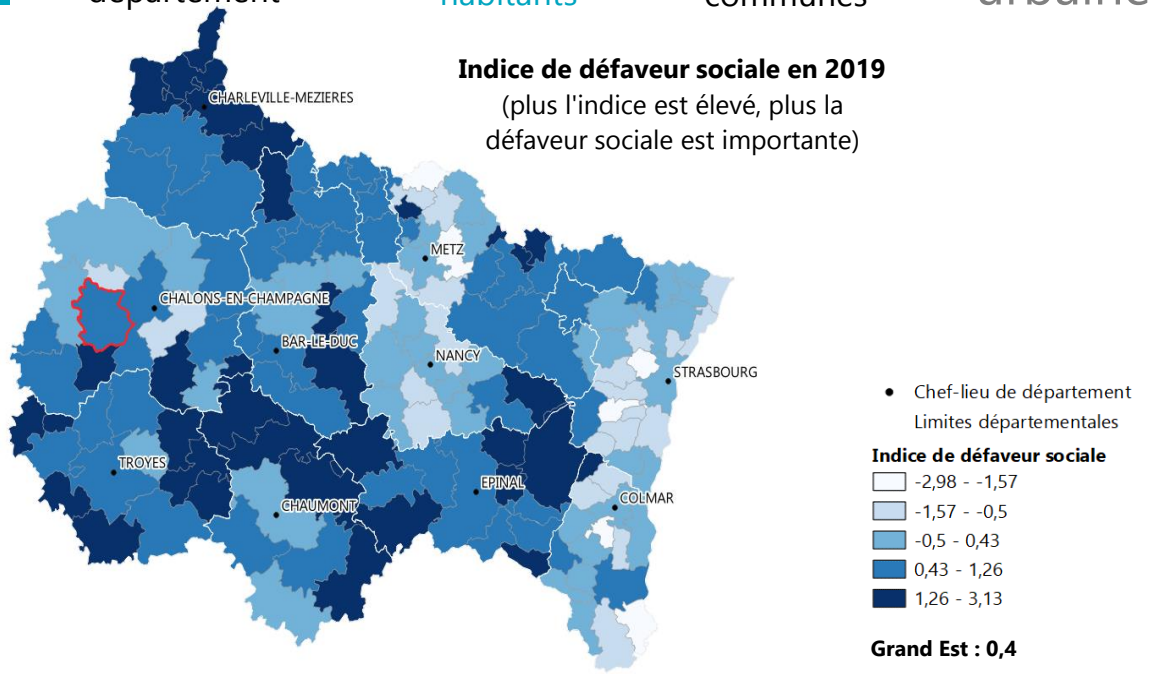
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	47 514	81,0	96,7		119,7	69,4	0,91	192,8	36,2	-0,5	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-1 260	-0,52	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-1 450	-0,60	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		97,7	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	2,4	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	16 042	33,8	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	0,1	↗

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

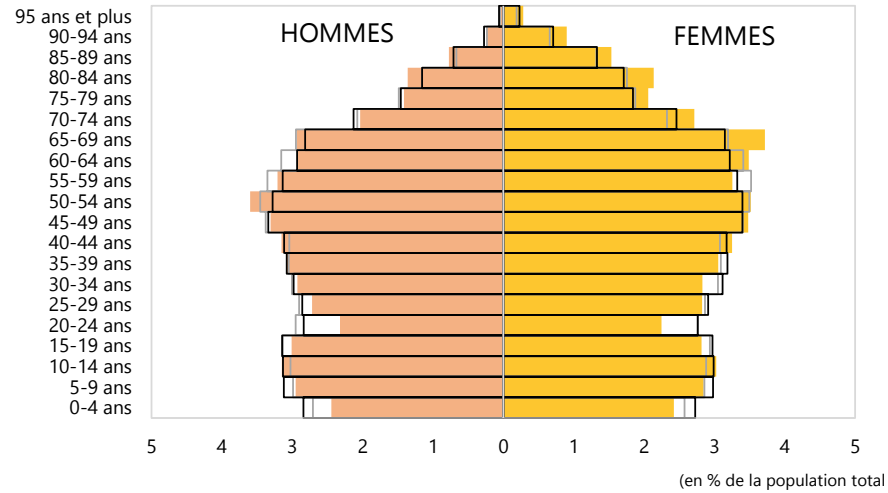
Communauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		0,5	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	2 670	11,7	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-1,2	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	5 122	29,5	28,5	●	27,5	29,1	0,5	28,7	27,9	0,8	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,6	3,7	●	2,5	3,5	0,7	3,3	5,8	-1,8	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	22 390		21 800	●	21 930	21 750				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	2 762	12,7	14,7	●	14,5	14,5				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		4,9	5,8	●	5,8	6,1				n.d.	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)*	11 590	32,0	27,8	●	27,0	29,4	0,8	27,4	29,4	-2,7	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	8 031	22,2	26,3	●	31,0	26,9	0,9	27,7	21,5	2,5	↗

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

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

Communauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

ETAT DE SANTE

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

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :
- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :
- **augmentation significative** entre les deux périodes
- sans différence statistique significative entre les deux périodes
- **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance
(en années)

	♂	♀
EPCI	76,8	83,0
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	531	826,8	784,7	●	725,2	787,8	1,8	773,8	818,4	-0,7	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	97	218,8	181,6	●	175,7	199,6	2,0	182,2	180,3	-1,5	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	171	337,6	294,9	●	277,8	315,4	2,2	294,8	295,6	-0,2	→
18	Décès par cancers	133	216,3	224,3	●	212,4	225,3	2,1	224,4	223,8	-0,3	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	129	193,2	187,5	●	170,0	174,8	1,8	181,7	205,6	-2,7	↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	13	21,5	34,7	●	25,0	24,7	3,6	34,6	35,0	2,6	→
21	Décès par suicide	8	16,1	13,4	●	13,2	15,8	n.d.	12,9	15,4	-3,5	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	18	30,7	25,8	●	24,8	29,0	2,7	26,0	25,2	-4,8	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	72	115,5	129,3	●	109,3	114,8	3,0	129,4	129,0	0,3	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	72	143,2	124,4	●	116,2	135,4	3,1	124,2	125,7	-1,0	→
26	Décès évitables liés au système de soins	32	62,6	58,0	●	53,2	60,1	1,3	57,8	58,7	-0,5	→

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

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

Communauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

ETAT DE SANTE

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	2 724	4 544	4 223	●	4 161	4 438	1,1	4 221	4 236	7,6	↗	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	106	173	211	●	193	197	2,4	213	201	4,3	↗	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	301	474	492	●	458	493	1,5	489	503	7,6	↗	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	618	1 913	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	5,7	↗	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	464	1 748	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	6,0	↗	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	3 950	6 194	6 736	●	6 142	6 001	2,0	6 723	6 783	5,8	↗	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	751	1 157	1 204	●	1 130	1 067	1,6	1 210	1 185	9,7	↗	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 517	2 392	2 882	●	2 519	2 337	3,1	2 909	2 795	5,2	↗	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	595	835	990	●	932	885	1,6	974	1 040	3,5	↗	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	3 340	5 582	5 516	●	4 840	5 687	1,4	5 586	5 284	6,7	↗	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	16	32	●	33	24	3,8	36	17	-17,2	→	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	38	76	117	●	212	138	n.d.	131	67	4,3	↗	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	1 779	3 384	3 451	●	3 821	3 366	1,0	3 602	2 954	10,5	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	512	1 021	927	●	1 020	1 011	1,6	948	866	20,8	↗	!
41	Patients traités par psychotropes	4 967	8 731	7 186	●	7 149	8 057	0,6	7 201	7 142	3,3	↗	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 360	4 244	3 548	●	3 916	4 375	0,5	3 537	3 588	5,2	↗	!
43	Patients traités par anxiolytiques	2 971	5 254	4 002	●	3 902	4 389	0,5	3 998	4 018	3,6	↗	!

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

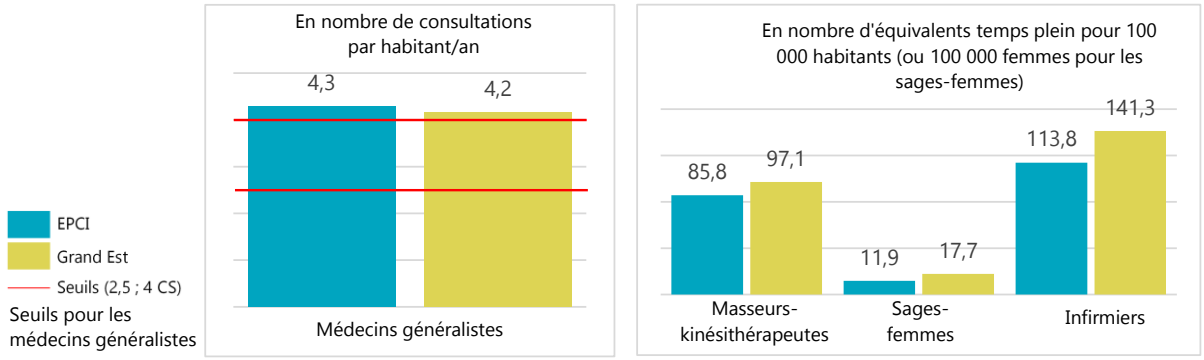
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

Communauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

OFFRE DE SOINS

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		4,3	4,2	●	3,9	4,2		4,4	3,3	1,1	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,9	3,7	●	3,1	3,9		4,0	3,0	-0,6	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		85,8	97,1	●	104,0	93,0		105,3	70,9	3,3	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		11,9	17,7	●	17,3	18,2		19,0	13,0	1,0	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		113,8	141,3	●	146,5	113,5		149,9	114,4	6,2	↗ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	36	2,2	1,8	●	1,2	2,1	33,3	1,0	4,3	2,1	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	34						41,2				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	10,4	14,5	●	10,6	15,1	0,0	11,1	25,8	0,8	↗
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	1	10,3	12,6	●	12,5	13,0	0,0	8,3	27,0	0,6	↗
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	1	10,3	11,6	●	10,5	11,4	0,0	8,0	23,7	0,6	↗
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	2	10,0	10,8	●	8,6	9,7	0,0	8,1	19,5	-0,1	→
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	28	3,1	2,6	●	2,2	2,8	42,9	1,5	6,1	1,5	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	5,5	5,5	●	4,5	5,1	66,7	3,9	10,7	0,8	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	47	1,9	1,4	●	0,9	1,7	22,4	0,7	3,6	1,5	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	42	1,9	1,8	●	1,3	2,4	11,9	1,0	4,5	0,0	→ !

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. 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)

Communauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

OFFRE DE SOINS

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

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

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

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

PREVENTION

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	5	
soit	0,8	% des programmes de la région

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	20 674	41 863	43 256	●	40 236	41 658	0,8	43 674	41 912	0,8	↗

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

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

Communauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	161	2,5	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	12,0	↗
73	15-24 ans non insérés - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	849	17,2	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	-1,6	↘
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)*	665	12,7	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-5,2	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	1 901	36,4	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	2,2	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	180	1,7	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	2,3	↗
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)*	937	70,6	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	3,2	↗ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	4 355	51,5	46,8	●	47,3	40,3	1,4	46,8	46,9	-4,3	↘

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

Communauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	1 971	4,1	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	1,2	↗
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	2 933	7,3	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	2,6	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	2 092	47,0	42,8	●	42,7	46,1	0,4	43,5	40,5	0,4	↗
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	270	2,8	5,6		n.d.	2,9					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	678	2,6	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,4	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	1 591	24,4	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	1,3	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	65	2,5	2,5	●		3,8		9,3	6,8	21,1	↗ !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

Communauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

CADRE DE VIE

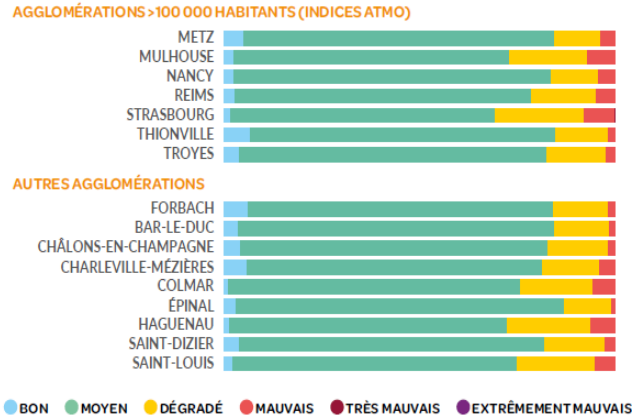
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	425	1,9	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-6,7	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	53	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	4,5	↗
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	5 638	25,2	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-1,7	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	4 608	20,6	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	4	0,7	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	-5,4	↘ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	57	9,7	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	3	0,5	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,7	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-2,2	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	1 137	2,6	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	105		19 047	●	171 485	1 467		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques *(et part en %)*	2	4,3	2,1	●	2,4	3,4		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)

Communauté d'agglomération Épernay, Coteaux et Plaine de Champagne

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	3 871	16,7	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	0,7	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		116,8	91,6	●	98,3	102,7				0,1	→ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	27 230	89,4	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,0		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,2		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité *(en %)*		7,0	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	47	100,0	49,2			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	1	0,1	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	46	99,9	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

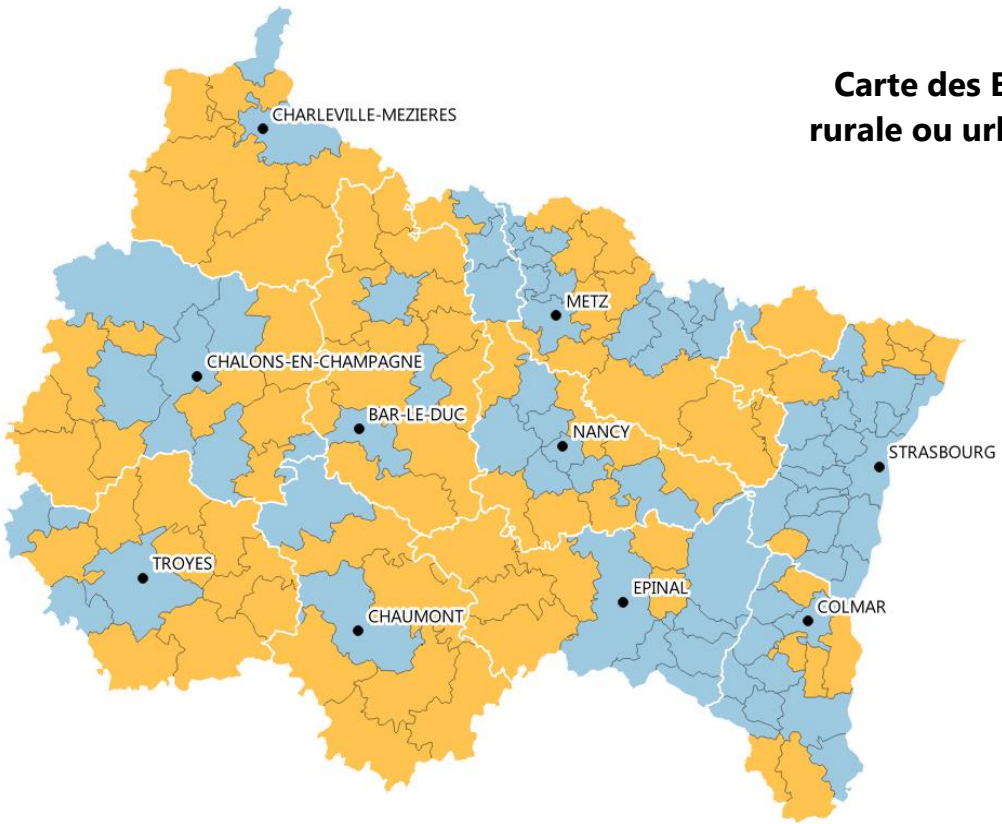
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes de l'Argonne Champenoise

Marne
département

11 959
habitants

60
communes

EPCI à dominante
rurale

Portrait de santé

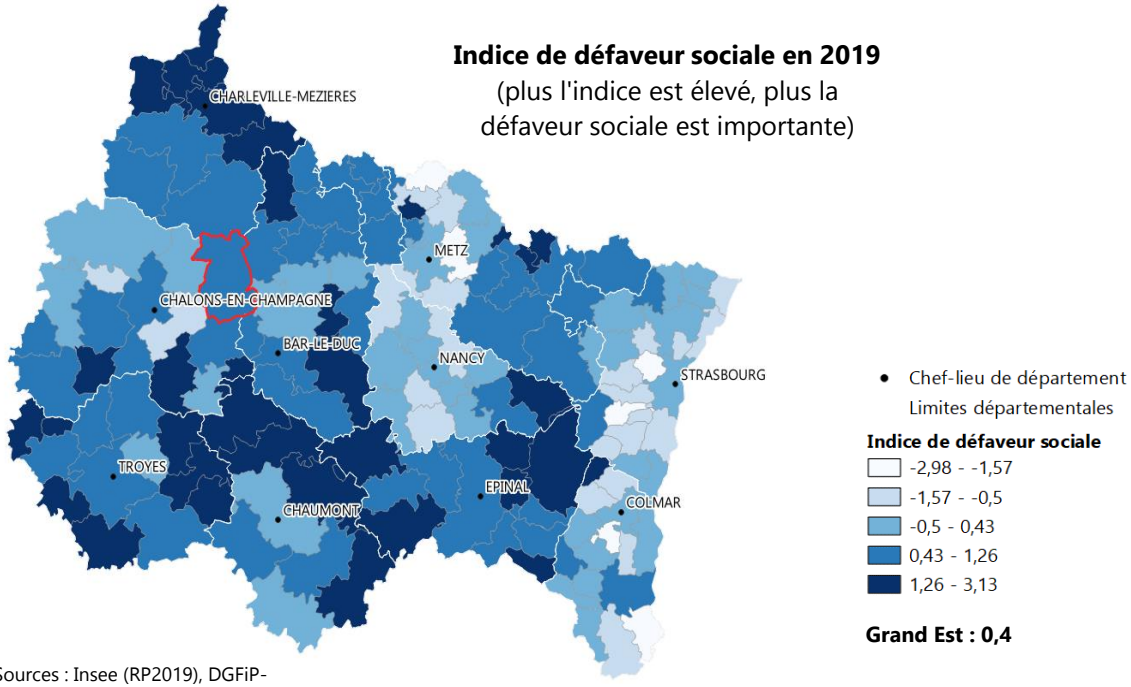
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	11 959	14,4	96,7		119,7	69,4	0,96	192,8	36,2	-0,5	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-296	-0,49	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-75	-0,12	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		116,5	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	2,0	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	7 794	65,2	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	-0,1	↘

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

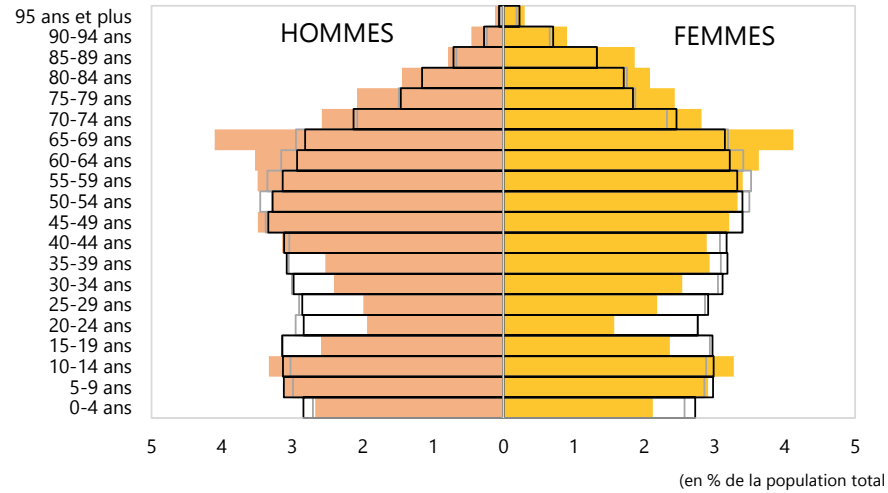
Communauté de communes de l'Argonne Champenoise

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		1,1	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	665	12,7	13,3	●	12,8	13,1	1,0	14,0	10,8	0,5	↗
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	1 120	30,0	28,5	●	27,5	29,1	0,4	28,7	27,9	-0,4	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		9,2	3,7	●	2,5	3,5	0,8	3,3	5,8	3,1	↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	20 790		21 800	●	21 930	21 750				1,4	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	756	14,2	14,7	●	14,5	14,5				0,0	→
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		5,9	5,8	●	5,8	6,1				1,0	↗
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)*	3 369	36,5	27,8	●	27,0	29,4	0,8	27,4	29,4	-1,5	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	1 614	17,5	26,3	●	31,0	26,9	0,9	27,7	21,5	1,3	↗

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

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

Communauté de communes de l'Argonne Champenoise

ETAT DE SANTE

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

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :
- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :
- **augmentation significative** entre les deux périodes
- sans différence statistique significative entre les deux périodes
- **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance

(en années)

	♂	♀
EPCI	79,7	82,3
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	168	884,9	784,7	●	725,2	787,8	1,6	773,8	818,4	-2,3	↘
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	25	231,8	181,6	●	175,7	199,6	1,4	182,2	180,3	0,6	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	49	356,8	294,9	●	277,8	315,4	1,6	294,8	295,6	-0,9	→
18	Décès par cancers	44	248,0	224,3	●	212,4	225,3	1,8	224,4	223,8	-1,1	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	42	207,2	187,5	●	170,0	174,8	1,9	181,7	205,6	-3,5	→
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	7	38,3	34,7	●	25,0	24,7	n.d.	34,6	35,0	-6,1	→
21	Décès par suicide	3	21,0	13,4	●	13,2	15,8	n.d.	12,9	15,4	4,6	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	4	23,0	25,8	●	24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	-7,8	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	28	156,9	129,3	●	109,3	114,8	3,0	129,4	129,0	-0,5	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	21	165,0	124,4	●	116,2	135,4	1,8	124,2	125,7	-0,5	→
26	Décès évitables liés au système de soins	10	70,0	58,0	●	53,2	60,1	0,8	57,8	58,7	1,3	→

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

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

Communauté de communes de l'Argonne Champenoise

ETAT DE SANTE

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	748	4 359	4 223	●	4 161	4 438	1,0	4 221	4 236	4,0	↗	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	38	241	211	●	193	197	n.d.	213	201	6,9	↗	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	98	545	492	●	458	493	1,7	489	503	9,7	↗	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	166	1 919	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	3,5	↗	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	136	1 569	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	2,9	↗	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 130	6 208	6 736	●	6 142	6 001	1,7	6 723	6 783	0,8	↗	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	224	1 250	1 204	●	1 130	1 067	1,3	1 210	1 185	6,4	↗	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	423	2 321	2 882	●	2 519	2 337	2,7	2 909	2 795	0,5	↗	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	235	1 106	990	●	932	885	1,6	974	1 040	-0,3	↘	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	962	5 767	5 516	●	4 840	5 687	1,2	5 586	5 284	2,2	↗	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	17	32	●	33	24	0,4	36	17	-23,0	→	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	61	117	●	212	138	4,1	131	67	13,1	↗	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	539	4 143	3 451	●	3 821	3 366	1,2	3 602	2 954	4,5	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	162	1 338	927	●	1 020	1 011	2,0	948	866	19,3	↗	!
41	Patients traités par psychotropes	1 251	8 369	7 186	●	7 149	8 057	0,5	7 201	7 142	-2,5	↘	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	768	5 304	3 548	●	3 916	4 375	0,4	3 537	3 588	-2,4	↘	!
43	Patients traités par anxiolytiques	657	4 383	4 002	●	3 902	4 389	0,5	3 998	4 018	-1,9	↘	!

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

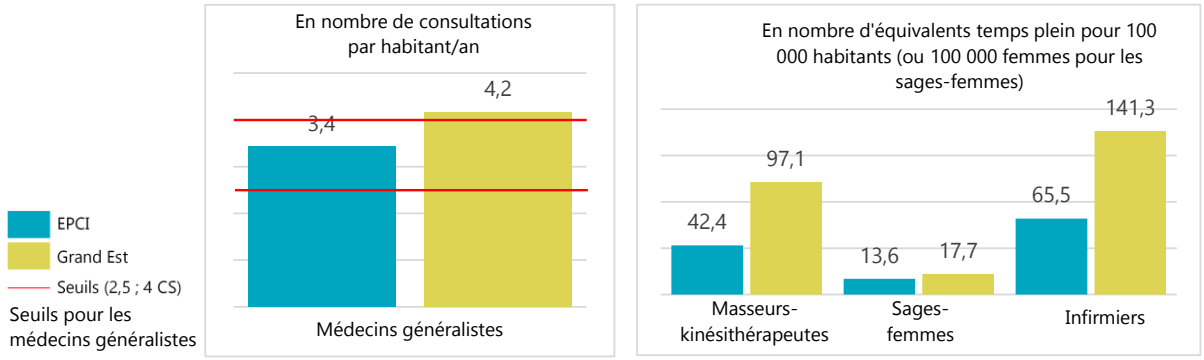
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

Communauté de communes de l'Argonne Champenoise

OFFRE DE SOINS

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	4,2		4,4	3,3	-2,1	↘ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,5	3,7	●	3,1	3,9		4,0	3,0	-5,2	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		42,4	97,1	●	104,0	93,0		105,3	70,9	16,1	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		13,6	17,7	●	17,3	18,2		19,0	13,0	7,8	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		65,5	141,3	●	146,5	113,5		149,9	114,4	-0,6	↘ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	7	6,5	1,8	●	1,2	2,1	71,4	1,0	4,3	8,3	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	2						100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	37,6	14,5	●	10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	31,5	↗
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	39,1	12,6	●	12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	0,4	↗
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	9,6	11,6	●	10,5	11,4	n.d.	8,0	23,7	0,1	↗
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	0	9,6	10,8	●	8,6	9,7	n.d.	8,1	19,5	0,1	↗
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	7,1	2,6	●	2,2	2,8	0,0	1,5	6,1	0,2	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	9,4	5,5	●	4,5	5,1	0,0	3,9	10,7	0,2	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	14	4,6	1,4	●	0,9	1,7	14,3	0,7	3,6	0,1	→ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	5	6,9	1,8	●	1,3	2,4	40,0	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. 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)

Communauté de communes de l'Argonne Champenoise

OFFRE DE SOINS

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	**9,6 min**	**36,7 min**	**9,5 min**
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	1	9,6	11,3	●	10,5	10,4		9,1	18,4	0,1	↗
60	Services de chirurgie	0	39,1	14,5	●	13,5	13,3		11,3	25,3	0,4	↗
61	Services d'obstétrique	0	39,6	14,3	●	14,8	12,0		11,6	23,6	0,6	↗
62	Services de soins de suite	1	9,6	9,3	●	9,1	9,1		7,2	16,5	0,1	↗
63	Services d'urgence	0	36,7	14,8	●	13,7	11,9		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	9,5	8,4	●	7,4	8,0		7,0	13,1	0,1	↗
65	EHPAD	2	7,6	4,0	●	3,0	5,1		2,9	7,4	0,0	→

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes de l'Argonne Champenoise

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	4 820	40 238	43 256	●	40 236	41 658	0,8	43 674	41 912	1,0	↗

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

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

Communauté de communes de l'Argonne Champenoise

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	32	1,9	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	6,1	↗
73	15-24 ans non insérés - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	196	19,4	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	1,1	↗
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	162	15,2	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-0,8	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	313	29,4	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	0,4	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	43	1,6	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	-7,0	↘
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)*	181	56,1	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	-6,5	↘ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	925	44,0	46,8	●	47,3	40,3	1,2	46,8	46,9	-4,7	↘

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

Communauté de communes de l'Argonne Champenoise

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	476	4,0	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	3,8	↗
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	640	6,5	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	5,6	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	595	45,5	42,8	●	42,7	46,1	0,5	43,5	40,5	0,1	→
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	157	5,4	5,6		n.d.	2,9					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	290	4,7	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	0,6	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	302	20,7	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	-1,3	↘
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	75	12,2	12,2	●		3,8		9,3	6,8	22,7	↗ !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

CADRE DE VIE

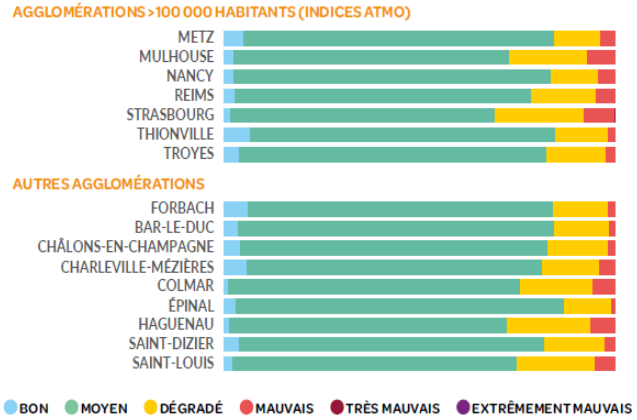
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	27	0,5	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-20,5	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	29	0,5	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-6,1	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	1 984	37,1	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-1,9	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	1 296	24,2	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	4	0,5	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	0,1	→ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	29	3,5	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		4,3	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-0,8	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	1 514	2,9	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	139		19 047	●	171 485	1 467		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	3,4		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)

Communauté de communes de l'Argonne Champenoise

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	650	12,3	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	-1,1	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		95,4	91,6	●	98,3	102,7				0,1	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	7 688	86,7	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		3,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		3,0		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,1		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		2,0		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité *(en %)*		44,1	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	4	1,5	49,2			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	55	97,6	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	5	2,4	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

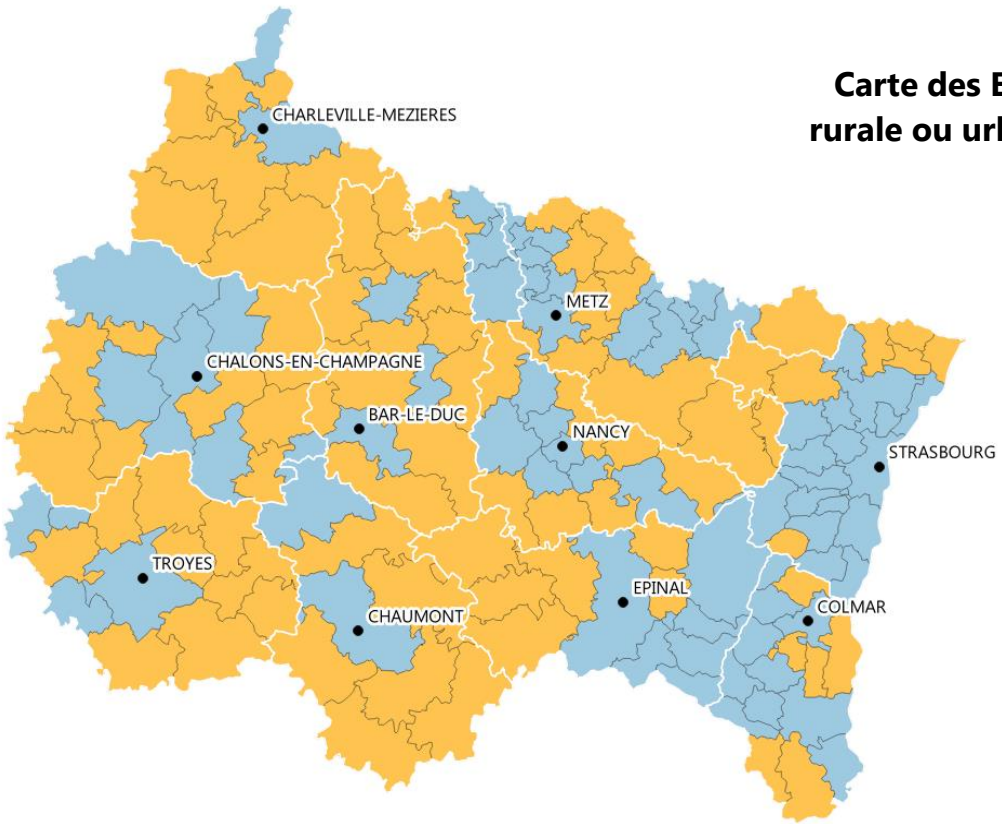
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes de la Brie Champenoise

Marne
département

7 582
habitants

20
communes

EPCI à dominante
rurale

Portrait de santé

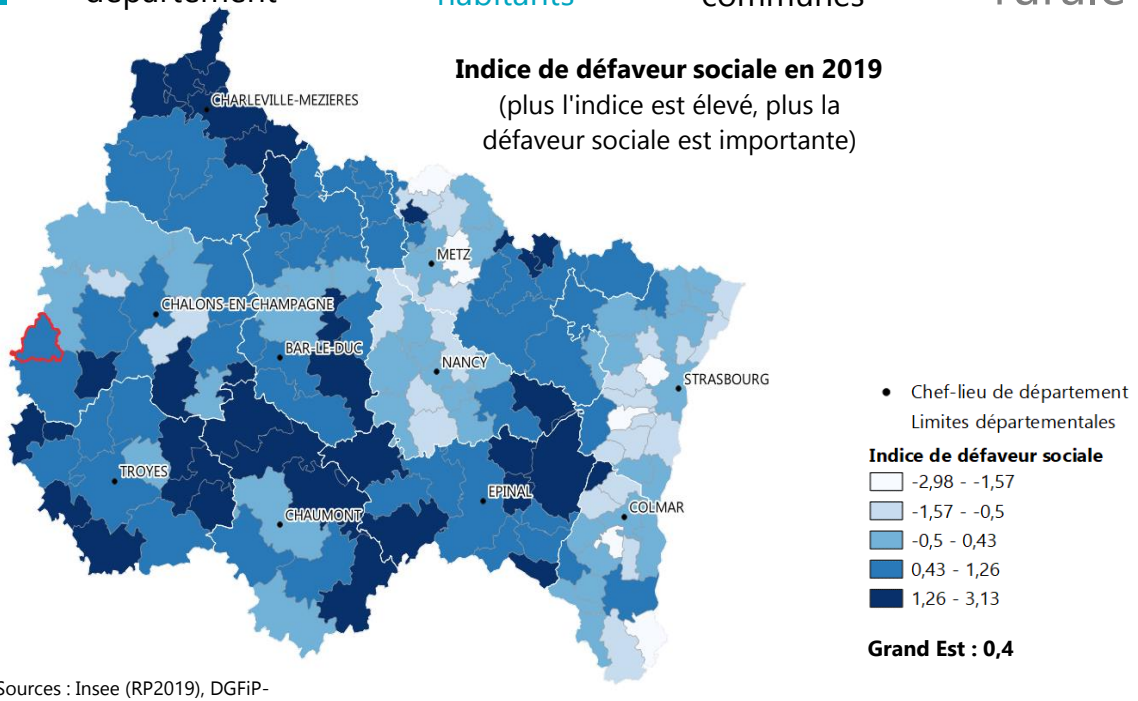
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	7 582	26,1	96,7		119,7	69,4	0,96	192,8	36,2	0,0	→
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	11	0,03	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	31	0,08	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		96,2	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	2,9	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	4 011	52,9	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	0,4	↗

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

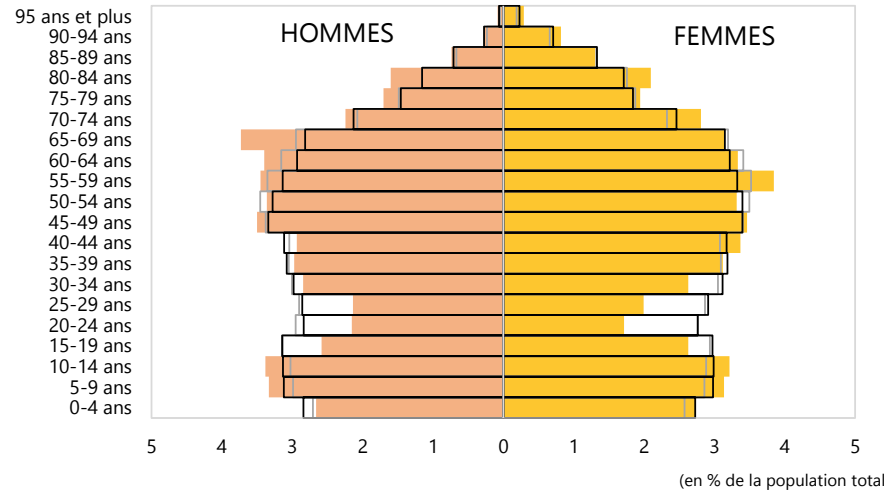
Communauté de communes de la Brie Champenoise

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		1,2	0,4			0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	403	11,6	13,3		12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-1,5	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	686	25,8	28,5		27,5	29,1	0,5	28,7	27,9	3,2	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,4	3,7		2,5	3,5	0,6	3,3	5,8	0,3	↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	20 700		21 800		21 930	21 750				1,3	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	425	13,1	14,7		14,5	14,5				-1,2	↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		6,0	5,8		5,8	6,1				3,7	↗
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)*	1 981	34,3	27,8		27,0	29,4	0,7	27,4	29,4	-2,7	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	980	17,0	26,3		31,0	26,9	0,9	27,7	21,5	0,7	↗

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

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

Communauté de communes de la Brie Champenoise

ETAT DE SANTE

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	78,4	82,5
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	95	902,1	784,7	●	725,2	787,8	1,7	773,8	818,4	-2,5	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	16	225,1	181,6	●	175,7	199,6	2,0	182,2	180,3	-0,7	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	30	358,8	294,9	●	277,8	315,4	2,0	294,8	295,6	-1,8	→
18	Décès par cancers	20	199,0	224,3	●	212,4	225,3	2,3	224,4	223,8	-2,2	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	22	198,2	187,5	●	170,0	174,8	1,7	181,7	205,6	-5,5	↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	2	25,1	34,7	●	25,0	24,7	n.d.	34,6	35,0	-7,7	→
21	Décès par suicide	2	20,9	13,4	●	13,2	15,8	n.d.	12,9	15,4	-1,7	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	3	35,5	25,8	●	24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	-7,1	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	10	105,5	129,3	●	109,3	114,8	2,9	129,4	129,0	-2,8	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	11	137,6	124,4	●	116,2	135,4	4,0	124,2	125,7	-5,2	→
26	Décès évitables liés au système de soins	6	72,9	58,0	●	53,2	60,1	0,9	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.

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

Communauté de communes de la Brie Champenoise

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	407	4 392	4 223	●	4 161	4 438	1,1	4 221	4 236	2,3	↗	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	15	n.d.	211		193	197	n.d.	213	201	#VALEUR!	#####	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	41	433	492	●	458	493	1,0	489	503	-3,6	↘	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	94	1 932	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	3,4	↗	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	72	1 634	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	-1,1	↘	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	612	6 211	6 736	●	6 142	6 001	1,8	6 723	6 783	0,1	↗	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	122	1 282	1 204	●	1 130	1 067	1,5	1 210	1 185	7,1	↗	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	246	2 469	2 882	●	2 519	2 337	2,8	2 909	2 795	0,1	↗	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	119	1 102	990	●	932	885	1,1	974	1 040	1,0	↗	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	508	5 404	5 516	●	4 840	5 687	1,5	5 586	5 284	0,4	↗	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	41	32	●	33	24	0,5	36	17	3,4	→	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	117	117	●	212	138	9,4	131	67	0,8	↗	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	265	3 252	3 451	●	3 821	3 366	0,9	3 602	2 954	4,2	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	76	969	927	●	1 020	1 011	1,7	948	866	15,8	↗	!
41	Patients traités par psychotropes	610	7 052	7 186	●	7 149	8 057	0,7	7 201	7 142	-0,9	↘	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	290	3 367	3 548	●	3 916	4 375	0,5	3 537	3 588	1,6	↗	!
43	Patients traités par anxiolytiques	374	4 405	4 002	●	3 902	4 389	0,7	3 998	4 018	0,5	↗	!

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

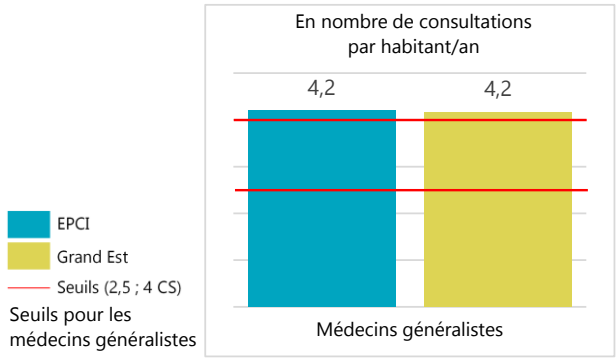
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

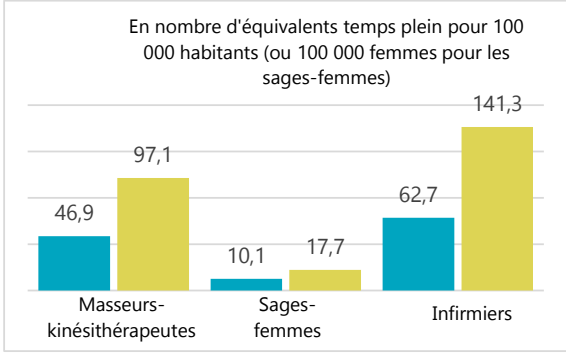
Communauté de communes de la Brie Champenoise

OFFRE DE SOINS

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		4,2	4,2		3,9	4,2		4,4	3,3	3,2	!
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,8	3,7		3,1	3,9		4,0	3,0	0,6	!
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		46,9	97,1		104,0	93,0		105,3	70,9	2,2	!
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		10,1	17,7		17,3	18,2		19,0	13,0	48,2	!
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		62,7	141,3		146,5	113,5		149,9	114,4	0,7	!

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	7	6,4	1,8		1,2	2,1	28,6	1,0	4,3	1,2	!
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	37,2	14,5		10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	1,4	
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	36,8	12,6		12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	40,3	
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	36,4	11,6		10,5	11,4	n.d.	8,0	23,7	-0,1	
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	0	34,9	10,8		8,6	9,7	n.d.	8,1	19,5	0,4	
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	6,3	2,6		2,2	2,8	25,0	1,5	6,1	0,4	!
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	6,8	5,5		4,5	5,1	n.d.	3,9	10,7	0,0	!
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	8	5,8	1,4		0,9	1,7	12,5	0,7	3,6	0,7	!
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	3	6,6	1,8		1,3	2,4	0,0	1,0	4,5	2,2	!

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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)

Communauté de communes de la Brie Champenoise

OFFRE DE SOINS

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	**28,6 min**	**36,8 min**	**6,6 min**
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	0	28,6	11,3	●	10,5	10,4		9,1	18,4	0,7	↗
60	Services de chirurgie	0	36,8	14,5	●	13,5	13,3		11,3	25,3	0,4	↗
61	Services d'obstétrique	0	36,8	14,3	●	14,8	12,0		11,6	23,6	0,4	↗
62	Services de soins de suite	1	6,8	9,3	●	9,1	9,1		7,2	16,5	1,2	↗
63	Services d'urgence	0	36,8	14,8	●	13,7	11,9		12,1	24,2	0,4	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	6,6	8,4	●	7,4	8,0		7,0	13,1	1,0	↗
65	EHPAD	1	6,8	4,0	●	3,0	5,1		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 ADELI, conformément aux recommandations proposées par la DREES, ainsi que les activités de remplacement. | 49-58.et 59-65. **Concernant les temps d'accès :** Les temps d'accès sont calculés par le distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un EPCI sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 4 ans pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. | 63. Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère.

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes de la Brie Champenoise

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	2 940	38 260	43 256	●	40 236	41 658	0,8	43 674	41 912	0,1	↗

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

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

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

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

	Evolution des 0-19 ans (nb)	Evolution des 0-19 ans (en %)	Part des 0-19 ans dans la population (en %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	17	1,6	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	10,7	↗
73	15-24 ans non insérés - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	122	17,8	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	-3,0	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	131	18,3	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-0,8	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	188	26,1	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	-0,4	↘
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	41	2,3	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	8,7	↗
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)*	110	47,9	58,4	●	62,2	62,4		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)*	543	39,2	46,8	●	47,3	40,3	1,7	46,8	46,9	-4,3	↘

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

Communauté de communes de la Brie Champenoise

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	333	4,4	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	6,2	↗	
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	400	6,6	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	8,7	↗	!
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	270	41,5	42,8	●	42,7	46,1	0,4	43,5	40,5	4,4	↗	
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	43	2,8	5,6		n.d.	2,9						
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	94	2,3	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	3,3	↗	
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	190	18,4	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	-4,4	↘	
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	0	0,0	0,0	●		3,8		9,3	6,8	n.d.	n.d.	!

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

CADRE DE VIE

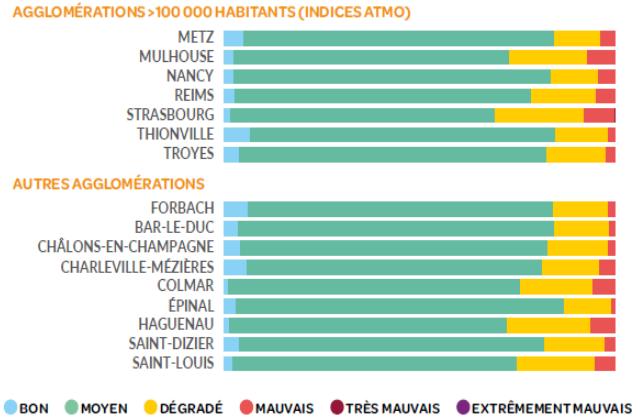
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	59	1,8	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-12,5	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	16	0,5	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-3,8	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	1 256	38,1	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-1,4	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	658	20,0	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	14	4,8	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	1	0,3	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-1,6	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	700	3,6	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	36		19 047	●	171 485	1 467		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	3,4		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)

Communauté de communes de la Brie Champenoise

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	374	10,5	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	1,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		89,2	91,6	●	98,3	102,7				0,0	→ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	4 713	93,5	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,1		●							
101	Niveau de commerces généralistes		2,7		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,5		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,6		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité *(en %)*		34,2	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	1	1,6	49,2			28,7		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	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	20	100,0	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

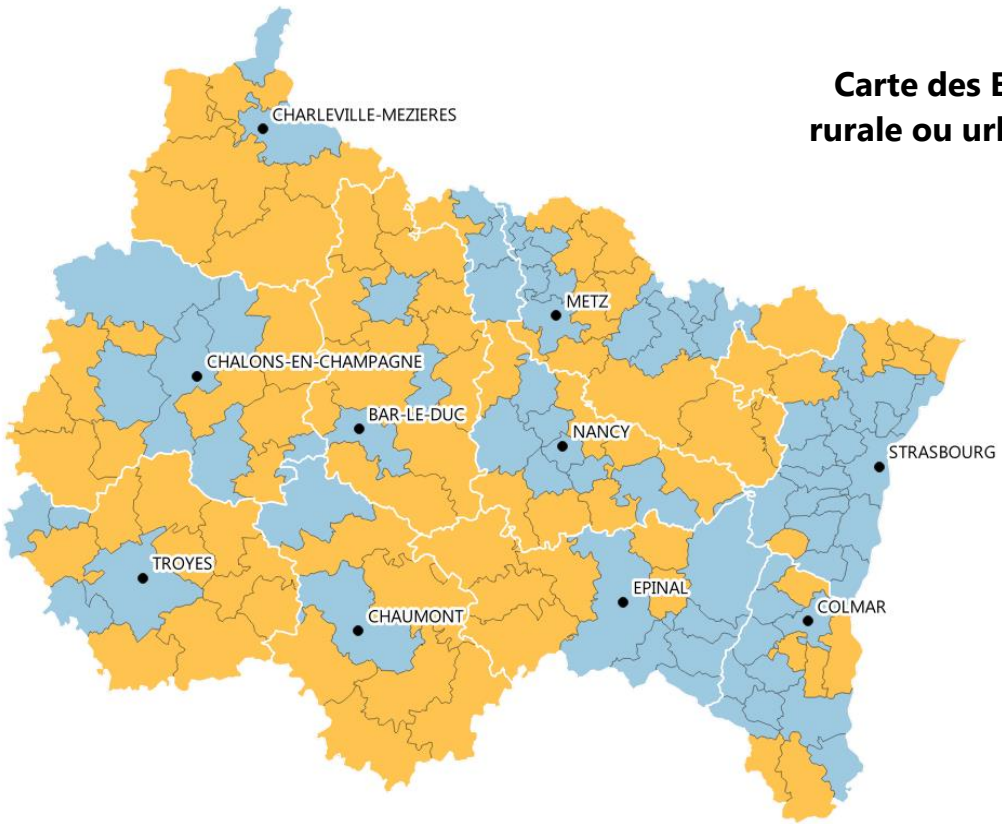
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

Marne
département

79 618
habitants

46
communes

EPCI à dominante
urbaine

Portrait de santé

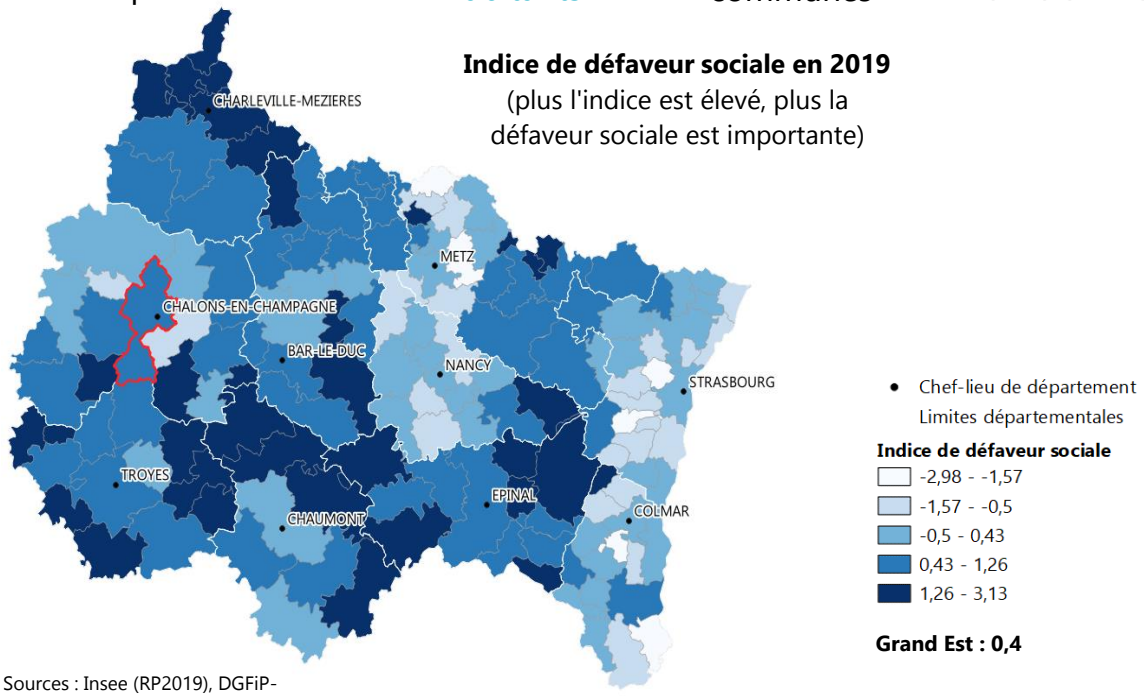
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	79 618	98,3	96,7		119,7	69,4	0,96	192,8	36,2	-0,2	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-893	-0,22	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-2 239	-0,56	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		77,2	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	3,0	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	14 901	18,7	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	0,2	↗

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

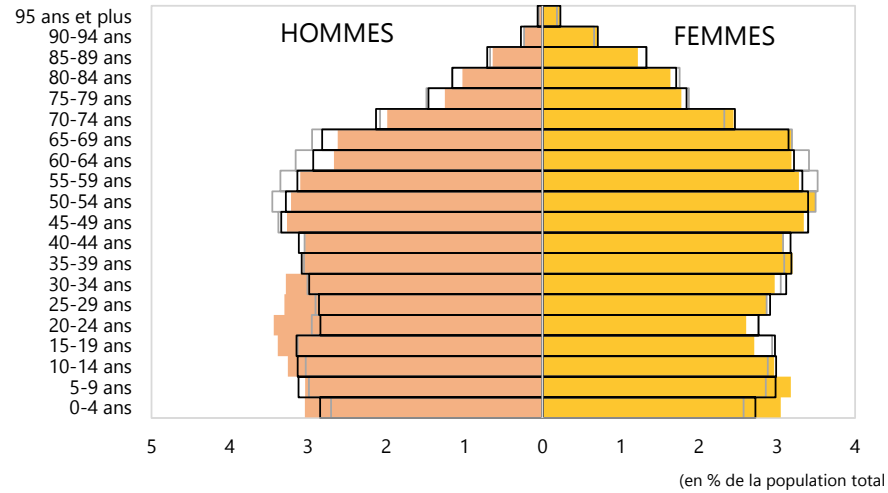
Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		0,5	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	4 920	13,1	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-0,4	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	8 877	29,4	28,5	●	27,5	29,1	0,6	28,7	27,9	-0,4	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,3	3,7	●	2,5	3,5	0,8	3,3	5,8	-1,5	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	21 060		21 800	●	21 930	21 750				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	5 185	15,2	14,7	●	14,5	14,5				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		6,9	5,8	●	5,8	6,1				n.d.	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)*	17 490	29,8	27,8	●	27,0	29,4	0,8	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)*	14 394	24,5	26,3	●	31,0	26,9	0,9	27,7	21,5	2,5	↗

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

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

Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

ETAT DE SANTE

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

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :
- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :
- **augmentation significative** entre les deux périodes
- sans différence statistique significative entre les deux périodes
- **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance
(en années)

	♂	♀
EPCI	78,5	84,1
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	664	757,7	784,7	●	725,2	787,8	1,7	773,8	818,4	0,0	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	151	217,8	181,6	●	175,7	199,6	1,7	182,2	180,3	0,2	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	254	324,8	294,9	●	277,8	315,4	2,0	294,8	295,6	-0,1	→
18	Décès par cancers	205	240,7	224,3	●	212,4	225,3	1,9	224,4	223,8	1,3	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	154	170,7	187,5	●	170,0	174,8	1,7	181,7	205,6	-3,0	↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	23	26,8	34,7	●	25,0	24,7	3,8	34,6	35,0	1,6	→
21	Décès par suicide	11	14,6	13,4	●	13,2	15,8	2,7	12,9	15,4	-0,4	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	24	28,6	25,8	●	24,8	29,0	4,3	26,0	25,2	-3,4	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	107	124,1	129,3	●	109,3	114,8	3,3	129,4	129,0	0,2	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	105	134,9	124,4	●	116,2	135,4	3,4	124,2	125,7	-0,3	→
26	Décès évitables liés au système de soins	54	68,4	58,0	●	53,2	60,1	1,1	57,8	58,7	-0,9	→

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

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

Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

ETAT DE SANTE

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	3 921	4 239	4 223	●	4 161	4 438	1,1	4 221	4 236	-1,0	↘ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	190	200	211	●	193	197	2,0	213	201	0,1	→ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	466	486	492	●	458	493	1,5	489	503	-2,8	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	970	1 960	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	0,5	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	641	1 558	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	-1,8	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	5 577	5 856	6 736	●	6 142	6 001	2,0	6 723	6 783	-2,5	↘ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	1 128	1 185	1 204	●	1 130	1 067	1,4	1 210	1 185	-0,8	↘ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	1 998	2 122	2 882	●	2 519	2 337	3,1	2 909	2 795	-3,9	↘ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	933	910	990	●	932	885	1,6	974	1 040	-4,7	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	5 470	5 966	5 516	●	4 840	5 687	1,3	5 586	5 284	-0,9	↘ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	24	31	32	●	33	24	n.d.	36	17	0,0	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	97	120	117	●	212	138	1,3	131	67	5,8	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	3 281	3 859	3 451	●	3 821	3 366	1,2	3 602	2 954	2,7	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	950	1 144	927	●	1 020	1 011	1,8	948	866	13,3	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	6 752	7 592	7 186	●	7 149	8 057	0,6	7 201	7 142	-5,8	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	3 713	4 237	3 548	●	3 916	4 375	0,5	3 537	3 588	-4,4	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	3 739	4 193	4 002	●	3 902	4 389	0,6	3 998	4 018	-6,0	↘ !

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

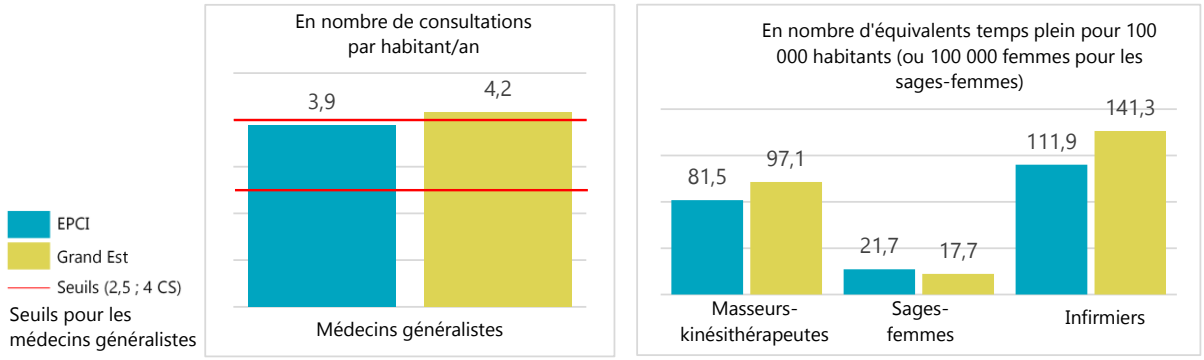
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

OFFRE DE SOINS

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,9	4,2	●	3,9	4,2		4,4	3,3	-1,5	↘ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,8	3,7	●	3,1	3,9		4,0	3,0	-1,4	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		81,5	97,1	●	104,0	93,0		105,3	70,9	2,0	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		21,7	17,7	●	17,3	18,2		19,0	13,0	11,9	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		111,9	141,3	●	146,5	113,5		149,9	114,4	5,1	↗ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	55	1,6	1,8	●	1,2	2,1	50,9	1,0	4,3	1,9	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	46						60,9				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	1	14,4	14,5	●	10,6	15,1	0,0	11,1	25,8	16,3	↗
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	2	8,1	12,6	●	12,5	13,0	50,0	8,3	27,0	0,7	↗
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	2	8,0	11,6	●	10,5	11,4	100,0	8,0	23,7	0,7	↗
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	7	6,0	10,8	●	8,6	9,7	71,4	8,1	19,5	-2,3	↘
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	42	2,0	2,6	●	2,2	2,8	35,7	1,5	6,1	2,0	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	6	4,1	5,5	●	4,5	5,1	16,7	3,9	10,7	-3,6	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	86	1,5	1,4	●	0,9	1,7	17,0	0,7	3,6	1,4	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	51	2,1	1,8	●	1,3	2,4	21,6	1,0	4,5	2,4	↗ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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)

Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

OFFRE DE SOINS

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	**8,0 min**	**8,0 min**	**6,3 min**
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

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

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	34 269	41 706	43 256	●	40 236	41 658	0,8	43 674	41 912	0,7	↗

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.

Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	412	3,8	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	11,5	↗
73	15-24 ans non insérés - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	1 785	18,5	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	-2,2	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	1 368	14,3	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-6,1	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	3 378	35,2	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	1,0	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	339	1,7	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	1,0	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	1 801	64,8	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	-0,6	↘ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	6 715	45,5	46,8	●	47,3	40,3	1,5	46,8	46,9	-5,7	↘

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

Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	4 352	5,5	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	1,1	↗
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	7 267	11,0	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	3,5	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	2 809	44,9	42,8	●	42,7	46,1	0,4	43,5	40,5	-0,3	↘
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	441	3,1	5,6		n.d.	2,9					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	1 423	3,2	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	0,6	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	3 071	27,8	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	2,6	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	333	7,4	7,4	●		3,8		9,3	6,8	26,1	↗ !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

CADRE DE VIE

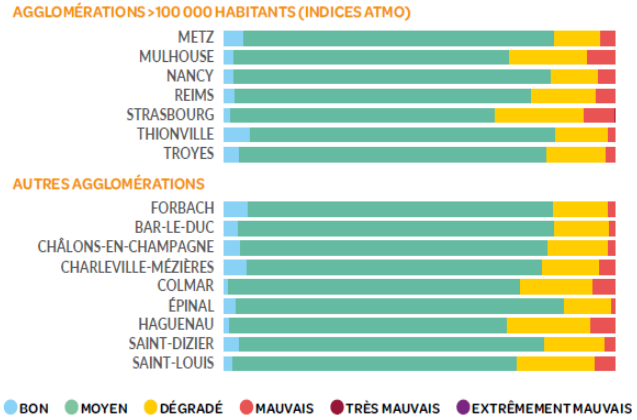
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	679	1,9	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-9,6	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	65	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-21,6	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	5 260	14,7	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-3,3	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	5 888	16,5	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	7	0,9	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	-6,1	↘ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	93	11,5	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	3	0,4	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,7	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-1,9	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	972	1,5	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	83		19 047	●	171 485	1 467		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques *(et part en %)*	8	17,4	2,1	●	2,4	3,4		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)

Communauté d'agglomération de Châlons-en-Champagne

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	5 347	13,3	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	-4,2	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		113,1	91,6	●	98,3	102,7				-0,3	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	38 657	85,2	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,9		●							
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 *(en %)*		3,6	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	1	55,7	44,3			44,0		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			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	7	1,5	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	39	98,5	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

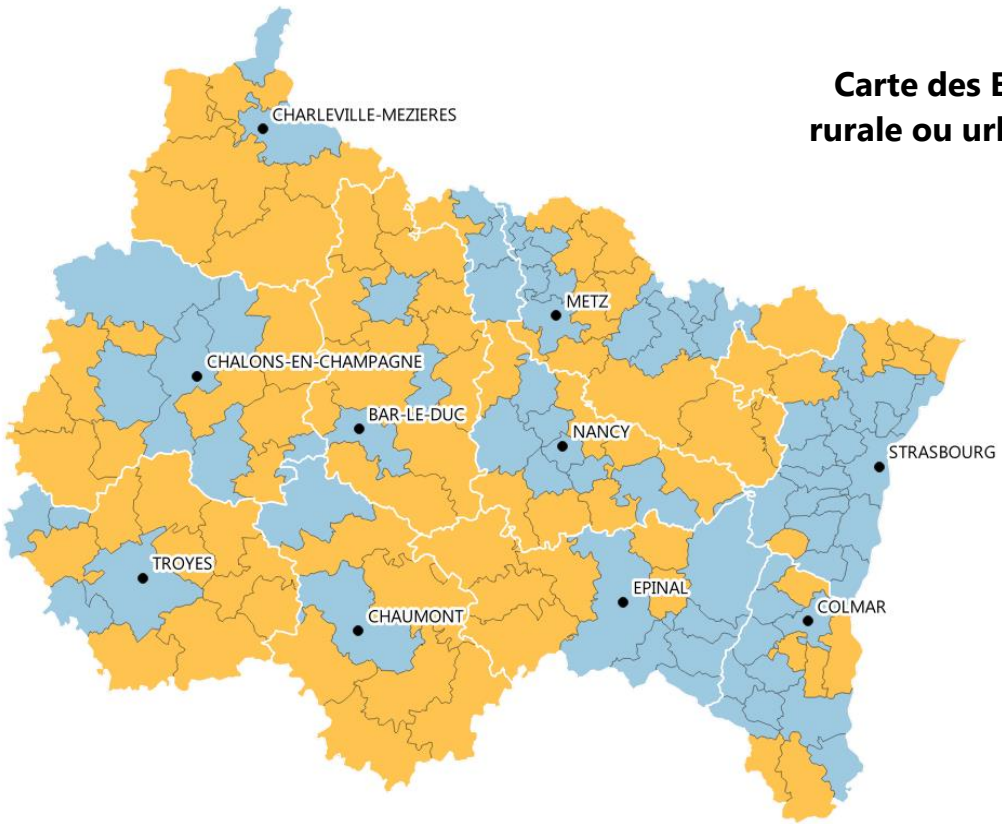
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

Marne	11 565	40	EPCI à dominante
département	habitants	communes	rurale

Portrait de santé

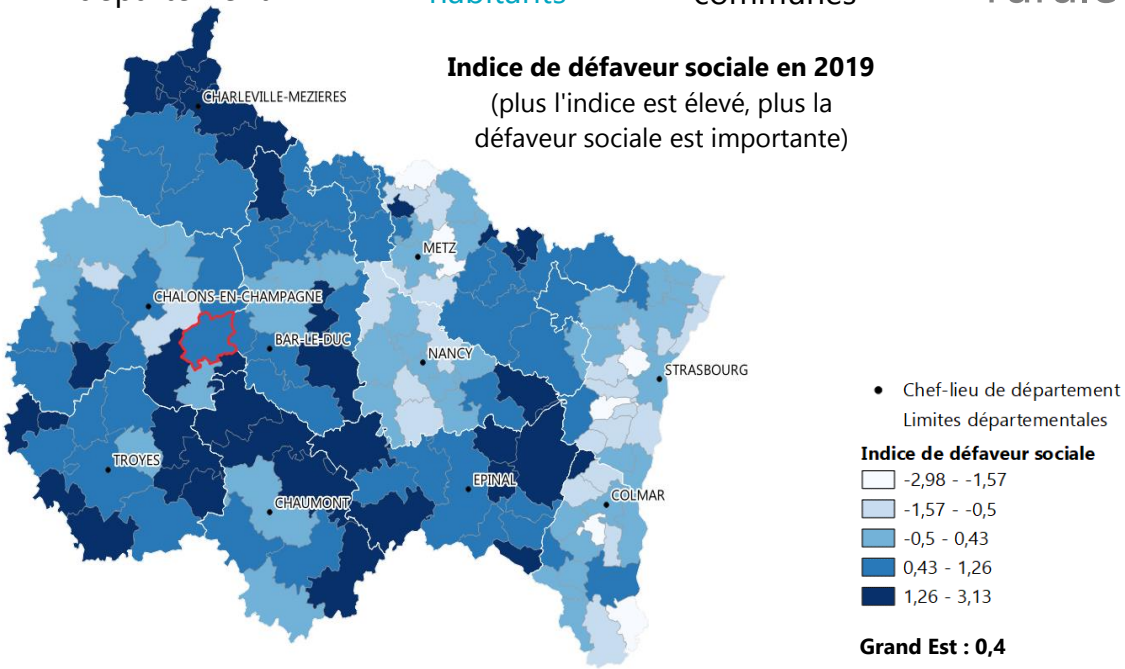
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	11 565	25,7	96,7		119,7	69,4	1,00	192,8	36,2	-1,1	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-627	-1,05	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-617	-1,03	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		94,9	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	3,3	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	11 565	100,0	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	0,0	→

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

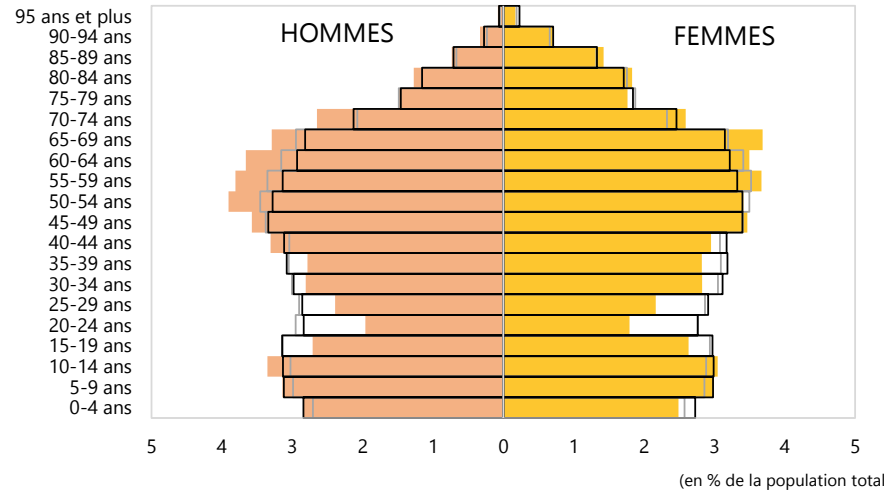
Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		1,2	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	649	12,3	13,3	●	12,8	13,1	0,7	14,0	10,8	-1,0	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	1 108	27,6	28,5	●	27,5	29,1	0,4	28,7	27,9	0,3	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		6,5	3,7	●	2,5	3,5	0,9	3,3	5,8	-2,5	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	20 790		21 800	●	21 930	21 750				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	630	12,5	14,7	●	14,5	14,5				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		5,4	5,8	●	5,8	6,1				n.d.	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)*	3 119	35,1	27,8	●	27,0	29,4	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)*	1 503	16,9	26,3	●	31,0	26,9	0,8	27,7	21,5	1,6	↗

Notes de lecture : 6. La défaveur sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par Rey et *al.* en 2009 au travers de l'indice Fdep *(French Deprivation Index)*. Les valeurs les plus élevées 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)

Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

ETAT DE SANTE

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

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :
- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :
- **augmentation significative** entre les deux périodes
- sans différence statistique significative entre les deux périodes
- **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance
(en années)

	♂	♀
EPCI	80,4	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	121	805,0	784,7	●	725,2	787,8	1,9	773,8	818,4	-0,1	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	23	190,3	181,6	●	175,7	199,6	1,5	182,2	180,3	0,0	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	43	329,7	294,9	●	277,8	315,4	2,1	294,8	295,6	0,4	→
18	Décès par cancers	37	254,2	224,3	●	212,4	225,3	2,0	224,4	223,8	0,1	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	31	197,0	187,5	●	170,0	174,8	1,8	181,7	205,6	-0,8	→
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	6	43,5	34,7	●	25,0	24,7	2,9	34,6	35,0	0,2	→
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	15,8	n.d.	12,9	15,4	n.d.	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	4	29,9	25,8	●	24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	-0,2	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	22	149,6	129,3	●	109,3	114,8	2,0	129,4	129,0	-0,3	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	19	141,2	124,4	●	116,2	135,4	2,8	124,2	125,7	1,5	→
26	Décès évitables liés au système de soins	9	69,4	58,0	●	53,2	60,1	1,0	57,8	58,7	3,1	→

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

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

Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

ETAT DE SANTE

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	657	4 499	4 223	●	4 161	4 438	1,0	4 221	4 236	2,3	↗	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	34	229	211	●	193	197	n.d.	213	201	1,4	↗	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	76	522	492	●	458	493	1,9	489	503	4,2	↗	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	140	1 836	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	1,7	↗	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	134	1 954	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	3,8	↗	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 061	6 891	6 736	●	6 142	6 001	1,9	6 723	6 783	-0,1	↘	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	152	979	1 204	●	1 130	1 067	1,4	1 210	1 185	-2,3	↘	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	442	2 900	2 882	●	2 519	2 337	2,8	2 909	2 795	1,3	↗	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	196	1 144	990	●	932	885	1,5	974	1 040	-5,2	↘	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	894	6 044	5 516	●	4 840	5 687	1,4	5 586	5 284	1,1	↗	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	n.d.	32		33	24	n.d.	36	17	n.d.	→	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	16	n.d.	117		212	138	n.d.	131	67	n.d.	n.d.	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	339	2 584	3 451	●	3 821	3 366	1,1	3 602	2 954	8,2	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	111	887	927	●	1 020	1 011	1,4	948	866	21,6	↗	!
41	Patients traités par psychotropes	969	6 959	7 186	●	7 149	8 057	0,6	7 201	7 142	-3,9	↘	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	483	3 527	3 548	●	3 916	4 375	0,4	3 537	3 588	-1,3	↘	!
43	Patients traités par anxiolytiques	536	3 895	4 002	●	3 902	4 389	0,5	3 998	4 018	-4,5	↘	!

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

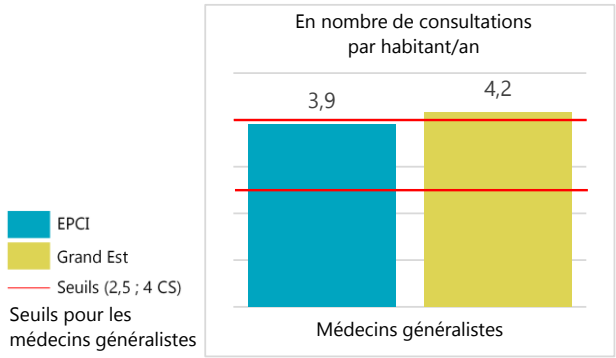
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

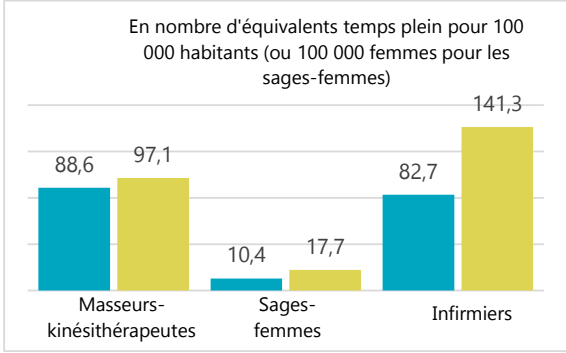
Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

OFFRE DE SOINS

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)





Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,9	4,2		3,9	4,2		4,4	3,3	-0,1	!
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,6	3,7		3,1	3,9		4,0	3,0	-1,5	!
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		88,6	97,1		104,0	93,0		105,3	70,9	6,3	!
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		10,4	17,7		17,3	18,2		19,0	13,0	29,0	!
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		82,7	141,3		146,5	113,5		149,9	114,4	-2,7	!

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	9	6,3	1,8		1,2	2,1	33,3	1,0	4,3	0,9	!
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	29,7	14,5		10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	8,8	
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	30,5	12,6		12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	0,6	
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	20,9	11,6		10,5	11,4	n.d.	8,0	23,7	0,7	
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	0	20,9	10,8		8,6	9,7	n.d.	8,1	19,5	0,7	
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	2	8,5	2,6		2,2	2,8	0,0	1,5	6,1	0,8	!
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	0	16,2	5,5		4,5	5,1	n.d.	3,9	10,7	0,3	!
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	18	3,3	1,4		0,9	1,7	36,8	0,7	3,6	4,5	!
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	7	6,5	1,8		1,3	2,4	14,3	1,0	4,5	0,7	!

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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)

Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

OFFRE DE SOINS

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	**20,2 min**	**20,9 min**	**16,4 min**
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	0	20,2	11,3	●	10,5	10,4		9,1	18,4	0,0	→
60	Services de chirurgie	0	30,5	14,5	●	13,5	13,3		11,3	25,3	8,6	↗
61	Services d'obstétrique	0	21,0	14,3	●	14,8	12,0		11,6	23,6	-6,6	↘
62	Services de soins de suite	0	20,9	9,3	●	9,1	9,1		7,2	16,5	0,7	↗
63	Services d'urgence	0	20,9	14,8	●	13,7	11,9		12,1	24,2	0,7	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	16,4	8,4	●	7,4	8,0		7,0	13,1	0,9	↗
65	EHPAD	1	10,1	4,0	●	3,0	5,1		2,9	7,4	0,4	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	4 417	36 469	43 256	●	40 236	41 658	0,9	43 674	41 912	-1,0	↘

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

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

Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	29	1,8	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	0,7	↗
73	15-24 ans non insérés - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	223	21,2	16,4	●	15,9	15,6		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)*	145	12,4	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-1,4	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	346	29,6	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	-0,7	↘
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	33	1,2	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	1,5	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	166	46,8	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	-0,9	↘ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	830	40,2	46,8	●	47,3	40,3	1,9	46,8	46,9	-0,5	↘

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

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

Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	348	3,0	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	-0,7	↘	
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	559	5,7	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	4,5	↗	!
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	557	45,6	42,8	●	42,7	46,1	0,5	43,5	40,5	1,8	↗	
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	116	4,7	5,6		n.d.	2,9						
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	150	2,4	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	2,0	↗	
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	259	16,0	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	1,3	↗	
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	0	0,0	0,0	●		3,8		9,3	6,8	n.d.	n.d.	!

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

CADRE DE VIE

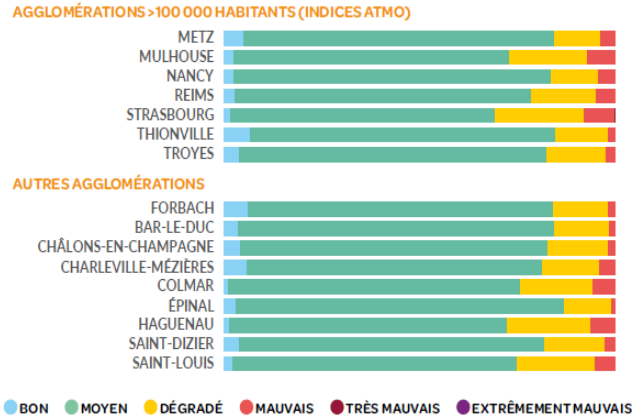
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	41	0,8	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-11,2	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	33	0,7	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-1,3	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	1 544	30,2	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-0,9	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	1 076	21,1	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	1	0,2	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	0,1	→ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	39	8,7	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,7	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-1,4	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	1 588	5,5	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	165		19 047	●	171 485	1 467		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	3,4		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)

Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	732	13,3	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	0,7	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		41,9	91,6	●	98,3	102,7				-1,3	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	4 640	66,9	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,0		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,1		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité *(en %)*		26,7	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	40	100,0	49,2			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	24	49,7	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	16	50,3	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

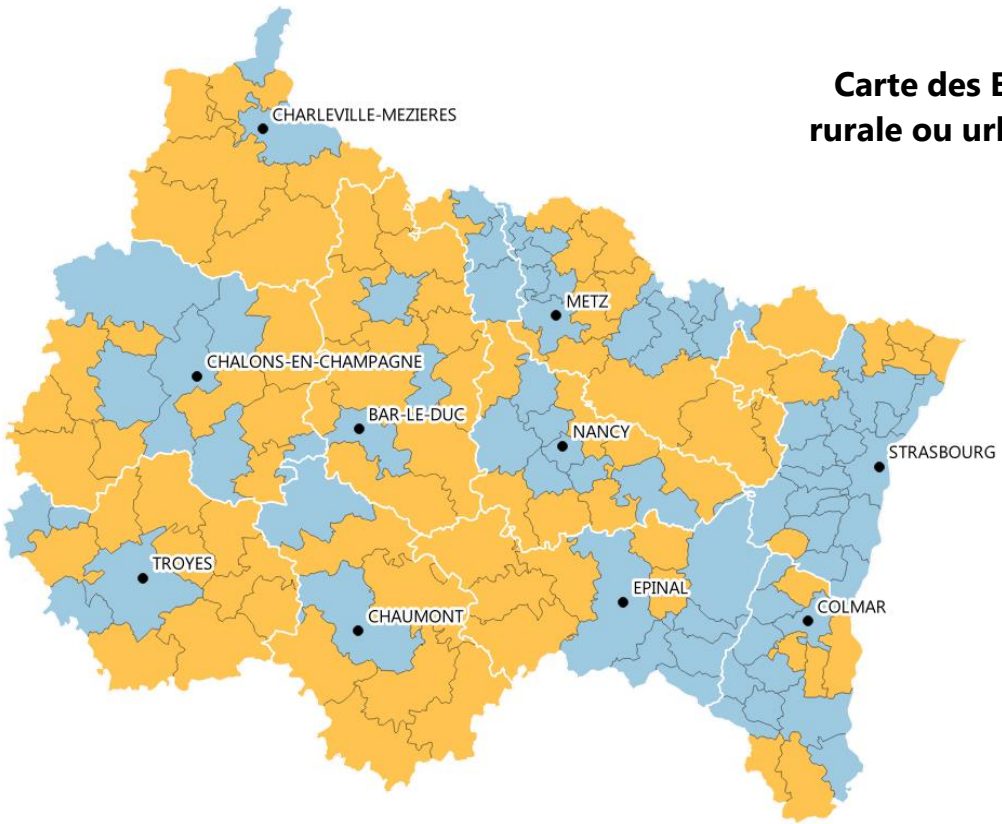
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté urbaine du Grand Reims

Marne — département

296 154 — habitants

143 — communes

EPCI à dominante urbaine

Portrait de santé

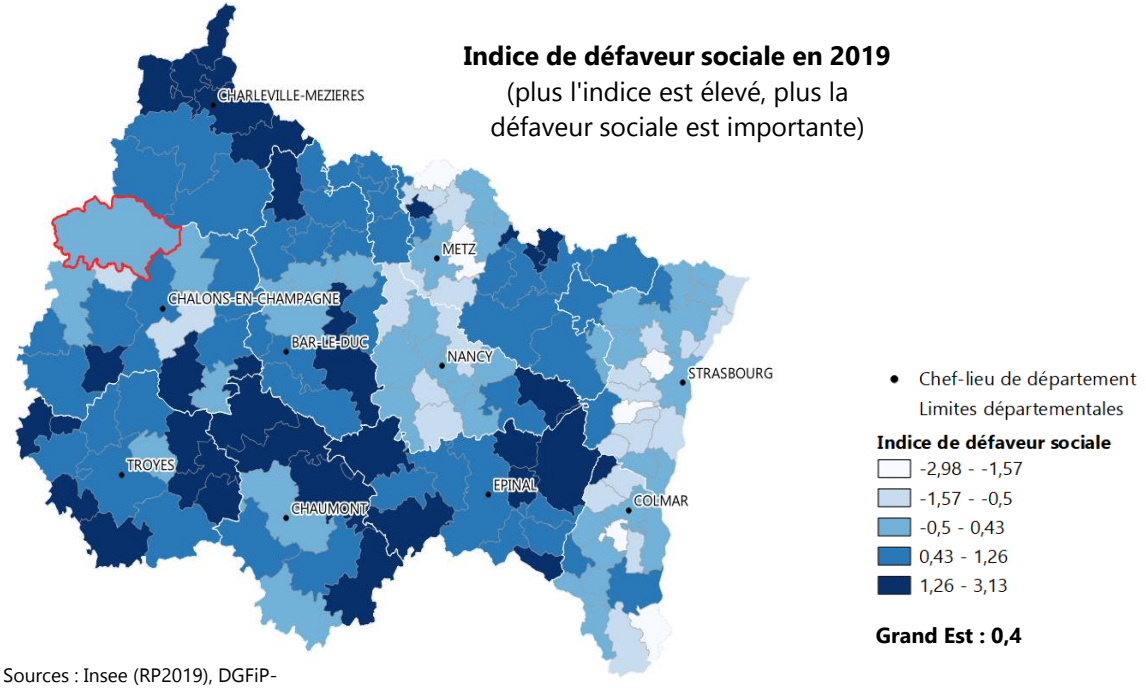
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	296 154	206,8	96,7		119,7	69,4	0,92	192,8	36,2	0,2	↗
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	3 154	0,21	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-2 701	-0,18	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		69,7	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	2,3	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	60 556	20,4	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	0,3	↗

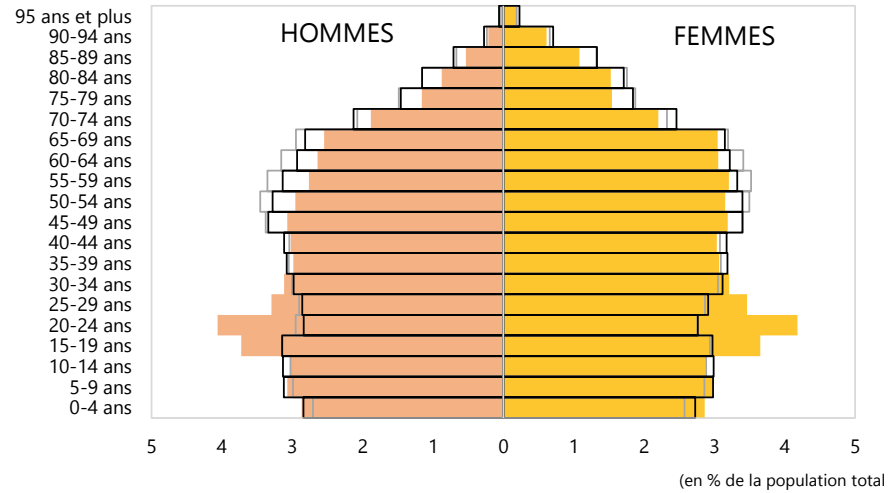
Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		0,2	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	19 865	14,4	13,3	●	12,8	13,1	1,0	14,0	10,8	-0,4	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	31 127	29,5	28,5	●	27,5	29,1	0,6	28,7	27,9	0,5	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		2,5	3,7	●	2,5	3,5	0,7	3,3	5,8	-1,5	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	21 800		21 800	●	21 930	21 750				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	20 502	16,2	14,7	●	14,5	14,5				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		6,7	5,8	●	5,8	6,1				n.d.	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)*	55 222	26,9	27,8	●	27,0	29,4	0,8	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)*	67 005	32,7	26,3	●	31,0	26,9	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)

Communauté urbaine du Grand Reims

ETAT DE SANTE

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

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	2 326	751,9	784,7	●	725,2	787,8	1,7	773,8	818,4	-1,4	↘
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	469	189,6	181,6	●	175,7	199,6	2,1	182,2	180,3	-1,8	↘
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	823	302,3	294,9	●	277,8	315,4	2,0	294,8	295,6	-1,5	↘
18	Décès par cancers	639	215,5	224,3	●	212,4	225,3	1,9	224,4	223,8	-2,5	↘
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	498	157,6	187,5	●	170,0	174,8	1,8	181,7	205,6	-3,6	↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	63	20,6	34,7	●	25,0	24,7	3,7	34,6	35,0	-4,0	↘
21	Décès par suicide	41	14,5	13,4	●	13,2	15,8	2,6	12,9	15,4	-4,8	↘
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	4	1,2	1,0	●	1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	24,6	↗
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	86	28,8	25,8	●	24,8	29,0	3,8	26,0	25,2	-3,0	↘
24	Décès par pathologies liées au tabac	314	104,5	129,3	●	109,3	114,8	3,4	129,4	129,0	-3,6	↘
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	363	132,4	124,4	●	116,2	135,4	2,8	124,2	125,7	-1,7	↘
26	Décès évitables liés au système de soins	151	55,8	58,0	●	53,2	60,1	1,1	57,8	58,7	-3,5	↘

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

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

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	14 216	4 493	4 223	●	4 161	4 438	1,1	4 221	4 236	1,4	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	643	202	211	●	193	197	2,1	213	201	0,9	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	1 624	504	492	●	458	493	1,7	489	503	0,3	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	3 384	1 982	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	0,8	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	2 187	1 593	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	1,1	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	18 952	5 835	6 736	●	6 142	6 001	2,0	6 723	6 783	1,1	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	3 229	999	1 204	●	1 130	1 067	1,5	1 210	1 185	1,2	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	7 366	2 289	2 882	●	2 519	2 337	3,4	2 909	2 795	1,5	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	2 768	799	990	●	932	885	1,6	974	1 040	-0,9	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	17 673	5 619	5 516	●	4 840	5 687	1,4	5 586	5 284	1,3	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	82	29	32	●	33	24	1,5	36	17	-13,3	↘ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	516	181	117	●	212	138	1,4	131	67	5,0	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	10 370	3 489	3 451	●	3 821	3 366	1,0	3 602	2 954	4,9	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	2 928	1 002	927	●	1 020	1 011	1,8	948	866	17,5	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	25 475	8 308	7 186	●	7 149	8 057	0,6	7 201	7 142	-2,1	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	14 142	4 653	3 548	●	3 916	4 375	0,5	3 537	3 588	-0,9	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	13 160	4 309	4 002	●	3 902	4 389	0,6	3 998	4 018	-1,7	↘ !

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

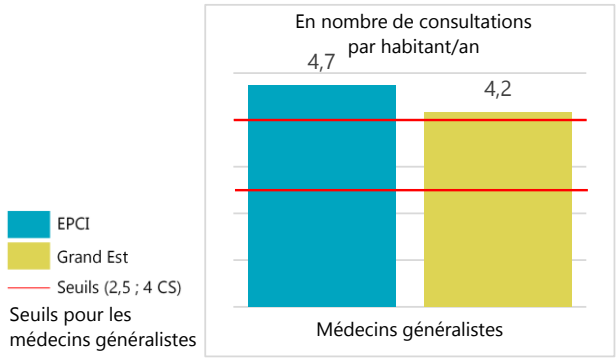
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

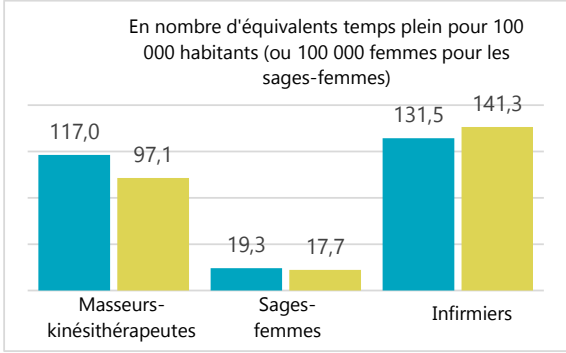
Communauté urbaine du Grand Reims

OFFRE DE SOINS

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		4,7	4,2	●	3,9	4,2		4,4	3,3	-0,5	↘ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		4,5	3,7	●	3,1	3,9		4,0	3,0	-0,4	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		117,0	97,1	●	104,0	93,0		105,3	70,9	2,6	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		19,3	17,7	●	17,3	18,2		19,0	13,0	6,1	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		131,5	141,3	●	146,5	113,5		149,9	114,4	2,6	↗ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	303	0,8	1,8	●	1,2	2,1	36,4	1,0	4,3	0,9	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	286						40,2				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	31	7,3	14,5	●	10,6	15,1	35,5	11,1	25,8	-1,0	↘
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	13	7,1	12,6	●	12,5	13,0	30,8	8,3	27,0	-1,0	↘
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	34	8,1	11,6	●	10,5	11,4	29,4	8,0	23,7	0,1	→
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	18	6,5	10,8	●	8,6	9,7	61,1	8,1	19,5	-2,8	↘
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	185	1,1	2,6	●	2,2	2,8	22,2	1,5	6,1	1,6	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	37	3,3	5,5	●	4,5	5,1	5,4	3,9	10,7	-4,7	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	329	0,8	1,4	●	0,9	1,7	14,9	0,7	3,6	-2,0	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	305	0,8	1,8	●	1,3	2,4	13,5	1,0	4,5	1,4	↗ !

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. 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)

Communauté urbaine du Grand Reims

OFFRE DE SOINS

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

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

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

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

PREVENTION

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	42	
soit	7,0	% des programmes de la région

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	129 127	42 510	43 256	●	40 236	41 658	0,8	43 674	41 912	0,8	↗

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

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

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	1 157	3,0	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	8,8	↗
73	15-24 ans non insérés - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	6 582	14,2	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	-1,2	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	4 303	12,2	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-3,5	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	17 155	48,5	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	0,7	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	1 422	1,9	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	1,8	↗
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)*	6 234	63,1	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	2,0	↗ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	20 413	35,7	46,8	●	47,3	40,3	1,6	46,8	46,9	-4,8	↘

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

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

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	19 686	6,6	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	1,1	↗
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	28 636	11,8	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	4,0	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	9 835	47,9	42,8	●	42,7	46,1	0,4	43,5	40,5	0,5	↗
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	1 297	2,6	5,6		n.d.	2,9					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	5 098	3,0	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,3	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	11 586	28,3	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	2,0	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	445	2,6	2,6	●		3,8		9,3	6,8	4,1	↗ !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

CADRE DE VIE

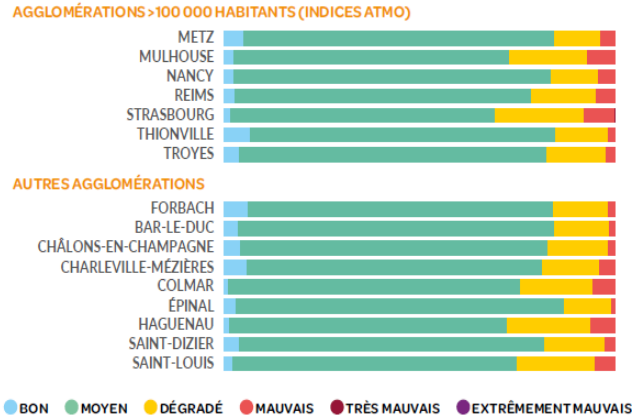
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	3 916	2,8	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-2,3	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	361	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-4,9	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	22 107	15,8	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-3,9	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	19 325	13,8	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	18	1,3	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	-1,4	↘ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	209	14,6	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	4	0,3	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,5	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-1,9	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	4 102	4,2	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	291		19 047	●	171 485	1 467		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques *(et part en %)*	3	2,1	2,1	●	2,4	3,4		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)

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	20 071	13,1	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	-1,7	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		109,2	91,6	●	98,3	102,7				0,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	160 576	86,3	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		0,6		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,6		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		0,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,5		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité *(en %)*		0,9	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	1	61,2	44,3			44,0		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	43	11,9	49,2			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	25	4,7	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	63	14,4	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	55	80,9	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

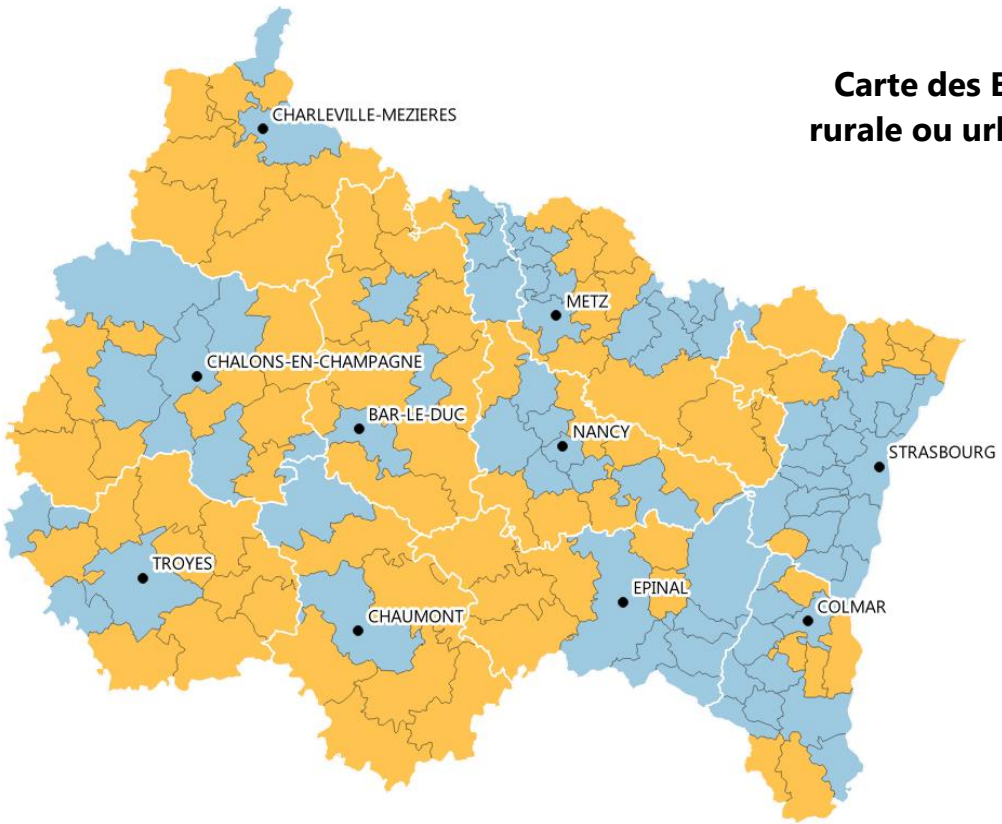
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes de la Grande Vallée de la Marne

Marne
département

14 507
habitants

14
communes

EPCI à dominante
rurale

Portrait de santé

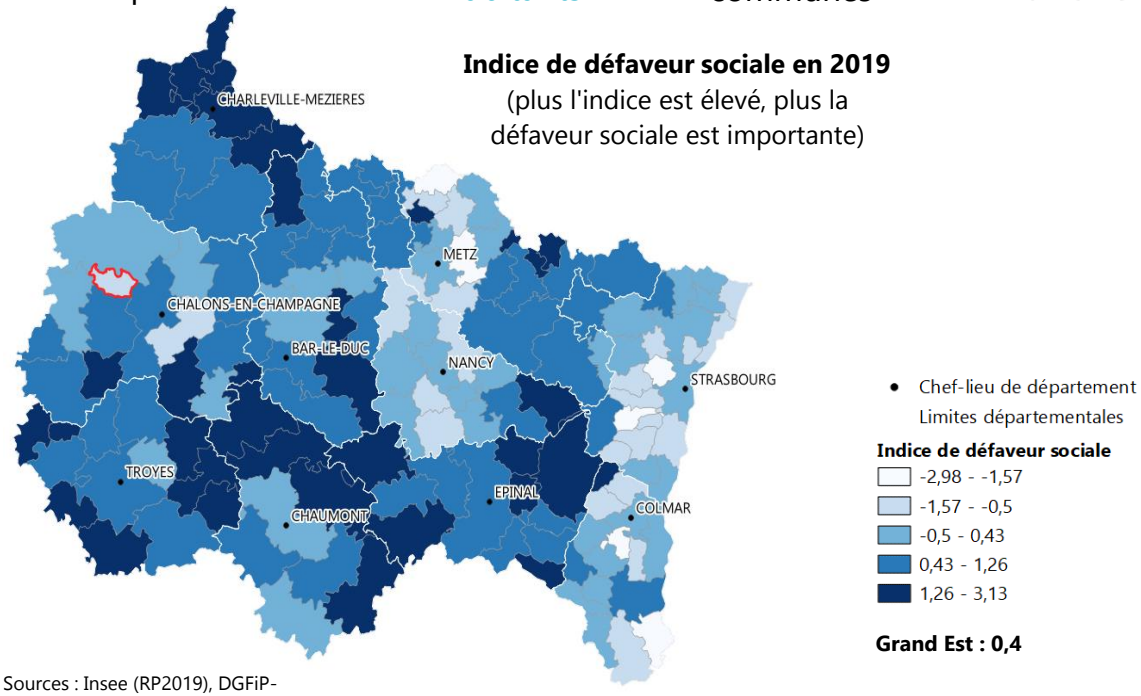
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	14 507	79,4	96,7		119,7	69,4	0,93	192,8	36,2	-0,8	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-566	-0,76	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-165	-0,22	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		102,9	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	4,3	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	7 702	53,1	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	0,7	↗

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

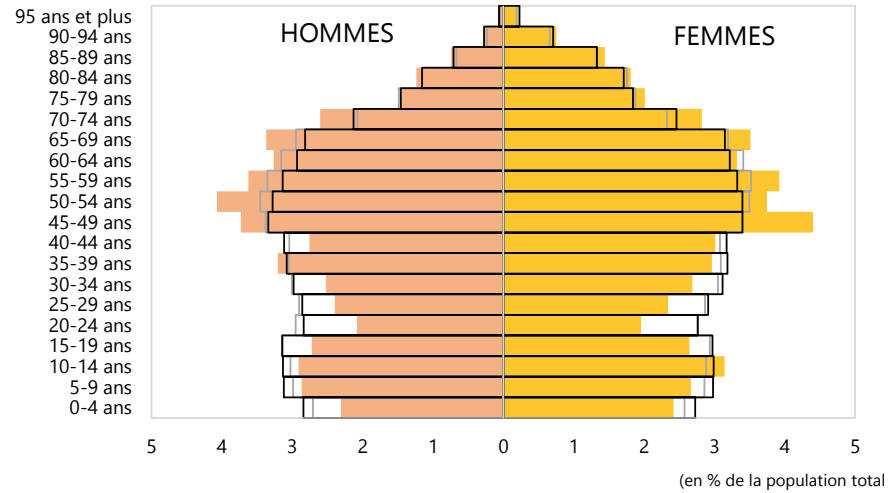
Communauté de communes de la Grande Vallée de la Marne

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		-0,8	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	522	7,3	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-1,2	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	1 419	26,0	28,5	●	27,5	29,1	0,5	28,7	27,9	-2,1	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,0	3,7	●	2,5	3,5	0,9	3,3	5,8	-2,0	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	25 080		21 800	●	21 930	21 750				1,5	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	384	6,0	14,7	●	14,5	14,5				-2,2	↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		2,8	5,8	●	5,8	6,1				0,7	↗
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)*	3 141	28,1	27,8	●	27,0	29,4	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)*	2 738	24,5	26,3	●	31,0	26,9	0,8	27,7	21,5	2,1	↗

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

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

Communauté de communes de la Grande Vallée de la Marne

ETAT DE SANTE

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

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	178	923,7	784,7	●	725,2	787,8	1,6	773,8	818,4	0,4	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	26	181,8	181,6	●	175,7	199,6	2,1	182,2	180,3	-3,2	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	54	323,4	294,9	●	277,8	315,4	2,4	294,8	295,6	-1,7	→
18	Décès par cancers	47	250,3	224,3	●	212,4	225,3	2,3	224,4	223,8	-0,1	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	43	219,6	187,5	●	170,0	174,8	1,6	181,7	205,6	1,5	→
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	5	25,1	34,7	●	25,0	24,7	n.d.	34,6	35,0	4,9	→
21	Décès par suicide	3	17,1	13,4	●	13,2	15,8	n.d.	12,9	15,4	-0,4	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	5	28,7	25,8	●	24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	1,9	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	25	134,2	129,3	●	109,3	114,8	3,0	129,4	129,0	6,2	↗
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	22	132,5	124,4	●	116,2	135,4	3,1	124,2	125,7	-0,8	→
26	Décès évitables liés au système de soins	9	53,9	58,0	●	53,2	60,1	1,7	57,8	58,7	-3,7	→

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

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

Communauté de communes de la Grande Vallée de la Marne

ETAT DE SANTE

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	902	4 861	4 223	●	4 161	4 438	0,9	4 221	4 236	16,3	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	38	207	211	●	193	197	n.d.	213	201	12,3	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	117	598	492	●	458	493	1,2	489	503	18,8	↗ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	226	2 362	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	15,9	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	141	1 626	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	15,7	↗ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 170	6 015	6 736	●	6 142	6 001	1,9	6 723	6 783	19,0	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	230	1 167	1 204	●	1 130	1 067	1,3	1 210	1 185	20,7	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	463	2 345	2 882	●	2 519	2 337	2,9	2 909	2 795	17,7	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	186	879	990	●	932	885	2,0	974	1 040	19,1	↗ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 004	5 356	5 516	●	4 840	5 687	1,3	5 586	5 284	18,0	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	12	32	●	33	24	n.d.	36	17	-1,5	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	49	117	●	212	138	1,7	131	67	10,4	↗ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	413	2 521	3 451	●	3 821	3 366	1,0	3 602	2 954	21,4	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	128	814	927	●	1 020	1 011	1,9	948	866	36,9	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	1 306	7 376	7 186	●	7 149	8 057	0,6	7 201	7 142	12,8	↗ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	639	3 639	3 548	●	3 916	4 375	0,5	3 537	3 588	14,8	↗ !
43	Patients traités par anxiolytiques	725	4 138	4 002	●	3 902	4 389	0,5	3 998	4 018	12,9	↗ !

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

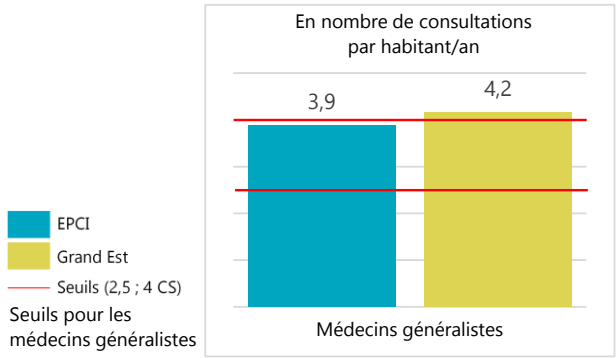
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

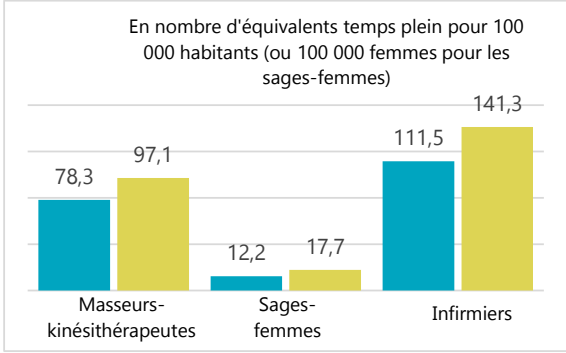
Communauté de communes de la Grande Vallée de la Marne

OFFRE DE SOINS

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)





Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,9	4,2	●	3,9	4,2		4,4	3,3	-1,1	↘ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,4	3,7	●	3,1	3,9		4,0	3,0	-3,2	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		78,3	97,1	●	104,0	93,0		105,3	70,9	1,6	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		12,2	17,7	●	17,3	18,2		19,0	13,0	7,4	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		111,5	141,3	●	146,5	113,5		149,9	114,4	3,4	↗ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	13	3,4	1,8	●	1,2	2,1	30,8	1,0	4,3	12,3	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						100,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	16,3	14,5	●	10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	0,1	→
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	16,9	12,6	●	12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	0,8	↗
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	16,9	11,6	●	10,5	11,4	n.d.	8,0	23,7	0,8	↗
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	1	10,9	10,8	●	8,6	9,7	100,0	8,1	19,5	-7,7	↘
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	11	2,7	2,6	●	2,2	2,8	18,2	1,5	6,1	0,6	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	3	5,5	5,5	●	4,5	5,1	0,0	3,9	10,7	-10,7	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	23	1,3	1,4	●	0,9	1,7	20,8	0,7	3,6	0,0	→ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	17	1,8	1,8	●	1,3	2,4	17,6	1,0	4,5	4,3	↗ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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)

Communauté de communes de la Grande Vallée de la Marne

OFFRE DE SOINS

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

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

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes de la Grande Vallée de la Marne

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	6 538	44 040	43 256	●	40 236	41 658	0,8	43 674	41 912	0,5	↗

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

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

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	32	1,7	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	18,6	↗
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)*	166	12,2	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	-0,5	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	126	8,9	12,9	●	12,4	12,9		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)*	574	40,6	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	0,8	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	63	2,0	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	7,2	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	258	62,3	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	1,7	↗ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	1 432	58,2	46,8	●	47,3	40,3	1,4	46,8	46,9	3,1	↗

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

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

Communauté de communes de la Grande Vallée de la Marne

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	231	1,6	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	4,6	↗
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	349	2,9	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	2,8	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	501	40,3	42,8	●	42,7	46,1	0,5	43,5	40,5	-0,7	↘
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	61	2,1	5,6		n.d.	2,9					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	108	1,3	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	-0,7	↘
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	385	18,8	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	6,0	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	21	2,6	2,6	●		3,8		9,3	6,8	1,6	↗ !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

Communauté de communes de la Grande Vallée de la Marne

CADRE DE VIE

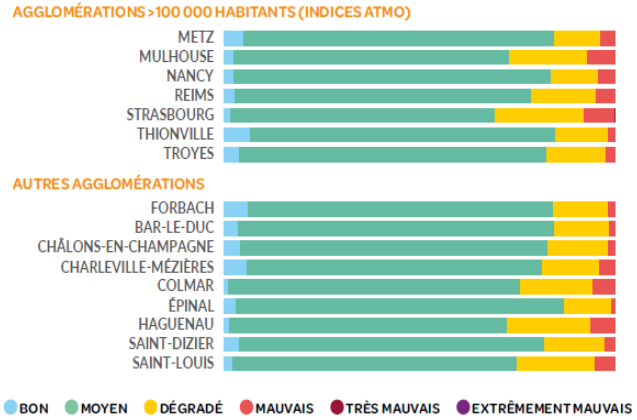
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	39	0,6	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-16,6	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	21	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	7,2	↗
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	1 744	27,2	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-1,9	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	1 211	18,9	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	12	6,6	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,2	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-1,2	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	544	7,4	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	54		19 047	●	171 485	1 467		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	3,4		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)

Communauté de communes de la Grande Vallée de la Marne

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	1 235	17,2	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	-0,3	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		85,0	91,6	●	98,3	102,7				0,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	2 509	28,7	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,8		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,3		●							
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 *(en %)*		5,7	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	14	100,0	49,2			28,7		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	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	14	100,0	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

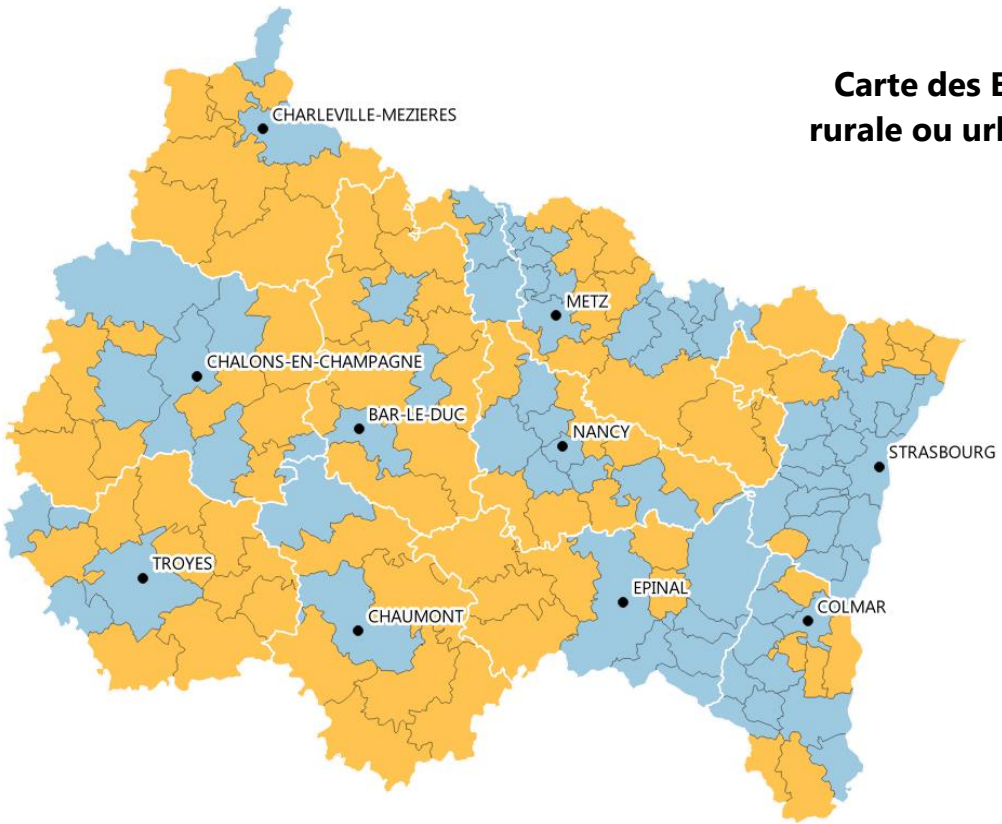
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes de la Moivre à la Coole

Marne	9 470	28	EPCI à dominante
département	habitants	communes	rurale

Portrait de santé

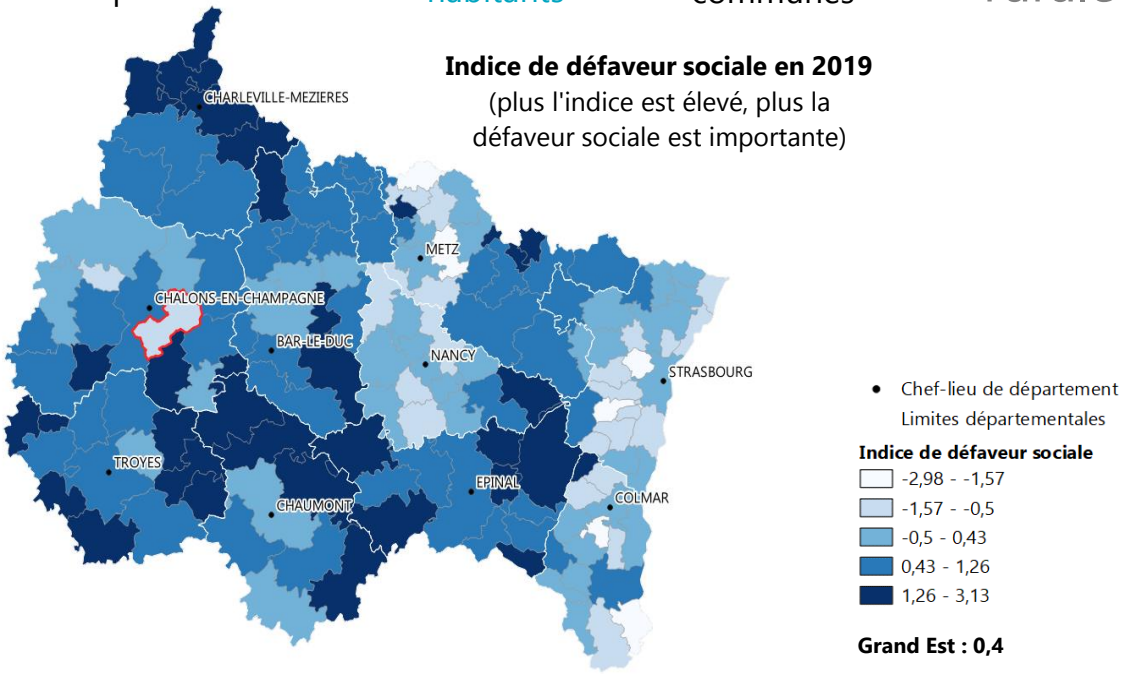
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	9 470	19,3	96,7		119,7	69,4	1,00	192,8	36,2	-0,2	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-105	-0,22	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-67	-0,14	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		79,6	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	4,9	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	7 088	74,8	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	0,2	↗

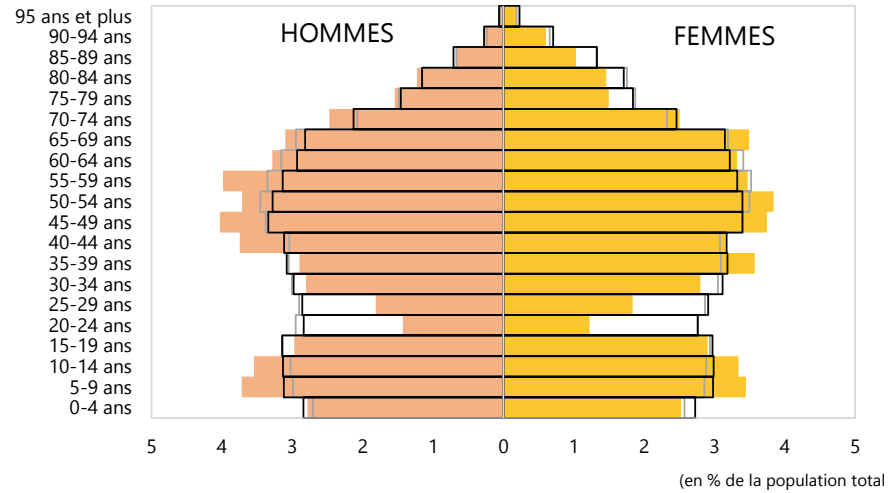
Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		-1,2	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	279	6,0	13,3	●	12,8	13,1	0,7	14,0	10,8	-1,8	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	790	21,2	28,5	●	27,5	29,1	0,3	28,7	27,9	-4,3	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		4,1	3,7	●	2,5	3,5	0,6	3,3	5,8	-0,8	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	24 400		21 800	●	21 930	21 750				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	197	5,2	14,7	●	14,5	14,5				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		2,9	5,8	●	5,8	6,1				n.d.	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)*	1 542	22,0	27,8	●	27,0	29,4	0,8	27,4	29,4	-5,0	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	1 944	27,7	26,3	●	31,0	26,9	0,7	27,7	21,5	3,5	↗

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

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

Communauté de communes de la Moivre à la Coole

ETAT DE SANTE

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	82,5	82,1
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	85	809,2	784,7	●	725,2	787,8	1,3	773,8	818,4	-0,8	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	14	157,5	181,6	●	175,7	199,6	1,1	182,2	180,3	1,7	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	27	268,2	294,9	●	277,8	315,4	1,4	294,8	295,6	0,0	→
18	Décès par cancers	26	248,8	224,3	●	212,4	225,3	1,3	224,4	223,8	3,5	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	18	174,0	187,5	●	170,0	174,8	1,4	181,7	205,6	-6,1	↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	3	24,2	34,7	●	25,0	24,7	n.d.	34,6	35,0	-13,2	↘
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	15,8	n.d.	12,9	15,4	n.d.	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	3	25,0	25,8	●	24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	5,0	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	12	113,2	129,3	●	109,3	114,8	2,1	129,4	129,0	-2,8	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	11	109,6	124,4	●	116,2	135,4	2,5	124,2	125,7	0,6	→
26	Décès évitables liés au système de soins	6	64,4	58,0	●	53,2	60,1	0,7	57,8	58,7	4,1	→

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

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

Communauté de communes de la Moivre à la Coole

ETAT DE SANTE

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	454	3 986	4 223	●	4 161	4 438	1,1	4 221	4 236	0,9	↗ !
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	26	207	211	●	193	197	3,9	213	201	3,9	↗ !
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	54	463	492	●	458	493	1,7	489	503	-0,2	↘ !
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	108	1 812	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	0,5	↗ !
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	67	1 306	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	-3,7	↘ !
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	633	5 487	6 736	●	6 142	6 001	2,2	6 723	6 783	1,2	↗ !
33	Personnes prises en charge pour AVC	116	995	1 204	●	1 130	1 067	1,4	1 210	1 185	1,1	↗ !
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	235	2 058	2 882	●	2 519	2 337	4,0	2 909	2 795	0,3	↗ !
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	100	828	990	●	932	885	1,4	974	1 040	-4,4	↘ !
36	Personnes prises en charge pour diabète	608	5 269	5 516	●	4 840	5 687	1,3	5 586	5 284	3,0	↗ !
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	19	32	●	33	24	0,9	36	17	0,9	→ !
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	47	117	●	212	138	1,3	131	67	15,0	→ !
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	237	2 258	3 451	●	3 821	3 366	1,1	3 602	2 954	5,3	↗ !
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	73	722	927	●	1 020	1 011	1,8	948	866	22,5	↗ !
41	Patients traités par psychotropes	823	7 554	7 186	●	7 149	8 057	0,5	7 201	7 142	-2,5	↘ !
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	487	4 565	3 548	●	3 916	4 375	0,5	3 537	3 588	-3,2	↘ !
43	Patients traités par anxiolytiques	453	4 138	4 002	●	3 902	4 389	0,5	3 998	4 018	-0,3	↘ !

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

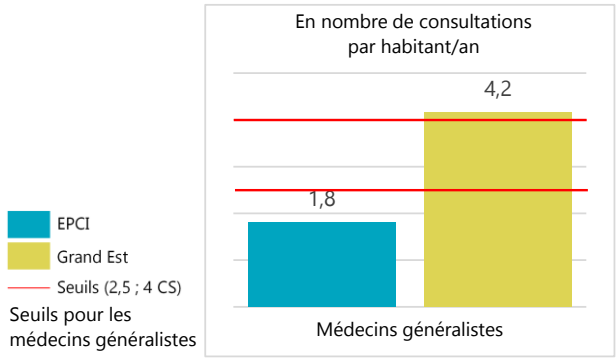
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

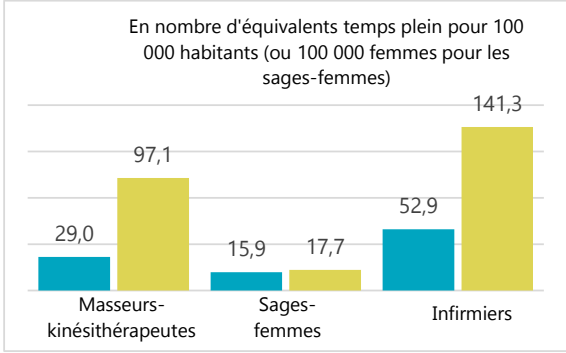
Communauté de communes de la Moivre à la Coole

OFFRE DE SOINS

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		1,8	4,2	●	3,9	4,2		4,4	3,3	2,2	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		1,5	3,7	●	3,1	3,9		4,0	3,0	-4,3	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		29,0	97,1	●	104,0	93,0		105,3	70,9	4,2	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		15,9	17,7	●	17,3	18,2		19,0	13,0	19,2	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		52,9	141,3	●	146,5	113,5		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	5	3,7	1,8	●	1,2	2,1	80,0	1,0	4,3	0,3	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	22,6	14,5	●	10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	6,1	↗
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	20,1	12,6	●	12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	0,4	↗
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	19,6	11,6	●	10,5	11,4	n.d.	8,0	23,7	0,4	↗
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	0	17,1	10,8	●	8,6	9,7	n.d.	8,1	19,5	0,3	↗
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	5	5,8	2,6	●	2,2	2,8	0,0	1,5	6,1	0,3	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	11,3	5,5	●	4,5	5,1	50,0	3,9	10,7	0,1	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	11	4,1	1,4	●	0,9	1,7	18,2	0,7	3,6	0,3	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	5	4,1	1,8	●	1,3	2,4	20,0	1,0	4,5	0,3	↗ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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)

Communauté de communes de la Moivre à la Coole

OFFRE DE SOINS

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	**19,6 min**	**19,6 min**	**11,5 min**
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

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

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes de la Moivre à la Coole

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	4 503	44 904	43 256	●	40 236	41 658	0,9	43 674	41 912	0,1	↗

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

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

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	31	2,1	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	14,8	↗
73	15-24 ans non insérés - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	91	11,3	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	1,8	↗
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	51	6,0	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-5,5	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	362	42,2	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	-0,9	↘
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	29	1,2	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	-0,9	↘
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)*	160	57,6	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	0,6	↗ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	1 093	57,9	46,8	●	47,3	40,3	1,5	46,8	46,9	-3,2	↘

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

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

Communauté de communes de la Moivre à la Coole

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	81	0,9	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	14,9	↗
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	159	2,0	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	15,7	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	294	41,2	42,8	●	42,7	46,1	0,5	43,5	40,5	-1,8	↘
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	50	2,8	5,6		n.d.	2,9					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	38	0,7	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	-0,1	→
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	181	12,8	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	4,4	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	0	0,0	0,0	●		3,8		9,3	6,8	-100,0	↘ !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

CADRE DE VIE

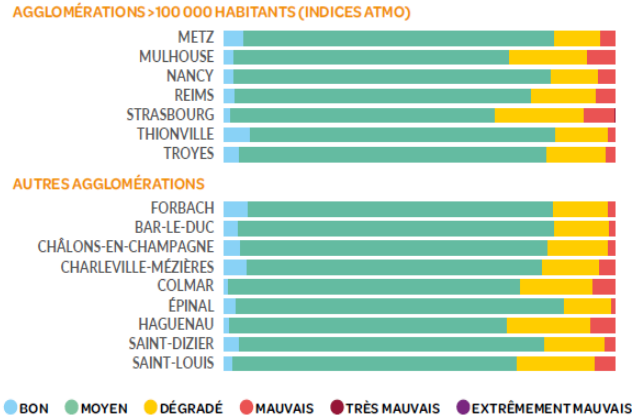
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	19	0,5	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-6,5	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	6	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-14,6	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	777	20,3	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-1,7	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	501	13,1	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	1	0,2	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	0,1	→ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	33	6,7	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		5,3	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-3,3	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	1 409	3,6	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	67		19 047	●	171 485	1 467		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques *(et part en %)*	4	14,3	2,1	●	2,4	3,4		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)

Communauté de communes de la Moivre à la Coole

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	876	19,2	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	0,5	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		45,0	91,6	●	98,3	102,7				-0,9	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	4 695	89,6	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,0		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,7		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,3		●							
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 %)*		18,7	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		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			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	3	5,4	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	25	94,6	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

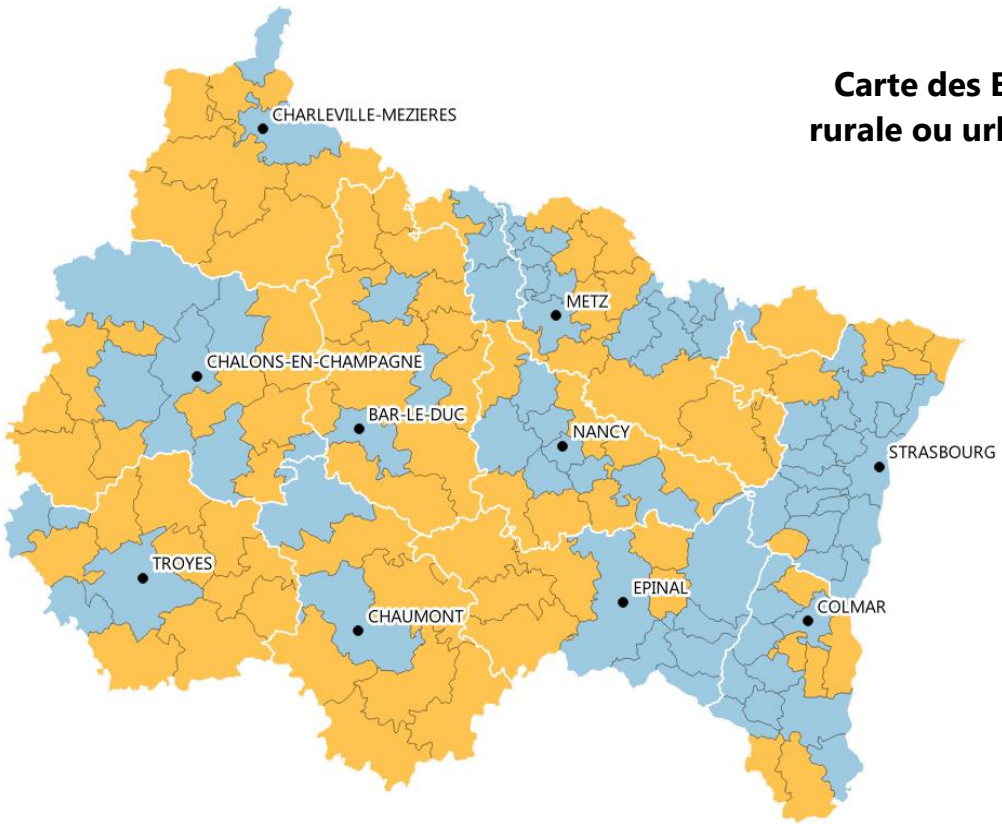
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes des Paysages de la Champagne

Marne
département

21 053
habitants

53
communes

EPCI à dominante
rurale

Portrait de santé

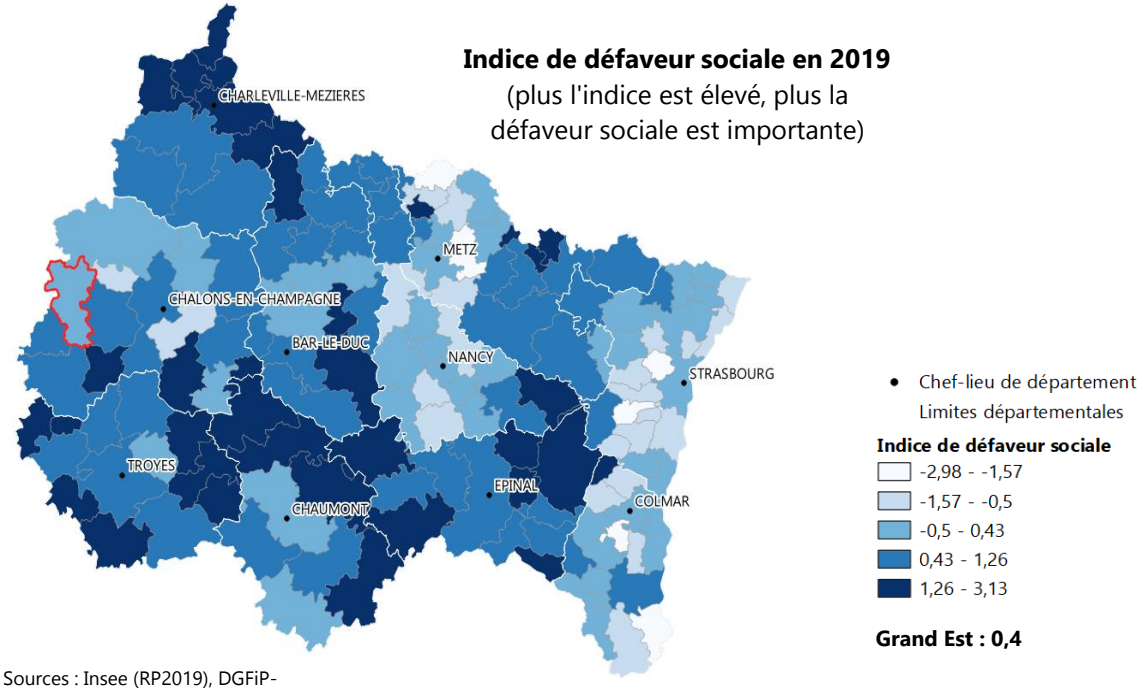
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	21 053	36,2	96,7		119,7	69,4	0,98	192,8	36,2	-0,4	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-390	-0,37	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-290	-0,27	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		98,0	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	4,1	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	18 135	86,1	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	-0,1	→

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

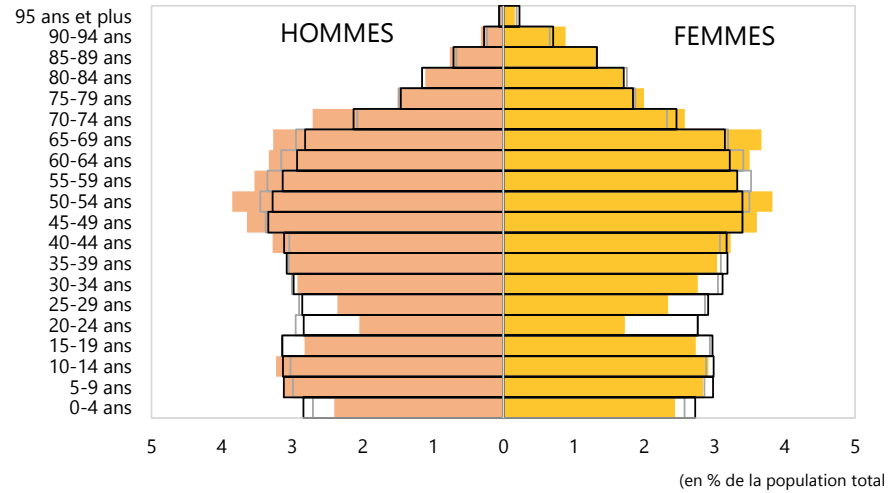
Communauté de communes des Paysages de la Champagne

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		0,0	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	888	8,5	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-0,9	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	2 122	29,4	28,5	●	27,5	29,1	0,4	28,7	27,9	-0,6	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,7	3,7	●	2,5	3,5	0,8	3,3	5,8	-6,5	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	23 450		21 800	●	21 930	21 750				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	801	8,8	14,7	●	14,5	14,5				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		3,4	5,8	●	5,8	6,1				n.d.	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)*	5 156	31,8	27,8	●	27,0	29,4	0,8	27,4	29,4	-2,7	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	3 210	19,8	26,3	●	31,0	26,9	0,7	27,7	21,5	3,2	↗

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

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

Communauté de communes des Paysages de la Champagne

ETAT DE SANTE

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

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :
- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :
- **augmentation significative** entre les deux périodes
- sans différence statistique significative entre les deux périodes
- **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance
(en années)

	♂	♀
EPCI	76,4	86,0
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	217	825,2	784,7	●	725,2	787,8	1,7	773,8	818,4	-1,0	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	40	200,2	181,6	●	175,7	199,6	2,3	182,2	180,3	-0,9	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	66	289,8	294,9	●	277,8	315,4	2,2	294,8	295,6	-2,8	→
18	Décès par cancers	63	244,3	224,3	●	212,4	225,3	2,2	224,4	223,8	2,1	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	52	192,7	187,5	●	170,0	174,8	1,5	181,7	205,6	-4,7	↘
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	7	27,2	34,7	●	25,0	24,7	3,0	34,6	35,0	-2,4	→
21	Décès par suicide	6	25,3	13,4	●	13,2	15,8	1,9	12,9	15,4	2,7	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	7	27,7	25,8	●	24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	-2,0	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	30	117,5	129,3	●	109,3	114,8	2,7	129,4	129,0	-1,0	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	33	145,1	124,4	●	116,2	135,4	2,8	124,2	125,7	-0,1	→
26	Décès évitables liés au système de soins	11	44,0	58,0	●	53,2	60,1	0,9	57,8	58,7	-5,3	→

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

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

Communauté de communes des Paysages de la Champagne

ETAT DE SANTE

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 189	4 422	4 223	●	4 161	4 438	1,1	4 221	4 236	0,3	↗	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	35	128	211	●	193	197	n.d.	213	201	-3,5	↘	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	140	493	492	●	458	493	2,3	489	503	3,3	↗	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	242	1 703	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	1,4	↗	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	226	1 809	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	0,3	↗	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 718	6 130	6 736	●	6 142	6 001	1,9	6 723	6 783	-0,5	↘	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	283	989	1 204	●	1 130	1 067	1,4	1 210	1 185	0,8	↗	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	679	2 410	2 882	●	2 519	2 337	3,1	2 909	2 795	-0,3	↘	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	277	907	990	●	932	885	1,9	974	1 040	-0,5	↘	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 521	5 596	5 516	●	4 840	5 687	1,4	5 586	5 284	0,7	↗	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	10	32	●	33	24	0,7	36	17	-28,1	→	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	11	n.d.	117		212	138	1,4	131	67	n.d.	n.d.	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	634	2 670	3 451	●	3 821	3 366	1,1	3 602	2 954	7,5	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	213	948	927	●	1 020	1 011	1,9	948	866	21,6	↗	!
41	Patients traités par psychotropes	1 808	7 127	7 186	●	7 149	8 057	0,6	7 201	7 142	-2,5	↘	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	974	3 896	3 548	●	3 916	4 375	0,5	3 537	3 588	0,1	→	!
43	Patients traités par anxiolytiques	935	3 676	4 002	●	3 902	4 389	0,5	3 998	4 018	-3,8	↘	!

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

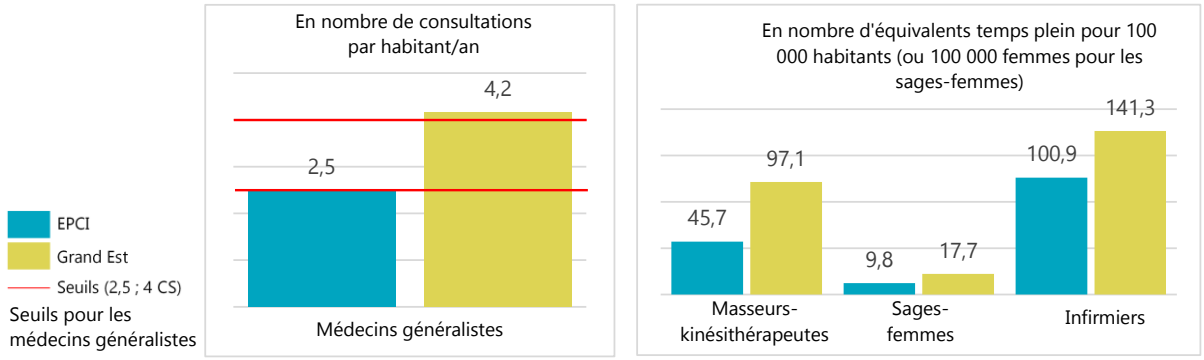
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

Communauté de communes des Paysages de la Champagne

OFFRE DE SOINS

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		2,5	4,2		3,9	4,2		4,4	3,3	-6,1	!
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,3	3,7		3,1	3,9		4,0	3,0	-7,5	!
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		45,7	97,1		104,0	93,0		105,3	70,9	-5,2	!
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		9,8	17,7		17,3	18,2		19,0	13,0	16,3	!
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		100,9	141,3		146,5	113,5		149,9	114,4	2,6	!

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	16	4,9	1,8		1,2	2,1	43,8	1,0	4,3	-2,8	!
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	1						0,0				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	27,3	14,5		10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	11,3	
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	27,3	12,6		12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	1,8	
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	27,3	11,6		10,5	11,4	n.d.	8,0	23,7	0,1	
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	1	16,3	10,8		8,6	9,7	0,0	8,1	19,5	0,5	
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	10	5,7	2,6		2,2	2,8	20,0	1,5	6,1	-5,0	!
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	13,0	5,5		4,5	5,1	0,0	3,9	10,7	4,5	!
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	29	4,2	1,4		0,9	1,7	21,9	0,7	3,6	2,2	!
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	8	9,1	1,8		1,3	2,4	25,0	1,0	4,5	7,4	!

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. 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)

Communauté de communes des Paysages de la Champagne

OFFRE DE SOINS

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	**26,2 min**	**27,3 min**	**21,3 min**
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	0	26,2	11,3	●	10,5	10,4		9,1	18,4	0,2	↗
60	Services de chirurgie	0	27,3	14,5	●	13,5	13,3		11,3	25,3	0,1	↗
61	Services d'obstétrique	0	27,3	14,3	●	14,8	12,0		11,6	23,6	0,1	↗
62	Services de soins de suite	0	26,6	9,3	●	9,1	9,1		7,2	16,5	0,4	↗
63	Services d'urgence	0	27,3	14,8	●	13,7	11,9		12,1	24,2	0,1	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1	21,3	8,4	●	7,4	8,0		7,0	13,1	4,0	↗
65	EHPAD	3	8,2	4,0	●	3,0	5,1		2,9	7,4	-1,3	↘

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes des Paysages de la Champagne

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	8 845	41 158	43 256	●	40 236	41 658	0,8	43 674	41 912	0,9	↗

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

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

Communauté de communes des Paysages de la Champagne

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	55	1,9	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	4,9	↗
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)*	323	16,4	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	-0,7	↘
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)*	267	12,3	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-2,8	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	694	32,1	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	0,9	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	75	1,6	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	-0,4	↘
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	356	64,2	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	5,0	↗ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	1 576	42,4	46,8	●	47,3	40,3	1,6	46,8	46,9	-3,2	↘

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

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

Communauté de communes des Paysages de la Champagne

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	362	1,7	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	-0,9	↘
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	483	2,8	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	3,6	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	891	45,3	42,8	●	42,7	46,1	0,4	43,5	40,5	1,0	↗
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	112	2,5	5,6		n.d.	2,9					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	187	1,6	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,5	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	548	18,7	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	3,9	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	47	4,0	4,0	●		3,8		9,3	6,8	5,6	↗ !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

CADRE DE VIE

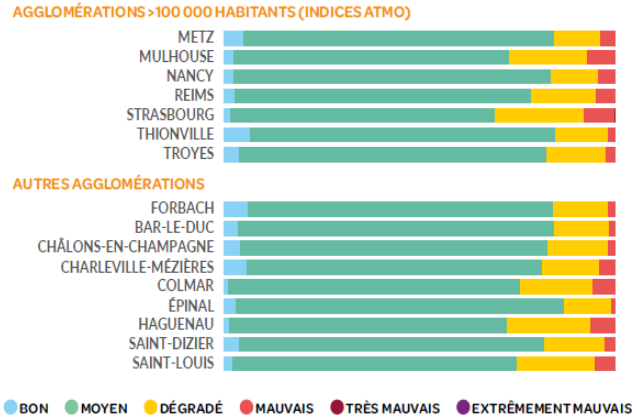
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	121	1,3	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-5,1	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	39	0,4	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-2,4	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	3 236	34,8	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-2,4	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	2 074	22,3	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	3	0,5	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	11,3	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	16	2,8	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,1	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-2,2	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	874	2,9	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	127		19 047	●	171 485	1 467		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	3,4		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)

Communauté de communes des Paysages de la Champagne

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	1 391	13,6	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	0,5	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		72,3	91,6	●	98,3	102,7				-0,3	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	11 501	75,6	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,7		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,1		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité *(en %)*		11,3	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	53	100,0	49,2			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	2	0,6	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	48	94,8	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	3	4,6	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

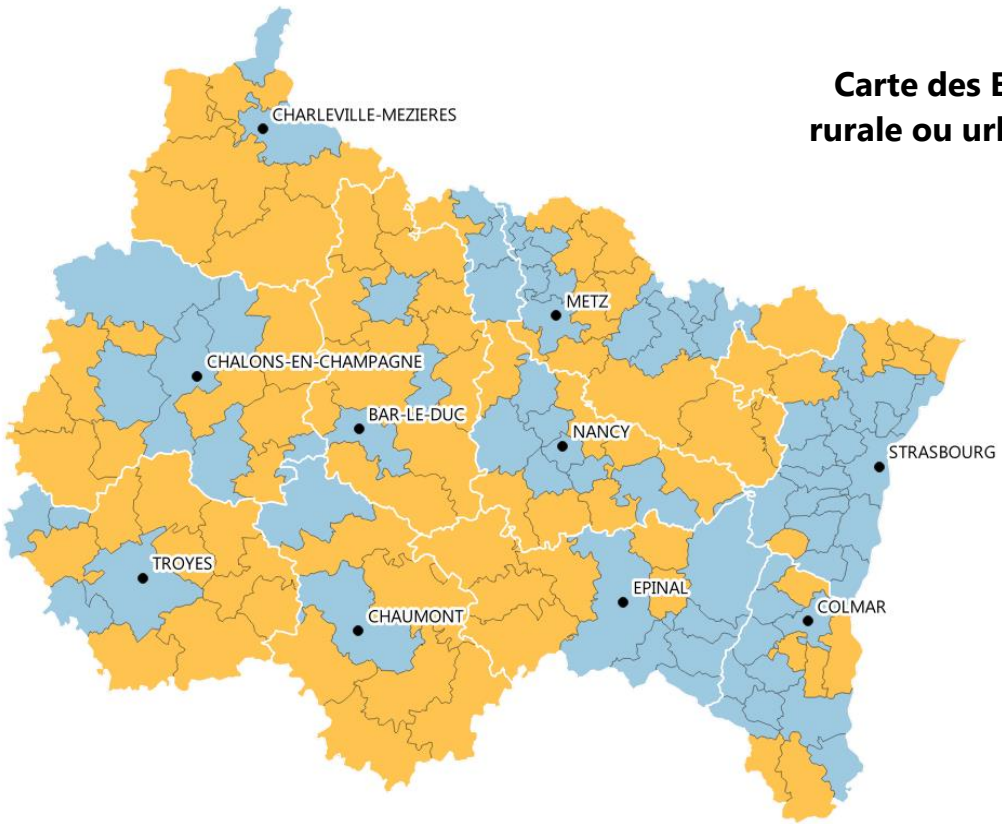
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes Perthois-Bocage et Der

Marne	5 677	25	EPCI à dominante
département	habitants	communes	rurale

Portrait de santé

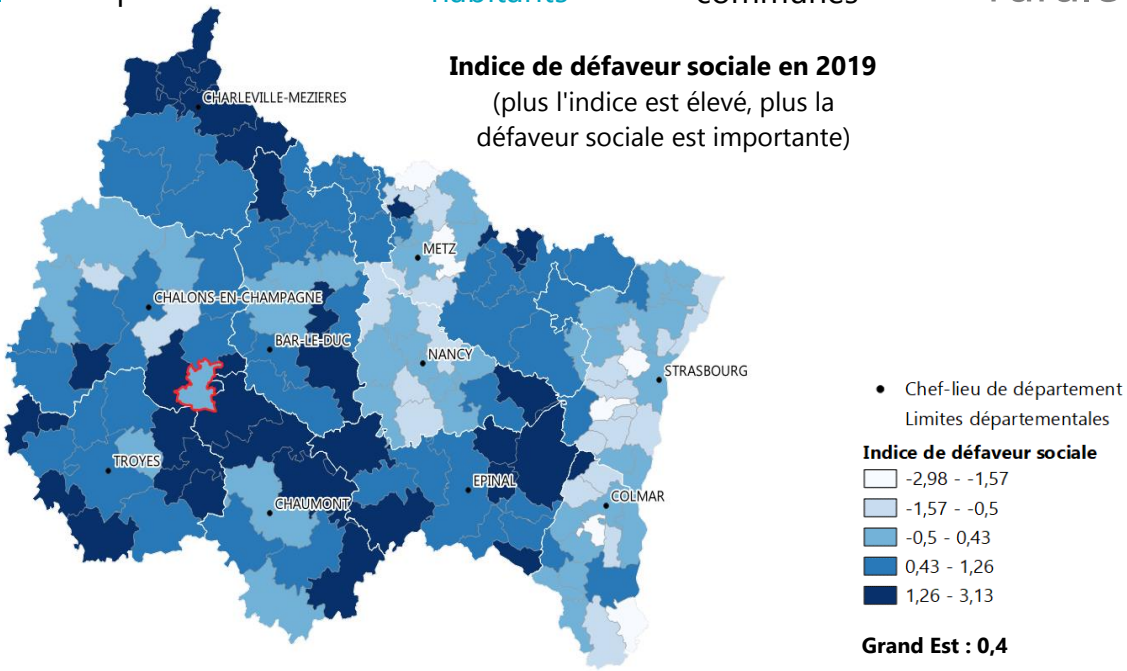
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	5 677	19,7	96,7		119,7	69,4	1,01	192,8	36,2	-0,1	⇨
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-19	-0,07	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	50	0,18	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		106,7	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	2,5	⇗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	5 677	100,0	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	0,0	⇨

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

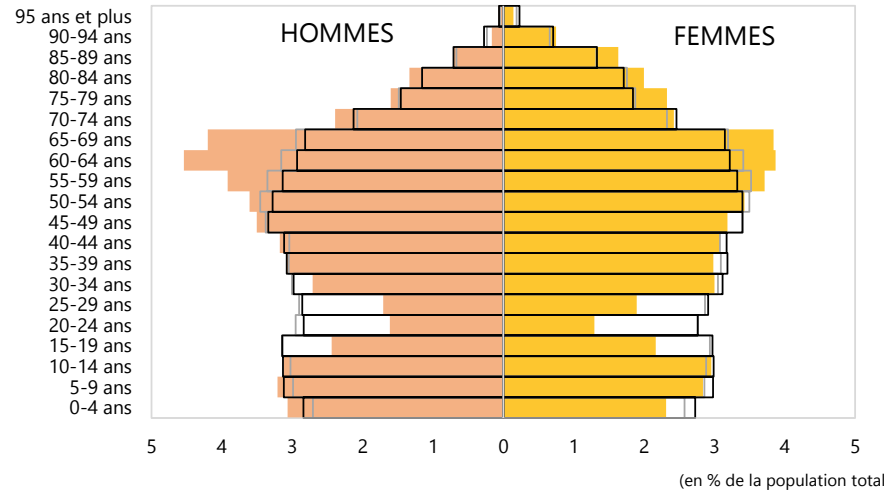
Communauté de communes Perthois-Bocage et Der

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		0,4	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	241	9,5	13,3	●	12,8	13,1	0,7	14,0	10,8	-2,2	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	492	24,1	28,5	●	27,5	29,1	0,3	28,7	27,9	-3,6	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		5,9	3,7	●	2,5	3,5	0,9	3,3	5,8	-10,6	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	21 740		21 800	●	21 930	21 750				1,8	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	221	9,2	14,7	●	14,5	14,5				-4,4	↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		4,2	5,8	●	5,8	6,1				2,0	↗
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)*	1 407	31,9	27,8	●	27,0	29,4	0,8	27,4	29,4	-3,8	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	770	17,4	26,3	●	31,0	26,9	0,8	27,7	21,5	2,6	↗

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

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

Communauté de communes Perthois-Bocage et Der

ETAT DE SANTE

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	81,1	84,2
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	76	1003,5	784,7	●	725,2	787,8	1,7	773,8	818,4	1,1	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	10	155,2	181,6	●	175,7	199,6	2,4	182,2	180,3	-7,4	↘
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	22	310,5	294,9	●	277,8	315,4	1,9	294,8	295,6	-1,0	→
18	Décès par cancers	18	235,8	224,3	●	212,4	225,3	1,9	224,4	223,8	-1,9	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	20	252,0	187,5	●	170,0	174,8	1,2	181,7	205,6	0,4	→
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	2	29,9	34,7	●	25,0	24,7	n.d.	34,6	35,0	1,5	→
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	15,8	n.d.	12,9	15,4	n.d.	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	2	34,9	25,8	●	24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	2,7	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	8	98,1	129,3	●	109,3	114,8	2,4	129,4	129,0	-4,8	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	8	116,8	124,4	●	116,2	135,4	1,8	124,2	125,7	-3,1	→
26	Décès évitables liés au système de soins	4	51,6	58,0	●	53,2	60,1	n.d.	57,8	58,7	-8,5	→

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

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

Communauté de communes Perthois-Bocage et Der

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	369	4 706	4 223	●	4 161	4 438	1,0	4 221	4 236	4,8	↗	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	21	259	211	●	193	197	n.d.	213	201	#VALEUR!	#####	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	46	589	492	●	458	493	1,4	489	503	13,5	↗	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	88	2 200	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	5,0	↗	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	62	1 689	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	0,4	↗	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	551	6 661	6 736	●	6 142	6 001	2,1	6 723	6 783	3,0	↗	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	92	1 103	1 204	●	1 130	1 067	1,6	1 210	1 185	6,0	↗	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	237	2 850	2 882	●	2 519	2 337	3,2	2 909	2 795	2,2	↗	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	86	976	990	●	932	885	2,5	974	1 040	-5,8	↘	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	458	5 752	5 516	●	4 840	5 687	1,5	5 586	5 284	3,5	↗	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	11	32	●	33	24	n.d.	36	17	4,2	→	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	78	117	●	212	138	1,6	131	67	11,2	→	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	140	2 140	3 451	●	3 821	3 366	1,2	3 602	2 954	4,2	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	55	877	927	●	1 020	1 011	1,6	948	866	12,9	↗	!
41	Patients traités par psychotropes	503	6 612	7 186	●	7 149	8 057	0,6	7 201	7 142	-6,5	↘	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	221	3 003	3 548	●	3 916	4 375	0,4	3 537	3 588	-4,8	↘	!
43	Patients traités par anxiolytiques	296	3 867	4 002	●	3 902	4 389	0,6	3 998	4 018	-7,0	↘	!

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).

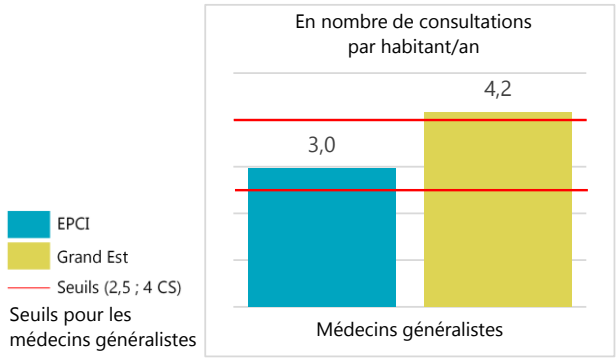
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

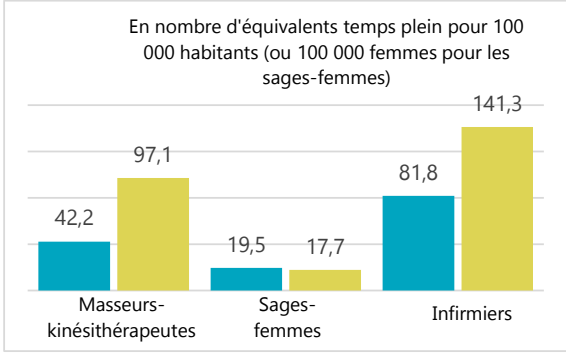
Communauté de communes Perthois-Bocage et Der

OFFRE DE SOINS

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)





Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,0	4,2	●	3,9	4,2		4,4	3,3	4,0	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		2,4	3,7	●	3,1	3,9		4,0	3,0	1,1	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		42,2	97,1	●	104,0	93,0		105,3	70,9	3,6	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		19,5	17,7	●	17,3	18,2		19,0	13,0	44,9	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		81,8	141,3	●	146,5	113,5		149,9	114,4	0,3	↗ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	3	9,4	1,8	●	1,2	2,1	0,0	1,0	4,3	0,2	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	25,1	14,5	●	10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	7,6	↗
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	25,1	12,6	●	12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	0,8	↗
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	13,9	11,6	●	10,5	11,4	n.d.	8,0	23,7	-4,4	↘
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	0	18,1	10,8	●	8,6	9,7	n.d.	8,1	19,5	0,8	↗
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	0	13,7	2,6	●	2,2	2,8	n.d.	1,5	6,1	1,2	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	10,2	5,5	●	4,5	5,1	0,0	3,9	10,7	-7,5	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	9	4,7	1,4	●	0,9	1,7	30,0	0,7	3,6	-1,7	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	0	9,5	1,8	●	1,3	2,4	n.d.	1,0	4,5	0,4	↗ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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)

Communauté de communes Perthois-Bocage et Der

OFFRE DE SOINS

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

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

	Services hospitaliers de médecine	Urgences	SSIAD
EPCI	**16,7 min**	**18,3 min**	**16,7 min**
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

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

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes Perthois-Bocage et Der

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	2 189	37 729	43 256	●	40 236	41 658	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.

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	6	0,8	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	-9,5	↘
73	15-24 ans non insérés - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	66	15,5	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	-2,1	↘
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)*	39	7,5	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-9,2	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	182	34,8	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	2,2	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	14	1,1	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	1,6	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	57	36,4	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	2,2	↗ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	357	37,6	46,8	●	47,3	40,3	2,0	46,8	46,9	-7,8	↘

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

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

Communauté de communes Perthois-Bocage et Der

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	90	1,6	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	-1,9	↘	
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	164	3,4	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	1,4	↗	!
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	179	38,4	42,8	●	42,7	46,1	0,6	43,5	40,5	-1,9	↘	
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	46	3,7	5,6		n.d.	2,9						
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	51	1,7	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	-0,8	↘	
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	50	7,1	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	-6,1	↘	
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	0	0,0	0,0	●		3,8		9,3	6,8	n.d.	n.d.	!

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

Communauté de communes Perthois-Bocage et Der

CADRE DE VIE

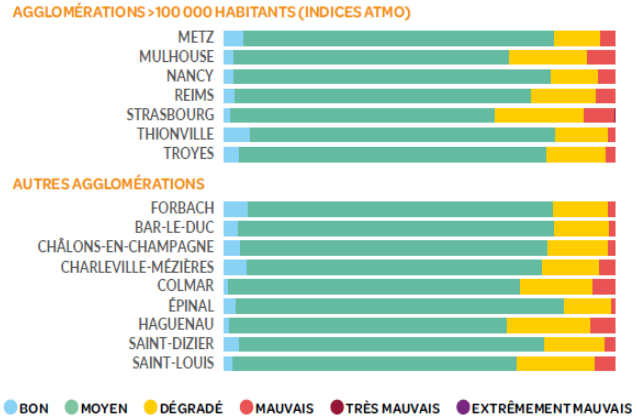
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	5	0,2	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-32,0	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	14	0,6	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-4,8	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	682	27,7	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-2,3	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	491	19,9	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	23	8,0	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,1	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-2,8	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	296	2,2	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	108		19 047	●	171 485	1 467		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	3,4		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)

Communauté de communes Perthois-Bocage et Der

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	355	13,6	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	1,4	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		65,3	91,6	●	98,3	102,7				1,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	2 428	62,8	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,7		●							
101	Niveau de commerces généralistes		0,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,1		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		0,8		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité *(en %)*		63,7	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	25	100,0	49,2			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	22	91,5	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	3	8,5	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

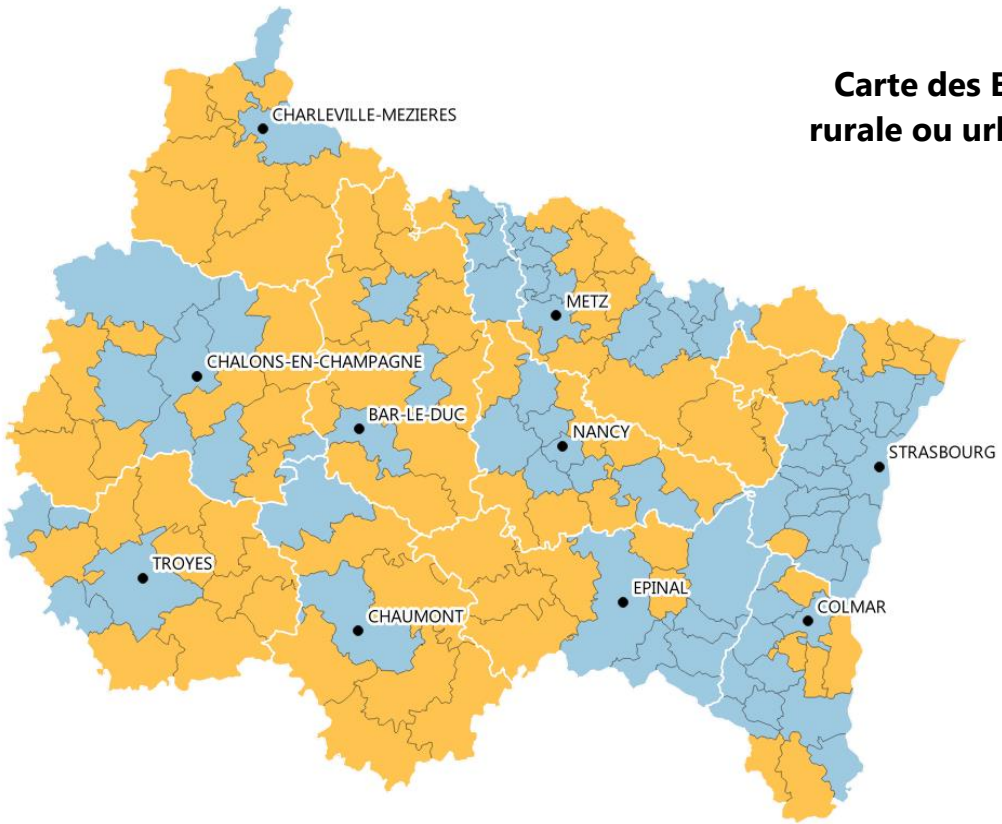
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes de la Région de Suippes

Marne	7 700	16	EPCI à dominante
département	habitants	communes	urbaine

Portrait de santé

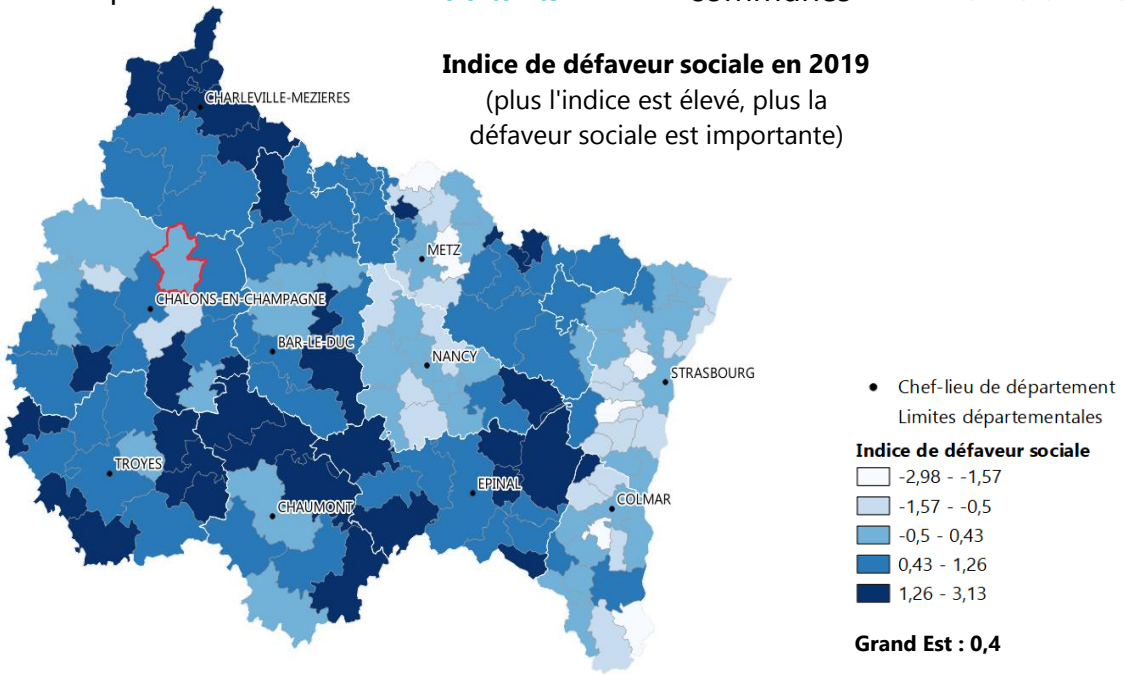
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	7 700	16,1	96,7		119,7	69,4	1,16	192,8	36,2	0,0	→
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	5	0,01	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-161	-0,42	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		55,2	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	1,4	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	3 836	49,8	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	0,6	↗

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

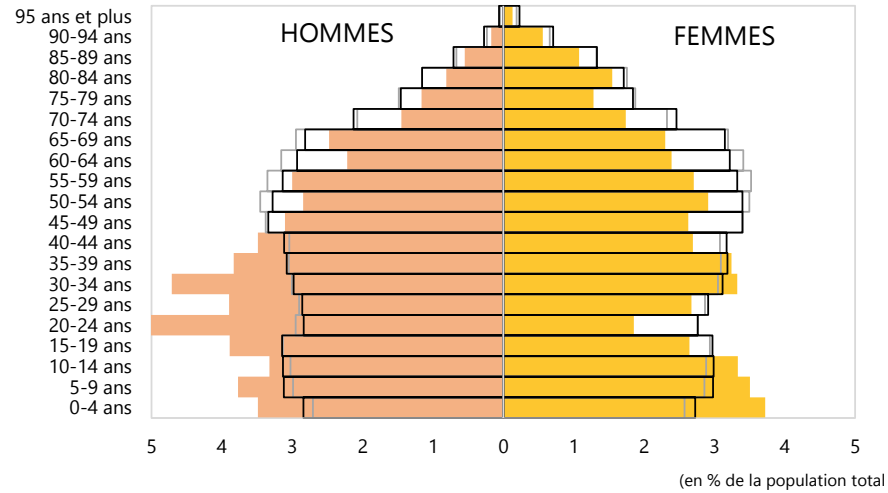
Communauté de communes de la Région de Suippes

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		0,3	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	342	8,7	13,3	●	12,8	13,1	0,4	14,0	10,8	-1,1	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	1 457	44,1	28,5	●	27,5	29,1	1,0	28,7	27,9	-2,3	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		12,0	3,7	●	2,5	3,5	0,9	3,3	5,8	-2,7	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	21 080		21 800	●	21 930	21 750				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	308	11,2	14,7	●	14,5	14,5				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		6,0	5,8	●	5,8	6,1				n.d.	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)*	1 686	30,7	27,8	●	27,0	29,4	0,8	27,4	29,4	-1,9	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	1 003	18,2	26,3	●	31,0	26,9	0,7	27,7	21,5	2,1	↗

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

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

Communauté de communes de la Région de Suippes

ETAT DE SANTE

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	73,7	81,6
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	73	974,9	784,7	●	725,2	787,8	1,8	773,8	818,4	-0,7	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	11	190,3	181,6	●	175,7	199,6	2,3	182,2	180,3	-5,0	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	21	333,3	294,9	●	277,8	315,4	2,4	294,8	295,6	-2,8	→
18	Décès par cancers	21	287,9	224,3	●	212,4	225,3	2,0	224,4	223,8	2,5	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	17	216,6	187,5	●	170,0	174,8	1,7	181,7	205,6	-5,5	→
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	2	32,8	34,7	●	25,0	24,7	n.d.	34,6	35,0	-2,3	→
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	15,8	n.d.	12,9	15,4	n.d.	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	n.d.	n.d.	25,8		24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	n.d.	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	10	140,3	129,3	●	109,3	114,8	2,9	129,4	129,0	-3,6	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	7	114,2	124,4	●	116,2	135,4	n.d.	124,2	125,7	-7,2	→
26	Décès évitables liés au système de soins	5	70,0	58,0	●	53,2	60,1	n.d.	57,8	58,7	-7,8	→

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

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

Communauté de communes de la Région de Suippes

ETAT DE SANTE

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	299	4 234	4 223	●	4 161	4 438	1,0	4 221	4 236	2,7	↗	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	15	n.d.	211		193	197	n.d.	213	201	#VALEUR!	#####	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	25	355	492	●	458	493	n.d.	489	503	-3,0	↘	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	68	1 903	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	6,4	↗	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	55	1 738	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	-0,2	↘	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	429	5 822	6 736	●	6 142	6 001	2,0	6 723	6 783	-0,3	↘	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	74	1 015	1 204	●	1 130	1 067	1,1	1 210	1 185	-0,3	↘	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	143	1 970	2 882	●	2 519	2 337	4,4	2 909	2 795	-3,2	↘	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	75	951	990	●	932	885	2,0	974	1 040	0,1	→	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	382	5 579	5 516	●	4 840	5 687	1,3	5 586	5 284	0,6	↗	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	17	32	●	33	24	n.d.	36	17	-10,8	→	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	72	117	●	212	138	0,2	131	67	13,2	→	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	214	3 058	3 451	●	3 821	3 366	1,2	3 602	2 954	6,8	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	78	1 156	927	●	1 020	1 011	1,7	948	866	27,5	↗	!
41	Patients traités par psychotropes	582	8 361	7 186	●	7 149	8 057	0,5	7 201	7 142	-1,0	↘	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	335	4 818	3 548	●	3 916	4 375	0,5	3 537	3 588	0,2	↗	!
43	Patients traités par anxiolytiques	344	4 938	4 002	●	3 902	4 389	0,6	3 998	4 018	-0,1	↘	!

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

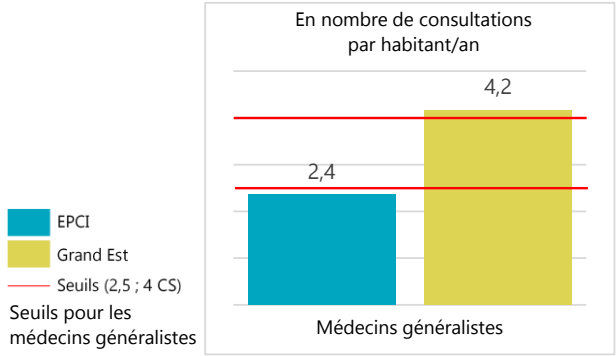
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

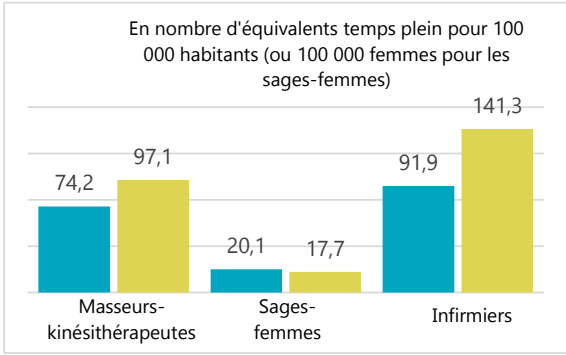
Communauté de communes de la Région de Suippes

OFFRE DE SOINS

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)





Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		2,4	4,2	●	3,9	4,2		4,4	3,3	-0,8	↘ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		1,7	3,7	●	3,1	3,9		4,0	3,0	-10,4	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		74,2	97,1	●	104,0	93,0		105,3	70,9	6,1	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		20,1	17,7	●	17,3	18,2		19,0	13,0	59,7	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		91,9	141,3	●	146,5	113,5		149,9	114,4	3,2	↗ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	3	5,8	1,8	●	1,2	2,1	66,7	1,0	4,3	0,2	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	30,5	14,5	●	10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	1,8	↗
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	34,1	12,6	●	12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	0,4	↗
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	32,6	11,6	●	10,5	11,4	n.d.	8,0	23,7	0,2	↗
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	0	29,3	10,8	●	8,6	9,7	n.d.	8,1	19,5	0,0	→
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	3	5,9	2,6	●	2,2	2,8	33,3	1,5	6,1	0,2	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	6,6	5,5	●	4,5	5,1	0,0	3,9	10,7	0,4	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	7	4,1	1,4	●	0,9	1,7	25,0	0,7	3,6	0,0	→ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	2	5,9	1,8	●	1,3	2,4	50,0	1,0	4,5	0,2	↗ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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)

Communauté de communes de la Région de Suippes

OFFRE DE SOINS

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	**30,8 min**	**32,1 min**	**28,0 min**
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	0	30,8	11,3	●	10,5	10,4		9,1	18,4	0,1	→
60	Services de chirurgie	0	33,7	14,5	●	13,5	13,3		11,3	25,3	0,1	↗
61	Services d'obstétrique	0	33,7	14,3	●	14,8	12,0		11,6	23,6	-0,1	↘
62	Services de soins de suite	0	30,7	9,3	●	9,1	9,1		7,2	16,5	0,1	→
63	Services d'urgence	0	32,1	14,8	●	13,7	11,9		12,1	24,2	0,1	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	28,0	8,4	●	7,4	8,0		7,0	13,1	-1,9	↘
65	EHPAD	1	6,6	4,0	●	3,0	5,1		2,9	7,4	0,3	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes de la Région de Suippes

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	2 947	38 109	43 256	●	40 236	41 658	0,8	43 674	41 912	-0,5	↘

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

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

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	25	2,2	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	0,1	→
73	15-24 ans non insérés - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'ont pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	137	12,8	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	-0,8	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	170	15,3	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-0,3	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	248	22,3	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	-0,2	↘
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	40	1,9	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	5,2	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	198	60,4	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	1,8	↗ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	586	37,2	46,8	●	47,3	40,3	1,5	46,8	46,9	-3,1	↘

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

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

Communauté de communes de la Région de Suippes

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	233	3,0	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	6,8	↗
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	300	5,0	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	2,2	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	208	52,8	42,8	●	42,7	46,1	0,4	43,5	40,5	0,4	↗
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	45	4,1	5,6		n.d.	2,9					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	90	2,0	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,3	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	180	16,5	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	0,8	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	35	8,0	8,0	●		3,8		9,3	6,8	1,1	↗ !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

CADRE DE VIE

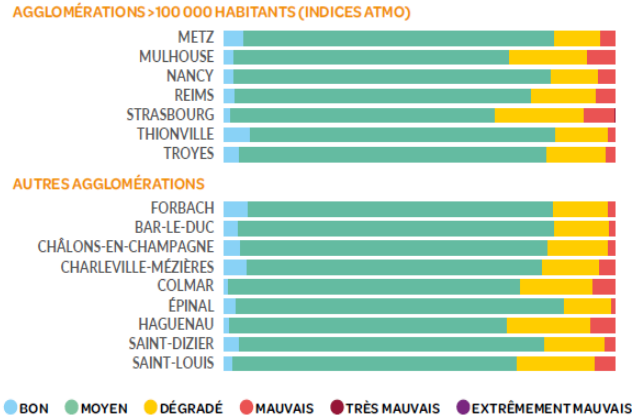
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	48	1,6	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-9,8	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	10	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-2,0	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	789	26,6	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-2,3	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	554	18,6	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	1	0,2	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	0,0	→ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	31	6,5	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		3,9	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-4,3	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	1 159	3,6	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	25		19 047	●	171 485	1 467		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques *(et part en %)*	3	18,8	2,1	●	2,4	3,4		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)

Communauté de communes de la Région de Suippes

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	353	8,7	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	-5,5	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		98,7	91,6	●	98,3	102,7				0,1	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	3 592	90,8	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,2		●							
101	Niveau de commerces généralistes		2,9		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,6		●							
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 %)*		32,4	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		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			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	14	92,7	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	2	7,3	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

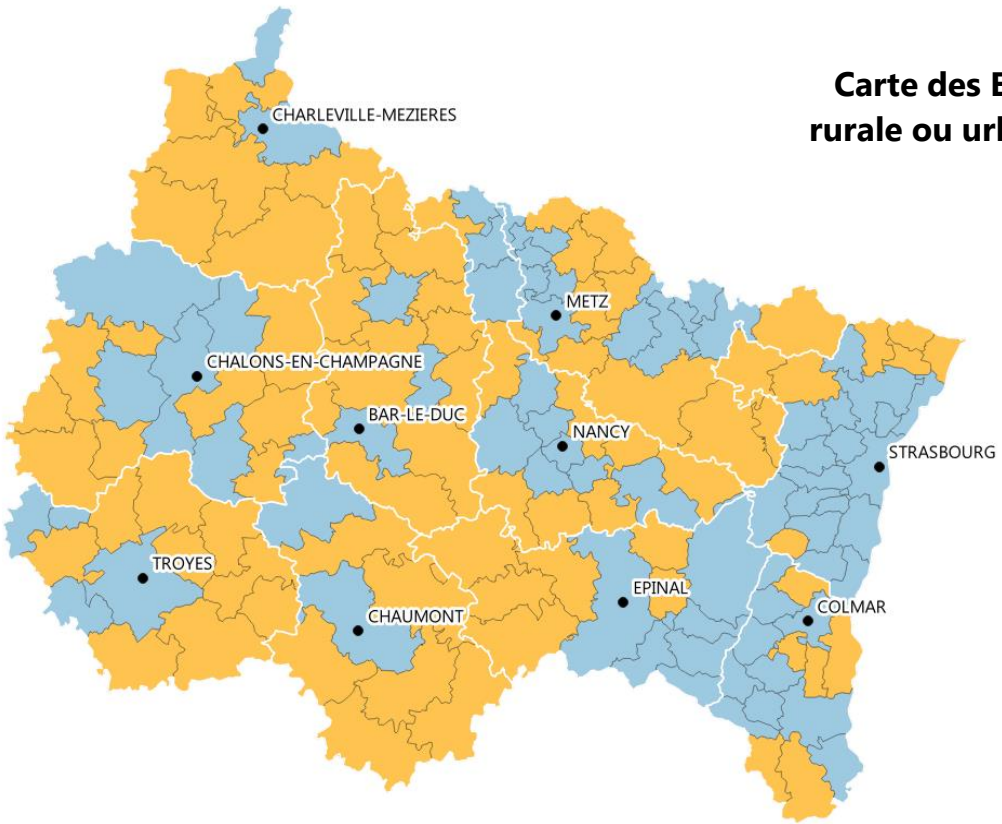
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes de Sézanne-Sud Ouest Marnais

Marne
département

21 268
habitants

62
communes

EPCI à dominante
rurale

Portrait de santé

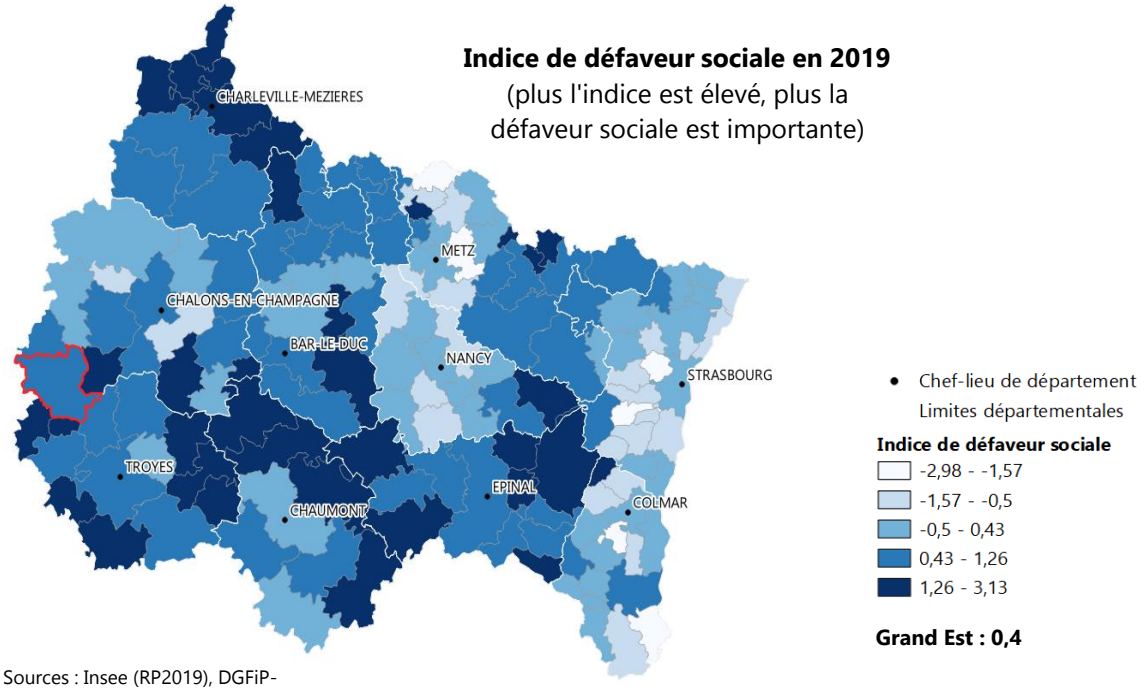
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	21 268	27,9	96,7		119,7	69,4	0,96	192,8	36,2	-0,6	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-616	-0,57	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-361	-0,33	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		109,6	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	3,5	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	16 496	77,6	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	0,2	↗

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

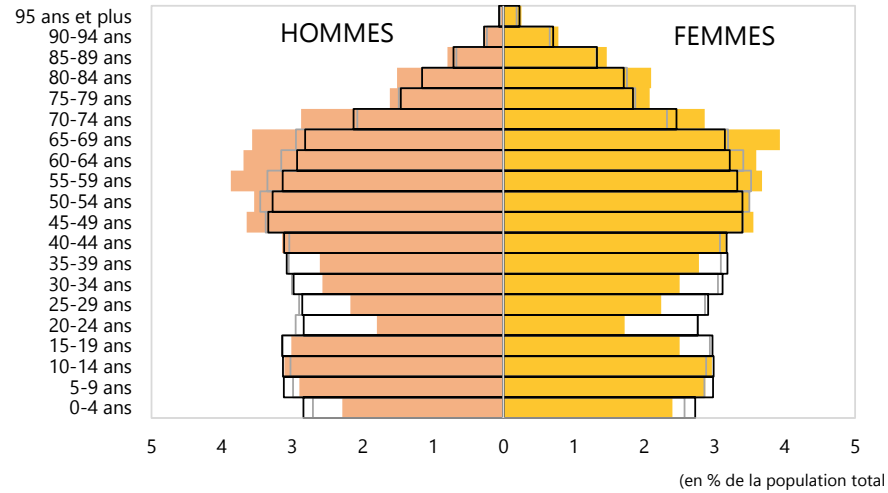
Communauté de communes de Sézanne-Sud Ouest Marnais

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		0,8	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	1 144	11,6	13,3	●	12,8	13,1	0,8	14,0	10,8	-1,6	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	1 765	24,7	28,5	●	27,5	29,1	0,5	28,7	27,9	-0,1	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,5	3,7	●	2,5	3,5	0,9	3,3	5,8	2,4	↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	21 670		21 800	●	21 930	21 750				n.d.	n.d.
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	1 113	11,5	14,7	●	14,5	14,5				n.d.	n.d.
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		4,6	5,8	●	5,8	6,1				n.d.	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)*	5 492	33,0	27,8	●	27,0	29,4	0,7	27,4	29,4	-3,2	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	2 900	17,4	26,3	●	31,0	26,9	0,8	27,7	21,5	2,2	↗

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

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

Communauté de communes de Sézanne-Sud Ouest Marnais

ETAT DE SANTE

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

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :
- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :
- **augmentation significative** entre les deux périodes
- sans différence statistique significative entre les deux périodes
- **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance
(en années)

	♂	♀
EPCI	79,8	86,2
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	243	817,4	784,7	●	725,2	787,8	1,9	773,8	818,4	-0,5	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	48	228,9	181,6	●	175,7	199,6	2,2	182,2	180,3	0,6	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	87	354,9	294,9	●	277,8	315,4	2,4	294,8	295,6	0,0	→
18	Décès par cancers	64	221,7	224,3	●	212,4	225,3	2,3	224,4	223,8	-2,4	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	55	176,6	187,5	●	170,0	174,8	1,8	181,7	205,6	-2,3	→
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	8	26,5	34,7	●	25,0	24,7	3,8	34,6	35,0	-0,5	→
21	Décès par suicide	6	24,5	13,4	●	13,2	15,8	1,9	12,9	15,4	-3,2	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	10	37,9	25,8	●	24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	7,8	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	31	104,8	129,3	●	109,3	114,8	3,3	129,4	129,0	-2,9	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	37	156,1	124,4	●	116,2	135,4	3,3	124,2	125,7	-1,0	→
26	Décès évitables liés au système de soins	16	65,6	58,0	●	53,2	60,1	1,0	57,8	58,7	-2,5	→

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

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

Communauté de communes de Sézanne-Sud Ouest Marnais

ETAT DE SANTE

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 227	4 275	4 223	●	4 161	4 438	1,1	4 221	4 236	1,9	↗	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	57	190	211	●	193	197	n.d.	213	201	-2,6	↘	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	144	467	492	●	458	493	1,2	489	503	8,1	↗	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	256	1 797	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	0,3	↗	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	200	1 453	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	-3,6	↘	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	1 849	6 107	6 736	●	6 142	6 001	1,9	6 723	6 783	0,9	↗	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	307	1 040	1 204	●	1 130	1 067	1,1	1 210	1 185	2,6	↗	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	760	2 474	2 882	●	2 519	2 337	2,9	2 909	2 795	1,3	↗	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	356	1 063	990	●	932	885	1,5	974	1 040	0,7	↗	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 589	5 470	5 516	●	4 840	5 687	1,5	5 586	5 284	0,8	↗	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	11	32	●	33	24	5,2	36	17	-19,4	→	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	26	113	117	●	212	138	5,7	131	67	7,3	↗	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	725	2 906	3 451	●	3 821	3 366	0,9	3 602	2 954	5,2	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	216	883	927	●	1 020	1 011	1,7	948	866	15,4	↗	!
41	Patients traités par psychotropes	2 071	7 621	7 186	●	7 149	8 057	0,6	7 201	7 142	-2,9	↘	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 008	3 812	3 548	●	3 916	4 375	0,4	3 537	3 588	-2,3	↘	!
43	Patients traités par anxiolytiques	1 238	4 567	4 002	●	3 902	4 389	0,5	3 998	4 018	-2,4	↘	!

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

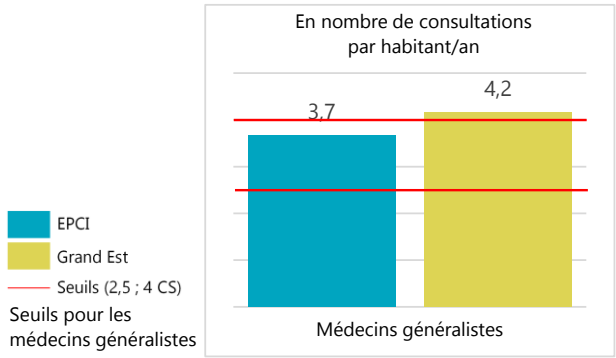
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

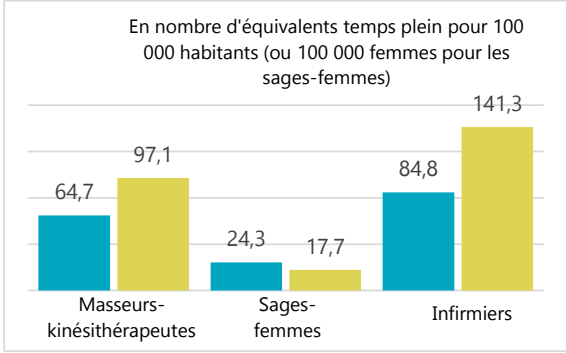
Communauté de communes de Sézanne-Sud Ouest Marnais

OFFRE DE SOINS

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)





Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,7	4,2	●	3,9	4,2		4,4	3,3	-1,4	↘ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,5	3,7	●	3,1	3,9		4,0	3,0	-1,6	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		64,7	97,1	●	104,0	93,0		105,3	70,9	9,0	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		24,3	17,7	●	17,3	18,2		19,0	13,0	28,5	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		84,8	141,3	●	146,5	113,5		149,9	114,4	7,4	↗ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	11	4,5	1,8	●	1,2	2,1	63,6	1,0	4,3	0,8	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	54,3	14,5	●	10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	4,5	↗
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	26,6	12,6	●	12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	3,8	↗
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	26,5	11,6	●	10,5	11,4	n.d.	8,0	23,7	-9,7	↘
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	0	25,8	10,8	●	8,6	9,7	n.d.	8,1	19,5	0,6	↗
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	8	8,2	2,6	●	2,2	2,8	50,0	1,5	6,1	1,1	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	9,8	5,5	●	4,5	5,1	0,0	3,9	10,7	-14,8	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	21	4,3	1,4	●	0,9	1,7	14,3	0,7	3,6	3,7	↗ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	8	5,8	1,8	●	1,3	2,4	25,0	1,0	4,5	0,1	→ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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)

Communauté de communes de Sézanne-Sud Ouest Marnais

OFFRE DE SOINS

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	**11,1 min**	**26,6 min**	**10,9 min**
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

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

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes de Sézanne-Sud Ouest Marnais

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	8 903	40 011	43 256	●	40 236	41 658	0,8	43 674	41 912	0,6	↗

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

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

Communauté de communes de Sézanne-Sud Ouest Marnais

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	64	2,3	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	10,3	↗
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)*	385	20,0	16,4	●	15,9	15,6		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)*	263	13,3	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-2,1	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	607	30,6	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	0,2	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	89	1,9	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	5,6	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	315	57,2	58,4	●	62,2	62,4		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)*	1 582	42,8	46,8	●	47,3	40,3	1,5	46,8	46,9	-6,3	↘

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

Communauté de communes de Sézanne-Sud Ouest Marnais

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	749	3,5	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	4,0	↗	
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	960	5,3	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	0,8	↗	!
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	880	39,2	42,8	●	42,7	46,1	0,4	43,5	40,5	-2,2	↘	
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	124	2,5	5,6		n.d.	2,9						
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	276	2,4	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	1,9	↗	
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	573	20,6	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	2,6	↗	
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	0	0,0	0,0	●		3,8		9,3	6,8	n.d.	n.d.	!

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

CADRE DE VIE

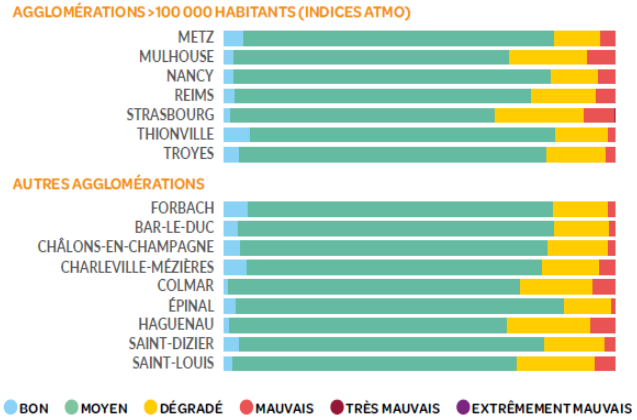
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	126	1,3	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-11,3	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	32	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-8,0	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	3 481	35,9	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-2,0	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	2 073	21,4	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	n.d.	n.d. !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	41	5,4	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	1	0,1	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		2,8	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	-2,2	↘
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	896	1,7	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	134		19 047	●	171 485	1 467		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	3,4		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)

Communauté de communes de Sézanne-Sud Ouest Marnais

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	1 535	15,5	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	2,2	↗
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		74,2	91,6	●	98,3	102,7				-0,6	↘ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	7 907	61,6	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,8		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,4		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,1		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,0		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité *(en %)*		16,2	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		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			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	25	35,1	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	33	61,2	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	4	3,7	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

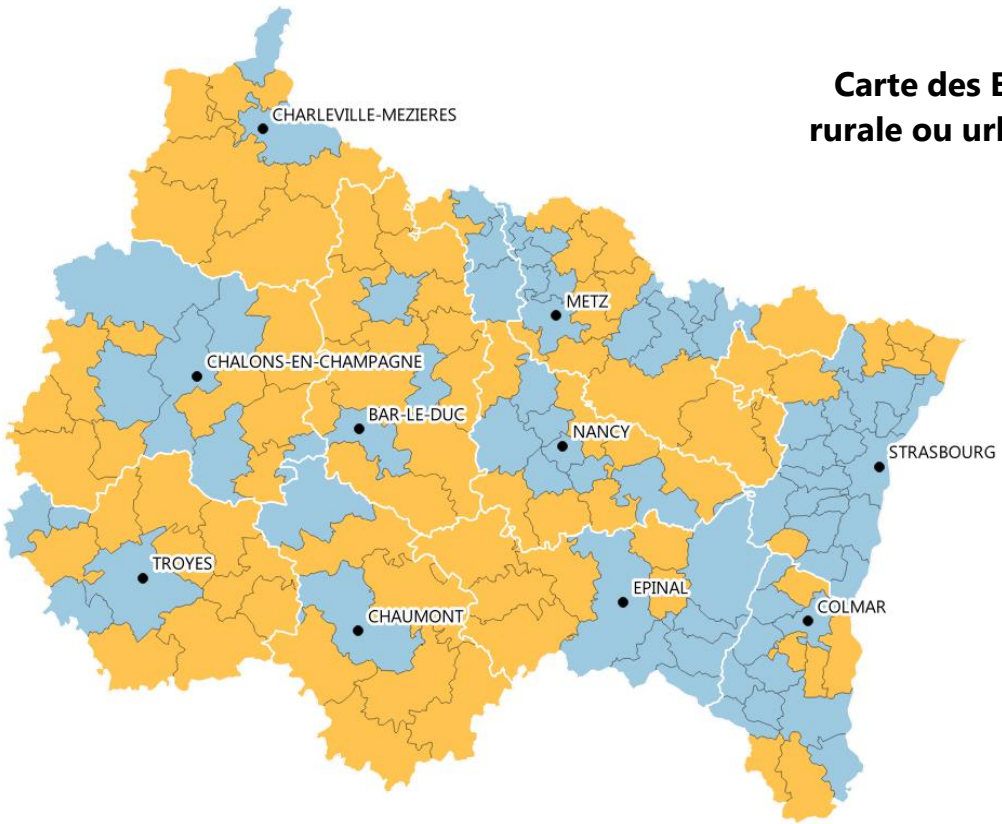
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes du Sud Marnais

Marne
département

5 841
habitants

14
communes

EPCI à dominante
rurale

Portrait de santé

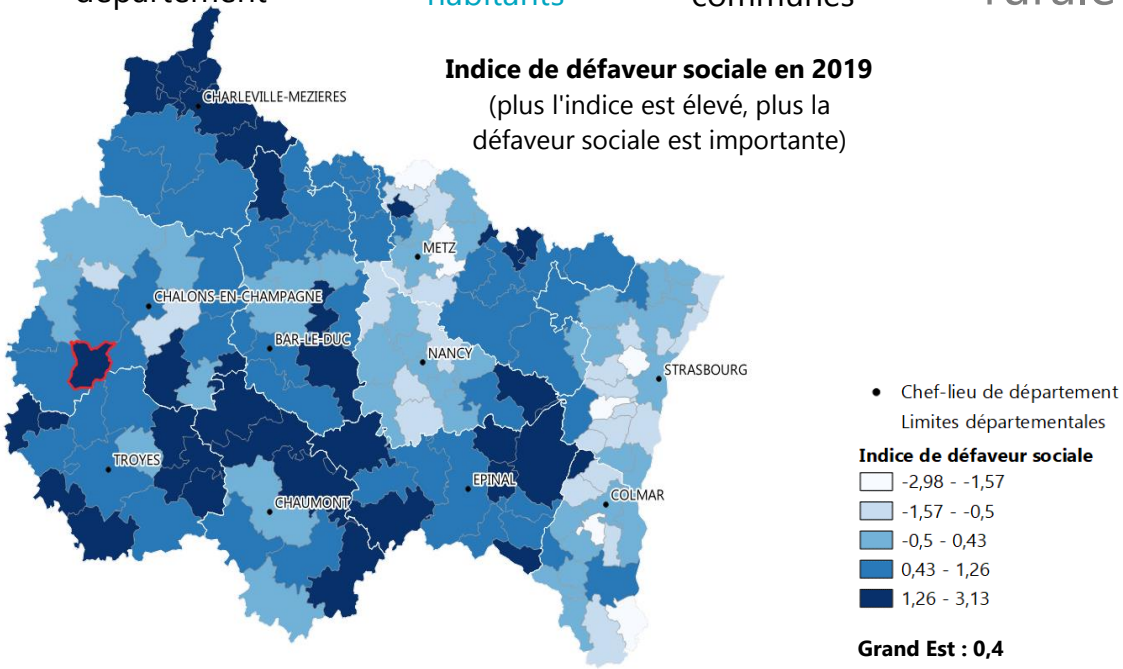
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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)

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 km²)*	5 841	18,3	96,7		119,7	69,4	0,98	192,8	36,2	-1,2	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-359	-1,19	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-359	-1,19	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		91,4	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	3,9	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	3 679	63,0	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	-0,4	↘

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

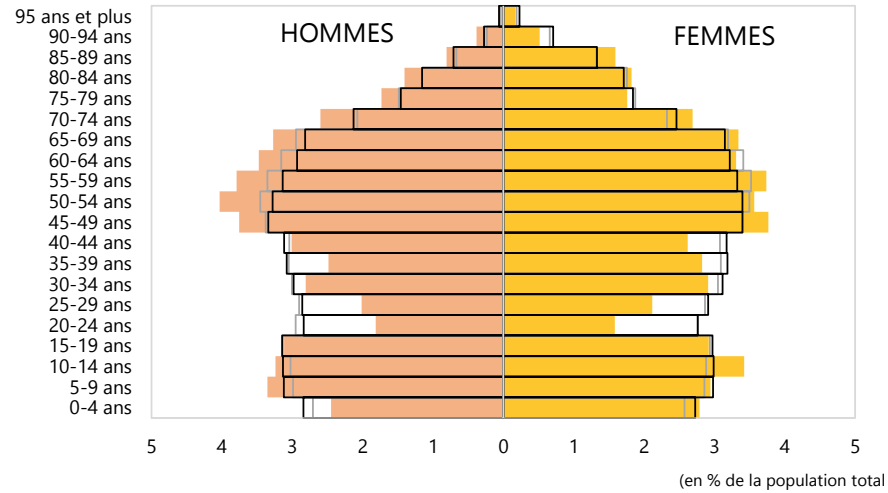
Communauté de communes du Sud Marnais

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		1,6	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	348	13,2	13,3	●	12,8	13,1	0,7	14,0	10,8	-0,8	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	536	29,4	28,5	●	27,5	29,1	0,6	28,7	27,9	0,5	↗
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		9,7	3,7	●	2,5	3,5	2,3	3,3	5,8	-8,2	↘
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	20 530		21 800	●	21 930	21 750				0,6	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	410	15,8	14,7	●	14,5	14,5				0,9	↗
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		6,1	5,8	●	5,8	6,1				3,6	↗
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)*	1 585	35,6	27,8	●	27,0	29,4	0,8	27,4	29,4	-3,2	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	652	14,6	26,3	●	31,0	26,9	0,8	27,7	21,5	3,4	↗

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

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

Communauté de communes du Sud Marnais

ETAT DE SANTE

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	79,5	91,9
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	54	728,8	784,7	●	725,2	787,8	1,8	773,8	818,4	-3,2	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	11	201,3	181,6	●	175,7	199,6	1,9	182,2	180,3	-4,7	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	22	336,0	294,9	●	277,8	315,4	1,8	294,8	295,6	-1,9	→
18	Décès par cancers	15	200,0	224,3	●	212,4	225,3	1,7	224,4	223,8	-3,8	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	12	168,4	187,5	●	170,0	174,8	1,7	181,7	205,6	-0,3	→
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	3	45,1	34,7	●	25,0	24,7	n.d.	34,6	35,0	7,1	→
21	Décès par suicide	n.d.	n.d.	13,4		13,2	15,8	n.d.	12,9	15,4	n.d.	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	2	30,4	25,8	●	24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	7,0	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	9	122,1	129,3	●	109,3	114,8	4,2	129,4	129,0	0,3	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	9	141,5	124,4	●	116,2	135,4	2,2	124,2	125,7	-4,7	→
26	Décès évitables liés au système de soins	4	66,6	58,0	●	53,2	60,1	n.d.	57,8	58,7	4,9	→

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

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

Communauté de communes du Sud Marnais

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	343	4 544	4 223	●	4 161	4 438	1,0	4 221	4 236	3,5	↗	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	n.d.	79	211	●	193	197	6,4	213	201	-5,0	→	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	34	423	492	●	458	493	n.d.	489	503	0,3	↗	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	74	1 949	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	3,3	↗	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	60	1 696	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	0,8	↗	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	496	6 448	6 736	●	6 142	6 001	1,8	6 723	6 783	1,2	↗	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	75	1 004	1 204	●	1 130	1 067	1,1	1 210	1 185	-1,6	↘	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	193	2 517	2 882	●	2 519	2 337	2,9	2 909	2 795	0,2	↗	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	80	955	990	●	932	885	1,4	974	1 040	1,6	↗	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	410	5 435	5 516	●	4 840	5 687	1,3	5 586	5 284	0,5	↗	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	41	32	●	33	24	0,4	36	17	8,3	→	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	n.d.	69	117	●	212	138	n.d.	131	67	9,1	→	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	210	3 259	3 451	●	3 821	3 366	0,8	3 602	2 954	3,0	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	78	1 267	927	●	1 020	1 011	1,4	948	866	29,8	↗	!
41	Patients traités par psychotropes	601	8 324	7 186	●	7 149	8 057	0,6	7 201	7 142	-4,2	↘	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	292	4 150	3 548	●	3 916	4 375	0,5	3 537	3 588	-1,9	↘	!
43	Patients traités par anxiolytiques	359	5 087	4 002	●	3 902	4 389	0,6	3 998	4 018	-3,7	↘	!

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).

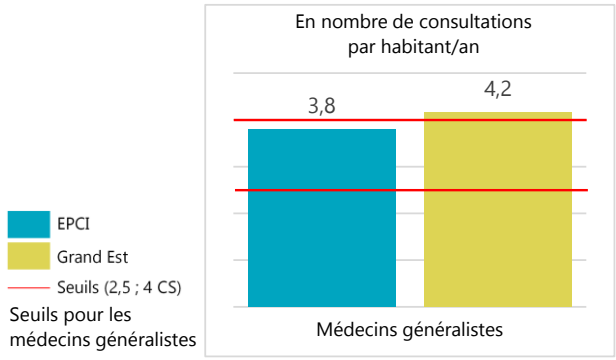
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

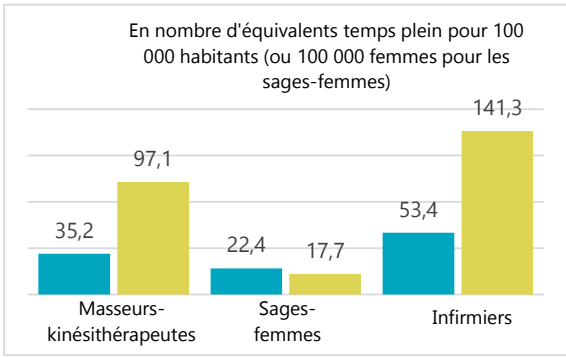
Communauté de communes du Sud Marnais

OFFRE DE SOINS

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		3,8	4,2		3,9	4,2		4,4	3,3	2,3	↗ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,3	3,7		3,1	3,9		4,0	3,0	2,3	↗ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		35,2	97,1		104,0	93,0		105,3	70,9	18,8	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		22,4	17,7		17,3	18,2		19,0	13,0	16,4	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		53,4	141,3		146,5	113,5		149,9	114,4	-1,2	↘ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	4	2,9	1,8		1,2	2,1	50,0	1,0	4,3	0,5	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	0						n.d.				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	52,7	14,5		10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	1,7	↗
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	39,4	12,6		12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	0,9	↗
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	0	39,4	11,6		10,5	11,4	n.d.	8,0	23,7	-4,2	↘
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	0	39,4	10,8		8,6	9,7	n.d.	8,1	19,5	0,5	↗
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	4	7,9	2,6		2,2	2,8	25,0	1,5	6,1	0,3	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	1	9,9	5,5		4,5	5,1	0,0	3,9	10,7	3,2	↗ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	4	3,7	1,4		0,9	1,7	40,0	0,7	3,6	0,0	→ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	2	4,2	1,8		1,3	2,4	0,0	1,0	4,5	-13,5	↘ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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)

Communauté de communes du Sud Marnais

OFFRE DE SOINS

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	**24,4 min**	**39,4 min**	**22,9 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	24,4	11,3	●	10,5	10,4		9,1	18,4	0,8	↗
60	Services de chirurgie	0	39,4	14,5	●	13,5	13,3		11,3	25,3	0,5	↗
61	Services d'obstétrique	0	39,4	14,3	●	14,8	12,0		11,6	23,6	0,5	↗
62	Services de soins de suite	0	24,4	9,3	●	9,1	9,1		7,2	16,5	0,8	↗
63	Services d'urgence	0	39,4	14,8	●	13,7	11,9		12,1	24,2	0,5	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	0	22,9	8,4	●	7,4	8,0		7,0	13,1	0,4	↗
65	EHPAD	0	21,6	4,0	●	3,0	5,1		2,9	7,4	0,8	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes du Sud Marnais

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	2 368	38 589	43 256	●	40 236	41 658	0,8	43 674	41 912	-1,5	↘

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

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

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	14	1,6	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	0,9	↗
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)*	119	21,6	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	0,2	↗
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	84	14,6	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	-4,2	↘
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	158	27,7	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	1,1	↗
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	31	2,2	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	9,6	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	108	61,3	58,4	●	62,2	62,4		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)*	403	36,3	46,8	●	47,3	40,3	1,3	46,8	46,9	-6,8	↘

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

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

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	322	5,5	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	6,7	↗	
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	333	6,7	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	5,6	↗	!
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	257	40,4	42,8	●	42,7	46,1	0,7	43,5	40,5	-1,3	↘	
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	58	4,5	5,6		n.d.	2,9						
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	81	2,6	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	5,6	↗	
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	164	21,5	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	3,9	↗	
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	0	0,0	0,0	●		3,8		9,3	6,8	n.d.	n.d.	!

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

CADRE DE VIE

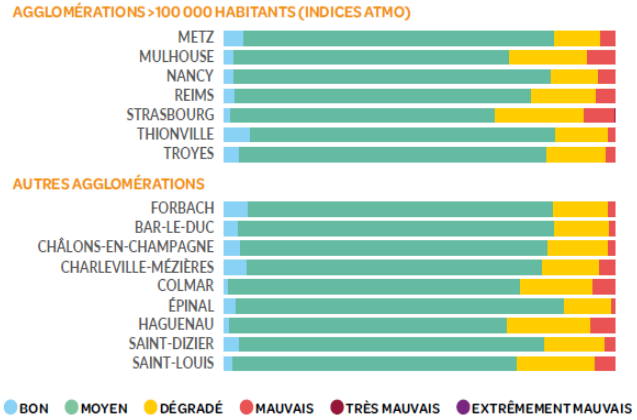
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	40	1,5	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-12,7	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	6	0,2	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-10,0	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	825	31,2	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-2,2	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	620	23,4	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	1	0,3	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	-0,1	→ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	19	6,0	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		11,7	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	1,7	↗
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	542	2,2	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	14		19 047	●	171 485	1 467		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	3,4		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)

Communauté de communes du Sud Marnais

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	359	13,1	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	-0,1	→
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		77,0	91,6	●	98,3	102,7				0,2	↗ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	2 591	63,7	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		2,5		●							
101	Niveau de commerces généralistes		2,5		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		2,6		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,2		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité *(en %)*		28,1	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	0	0,0	44,3			44,0		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			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	12	96,4	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	2	3,6	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

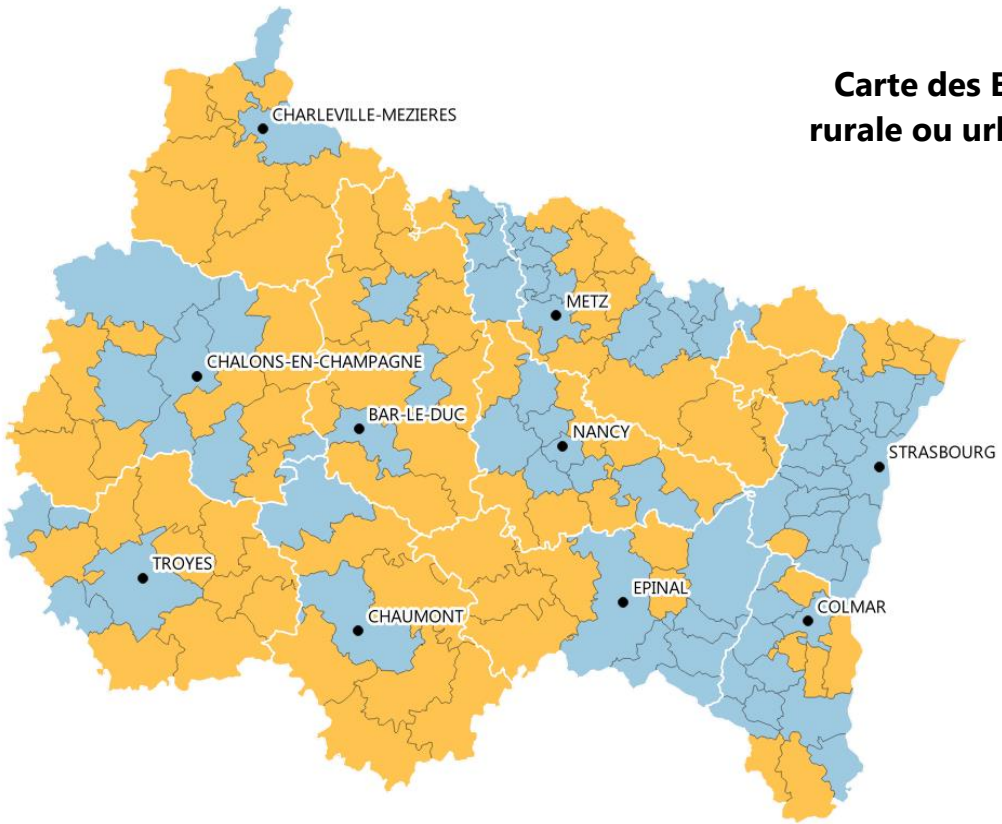
Comprendre les déterminants de santé

« 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

Communauté de communes de Vitry, Champagne et Der

Marne	23 641	35	EPCI à dominante
département	habitants	communes	urbaine

Portrait de santé

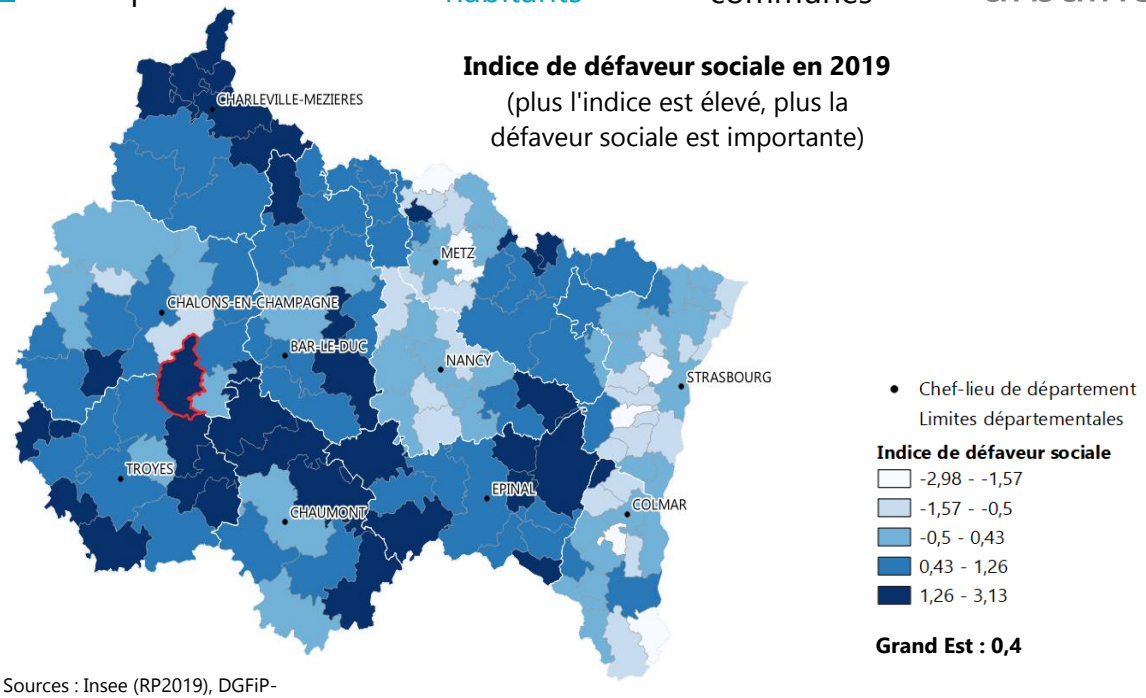
Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2023 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

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

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

Retrouvez les clés de lecture en page 12

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



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

Démographie

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
1	Population et densité *(nombre de personnes au km²)*	23 641	45,9	96,7		119,7	69,4	0,93	192,8	36,2	-1,6	↘
2	Croissance annuelle de la population *(entre 2014 et 2019, effectifs et taux moyen annuel en %)*	-2 003	-1,61	0,01		0,33	-0,14		0,1	-0,3		
3	Solde migratoire *(entre 2013 et 2018, effectifs et taux moyen annuel, en %)*	-1 431	-1,15	-0,17		0,07	-0,35		-0,2	-0,2		
4	Indice de vieillissement *(65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*		107,5	86,3	●	83,8	79,7		84,5	92,3	4,9	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(et part pour 100 individus)* (Cartographie en dernière page)	9 573	40,5	28,1		21,3	33,6		14,9	72,3	1,3	↗

Sources : 1. Insee (RP2019) 2. Insee (RP2014 à RP2019) 3. Insee (RP2013 à RP2018) 4-5. Insee (RP2019)

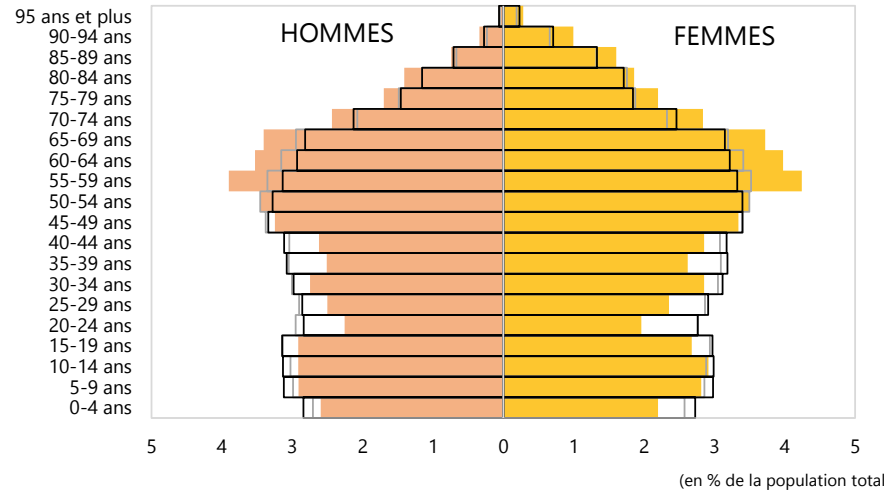
Communauté de communes de Vitry, Champagne et Der

PRESENTATION DU TERRITOIRE

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

Pyramide des âges



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 *(carto p.1)*		2,0	0,4	●		0,4		0,4	0,3		
7	Nombre de chômeurs *(et taux de chômage en %)*	1 586	15,7	13,3	●	12,8	13,1	0,9	14,0	10,8	-3,0	↘
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	2 121	27,0	28,5	●	27,5	29,1	0,4	28,7	27,9	-0,7	↘
9	Rapport "ouvriers + employés" / cadres		7,5	3,7	●	2,5	3,5	0,8	3,3	5,8	1,5	↗
10	Revenus médians disponibles par unité de consommation *(en €)*	19 690		21 800	●	21 930	21 750				1,4	↗
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(et part pour 100 ménages)*	1 877	17,5	14,7	●	14,5	14,5				-0,1	↘
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*		7,9	5,8	●	5,8	6,1				2,2	↗
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)*	7 206	39,0	27,8	●	27,0	29,4	0,8	27,4	29,4	-2,0	↘
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	2 996	16,2	26,3	●	31,0	26,9	0,9	27,7	21,5	1,1	↗

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

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

Communauté de communes de Vitry, Champagne et Der

ETAT DE SANTE

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

Pour les **taux standardisés** liés aux décès et aux prises en charge, un test statistique précise si le taux de l'EPCI est :
- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %

L'évolution annuelle moyenne des taux standardisés liés aux décès et aux prises en charge est exprimée par une flèche et un fond de couleur :
- **augmentation significative** entre les deux périodes
- sans différence statistique significative entre les deux périodes
- **diminution significative** entre les deux périodes
- situation **favorable**
- situation **défavorable**

Espérance de vie à la naissance
(en années)

	♂	♀
EPCI	77,8	85,3
Grand Est	79,0	84,7
France métrop.	79,6	85,5

Source : Insee (RP2017)

Principales causes de décès

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

Mortalité

		Effectifs de décès	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	284	831,1	784,7	●	725,2	787,8	1,7	773,8	818,4	-0,2	→
16	Décès prématurés (avant 65 ans)	54	218,0	181,6	●	175,7	199,6	2,1	182,2	180,3	0,0	→
17	Décès prématurés (avant 75 ans)	97	344,9	294,9	●	277,8	315,4	2,2	294,8	295,6	0,4	→
18	Décès par cancers	77	232,1	224,3	●	212,4	225,3	1,9	224,4	223,8	-1,9	→
19	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	75	210,9	187,5	●	170,0	174,8	1,5	181,7	205,6	2,4	→
20	Décès liés à la bronchopneumopathie chronique obstructive	12	35,8	34,7	●	25,0	24,7	3,4	34,6	35,0	7,0	→
21	Décès par suicide	4	13,5	13,4	●	13,2	15,8	n.d.	12,9	15,4	-4,3	→
22	Décès dus à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	n.d.	n.d.	1,0		1,2	1,6	n.d.	0,9	1,1	n.d.	→
23	Décès par pathologies liées à l'alcool	8	25,8	25,8	●	24,8	29,0	n.d.	26,0	25,2	-2,9	→
24	Décès par pathologies liées au tabac	48	139,9	129,3	●	109,3	114,8	2,3	129,4	129,0	2,2	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	38	138,3	124,4	●	116,2	135,4	2,6	124,2	125,7	0,2	→
26	Décès évitables liés au système de soins	20	68,5	58,0	●	53,2	60,1	1,4	57,8	58,7	3,7	→

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

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

Communauté de communes de Vitry, Champagne et Der

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

Principales causes de morbidité

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

Morbidité

		Effectifs de patients pris en charge	Taux standardisés pour 100 000	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 4 ans		
27	Personnes prises en charge tous cancers	1 379	4 392	4 223	●	4 161	4 438	1,2	4 221	4 236	2,3	↗	!
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, bronche, poumon	77	230	211	●	193	197	n.d.	213	201	0,5	↗	!
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	143	421	492	●	458	493	1,6	489	503	1,4	↗	!
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	296	1 691	1 799	●	1 755	1 943		1 806	1 774	2,9	↗	!
31	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	251	1 729	1 592	●	1 467	1 619		1 575	1 647	2,0	↗	!
32	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2 273	6 918	6 736	●	6 142	6 001	1,9	6 723	6 783	0,5	↗	!
33	Personnes prises en charge pour AVC	377	1 165	1 204	●	1 130	1 067	1,4	1 210	1 185	1,1	↗	!
34	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	957	2 917	2 882	●	2 519	2 337	2,8	2 909	2 795	1,5	↗	!
35	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	431	1 188	990	●	932	885	1,7	974	1 040	-6,2	↘	!
36	Personnes prises en charge pour diabète	1 998	6 358	5 516	●	4 840	5 687	1,2	5 586	5 284	0,3	↗	!
37	Personnes prises en charge pour hépatite C	n.d.	9	32	●	33	24	0,8	36	17	-24,5	→	!
38	Personnes prises en charge pour VIH	24	93	117	●	212	138	n.d.	131	67	3,6	↗	!
39	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	754	2 921	3 451	●	3 821	3 366	1,2	3 602	2 954	8,0	↗	!
40	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	257	1 054	927	●	1 020	1 011	2,0	948	866	23,5	↗	!
41	Patients traités par psychotropes	2 347	8 180	7 186	●	7 149	8 057	0,5	7 201	7 142	-2,8	↘	!
42	Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1 066	3 813	3 548	●	3 916	4 375	0,4	3 537	3 588	0,2	↗	!
43	Patients traités par anxiolytiques	1 399	4 893	4 002	●	3 902	4 389	0,5	3 998	4 018	-2,7	↘	!

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).

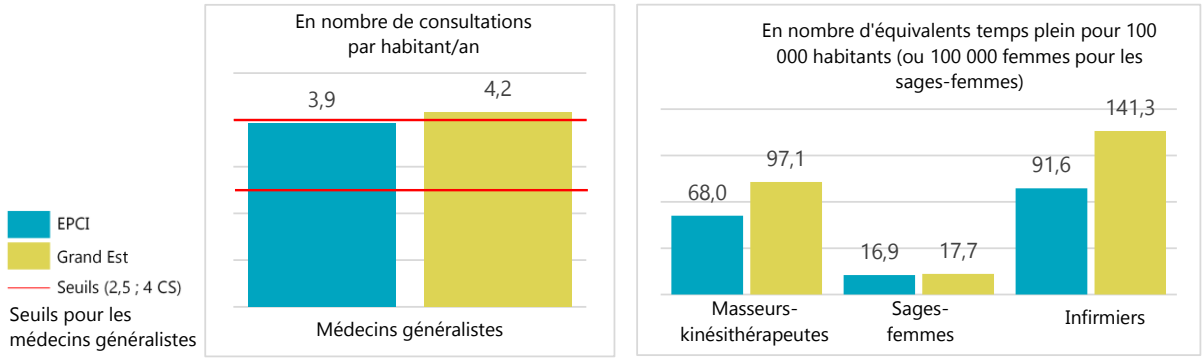
Sources : 27-43. Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2019), extractions ORS Grand Est.

Communauté de communes de Vitry, Champagne et Der

OFFRE DE SOINS

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL)



Accessibilité potentielle localisée

		Effectif	APL	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution APL (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
44	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes		3,9	4,2	●	3,9	4,2		4,4	3,3	-0,1	↘ !
45	Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans		3,0	3,7	●	3,1	3,9		4,0	3,0	-3,7	↘ !
46	Accessibilité potentielle localisée aux kinésithérapeutes		68,0	97,1	●	104,0	93,0		105,3	70,9	8,7	↗ !
47	Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes		16,9	17,7	●	17,3	18,2		19,0	13,0	37,5	↗ !
48	Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers		91,6	141,3	●	146,5	113,5		149,9	114,4	1,6	↗ !

Soins de ville

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
49	Médecins généralistes libéraux ou mixtes	20	3,3	1,8	●	1,2	2,1	60,0	1,0	4,3	11,9	↗ !
50	Médecins spécialistes libéraux ou mixtes	9						66,7				
51	Psychiatres libéraux ou mixtes	0	31,3	14,5	●	10,6	15,1	n.d.	11,1	25,8	39,2	↗
52	Pédiatres libéraux ou mixtes	0	30,9	12,6	●	12,5	13,0	n.d.	8,3	27,0	0,3	↗
53	Gynécologues libéraux ou mixtes	2	5,6	11,6	●	10,5	11,4	50,0	8,0	23,7	-1,4	↘
54	Ophtalmologues libéraux ou mixtes	1	6,3	10,8	●	8,6	9,7	100,0	8,1	19,5	0,9	↗
55	Chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes	19	4,3	2,6	●	2,2	2,8	52,6	1,5	6,1	0,5	↗ !
56	Sages-femmes libérales ou mixtes	2	4,1	5,5	●	4,5	5,1	0,0	3,9	10,7	-14,4	↘ !
57	Infirmiers libéraux ou mixtes	26	2,0	1,4	●	0,9	1,7	19,2	0,7	3,6	-2,1	↘ !
58	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes	17	3,8	1,8	●	1,3	2,4	17,6	1,0	4,5	0,8	↗ !

Notes de lecture : 44-48. voir p.6 | 49-58. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale - note de lecture complémentaire p.6
Sources : 44-48. SNIIRAM 2019, EGB 2019, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016 distancier METRIC, Insee ; traitements DREES 49-56. RPPS au 01.01.2022 (au 01.01.2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2021) 57. 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)

Communauté de communes de Vitry, Champagne et Der

OFFRE DE SOINS

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	**6,2 min**	**6,3 min**	**5,8 min**
Grand Est	*11,3 min*	*14,8 min*	*8,4 min*
France métrop.	*10,5 min*	*13,7 min*	*7,4 min*

Etablissements de santé et médico-sociaux

		Effectif	Temps d'accès (en min)	Temps d'accès régional (en min)	Position	Temps d'accès national (en min)	Temps d'accès départemental (en min)		Temps d'accès urbains (en min)	Temps d'accès ruraux (en min)	Evolution temps d'accès (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
59	Services de médecine	1	6,2	11,3	●	10,5	10,4		9,1	18,4	0,9	↗
60	Services de chirurgie	0	31,0	14,5	●	13,5	13,3		11,3	25,3	38,9	↗
61	Services d'obstétrique	0	6,3	14,3	●	14,8	12,0		11,6	23,6	-27,2	↘
62	Services de soins de suite	1	6,2	9,3	●	9,1	9,1		7,2	16,5	0,9	↗
63	Services d'urgence	1	6,3	14,8	●	13,7	11,9		12,1	24,2	0,9	↗
64	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2	5,8	8,4	●	7,4	8,0		7,0	13,1	0,8	↗
65	EHPAD	3	4,3	4,0	●	3,0	5,1		2,9	7,4	0,8	↗

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

Sources : 59-63. SAE 2021 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021) 64-65. Finess 2022 ; FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2021)

Communauté de communes de Vitry, Champagne et Der

PREVENTION

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

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

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

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

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

Prévention

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
66	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du sein *(part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*			52,3		49,2	58,5					
67	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus *(part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*			61,6		58,2	62,1					
68	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé du cancer du colon-rectum *(part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*			37,5		28,9	36,7					
69	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) - schéma complet à 16 ans *(part pour 100 personnes de 16 ans)*			26,6		24,3	31,5					
70	Enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents *(part pour 100 enfants de moins de 16 ans)*			75,2		71,5	74,6					
71	Patients consultant un dentiste *(taux standardisés pour 100 000)*	9 054	37 900	43 256	●	40 236	41 658	0,9	43 674	41 912	-1,0	↘

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

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

Communauté de communes de Vitry, Champagne et Der

POPULATIONS SPECIFIQUES

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 %)
Horizon 2030			
Département	+116 836	+84,2	21,7
Grand Est	-131 980	-10,2	21,2
Horizon 2070			
Département	-42 782	-30,8	19,5
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)*	61	2,0	2,4	●	2,3	2,8		2,6	2,0	3,9	↗
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)*	524	22,6	16,4	●	15,9	15,6		16,4	16,3	-4,8	↘
74	25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	516	21,2	12,9	●	12,4	12,9		13,4	11,2	1,0	↗
75	25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	692	28,4	41,5	●	46,6	41,7		43,0	35,8	-0,6	↘
76	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	102	2,0	1,7	●	2,3	1,8		1,8	1,7	3,0	↗
77	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	390	57,6	58,4	●	62,2	62,4		58,4	58,6	1,8	↗ !
78	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	1 647	40,6	46,8	●	47,3	40,3	1,7	46,8	46,9	-4,5	↘

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

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

Communauté de communes de Vitry, Champagne et Der

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption 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 %)
Horizon 2030			
Département	+158 920	+145,8	22,8
Grand Est	+266 852	+24,3	25,0
Horizon 2070			
Département	+25 820	+23,7	27,4
Grand Est	+369 000	+33,6	30,6

Source : Insee, Omphale 2022 - scénario central

Populations vulnérables

		Effectif	Taux	Valeur régionale	Position	Valeur nationale	Valeur départementale	(Taux ♂) / (Taux ♀)	Taux territoires urbains	Taux territoires ruraux	Evolution taux (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
79	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	1 551	6,6	5,2	●	5,3	5,5		5,9	3,1	1,4	↗
80	Population couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	2 265	11,6	8,9	●	9,3	9,8		10,1	4,9	0,9	↗ !
81	Personnes âgées vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	1 097	46,9	42,8	●	42,7	46,1	0,4	43,5	40,5	2,2	↗
82	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	195	3,7	5,6		n.d.	2,9					
83	Allocataires de l'Allocation Adultes Handicapés - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 65 ans)*	616	4,8	3,0	●	3,1	2,9		3,2	2,4	0,4	↗
84	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)*	762	24,9	24,2	●	24,9	25,6		25,7	19,0	0,8	↗
85	Places en hébergement complet pour personnes adultes handicapées *(et part pour 1000 personnes âgées de 20 à 65 ans)*	200	15,5	15,5	●		3,8		9,3	6,8	39,6	↗ !

Notes de lecture : 80. Depuis le 1er 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.

Sources : 79. CCMSA, Cnaf, Insee (2021) 80. SNDS (DCIRS) (2020) 81. Insee (RP2019) 82. Conseils départementaux 83. Cnaf, CCMSA 2021, Insee (RP2019) 84. Insee (RP2019) 85. Finess 2022, Insee (RP2019)

CADRE DE VIE

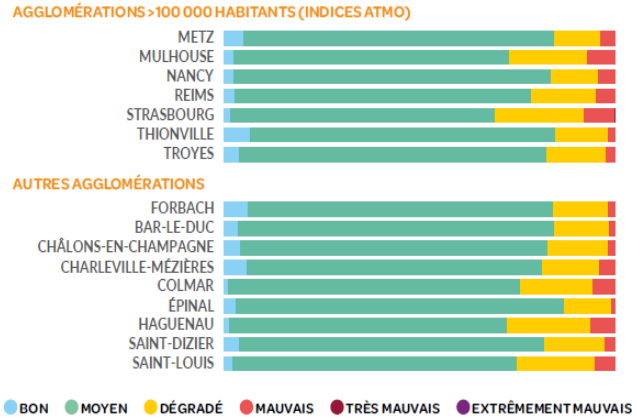
Le cadre de vie regroupe aussi bien l'environnement naturel (air, eau...), l'environnement physique (logement, transports, équipements...) que l'environnement social (voisinage, culture, emploi...) des populations. Il peut influer sur le vécu des habitants, leurs comportements, mais également être directement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



Environnement

		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	
86	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	176	1,6	2,7	●	4,8	2,2		3,2	1,2	-14,6	↘
87	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	29	0,3	0,3	●	0,4	0,3		3,6	0,6	-1,2	↘
88	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	1 512	13,7	22,6	●	21,6	19,6		20,4	30,7	-1,4	↘
89	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	2 713	24,6	17,5	●	13,9	16,6		16,8	19,9		
90	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	1	0,2	1,8	●	1,3	0,5		3,9	0,7	0,6	↗ !
91	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	59	11,5	9,5	●	n.d.	8,3		15,7	5,6		
92	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	0	0,0	0,2	●	n.d.	0,2		0,5	0,1		
93	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant		7,3	2,5	●	n.d.	2,9		2,4	2,9	1,8	↗
94	Surfaces bio ou en conversion en hectares *(et part dans la surface agricole en %)*	807	2,1	7,8	●	10,3	3,0		7,8	7,7		
95	Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles publiés au J.O entre 1982 et 2021	73		19 047	●	171 485	1 467		8 124	10 940		
96	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques *(et part en %)*	1	2,9	2,1	●	2,4	3,4		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)

Communauté de communes de Vitry, Champagne et Der

CADRE DE VIE

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 *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	1 359	12,2	15,5	●	15,7	13,6	0,0	15,3	16,0	-2,9	↘
98	Taux de couverture de l'emploi sur le territoire		119,0	91,6	●	98,3	102,7				0,1	→ !
99	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	5 217	34,1	76,9	●	71,2	80,7		77,2	76,0		
100	Niveau d'équipements courants non touristiques		1,4		●							
101	Niveau de commerces généralistes		1,2		●							
102	Niveau d'équipements éducatifs		1,2		●							
103	Niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées		1,2		●							
104	Part de la population se situant à plus de 7 mins des équipements de gamme de proximité *(en %)*		7,3	4,5	●	3,1	6,8		1,1	15,6		

POLITIQUES DE SANTE

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) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	35	100,0	44,3			44,0		50,3	24,5		
106	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte)*	35	100,0	49,2			28,7		52,5	38,2		
107	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	33	98,9	20,3			15,4		15,7	35,7		
108	Communes classées en zone d'action complémentaire au regard du zonage médecin (ZAC) *(et part de la population couverte)*	2	1,1	45,0			42,5		41,8	55,4		
109	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte)*	0	0,0	34,7			42,1		42,4	8,8		

Note de lecture : 98. Evolution calculée sur une période de 6 ans. | 100-103. La densité brute du nombre d'équipements sur la population est souvent meilleure dans des zones à faible densité, mais dans ces zones les équipements peuvent être relativement éloignés. En Grand Est, à l'échelle des EPCI l'Insee a calculé un niveau d'équipements en base 100 pour la France tenant compte du nombre d'équipements mais aussi de leur éloignement ; rapporté à la densité de population, l'indicateur peut ainsi illustrer la disponibilité ou la saturation des équipements en tenant compte de l'éloignement potentiel de ceux-ci. Plus l'indicateur est élevé, plus il y a d'équipements disponibles par personne et potentiellement peu éloignés. Indicateurs calculés en 2018.

Sources : 97. Insee (RP2019), MEOS 2019 Injep 98. Insee (RP2019) 99. Arcep au 31/03/2022 100-103. Insee (RP2018) 104. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric 105-109. ARS 2022, Insee (RP2019)

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux, le taux ♂/♀ 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 ♂)/(Taux ♀)

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.

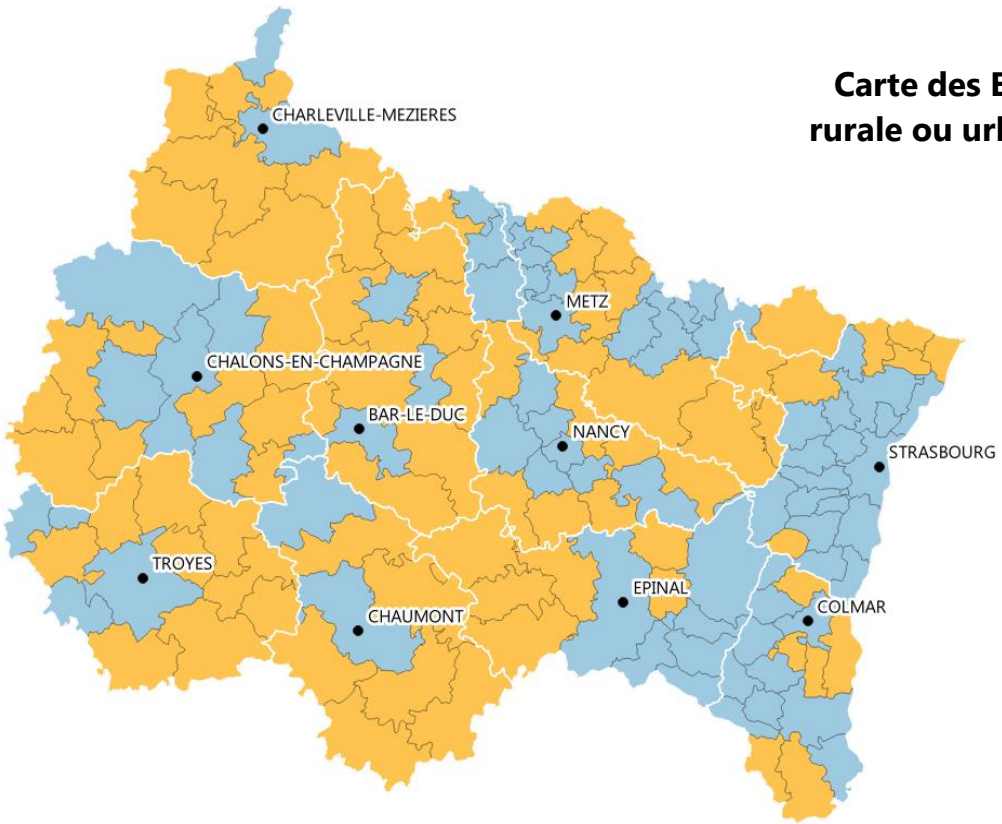
Comprendre les déterminants de santé

« 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