

Ville de Metz

DIAGNOSTIC SANTÉ



décembre 2008



INTRODUCTION 3

PREMIÈRE PARTIE : LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ 5

I – LA POPULATION	6
II – L’EMPLOI ET LES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES	16
III – REVENUS - PAUVRETÉ	30
IV – LE LOGEMENT	44
V – L’ENVIRONNEMENT	49
L’eau destinée à la consommation humaine	49
La qualité de l’air	51
VI – HABITUDES DE VIE, COMPORTEMENTS ET FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS	59
Alcool	59
Tabac	60
Usage problématique de drogues illicites	62
Surpoids et obésité	64
Hypercholestérolémie	66
Hyperglycémie	67
Sédentarité	68
Activité sportive encadrée par des clubs ou des associations	69

SECONDE PARTIE : L’OFFRE DE SOINS 7 1

I - OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE	71
Médecins généralistes libéraux	71
Médecins spécialistes libéraux	74
Infirmiers libéraux	76
Chirurgiens dentistes libéraux	78
Masseurs kinésithérapeutes libéraux	80
II - OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS	82
Soins de courte durée	82
Soins de suite et de réadaptation fonctionnelle	83
Soins de longue durée	84
Hospitalisation à domicile	84
III - ÉTABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	85
Accueil des personnes adultes handicapées	85
Accueil des enfants et jeunes handicapés	86
Accueil des personnes âgées	87

TROISIÈME PARTIE : L’ÉTAT DE SANTÉ 89

I – ÉTAT DE SANTE SUBJECTIF	89
II – ÉTAT DE SANTE OBJECTIVE	93
Mortalité générale	93
Mortalité infantile	99
Affections de longue durée	100
Motifs d’hospitalisation	103
Accueil de la petite enfance	104
Petite enfance : les troubles dépistés chez les enfants de 4 ans par la PMI	106

Enfance : santé des enfants scolarisés en classe de 6 ^{ème}	109
Les jeunes de 16 à 25 ans connus de la Mission Locale	109
Prise en charge à domicile des personnes âgées	111
Interruption volontaire de grossesse	112
Suivi gynécologique	113

QUATRIÈME PARTIE : LE RECOURS AUX SOINS 115

Soins de médecine générale	115
Soins de médecins spécialistes	117
Soins infirmiers	119
Soins de kinésithérapie	120
Chirurgie dentaire	123
Hospitalisations	123
Services hospitaliers d'urgence	127

CINQUIÈME PARTIE : DIAGNOSTIC QUALITATIF 129

La santé, préoccupation pragmatique quotidienne	130
La santé, sous-jacente mais non déterminante de l'activité	131
La santé, résultat induit par l'action positive sur l'environnement	131
La santé, en marge de l'activité	132
Habitat et renouvellement urbain	133
Emploi	134
L'éducation dans le primaire	136
L'activité physique	137
La culture	138
Problèmes repérés ou émergents	139
Environnement, Espaces verts et cadre de vie : Agenda 21	139
Les transports	140
La petite enfance	141
La jeunesse	142
Les personnes âgées	144
Les personnes en situation de handicap	146

CONCLUSION

150

INTRODUCTION

Ce diagnostic de la santé des messins est destiné à appuyer la candidature de la Ville de Metz au Réseau Français des Villes Santé de l'OMS. Promouvoir une Ville Santé ne relève pas de la fabrication d'un produit fini. C'est d'abord un processus dynamique permettant d'abord aux élus, personnels de la ville et partenaires institutionnels d'établir des relations qui leur permette de prendre en compte le bien être de la population. A ce titre, ce diagnostic a d'abord été un support à la création de cette dynamique puisqu'il a réuni, outre les élus et les services municipaux, les principaux responsables des politiques locales de la santé ou médico-sociales (Conseil Général, DDASS, CPAM, CAF, etc.) qui ont contribué à sa réalisation en fournissant des données et en assistant aux comités de pilotage. C'était peut-être la première fois qu'ils se retrouvaient ainsi ensemble pour mieux connaître les besoins de la population messine et pour parvenir ensemble à un diagnostic partagé.

Le Réseau Français des Villes Santé se fonde sur la conception de la santé préconisée par l'OMS. Celle-ci affirme une appréhension positive et très large de la santé qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie. *« Dans cette conception dynamique et globale, chercher à améliorer la Santé pour Tous et à réduire les inégalités, c'est s'attaquer aux facteurs qui se conjuguent pour que la santé se gagne ou se perde. Ce sont aux conditions de vie (logement, habitat, transport, nourriture), aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement et des relations sociales, à la culture qu'il faut s'intéresser pour développer cette approche qui peut être considérée comme une socio-écologie de la santé (Réseau Français de Villes Santé) ».*

C'est bien à partir de cette conception de la santé que ce diagnostic a été réalisé en donnant une place prépondérante aux déterminants de la santé.

Les données mobilisées, présentées et analysées ne se limitent pas seulement à la Ville de Metz. Car les informations recueillies ne prennent de sens que dans la comparaison avec d'autres territoires et dans la mesure des écarts. C'est pourquoi, et conformément au cahier des charges, les données messines sont toujours comparées, au moins à la CA2M et aux plus grandes villes de la communauté d'agglomération. Mais elles sont aussi confrontées, dans la mesure de leur disponibilité, à celles mobilisées pour la Moselle, la Lorraine et la France métropolitaine. Chaque fois que cela a été possible, deux autres agglomérations sont également utilisées pour faciliter les comparaisons : la Communauté Urbaine du Grand Nancy (CUGN) et la Communauté d'Agglomération de Dijon (COMADI). La première en raison de sa proximité avec Metz et de son appartenance à l'ensemble économique et culturel de la Lorraine. La seconde parce qu'elle présente une structure sociodémographique similaire à la CA2M.

Ce diagnostic n'est pas exhaustif. Il aborde les thèmes pour lesquels des informations localisées ont pu être mobilisées. C'est dire qu'il présente des lacunes aggravées par le fait que beaucoup de données nécessaires à l'analyse des déterminants sociaux de la santé datent encore du recensement de 1999 et qu'il faut attendre la fin 2009 pour pouvoir les actualisées. C'est en effet à cette date que l'INSEE publiera les résultats détaillés du recensement rénové. Mais ces lacunes peuvent aussi être envisagées comme une invitation à un diagnostic dynamique, dont le présent document est le point de départ, qui serait mené en permanence en fonction de l'actualité des thèmes et des préoccupations des partenaires institutionnels associés à cette entreprise.

Metz, décembre 2008

PREMIÈRE PARTIE :

LES DÉTERMINANTS

DE LA SANTÉ

La bonne santé dépend d'une multitude de facteurs. Certains se rapportent à l'individu, alors que d'autres concernent la collectivité. L'environnement social et l'environnement physique dans lesquels nous évoluons jouent un rôle important. On est porté à croire que les décisions en matière de santé dépendent d'abord et avant tout de l'individu, qui jouit de son libre arbitre. Pourtant, quand on s'y arrête, on se rend bien compte que les choix personnels sont conditionnés par des facteurs comme la scolarité, le revenu, le statut social, le quartier ou la commune où l'on habite.

Conditions indispensables à la santé

« La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

*Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. »
Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986*

Les déterminants de la santé regroupent ces différents facteurs dont on estime qu'ils ont une influence sur la santé des populations. En aucun cas, les éléments recueillis sous cette rubrique ne peuvent être interprétés comme des problèmes de santé, mais chacun d'entre eux peut être associé directement ou indirectement à un ou plusieurs problèmes de santé.

Les facteurs déterminants de santé sont de plusieurs ordres :

- *Les facteurs démographiques : dont la répartition des populations par âge, la concentration urbaine et la dissémination rurale, les migrations, etc.*
- *Les facteurs socio-économiques : l'habitat, l'urbanisation et l'aménagement rural, les modes de vie, la situation de l'emploi, les modes de consommation, les loisirs etc.*
- *Les facteurs psychoculturels et notamment le niveau de scolarisation qui peut influencer la mentalité des populations devant les problèmes sanitaires, leur rapport à la santé.*
- *Les facteurs géographiques et environnementaux tels que le climat, la qualité de l'air et de l'eau par exemple.*
- *L'offre de soins et l'accès aux soins qui concernent à la fois ce qui se rapporte au système de santé lui-même et à l'organisation locale du système de soins.*

« Si les soins médicaux peuvent prolonger la vie et améliorer le pronostic en cas de maladie grave, un facteur s'avère plus important pour la santé de la population dans son ensemble : le contexte social et économique qui est la cause profonde des maladies et de la nécessité de soins de santé. (...) Pour améliorer la santé, il faut réduire les taux d'échec scolaire, l'insécurité et le chômage, et améliorer l'habitat. Les sociétés qui permettent à tous leurs citoyens de jouer un rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle sont dans une meilleure situation sanitaire que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté. » (OMS, « Les déterminants sociaux de la santé », Les Villes-santé au XXI^e siècle, Genève 2004)

I - LA POPULATION

Une population en augmentation continue

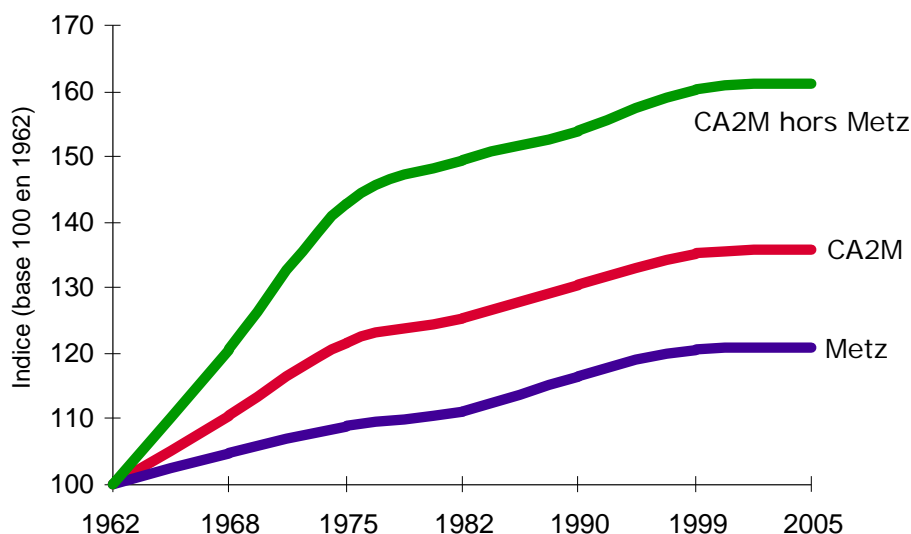
Entre 1962 et 2006, la population de la CA2M a augmenté de 36%, passant de 163 712 habitants à 222 774 habitants. Celle de la ville de Metz s'est accrue de 21% passant de 102 771 habitants à 124 435 habitants. Toutefois, pour la même période, ce sont les communes du pourtour messin qui poussent la croissance globale de la CA2M vers le haut avec +61% d'augmentation, passant de 60 941 habitants en 1962 à 98 339 en 2006.

Évolution du nombre d'habitants de la CA2M entre 1962 et 2006

	CA2M		Metz		CA2M hors Metz	
	Nombre	Indice	Nombre	Indice	Nombre	Indice
1962	163 712	100	102 771	100	60 941	100
1968	181 017	111	107 537	105	73 480	121
1975	198 945	122	111 869	109	87 076	143
1982	205 196	125	114 232	111	90 964	149
1990	213 271	130	119 594	116	93 677	154
1999	221 467	135	123 776	120	97 691	160
2006	222 774	136	124 435	121	98 339	161

Source : Insee

Évolution en indice du nombre d'habitants



Source : INSEE

Note méthodologique : Depuis janvier 2004, le recensement de la population résidant en France est annuel. Cette nouvelle méthode de recensement remplace le comptage traditionnel organisé tous les huit ou neuf ans. Le recensement général de la population de 1999 aura été ainsi le dernier recensement concernant toute la population en même temps. Les populations légales issues du nouveau recensement seront dès lors authentifiées chaque année à partir de fin 2008 par un décret publié au Journal Officiel.

Données sur la population des communes de la CA2M (mise à jour du 01/01/2009)

	Superficie en km2	Population municipale 2006 (a)	Population totale 2006	Densité en 2006	Population 1999 (b)	Population 1990	Évolution 2006/1999 (a)/(b)	Évolution moyenne annuelle 2006/1999
Amanvillers	9,76	2 117	2 141	217	1934	1784	9,5%	1,30%
Ars-Laquenexy	6,25	879	900	141	741	741	18,6%	2,47%
Ars-sur-Moselle	11,60	4 603	4 656	397	5 001	5 084	-8,0%	-1,18%
Augny	14,98	2 478	2 506	165	1 738	1 576	42,6%	5,20%
Le Ban St Martin	1,59	4 453	4 534	2 801	4 293	4 066	3,7%	0,52%
Châtel-Saint-Germain	12,88	2 144	2 184	166	1 983	1 799	8,1%	1,12%
Chieulles	2,61	377	382	144	350	301	7,7%	1,07%
Coin-lès-Cuvry	6,65	702	717	106	667	571	5,2%	0,73%
Coin-sur-Seille	3,31	304	310	92	278	301	9,4%	1,29%
Cuvry	5,44	685	841	126	653	666	4,9%	0,69%
Fey	5,66	590	609	104	574	487	2,8%	0,39%
Gravelotte	5,66	687	694	121	652	530	5,4%	0,75%
Jussy	2,91	446	459	153	475	418	-6,1%	-0,90%
Laquenexy	9,09	988	1 017	109	942	781	4,9%	0,68%
Lessy	2,85	868	973	305	856	763	1,4%	0,20%
Longeville-lès-Metz	2,71	3 834	3 914	1 415	4 012	4 134	-4,4%	-0,65%
Lorry-lès-Metz	6,09	1 405	1 485	231	1 433	1 365	-2,0%	-0,28%
Marieulles	8,19	563	585	69	575	554	-2,1%	-0,30%
Marly	10,80	9 653	9 921	894	10 139	9 511	-4,8%	-0,70%
La Maxe	7,55	828	849	110	823	735	0,6%	0,09%
Metz	41,93	124 435	126 706	2 968	123 776	119 594	0,5%	0,08%
Mey	1,91	203	207	106	179	165	13,4%	1,81%
Montigny-lès-Metz	6,70	22 843	23 405	3 409	23 437	21 983	-2,5%	-0,37%
Moulins-lès-Metz	6,98	4 995	5 077	716	4 663	4 827	7,1%	0,99%
Noisseville	2,60	990	1 011	381	933	1 010	6,1%	0,85%
Nouilly	2,40	468	477	195	417	408	12,2%	1,66%
Plappeville	2,54	2 271	2 358	894	2 341	2 130	-3,0%	-0,43%
Pouilly	5,11	685	706	134	722	802	-5,1%	-0,75%
Pournoy la Chétive	2,56	684	701	267	666	520	2,7%	0,38%
Rozerieulles	6,58	1 347	1 386	205	1 326	916	1,6%	0,22%
Saint-Julien-lès-Metz	4,55	2 981	3 073	655	3 134	2 971	-4,9%	-0,71%
Saint-Privat-la-Mont.	5,84	1 532	1 553	262	1 374	1 398	11,5%	1,57%
Sainte-Ruffine	0,71	520	552	732	453	466	14,8%	1,99%
Saulny	9,79	1 421	1 459	145	1 167	1 126	21,8%	2,85%
Scy-Chazelles	4,52	2 825	2 913	625	2 482	2 129	13,8%	1,87%
Vantoux	2,45	915	933	373	808	725	13,2%	1,79%
Vany	3,10	338	344	109	245	260	38,0%	4,70%
Vaux	6,63	877	902	132	853	784	2,8%	0,40%
Vernéville	9,18	598	604	65	617	565	-3,1%	-0,45%
Woippy	14,59	13 242	13 396	908	13 755	14 325	-3,7%	-0,54%
Ensemble CA2M	277,25	222 774	227 440	804	221 467	213 271	0,6%	0,08%
Première couronne CA2M de Metz	73,33	65 588	67 080	894	66 055	63 896	-0,7%	-0,10%
Moselle	6 216	1 036 721	1 058 410	167	1 023 447	1 011 302	1,3%	0,18%
Lorraine	23 547	2 335 694	2 391 381	99	2 310 376	2 305 726	1,1%	0,16%
France métropolitaine	543 965	61 399 541	62 809	113	58 518	56 615	4,9%	0,69%

Source : INSEE 2009 (Voir les définitions page suivante)

Définitions des populations prises en compte

Les résultats présentés ici sont ceux publiés par l'INSEE au 1^{er} janvier 2009 et portent sur les populations légales millésimés 2006. **La population municipale** comprend les personnes ayant leur résidence habituelle sur le territoire de la commune, dans un logement ou une communauté, les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de la commune, les personnes sans-abri recensées sur le territoire de la commune et les personnes résidant habituellement dans une habitation mobile recensée sur le territoire de la commune. Le concept de population municipale correspond désormais à la notion de population utilisée usuellement en statistique. En effet, elle ne comporte pas de doubles comptes : chaque personne est comptée une fois et une seule. **La population totale** d'une commune est égale à la somme de la population municipale et de la population comptée à part de la commune. La population totale est une population légale à laquelle de très nombreux textes législatifs ou réglementaires font référence. A la différence de la population municipale, elle n'a pas d'utilisation statistique car elle comprend des doubles comptes dès lors que l'on s'intéresse à un ensemble de plusieurs communes.

La **population comptée à part** (différence entre la population totale et la population municipale) comprend certaines personnes dont la résidence habituelle est dans une autre commune mais qui ont conservé une résidence sur le territoire de la commune :

1. Les mineurs dont la résidence familiale est dans une autre commune mais qui résident, du fait de leurs études, dans la commune.
2. Les personnes ayant une résidence familiale sur le territoire de la commune et résidant dans une communauté d'une autre commune, dès lors que la communauté relève de l'une des catégories suivantes :
 - services de moyen ou de long séjour des établissements publics ou privés de santé, établissements sociaux de moyen ou de long séjour, maisons de retraite, foyers et résidences sociales ;
 - communautés religieuses ;
 - casernes ou établissements militaires.
3. Les personnes majeures âgées de moins de 25 ans ayant leur résidence familiale sur le territoire de la commune et qui résident dans une autre commune pour leurs études.
4. Les personnes sans domicile fixe rattachées à la commune au sens de la loi du 3 janvier 1969 et non recensées dans la commune.

Densité = Nombre d'habitants au km²

Première couronne CA2M de Metz : communes appartenant à la CA2M et ayant une limite commune avec Metz.

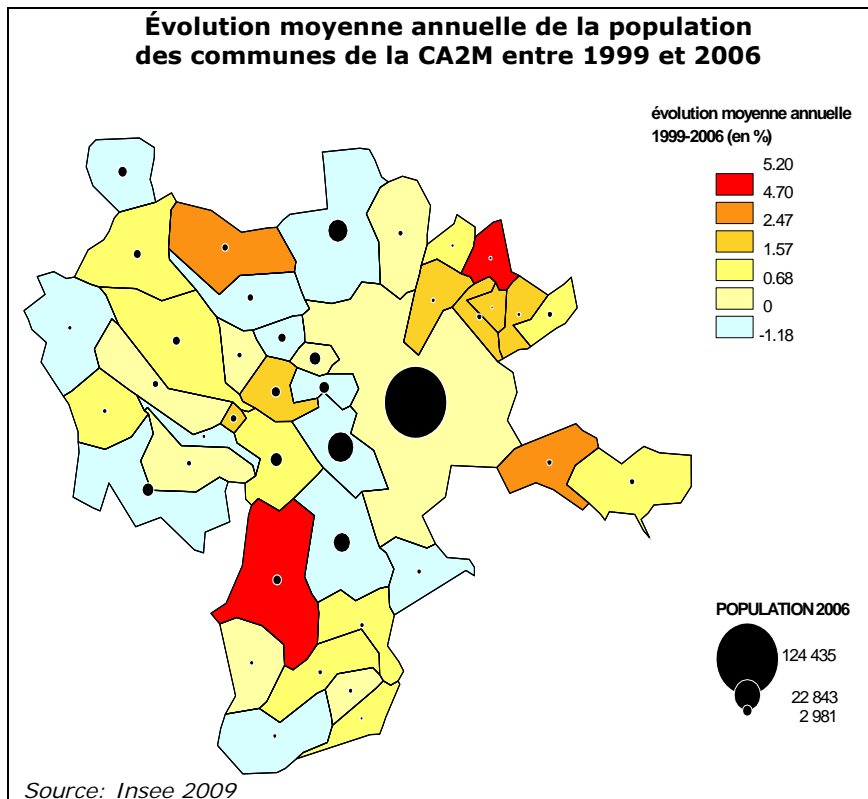
Entre 19 99 et 2 006, la croissance moyenne de la population de la CA2M, avec + 0,08% par an, est inférieure à celles de la région lorraine (+0,16%), du département de la Moselle (+ 0,18%), et bien en deçà de celle de la France métropolitaine (+0,69% par an).

Les communes de la communauté d'agglomération Metz-Métropole connaissent en réalité une évolution démographique inhomogène. Si le nombre d'habitants de Metz et de la CA2M est en augmentation, même modérée, entre 1999 et 2006, il n'en va pas de même pour toutes les communes de la communauté d'agglomération. Sur les quarante communes de la CA2M, douze présentent une involution démographique.

La croissance démographique de la CA2M hors Metz est surtout le fait des plus petites communes :

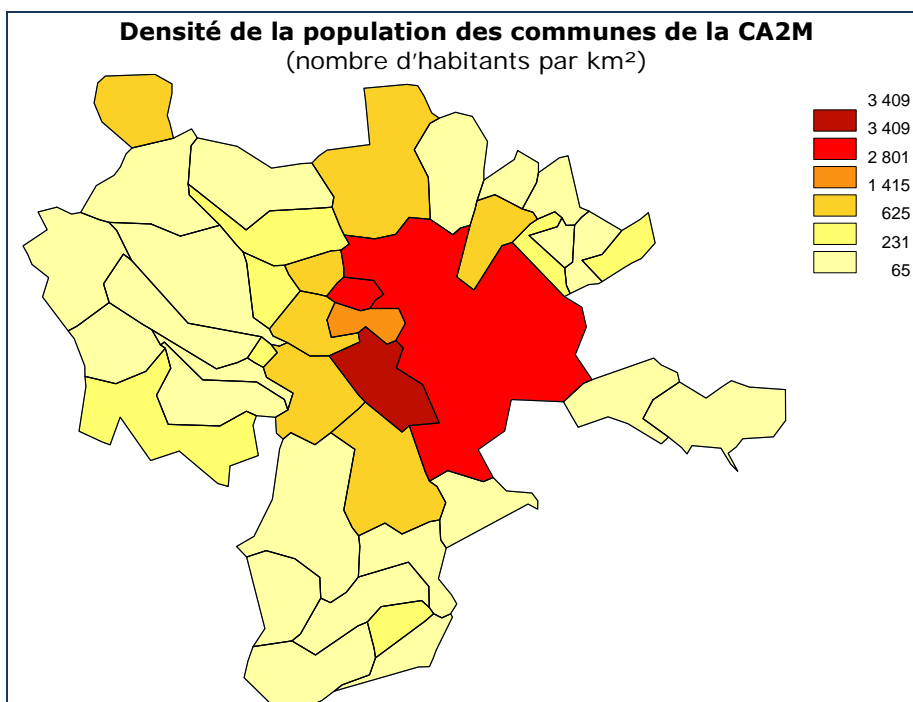
A l'exception de Metz, les communes de plus ou de près de 10 000 habitants de la CA2M connaissent une baisse du nombre de leurs habitants entre 1999 et 2006. C'est le cas de Marly qui connaît le plus fort déficit pour ce type de communes avec -4,8% d'habitants sur les sept ans, suivi de Woippy (-3,7%) et enfin de Montigny-lès-Metz (-2,5%). Parmi les communes de moins de 5 000 habitants, Ars-sur-Moselle perd 8 % de sa population, Longeville-lès-Metz perd 4,4 % et Saint-Julien-lès-Metz perd 4,9%.

La croissance démographique relative de la CA2M est en réalité le fait des communes de moins de 2 000 habitants. Parmi elles, Augny (+42,6%), Saulny (+21,8%), St-Privat-la-montagne (+11,5%), Châtel-St-Germain (+8,1%), Scy-Chazelles (+13,2%). Dans leur ensemble, les communes de moins de 2 000 habitants présentent un accroissement de leur population de 6,0 % entre 1999 et 2006. Celles de plus de 2 000 et de moins de 10 000 habitants en 1999 ont augmenté de 1,5 %, alors que celles de plus de 10 000 habitants en 1999 (hormis Metz) accusent une baisse de 0,3 %. Les communes de la première couronne de Metz, c'est-à-dire celles qui relevant de la CA2M ont une limite commune avec Metz, voient leur population diminuer de 0,7 %.



Trois communes avec une forte densité de population : Montigny-lès-Metz, Metz, Le Ban-Saint-Martin

Si Metz est la commune la plus peuplée de la CA2M, elle n'est pas celle qui connaît la densité la plus élevée. A Montigny-lès-Metz, on dénombre 3 433 habitants au km² en 2005, contre 2 962 pour Metz et 2 813 pour le Ban-Saint-Martin. Ce sont ces trois communes qui présentent les densités les plus élevées et dépassant les 1 000 habitants au km².



La différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès (solde naturel) reste positive pour la CA2M depuis 1999. Mais ce solde naturel s'affaiblit, sauf pour Metz intra-muros.

L'accroissement naturel dans l'ensemble de la CA2M baisse de 12% en passant de 1 172 en 1999 à 1 028 en 2006. Les 2 883 naissances domiciliées en 2006 dans la CA2M compensent cependant les 1 722 décès enregistrés pour la même période, surtout grâce à la natalité de Metz.

Dans cette ville, l'excédent de naissances domiciliées par rapport au nombre de décès est de 790 en 2006. Il était de 766 en 1999, soit une progression de 3%. Entre 1999 et 2006, le nombre des naissances dépasse celui des décès de 4 800 individus.

Au niveau régional, entre 1999 et 2004, le solde naturel lorrain, égal à +0,34% par an, était devenu inférieur au solde naturel français (+0,47% par an). L'évolution du solde naturel de la CA2M, en baisse progressive comme celui de la Lorraine, peut faire craindre un essoufflement de la dynamique démographique de la communauté d'agglomération dans les années à venir. Déjà, en 2006, 11 communes de la CA2M connaissent plus de décès que de naissances.

Évolution du solde naturel entre 1999 et 2006

	Naissances		Décès		Solde naturel (naissances-décès)	
	1999	2006	1999	2006	1999	2006
CA2M	2 883	2 750	1 711	1 722	1 172	1 028
Metz	1 727	1 745	961	955	766	790
CA2M hors Metz	1 156	1 005	750	767	406	238

Source : Insee, État civil

Le taux de fécondité¹ dans l'ensemble du territoire de la CA2M est en baisse depuis 1999, mais il reste légèrement supérieur à celui de la Moselle et de la Lorraine.

Durant deux périodes successives, 1999-2002 et 2003-2006, le taux de fécondité des femmes en âge de procréer diminue en Lorraine, en Moselle mais aussi dans la CA2M. Alors que la France présente une hausse de 1,6% de son taux de fécondité, la Lorraine accuse une diminution de 1,5%, et la Moselle de 0,8%. L'ensemble de la CA2M présente une évolution analogue (-0,4%) bien que moindre. L'écart entre la CA2M hors Metz et la ville même de Metz est cependant net avec une baisse du taux de fécondité de -0,8% pour le premier territoire contre -0,2% dans la capitale lorraine.

Cette tendance à la baisse de la fécondité s'observe dans les départements voisins de la Moselle. Si la Meurthe-et-Moselle présente une baisse du taux de fécondité identique à celle de la Moselle (-0,8%), la ville de Nancy connaît un effritement encore plus accentué de son taux de fécondité puisqu'il est de l'ordre de -6,5%.

Parmi les communes de la CA2M, les villes de plus de 10 000 habitants sont les plus touchées. Entre les deux périodes considérées, Woippy présente une baisse de 1% de son taux de natalité, Marly -1,8% et Montigny-lès-Metz -0,5%. Ce sont les petites communes qui présentent les taux de natalité positifs, même s'il faut tenir compte de leur faible poids démographique.

Au sein de la ville de Metz, l'évolution du nombre de naissances domiciliées entre 2005 et 2006 est contrastée. Le quartier de la Patrotte connaît la plus forte progression des naissances durant cette période (+28,6% soit 40 naissances de plus entre 2005 et 2006), suivi de Bellecroix (11,8%, soit 11 naissances supplémentaires). Le quartier du Sablon connaît également une

¹ Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année considérée à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (nombre moyen des femmes de 15 à 50 ans sur la période considérée).

progression de 16 naissances (+5,8%) mais Borny subit une évolution inverse avec 43 naissances en moins entre 2005 et 2006, soit une baisse de 22,9%.

Évolution du taux de fécondité entre les périodes 1999-2002 et 2003-2006

	Nombre total de naissances domiciliées entre 1999 et 2006	Moyenne annuelle des naissances domiciliées entre 1999 et 2006	Évolution du taux de fécondité entre 99-02 et 03-06
CA2M	22 997	2875	- 0,4%
Metz	14 114	1764	- 0,2%
CA2M hors Metz	8 883	1110	- 0,8%
Moselle	96 046	12 006	- 0,8%
Lorraine	218 551	27 319	- 1,5%
France métrop.	6 803 565	850 446	+ 1,6%
<i>Nancy</i>	<i>10 787</i>	<i>1348</i>	<i>- 6,5%</i>
<i>Meurthe&Moselle</i>	<i>68 986</i>	<i>8623</i>	<i>- 0,8%</i>
<i>Dijon</i>	<i>14 904</i>	<i>1863</i>	<i>- 0,8%</i>

Source : Insee, État Civil.

Selon les quartiers de Metz, la répartition des naissances domiciliées révèle des évolutions différentes entre deux années consécutives, 2005 et 2006.

En 2005, c'est dans le quartier de Metz-Borny qu'est enregistré le plus grand nombre de naissances pour l'ensemble de Metz (286 soit 16,4% de l'ensemble des naissances messines domiciliées). En 2006, cette première place est supplantée par le quartier du Sablon qui dépasse pour la première fois Borny de 51 naissances, (278 en 2005, 294 en 2006 soit 16% des naissances de Metz), tandis que Borny ne représentait plus que 13% des naissances de Metz avec 43 naissances en moins qu'en 2006 (243 en 2005).

Natalité par quartier de Metz et évolution entre 2005 et 2006

Quartier de Metz	Naissances en 2005		Naissances en 2006	
	Nombre	%	Nombre	%
Devant-les-ponts	134	7,7	118	6,8
La Patrotte	140	8,0	180	10,3
Les Îles	51	2,9	52	3,0
Ancienne ville	173	9,9	165	9,5
Bellecroix	93	5,3	104	6,0
Vallières-les-Bordes	123	7,1	115	6,6
Nouvelle ville	183	10,5	158	9,1
Sablon	278	16,0	294	16,8
Plantières-Queuleu	174	10,0	175	10,0
Borny	286	16,4	243	13,9
Magny	35	2,0	43	2,5
Grigy- La-Grange-aux-Bois	72	4,1	89	5,1
Ensemble de Metz	1742	100%	1736	100%

Source : Insee, Etat civil (données par zones IRIS regroupées par quartier)

Si Borny voit reculer sa natalité, c'est aussi le cas de Devant-les-Ponts (134 naissances en 2005, 118 en 2006). A l'inverse la natalité du quartier de la Patrotte s'accroît de 40 naissances (140 naissances en 2005, 180 en 2006). Le quartier de Bellecroix ne connaît quant à lui qu'un accroissement modéré des naissances avec 11 nouveaux nés supplémentaires.

Une plus grande échelle temporelle permettrait de mieux saisir la réalité de ces tendances évolutives et la nature des mouvements observés entre quartiers. En particulier, ces variations des taux de natalité par quartier ne reflètent pas fatalement des évolutions propres à la population du secteur en question mais peuvent être en relation avec des mouvements de population à l'intérieur même de la ville de Metz.

A l'instar de l'ensemble de la Lorraine, la ville de Metz accuse un déficit migratoire net : entre 1999 et 2005, les départs y surpassent les arrivées de près de 4 400 personnes (4 379).

Le déficit migratoire de la région lorraine s'établit entre 1999 et 2005 à un peu plus de 1 500 personnes par an. Ce déficit a été divisé par trois par rapport à la période 1990-99, et par six par rapport à la période 1982-1990. Durant la même période 1999-2005, la France métropolitaine connaissait un solde migratoire positif annuel moyen de l'ordre de 280 000 personnes.

Pour l'ensemble de la CA2M, le déficit migratoire est largement dépendant de celui observé dans la ville de Metz. Entre 1999 et 2005, le déficit migratoire total est de 4 379 personnes à Metz (730 personnes par an en moyenne) alors qu'il est un tiers plus faible dans le reste des communes de la CA2M avec 1 718 personnes (270 personnes en moyenne annuelle).

Entre 1999 et 2005, comme dans l'ensemble des territoires métropolitains, la ville de Metz connaît une croissance du nombre de ses ménages mais, dans le même temps, leur taille diminue.

La progression du nombre de ménages s'observe dans toutes les régions françaises. Entre 1999 et le 1^{er} juillet 2005, cette augmentation est de l'ordre de + 8,8% en France métropolitaine. Elle est de +6,4% en Lorraine, une croissance proche de celle observée en Bourgogne (+5,8%).

A Metz, durant la même période, le nombre de ménages s'accroît de 2 730 unités, soit une augmentation de 5,1% (55 778 ménages en 2005). Autrement dit, le nombre de ménages augmente 17 fois plus vite que la croissance de la population qui est de +0,3 % pour la même période.

Toutefois, si cette croissance est proche de celle observée dans la capitale bourguignonne (+5,7%), elle est inférieure à l'évolution nancéenne qui est de 3 877 ménages en plus en 2005 par rapport à 1999, soit une progression de +7,3%.

Évolution du nombre des ménages et de leur taille entre 1999 et 2005

	Nombre de ménages			Nombre moyen de personnes par ménage	
	1999	2005	Évol 05/99	1999	2005
Metz	53 048	55 778	5,1%	2,2	2,1
Nancy	52 981	56 858	7,3%	1,8	1,8
Dijon	71 334	75 396	5,7%	2,0	1,9
Lorraine	908 731	967 000	6,4%	2,5	2,3
Bourgogne	671 000	709 906	5,8%	2,3	2,2
France	23 810 161	25 895 148	8,8%	2,4	2,3

Source : INSEE, RGP 99 et enquêtes annuelles 2004 à 2005.

Cette tendance à l'augmentation du nombre de ménages s'explique pour partie par l'accroissement démographique, mais aussi par les phénomènes de décohabitation liés à l'augmentation du nombre de divorces et de séparations de couples.

Ce constat se décline différemment selon les territoires urbains considérés. Metz connaît ainsi une baisse moins accentuée que celle de la Lorraine avec une réduction de la taille des ménages de 2,2 personnes en 1999 à 2,1 en 2007. La population étudiante explique, en partie, le fait que la taille des ménages soit de 1,8 personne par ménage à Nancy.

La proportion de messins mariés est en réduction de 3% par rapport à 1999. Les couples mariés représentent ainsi 40% des ménages, proportion de 10 points inférieurs à la situation observée dans la région lorraine (52%) et la France métropolitaine (50%). Notons que dans le contexte

social de restructuration de la cellule familiale et de développement des nouveaux modes de cohabitation, le taux de ménages divorcés augmente de près de 3% à Metz (9% en 2005 contre 6,3% en 1999).

Notons également que le taux de ménages célibataires relève pour une part de la présence plus ou moins massive de jeunes faisant des études. Ainsi, l'importance universitaire de Nancy au niveau régional participe à une fréquence des ménages célibataires bien plus importante que celle observée à Metz (57% à Nancy contre 44 à Metz).

En 2005, tous sexes confondus, les 20-39 ans regroupent 34 % de la population des ménages messins.

Cette proportion est supérieure à celle de l'ensemble de la Moselle (27%), de la Lorraine (26%) et de la France métropolitaine (26%), mais inférieure à celle de Nancy (41%).

La population des moins de 20 ans représente près d'un quart des effectifs messins (24%), niveau proche de celui observé en Moselle (24%), en Lorraine (25%) mais aussi en France métropolitaine (25%). Au sein même de la communauté d'agglomération, et dans certaines communes de plus de 10 000 habitants, la population est globalement plus âgée : Marly ne compte que 44% moins de 40 ans dans sa population. Montigny-lès-Metz se trouve quant à elle en équilibre. Enfin, Woippy a une structure d'âge proche de celle de Metz, avec 57% de sa population ayant moins de 40 ans.

Répartition par tranche d'âge de la population des ménages au 1^{er} janvier 2005

	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 59 ans	60 ans et
Metz	24 %	34 %	26 %	16 %
Nancy	22 %	41 %	22 %	15 %
Dijon	21 %	35 %	24 %	20 %
Moselle	24 %	27 %	29 %	20 %
Lorraine	25 %	26 %	29 %	20 %
France métrop.	25 %	26 %	29 %	21 %
Marly	25 %	18 %	34 %	16 %
Montigny-lès-Metz	22%	28 %	28 %	22 %
Woippy	29 %	28 %	27 %	22 %

Source : INSEE, RGP 99, enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007

L'importance de la population hors ménage dans les communes de plus de 10 000 habitants de la CA2M progresse modérément

La population « hors ménage » réunit :

- des personnes vivant en collectivité (foyers, cités universitaires, maisons de retraite hors foyer-logement, personnes hospitalisées plus de trois mois, membres d'une communauté religieuse, personnes en centre d'hébergement, prisonniers),
- ou des personnes vivant dans des établissements et n'ayant pas de résidence personnelle (internes des collèges, lycées, grandes écoles, établissements d'éducation surveillée),
- les militaires des forces françaises de l'armée de terre, de la marine et de l'armée de l'air logés dans des casernes, camps ou assimilés,
- enfin la population vivant dans des habitations mobiles, y compris marinières et sans-abri.

Entre 1999 et 2005, la population « hors-ménage » messine poursuit une croissance régulière au fil des ans bien que relativement faible. Au 1^{er} janvier 2005, le poids démographique de cette population au sein de la ville de Metz représente plus de 6% de la population totale avec 7 577 personnes. Son augmentation en réalité est constante depuis 1982 où elle ne représentait que 4,5% de la population.

La croissance sur plus 20 ans de cette population hors ménage apparaît particulière à Metz puisque durant la même période celle de Nancy connaissait une relative stabilité pour se situer en 2005 à un taux proche de 6,7% de la population mais sans la linéarité d'augmentation constatée sur Metz.

Dans les communes de plus de 10 000 habitants entourant Metz, l'importance de cette population se situant hors du cadre du logement individuel n'apparaît pas suivre la croissance régulière de la cité mosellane.

Évolution de la population hors ménage entre 1982 et 2005

	1982		1990		1999		2005	
	Nombre	% de la population	Nombre	% de la population	Nombre	% de la population	Nombre	% de la population
Metz	5 193	4,5	5 792	4,8	7 184	5,8	7 577	6,1
Marly	19	0,2	14	0,1	10	0,1	44	0,4
Montigny	375	1,7	345	1,6	410	1,8	523	2,3
Woippy	615	4,4	505	3,5	550	4,0	506	3,9
Nancy	6 004	6,2	5 731	5,8	5 743	5,5	7 094	6,7

Source : Insee, RGP 99, enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007

Un accroissement important du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus à l'horizon 2015 - 2020

En 2015, sous l'hypothèse d'un maintien des tendances démographiques observées entre 1990 et 2005¹, la Moselle pourrait compter 61 % de personnes âgées de 75 ans ou plus par rapport à 2000. Le nombre des 85 ans ou plus, vraisemblablement concernés par la dépendance ou du moins par une perte d'autonomie, connaîtrait une hausse encore plus marquée (+ 87 %).

Pour des raisons de méthodologie liées aux hypothèses retenues, les projections de populations sont rarement pratiquées à un échelon local parce que la principale cause d'incertitude porte sur les migrations. En effet, les changements de résidence concernent surtout le voisinage immédiat. Dès lors que l'exercice porte sur un territoire plus étendu, la rigueur des projections s'accroît. Les données présentées ci-dessous ont été établies par l'INSEE pour la préparation du Schéma régional d'organisation sanitaire et pour le Plan régional de santé publique, tous deux établis en 2006. Ces projections sont établies pour chacun des 20 territoires de santé et de proximité (TSP) qui constituent le maillage territorial pour la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

L'analyse de ces données permet de constater que le TSP n°6, centré sur Metz, pourrait connaître un accroissement de sa population âgée de 75 ans ou plus de 65 % entre 2000 et 2015, en passant de 19 326 personnes de cet âge à 31 936. Cette progression serait plus importante que celle constatée en Moselle (+61 %) ou pour l'ensemble de la Lorraine (+ 48 %). Cette augmentation en proportion serait encore plus importante pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

En prolongeant l'exercice à l'horizon 2020, l'accroissement du nombre des 75 ans ou plus serait de + 73 % par rapport à 2000 pour le TSP de Metz et de +17 % par rapport à 2010. Il faut en outre souligner que c'est le TSP de Metz qui va connaître, de tous les TSP de Lorraine, la plus forte progression du nombre des 75 ans ou plus entre 2010 et 2020 (TSP de Nancy : + 9 %).

Certes le territoire de santé et de proximité centré sur Metz est plus vaste que celui de la CA2M (voir encadré). Les données présentées illustrent cependant la tendance démographique à laquelle on peut s'attendre pour la CA2M. On peut même dire qu'elles lissent en partie

¹ Les projections de population, établies par l'INSEE, ont été élaborées avec les hypothèses du scénario dit « central ». S'agissant du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus, ces hypothèses sont établies de la manière suivante : la mortalité baisse dans la région au même rythme qu'en France métropolitaine au cours des 30 dernières années et les quotients migratoires, calculés entre 1990 et 1999, sont maintenus sur toute la période de projection. Les projections par territoire de santé de proximité ont été calées sur le niveau régional.

l'évolution du nombre de personnes âgées de la partie plus urbanisée du TSP n° 6, c'est-à-dire de Metz et des communes urbaines qui l'entourent.

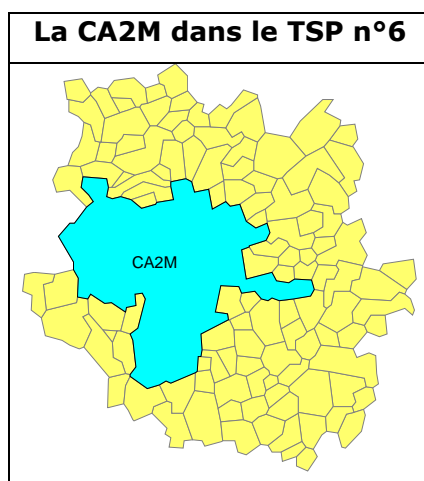
Projections de la population âgée de 65 ans ou plus

En nombre		2000	2005	2010	2015	2020
Territoire de santé de proximité - Metz	65 ans ou +	48 455	53 720	57 016	64 343	73 056
	75 ans ou +	19 326	24 092	28 635	31 936	33 427
	85 ans ou +	5 132	4 657	7 051	9 424	11 309
Moselle	65 ans ou +	147 530	161 099	167 391	184 302	207 594
	75 ans ou +	57 375	71 562	84 223	92 212	94 162
	85 ans ou +	14 318	12 872	20 023	26 728	31 700
Lorraine	65 ans ou +	356 127	380 075	387 419	430 388	480 982
	75 ans ou +	147 415	176 727	203 228	218 113	218 193
	85 ans ou +	40 940	34 820	51 908	66 870	77 680

En indice		2000	2005	2010	2015	2020
Territoire de santé de proximité - Metz	65 ans ou +	100	111	118	133	151
	75 ans ou +	100	125	148	165	173
	85 ans ou +	100	91	137	184	220
Moselle	65 ans ou +	100	109	113	125	141
	75 ans ou +	100	125	147	161	164
	85 ans ou +	100	90	140	187	221
Lorraine	65 ans ou +	100	107	109	121	135
	75 ans ou +	100	120	138	148	148
	85 ans ou +	100	85	127	163	190

Source : INSEE pour le SROS III et le PRSP

Indépendamment des aspects de santé publique ou médico-sociaux qu'il peut entraîner, l'accroissement du nombre de personnes âgées, dans les années à venir, peut amplifier les problèmes de logements ou d'adaptation du logement attachés à la décohabitation liée, entre autres, au décès de l'un des conjoints. Il faut aussi souligner que les personnes de 65 ans ou plus cohabitent moins fréquemment que par le passé avec leurs descendants. Par ailleurs, la proportion de personnes âgées en couple devrait baisser car il s'agira demain de personnes ayant vécu l'essor du divorce.



II – L'EMPLOI ET LES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

De par ses connotations avec notamment le travail, le statut social et le revenu, l'emploi est un des déterminants sociaux qui ont des répercussions sur la santé de l'ensemble des personnes et des territoires. Ses différentes composantes et ses corrélations avec d'autres facteurs comme le niveau de formation ou d'éducation établissent également dans quelle mesure une personne possède les ressources physiques, sociales et personnelles nécessaires à l'établissement et à la réalisation de ses aspirations personnelles, à la satisfaction de ses besoins et à sa capacité de faire face au milieu (définition élargie de la santé). L'emploi est aussi à envisager comme une ressource qu'une société met à la disposition de ses membres.

Emplois salariés dans la zone d'emploi de Metz : 95 % des emplois

Au 31 décembre 2006, la zone d'emploi de Metz compte 127 540 salariés, soit une progression de + 6,6% par rapport à 1999 (119 616), et 6 589 emplois non salariés. A elle seule, cette ZE regroupe 35% des emplois salariés du département de la Moselle (361 433 salariés) et 31% de ses emplois non salariés (21 069), alors qu'elle ne compte que 27 % de la population mosellane. En précisant davantage, le territoire couvert par la CA2M concentre près d'un tiers des salariés mosellans : 27 % des établissements sont concentrés sur la communauté d'agglomération, soit sur 4 % du territoire mosellan.

Si la féminisation de l'emploi salarié (47% en 2006) de la ZE de Metz se situe à un niveau équivalent à celui de la région (46,7%) et de la France (47,7%), il est de 3 points inférieurs à celui observé dans la ZE de Nancy (50,1%).

Évolution de l'emploi salarié entre 2005 et 2006

<i>Zone d'emploi ou département</i>	<i>Effectifs salariés au 31/12/06</i>	<i>Évolution 2005-2006 (%)</i>	Proportion de femmes en 2006 (%)
ZE de Metz	127 540	0,8	47,0
ZE de Thionville	88 874	-0,2	46,3
ZE du Bassin Houiller	66 615	-0,9	46,0
ZE de Sarreguemines	30 164	0,9	42,7
ZE de Sarrebourg	27 689	0,7	42,6
ZE de Nancy	163 453	0,4	50,1
Moselle	340 882	0,2	45,9
Meurthe-et-Moselle	242 550	0,0	48,2
Lorraine	778 608	0,1	46,7
France métropolitaine	22 952 178	1,2	47,7

Source : Insee, estimations d'emploi (données 2006 provisoires)

Depuis 1999 et jusqu'en 2006, la répartition de l'emploi salarié par secteur d'activité dans la zone d'emploi de Metz suit globalement les tendances régionales et hexagonales : baisse du secteur de l'agriculture et hausse des secteurs de la construction, du commerce et des services. Mais elle se distingue d'une part par une stabilité des effectifs salariés dans le

secteur de l'industrie, alors qu'en Moselle, Lorraine et France métropolitaine les effectifs de ce secteur baissent.

La part des salariés dans le secteur des services aux entreprises par rapport à l'ensemble des salariés fait de ce secteur d'activité le premier pourvoyeur d'emploi de la ZE de Metz et de la CA2M. En seconde position, on trouve le commerce (12,8%), suivi de près par l'industrie (11,9%). Le secteur de la construction arrive en dernière position, si l'on excepte le secteur de l'agriculture dans le classement, avec 5,9 %. Mais c'est le secteur qui connaît la plus forte progression de ses effectifs entre 1999 et 2006.

Une dynamique de création d'emplois :

+ 6,6 % d'emplois salariés entre 1999 et 2006 dans la zone d'emploi de Metz

Répartition des effectifs salariés au 31 décembre 2006 et évolution des effectifs entre 1999-2006 par secteur d'activité agrégé

	ZE Metz		Moselle		Lorraine		France métrop.	
Nb salariés	127 540		340 882		778 608		22 952 178	
Part des secteurs d'activité en 2006 et évolution des effectifs 1999-2006								
	Part %	Evol.	Part %	Evol.	Part %	Evol.	Part %	Evol.
Agriculture	0,4	-19,6%	0,5	-21,1%	0,9	-15,0%	1,5	-7,4%
Industrie	11,9	-0,3%	19,9	-16,3%	19,6	-16,1%	16,2	-9,3%
Construction	5,9	11,7%	6,4	5,3%	6,3	9,6%	6,1	19,3%
Commerce	12,8	1,9%	13,4	2,4%	12,6	2,8%	13,3	8,7%
Services	69,0	8,6%	59,8	8,0%	60,7	7,1%	63,0	11,1%
Ensemble	100,0	6,6%	100,0	1,1%	100,0	1,0%	100,0	7,1%

Source : Insee (Estimations pour 2006)

Emplois salariés par secteur d'activité détaillé au 31 décembre 2005

		ZE Metz			ZE Nancy	
		Nombre	%	Part départ.	Nombre	%
Agriculture	Agriculture	508	0,4%	33,5%	694	0,4%
Industrie	Industries agricoles et alimentaires	1 769	1,4%	32,3%	2 325	1,4%
	Industries des biens de consommation	1 610	1,3%	39,3%	3 386	2,0%
	Industrie automobile	7 004	5,6%	51,7%	397	0,2%
	Industrie des biens d'équipement	2 345	1,9%	23,2%	3 253	2,0%
	Industrie des biens intermédiaires	1 341	1,1%	4,8%	9 001	5,4%
	Énergie	1 564	1,2%	18,4%	2 500	1,5%
Construction	Construction	7 392	5,9%	43,4%	8 847	5,3%
Commerce	Commerce	15 793	12,6%	33,3%	20 761	12,5%
Services	Transports	7 246	5,8%	54,1%	7 104	4,3%
	Activités financières	3 947	3,1%	62,7%	5 826	3,5%
	Activités immobilières	1 781	1,4%	50,9%	1 690	1,0%
	Services aux entreprises	16 828	13,4%	44,5%	22 085	13,3%
	Services aux particuliers	9 737	7,7%	39,3%	9 825	5,9%
	Éducation, santé, action sociale	23 500	18,7%	36,6%	21 292	12,9%
	Administration publique *	20 805	16,5%	49,4%	24 965	15,1%
	Activités associatives	2 457	2,0%	69,2%	19 512	11,8%
	Autres secteurs	201	0,2%	3,9%	2 103	1,3%
	Ensemble	125 828	100,0%	37,4%	165 566	100,0%

Source : INSEE - Estimations d'emploi salarié 31/12/2005 provisoires (y compris les agents de l'État)

* **Administration publique** : Il s'agit des activités d'administration publique qui ne peuvent en principe s'exercer sur le marché. Le statut juridique ou institutionnel n'est pas, par lui-même, déterminant pour caractériser cette catégorie. Ainsi, cette division englobe :

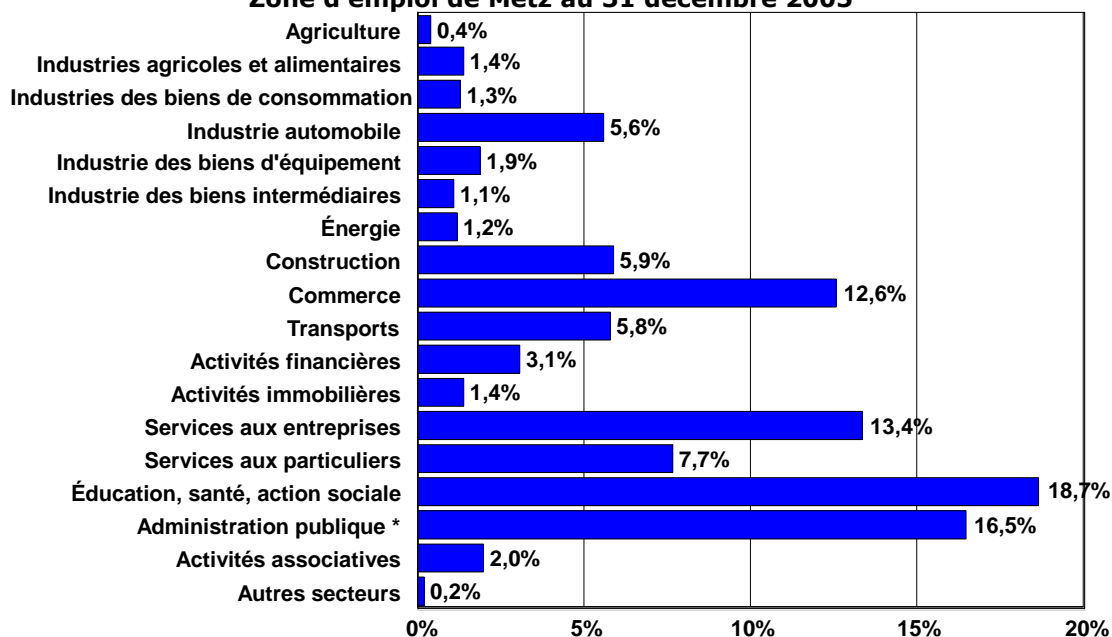
- d'une part, les activités régaliennes : défense, justice, police, ...
- d'autre part, les activités d'administration générale (exécutif, administration financière, ... à tous les niveaux territoriaux) ou de tutelle dans le domaine de la vie économique et sociale,
- et enfin, la gestion des régimes obligatoires de protection sociale.

La production de services au-delà de ce cadre, même par des unités de statut administratif, ne relève généralement pas de cette catégorie. Par exemple, la tutelle de l'éducation (réglementation, contrôle,

programmes) en relève, mais pas l'activité d'enseignement proprement dite. La même remarque peut être faite aussi pour la santé ou pour beaucoup de services à caractère collectif (culture, sport, ...).

L'analyse de la répartition des emplois salariés par secteur d'activité détaillé (NES 36) permet de préciser les composantes des cinq grands regroupements des activités. Le secteur industriel (11,9 % des emplois salariés) est marqué, dans la zone d'emploi de Metz, par l'industrie automobile (5,6 % du total des effectifs salariés). Les services regroupent 69 % des emplois salariés de la ZE de Metz. Mais cette catégorie rassemble des activités de nature diverse. Trois types de services regroupent près de 50 % des emplois salariés : l'éducation, la santé et l'action sociale avec 18,7 %, l'administration publique avec 16,5 % et les services aux entreprises avec 13,4 %. Lorsque la Nomenclature Économique de Synthèse (NES) fait référence à l'administration publique, elle ne se réfère pas au statut des salariés, mais à un type d'activité qui ne peut s'exercer sur le marché qui comprend également la gestion de la Sécurité sociale (voir note en fin du tableau précédent).

Répartition des emplois salariés par secteur d'activité détaillé Zone d'emploi de Metz au 31 décembre 2005



Source : INSEE - Estimations d'emploi salarié 31/12/2005 provisoires

* Voir note en fin du tableau précédent

Une répartition spatiale diversifiée des types d'emploi salarié dans la CA2M et dans les quartiers messins

L'analyse de la répartition des types d'emplois salariés par ville de plus de 10 000 habitants dans la CA2M ou par quartier messin permet de dresser une géographie locale des emplois et, par là, de catégories sociales avec des habitudes et des rapports à la santé fort différents. Cette analyse est présentée dans les quatre tableaux qui suivent (année 2005). Il faut toutefois préciser que ces données ne sont pas totalement comparables avec les précédentes, dans la mesure où elles proviennent des déclarations annuelles des données sociales et qu'elles ne comprennent pas les emplois fournis par l'État et ceux proposés par les particuliers (emplois domestiques). La lecture de ces tableaux permet de dégager, en synthèse, les points suivants :

- 31 % des emplois salariés sont à temps partiel sur l'agglomération de Metz. C'est à Woippy que ce type d'emploi est le plus fréquent (33 %).
- La part des salariés d'un établissement public est plus importante sur Marly (6,3 %) et Montigny-lès-Metz (5,7 %). A Metz, elle est de 3,5 %. Elle est proche de celle de Nancy (3,3 %).

- La proportion des salariés d'une association est de 13,7 % sur Metz et de 15 % sur Nancy.
- La part des salariés d'un établissement hospitalier sur Metz (3,6 %) est moitié moins importante que celle observée à Nancy (8,1 %). Elle est plus importante à Marly (4,7 %) et à Montigny-lès-Metz qu'à Metz (3,6%).
- L'industrie automobile est une caractéristique distinctive de l'agglomération de Metz (3,8 % des emplois salariés). Dans l'agglomération nancéenne, ce type d'activité ne regroupe que 0,4 % des emplois salariés.
- Le secteur de l'éducation, de la santé et de l'action sociale caractérise la ville de Nancy en regroupant près de 22 % des emplois salariés, alors qu'à Metz cette activité n'en rassemble que 14,5 %.
- Les emplois salariés occupés par une femme sont proportionnellement plus fréquents sur le quartier du Centre gare – Nouvelle ville (près de 50 %). C'est à Borny qu'ils sont les moins nombreux en proportion (40,5 %).
- La part des salariés d'un établissement public est la plus importante au Sablon (5%) et la plus faible à Borny (1,6 %).
- La part des salariés d'une collectivité territoriale est la plus importante dans le quartier des Iles (7 %). A Borny, cette proportion est deux fois moins importante (3,2 %).
- C'est dans le quartier du Centre gare et de la Nouvelle Ville que la part des salariés d'un établissement hospitalier est la plus élevée (6,8 %). A Borny, elle n'est que de 1,3 %.
- Borny se distingue des autres quartiers messins par les proportions les plus importantes de salariés pour deux secteurs d'activité : les services aux entreprises et la construction. Près du tiers des emplois salariés domiciliés à Borny relèvent des services aux entreprises (31,3 %). La part la plus faible est observée à Devant-les-Ponts (19,4 %). Dans la nomenclature NES 36, cette catégorie regroupe des activités diverses : postes et télécommunications, activités informatiques, assainissement, voirie et gestion des déchets, etc.
- La construction représente 12,2 % des emplois salariés à Borny alors que cette proportion n'est que de 3,7 % dans le quartier Centre Gare-Nouvelle Ville.
- Les salariés du secteur de l'éducation, de la santé et de l'action sociale représentent 18,7 % des salariés du quartier Centre Gare – Nouvelle Ville. Les parts les plus faibles sont observées à La Patrotte (11,7 %) et à Borny (12,1 %).

Caractéristiques de la population urbaine salariée au lieu de résidence – Année 2005 - Nombre

	Lorraine	Moselle	Agglo Metz	Metz	Montigny	Woippy	Marly	Agglo Nancy	Nancy	
Ensemble	Nombre de salariés	460 761	223 218	127 809	50 074	9 200	5 224	3 468	139 495	43 897
	<i>dont femmes</i>	213 671	101 425	58 820	23 731	4 414	2 228	1 660	67 251	21 660
	<i>dont à temps partiel</i>	139 072	69 004	39 261	15 857	2 558	1 726	1 035	41 643	14 097
Domaine d'emploi	Entreprise individuelle	32 509	16 664	9 231	3 895	722	426	192	8 864	3 108
	Établissement public	16 030	7 091	4 601	1 757	520	169	219	5 749	1 467
	Collectivité territoriale	29 480	13 444	8 289	2 770	578	282	230	9 140	2 239
	Association	52 830	25 083	15 045	6 844	1 089	574	396	17 732	6 571
	Établissement hospitalier	24 735	7 878	4 127	1 789	416	91	162	11 177	3 559
	Société	282 564	141 099	80 532	30 702	5 521	3 235	2 186	81 525	25 115
Domaine d'activité	Agriculture	757	318	194	78	14	12	3	183	39
	Industries agricoles et alimentaires	8 862	4 505	2 140	815	169	100	54	2 340	585
	Industries des biens de consommation	8 407	3 199	1 750	741	155	71	66	2 941	803
	Industrie automobile	10 577	7 892	4 814	1 414	230	125	78	516	133
	Industrie des biens d'équipement	12 098	6 987	3 386	903	150	148	67	2 788	638
	Industrie des biens intermédiaires	29 536	15 331	6 681	1 099	185	163	97	5 332	870
	Énergie	5 490	2 996	1 436	500	102	61	72	1 618	384
	Construction	27 576	14 614	8 275	3 132	570	472	222	7 176	1 666
	Commerce	68 815	34 470	19 662	7 494	1 631	731	564	19 586	5 942
	Transports	20 785	10 532	6 596	2 379	626	353	199	5 893	1 334
	Activités financières	12 105	4 904	3 243	1 485	285	60	205	4 884	1 740
	Activités immobilières	6 266	3 159	1 987	1 024	165	67	61	1 945	816
	Services aux entreprises	96 016	46 065	26 824	11 492	1 772	1 460	616	30 019	10 287
	Services aux particuliers	36 277	16 987	10 865	4 991	750	404	227	12 518	5 471
	<i>dont services personnels et domestiques</i>	4 818	2 656	1 498	424	99	45	29	1 136	337
	Éducation, santé, action sociale	75 136	31 031	16 967	7 248	1 407	586	514	28 756	9 543
	Administration publique	33 608	15 692	9 841	3 543	726	317	314	10 410	2 642
Activités associatives	8 061	4 386	3 064	1 734	262	94	109	2 404	1 003	

Source : Exploitation des Déclarations Annuelles des Données sociales (DADS)

Précaution de lecture : L'exploitation par l'INSEE de la déclaration annuelle des données sociales comprend, outre les établissements privés, les collectivités territoriales, la fonction publique hospitalière (publique et privée), les établissements publics à caractère industriel et commercial. Elle ne porte pas sur les agents des organismes de l'État (titulaires ou non) et les services domestiques où l'employeur est un particulier.

L'agglomération de Metz ne correspond pas au territoire de la CA2M mais à celui de l'unité urbaine définie par l'INSEE. La notion d'unité urbaine repose sur la continuité de l'habitat : est considérée comme telle un ensemble d'une ou plusieurs communes présentant une continuité du tissu bâti (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) et comptant au moins 2 000 habitants. La condition est que chaque commune de l'unité urbaine possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie.

Caractéristiques de la population urbaine salariée au lieu de résidence – Année 2005 - Proportion

	Lorraine	Moselle	Agglo Metz	Metz	Montigny	Woippy	Marly	Agglo Nancy	Nancy
Ensemble	Salariés (total)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	<i>dont femmes</i>	46,4%	45,4%	46,0%	47,4%	48,0%	42,6%	47,9%	48,2%
	<i>dont à temps partiel</i>	30,2%	30,9%	30,7%	31,7%	27,8%	33,0%	29,8%	29,9%
Domaine d'emploi	Entreprise individuelle	7,1%	7,5%	7,2%	7,8%	7,8%	8,2%	5,5%	6,4%
	Établissement public	3,5%	3,2%	3,6%	3,5%	5,7%	3,2%	6,3%	4,1%
	Collectivité territoriale	6,4%	6,0%	6,5%	5,5%	6,3%	5,4%	6,6%	6,6%
	Association	11,5%	11,2%	11,8%	13,7%	11,8%	11,0%	11,4%	12,7%
	Établissement hospitalier	5,4%	3,5%	3,2%	3,6%	4,5%	1,7%	4,7%	8,0%
	Société	61,3%	63,2%	63,0%	61,3%	60,0%	61,9%	63,0%	58,4%
Domaine d'activité	Agriculture	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
	Industries agricoles et alimentaires	1,9%	2,0%	1,7%	1,6%	1,8%	1,9%	1,6%	1,7%
	Industries des biens de consommation	1,8%	1,4%	1,4%	1,5%	1,7%	1,4%	1,9%	2,1%
	Industrie automobile	2,3%	3,5%	3,8%	2,8%	2,5%	2,4%	2,2%	0,4%
	Industrie des biens d'équipement	2,6%	3,1%	2,6%	1,8%	1,6%	2,8%	1,9%	2,0%
	Industrie des biens intermédiaires	6,4%	6,9%	5,2%	2,2%	2,0%	3,1%	2,8%	3,8%
	Énergie	1,2%	1,3%	1,1%	1,0%	1,1%	1,2%	2,1%	1,2%
	Construction	6,0%	6,5%	6,5%	6,3%	6,2%	9,0%	6,4%	5,1%
	Commerce	14,9%	15,4%	15,4%	15,0%	17,7%	14,0%	16,3%	14,0%
	Transports	4,5%	4,7%	5,2%	4,8%	6,8%	6,8%	5,7%	4,2%
	Activités financières	2,6%	2,2%	2,5%	3,0%	3,1%	1,1%	5,9%	3,5%
	Activités immobilières	1,4%	1,4%	1,6%	2,0%	1,8%	1,3%	1,8%	1,4%
	Services aux entreprises	20,8%	20,6%	21,0%	23,0%	19,3%	27,9%	17,8%	21,5%
	Services aux particuliers	7,9%	7,6%	8,5%	10,0%	8,2%	7,7%	6,5%	9,0%
	<i>dont services personnels et domestiques</i>	1,0%	1,2%	1,2%	0,8%	1,1%	0,9%	0,8%	0,8%
	Éducation, santé, action sociale	16,3%	13,9%	13,3%	14,5%	15,3%	11,2%	14,8%	20,6%
	Administration publique	7,3%	7,0%	7,7%	7,1%	7,9%	6,1%	9,1%	7,5%
Activités associatives	1,7%	2,0%	2,4%	3,5%	2,8%	1,8%	3,1%	1,7%	

Source : Exploitation des Déclarations Annuelles des Données sociales (DADS)

Précaution de lecture : L'exploitation par l'INSEE de la déclaration annuelle des données sociales comprend, outre les établissements privés, les collectivités territoriales, la fonction publique hospitalière (publique et privée), les établissements publics à caractère industriel et commercial. Elle ne porte pas sur les agents des organismes de l'État (titulaires ou non) et les services domestiques où l'employeur est un particulier.

L'agglomération de Metz ne correspond pas au territoire de la CA2M mais à celui de l'unité urbaine définie par l'INSEE. La notion d'unité urbaine repose sur la continuité de l'habitat : est considérée comme telle un ensemble d'une ou plusieurs communes présentant une continuité du tissu bâti (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) et comptant au moins 2 000 habitants. La condition est que chaque commune de l'unité urbaine possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie.

Caractéristiques de la population salariée au lieu de résidence (Ville de Metz) – Année 2005 - Nombre

		Devant- lès-Pont	La Patrotte	Les Iles	Centre ancienne ville	Bellecroix	Vallières - Les Bordes	Gare - Nouvelle ville	Sablon	Plantières - Queuleu	Borny	Magny	Grigy - Grange aux bois
Ensemble	Nombre de salariés	354	318	233	6592	194	416	4760	7613	5570	539	234	2620
	dont femmes	170	138	107	3206	913	197	2368	3724	2723	233	109	1231
	dont à temps partiel	998	105	813	2382	759	114	1371	2113	1538	218	676	818
Domaine d'emploi	Entreprise individuelle	237	304	188	572	187	274	346	557	366	533	165	166
	Établissement public	129	94	58	124	44	148	206	382	199	84	176	113
	Collectivité territoriale	245	139	164	432	112	222	223	382	402	174	129	146
	Association	480	389	371	1052	270	544	661	923	787	746	284	337
	Établissement hospitalier	153	84	58	185	31	131	323	303	241	68	104	108
	Société	218	195	135	3919	115	267	2866	4756	3382	337	143	1647
Domaine d'activité	Agriculture	2	4	3	8	5	4	1	22	5	15	6	3
	Industries agricoles et alimentaires	60	62	38	91	46	58	57	136	82	106	33	46
	Industries des biens de	57	34	38	114	19	73	92	97	77	60	45	35
	Industrie automobile	91	95	40	87	50	227	86	203	149	216	58	112
	Industrie des biens d'équipement	81	59	36	66	36	81	76	130	134	89	56	59
	Industrie des biens intermédiaires	87	74	44	152	29	97	98	188	139	101	37	53
	Énergie	58	15	26	46	7	65	56	68	57	24	44	34
	Construction	226	274	112	297	155	229	175	489	250	658	138	129
	Commerce	592	477	323	935	274	682	725	1180	841	622	402	441
	Transports	205	193	97	196	84	218	233	453	208	205	148	139
	Activités financières	119	38	63	175	27	146	187	277	247	33	108	65
	Activités immobilières	54	40	53	151	32	84	110	160	158	72	49	61
	Services aux entreprises	686	920	564	1368	571	826	948	1737	1152	169	487	541
	Services aux particuliers	298	277	288	1134	168	323	570	663	431	452	139	248
	<i>dont services personnels</i>	29	26	16	81	11	48	44	73	35	21	19	21
	Éducation, santé, action sociale	508	373	322	919	236	646	892	1065	898	655	325	409
	Administration publique	289	173	200	549	123	289	308	508	529	210	182	183
Activités associatives	127	80	89	304	84	114	146	236	213	189	90	62	

Source : Exploitation des Déclarations Annuelles des Données sociales (DADS). Voir note du tableau de la page précédente.

Caractéristiques de la population salariée au lieu de résidence (Ville de Metz) – Année 2005 – Proportion (%)

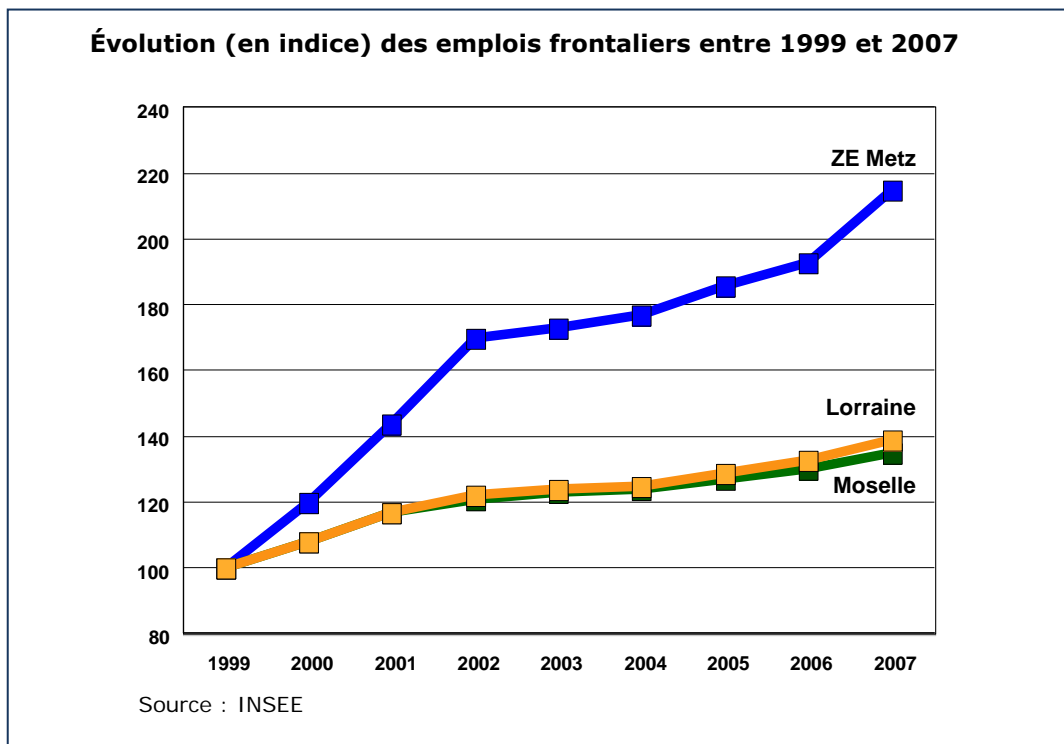
		Devant- lès-Pont	La Patrotte	Les Iles	Centre ancienne ville	Bellecroix	Vallières - Les Bordes	Gare - Nouvelle ville	Sablon	Plantières - Queuleu	Borny	Magny	Grigy - Grange aux bois
Ensemble	Salariés (total)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	<i>dont femmes</i>	<i>48,1</i>	<i>43,5</i>	<i>45,8</i>	<i>48,6</i>	<i>46,9</i>	<i>47,4</i>	49,7	<i>48,9</i>	<i>48,9</i>	<u>43,3</u>	<i>46,6</i>	<i>47,0</i>
	<i>dont à temps partiel</i>	<i>28,2</i>	<i>33,0</i>	<i>34,8</i>	<i>36,1</i>	<i>39,0</i>	<u>27,6</u>	<i>28,8</i>	<i>27,8</i>	<i>27,6</i>	40,5	<i>28,8</i>	<i>31,2</i>
Domaine d'emploi	Entreprise individuelle	6,7	9,5	8,0	8,7	9,6	<u>6,6</u>	7,3	7,3	6,6	9,9	7,0	6,3
	Établissement public	3,6	2,9	2,5	1,9	2,3	3,6	4,3	5,0	3,6	<u>1,6</u>	7,5	4,3
	Collectivité territoriale	6,9	4,4	7,0	6,6	5,8	5,3	4,7	5,0	7,2	<u>3,2</u>	5,5	5,6
	Association	13,6	12,2	15,9	16,0	13,9	13,1	13,9	12,1	14,1	13,8	<u>12,1</u>	12,9
	Établissement hospitalier	4,3	2,6	2,5	2,8	1,6	3,1	6,8	4,0	4,3	<u>1,3</u>	4,4	4,1
	Société	61,8	61,3	<u>57,8</u>	59,5	59,4	64,3	60,2	62,5	60,7	62,6	60,9	62,9
Domaine d'activité	Agriculture	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,0	0,3	0,1	0,3	0,3	0,1
	Industries agricoles et alimentaires	1,7	1,9	1,6	1,4	2,4	1,4	<u>1,2</u>	1,8	1,5	2,0	1,4	1,8
	Industries des biens de consommation	1,6	1,1	1,6	1,7	<u>1,0</u>	1,8	1,9	1,3	1,4	1,1	1,9	1,3
	Industrie automobile	2,6	3,0	1,7	<u>1,3</u>	<u>2,6</u>	5,5	1,8	2,7	2,7	4,0	2,5	4,3
	Industrie des biens d'équipement	2,3	1,9	1,5	<u>1,0</u>	1,8	1,9	1,6	1,7	2,4	1,6	2,4	2,3
	Industrie des biens intermédiaires	2,5	2,3	1,9	2,3	<u>1,5</u>	2,3	2,1	2,5	2,5	1,9	1,6	2,0
	Énergie	1,6	0,5	1,1	0,7	<u>0,4</u>	1,6	1,2	0,9	1,0	<u>0,4</u>	1,9	1,3
	Construction	6,4	8,6	4,8	4,5	8,0	5,5	<u>3,7</u>	6,4	4,5	12,2	5,9	4,9
	Commerce	16,7	15,0	13,8	14,2	14,1	16,4	15,2	15,5	15,1	<u>11,5</u>	17,1	16,8
	Transports	5,8	6,1	4,2	<u>3,0</u>	4,3	5,2	4,9	6,0	3,7	3,8	6,3	5,3
	Activités financières	3,4	1,2	2,7	2,7	1,4	3,5	3,9	3,6	4,4	<u>0,6</u>	4,6	2,5
	Activités immobilières	1,5	<u>1,3</u>	2,3	2,3	1,6	2,0	2,3	2,1	2,8	<u>1,3</u>	2,1	2,3
	Services aux entreprises	<u>19,4</u>	28,9	24,1	20,8	29,3	19,8	19,9	22,8	20,7	31,3	20,7	20,6
	Services aux particuliers	8,4	8,7	12,3	17,2	8,6	7,8	12,0	8,7	7,7	8,4	<u>5,9</u>	9,5
	dont services personnels	<i>0,8</i>	<i>0,8</i>	<i>0,7</i>	1,2	<i>0,6</i>	1,2	<i>0,9</i>	<i>1,0</i>	<i>0,6</i>	<u>0,4</u>	<i>0,8</i>	<i>0,8</i>
	Éducation, santé, action sociale	14,4	<u>11,7</u>	13,8	13,9	12,1	15,5	18,7	14,0	16,1	12,1	13,8	15,6
	Administration publique	8,2	5,4	8,6	8,3	6,3	6,9	6,5	6,7	9,5	<u>3,9</u>	7,8	7,0
Activités associatives	3,6	<u>2,5</u>	3,8	4,6	4,3	2,7	3,1	3,1	3,8	3,5	3,8	2,4	

Source : Exploitation des Déclarations Annuelles des Données sociales (DADS). Voir note du tableau de la page précédente.

Une forte progression de l'emploi frontalier vers le Luxembourg

L'emploi frontalier dans l'économie de la zone d'emploi de Metz est tourné très majoritairement vers le Grand-duché de Luxembourg. Entre 1999 et 2007, le nombre de personnes travaillant au Grand-duché a été multiplié par deux.

La restructuration industrielle que la Lorraine a rencontrée dans les décennies antérieures explique pour partie le recours à l'emploi frontalier. Pour l'ensemble de la Lorraine, en 2007, ce sont 90 928 salariés qui traversent la frontière pour travailler. En 1999, leur nombre était de 65 539, soit une augmentation de 39 % en huit ans. L'Allemagne et la Belgique attirent 30 % d'entre eux. Mais c'est la dynamique économique du Grand-duché du Luxembourg qui constitue le pôle le plus attractif. En 2007, 70 % des travailleurs transfrontaliers lorrains sont employés au Luxembourg.



Pour la zone d'emploi de Metz, l'emploi frontalier est passé de 2 627 en 1999 à 5 083 en 2006, soit une progression de près de 94 % en sept ans (progression annuelle moyenne de 9,9%). Le pays de destination de ces travailleurs frontaliers est presque exclusivement le Luxembourg. En 2006, 97 % des travailleurs frontaliers de la ZE de Metz se déplacent vers ce pays.

Metz : Un quart des ménages actifs et 36 % des hommes actifs sont ouvriers

Toutes les études épidémiologiques montrent la corrélation qui existe entre les niveaux de vie et l'état de santé des populations. Les disparités sociales induisent des inégalités de santé. La position sociale, les niveaux d'études et de ressources, la qualité du soutien social et de l'environnement, la capacité à utiliser le système de soins, sont autant de facteurs qui participent à l'état de santé objectif, et à la perception que la population peut avoir de sa propre santé.

Au rang des déterminants sociaux relevant de la position sociale, on retiendra surtout la part importante des ouvriers sur la Ville de Metz et certaines communes de la CA2M. Or on sait que, non seulement les ouvriers vivent en moyenne moins longtemps que les autres catégories sociales, notamment les cadres et les professions intermédiaires, mais leur vie plus courte connaît plus de maladies, d'incapacités et de handicaps que les autres catégories.

Or 25,8 % des ménages dont la personne de référence est active sont des ménages ouvriers à Metz. Certes cette proportion est inférieure à celle observée pour l'ensemble de la Moselle (40 %) avec son bassin houiller et son bassin sidérurgique. Mais elle est nettement supérieure à celle observée à Nancy (17 %). Si on ne tient compte que des hommes actifs, la proportion d'ouvriers passe à 36 % pour la ville de Metz (25 % à Nancy).

Cet aspect, considéré comme un déterminant social de la santé, est important à prendre en compte et à se rappeler en permanence, car globalement l'état de santé des messins n'est pas des plus favorable lorsqu'on le compare à l'ensemble de la France ou lorsqu'on le met en parallèle avec celui des nancéens qui connaissent le meilleur état de santé de la population lorraine.

Répartition (en %) des ménages dont la personne de référence est active en fonction de la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence (Recensement de 1999)

	Agri. exploitants	Artisans, commerçants et chefs d'ent.	Cadres prof. intel. sup.	Prof. Inter.	Employés	Ouvriers	Ensemble des actifs
CA2M	0,2	6,2	19,0	26,4	22,3	26,0	100,0
Metz	0,1	5,2	18,5	26,0	24,3	25,8	100,0
Montigny-lès-Metz	-	7,5	13,8	28,4	20,9	29,5	100,0
Woippy	0,1	4,0	7,7	19,1	19,6	49,5	100,0
Marly	0,2	9,2	25,2	31,2	18,7	15,5	100,0
Moselle	0,9	6,1	11,8	23,7	17,1	40,5	100,0
Lorraine	1,7	6,5	11,9	23,2	17,5	39,3	100,0
CUGN	0,1	5,6	22,1	27,7	23,1	21,4	100,0
Nancy	0,1	5,5	25,8	28,1	23,5	17,0	100,0
Devant-les-Ponts	-	3,5	15,5	27,7	23,6	29,7	100,0
La Patrotte	0,0	4,0	8,0	21,6	25,5	40,7	100,0
Les Iles	-	3,6	24,9	26,2	25,6	19,8	100,0
Centre - ancienne ville	-	6,9	28,8	26,3	21,9	16,1	100,0
Bellecroix	-	2,7	8,1	17,2	28,3	43,7	100,0
Vallières - Les Bordes	0,1	7,6	17,4	30,0	20,1	24,6	100,0
Gare - Nouvelle ville	-	7,3	28,4	26,3	23,4	14,7	100,0
Sablon	-	4,0	14,2	29,6	28,7	23,6	100,0
Plantières - Queuleu	-	6,8	26,1	29,4	22,7	15,0	100,0
Borny	0,1	4,6	5,1	14,3	25,9	49,9	100,0
Magny	0,6	4,1	19,5	30,2	21,8	23,8	100,0
Grigy - La Grange aux B.	-	3,7	20,2	32,0	22,6	21,5	100,0

Source : Recensement général de la population 1999

Actif = Personne ayant un emploi ou à la recherche d'un emploi

Professions intermédiaires : Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés. Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises.

Techniciens. Contremaîtres, agents de maîtrise.

Répartition des hommes actifs en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle (Recensement de 1999)

	Agri. exploitants	Artisans, commerçants et chefs d'ent.	Cadres prof. intel. sup.	Prof. Inter.	Employés	Ouvriers	Ensemble des actifs
CA2M	0,3	6,5	18,3	24,1	15,7	35,2	100,0
Metz	0,1	5,7	18,1	23,4	16,8	35,9	100,0
Montigny-lès-Metz	0,2	6,2	17,5	24,7	17,9	33,5	100,0
Woippy	0,1	3,5	6,5	16,8	11,8	61,4	100,0
Marly	0,2	9,5	25,3	30,8	13,3	21,0	100,0
Moselle	1,1	5,7	10,8	21,7	12,1	48,7	100,0
Lorraine	1,1	6,0	12,6	22,3	12,8	45,2	100,0
CUGN	0,1	6,8	22,3	25,7	15,0	30,1	100,0
Nancy	0,1	7,1	26,6	25,7	15,2	25,4	100,0
Devant-les-Ponts	0,2	3,8	15,2	25,7	14,1	41,0	100,0
La Patrotte	0,0	4,0	6,8	19,6	15,1	54,5	100,0
Les Iles	-	3,5	20,2	20,9	26,8	28,6	100,0
Centre - ancienne ville	0,1	7,9	29,3	22,5	16,4	23,7	100,0
Bellecroix	-	2,7	9,8	13,5	13,5	60,6	100,0
Vallières - Les Bordes	0,2	8,3	17,3	27,4	13,6	33,3	100,0
Gare - Nouvelle ville	-	8,6	29,2	23,3	18,2	20,6	100,0
Sablon	-	4,1	14,6	26,3	19,8	35,1	100,0
Plantières - Queuleu	-	7,3	27,1	27,6	16,4	21,6	100,0
Borny	0,2	5,2	4,5	13,7	13,4	63,0	100,0
Magny	0,6	5,2	18,4	29,4	16,3	30,0	100,0
Grigy - La Grange aux B.	-	3,6	19,5	32,0	18,4	26,5	100,0

Source : Recensement général de la population 1999

Actif = Personne ayant un emploi ou à la recherche d'un emploi

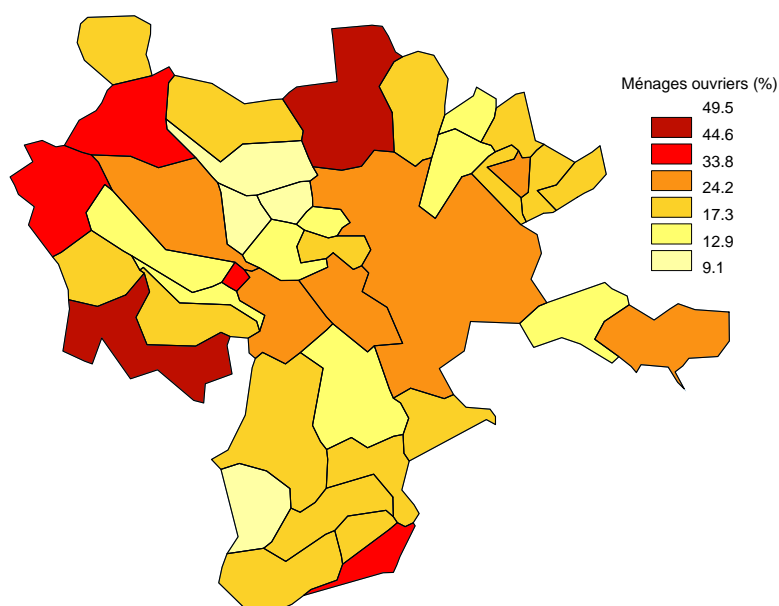
Professions intermédiaires : Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés. Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises.

Techniciens. Contremaîtres, agents de maîtrise.

Dans les communes de la CA2M, quelques unes se distinguent avec des proportions importantes de ménages ouvriers : Woippy 49,5 % (61 % des hommes actifs), Ars-sur-Moselle 44, % (53 % des hommes actifs).

A l'intérieur de Metz, des quartiers comme Borny, Bellecroix ou La Patrotte atteignent des proportions similaires de ménages ouvriers. Ce parallélisme est important. Car on ne dispose pas de données sur l'état de santé des populations dans les quartiers, mais on les maîtrise davantage sur les communes. On peut donc réfléchir à l'état de santé des quartiers messins les plus populaires en se fondant sur les résultats obtenus sur les communes à composition sociale similaire.

Proportion (%) de ménages ouvriers par rapport au nombre de ménages dont la personne de référence est active (Recensement de 1999)

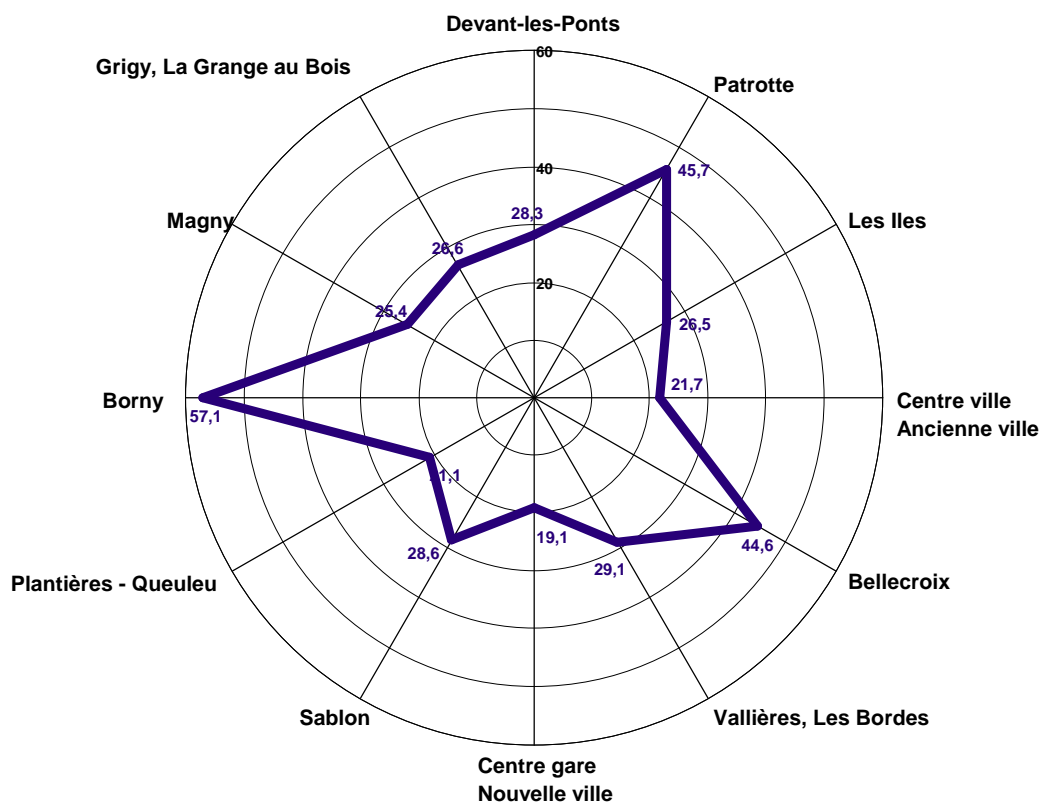


Répartition (en %) de la population salariée au lieu de résidence en fonction de la catégorie socioprofessionnelle – Année 2005

	Chefs d'ent. et cadres	Prof. Inter.	Employés	Ouvriers	Dont ouvriers non qualifiés	Apprentis	Ensemble
Agglomération Metz	9,8	21,0	33,4	33,9	13,6	1,9	100,0
Metz	11,4	21,0	35,3	30,3	14,0	2,0	100,0
Montigny-lès-Metz	10,6	22,9	36,4	28,1	10,5	2,0	100,0
Woippy	4,8	14,5	30,2	48,1	22,9	2,4	100,0
Marly	18,5	28,6	31,5	19,4	5,6	2,0	100,0
Moselle	8,6	19,8	33,0	36,7	14,9	1,9	100,0
Lorraine	9,9	21,0	33,3	33,9	13,3	1,9	100,0
Agglomération Nancy	13,4	24,2	34,1	26,6	9,6	1,7	100,0
Nancy	17,7	25,2	34,4	21,1	8,5	1,6	100,0
Devant-les-Ponts	9,7	22,9	37,2	28,3	10,1	1,9	100,0
La Patrotte	3,7	13,9	34,5	45,7	23,2	2,2	100,0
Les Iles	12,6	21,2	38,1	26,5	13,0	1,6	100,0
Centre - ancienne ville	16,4	22,5	37,8	21,7	10,3	1,6	100,0
Bellecroix	4,0	12,0	35,9	44,6	23,2	3,5	100,0
Vallières - Les Bordes	12,1	23,5	34,0	29,1	11,7	1,3	100,0
Gare - Nouvelle ville	20,8	25,3	34,0	18,1	6,7	1,8	100,0
Sablon	9,2	23,6	36,7	28,6	12,4	1,9	100,0
Plantières - Queuleu	16,4	25,1	35,8	21,1	8,9	1,6	100,0
Borny	2,2	8,5	29,9	57,1	32,6	2,3	100,0
Magny	12,4	25,7	33,8	25,4	9,3	2,7	100,0
Grigy - La Grange aux B.	10,7	23,1	36,8	26,6	10,4	2,8	100,0

Source : Exploitation des Déclarations Annuelles des Données sociales (DADS). Ces données ne portent pas sur les emplois de la fonction publique d'État et sur les emplois fournis par les particuliers (emplois domestiques)

Proportion d'ouvriers par quartier messin parmi les salariés en 2005



Un taux de chômage qui s'est amélioré en 2007 pour retrouver le niveau de 2000, mais avec des disparités importantes par commune ou par quartier messin

Le fait de perdre son emploi est un déterminant social reconnu de la santé. Différents travaux ont montré que les personnes mises au chômage ont une forte probabilité de connaître, dans les semaines qui suivent cet événement, différents symptômes liés à la dépression. Par ailleurs, la perte d'un emploi se traduit aussi généralement par une diminution du revenu du ménage et par une réduction des activités sociales.

Comme en France métropolitaine, le taux de chômage s'est amélioré, entre 2006 et 2007, en Lorraine. En 2007, à partir de la nouvelle série calculée et publiée par l'Insee en mai 2008, l'évolution du taux de chômage, en moyenne annuelle, par zone d'emploi situe la région messine dans le groupe de tête régional de la baisse du chômage.

Évolution du taux de chômage en moyenne annuelle¹ entre 1999 et 2007

	ZE Metz	ZE Nancy	Lorraine	ZE Dijon	Bourgogne	France
1999	9,3	8,9	8,8	8,5	9,0	9,5
2000	7,9	7,7	7,5	7,3	7,5	8,1
2001	7,0	6,9	7,0	6,7	6,7	7,4
2002	7,2	7,1	7,4	6,8	7,0	7,5
2003	7,7	7,6	8,1	7,2	7,6	8,0
2004	8,0	8,1	8,6	7,4	7,8	8,9
2005	8,3	8,2	8,9	7,4	7,9	8,9
2006	8,6	8,4	9,1	7,3	7,9	8,8
2007	7,8	7,5	8,2	6,7	7,0	8,0

Source : Insee (série de 1999 à 2007 – mai 2008)

Le taux de chômage est le pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés + chômeurs). Seules les demandes d'emploi de catégories 1, 2 ou 3, hors activité réduite, sont prises en compte. Ces catégories concernent les personnes immédiatement disponibles à la recherche d'un emploi, soit à durée indéterminée à temps plein (catégorie 1) ou à temps partiel (catégorie 2), soit à durée limitée (CDD, intérim) (catégorie 3) et qui n'ont pas exercé une activité réduite de plus de 78 heures.

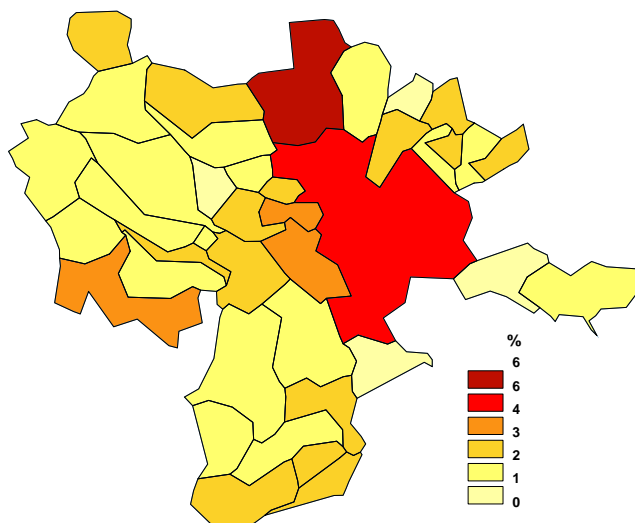
En 1999, le taux de chômage de la zone d'emploi de Metz est de 9,3, soit à un niveau supérieur à celui de la Lorraine (8,8). En 2007, la situation est améliorée, le taux de chômeurs de la zone d'emploi messine (7,8) est inférieur à celui de la région (8,2). Il reste cependant supérieur à celui de la zone d'emploi de Nancy (7,5) et très supérieur à celui de la zone d'emploi de Dijon (6,7).

Il est difficile de connaître le taux de chômage à un échelon inférieur à la zone d'emploi en raison des difficultés méthodologiques pour actualiser la population active. On peut toutefois utiliser un autre indicateur : la part de chômage dans la population totale, soit la proportion de chômeurs dans la population totale. Cet indicateur est moins pertinent que le taux de chômage, mais il permet néanmoins de comparer des territoires entre eux.

¹ Depuis fin 2007, l'Insee a modifié les modes de calcul du chômage pour se rapprocher des normes européennes et permettre des comparaisons au sein de l'Union européenne. Au niveau national, le taux de chômage est calculé sur l'enquête emploi en continu réalisée auprès d'un très grand échantillon de ménages interrogés sur le territoire.

Au niveau local, les « taux de chômage localisés » sont calculés en combinant les données de l'enquête emploi en continu (qui n'est représentative qu'au niveau national) et les DEFM (demandeurs d'emploi en fin de mois) qui permettent de disposer d'une clé de répartition locale des demandeurs d'emploi. Le chômage brut est ainsi obtenu pour chaque zone. Il est ensuite corrigé des variations saisonnières. Le calcul de la population active s'appuie sur les estimations annuelles d'emploi au lieu de travail, trimestrialisées à partir des évolutions conjoncturelles de l'emploi.

Part (%) de chômage dans la population au 31/12/2007 par commune de la CA2M



Nombre de demandeurs d'emploi par commune de plus de 1000 habitants au 31/12/2007 et part de chômage

	Nombre	
Amanvillers	38	1,8
Ars-sur-Moselle	184	3,9
Augny	29	1,2
Le Ban-Saint-Martin	115	2,6
Chatel-Saint-Germain	29	1,3
Longeville-lès-Metz	119	3,0
Lorry-lès-Metz	24	1,7
Marly	186	1,9
Metz	5332	4,3
Montigny-lès-Metz	814	3,5
Moulins-lès-Metz	126	2,7
Plappeville	25	1,1
Rozérieulles	26	1,9
Saint-Julien-lès-Metz	73	2,4
Saint-Privat-la-Montagne	36	2,3
Saulny	36	2,6
Scy-Chazelles	53	2,0
Woippy	797	6,1

Source : DARES, ANPE, INSEE Exploitation : ORSAS

La part de chômage est la proportion de chômeurs demandeurs d'emploi de catégorie 1, 2 ou 3, hors activité réduite, dans la population totale.

Les caractéristiques du chômage dans les quartiers de Metz au 31/12/2006

Quartiers	Nombre de demandeurs d'emploi *	Part de chômage **	% de femmes ***	% de moins de 25 ans ***	% de chômeurs de longue durée ***
Devant-les-Ponts	369	4,2	42,8	22,7	10,8
La Patrotte	564	6,8	38,9	20,8	12,1
Les Îles	294	4,3	34,8	13,2	9,1
Centre ville, Ancienne ville	827	6,1	43,1	19,7	10,7
Bellecroix	364	6,7	42,2	22,3	10,1
Vallières, Les Bordes	395	4,1	42,4	16,1	11,6
Centre Gare, Nouvelle ville	336	3,3	45,0	20,2	9,8
Sablon	855	5,0	41,3	21,2	9,5
Plantières, Queuleu	471	3,6	42,3	17,0	11,7
Borny	1029	** 6,0	37,5	24,1	9,4
Magny	123	2,1	43,6	20,0	9,1
Grigy, La Grange-aux-Bois	233	3,1	54,7	28,6	9,4
Metz	5860	4,7	41,4	20,7	10,3

Source : DARES, ANPE, INSEE Exploitation ORSAS.

* Demandeurs d'emploi de catégorie 1, 2 ou 3, hors activité réduite

** La part de chômage est calculée sur les données de population par quartiers disponibles au moment de la rédaction du rapport. Il s'agit donc des données du recensement de 1999. L'analyse de la part de chômage doit donc être menée avec prudence et réserve, surtout pour Metz-Borny qui, depuis 1999, a connu un programme de réhabilitation urbaine qui a modifié le nombre de la population totale.

*** Ces données sont disponibles pour les demandeurs d'emploi de catégorie 1. Les proportions indiquées sont donc calculées par rapport à l'ensemble des demandeurs d'emploi de catégorie 1.

III – REVENUS - PAUVRETÉ

La situation socioéconomique des personnes et des groupes a au moins autant d'incidence, sinon plus, sur l'état de santé des populations que les soins médicaux et les comportements personnels. Le revenu, comme indicateur du niveau de vie, présente une forte corrélation avec l'état de santé des populations dans les études épidémiologiques. Le niveau de santé est en effet déterminé par les conditions de vie, de logement et de travail, et par des comportements de prévention ou « à risque » qui sont souvent fortement soumis à des contraintes sociales et socio-économiques.

Cette question est abordée ici de deux manières différentes. D'abord en observant les revenus déclarés aux services fiscaux par les ménages, puis le nombre de ménages vivant sous le seuil de bas revenus.

REVENUS

En 2005, la moitié de la population de la CA2M vit dans un ménage qui déclare un revenu par unité de consommation (UC) inférieur à 1 395 euros par mois. La moitié des habitants de Metz vit dans un ménage dont le revenu est inférieur à 1 287 euros par mois.

Ce revenu médian par UC (voir encadré sur les définitions) place la CA2M au 6^{ème} rang des 15 communautés d'agglomération ou communautés urbaines de 200 000 à 300 000 habitants de France. La CA2M se caractérise aussi par des revenus un peu plus dispersés qu'à l'échelon national. Le seuil des hauts revenus est 6,3 fois plus élevé que celui des bas revenus : 10 % des habitants vivent avec plus de 2 866 euros par mois déclarés par UC et 10 % avec moins de 452 euros par mois par UC.

**Niveau et dispersion du revenu déclaré par unité de consommation en 2005
(Entités territoriales de plus de 2000 habitants)**

	Ménages fiscaux		1 ^{er} quartile €	Médiane €	3 ^{ème} quartile €	1 ^{er} décile €	9 ^{ème} décile €	Rapport interdécile (D9/D1)
	Nombre	% non imposés						
CA2M	89 362	36,6%	877	1395	2023	452	2866	6,3
Metz 51	123	39,8%	749	1287	1917	348	3371	9,7
Ars-sur-Moselle	1 859	39,3%	874	1245	1724	543	2278	4,2
Le Ban Saint-Martin	1 719	28,4%	1112	1534	2274	763	3356	4,4
Longeville-lès-Metz	1 774	33,6%	1092	1552	2285	659	3379	5,1
Marly	3 749	25,0%	1259	1754	2426	348	2725	7,8
Montigny-lès-Metz	10 272	36,7%	950	1392	1945	590	2709	4,6
Moulins-lès-Metz	1 980	31,5%	1082	1494	2027	725	2736	3,8
Plappeville	834	17,4%	1510	2087	2922	1076	4125	3,8
Saint-Julien-lès-M.	1 154	23,7%	1287	1839	2700	874	3706	4,2
Scy-Chazelles	1 106	25,0%	1237	1758	2602	870	3960	4,6
Woippy	4 632	49,7%	556	955	1466	275	2047	7,4
Moselle	398 542	42,1%	881	1308	1836	494	2507	5,1
Lorraine	917 587	41,7%	878	1299	1813	773	2473	3,2
France	24 439	36,6%	893	1363	1953	510	2767	5,4
Province	19 916	39,0%	883	1322	1858	513	2567	5,0
CUGN	105 789	35,9%	895	1440	2082	419	2941	7,0
Nancy	45 410	39,3%	786	1390	2126	308	3198	10,4
Dijon	65 346	32,4%	993	1480	2073	558	2897	5,2

Voir définitions page suivante

Source : L'INSEE diffuse des statistiques locales sur les revenus qu'il établit à partir des fichiers des déclarations des revenus et de la taxe d'habitation, fournis par la Direction Générale des Impôts (DGI). Les indicateurs diffusés permettent de décrire le niveau et les disparités de revenus des ménages à travers leur médiane, quartiles et déciles.

Définitions

Les **ménages fiscaux** sont constitués par le regroupement des foyers fiscaux répertoriés dans un même logement. Sont exclus de l'étude:

- les ménages de contribuables concernés par mariage, décès ou séparation au cours de l'année étudiée;
- les ménages constitués de personnes ne disposant pas de leur indépendance fiscale (essentiellement des étudiants, inclus dans le ménage de leurs parents);
- les contribuables vivant en collectivité. En France métropolitaine, les "ménages fiscaux" représentent 95 % des ménages au sens du recensement.

Le **revenu déclaré** aux services fiscaux, plus simplement appelé **revenu fiscal**, est la somme des ressources déclarées par les contribuables sur la déclaration des revenus 2005, avant abattement. Il comprend quatre catégories de revenus:

- les revenus salariaux (salaires, droits d'auteur, avantages en nature, indemnités de maladie, allocations de chômage et de préretraite, revenus perçus à l'étranger) ;
- les revenus des professions non salariées ;
- les retraites (hors minimum vieillesse), pensions d'invalidité, pensions alimentaires (déduction faite des pensions versées) et rentes viagères ;
- les autres revenus (essentiellement des revenus du patrimoine).

Le revenu fiscal est un **revenu avant redistribution**. Il ne peut pas être assimilé à un revenu disponible, qui supposerait que l'on ajoute les revenus sociaux non déclarés (minima sociaux tels que RMI et minimum vieillesse, prestations familiales, aides au logement) et que l'on soustraie les impôts directs (impôt sur le revenu et taxe d'habitation). Le revenu fiscal ne permet donc pas de tirer de conclusions immédiates en termes de niveau de vie des ménages.

Le revenu fiscal par **unité de consommation (UC)** présente l'avantage de relativiser le niveau de revenu par rapport à la composition du ménage fiscal, en tenant compte des économies d'échelle résultant de la vie en groupe. Le revenu exprimé par UC devient un revenu par équivalent adulte, comparable d'un lieu à un autre et entre ménages de compositions différentes. Le nombre d'UC d'un ménage est évalué selon la définition utilisée par l'Insee et par Eurostat :

- le premier adulte du ménage compte pour 1 UC ;
- les autres personnes de 14 ans ou plus comptent chacune pour 0,5 UC ;
- les enfants de moins de 14 ans comptent chacun pour 0,3 UC.

Pour étudier le niveau du revenu, on utilise la **médiane** du revenu fiscal par unité de consommation, qui partage les personnes en deux groupes : la moitié des personnes appartient à un ménage qui déclare un revenu par UC inférieur à cette valeur, et l'autre moitié à un ménage qui déclare un revenu par UC supérieur à cette valeur.

Pour décrire la distribution du revenu, on utilise les **quartiles et déciles** du revenu fiscal par UC :

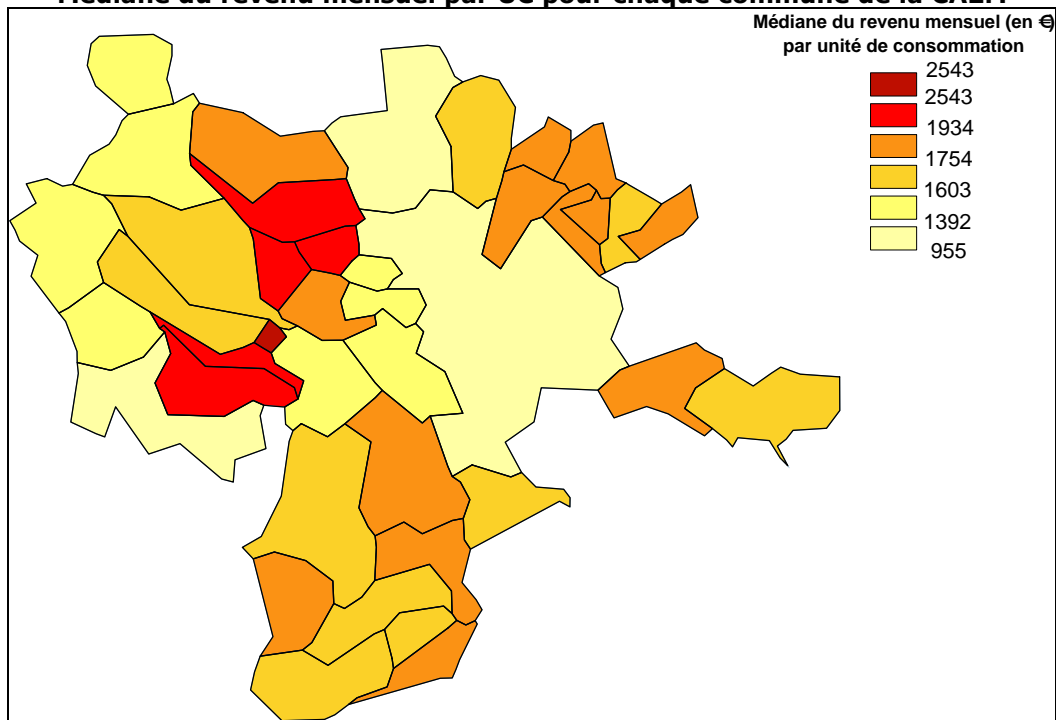
- le premier quartile (Q1) est tel que 25% des personnes appartiennent à un ménage qui déclare un revenu par UC inférieur à cette valeur ;
- le troisième quartile (Q3) est tel que 75% des personnes appartiennent à un ménage qui déclare un revenu par UC inférieur à cette valeur ;
- le premier décile (D1) est tel que 10% des personnes appartiennent à un ménage qui déclare un revenu par UC inférieur à cette valeur ;
- le dernier décile (D9) est tel que 90% des personnes appartiennent à un ménage qui déclare un revenu par UC inférieur à cette valeur.

Pour mesurer la dispersion du revenu, on utilise le **rapport interdécile (D9/D1)** du revenu fiscal par unité de consommation. Il établit le rapport entre " hauts " et " bas " revenus.

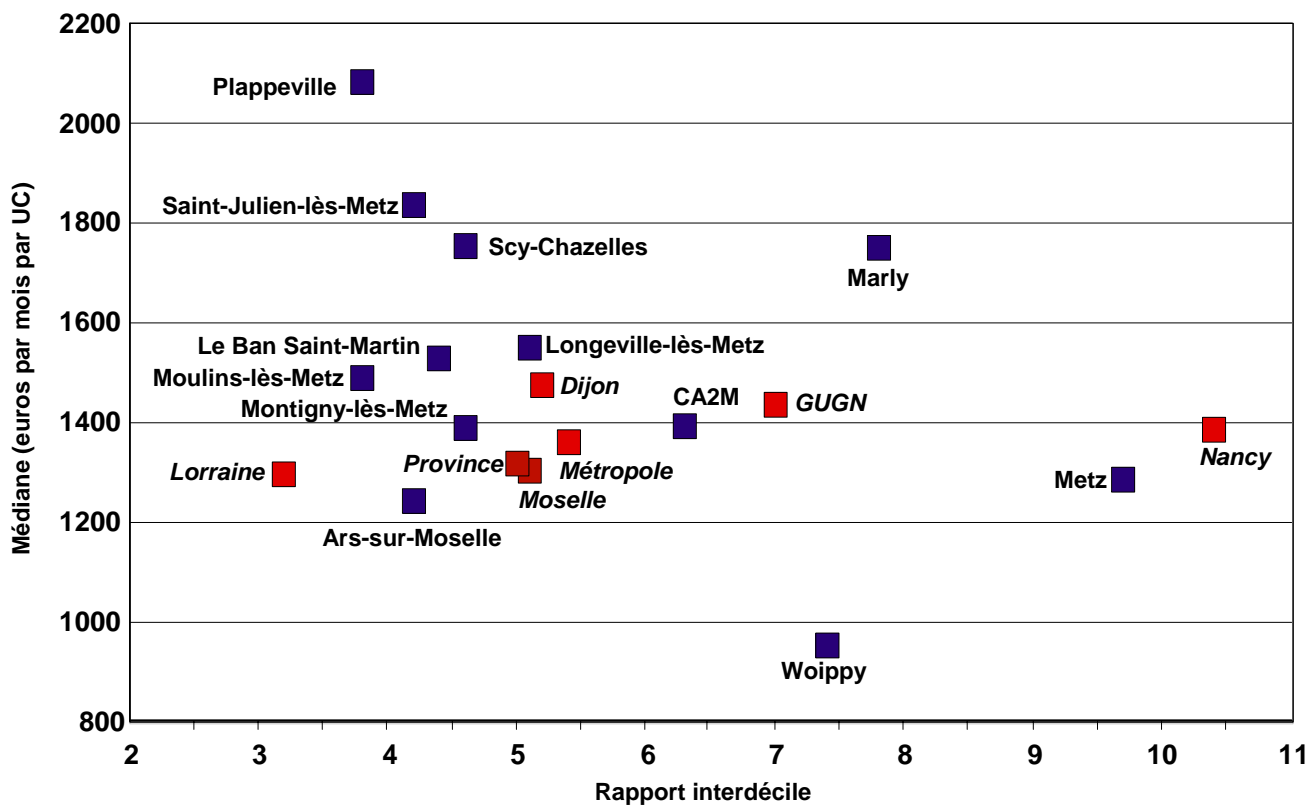
A l'intérieur de la CA2M, les revenus varient selon les communes, en fonction de leur localisation et de leur composition sociale.

A Metz, près de 40 % des ménages fiscaux ne sont pas imposés. La moitié de la population messine appartient à un ménage qui déclare un revenu mensuel par UC inférieur à 1 287 euros. Les 10 % les « plus pauvres » relèvent d'un ménage avec 348 euros par mois et par UC contre 3 371 euros par mois et par UC pour les 10 % les plus riches.

Médiane du revenu mensuel par UC pour chaque commune de la CA2M



**Niveau et dispersion du revenu par mois par UC en 2005
(Entités territoriales de plus de 2000 habitants)**



Les médianes du revenu mensuel par UC les plus faibles sont observées à Woippy (955 €), Ars-sur-Moselle (1 245 €) et Metz (1 287 €).

Metz et Woippy sont bordées, sur leur versant ouest, par des communes nettement « plus riches » où l'on observe les médianes les plus élevées du revenu mensuel par UC : Saint-Ruffine (2 543 €), Lessy (2 098 €), Lorry-les-Metz (2 019 €), Plappeville (1 402 €), Vaux (1 958 €).

Si on ne prend en compte que les communes de plus de 2 000 habitants pour lesquelles l'INSEE diffuse des valeurs par décile qui permettent de préciser la distribution des revenus au sein des territoires observés, trois groupes de communes peuvent être distingués :

- La ville-centre, Metz, avec une valeur de la médiane la plus faible après Woippy et Ars-sur-Moselle, mais avec une forte dispersion des revenus (rapport interdécile de 9,7). Celle-ci résulte de la présence simultanée sur la commune de revenus élevés et de revenus faibles. Les hauts revenus dans la ville-centre sont presque du même ordre que dans les communes les plus aisées de la CA2M : 10 % des Messins vivent dans un ménage qui déclare plus de 3 371 euros par mois et par UC. En revanche, la concentration de bas revenus est plus forte qu'ailleurs, à l'exception de Woippy : 10 % des Messins vivent avec moins de 348 euros par mois et par UC dans le ménage. A Woippy, 10 % des habitants vivent avec moins de 275 euros par mois et par UC dans le ménage. A Plappeville ce seuil est de 1 076 euros par UC et par mois pour les 10 % les plus pauvres de cette commune. La dispersion des revenus est plus forte à Nancy (10,4) qu'à Metz (9,7). Dans le chef-lieu meurthe-et-mosellan, le 1^{er} décile se situe à 308 euros par mois et par UC, alors que le 9^{ème} décile est à 3 198 euros. Autrement dit, les plus pauvres des Nancéens ont des revenus inférieurs à ceux des 10 % des Messins les plus pauvres. Mais les plus riches de Nancy ont également des revenus inférieurs aux 10 % des Messins les plus riches, alors la médiane des revenus mensuels par UC est plus élevée à Nancy qu'à Metz.
- Parmi les communes de la CA2M de plus de 2 000 habitants, Plappeville présente le niveau de revenu le plus élevé et le plus homogène (rapport interdécile de 3,8) de la CA2M avec un écart de revenus mensuels par UC allant de 1 076 euros pour les 10 % les plus pauvres à 4 125 pour les 10 % les plus aisés.

Toutes les communes de plus de 2 000 habitants, à l'exception de deux d'entre elles, présentent des revenus médians supérieurs à celui de Metz. Elles se distinguent entre elles par des distributions plus ou moins resserrées de ces revenus.

- Les deux communes les plus pauvres de la CA2M sont Woippy et Ars-sur-Moselle.
 - A Woippy, la moitié de la population vit dans un ménage déclarant moins de 955 euros par mois et par UC. Les habitants les plus pauvres relèvent d'un ménage déclarant un revenu inférieur à 275 euros par mois et par UC.
 - A Ars-sur-Moselle, la médiane du revenu déclaré par UC est de 1 245 euros par mois. Les plus pauvres sont dans un ménage déclarant moins de 543 euros par mois et par UC.

Une forte disparité de revenus par ménage entre les quartiers

On a signalé, plus haut, la forte disparité des revenus sur la commune de Metz (rapport interdécile de 9,7). Il importe donc de préciser cette analyse par l'observation des niveaux et de la dispersion des revenus par quartier messin. C'est ce que propose le tableau suivant à partir d'un découpage de la commune par IRIS (Îlots de regroupement de l'information statistique). Ces données confirment ce que chaque Messin sait plus ou moins intuitivement sur la disparité des revenus entre les quartiers. Elles présentent toutefois l'avantage d'objectiver la représentation qu'on peut en avoir et de nuancer certaines images habituelles trop caricaturales.

Niveau et dispersion du revenu par mois par UC en 2005 (Metz par quartier IRIS*)

Nom habituel des quartiers	IRIS (nom des rues fixant les limites)	Ménages fiscaux		Médiane €	1 ^{er} décile €	9 ^{ème} décile €	Rapport interdécile (D9/D1)
		Nombre	% non imposés				
	CA2M	89 362	36,6%	1395	452	2866	6,3
	Metz	51 123	39,8%	1287	348	3371	9,7
Devant-les-Ponts	FRIERES LENOTRE	1 162	34,2%	1 477	637	2 695	4,2
	ROUSSEL SOUS LES VIGNES	1 225	38,4%	1 379	604	2 652	4,4
	PAQUET PETITE ILE	1 404	35,9%	1 371	477	2 464	5,2
Patrotte	ROUTE DE THIONVILLE	1 384	46,0%	1 031	301	1 890	6,3
	FOURNEL T. DE GARGAN	1 006	71,6%	520	23	1 305	55,7
	ROUTE DE WOIPPY PERIGOT	887	42,1%	1 210	397	2 196	5,5
Les Iles	PORT ILE DU SAULCY	693	43,9%	1 188	369	2 245	6,1
	BELLE-ISLE PONTIFFROY	942	28,8%	1 677	721	3 388	4,7
	LES ILES FORT GAMBETTA	999	55,5%	934	173	2 838	16,4
Metz-Centre Ancienne Ville	ESPLANADE	1 970	36,4%	1 574	439	3 775	8,6
	SAINT-THIEBAULT	1 341	39,0%	1 541	477	3 979	8,3
	ANCIENNE VILLE NORD	1 458	39,6%	1 372	477	2 981	6,3
	ANCIENNE VILLE SUD	1 889	48,2%	1 112	167	2 382	14,3
Bellecroix	TERRASSE LYON	1 263	65,2%	644	16	1 399	88,8
	TROIS ROIS EUROPE	801	40,1%	1 304	457	2 549	5,6
Vallières	VALLIERES LES BORDES	1 160	36,7%	1 434	486	2 620	5,4
	VALLIERES DUNANT	913	24,3%	1 913	842	3 978	4,7
	VALLIERES MARRONIERS	975	39,8%	1 132	388	2 422	6,2
	VALLIERES JACINTHES	990	29,4%	1 490	692	2 654	3,8
Centre gare Nouvelle Ville	CENTRE GARE	1 152	31,4%	1 796	611	3 645	6,0
	NOUVELLE VILLE NORD	1 225	29,3%	1 939	773	4 628	6,0
	NOUVELLE VILLE	1 157	34,4%	1 633	626	3 594	5,7
	NOUVELLE VILLE SUD	1 474	34,3%	1 487	649	2 930	4,5
Sablon	ARGONNE LAGNEAU	1 264	38,1%	1 402	472	2 635	5,6
	LOTHAIRE NORD	1 124	41,9%	1 271	396	2 355	5,9
	SAINT-LIVIER DON CALMET	1 260	38,7%	1 337	512	2 477	4,8
	PIERNE SADOUL	796	41,0%	1 232	494	2 486	5,0
	ST-ANDRE STE-CHRETIENNE	2 175	36,4%	1 435	602	2 622	4,4
	HANNAUX FRECOT	883	55,7%	867	225	1 931	8,6
	MEJANES PFISTER	1 230	40,2%	1 318	438	2 419	5,5
Plantières Queuleu	RTE DE BORNLY PONT-ROUGE	1 014	33,6%	1 528	625	2 917	4,7
	DE VILLENEUVE VOSGES	1 386	28,9%	1 740	683	3 617	5,3
	SEILLE TROIS EVECHES	1 060	28,2%	1 684	771	4 030	5,2
	HESTAUX MACHEREZ LIEDOT	982	39,6%	1 377	464	3 031	6,5
	HAUTS PEUPLIERS PELTRE	1 840	28,2%	1 626	694	3 134	4,5
Borny	BRIDOUX CLAUDE BERNARD	603	41,3%	1 174	329	2 438	7,4
	SCHWEITZER BEARN	1 048	58,9%	659	97	1 556	16,1
	DAUPHINE NORD	694	72,2%	478	0	1 082	
	RUISSEAU LIMOUSIN	716	59,9%	619	68	1 452	21,4
	HAINAUT BOULONNAIS	671	67,7%	578	139	1 323	9,5
	MAINE FLANDRE	60	s	s	s	s	s
Magny	BON PASTEUR MICHELET	793	46,7%	1 010	286	2 018	7,1
	MAGNY NORD	1 224	33,4%	1 508	742	2 675	3,6
Grigy La Grange aux bois	MAGNY SUD	904	19,1%	1 745	949	2 795	2,9
	GRIGY COTEAUX GRANGE	1 251	33,1%	1 302	483	2 640	5,5
	VAL DE LA GRANGE-AUX-	650	23,5%	1 499	677	2 567	3,8

* IRIS = Îlots regroupés pour l'information statistiques. Les IRIS sont les briques de base en matière de diffusion de données locales. Voir carte détaillée des IRIS de Metz en annexe.

s = secret statistique lié au faible nombre de ménages fiscaux

Les quartiers de type IRIS regroupant la population la plus pauvre (moins de 1 000 euros par UC et par mois) se situent à Borny, La Patrotte, une partie du Sablon et un des îlots du quartier des Iles. De manière plus précise, il s'agit des îlots IRIS suivants :

- Borny (Dauphine) avec un revenu médian de 478 € par UC et par mois	
- La Patrotte (Fournel, Th. De Gargan, Dassenoy) :	520 €
- Borny (Hainaut, Boulonnais, Normandie) :	578 €
- Borny (Ruisseau, Limousin) :	619 €
- Bellecoix (Terrasse, Lyon) :	644 €
- Borny (Schweitzer, Béar, Roussillon) :	659 €
- Sablon (Hainaux, Frécot) :	867 €
- Les Iles (Fort Gambetta) :	934 €

Les plus aisés (revenu médian de plus de 1 600 € par mois et par UC) :

- Nouvelle Ville (Nord) :	1 939 €
- Vallières (Dunant, Mélèzes) :	1 913 €
- Centre gare :	1 796 €
- Magny (Sud) :	1 745 €
- De Villeneuve, Vosges, Lorraine) :	1 740 €
- Plantières - Queuleu (Seille, Trois Évêchés, Chabert) :	1 684 €
- Les Iles (Belle Isle, Pontiffroy, Chambière) :	1 677 €
- Nouvelle Ville (Bouteiller) :	1 633 €
- Plantières – Queuleu (Hauts peupliers, Peltre, Déportés) :	1 626 €

Certains des îlots IRIS présentent une grande disparité des revenus. C'est le cas, par exemple, du quartier de Bellecroix (Terrasse, Lyon) où les plus pauvres appartiennent à un ménage déclarant moins de 16 euros par mois et par UC (hors revenus sociaux autres que les allocations Assédic) alors que les plus aisés déclarent 1 399 euros par mois et par UC. Il en va de même pour le quartier de La Patrotte (Fournel, Th. De Gargan, Dassenoy) où les écarts se situent entre moins de 23 euros et plus de 1305 euros par mois et par UC. C'est aussi le cas pour les Iles (Fort Gambetta) avec une échelle de revenus entre les plus pauvres et les plus aisés allant de 173 euros à 2 838 euros.

Le revenu semble influencer sur la santé de la façon suivante :

- *la privation matérielle enlève les conditions du développement sain, tels que le logement, la nourriture, le chauffage et la capacité de participer à la société ;*
- *le fait de gagner un faible revenu entraîne un stress psychosocial dommageable pour la santé des gens ;*
- *la faiblesse des revenus limite les choix offerts aux personnes ; il s'agit d'une entrave aux changements souhaités sur le plan du comportement.*

PAUVRETÉ MONÉTAIRE

Selon la méthode retenue pour le calcul du seuil de bas revenus, la population en situations de pauvreté monétaire est estimée, pour Metz, de 17,2 % à 21,2 % des habitants âgés de moins de 65 ans

Fin 2006, on dénombre en effet 8 655 allocataires messins de la CAF ayant un niveau de vie inférieur à 771,50 euros par mois par unité de consommation (UC) dans le ménage et 10 439 allocataires avec un niveau de vie inférieur à 845 euros par UC et par mois. La variation des estimations dépend du calcul du seuil de pauvreté : soit 50 % du revenu médian (revenu disponible, y compris les allocations sociales) par unité de consommation (méthode utilisée par la CAF pour les données 2006), soit 60 % du revenu médian par UC (méthode adoptée en 2007 et utilisée par l'INSEE pour traiter les données CAF et MSA de 2006).

**Allocataires à bas revenus au 31 décembre 2006 (revenus de 2005)
et taux (en %) par rapport à la population de moins de 65 ans
(seuil de pauvreté à 50 % du revenu médian par UC¹)**

	Nombre d'allocataires	Population couverte	Taux de bas revenus*
CA2M	12 800	27 721	14,4%
Metz 8	655	18 567	17,2%
CA2M (hors Metz)	4 135	9 154	10,9%
Moselle	44 913	107 150	12,3%
Devant les Ponts	414	789	10,9%
Patrotte	474	2 182	29,4%
Les Îles	911	776	12,6%
Centre ville - Ancienne ville	1 330	2 106	17,8%
Bellecroix	519	1 342	28,7%
Vallières Les Bordes	418	895	10,4%
Centre gare - Nouvelle ville	556	893	10,1%
Sablon	1 226	2 393	16,6%
Plantières Queuleu	662	1 154	10,8%
Borny	1 785	5 126	32,7%
Magny	131	298	5,9%
Grigy - La Grange aux Bois	239	613	8,3%

* Taux = population couverte / nombre de personnes de moins de 65 ans x 100

Source : CAF 57

(1) Seuil de pauvreté monétaire relative fixé à 50% du revenu qui sépare la population française en deux groupes de tailles identiques. Il s'élève à 771,50 euros par mois et par unité de consommation, à partir des revenus de 2005 (année de référence des revenus pour les fichiers Caf au 31 décembre 2006).

Sur la base de 771,50 euros par mois et par unité de consommation, ce sont 18 567 messins qui vivent dans les ménages allocataires sous le seuil de bas revenus, soit 17,2 % de la population âgée de moins de 65 ans. Cette proportion est plus élevée que celle constatée dans l'ensemble de la CA2M.

On observe des disparités importantes entre les quartiers messins. A Metz-Borny, le taux de bas revenus pour 100 personnes âgées de moins de 65 ans est de 32,7%, presque le double de celui de l'ensemble de la ville. Le classement des différents quartiers en fonction du taux de pauvreté monétaire est pratiquement superposable à celui déjà observé pour les revenus fiscaux, alors que la notion de bas revenus inclut les revenus liés aux allocations sociales. Les trois quartiers où on observe une forte concentration de population pauvre sont Borny, La Patrotte et Bellecroix. Les deux quartiers où les taux de bas revenus sont les plus faibles sont Magny et Grigy-La Grange aux bois.

Bas Revenus : Définitions

Différentes approches de la pauvreté : Plusieurs types de « mesure » de la pauvreté sont utilisés par les organismes de statistiques.

- Pauvreté monétaire relative : Cette mesure est associée aux résultats issus de l'enquête sur les revenus fiscaux. Elle est qualifiée de relative car elle s'attache à déterminer les personnes en situation difficile par rapport à l'ensemble des personnes. On cherche donc à repérer un niveau de revenus inférieur à un seuil de pauvreté, par rapport à une normalité.
- « Bas revenus » : La notion de « bas revenus » est associée aux données des caisses d'allocations familiales. C'est une autre forme de mesure de la pauvreté monétaire relative.
- Pauvreté institutionnelle ou administrative : Cette approche s'appuie sur le suivi des allocataires de minima sociaux par exemple. Elle décrit les ayants droit d'une politique publique et correspondant à la définition des pauvres qu'il faut aider du point de vue de l'État.

Population de référence enquête « Bas revenus » : Les données présentées sur les bas revenus sont issues des fichiers CAF. Elles ne portent que sur le champ des allocataires CAF et de leur famille. Elles sous-estiment donc le phénomène de pauvreté, certaines catégories de population n'étant pas allocataires CAF. Il s'agit en particulier des étudiants et des personnes âgées de plus de 65 ans. Elles sont donc exclues du champ de l'étude.

Calcul du seuil : La modalité de calcul du seuil de référence a changé en 2007. Pour être en phase avec les normes européennes et internationales, le Conseil national de l'information statistique a préconisé de fixer la référence à 60 % de la médiane de la distribution des revenus y compris les allocations sociales par unité de consommation des ménages ordinaires de l'enquête revenus fiscaux. Il s'agit donc du revenu disponible avant impôts (la prime pour l'emploi étant considérée ici comme un impôt). Auparavant, le seuil était fixé à 50 % de la médiane. Le revenu médian est le revenu qui partage la population en deux groupes de tailles identiques.

Le passage d'un seuil à 60% augmente le nombre d'allocataires, mais surtout modifie la structure des allocataires à bas revenus. Le seuil de bas revenus calculé sur les revenus 2005 est de 771,5 euros à 50 % de la médiane. A 60 % de la médiane, il passe à 845 euros.

Unité de consommation : L'enquête Revenus fiscaux utilise l'échelle OCDE, la plus utilisée, qui attribue 1 UC pour le premier adulte du ménage, 0,5 UC pour toute autre personne de 14 ans ou plus et 0,3 pour tout enfant à charge de moins de 14 ans. Pour le calcul des Bas revenus, les CAF rajoutent à cette échelle 0,2 UC en cas de familles monoparentales.

Le revenu pris en compte pour le calcul des bas revenus est le revenu mensuel disponible avant impôts. Il est donc égal à la somme des revenus annuels bruts déclarés par l'allocataire et perçus au cours de l'année N-1, divisés par 12, et du total des prestations perçues au titre du mois d'observation (décembre de l'année N). Il inclut donc les prestations versées mensuellement, mais ne prend pas en compte les revenus non monétaires (pas d'imputation d'un loyer fictif pour les propriétaires).

Taux de bas revenus : Le taux de bas revenus à 60 % de l'année 2005 est obtenu en divisant le nombre de personnes couvertes au 31 décembre 2006, dont le revenu par unité de consommation est inférieur au seuil de bas revenus à 60 % de l'année 2005, par le nombre de personnes âgées de moins de 65 ans.

La population couverte comprend l'allocataire, mais également son conjoint ainsi que les enfants à charge et éventuellement d'autres personnes à charge.

Exemples de revenus mensuels sous le seuil de pauvreté (au sens « Bas revenus ») en fonction de la composition du ménage

	<i>Seuil à 50 % du revenu médian</i>	<i>Seuil à 60 % du revenu médian</i>
Personne seule (1 UC)	771,50 €	845,00 €
Couple sans enfant (1,5 UC)	1 157,25 €	1 267,50 €
Couple avec 1 enfant de < 14 ans à charge (1,8 UC)	1 388,70 €	1 521,00 €
Couple avec 2 enfants de < 14 ans à charge (2,1 UC)	1 620,15 €	1 774,50 €
Famille monoparentale avec 1 enfant de < 14 ans (1,5 UC)	1 157,25 €	1 267,50 €

**Allocataires à bas revenus au 31 décembre 2006 (revenus de 2005)
et taux (en %) par rapport à la population de moins de 65 ans
(seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian par UC¹)
- Communes de plus de 2 000 habitants -**

	Nombre d'allocataires	Population couverte		Taux	
		Ensemble	Dont enfants*	Taux de bas revenus**	Taux de < 20 ans***
CA2M	15 113	33 558	14 076	17,5%	25,5%
Metz 10	439	22 922	9 479	21,2%	31,8%
CA2M (hors Metz)	4 674	10 636	4 597	12,7%	18,2%
Moselle	53 866	132 834	60 519	15,3%	23,9%
Lorraine	126 003	302 346	135 669	15,4%	23,7%
France				15,2%	
Ars-sur-Moselle	307	721	317	17,0%	25,1%
Ban-Saint-Martin	175	323	111	8,8%	9,9%
Longeville-lès-Metz	191	350	123	10,8%	15,1%
Marly	209	491	234	5,5%	8,8%
Montigny-lès-Metz	1 408	2 861	1 143	14,8%	21,2%
Mouilins-lès-Metz	178	380	155	10,4%	15,5%
Plappeville	29	68	32	3,4%	5,0%
Saint-Julien-lès-Metz	122	217	74	8,1%	10,6%
Scy-Chazelles	69	137	55	6,5%	8,8%
Woippy	1 558	3 979	1 835	31,9%	42,9%
CUGN	19 786	40 707	15 754	18,3%	26,3%
Nancy	10 793	20 221	6 837	22,5%	32,7%

* Enfants à charge au sens des prestations des CAF (moins de 20 ans)

** Taux = population couverte / nombre de personnes de moins de 65 ans x 100

*** Taux < 20 ans = Enfants de la population couverte / nombre de moins de 20 ans x 100

Source : CAF, MSA, INSEE

(1) Seuil de pauvreté monétaire relative fixé à 60% du revenu qui sépare la population française en deux groupes de tailles identiques. Il s'élève à 845 euros par mois et par unité de consommation, à partir des revenus de 2005 (année de référence des revenus pour les fichiers Caf au 31 décembre 2006).

Sur la base de 845 euros par mois et par unité de consommation, on dénombre, au 31 décembre 2006, 22 922 messins vivant dans un ménage ayant des revenus disponibles mensuels inférieurs au seuil de pauvreté monétaire, soit 21,2 % de la population de moins de 65 ans. Pour l'ensemble de la CA2M, ce taux de pauvreté est de 17,5 %. Les taux messin et de Metz-Métropole sont légèrement inférieurs à ceux constatés à Nancy (22,5 %) ou pour la CUGN (18,3 %).

A l'instar des disparités constatées précédemment pour les revenus fiscaux, on observe d'importantes différences de concentration de la pauvreté dans les communes de plus de 2 000 habitants de la CA2M. C'est à Woippy que le taux est le plus important (31,9 %) et à Plappeville qu'il est le plus faible (3,4 %).

La ville de Metz concentre 69 % des allocataires à bas revenus de la CA2M alors que la part de la population messine dans la communauté d'agglomération n'est que de 56 %. Cette polarisation s'explique en partie par la place occupée par le parc locatif social dans les plus grandes villes.

Près du tiers des enfants et des jeunes messins de moins de 20 ans vit dans un ménage en situation de pauvreté monétaire

A Metz, quatre personnes sur dix vivant dans un ménage en situation de pauvreté monétaire sont des enfants et des jeunes de moins de 20 ans (9 479 sur 22 922). En rapportant ce nombre à l'ensemble de la population messine de moins de 20 ans, on peut estimer que près de 32 % des moins de 20 ans vivent dans un ménage relevant de la catégorie des bas revenus. Les moins de 16 ans sont les plus nombreux (les ¾ des enfants des ménages en situation de

pauvreté). A Woippy, le taux des « bas revenus » chez les moins de 20 ans est de près de 43 %.

La pauvreté – précarité affecte non seulement le bien-être des enfants ou des jeunes de moins de 20 ans au moment où les ressources des parents sont insuffisantes, mais elle a aussi d'autres conséquences, notamment sur leur santé et sur leur réussite scolaire. Les enfants des milieux socioéconomiques défavorisés souffrent davantage de problèmes de santé (surcharge pondérale, moindre recours à des soins dentaires, asthme, etc.).

PAUVRETÉ INSTITUTIONNELLE

L'analyse de la pauvreté institutionnelle ou administrative porte sur les allocataires de minima sociaux. Elle décrit les ayants droit d'une politique publique et correspond à la définition des pauvres qu'il faut aider du point de vue de l'État.

Allocataires du RMI, de l'API et de l'AAH au 31 décembre 2006

	RMI			API			AAH		
	Allocataires		Population couverte	Allocataires		Population couverte	Allocataires		Population couverte
	Nombre	Taux %		Nombre	Taux %		Nombre	Taux %	
CA2M	4 664	4,3	8 919	958	0,8	2590	2 658	2,1	3 772
Metz 3	309	5,5	6 429	677	1,0	1844	1 761	2,4	2 529
CA2M hors Metz	1 355	2,8	2 490	281	0,6	746	897	1,7	1 243
Moselle	15 354	3,1	29 414	3 100	0,6	8 304	11 017	2,0	16 066
Lorraine	38 921	3,4	77 637	7 323	0,7	20 063	24 981	1,9	36 047
France	1101372	3,8		189 876	0,7		745 136	2,2	
Marly	55	1,1	97	11	0,2	34	45	0,8	60
Montigny-lès-Metz	417	3,6	709	67	0,6	164	244	1,9	327
Woippy	500	7,6	1047	130	1,8	357	208	2,7	346
CUGN	7 546	7,0	14 856	1 061	0,7	2 971	2 809	2,1	3 924
Nancy	4 413	11,4	8 542	534	0,9	1471	1 165	2,3	1 575
Devant les Ponts	117	2,8		48	1,0		102	2,0	
Patrotte	347	8,5		96	2,1		172	3,5	
Les Îles	198	6,2		16	0,3		83	1,8	
Centre ville–Anc. ville	542	7,7		75	0,9		216	2,4	
Bellecroix	206	8,9		76	2,7		107	3,8	
Vallières Les Bordes	158	3,0		27	0,5		115	1,9	
Centre gare-Nelle ville	133	2,5		38	0,6		318	5,1	
Sablon	456	5,2		88	0,9		238	2,3	
Plantières Queuleu	205	3,2		32	0,5		129	1,7	
Borny	746	10,3		147	1,6		286	3,2	
Magny	41	1,4		9	0,3		43	1,4	
Grigy - Grange aux B.	67	1,9		10	0,2		83	1,7	

Population couverte : Nombre de personnes relevant du ménage de l'allocataire de la prestation

Taux RMI : Nombre d'allocataires / Nombre d'habitants de 25 à 59 ans x 100

Taux API : Nombre d'allocataires / Nombre d'habitants de 15 à 49 ans x 100

Taux AAH : Nombre d'allocataires / Nombre d'habitants de 20 à 59 ans x 100

Source : CAF 57, INSEE

Minima sociaux

Il existe huit minima sociaux définis par des politiques publiques pour donner un minimum de ressources aux personnes que ne protège pas suffisamment le système de protection sociale.

Sept allocations visent des publics spécifiques confrontés à un risque particulier de pauvreté :

- l'éloignement du marché du travail : l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) et l'Allocation d'Insertion
- un mauvais état de santé : l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et le Minimum d'Invalidité
- la monoparentalité : l'Allocation de Parent Isolé (API)
- le veuvage : l'Allocation de Veuvage
- le faible niveau de la retraite : le minimum Vieillesse

Le huitième, le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) assure à toute personne âgée de plus de 25 ans – ou plus jeune en cas de présence d'enfant(s) – un revenu minimum. Il s'agit d'un dispositif plus large visant à lutter contre l'ensemble des exclusions. Seuls l'AAH, l'API et le RMI sont gérées par les CAF. Ce sont ces minima sociaux qui sont abordés ici avec le minimum vieillesse.

Allocataires du minimum vieillesse au 31 décembre 2006

	Minimum vieillesse		
	Allocataires		Dont femmes
	Nombre	Taux %	
CA2M	1 059	3,6%	45,4%
Metz	812	5,2%	44,1%
CA2M hors Metz	247	1,8%	49,8%
Moselle	3 403	2,2%	51,6%
Lorraine	7 639	2,0%	55,8%
France	598 500	6,0%	
Marly	11	0,9%	(7/11)
Montigny-lès-Metz	57	1,4%	77,2%
Woippy	102	8,1%	25,5%
CUGN	1081	3,1%	46,5%
Nancy	587	4,3%	50,6%

Taux : Nombre d'allocataires / Nombre d'habitants de 65 ans ou plus x 100

Dont femmes : Proportion de femmes parmi les allocataires du minimum vieillesse

Source : CRAV Alsace-Moselle, CRAM du Nord-Est, INSEE

5,2 % des Messins de plus de 65 ans sont allocataires du minimum vieillesse

L'observation du nombre d'allocataires d'un des trois principaux minima sociaux abordés ici est en forte redondance avec l'analyse des bas revenus, ce qui est logique puisque le champ couvert, celui de la pauvreté, est le même. La connaissance du nombre d'allocataires du minimum vieillesse apporte par contre une information supplémentaire pour estimer l'importance de la pauvreté sur Metz et la CA2M, dans la mesure où les données sur les bas revenus ne prennent pas en compte les personnes âgées de 65 ans.

Le minimum vieillesse, créé en 1956, a pour objet de garantir un revenu minimal à toutes les personnes âgées d'au moins 65 ans (d'au moins 60 ans en cas d'inaptitude au travail) et dont les ressources sont inférieures à certains seuils. En 2006, le montant du minimum vieillesse s'élevait à 610 euros par mois pour une personne seule et 1 095 euros par mois pour un couple, soit respectivement 7 323 euros et 13 140 euros sur l'année. Depuis le début des années 60, le nombre d'allocataires de cette prestation n'a cessé de diminuer en lien avec l'amélioration progressive des retraites. Mais, depuis 2004, cette baisse des effectifs se tasse.

Un peu plus de 5% des Messins âgés de 65 ans ou plus perçoivent le minimum vieillesse au 31 décembre 2006. Ce taux est légèrement inférieur à celui observé pour la France métropolitaine, mais fortement supérieur à celui de l'ensemble des communes de la CA2M (hors Metz). Il est plus de deux fois supérieur au taux mosellan et lorrain. Toutefois, c'est à Woippy que l'on observe le taux le plus élevé de la CA2M (8,1 %).

PAUVRETÉ ET ACCÈS AUX SOINS

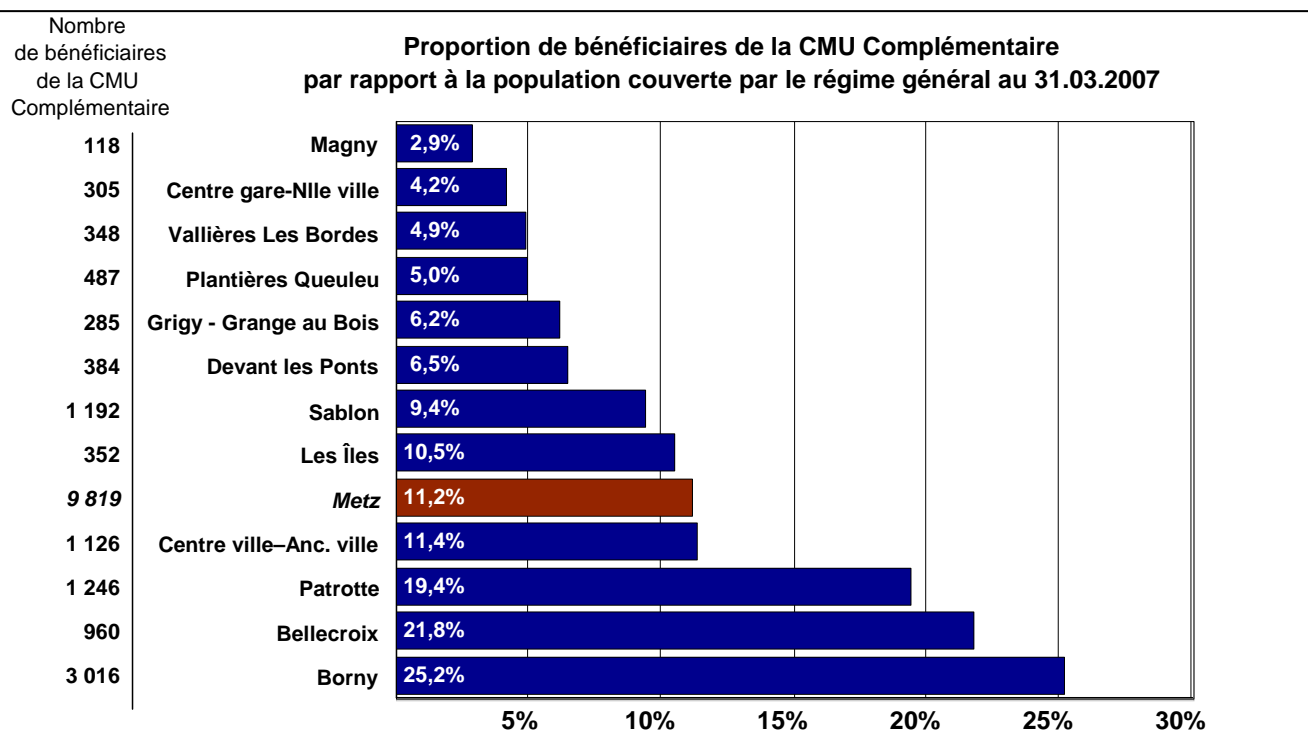
La Couverture Maladie Universelle facilite l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté – précarité. La CMU de base permet d'affilier toute personne, résidant en France de façon stable et régulière, qui n'est pas couverte au titre de son activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré. Quant à la CMU complémentaire (CMUc), elle offre une protection complémentaire gratuite en matière de santé aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, ainsi qu'aux allocataires du RMI qui y sont automatiquement éligibles.

Au 31 mars 2008, la CPAM de Metz assure 101 469 messins pour la protection maladie. Un peu plus de 2 % de ces assurés (y compris les ayants droit) relèvent de la CMU de base et 10 % de la CMU complémentaire.

Assurés du régime général de sécurité sociale et bénéficiaires de la CMU au 31 mars 2008

	Population couverte par le Régime Général	Population couverte par la CMU			Part CMU sur l'ensemble de la population couverte par le RG		
		CMU Base	CMU Comp .	CMUc seule	CMU Base	CMU c	CMUc seule
CA2M	174 105	3 034	13 457	10 666	1,7%	7,7%	6,1%
Metz	101 469	2 457	10 203	7 933	2,4%	10,1%	7,8%
CA2M hors Metz	72 636	577	3 254	3 254	0,8%	4,5%	4,5%
Marly	7 095	94	99	88	1,3%	1,4%	1,2%
Montigny-lès-Metz	17 633	191	989	819	1,1%	5,6%	4,6%
Woippy	12 081	215	1 553	1 347	1,8%	12,9%	11,1%

Source : CPAM Metz



Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Note : Les données sur la CMU complémentaire par quartier ne comprennent pas les bénéficiaires sans domicile fixe et les personnes en collectivité. Cette restriction explique en partie la différence entre le nombre de bénéficiaires de la CMUc entre la source CNAM et la source CPAM de Metz. En outre, ces deux sources portent sur deux années différentes.

**Proportion (%) de bénéficiaires de la CMU complémentaire par groupe d'âge
par rapport à la population du même âge couverte par le régime général au 31 mars 2007**

	< 18 ans	25 à 49 ans	50 à 59 ans	Tous âges
Metz 20	,3%	11,4%	7,3%	11,2%
Devant les Ponts	12,2%	6,5%	6,2%	6,5%
Patrotte	34,6%	19,9%	11,3%	19,4%
Les Îles	18,5%	12,5%	6,0%	10,5%
Centre ville–Anc. ville	18,1%	12,4%	9,1%	11,4%
Bellecroix	35,7%	22,8%	11,2%	21,8%
Vallières Les Bordes	9,6%	5,6%	1,9%	4,9%
Centre gare-Nelle ville	7,6%	4,2%	2,6%	4,2%
Sablon	19,7%	9,2%	7,6%	9,4%
Plantières Queuleu	7,7%	5,8%	3,6%	5,0%
Borny	36,9%	25,7%	18,4%	25,2%
Magny	5,5%	3,7%	1,2%	2,9%
Grigy - Grange aux Bois	9,2%	6,3%	2,5%	6,2%

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Note : Le tableau ne prend pas en compte les 18–24 ans, car les fichiers de la CNAM utilisés excluent les mutuelles, notamment les mutuelles d'étudiants, ce qui provoque une nette sous-représentation de la tranche des 18-24 ans.

On a vu précédemment que près du tiers des enfants et des jeunes messins de moins de 20 ans vit dans un ménage en situation de pauvreté monétaire. Ce qui peut avoir une incidence sur leur état de santé. Il est donc pertinent d'observer la situation de cette population au regard de la couverture maladie. Les données de la CNAM ne portent pas exactement sur la même tranche d'âge des moins de 20 ans, mais sur les moins de 18 ans. Mais cela permet d'avoir une estimation.

Pour l'ensemble de la ville de Metz, 20,3 % de la population des moins de 18 ans couverte par le régime général sont bénéficiaires de la CMU complémentaire. Hormis les 16-18 ans qui sont apprentis ou salariés, cette couverture par la CMU complémentaire est à titre d'ayants droit de leurs parents.

L'analyse de la couverture par la CMUc en fonction des quartiers de Metz montre que le taux de bénéficiaires est toujours plus élevé pour les moins de 18 ans, quel que soit le quartier considéré, en comparaison avec le taux de bénéficiaires tous âges confondus. Par contre, il est toujours plus faible pour les 50 à 59 ans.

Une polarisation de la pauvreté sur Metz et sur certains quartiers

La mise en regard simultané des différentes informations mobilisées permet de réaffirmer la plus forte concentration sur Metz des populations en situation de pauvreté – précarité, à l'instar de ce que l'on observe pour toutes les grandes villes urbaines lorsqu'on les compare à l'ensemble des communes de leur périphérie immédiate.

Cette polarisation sur Metz peut être décrite en comparant Metz à la CA2M ou à l'ensemble de la Moselle. Comme l'indique le tableau suivant, Metz concentre 56 % de la population de la CA2M. Par contre, lorsqu'on regarde les différents indicateurs de la pauvreté, elle regroupe proportionnellement davantage de personnes à bas revenus ou allocataires d'un des minima sociaux étudiés ou de bénéficiaires de la CMU complémentaire : 69 % des ménages à bas revenus de la CA2M, 71 % des allocataires du RMI et de l'API, 66 % des bénéficiaires de l'AAH, 77 % des allocataires du minimum vieillesse et 82 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Il en va de même lorsqu'on compare Metz à l'ensemble de la Moselle, mais avec une moindre intensité des écarts. Metz représente 12 % de la population mosellane et 19 % des ménages à bas revenus du département, 22 % des allocataires du RMI ou de l'API, 16 % des bénéficiaires de l'AAH, 24 % des allocataires du minimum vieillesse et 22 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Part (%) de la ville de Metz dans la population de la CA2M et de la Moselle et dans les populations concernées par les bas revenus ou les prestations sociales

	Population	Bas Revenus	RMI	API	AAH	Min. Vieil.	CMU c
CA2M	100	100	100	100	100	100	100
Metz 56		69	71	71	66 77		82
CA2M hors Metz	44	31	29	29	34	23	18
Moselle	100	100	100	100	100	100	100
CA2M	21	28	30	31	24	31	27
Metz 12		19	22	22	16 24		22
CA2M hors Metz	9	9	9	9	8	7	5

Si Metz concentre davantage les populations en situation de pauvreté et de précarité que l'ensemble des autres communes de la CA2M, elle connaît également de fortes disparités à l'intérieur même de son territoire communal.

Les populations relevant d'un ménage à bas revenus, les allocataires des minima sociaux et les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont surreprésentées dans les quartiers de Borny, Bellecroix et La Patrotte, alors qu'elles sont sous-représentées dans les autres quartiers, à l'exception du Centre Ville – Ancienne Ville et du Sablon. Dans ces deux derniers quartiers, le poids relatif des bas revenus et des allocataires de minima sociaux est similaire à celui de leur population dans l'ensemble messin. Une nuance doit toutefois être soulignée pour le Centre Ville – Ancienne Ville : ce quartier représente 11 % de la population messine. Sa part dans l'ensemble des allocataires à bas revenus, de l'API ou de l'AAH est similaire. Mais pour le RMI, il affiche une part plus importante : 17 % de l'ensemble des allocataires messins de cette prestation.

Part (%) des différents quartiers de Metz dans la population messine et dans les populations concernées par les bas revenus ou les prestations sociales

	Population	Bas Revenus	RMI	API	AAH	CMU c
Metz 100		100	100	100	100	100
Devant les Ponts	7	4	4	7	5	4
Patrotte	7	12	11	15	9	13
Les Îles	6	4	6	2	4	4
Centre ville–Anc. ville	11	11	17	11	11	11
Bellecroix	4	7	6	11	6	10
Vallières Les Bordes	8	5	5	4	6	4
Centre gare-Nelle ville	8	5	4	6	17	3
Sablon	14	13	14	13	13	12
Plantières Queuleu	11	6	6	5	7	5
Borny	14	28	23	22	15	31
Magny	5	2	1	1	2	1
Grigy - Grange aux Bois	6	3	2	2	4	3

IV – LE LOGEMENT

La place qu'occupe le logement dans la vie quotidienne est telle qu'il constitue une voie par laquelle les déterminants sociaux et économiques agissent sur la santé. A ce titre, le logement est lié à la plupart des déterminants de la santé. Les recherches qui font état d'une association statistique entre le logement et la santé sont nombreuses. Elles montrent que le statut de propriétaire d'une maison ou d'un logement est associé à un meilleur état de santé¹. Sans pour autant y voir un lien de causalité, les explications de cette relation relèvent globalement de deux tendances. Certains avancent que le fait de posséder une maison ou un logement mène à un sens accru de contrôle et de fierté, ce qui entraînerait une meilleure santé. D'autres avancent que les propriétaires sont relativement plus aisés que les locataires, mieux instruits, affichent des comportements plus sains, ne subissent pas le stress de la vie dans un habitat collectif à forte densité de population, habitent dans de meilleurs quartiers, etc. Toujours est-il que le statut de propriétaire est une variable qui synthétise d'autres facteurs sociaux au rang desquels le statut socioprofessionnel, les revenus, le niveau d'instruction, etc.

Dans une approche de santé, le logement est un concept multidimensionnel. On ne retiendra ici que deux aspects : le logement comme descripteur de la situation sociale des habitants et l'offre de logements sociaux. Ils sont à considérer comme des déterminants sociaux de la santé.

31 % des ménages messins sont propriétaires de leur logement et 61 % dans la CA2M (hors Metz)

Au 1^{er} janvier 2005, 31 % des résidences principales de Metz relèvent de la propriété privée contre 43 % dans la CA2M et 61 % dans l'ensemble des autres communes de la CA2M.

Statut d'occupation des logements du parc des résidences principales au 1^{er} janvier 2005

	CA2M Met		z	
	Nombre	%	Nombre	%
Propriétaires privés	40 000	43 %	17 510	31%
Locatif privé	30 000	32 %	22 683	40 %
Locatif social	22 000	24 %	15202	27 %
Autres	1 000	1 %	1 347	2 %
Ensemble	93 000	100 %	56 742	100 %

Source : AGURAM, FILICOM

Au dernier recensement, la part des propriétaires dans le parc des résidences principales était légèrement inférieure (29 %) et celui des locataires HLM légèrement supérieure (27,2 %). C'est sur les données du recensement de 1999 que l'on s'appuie pour préciser les comparaisons entre les communes de la CA2M et entre les quartiers de Metz.

A Metz, la situation des ménages par rapport à leur statut d'occupant de leur logement est très diversifiée d'un quartier à l'autre. A Magny, près des ¾ sont propriétaires. Au centre ville et dans le quartier nouvelle ville, les ménages sont majoritairement locataires d'un appartement appartenant à un bailleur privé.

¹ L'étude sur les besoins de soins en santé mentale menée en Lorraine en 2005 montre que le statut de propriétaire était un des facteurs sociaux les plus discriminants. Les besoins de soins des locataires sont de 40 % supérieurs à ceux des propriétaires. (« Enquête santé mentale lorraine (2005). Déterminants du besoin de soins, des troubles pathologiques, du recours aux soins et de la qualité de vie. » École de santé publique de Nancy, ORSAS-Lorraine, novembre 2008)

Statut d'occupation des logements du parc des résidences principales au 1^{er} janvier 2005 (au recensement de 1999)

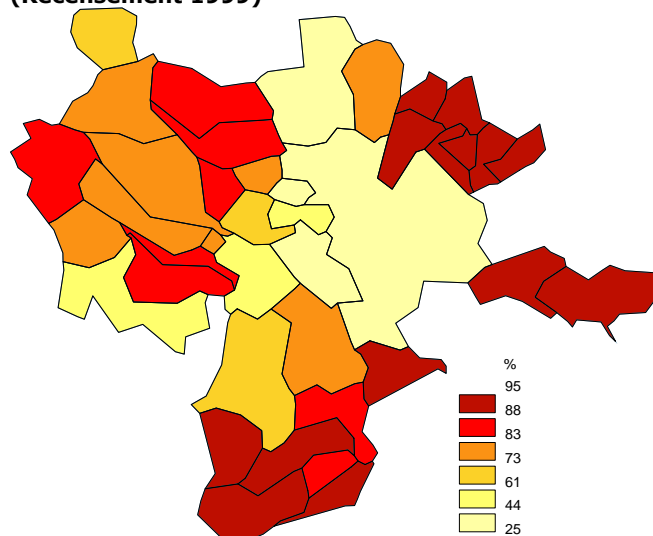
	Propriétaires	Locataires		Autres*	Ensemble
		non HLM	HLM		
<i>CA2M</i>	39,1%	31,5%	24,7%	4,7%	100,0%
Metz 29,0%		38,5%	27,2%	5,3%	100,0%
CA2M hors Metz	53,4%	21,5%	21,3%	3,8%	100,0%
Moselle	55,4%	21,2%	15,3%	8,1%	100,0%
Lorraine	56,5%	21,3%	15,5%	6,7%	100,0%
France	54,7%	22,8%	16,0%	6,5%	100,0%
Marly	74,3%	10,1%	13,2%	2,4%	100,0%
Montigny-lès-Metz	34,4%	32,0%	29,6%	4,0%	100,0%
Woippy	25,8%	10,1%	61,0%	3,1%	100,0%
<i>CUGN</i>	38,6%	32,9%	21,7%	6,8%	100,0%
<i>Nancy</i>	25,4%	48,2%	16,8%	9,6%	100,0%
<i>Dijon</i>	40,9%	37,7%	12,8%	8,6%	100,0%
Devant les Ponts	37,1%	40,2%	18,6%	4,1%	100,0%
Patrotte	21,5%	22,2%	49,4%	6,9%	100,0%
Les Îles	22,4%	43,8%	23,9%	10,0%	100,0%
Centre ville–Anc. ville	16,3%	61,0%	16,6%	6,1%	100,0%
Bellecroix	17,9%	18,5%	60,1%	3,5%	100,0%
Vallières Les Bordes	47,7%	24,0%	26,0%	2,4%	100,0%
Centre gare-Nelle ville	26,4%	60,4%	7,7%	5,5%	100,0%
Sablon	25,7%	52,9%	17,7%	3,7%	100,0%
Plantières Queuleu	34,8%	37,9%	19,7%	7,5%	100,0%
Borny	20,2%	11,1%	64,9%	3,8%	100,0%
Magny	73,3%	11,5%	13,1%	2,1%	100,0%
Grigy - Grange aux B.	34,4%	10,5%	41,2%	14,0%	100,0%

Source : INSEE * autres = Meublés, chambres d'hôtel, logés gratuitement

Des profils de propriétaires et de locataires différents selon les zones d'implantation des logements

Pourcentage des ménages propriétaires dans le parc des résidences principales – CA2M

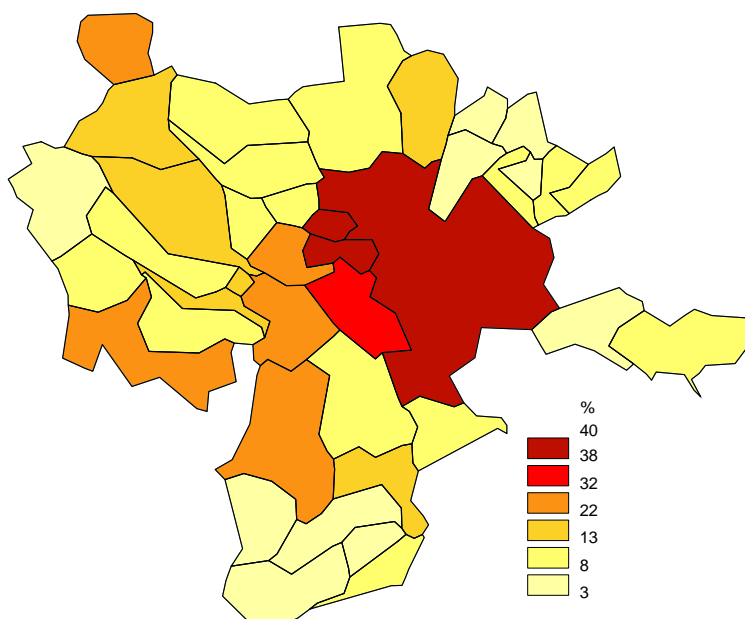
(Recensement 1999)



Selon l'analyse de l'AGURAM, le profil socioéconomique des propriétaires laisse apparaître trois grands zonages au sein de la CA2M :

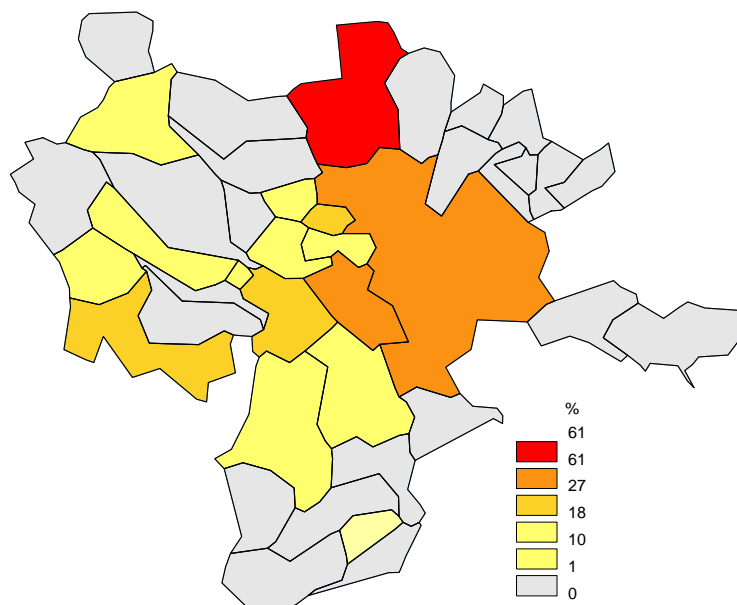
- Les communes du Plateau, à l'Ouest, ainsi que Woippy et La Maxe, accueillent des familles modestes ;
- Ce même profil familial caractérise un vaste secteur autour de Metz regroupant les villages de coteaux à l'Est, les petites communes du Nord-est et quelques communes dispersées caractérisées par un niveau de revenus aisé. Les communes du Sud présentent, quant à elles, un niveau de revenu intermédiaire.
- Enfin, les communes semi-urbaines ont permis l'accession à de petits ménages plutôt aisés hormis sur Moulins-lès-Metz et Ars-sur-Moselle (modestes dans ces cas).

Pourcentage des ménages locataires dans le parc locatif privé (non HLM) – CA2M (Recensement 1999)



Source : INSEE

Pourcentage des ménages locataires dans le parc locatif social CA2M (Recensement 1999)



Source : INSEE

Dans la CA2M, 30 000 ménages habitent un **logement locatif privé**, dont 89% se situent dans le pôle urbain et 7% au sein du secteur semi-urbain. Pour l'AGURAM, ce parc occupe une place décisive dans le cadre de la mobilité résidentielle.

Il répond notamment aux demandes suivantes :

- des moins de 30 ans ayant quitté le foyer parental, vivant seuls et avec peu de revenus : il s'agit d'un parc de décohabitation localisé essentiellement sur Metz et Longeville-lès-Metz (phénomène de division de grandes propriétés).
- des petits ménages en attente d'acheter un logement : les revenus sont plus élevés et la composition familiale également plus diversifiée. Il s'agit surtout d'un parc de transition qui se localise dans les communes urbaines et semi-urbaines.

- des familles avec des niveaux de revenus proches de l'occupation du secteur locatif social public : le parc locatif privé joue dès lors le rôle de parc social pour une occupation familiale modeste. Il est caractéristique des communes du plateau au Nord-Ouest de l'agglomération, d'Ars-sur-Moselle, en sa qualité de pôle secondaire, et de Woippy.

- des familles aisées ou intermédiaires ayant choisi d'être locataires du parc privé et ne projetant pas nécessairement de devenir propriétaires : cette occupation familiale se trouve localisée principalement dans les secteurs résidentiels dans un cadre de vie spécifique (la campagne aux portes de la ville comportant un habitat individuel prisé ou des communes ayant l'image de villages urbains).

**Part des divers types de logements
dans le parc des résidences principales au recensement de 1999**

	Metz		CA2M		CA2M hors Metz		ZUS Metz Borny	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Logements collectifs	43 963	82,9	61 525	68,1	17 562	47,1	3 507	98,8
<i>dont HLM</i>	14 409	27,2	22 336	24,7	7 927	21,3	2 754	77,6
Logements individuels	7 826	14,8	26 881	29,8	19 055	51,1	25	0,7
Autres logements	1 259	2,3	1 922	2,1	663	1,8	18	0,5
Ensemble	53 048	100,0	90 328	100,0	37 280	100,0	3 550	100,0

Source : AGURAM, INSEE

Au sein de la CA2M, un peu plus de 22 000 ménages habitent un **logement locatif social**. La vocation première de ce parc est de permettre à des ménages à faibles revenus de se loger à un prix en rapport avec leurs ressources. Ainsi, dans l'agglomération messine, la part des ménages en locatif HLM percevant moins de 60% du plafond PLUS (Prêt locatif à usage social¹ soit moins de 960 € par mois est de 54%.

Au-delà de ce constat d'ensemble, les profils d'occupation de ce parc sont à nuancer :

- une partie de ce parc accueille quasi exclusivement des ménages à faibles revenus et pour plus de 60% dans une situation financière précaire (moins de 900 € nets par mois). Ce parc est appelé « parc à occupation précarisée », les couples avec enfants tout comme les familles monoparentales y sont surreprésentés.
- le parc dit ordinaire accueille des ménages à faibles revenus. Les foyers en grande précarité financière y sont moins nombreux que précédemment. Ce parc est le dénominateur commun de toutes les communes proposant du parc locatif social mais se trouve plus spécifiquement sur les communes de l'est dans l'espace semi-urbain, même si Gravelotte ou Rozérieulles s'y ajoutent. Il se distingue par sa fonction démographique : il permet la décohabitation pour de petits ménages ou offre un logement accessible à des familles.
- un certain pan du parc locatif social permet l'accueil de ménages dont les profils sont diversifiés mais qui globalement présentent un niveau de revenu plus proche de l'intermédiaire que du logement PLUS. Ce parc, plutôt rare et concentré, dit « valorisé » s'observe à Plappeville et dans les quartiers messins de la Nouvelle Ville et de Magny².

Une tension sur le marché du logement social

En 2006, pour l'ensemble de la CA2M, 17 430 demandeurs de logements sociaux étaient inscrits sur la liste du numéro unique, 21 % d'entre eux ont pu obtenir satisfaction (3 583 logements sociaux ont été attribués contre 4 685 l'année précédente). Le délai d'attente potentiel est de près de 5 ans.

Au sein de l'agglomération messine, si l'on considère les revenus déclarés de l'ensemble des ménages, qu'ils soient demandeurs ou non d'un tel logement, 62 % d'entre eux pourraient prétendre à un logement locatif social (78 % à Woippy, 65 % à Metz et 66 % à Montigny-lès-Metz). Selon les calculs de l'AGURAM, un tiers d'entre eux pourrait même postuler à un logement locatif très social (51 % à Woippy, 37 % à Metz et 33 % à Montigny-lès-Metz).

¹ Ce prêt permet d'aider les organismes d'habitation à loyer modéré (HLM) et les SEM à financer la production de logements locatifs sociaux dans le cadre de la mixité sociale. Il est constitué d'une subvention et d'un prêt de la caisse des dépôts et consignations. Le PLUS ouvre droit à l'aide personnalisée au logement (APL) pour les locataires.

² Les profils des types d'occupants du parc locatif et des propriétaires sur le territoire de la CA2M ont été rédigés à partir d'une note que l'AGURAM a produite pour la réalisation du diagnostic santé.

Évolution des flux de logements locatifs sociaux entre 2004 et 2006

		CA2M Met	z	CA2M hors Metz
Logements sociaux créés	2004	131	121	10
	2005	215	134	81
	2006	152	28	124
	Période 2004-2006	498	283	215
Logements locatifs sociaux supprimés	2004	141	127	14
	2005	163	6	157
	2006	571	435	136
	Période 2004-2006	875	568	307
Opérations neutres ne supprimant ou ne créant pas de logement	2004	526	199	327
	2005	870	752	118
	2006	451	108	343
	Période 2004-2006	1847	1059	788

Source : AGURAM. Outil de suivi du logement social : bilans 2004, 2005, 2006

Entre 2004 et 2006, 283 logements sociaux ont été créés à Metz, 1 059 ont été réhabilités et 568 ont été supprimés. Metz capitalise ainsi un solde positif de logements sociaux locatifs de 774 logements mis ou remis en location durant la période, soit 53% de l'ensemble de cette catégorie sur la CA2M, ou encore 258 logements en plus chaque année contre 232 pour le reste de la communauté d'agglomération.

V – L'ENVIRONNEMENT

L'environnement physique est un déterminant important de la santé. A certains niveaux d'exposition, les contaminants présents dans l'air, l'eau, les aliments et le sol peuvent provoquer des effets néfastes sur la santé. La notion de santé environnementale traduit cette idée. L'OMS la définit de la manière suivante : « La santé environnementale comprend ces aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par des facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement. Elle renvoie également à la théorie et à la pratique d'évaluation, de correction, de contrôle et de prévention de ces facteurs dans l'environnement qui potentiellement peuvent porter préjudice à la santé des générations actuelles et futures ».

La commission d'orientation du Plan National Santé Environnement (PNSE) précise que « La santé environnementale est à la fois une pratique et une science, son champ concerne les déterminants de la santé qui sont reliés à la qualité des milieux de vie des populations. En tant que pratique, au travers de politiques publiques, la santé environnementale vise à réduire les menaces qui pèsent sur les personnes dans leur cité, leur logement, leur lieu de travail, et mobilise dans ce but un ensemble d'institutions publiques, nationales ou locales, d'organismes privés et de professionnels qui y exercent. Pour progresser dans cette voie et être efficace, ces politiques publiques doivent être éclairées par les connaissances produites par un vaste ensemble de disciplines scientifiques, dont en retour elles impliquent le développement ».

La qualité des milieux

L'eau destinée à la consommation humaine

La mise à disposition de la population d'une eau potable de bonne qualité sanitaire constitue une préoccupation permanente des autorités sanitaires. L'action des autorités sanitaires ainsi que celle des collectivités ou de leurs délégués dans différents domaines (fixation des exigences de qualité, recherche permettant d'améliorer les techniques de traitement des eaux, préservation des ressources en eau, etc.) font que la qualité de l'eau du robinet est globalement de bonne qualité en France.

L'alimentation en eau potable des populations est réalisée par des prélèvements d'eau effectués dans les eaux superficielles et souterraines. Elle est prélevée par des captages dits d'alimentation en eau potable (AEP). L'utilisation d'eau issue du milieu naturel pour la consommation humaine est soumise à autorisation préfectorale afin que les zones de captage soient protégées contre les pollutions.

Le Plan national santé environnement (PNSE) a fixé, parmi les objectifs nationaux, d'assurer la protection de 80 % des captages d'eau potable en 2008 et 100 % en 2010. Celle-ci se fait par la mise en place de périmètre de protection des captages avec déclaration d'utilité publique (DUP). En Lorraine, en mai 2008, sur les 2 271 captages, 56,3 % font l'objet d'une DUP (51 % en juin 2006).

Actuellement, l'alimentation en eau des habitants de la Moselle est assurée par 497 captages ou champs captants. Seuls 385 captages sont utilisés pour la production d'eau potable dont 66,3 % déclarés d'utilité publique en mai 2008. Ces 254 captages protégés assurent 51,6 % du débit en m³ par jour du département (138 023 m³/ jour). La population mosellane est desservie, en avril 2008, à 72,6 % par une eau provenant de captages administrativement protégés.

L'alimentation en eau des mosellans se fait en grande partie à partir d'ouvrages pompant l'eau dans la nappe phréatique des grès vosgiens, mais l'agglomération messine utilise également une prise d'eau superficielle qui contribue à l'alimentation en eau potable : prise d'eau du Rupt de Mad.

L'essentiel de la réserve en eau de la ville de Metz est constitué par le lac de Madine (35 millions de m³ d'eau) et le Rupt de Mad, affluent de la Moselle, dont les eaux sont dirigées (avec les sources de Gorze et de Lorry) vers l'usine de traitement de Moulins-lès-Metz qui présente une capacité de traitement de 60 000m³ par jour (80 % de l'eau distribuée). S'y ajoute le champ captant de la nappe alluviale située au Nord de Metz dont les eaux sont traitées dans les usines d'Hauconcourt et Saint-Eloy. L'eau, une fois traitée, est stockée dans des réservoirs enterrés sur les hauteurs de Metz.

En mai 2008, la protection de la prise d'eau utilisée par la ville de Metz n'est pas encore finalisée en raison de la complexité de la procédure d'instruction de la déclaration d'utilité publique : l'aire d'alimentation recouvre en effet les bassins d'alimentation du lac de la Madine en Meuse (35 millions de m³ d'eau), et l'ouvrage du Rupt de Mad dont le périmètre s'étend sur deux départements, la Meuse et la Meurthe-et-Moselle au bénéfice d'une collectivité située en Moselle.

En 2006, parmi les différents minéraux et oligo-éléments de sa composition, l'eau d'alimentation de la ville se caractérise par une forte teneur en calcium (103mg/L), c'est-à-dire que l'eau présente un indice fort de dureté. C'est une eau peu riche en magnésium (8,1mg/L), en fluor (0,1mg/L). Concernant les substances indésirables (nitrates, fluorures), l'eau de la ville de Metz est conforme aux normes françaises de l'eau d'alimentation.

Composition physico-chimique de l'eau de la ville de Metz (en mg/L)
(à la sortie de l'usine de traitement de Moulins-lès-Metz)

	Calcium	Magnésium	Sodium	Sulfates	Fluor	Nitrates	Potassium
Eau de Metz	103	8,1	18	52	0,1	23	2,7
Normes françaises	< 100	50	200	250	1,5	50	<100

Source : Veolia Eau (Mosellane des eaux)

En 2007, le contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine par la DDASS de Moselle n'a constaté aucune anomalie dans la qualité bactériologique des unités de distribution de la ville de Metz. L'eau distribuée à partir des stations de St-Eloy, Moulins-lès-Metz s'est révélée conforme aux exigences de qualité fixée pour les nitrates et fluor, les paramètres physico-chimiques de la structure naturelle de l'eau (sodium, chlorures), les substances toxiques et les pesticides.

Mesures de prévention de la légionellose à Metz

Hormis les risques liés à la consommation d'eau non potable, à la baignade en eau contaminée, la légionellose constitue un autre risque lié à l'eau. Il s'agit d'une affection due à Legionella pneumophila qui prolifère dans les eaux stagnantes, les réseaux de distribution d'eau et se propage à l'homme par le biais de l'inhalation de microgouttelettes contaminées (douche, panache de tour aéroréfrigérante).

Entre 2005 et 2007, 82 à 84 cas de légionellose ont été déclarés et enregistrés en Lorraine. Pour la Moselle, le nombre de cas a fluctué entre 34 (2005), 43 (2006) et 36 (2007). Des cas ont été connus des autorités sanitaires à Metz (5 en 2005). Ces données doivent être considérées avec nuance, car elles reposent sur les déclarations obligatoires des médecins et biologistes aux DDASS. L'information est recueillie au domicile des malades. Le lieu de contamination supposé n'est mentionné que pour la moitié des cas. Des cas résidant dans un département ou une ville et entrant dans le décompte de ces territoires peuvent avoir été exposés ailleurs.

Pour les cas mosellans, aucune source de contamination n'a été identifiée malgré un contrôle exhaustif par la DRIRE des tours aéroréfrigérantes¹. Depuis 2005, des mesures de prévention de la légionellose sont appliquées dans les établissements messins recevant du public et comportant des sanitaires : suppression autant que possible des points de stagnation, élévation quotidienne de la température des ballons au-delà de 60°C, vidanges et détartrage une fois par an des ballons, etc. auxquelles s'ajoutent des analyses de légionelles aux points d'usage.

¹ Source : Cellule interrégionale d'épidémiologie Est (Cire EST), DRASS, surveillance des MDO, bulletin 2007

La qualité de l'air

L'air, premier milieu vital de l'homme, constitue un déterminant important de l'état de santé des populations et de la qualité de vie. Parmi les nombreuses études mondiales sur ce sujet, deux recherches françaises¹ ont démontré que la pollution atmosphérique, mesurée par les variations des particules en suspension de diamètre inférieur à 10µm (PM10) (générées essentiellement par les transports routiers), entraînait un surcroît de décès, d'admissions hospitalières, ou de perturbations de la fonction respiratoire.

Depuis la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie du 30 décembre 1996, un Plan de Protection de l'Atmosphère (PPA) s'impose aux agglomérations de plus de 250 000 habitants et aux zones dans lesquelles les valeurs limites de qualité de l'air ne sont pas respectées. L'agglomération messine fait partie des agglomérations intéressées. Le PPA des Trois Vallées Fensch-Orne-Moselle, piloté par la DRIRE, a ainsi été initié en 2006. Le périmètre de ce PPA s'étend du sud de la CA2M (Augny) jusqu'au nord de Thionville. Rassemblant l'ensemble des acteurs concernés par la préservation de la qualité de l'air, il s'intègre aux orientations du Plan Régional de la Qualité de l'Air (PRQA) parmi lesquelles figurent les Plans de Déplacements Urbains.

La surveillance et la connaissance de la qualité de l'air dans l'agglomération messine reviennent depuis près de 30 ans au réseau AERFORM, devenu **ATMO Lorraine Nord** depuis avril 2007. Dans le cadre de ce diagnostic, et en vue d'apprécier l'évolution de la qualité de l'air sur l'ensemble du territoire de la CA2M, un bilan des mesures obtenues de 2000 à 2007 a été réalisé par cette association à partir des six stations de mesure disséminées sur le territoire de l'agglomération : la station de Metz-Centre, de Metz-Sablon, de Metz-Borny, celle de Scy-Chazelles, et enfin les stations de La Maxe et de St Julien-lès-Metz.

- Les trois premières stations de Metz-Borny, Metz-Centre et Metz-Sablon ont pour objectif le suivi de l'exposition moyenne de la population aux phénomènes de pollution atmosphérique dits de « fond », dans les quartiers à forte densité de la ville de Metz. Dans ces stations sont enregistrés les polluants suivants : dioxyde de soufre, PM10, ozone, monoxyde d'azote auxquels s'ajoutent pour Metz-Borny l'oxyde de carbone et les benzène, toluène et xylène.
- La station de Scy-Chazelles, implantée dans la zone péri-urbaine messine, suit la pollution photochimique à l'ozone, la pollution au monoxyde d'azote et aux particules fines PM10.
- La station de La Maxe est axée sur la mesure des pollutions dites de proximité. Elle enregistre les informations dans la zone de la centrale thermique EDF, source industrielle fixe de pollution qui expose les populations riveraines à des phénomènes de panache ou d'accumulation. La dernière station de St Julien-lès-Metz présente la même typologie de nature industrielle et enregistre les éventuelles pollutions générées par le fonctionnement de l'incinérateur Haganis.

L'étude menée par l'IFEN (Institut Français de l'Environnement) en France sur la qualité de l'air dans les villes de plus de 100 000 habitants (2000 à 2005) montre que celle-ci s'améliore globalement. Mais si la baisse des émissions primaires de polluants explique en partie l'amélioration de la qualité de l'air, les épisodes de pollution enregistrés soulignent que la qualité de l'air des grandes agglomérations est très tributaire des conditions météorologiques.

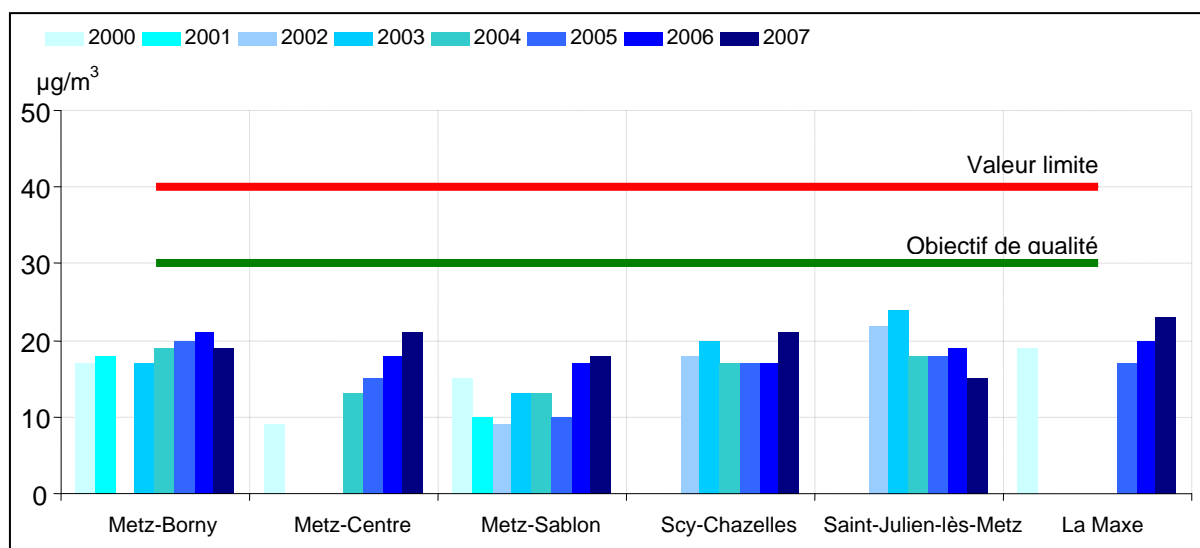
¹ ERPURS en Ile-de-France et le projet animé par l'Institut de veille sanitaire en 1998 dans neuf grandes villes de France (PSAS-9)

Particules en suspension

Les particules en suspension de plus de 10µm sont retenues par les voies aériennes supérieures. Les particules les plus fines (moins de 2,4µm) ont une forte probabilité de se déposer dans les alvéoles pulmonaires et d'y rester durablement. Elles peuvent ainsi, surtout chez les enfants, irriter les voies respiratoires ou altérer la fonction respiratoire. Ces particules proviennent des usines d'incinération, des chauffages collectifs ou individuels, des transports routiers.

Toutes les stations d'ATMO-Lorraine Nord du territoire de la CA2M enregistrent les concentrations de particules en suspension PM10. Entre 2000 et 2007, les moyennes annuelles en particules en suspension respectent à la fois les valeurs limites¹ de 40 µg/m³ appliquée en 2005 et l'objectif de qualité.² En 2007, les concentrations se situent entre 15 et 25µg.

Évolution des niveaux annuels de PM10 sur le territoire de la CA2M de 2000 à 2007



Source : ATMO Lorraine Nord

Les moyennes journalières en PM10 par le calcul du percentile 90,4³ n'enregistrent durant la période aucun dépassement supérieur à 35 fois par an, satisfaisant ainsi la limite de 50µg/m³ fixée par le décret n°2002-213 du 15 février 2002. On note cependant en 2007, une augmentation significative des dépassements de la valeur limite journalière de 50µg/m³ dans 4 des stations de la CA2M : Metz-Centre, Metz-Sablon, Scy-Chazelles et La Maxe. Mais cette dernière résulte d'une correction des mesures par l'application d'un écart calculé à partir d'un site dit de « référence ».

Les plus fortes concentrations journalières en particules en suspension s'observent lorsque les conditions météorologiques d'accumulation sont favorisantes et lorsque s'intensifient en hiver les émissions de particules par le chauffage urbain et les centrales électriques.

¹ Valeurs limites : niveau maximal de concentrations de substances polluantes dans l'atmosphère, fixé sur la base de connaissances scientifiques dans le but d'éviter, de prévenir ou de réduire les effets nocifs de ces substances sur la santé humaine ou l'environnement (L.30/12/96,art.3)

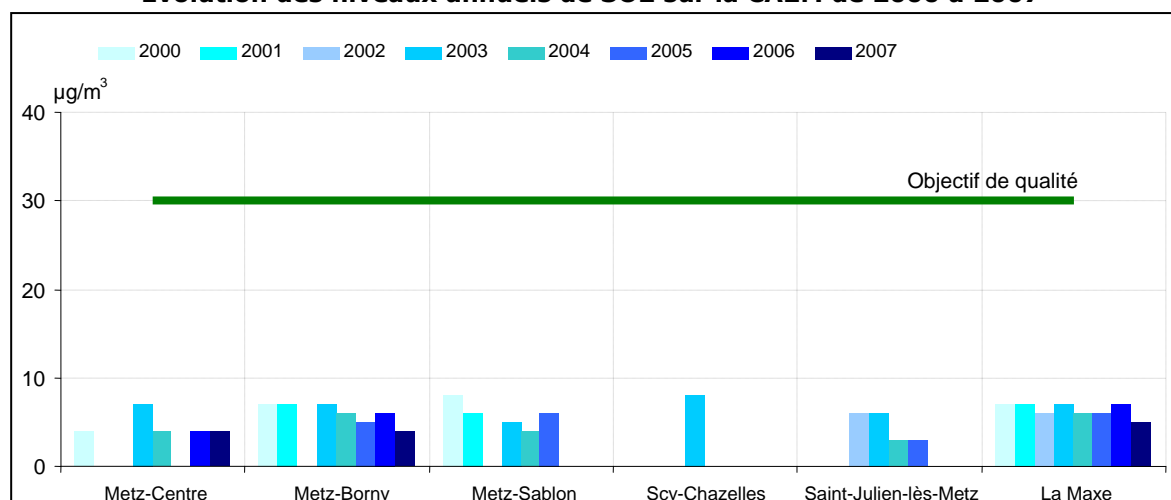
² Objectif de qualité : niveau de concentration de substances polluantes à atteindre dans une période donnée. Valeur en deçà de laquelle on estime que les niveaux de concentrations sont acceptables.

³ Percentile 90,4 : signifie que 330 jours de l'année ne dépassent pas la valeur de 50µg/m³

Dioxyde de soufre

Le dioxyde de soufre (SO₂) est issu de la combustion des énergies fossiles contenant des impuretés soufrées (charbon, fioul). Gaz irritant agissant en combinaison avec d'autres substances, les particules en suspension notamment, il augmente l'incidence des pharyngites et bronchites chroniques lors d'une exposition prolongée.

Évolution des niveaux annuels de SO₂ sur la CA2M de 2000 à 2007



Source : ATMO Lorraine Nord

Entre 2000 et 2007, les concentrations moyennes annuelles en dioxyde de soufre de la CA2M sont très en deçà de la moyenne annuelle de 30 µg/m³ fixée comme objectif de qualité, avec une diminution notamment des moyennes annuelles pour les stations de Metz-Borny et de La Maxe. En 2007, les moyennes de SO₂ se situent entre 5 et 7 µg/m³

La valeur limite de 125 µg/m³ n'a jamais été dépassée plus de 3 fois au cours d'une année (percentile 99,2 sur les moyennes journalières de SO₂). De même, la valeur horaire limite de 350 µg/m³ (percentile 99,7¹) n'a jamais été dépassée plus de 24 heures sur aucune station de la CA2M durant la période 2000 à 2007.

Les maxima horaires de dioxyde de soufre lors des huit dernières années sont de 688 µg/m³ le 2 février 2006 et le 20 novembre 2005 à St-Julien-lès-Metz, et de 384 µg/m³ le 27 février 2006 à La Maxe. Ces concentrations élevées sur de courtes périodes sont d'origine industrielle.

Enfin, dans la période 2000-2007, aucune procédure d'information et de recommandation n'a été déclenchée à Metz pour le dioxyde de soufre dans le cadre de l'arrêt préfectoral n°2004-AG/2-97.

Dioxyde d'azote

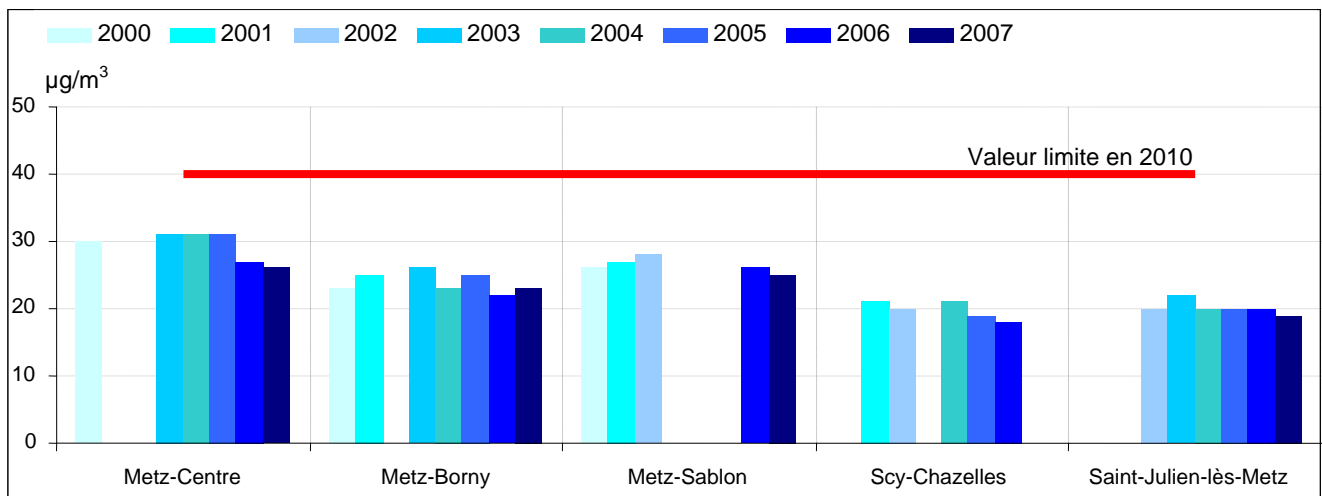
Le dioxyde d'azote (NO₂) et le monoxyde d'azote (NO) sont émis lors des phénomènes de combustion. Le dioxyde d'azote est un polluant secondaire issu de l'oxydation du NO. Les sources principales sont les véhicules (près de 60 %) et les installations de combustion (centrales thermiques, chauffages...). C'est un gaz irritant qui augmente la fréquence et la gravité des crises asthmatiques et favorise les infections pulmonaires infantiles.

Durant la période 2000 à 2007, les moyennes annuelles en NO₂ mesurées par les stations de Metz-Centre, Metz-Borny, Metz-Sablon, Scy-Chazelles et St-Julien-Lès-Metz n'ont pas atteint la valeur limite de 40 µg/m³ applicables en 2010. Les émissions liées au trafic dense de la ville de Metz influencent directement les niveaux de dioxyde d'azote. Les moyennes annuelles de NO₂

¹ Percentile 99,7 : signifie que la valeur limite de dioxyde de soufre n'a jamais été franchie plus de 24 heures.

sont donc plus élevées pour les stations situées en milieu urbain : Metz-Centre, Metz-Borny et Metz-Sablon ont des niveaux qui oscillent entre 25 et 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Évolution des niveaux annuels de NO₂ sur la CA2M de 2000 à 2007



Source : ATMO Lorraine Nord

Aucune station n'a cependant présenté plus de 175 heures de dépassements de la valeur 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (percentile 98¹). Les maxima horaires obtenus sont survenus en période hivernale (addition des émissions liées au chauffage domestique et de celles liées au trafic routier) : 24 février 2006 à Borny (244 $\mu\text{g}/\text{m}^3$), et 24 février 2003 à Metz-Sablon. Les concentrations étaient d'autant plus élevées qu'elles étaient favorisées par des conditions météorologiques particulières anti-cycloniques.

Ozone

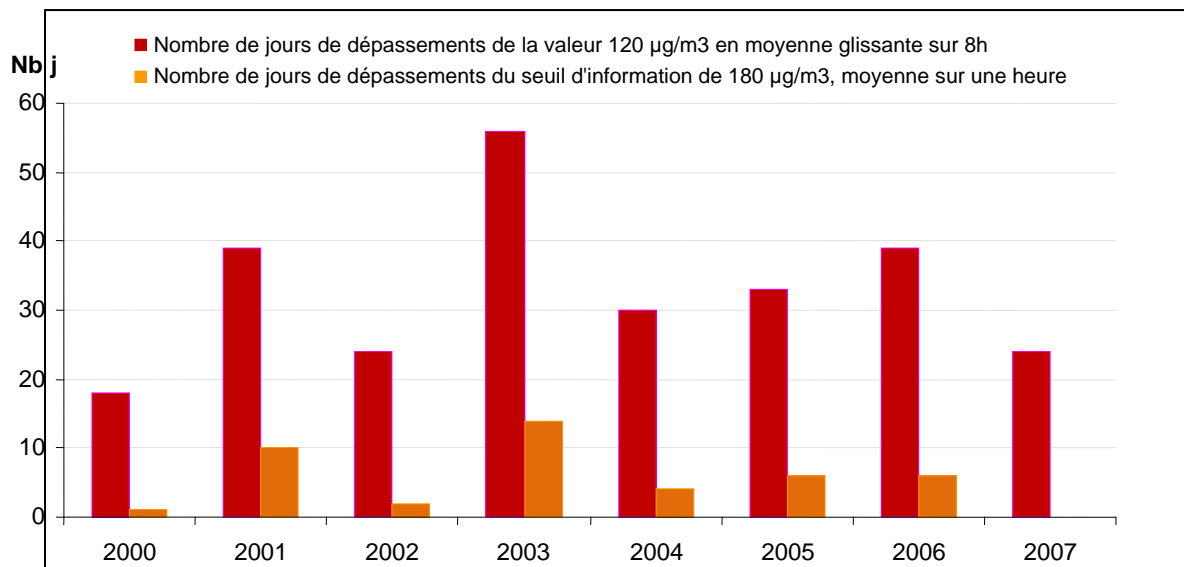
L'ozone en milieu urbain est créé lors d'interactions entre les rayonnements ultraviolets solaires et des polluants primaires précurseurs tels l'oxyde d'azote, le monoxyde de carbone, les hydrocarbures et la famille des Composés Organiques Volatils (COV) présents dans les gaz d'échappement. Cet ozone, créé par l'activité humaine, s'ajoute à l'ozone naturel. Les concentrations en ozone augmentent de 2 % par an, particulièrement en période estivale et il est donc considéré comme un polluant. L'ozone est un gaz oxydant extrêmement réactif qui exerce une action irritante locale et aiguë sur les muqueuses oculaires et respiratoires.

Il n'y a pas de réglementation applicable aux moyennes annuelles d'ozone. Mais la valeur cible pour la protection de la santé humaine est de 120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ sur 8 heures à ne pas dépasser plus de 25 jours par an. Or, si l'on met à part l'année 2003 caractérisée par des conditions climatiques exceptionnelles (56 journées ont dépassé la valeur cible), l'année 2006 a également été marquée par un dépassement de la valeur cible pendant 39 jours sur l'ensemble des stations de la CA2M, particulièrement au mois de juillet (le plus chaud depuis 1986).

Le seuil d'information et de recommandation au public, fixé lui à 180 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, a été dépassé 14 fois en 2003 (moyenne sur une heure), 4 fois en 2004, 6 fois en 2006 mais il n'a pas été dépassé en 2007 du fait de conditions climatiques peu favorables à une forte production d'ozone. En 2007, sur l'ensemble de la Moselle, 5 jours ont dépassé le seuil d'information et de recommandation.

¹ Percentile 98 : 175 heures de dépassements autorisés par année civile de 365 jours.

Nombre de jours de pics de pollution à l'ozone sur le territoire de la CA2M entre 2000 et 2007



Source :

ATMO Lorraine Nord

Monoxyde de carbone

La source principale de monoxyde de carbone est le trafic routier. Le CO se fixe sur l'hémoglobine des globules rouges, entravant de ce fait le transport d'oxygène vers le système nerveux, le cœur et les vaisseaux sanguins. L'intoxication, caractérisée par des maux de tête et des vertiges, peut en cas d'exposition prolongée aller jusqu'au coma et la mort.

La valeur cible pour la protection de la santé humaine est fixée à 10mg/m³ (Directive européenne 200/69/CE du 16 novembre 2000). La seule station de la CA2M mesurant le monoxyde de carbone est celle de Metz-Borny, depuis 2004. Depuis cette période, les maxima journaliers de la moyenne glissante sur 8 heures de CO n'ont jamais dépassé la valeur cible.

Composés organiques volatils (COV : benzène, toluène, O-xylène)

Les composés organiques volatils regroupent une multitude de substances (hydrocarbures, solvants) qui se trouvent à l'état de gaz et peuvent être d'origine naturelle ou humaine. Les COV entrent dans la composition de nombreux produits courants : peintures, colles, encres, détachants, cosmétiques... mais ils sont aussi émis par la combustion de combustibles. Les effets des COV sont très variables selon la nature du polluant envisagé. Ils vont d'une gêne olfactive à des effets mutagènes et cancérogènes (benzène notamment), en passant par des irritations diverses et une diminution de la capacité respiratoire.

Seule la station de Metz-Borny mesure les COV depuis 2005. Selon ATMO Lorraine Nord, les données, parcellaires (moins de 75 de données valides), peuvent cependant être considérées comme représentatives du niveau moyen de composés organiques volatils pour 2005 et 2006. Durant ces deux années, les moyennes annuelles de benzène n'ont jamais été supérieures à la valeur limite de 5µg/m³ applicable en 2010, ni à celle de l'objectif de qualité fixé à 2µg/m³ (2005 : 0,6µg/m³, 2006 : 0,9µg/m³)¹.

¹ Toluène : 2,6 µg/m³ en 2005, 2,1 µg/m³ en 2006. O-xylène : 0,6 µg/m³ en 2005 et 2006. Selon AtmoLor, le rapport de la moyenne annuelle de toluène sur celle de benzène est supérieur à 2 pour les deux années ce qui indique une origine prépondérante du trafic routier pour ces composés.

Métaux lourds (plomb, cadmium, nickel, arsenic)

Les métaux lourds proviennent de la combustion des charbons, pétroles, ordures ménagères et de certains procédés industriels particuliers. Les métaux s'accumulent dans l'organisme et leurs effets toxiques, variables selon le produit considéré, peuvent affecter à plus ou moins long terme les fonctions principales de l'organisme (nerveuses, rénales, hépatiques, respiratoires).

Les moyennes annuelles des trois métaux lourds surveillés dans les stations de Metz intra-muros ont toujours été inférieures aux valeurs cibles de chacun des toxiques dans le laps de temps 2000 à 2007.

Moyenne annuelle de métaux lourds – Metz 2005-2007 (données en µg/m³)

		Plomb	Cadmium	Arsenic	Nickel
Metz-Borny	2005	17,8	0,3	0,7	1,3
	2006	18,9	0,4	0,7	2,3
Metz-Centre	2007	17,7	0,4	0,7	2,8
	Valeur limite		500		
Obj. de qualité		250			
Valeur cible			5	6	20

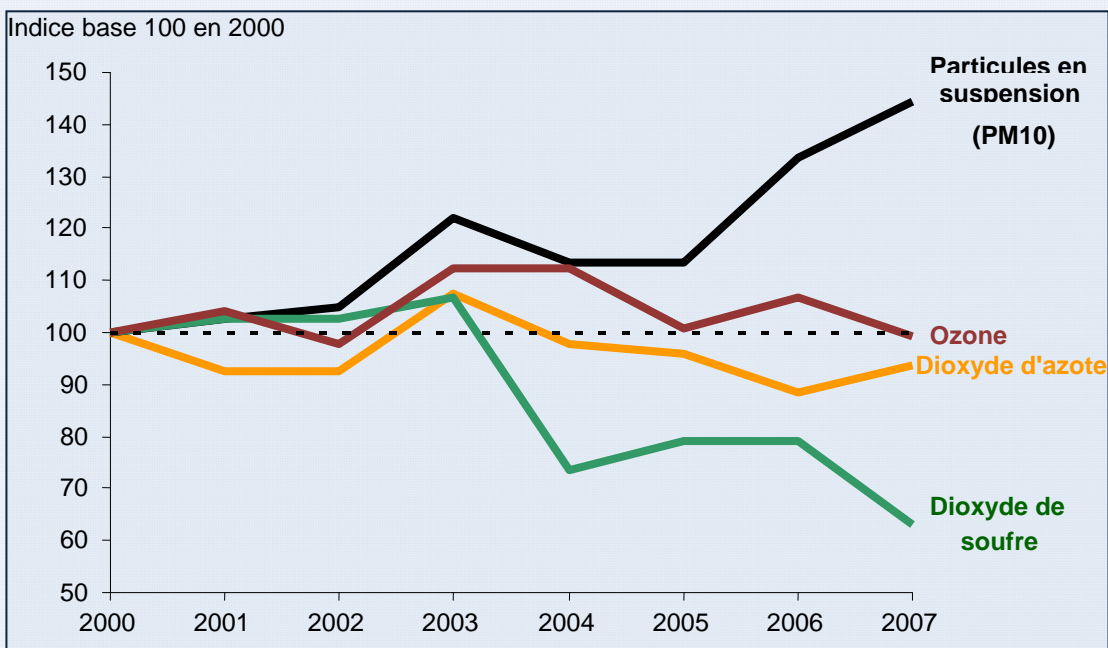
Source : ATMO Lorraine Nord

Bilan 2000-2007 de l'évolution de la qualité de l'air – CA2M

Entre 2000 et 2007, hormis pour l'ozone, les seuils réglementaires fixés pour l'ensemble des polluants mesurés dans la CA2M ont été respectés. Les seuls pics observés le sont dans les périodes hivernales. En revanche l'ozone présente des pics estivaux comme par exemple pendant l'été 2003.

En prenant comme référence l'année 2000, les quatre principaux polluants, PM10, ozone, dioxyde d'azote et dioxyde de soufre, ont des évolutions d'émissions contrastées. La plus forte diminution revient au dioxyde de soufre dont la diminution en 8 ans est de près de 40, même si cette diminution ne joue en réalité que sur quelques microgrammes par mètre cube. Le dioxyde d'azote évolue sensiblement à la baisse depuis 2000. Les particules en suspension présentent en revanche une augmentation significative de leurs concentrations dans l'air. Mais cette dernière peut être mise en parallèle avec des méthodes de mesure plus restrictives, en 2007 notamment. C'est en effet à partir de cette année que la fraction volatile des particules en suspension est intégrée à la mesure, d'où une augmentation de plus de 8 entre 2006 et 2007.

Évolution des concentrations des principaux polluants mesurés sur le territoire de la CA2M de 2000 à 2007 Source : ATMO Lorraine Nord



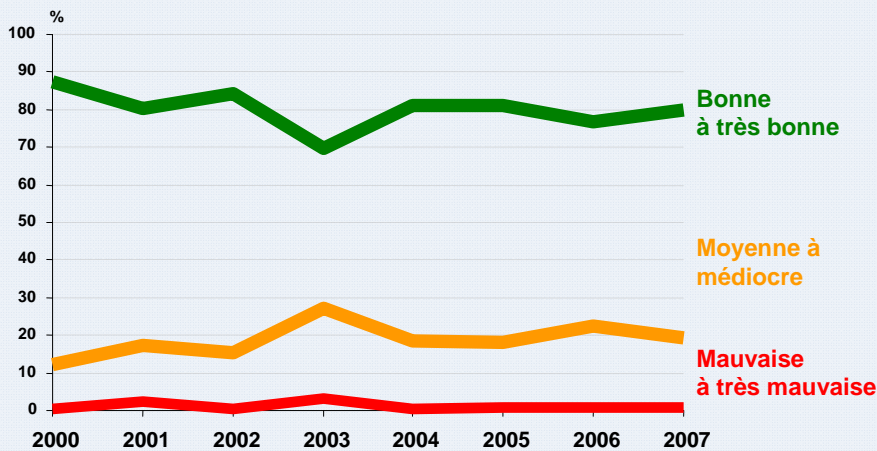
Bilan 2000-2007 de l'évolution de la qualité de l'air – CA2M (suite)

L'indice ATMO est un indice obtenu à partir d'une échelle prédéfinie de 1 (très bon) à 10 (très mauvais), valeur qui est définie à partir de quatre polluants principaux (SO₂, NO₂, Ozone, et PM₁₀) et ce pour une journée donnée. Cet indice, mis en place par le Ministère de l'environnement, l'ADEME et les réseaux de mesure, est représentatif de la qualité de l'air pour les unités urbaines de plus de 100 000 habitants. L'indice ATMO dépend des valeurs des polluants retenus qui elles-mêmes dépendent des conditions météorologiques rencontrées au cours d'une année. Ces dernières constituent les limites de l'indice ATMO. Puisque les variations climatiques ne sont pas identiques d'une agglomération à l'autre les comparaisons entre les villes s'avèrent de ce fait difficiles selon l'ADEME.

L'indice ATMO de Metz est calculé à partir des données obtenues avec les stations urbaines de l'agglomération ainsi que celles de la station de Scy-Chazelles. Entre 2000 et 2007, l'indice ATMO de l'agglomération messine est défini comme « bon » à « très bon » sur près de 80 % des années considérées. Les quelques jours par an où l'indice ATMO est qualifié de « mauvais » ou « très mauvais » correspondent à des pics de pollution d'au moins un des quatre polluants à des niveaux proches des seuils réglementaires d'information et de recommandation.

Entre 2000 et 2007, plus de 80 % des valeurs de l'indice ATMO sont de la responsabilité de l'ozone seul ou accompagné d'un autre polluant. Le dioxyde d'azote participe pour 28 % et les particules en suspension pour 20 % aux valeurs indices obtenues pour l'ATMO de Metz.

Évolution de la qualité de l'air à Metz de 2000 à 2007 avec l'indice ATMO



Source : ATMO Lorraine Nord

Surveillance aérobiologique des pollens

Plus de 20% de la population française souffre d'allergie respiratoire. De nombreux facteurs peuvent être à l'origine de ces manifestations : facteurs intérieurs (acariens, moisissures, etc.), facteurs extérieurs (allergènes potentiels respirés : pollens, moisissures) et enfin des facteurs de pollution atmosphérique. Il existe en effet des relations triangulaires entre pollution, pollens et allergie. La pollution peut agir sur les pollens en modifiant leur structure et leur allergénicité et sur les muqueuses respiratoires de l'homme en modifiant sa sensibilité immunologique aux grains de pollens.

Depuis quelques années, un capteur de pollens est installé sur un toit de l'hôpital d'instruction des armées Legouest. Il est géré par l'association CIPRES en lien avec le RNSA. En 2007, le bulletin pollinique concernant la ville de Metz, publié sur le site, soulignait l'apparition d'une « épidémie » de crises d'asthme sévères le 26 mai 2007: 80 cas d'asthme s'étaient présentés aux services des urgences de Metz et Thionville. Selon le médecin, les conditions du moment (fort taux pollinique et violent orage) étaient prévisibles et un système d'alerte à destination du grand public aurait probablement évité un tel scénario. Ce système d'information du public a été en partie mis en place au printemps 2008 avec la publication sur le site de la Mairie de Metz d'un relevé pollinique journalier permettant d'évaluer le risque allergique lié à l'exposition aux pollens (RAEP).

CIPRES : Cercle d'investigation en palynologie et pathologie respiratoire
RNSA : Réseau national de surveillance aérobiologique

VI – HABITUDES DE VIE, COMPORTEMENTS ET FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS

Des habitudes comme le tabagisme, l'inactivité physique, la mauvaise alimentation, la consommation d'alcool abusive, etc. peuvent avoir des effets néfastes sur la santé, et ces habitudes sont associées à des maladies du cœur, au cancer du poumon et à d'autres maladies chroniques. La plupart des facteurs de risque liés à ces comportements et à ces habitudes de vie sont modifiables et évitables.

À elles seules, trois habitudes de vie – la mauvaise alimentation, l'inactivité physique et le tabagisme – contribuent à réduire la durée de vie. Elles sont en effet en cause dans la majorité des décès liés aux maladies cardiovasculaires et au diabète et dans le tiers de ceux liés au cancer. Compte tenu de leurs conséquences sur la santé, autant physiques que mentales, l'amélioration des habitudes de vie constitue un défi majeur pour le bien être des populations.

Consommation de produits psychoactifs

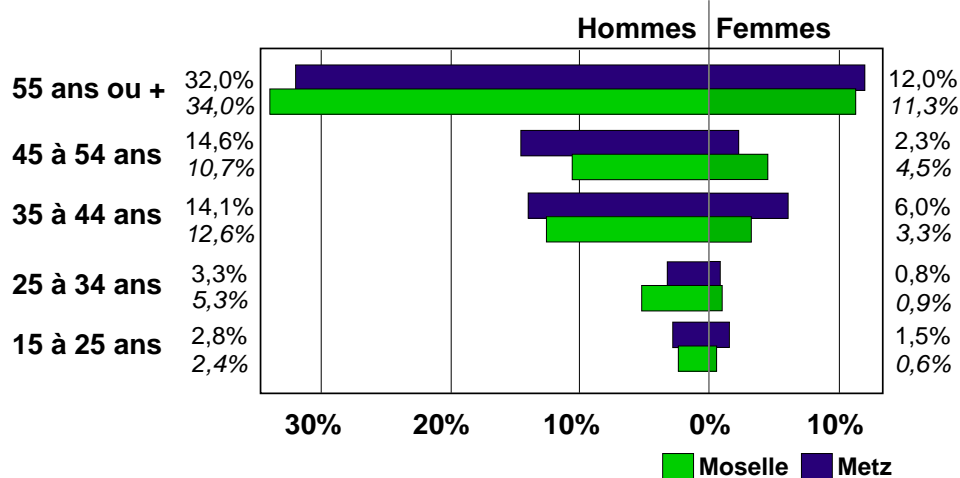
Alcool

Peu de données statistiques permettent d'approcher le phénomène de la consommation d'alcool par la population résidant sur le territoire de la CA2M. Les seules disponibles sont celles du centre d'examen de santé (CES) de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Moselle. Ce sont des données déclaratives collectées lors du passage volontaire des consultants au centre d'examen de santé de Metz.

Il s'agit donc d'un échantillon particulier de la population, car se présentant à sa demande à un tel examen. L'exploitation de ces données ne permet pas d'avoir une vision précise sur l'importance de tel ou tel comportement présentant un risque pour la santé. Mais, en l'absence de toute autre information, elles permettent de s'en faire une idée, surtout si on compare les résultats à ceux d'autres populations.

En 2007, la proportion d'hommes déclarant consommer tous les jours des boissons alcoolisées augmente en fonction de l'âge des consultants du CES. A 15-24 ans, près de 3 % des Messins ayant consulté au centre d'examen de santé le déclarent. A 35-44 ans, ils sont 14 % et 32 % à plus de 55 ans. Avec ces données, on retrouve globalement et pour Metz la même tendance que celle observée dans d'autres enquêtes au niveau national. La consommation quotidienne d'alcool n'est pas un comportement qui caractérise les jeunes. C'est davantage une pratique qui s'acquière avec l'avancée en âge. Par contre, la consommation excessive de boissons alcoolisées au cours de week-ends avec une recherche d'ivresse rapide est un comportement qui distingue les jeunes de moins de 30 ans, mais que les données présentées ci-dessous ne montrent pas.

Proportion de consultants du CES de Metz déclarant consommer quotidiennement de l'alcool par sexe et groupe d'âge - Année 2007



Source : CES – CPAM de Metz

En comparant les Messins à l'ensemble des Mosellans consultants du CES, on observe pour 2007 la même tendance d'évolution en fonction de l'âge, avec toutefois une déclaration de consommation quotidienne d'alcool légèrement plus importante chez les hommes de 35 à 54 ans et chez les femmes de 35 à 44 ans habitant Metz.

La comparaison avec l'ensemble de la Lorraine ne montre pas de différence significative pour Metz, tant chez les hommes que chez les femmes. De même, en comparant la population messine dite « précaire » à celle dite « non précaire », parmi les consultants messins du CES, on n'observe pas de différence significative.

Tabac

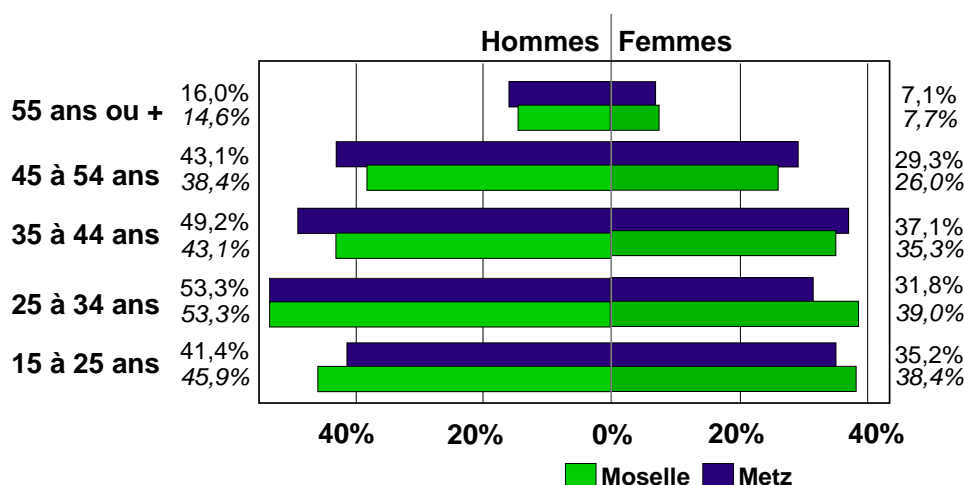
La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe un objectif quantifié par rapport au tabac : « Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008, en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence ».

Ce rappel permet de mesurer l'effort qui reste à faire, tant à Metz qu'en Moselle, sans parler de l'ensemble de la Lorraine ou des autres régions, pour atteindre l'objectif national de réduction du tabagisme ... en 2008. En effet, au regard des données recueillies en 2007 par le centre d'examen de santé de Metz, 38,1 % des Messins (tous âges confondus à partir de 15 ans), consultants du CES, déclarent fumer quotidiennement du tabac, alors que l'objectif national est de 25 % pour 2008. Pour les Messins, la prévalence observée en 2007, est de 26,6 % (15 ans à plus de 55 ans), alors que l'objectif quantifié au niveau national est de 20 %.

Comme le montre le tableau de la page suivante, l'effort de prévention du tabagisme chez les Messins est surtout à cibler auprès des moins de 55 ans. Car, contrairement à la consommation d'alcool, l'avancée en âge se traduit, à partir de 25 ans, par une baisse de la prévalence de la consommation de tabac.

La comparaison de Metz avec les données du CES pour l'ensemble de la Moselle permet d'avancer l'hypothèse que la consommation de tabac est proportionnellement plus importante à Metz que dans l'ensemble du département entre 25 et 54 ans chez les hommes et entre 35 et 54 ans chez les femmes.

Proportion de consultants du CES de Metz déclarant consommer quotidiennement du tabac par sexe et groupe d'âge - Année 2007



Source : CES – CPAM de Metz

Cette prévalence plus importante du tabagisme sur Metz se confirme lorsqu'on compare les données recueillies auprès des consultants messins à celles de l'ensemble des Lorrains pour 2004 (année de disponibilité des données lorraines). Quelle que soit la catégorie d'âge considérée, la prévalence des fumeurs est significativement plus importante chez les consultants « non précaires » domiciliés à Metz ou sur le territoire de la CA2M par rapport à la Lorraine.

Proportion de consultants du CES se déclarant fumeurs (en %) en 2004

Consultants « non précaires »

	Age	Metz	CA2M	CA2M	Lorraine
Hommes	15-24	42,4%	41,3%*	38,5%	33,6%
	25-59	39,8%	38,5%*	33,2%	30,9%
	60 +	13,0%*	10,7%	7,0%	8,6%
Femmes	15-24	37,2%*	38,3%*	45,3%	29,1%
	25-59	27,2%*	26,1%	23,7%	22,9%
	60 +	3,5%	4,7%	7,6%	3,8%

Consultants « précaires »

	Age	Metz	CA2M	CA2M	Lorraine
Hommes	15-24	50,6%	53,8%	66,8%	62,2%
	25-59	49,6%	41,2%*	53,1%	55,7%
Femmes	15-24	26,1%*	25,5%	45,3%	53,2%
	25-59	27,2%	34,2%	23,7%	42,9%

Source : CES Metz, CETAF 2004

Données standardisées sur l'âge et la catégorie socioprofessionnelle.

*Différence significative par rapport à la Lorraine au risque de 5% (test du Khi2).

Personnes précaires

Les statistiques fournies par les centres d'examen de santé de l'assurance maladie sont présentées en distinguant les personnes « précaires » et les « non précaires ». Cette catégorisation se fonde sur l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé.

Cinq catégories de personnes sont considérées en situation de précarité et donc comme prioritaires : les chômeurs, les bénéficiaires du RMI, les jeunes de 16-25 ans d'un dispositif d'insertion, les bénéficiaires d'un contrat emploi solidarité, les personnes sans domicile fixe.

A l'instar de ce que l'on observe au niveau national, les consultants de sexe masculin du CES en situation de précarité déclarent plus souvent consommer du tabac que les personnes « non précaires ». Mais lorsqu'on compare cette catégorie de consultants du CES au regroupement similaire pour la Lorraine, les personnes dites « précaires » domiciliées sur le territoire de la CA2M (hommes de 25-59 ans) ou à Metz (femmes de 15 à 24 ans) se déclarent moins souvent consommateurs de tabac que les Lorrains.

Usage problématique de drogues illicites

L'estimation de la prévalence de l'usage de drogues illicites est une préoccupation légitime et récurrente des décideurs et des professionnels du champ socio-sanitaire. Elle se justifie par l'hétérogénéité des modalités de consommation de drogues et de fréquence des phénomènes morbides associés d'une région à une autre, d'une agglomération à une autre.

En 2005-2006, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) a engagé une étude d'estimations locales de prévalence de l'usage problématique de drogues (cannabis non compris) dans six agglomérations du pays (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse). Sur Metz, le travail a été mené en partenariat avec l'ORSAS-Lorraine.

Autour de 2 200 consommateurs problématiques de drogues illicites (hors cannabis) sur l'agglomération de Metz ...

Cette enquête a permis d'estimer à 2 300 le nombre d'usagers problématiques de drogues âgés de 15 à 64 ans sur l'agglomération de Metz, avec un intervalle de confiance se situant entre 1 700 et 3 200. Ce qui correspond à un taux de 10,8 pour mille habitants de cet âge [intervalle de confiance 8,2 à 15,0 pour mille].

En se limitant aux groupes d'âge présentant le plus de risques pour la consommation de drogues (15-44 ans), le nombre estimé d'usagers problématiques se situe à 2 200 avec un taux de prévalence de 15,3 pour mille.

Si on ne considère que les usagers d'opiacées et de cocaïne, le nombre est estimé à 1 350 personnes âgées de 15 à 44 ans, soit un taux de 9,4 pour mille habitants.

L'intérêt de cette estimation est de pouvoir comparer la prévalence des usagers de drogue estimée pour l'agglomération messine à celle observée dans les autres agglomérations qui ont connu la même enquête au même moment.

... une prévalence de 10,8 pour mille habitants qui est aussi importante que celle des plus grandes agglomérations françaises

En observant les prévalences pour mille habitants de 15 à 64 ans, on constate que celle de l'agglomération messine est aussi importante que les prévalences observées dans les agglomérations de Lille, Marseille, Toulouse ou Lyon.

Ce qui tend à montrer que l'usage problématique de drogues est proportionnellement aussi important sur Metz que sur les plus grandes agglomérations françaises.

Méthode de l'enquête NEMO¹ sur Metz

La définition du toxicomane retenue pour cette étude est la suivante : *"toute personne résidant dans l'agglomération étudiée depuis au moins trois mois, habituellement utilisatrice et dépendante de produits par voie orale, injectable, ou nasale à la date de premier contact avec la source"*.

La résidence d'au moins trois mois dans l'agglomération est un critère permettant d'exclure de l'étude les personnes prises en charge sur l'agglomération messine mais venant d'un autre lieu de résidence, ainsi que les personnes sans domicile fixe non "installées" sur l'agglomération.

"Habituellement utilisatrice et dépendante" permet d'exclure de la définition les personnes n'ayant que des prises accidentelles (par exemple: tentative de suicide aux produits psychotropes) ou très occasionnelles. Cela correspond à un début de l'usage problématique antérieur de trois mois à la date de contact avec la structure et, pour les usages non intraveineux, à au moins une prise hebdomadaire au cours du dernier mois.

Les produits considérés comme drogues, pour cette étude, ne comprennent pas le cannabis. Il s'agit de l'héroïne et des autres opiacés, du Subutex®, du sulfate de morphine et de ses dérivés (en particulier codeïne, Temgesic, Méthadone), de la cocaïne, du crack, des amphétamines, des médicaments psychotropes en dehors d'un usage thérapeutique, des hallucinogènes (LSD, Ectasie (MDMA) et autres dysléptiques) et des solvants.

La prévalence de la population toxicomane au sein de l'agglomération messine a été estimée par la méthode capture-recapture qui permet d'estimer la taille d'une population en croisant les données issues de plusieurs sources d'information distinctes. Elle convient particulièrement pour les études d'incidence ou de prévalence sur les populations difficiles d'accès ou « marginales » comme les toxicomanes. Pour l'agglomération messine, 17 services ou structures ont participé à l'étude avec l'accord de la CNIL et du Procureur de la République.

¹ NEMO : Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT sur les estimations locales de la prévalence de l'usage et cocaïne en France

Estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues sur l'agglomération messine

	Nombre		Intervalle de confiance
	Tous âges	15 - 44 ans	
Usagers tous produits	Tous âges	2 300	[1 700 - 3 200]
	15 - 44 ans	2 200	[1 500 - 2 900]
Usagers d'opiacés et de cocaïne	Tous âges	1 400	[1 000 - 1 900]
	15 - 44 ans	1 350	[700 - 1 900]

	Pour 1000 habitants		Intervalle de confiance
	Tous âges	15 - 44 ans	
Usagers tous produits	Tous âges	10,8	[8,2 - 15,0]
	15 - 44 ans	15,3	[10,4 - 20,1]
Usagers d'opiacés et de cocaïne	Tous âges	6,7	[4,6 - 8,7]
	15 - 44 ans	9,4	[4,7 - 13,6]

Source : NEMO, OFDT, 2007

Estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues sur six agglomérations françaises dans la population âgée de 15 à 64 ans

Agglomération	Estimation en nombre		Prévalence (pour mille)	
Lille	7 900	[6 300 - 10 200]	10,8	[8,7 - 14,0]
Marseille	5 600	[4 200 - 7 700]	10,2	[7,7 - 14,2]
Metz	2 300	[1 700 - 3 200]	10,8	[8,2 - 15,0]
Rennes	1 500	[1 100 - 2 200]	7,6	[5,4 - 11,6]
Toulouse	5 400	[4 300 - 6 900]	10,1	[8,1 - 12,9]
Lyon	8 400	[6 300 - 11 700]	10,7	[8,0 - 14,8]

Source : NEMO, OFDT, 2007

Caractéristiques sociales des usagers problématiques de drogues illicites sur l'agglomération de Metz en 2005

Cette enquête menée sur l'agglomération messine a permis de recueillir des informations sur 467 personnes après avoir écarté les doublons.

Les usagers de drogue ainsi recensés sont huit fois sur dix des hommes. Pour les deux sexes, la classe d'âge décennale la plus représentée est celle des 20-29 ans.

Six fois sur 10, les usagers habitent un logement durable. Ceux qui sont hébergés dans un centre d'hébergement ou chez des amis représentent près du quart des usagers enquêtés.

	Effectif sans doublons	467
Sexe	Hommes	80,0%
	Femmes	20,0%
ÂGE	Moins de 20 ans	6,0%
	20-24 ans	19,9%
	25-29 ans	25,9%
	30-39 ans	35,3%
	40-49 ans	11,6%
	50-59 ans	1,3%
Mode d'hébergement	Logement durable ¹	63,2%
	<i>dont indépendant</i>	35,5%
	<i>dont famille / amis</i>	20,8%
	<i>dont institution</i>	6,9%
	Logement provisoire ²	24,1%
	<i>dont famille / amis</i>	8,6%
<i>dont institution</i>	14,0%	
<i>dont autre provisoire</i>	1,5%	
Affiliation Sécurité sociale	Milieu pénitentiaire	5,3%
	SDF - squats	7,4%
	Non affilié	3,0%
Sécurité sociale	Affilié Sécurité sociale	92,4%
	Non renseigné	4,6%

¹ Possibilité de passer au moins les 6 prochains mois dans le même logement

² Impossibilité de rester dans le même logement pendant au moins les 6 prochains mois

État métabolique

Surpoids et obésité

Au cours des dernières décennies, la prévalence de l'obésité et du surpoids n'a cessé d'augmenter dans tous les pays du monde. Les prévisions pour les années futures n'indiquent pas d'améliorations à escompter. Cette évolution s'explique essentiellement par une modification des modes de vie et touche l'ensemble des catégories de la population. En France, les résultats de l'enquête décennale de Santé de l'INSEE montrent que la prévalence de l'obésité dans la population française est passée de 5,3 % en 1981 à 9,8 % en 2003 chez les hommes de 18 à 65 ans et 5,3 % à 10,2 % chez les femmes du même âge.

Les conséquences sur la santé de l'excès de poids sont désormais bien connues. Les pathologies associées à l'excès de poids sont notamment le diabète, l'asthme, l'arthrite et les maladies cardiovasculaires. C'est pourquoi la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique fixe un objectif de réduction de ce risque individuel : « Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 ».

La Lorraine est une région à forte prévalence de l'obésité. En 1997, c'était une des régions où la proportion de personnes obèses était la plus importante, selon l'enquête Obépi¹. Mais depuis cette date, la faible évolution de la prévalence lorraine et les fortes augmentations dans d'autres départements ont réduit les écarts entre la Lorraine et l'ensemble de la France. En 2006, elle demeure cependant un des régions bien au dessus de la moyenne nationale.

En se référant aux données 2007 du centre d'examen de santé de la CPAM de Metz, 41 % des Messins, hommes et femmes de 18 à 65 ans, sont en surpoids ou obèses. Cette proportion est supérieure à l'objectif national de santé publique devant être atteint en 2008.

Le surpoids et l'obésité sont évalués à partir de l'indice de masse corporelle ou IMC.

$$IMC = \text{Poids (kg)} / \text{Taille}^2 \text{ (en m}^2\text{)}$$

L'OMS préconise la classification suivante :

IMC < 18,5	Insuffisance pondérale
IMC 18,5-24,9	Normal
IMC 25,0-29,9	Surpoids
IMC ≥ 30	Obésité

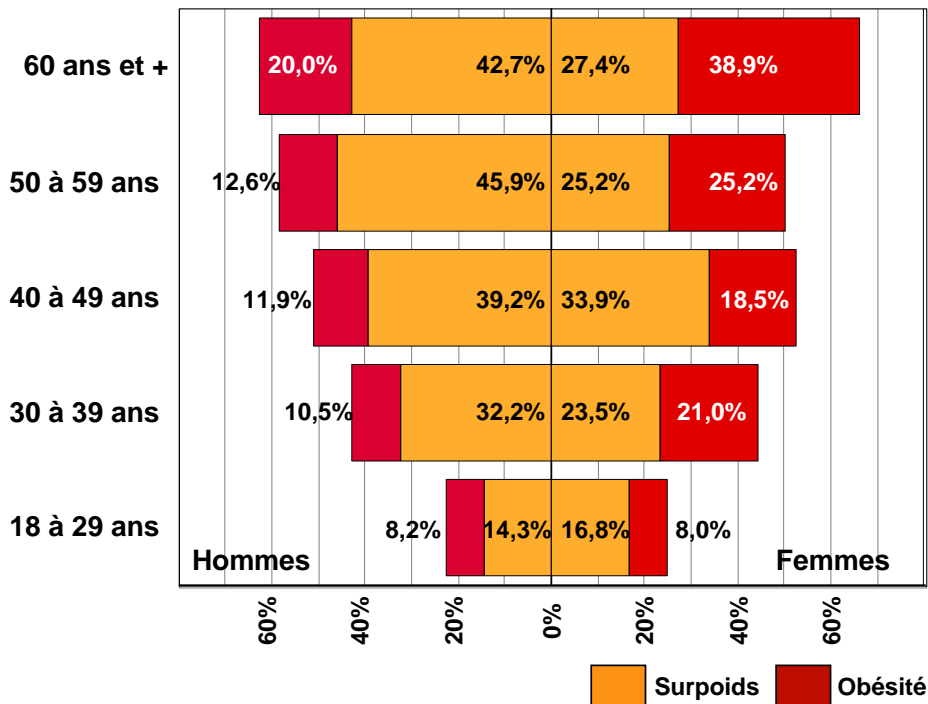
Prévalence du surpoids et de l'obésité

Source, année	Sexe et âge	Territoire	Surpoids	Obésité	Surpoids et obésité
Données CES-CPAM 57 2007	Hommes 18 – 64 ans	Moselle	37,5%	13,8%	51,3%
		CA2M	33,8%	11,4%	45,2%
		CA2M hors Metz	40,3%	12,3%	52,6%
		Metz	30,5%	10,9%	41,4%
INSEE 2003	Hommes > 15 ans	France	34,8%	9,8%	44,6%
Obépi 2006		France	35,6%	11,8%	47,4%
Source, année	Sexe et âge	Territoire	Surpoids	Obésité	Surpoids et obésité
Données CES-CPAM 57 2007	Femmes 18 – 64 ans	Moselle	24,1%	21,7%	45,8%
		CA2M	24,1%	16,9%	41,0%
		CA2M hors Metz	25,9%	15,5%	41,4%
		Metz	23,1%	17,7%	40,8%
INSEE 2003	Femmes > 15 ans	France	21,2%	10,2%	31,4%
Obépi 2006		France	23,7%	11,3%	35,0%

¹ « ObÉpi : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité ». Enquête triennale menée par le laboratoire Roche en partenariat avec l'INSERM et TNS-SOFRES.

La prévalence de l'obésité et de la surcharge pondérale augmente avec l'âge. Pour la population messine ayant consulté au centre d'examen de santé, 8 % des hommes et des femmes de 18 à 29 ans sont obèses. Cette proportion est de près de 12 % chez les hommes et près de 19 % chez les femmes à 40-49 ans. C'est après 60 ans qu'on enregistre les prévalences d'obésité les plus importantes.

Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les consultants du CES domiciliés à Metz par groupe d'âge- Année 2007



Source : CES – CPAM de Metz

La tentative de comparaison entre les prévalences présentée en début de chapitre montre que l'obésité est proportionnellement plus importante chez les femmes en Moselle, dans la CA2M et à Metz que dans l'ensemble de la France. Ces comparaisons doivent toutefois être prises avec précaution, car les méthodes d'investigation et les années de référence ne sont pas les mêmes. Mais en dépit de ces réserves, on peut faire l'hypothèse que cette différence entre les territoires mosellans et la France existe. On sait, par ailleurs, que c'est le cas pour l'ensemble de la Lorraine lorsqu'on la compare à la France.

Pour comprendre cette prévalence féminine de l'obésité plus importante en Moselle, dans la CA2M et à Metz, il faut prendre en considération que la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de vie sont en relation avec l'obésité des personnes. L'enquête nationale Santé de l'INSEE de 2003 le rappelle : après les agriculteurs, ce sont les ouvriers, puis les artisans, commerçants et chefs d'entreprise et les employés qui sont proportionnellement les plus obèses. Il y a moins d'obèses chez les cadres. Or, comme on a pu le voir précédemment, Metz est une ville avec une forte proportion d'ouvriers.

Hypercholestérolémie

La prévalence de l'hypercholestérolémie dans les centres d'examens de santé de la métropole diffère peu entre les hommes et les femmes jusqu'à 30 ans. Pour le sexe masculin, elle augmente jusqu'à 55 ans puis diminue constamment. En population féminine, la fréquence de l'hypercholestérolémie augmente nettement vers 45 à 65 ans mais ne décroît plus ensuite, sauf chez les femmes en situation de précarité.

Pour pouvoir faire des comparaisons avec des populations similaires de l'ensemble des centres d'examen de santé de Lorraine, les données présentées portent sur l'année 2004, année pour laquelle les données régionales sont disponibles.

En 2004, près de 14 % des hommes âgés de 25 à 59 ans, résidant à Metz, présentent un taux de cholestérol élevé. Cette proportion de sujets hypercholestérolémiques est significativement plus élevée que celle des Lorrains de la même tranche d'âge (7,8%). Cette différence s'accroît chez les hommes plus âgés : au-delà de 60 ans, 15,8% des Messins présentent un taux anormal de cholestérol contre 6,2% en Lorraine.

En revanche, chez les Messins en situation de précarité, on ne note pas de différence significative avec les Lorrains placés dans la même situation (9,4% à Metz contre 6,3% en Lorraine) malgré une proportion plus forte de sujets hypercholestérolémiques que dans le groupe « non précaire ».

Chez les femmes consultant au CES, la proportion d'hypercholestérolémiques est également plus importantes à Metz que dans l'ensemble de la Lorraine. Près de 10 femmes âgées de 25 à 59 ans sur 100, ont un cholestérol supérieur à la norme contre un peu plus de 6 sur 100 en Lorraine (différence statistiquement significative). Cette différence avec la Lorraine s'accroît encore pour les femmes de 60 ans et plus : 27,1% des Messines ont des dosages anormaux contre 12,2% en Lorraine.

L'indicateur étudié correspond à la prévalence des cholestérolémies supérieures ou égales à 7 mmol/l parmi les consultants du centre d'examens de santé de Metz, que le sujet prenne ou ne prenne pas un traitement hypolipémiant.

Les taux élevés correspondent donc à des hypercholestérolémies non prises en charge (donc non dépistées) ou non normalisées malgré le traitement.

Proportion de personnes ayant une hypercholestérolémie chez les consultants du CES Metz en 2004 (hors population en situation de précarité)

		Metz	CA2M	CA2M hors Metz	Lorraine
Hommes	25-59 ans	13,8%*	13,1%*	13,5%*	7,8%
	60 ans et +	15,8%*	17,1%*	19,3%	6,2%
Femmes	25-59 ans	9,6%*	9,4%*	7,6%	6,2%
	60 ans et +	26,4%*	28,7%*	31,8%	12,2%

Source : CES Metz, CETAF 2004

Les proportions sont calculées après standardisation sur l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des consultants.

* Différence significative par rapport à la Lorraine au risque de 5% (test du Khi2).

Au total, parmi la population des consultants du CES de Metz en 2004, la tendance à une élévation du cholestérol sérique des Messins paraît plus importante que celle de l'ensemble des Lorrains venus consulter dans les centres d'examens de santé la même année. Replacés dans une comparaison hexagonale, la Lorraine se situe pour les hommes dans la moyenne basse des résultats métropolitains et les femmes dans la moyenne haute. On peut donc penser que les résultats supérieurs des Messins par rapport à la Lorraine, pour les deux sexes et pour les tranches d'âge supérieures à 25 ans, correspondent à une tendance spécifiquement messine. Ces résultats ne peuvent être cependant extrapolés à l'ensemble de la ville.

Hyperglycémie

La prévalence du diabète de type 2 (ou diabète de la maturité), diabète connu, est estimée à 3,4% de la population française. On évalue par ailleurs à 1% la prévalence du diabète méconnu. L'analyse d'hyperglycémie effectuée par les centres d'examens de santé constitue donc une opportunité pour dépister une pathologie qui accuse souvent un retard de diagnostic.

Parmi les consultants du centre d'examens de santé de Metz, en 2004, les proportions d'hommes de 25 à 59 ans présentant une glycémie à jeun anormalement haute se révèle significativement plus fortes que celles observées en Lorraine.

Chez les hommes âgés de 25 à 59 ans, consultants du CES et demeurant à Metz, plus de 8 % présentent une hyperglycémie contre 2,3 % dans l'ensemble de la Lorraine. L'écart paraît encore plus important après 60 ans : à cet âge, plus de 25% ont une glycémie à jeun supérieure à 7,7mmol/l contre 11,4% dans l'ensemble de la population consultante lorraine.

Les hommes de 25 à 59 ans, domiciliés à Metz et en situation de précarité, se différencient de deux manières :

- ils sont proportionnellement plus nombreux (12,8 %) à présenter une hyperglycémie que les hommes du même âge relevant de la catégorie des « non précaires » (8,7 %). La précarité accentue la prévalence de glycémie élevée.
- et lorsqu'on les compare à la population lorraine des « précaires », leur proportion de glycémie anormale est 5 fois plus importante (Metz 12,8 %, Lorraine 2,4 %).

L'indicateur étudié est la prévalence de personnes diagnostiquées comme hyperglycémiques au cours de l'examen de santé et ceci qu'elles déclarent ou non un traitement hypoglycémiant et indépendamment de leur statut de diabète de type 1 ou de type 2. Il faut rappeler qu'un seul dosage anormal du sucre dans le sang ne signe pas l'existence d'un diabète mais constitue une présomption qui doit être confortée ou infirmée par d'autres dosages.

Chez les femmes appartenant au groupe des « non précaires », les proportions d'hyperglycémie ne sont pas significativement différentes de celles enregistrées en Lorraine. (1,7% à Metz contre 1,2% en Lorraine à 25-59 ans). Par contre, lorsqu'on compare les femmes domiciliées à Metz et relevant de la catégorie des personnes « précaires » à celles classées dans la même catégorie en Lorraine, on observe une différence significative : 7 % à Metz et 2,1 % en Lorraine. L'effet de la précarité sur la prévalence de l'hyperglycémie se trouve majoré chez les femmes de Metz.

Proportion de personnes ayant une hyperglycémie chez les consultants du CES Metz en 2004

Personnes en situation non précaire					
		Metz	CA2M	CA2M hors Metz	Lorraine
Hommes	25-59 ans	8,7%*	8,1%*	6,6%*	2,3%
	60 ans ou +	25,1%*	25,4%	25,3%*	11,4%
Femmes	25-59 ans	1,7%	2,4%*	4,6%*	1,2%
	60 ans ou +	9,6%	8,4%	6,2%	7,0%
Personnes en situation précaire					
		Metz	CA2M	CA2M hors Metz	Lorraine
Hommes	25-59 ans	12,8 %*	9,6%*	10,7%*	2,4%
Femmes	25-59 ans	7,0%*	7,4%*	1,9%	2,1%

Source : CES Metz, CETAF 2004

Les proportions sont calculées après standardisation sur l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des consultants.

* Différence significative par rapport à la Lorraine au risque de 5% (test du Khi2).

Activité physique et pratique du sport

Sédentarité

La lutte contre la sédentarité fait partie du Programme National Nutrition Santé au même titre que la promotion de l'équilibre alimentaire. Un des objectifs de la campagne de promotion de l'activité physique lancé par l'INPES est d'inciter une activité physique minimum de 30 minutes de marche rapide par jour.

Au-delà de cet aspect, la pratique de l'exercice physique participe au bien-être général. Mais sa présence ou son absence peut témoigner respectivement d'un bien-être ou d'un mal-être liés à des contingences de nature sociale. L'évaluation de cette pratique dans les centres d'examen de santé ne peut être qu'approchant de la réalité des consultants. Elle comporte de nombreux biais d'analyse. D'une part parce que les données sont recueillies par questionnaire, d'autre part parce que les caractéristiques de la population profitant de l'examen périodique de la caisse primaire ne sont sans doute pas totalement superposables à celles de la population générale. On peut notamment penser que les volontaires à un tel examen se recrutent davantage parmi ceux qui se préoccupent de leur santé. Mais, a contrario, on peut aussi estimer qu'une partie des consultants, décidant de profiter de l'opportunité de la gratuité de l'examen périodique, est peu suivie sur le plan médical, pour des raisons financières notamment.

Parmi l'ensemble des consultants des centres d'examen de santé de métropole, les femmes se déclarent plus souvent sédentaires que les hommes. Le taux de sédentarité le plus élevé est observé parmi les 25-59 ans. Il témoigne d'un temps de loisirs consacré à l'activité physique qui apparaît faible au cours de la vie professionnelle active.

Les centres d'examen de santé posent la question suivante aux personnes venues les consulter : « quel est votre niveau habituel d'activité physique ». Les réponses « peu d'activité physique » sont considérées par les CES comme un indicateur de sédentarité.

Les réponses enregistrées en 2004 dans le CES de Metz sont en accord avec les tendances métropolitaines. Parmi les Messins « non précaires », la proportion de femmes se déclarant sédentaires est en effet plus importante que celle des hommes (52,7% chez les femmes de 25 à 59 ans contre 39,7% dans la même tranche d'âge masculine).

Les Messins sont-ils plus sédentaires que l'ensemble des Lorrains ?

Mais l'élément marquant tient plutôt dans l'écart enregistré entre les proportions de déclarations de sédentarité des Messins et celles de l'ensemble des Lorrains. Ainsi, parmi les hommes de 25 à 59 ans, 39 % se déclarent sédentaires contre 18 % en Lorraine (différence significative). On retrouve un écart analogue pour les femmes de 25 à 59 ans : 52% déclarent ne pas faire d'exercice physique contre 27,4% en Lorraine (différence également significative).

Parmi les femmes messines de 25 à 59 ans déclarant un exercice physique faible, l'appartenance à telle ou telle catégorie professionnelle crée des différences à l'égard de cet item. Elles sont 44% à déclarer l'absence d'exercice physique dans la catégorie professionnelle « profession intermédiaire, enseignement, techniciens », 35% dans la CSP « ouvriers » et ne sont que 14% dans la catégorie « personnes sans activité » (hors retraite et chômage, il s'agit donc de femmes au foyer). Il serait bien sûr imprudent de vouloir transposer ces constats à l'ensemble de la population messine, mais ils témoignent de la relation entre le statut socioprofessionnel et la pratique d'une activité physique, hors temps de travail.

**Proportion de personnes se déclarant sédentaires
chez les consultants du CES Metz en 2004**

Personnes en situation non précaire

		Metz	CA2M	CA2M hors Metz	Lorraine
Hommes	25-59 ans	39,7%*	41,8%*	42,0%*	18,8%
	60 ans ou +	27,5%*	29,1%*	31,7%	16,2%
Femmes	25-59 ans	52,7%*	54,8%*	58,8%	27,4%
	60 ans ou +	40,8%*	43,3%*	46,2%	27,8%

Personnes en situation précaire

		Metz	CA2M	CA2M hors Metz	Lorraine
Hommes	25-59 ans	40,7 %*	31,1 %	38,1%*	31,4%
Femmes	25-59 ans	65,4%*	57,9%*	49,2%*	32,9%

Source : CES Metz, CETAF 2004

Les proportions sont calculées après standardisation sur l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des consultants.

* Différence significative par rapport à la Lorraine au risque de 5% (test du Khi2).

Activité sportive encadrée par des clubs ou des associations

Face au constat sur la sédentarité des Messins, lorsqu'on les compare à l'ensemble des Lorrains, il importe de dresser un état des lieux synthétique sur la pratique sportive encadrée par des clubs ou des associations.

En 2007, 172 associations sportives messines sont agréées, 44% d'entre elles sont subventionnées par la ville. La mairie met à la disposition des associations les locaux sportifs de la ville et a développé depuis 1990 une sensibilisation active aux sports en direction des enfants par l'intermédiaire des écoles de sports. La ville organise et soutient financièrement 60 à 80 manifestations par an mises en place par les clubs locaux. Elle organise également annuellement une dizaine d'événements sportifs à portée nationale et ou internationale.

Ceci étant, aux dires des responsables du service technique intéressé, malgré la richesse des structures sportives existantes et leur dissémination dans la commune, celles-ci tendent à la saturation. Plusieurs raisons sont évoquées : développement de nouveaux sports en salle, segmentation de certaines pratiques aboutissant à une surréservation des structures existantes.

Quoi qu'il en soit, et c'est un constat sur lequel le service des sports s'attèle, il est malaisé d'approcher quantitativement la réalité des pratiques sportives des Messins et Messines. Si la fréquentation des piscines de la ville (4 piscines dont un bassin de dimension olympique) est connue depuis 1991, peu d'indicateurs existent pour suivre les évolutions de fréquentation par tranche d'âge par exemple ou par provenance résidentielle des sportifs en question.

Force est donc de se rabattre sur l'étude du nombre de licenciés inscrits dans les clubs sportifs de la ville, des licenciés qui, bien évidemment, ne recouvrent pas les adeptes des sports individuels pratiquant hors associations ou structures sportives (évaluée à 20% des Lorrains en 2005). Ils ne peuvent non plus refléter précisément le nombre de licenciés domiciliés dans le chef lieu mosellan.

En Lorraine, en 2007, la proportion de titulaires d'une licence sportive est identique à celle constatée au niveau de la métropole (23,7 pour cent habitants)¹. C'est la fédération nationale de football qui regroupe le plus de licenciés parmi les fédérations unisport agréées (27,5%) suivie de celle du tennis (10,4%) et de celle du judo (6,5%). A Metz, entre 2005 et 2007, c'est la fédération nationale de tennis qui compte le plus grand nombre de licenciés (moyenne de 2076 licenciés par an) suivie de celle du football (moyenne de 1897 licenciés par an) et du judo (543 licenciés par an).

¹ Source : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, «Répartition territoriale des licences sportives (hors autres titres de participation) par fédération française agréée en 2007 ».

L'évolution du nombre globale de licenciés sportifs messins, toutes disciplines confondues, et toutes catégories confondues de niveaux (Elite, Performance inclus), apparaît stable entre 2005 et 2007 (16 068 en 2005, 16 266 en 2007 avec une baisse à 15 419 en 2006).

Parmi ces différents sports dont nous excluons les effectifs des écoles de sports (moyenne de 560 enfants inscrits) et ceux, importants, provenant des établissements scolaires (les plus gros utilisateurs des structures sportives de la ville avec une moyenne de 24 534 personnes par an entre 2005 et 2007), la répartition des disciplines se fait en faveur des sports individuels. Ces derniers rassemblent (arts martiaux, boxe, cyclisme, golf, etc.) représentent environ un tiers des licenciés (34%). Les clubs omnisports constituent 30% des détenteurs d'une licence sportive. Ils sont suivis par les clubs placés en catégorie « Élite » (15%) et enfin (les sports collectifs (13%).

Nombre de licenciés sportifs dans les clubs messins entre 2005 et 2007

	2005	2006	2007	%
« Élite »	2 474	2 290	2 375	15%
« Performance »	1 333	1 373	1 439	9%
Sports individuels	5 436	5 055	5 696	34%
Sports collectifs	1 913	2 059	2 184	13%
Clubs omnisports	4 912	4 642	4 572	30%
Total des licenciés	16 068	15 419	16 266	100
École des sports	550	557	572	
Sports scolaires	23 090	23 559	26 385	

Source : Service des sports de la ville de Metz

En comparant le nombre de licenciés sportifs enregistrés à Metz en 2007 à celui diffusé par le ministère des sports par département et par région pour la même année, le taux messin de licenciés sportifs pour 100 habitants est de 13,1, alors qu'il est de 23,7 en France métropolitaine, en Moselle et en Lorraine.

Taux de licences sportives pour 100 habitants en 2007

	Licences sportives en 2007	
	Nombre	Taux pour 100 habitants
Metz	16 266	13,1
Moselle	246 500	23,7
Meurthe-et-Moselle	171 307	23,7
Meuse	46 804	24,3
Vosges	86 258	22,5
Lorraine*	553 233	23,7
France métropolitaine	1 576 345	23,7

* Y compris les 2 364 licences qui ne peuvent être réparties par département lorrain

Source pour les départements et la France : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Parmi les clubs omnisports répertoriés par la ville, deux s'adressent à des personnes en situation de handicap (Handisport et l'Union sportive des sourds). On observe une baisse du nombre de licenciés entre 2005 et 2007 pour la première de ces deux associations (qui peut n'être que conjoncturelle). De ce fait, l'écart déjà existant en 2005 entre le taux de personnes handicapées détentrices d'une licence sportive en France et celui de Metz tend à s'accroître.

Nombre de personnes en situation de handicap titulaires d'une licence sportive et taux pour 100 000 habitants

	2005	2006	2007
France métropolitaine	Nombre	50 486	53 999
	Taux pour 10000	8,6	9,1
Metz	Nombre	71	51
	Taux pour 10000	5,7	4,1

Source : Service des sports de la ville de Metz (nd : non disponible)

SECONDE PARTIE :

L'OFFRE DE SOINS

L'offre de soins est un déterminant de santé dans la mesure où les services de santé, en particulier ceux conçus pour entretenir et favoriser la santé, pour prévenir la maladie et pour restaurer la santé et les diverses fonctions humaines, contribuent à la santé des populations. Mais il ne se dégage aucun consensus, parmi les spécialistes de santé publique, quant au choix d'indicateurs décrivant le système de soins et influant sur l'état de santé d'une population. C'est pourquoi ce thème est traité de manière spécifique avec des indicateurs généraux fréquemment utilisés qui servent plus à décrire les services disponibles que leur impact sur la santé.

I - Offre de soins ambulatoire

Médecins généralistes libéraux

Au 1^{er} janvier 2008, 288 médecins généralistes d'exercice libéral sont installés sur le territoire de la communauté d'agglomération Metz métropole. On en dénombre 186 sur la ville de Metz, soit 64 % de l'ensemble. 95 % d'entre eux exercent en secteur I (tarifs conventionnels encadrés¹).

A la même date de référence, l'offre de soins en médecine générale en Moselle (96 médecins pour 100 000 habitants) est inférieure à celle de la Lorraine (104 pour 100 000) qui, elle-même, se situe en dessous de la moyenne métropolitaine (116 pour 100 000).

La CA2M se situe parmi les territoires les plus médicalisés du département de la Moselle avec 288 praticiens généralistes. La densité médicale de la communauté d'agglomération, 130 généralistes libéraux pour 100 000 habitants, est de 35% supérieure à celle observée en Moselle. Mais le taux de la CA2M reste cependant inférieur de près de 20% à celui de la CUGN (156 pour 100 000 habitants). La présence du pôle médical universitaire à Nancy constitue un élément attractif pour l'installation des généralistes.

La répartition géographique des généralistes n'est pas homogène au sein de la CA2M. En effet, Metz concentre 64% de l'effectif des généralistes de l'ensemble de la communauté d'agglomération alors que sa population ne représente que 55% de celle de la CA2M. La densité médicale messine se trouve dès lors 50% supérieure à celle des communes de l'agglomération entourant Metz (150 généralistes pour 100 000 habitants à Metz contre 104 pour 100 000 dans son pourtour). L'offre de soins libérale pour 100 000 Messins reste cependant inférieure de 20% à celle de la seule commune de Nancy (185 pour 100 000).

¹ Le secteur 1 correspond au tarif qui sert de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie.

Nombre de médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2008

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000	Nb habitants par médecin
CA2M	288	130,0	769
Metz 186		150,3	665
CA2M hors Metz	102	104,4	958
Moselle	1 006	96,8	1033
Lorraine	2 434	104,1	961
France	68 411	116,9	855
<i>CUGN</i>	<i>405</i>	<i>156,9</i>	<i>637</i>
<i>Nancy</i>	<i>192</i>	<i>185,4</i>	<i>539</i>
<i>COMADI</i>	<i>360</i>	<i>148,0</i>	<i>675</i>
<i>Dijon</i>	<i>231</i>	<i>154,1</i>	<i>649</i>

Source : ADELI, Insee RGP 99.

La répartition des généralistes au sein des communes de la CA2M est hétérogène. Elle fait écho à l'hétérogénéité même des 40 communes constitutives de l'agglomération qui s'échelonne entre l'urbain et le rural. Les communes les plus urbanisées et les plus peuplées entourant Metz concentrent le plus grand nombre de généralistes. Rapportée à leur population respective, la densité médicale de ces communes s'échelonne de 115 généralistes pour 100 000 habitants à Montigny-lès-Metz (27 médecins), à 88 omnipraticiens pour 100 000 habitants à Marly (9 généralistes) en passant par 94 médecins pour 100 000 habitants à Woippy (13 généralistes).

Répartition des médecins généralistes libéraux dans la CA2M au 1^{er} janvier 2008

Commune	Nombre	Taux pour 100 000	Nb habitants par médecin
Amanvillers	1	51,7	1 934
Ars-sur-Moselle	8	160,0	625
Augny	3	172,6	579
Chatel-Saint-Germain	1	50,4	1 983
Cuvry	1	153,1	653
Le Ban-Saint-Martin	12	279,5	358
Lessy	1	116,8	856
Longeville-lès-Metz	6	149,6	669
Lorry-lès-Metz	1	69,8	1 433
Marly	9	88,8	1 127
Metz	186	150,3	665
Montigny-lès-Metz	27	115,2	868
Moulins-lès-Metz	5	107,2	933
Noisseville	2	214,4	467
Plappeville	1	42,7	2 341
Rozérieulles	3	226,2	442
Saint-Julien-lès-Metz	4	127,6	784
Saint-Privat-la-Montagne	3	218,3	458
Saulny	1	85,7	1 167
Woippy	13	94,5	1 058
Ensemble CA2M	288	130,0	769

Source : ADELI, Insee RGP 99

La commune de Woippy, dont les indicateurs de mortalité et de morbidité apparaissent parmi les plus défavorables de la CA2M, présente une densité inférieure à celle de l'ensemble du département, elle-même déjà faible par rapport à la Lorraine.

A l'inverse, la densité en généralistes libéraux est particulièrement élevée sur la commune du Ban-St-Martin qui, avec 12 médecins généralistes, présente une densité de 279 pour 100 000 qui est plus importante que celle de Metz elle-même.

Quant aux communes de plus faible importance démographique, volontiers plus résidentielles, la densité de l'offre de soins, extrêmement variable, n'est pas véritablement significative des réalités de l'exercice médical sur ce terrain. La géographie plus semi-urbaine voire rurale de ces dernières incite à se référer, pour les comparer, au nombre d'habitants par médecin plus qu'au nombre de médecins pour 100 000 habitants.

Même si les limites entre les quartiers de Metz ne sont que théoriques en termes d'accès aux soins, force est de constater que l'implantation des généralistes libéraux dans les quartiers de Metz est inhomogène. Comme dans toutes les agglomérations, le centre ville de Metz regroupe à lui seul près de 30 % des généralistes libéraux de l'ensemble de la commune. Ce quartier présente également le taux de généralistes le plus élevé pour 100 000 habitants.

Densité de médecins généralistes libéraux par quartier de Metz au 1^{er} janvier 2008

Quartier	Taux pour 100 000	% par quartier
Devant les Ponts	91,0	5,3%
La Patrotte	71,9	4,0%
Les îles	72,6	3,3%
Centre ville Ancienne Ville	324,8	29,3%
Bellecroix	129,6	4,7%
Vallières – Les Bordes	82,5	5,3%
Centre gare Nouvelle ville	135,9	9,3%
Sablon	99,7	11,3%
Plantières, Queuleu	99,2	8,7%
Borny	116,9	13,3%
La Grange aux bois	84,7	3,3%
Magny	39,6	2,0%
Ensemble Metz	150,3	100,0%

Source : Ordre des médecins, ADELI, Insee RGP 99

Près d'un tiers des généralistes libéraux exerçant sur le territoire de la CA2M sont des femmes. Elles sont un peu plus nombreuses à Metz (30,1%) que dans les autres communes de la CA2M (28,4%). Les tranches d'âge les plus jeunes parmi les généralistes exerçant dans la CA2M sont majoritairement féminines jusqu'à la tranche d'âge des 45-49 ans, ce qui corrobore la tendance à la féminisation de l'exercice médical. Ce constat n'est pas anodin car il influe directement sur la densité médicale dès lors qu'on prend en compte la charge de travail effectuée. En effet, le temps moyen de travail auprès des patients est inférieur chez les femmes médecins que chez leurs confrères de sexe masculin, car leur statut familial les contraint à d'autres tâches que les hommes assument moins souvent.

Le vieillissement de la population médicale est un phénomène préoccupant. 60% des généralistes de la CA2M ont plus de 50 ans. Les plus de 55 ans y représentent plus d'un quart des effectifs (26,5%). Ils sont moins nombreux à Metz même (27,5%) que dans les communes de l'agglomération situées hors Metz (32,4%). Dans l'ensemble de la CA2M, et ce sans qu'il y ait de différence notable entre Metz et son pourtour, seulement 40,5% des généralistes ont moins de 50 ans.

Selon les calculs de la DREES (ministère de la santé), le nombre des médecins devrait diminuer dans toutes les régions françaises au cours des prochaines années. Les projections démographiques des professions médicales estime que le nombre de généralistes libéraux dans l'ensemble de la Lorraine devrait commencer à décroître à compter de 2009. La région lorraine perdrait alors chaque année une vingtaine de généralistes. Cette perte s'accélérerait à partir de 2014 avec une baisse annuelle d'une quarantaine de médecins généralistes par an pour l'ensemble de la région.

Si l'on transpose cette dernière projection à la CA2M, le nombre de généralistes diminuerait en Moselle d'environ 10 médecins par an à partir de 2014. Compte tenu des différences mêmes minimales observées dans la pyramide des âges des médecins généralistes entre le pôle urbain messin et son pourtour, l'impact de cette baisse devrait être plus sensible pour les territoires situés hors-Metz que pour Metz intra-muros.

Répartition par âge des médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2008

<i>Territoire</i>	<i>30 à 34 ans</i>	<i>35 à 39 ans</i>	<i>40 à 44 ans</i>	<i>45 à 49 ans</i>	<i>50 à 54 ans</i>	<i>55 ans ou plus</i>
CA2M	1,8%	9,4%	9,6%	19,7%	32,7%	26,5%
Metz 1,9%		9,9%	7,5%	19,9%	33,3%	27,5%
CA2M hors Metz	2,0%	7,8%	9,8%	18,6%	29,4%	32,4%
Moselle	1,1%	8,0%	8,2%	20,3%	29,2%	33,2%
Lorraine	2,2%	8,7%	11,3%	16,9%	26,4%	34,6%
<i>CUGN</i>	<i>5,9%</i>	<i>12,8%</i>	<i>13,3%</i>	<i>14,3%</i>	<i>24,2%</i>	<i>28,9%</i>
<i>Nancy</i>	<i>7,3%</i>	<i>10,4%</i>	<i>14,1%</i>	<i>16,7%</i>	<i>22,9%</i>	<i>28,6%</i>

Source : ADELI

Médecins spécialistes libéraux

Le parc hospitalier de la capitale mosellane (Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, établissements hospitaliers privés participant au service public) induit une forte concentration de médecins spécialistes dans la CA2M et plus particulièrement à Metz.

Avec un effectif total de 509 médecins spécialistes, tous modes d'exercice confondus, la communauté d'agglomération présente une densité de 229 spécialistes pour 100 000 habitants. La majorité d'entre eux (79 %) exercent en secteur I (tarifs conventionnels encadrés).

La concentration de spécialistes sur la CA2M est très largement le fait de Metz dont le nombre de spécialistes pour 100 000 habitants est de 382. Mais ce taux est resté théorique, car l'activité de ces médecins déborde le cadre de Metz et celui de la CA2M.

Le nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants de la CA2M doit être relativisé si on le compare à la densité observée au sein de la communauté urbaine du Grand Nancy dotée d'un centre hospitalier universitaire. Cette dernière compte en effet 414 spécialistes pour 100 000 habitants, soit près du double de la CA2M.

La différence observée entre la CUGN et la CA2M provient principalement du nombre de médecins spécialistes salariés. L'écart entre les effectifs pour 100 000 habitants des spécialistes libéraux des deux communautés est de moins 25% de spécialistes libéraux en défaveur de la CA2M, alors qu'il est de 66% pour les spécialistes salariés hospitaliers.

Les effectifs de médecins spécialistes d'exercice libéral sont très majoritairement concentrés sur Metz

Au 1^{er} janvier 2008, la CA2M compte 288 médecins spécialistes d'exercice libéral soit 130 médecins pour 100 000 habitants. Parmi eux, 89% (259 médecins) exercent dans la capitale messine elle-même. Les 29 spécialistes restants se concentrent pour 22 d'entre eux dans la commune de Montigny-lès-Metz. Le profil médical de la CA2M en matière de spécialités se trouve de ce fait très concentré dans ces deux pôles urbains.

En raison de cette répartition très centralisée, le taux de médecins spécialistes rapporté à la population est particulièrement élevé à Metz : 209 spécialistes pour 100 000 habitants.

Metz présente certes un fort taux de médecins spécialistes comparativement à celui de la Moselle (59 médecins pour 100 000), de la Lorraine (62 pour 100 000) ou même la France métropolitaine (32 pour 100 000). Mais la densité messine en médecins spécialistes reste

largement inférieure à celle observée à Nancy, ville dotée d'un centre hospitalier universitaire). Alors que la CUGN compte 175 spécialistes pour 100 000 habitants soit 34% de plus que la CA2M, la ville de Nancy en comptabilise 248 pour 100 000, soit 19% de plus qu'à Metz.

Nombre et densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2008

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000 habitants
CA2M	288	130,0
Metz 259		209,2
CA2M hors Metz	29	29,7
Moselle	614	59,1
Lorraine	1 452	62,1
France	18 890	32,9
<i>CUGN</i>	<i>453</i>	<i>175,5</i>
<i>Nancy</i>	<i>257</i>	<i>248,2</i>
<i>COMADI</i>	<i>364</i>	<i>149,7</i>
<i>Dijon</i>	<i>316</i>	<i>210,9</i>

Source : ADELI, Insee RGP 99

Les spécialités chirurgicales étant mises à part, les spécialités médicales de ville les plus représentées sur le territoire de la CA2M sont celles de l'imagerie médicale et de la psychiatrie.

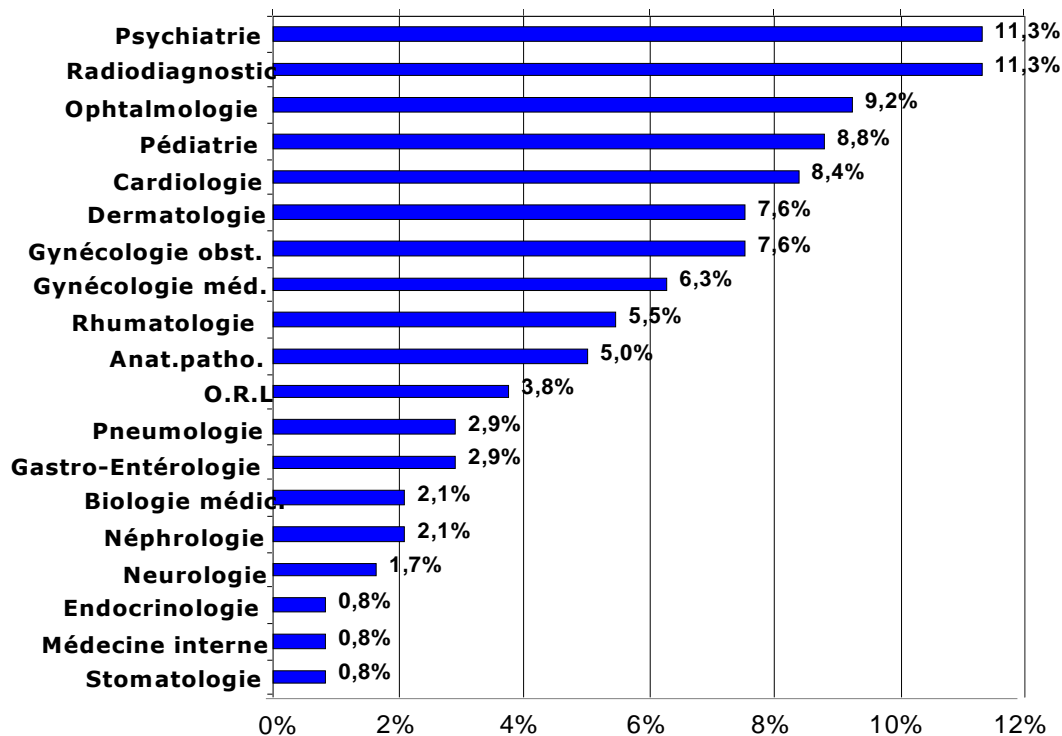
Avec 27 radiologues dans la CA2M, dont 18 dans la seule cité de Metz, cette spécialité représente 11,3% de l'offre en médecins spécialistes libéraux de la communauté. Elle se retrouve à égalité avec les psychiatres qui se concentrent à 96% à Metz (26 sur 27 de la CA2M). Suivent ensuite l'ophtalmologie (9,2%), la pédiatrie (8,8%) presque à égalité avec la cardiologie (8,4%).

Il faut noter que les médecins biologistes médicaux (5 dans la communauté d'agglomération) ne représentent que 2,1% des effectifs des spécialistes libéraux. Trois d'entre eux sont installés à Metz. Mais le nombre de laboratoires d'analyse médicale est de 12 établissements dans la seule ville de Metz, c'est-à-dire à 9 laboratoires pour 100 000 habitants.

Hors Metz et Montigny-lès-Metz, les seules spécialités médicales présentes sur la CA2M sont la dermatologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, la psychiatrie, l'imagerie médicale et enfin la biologie médicale. En 2007, la commune de Woippy ne compte quant à elle qu'un seul spécialiste (ophtalmologue) installé sur ce territoire.

Cette répartition très mono-centrée des spécialités médicales dans la communauté d'agglomération induit de facto un déplacement des patients vers le chef-lieu mosellan. C'est une situation habituelle dans les métropoles. Si habituelle que l'analyse de la localisation infra-communale des spécialistes médicaux ne paraît guère pertinente. Cela ne retire rien aux éventuelles difficultés de transports que peuvent rencontrer les patients se déplaçant en centre-ville pour consulter les médecins spécialistes.

Répartition des spécialités médicales libérales dans la CA2M au 1^{er} janvier 2008 (hors spécialités chirurgicales et d'anesthésiologie)



Source : ADELI, Insee RGP 99

Infirmiers libéraux

La répartition géographique des infirmiers libéraux au sein de la CA2M est plus équilibrée que celle des médecins. Elle apparaît relativement plus favorable lorsqu'on la compare à d'autres territoires.

Au 1^{er} janvier 2008, avec 223 infirmiers libéraux installés sur son territoire (100,7 pour 100 000 habitants), l'offre de soins paramédicale de la CA2M est un peu supérieure à celle constatée en Moselle (98 pour 100 000 habitants) et en tout cas plus forte que celle de la Lorraine (88 infirmiers pour 100 000 habitants).

Toutefois, comme pour l'ensemble de la région, cette offre en soins infirmiers se situe en deçà de celle observée en France métropolitaine (111 infirmiers pour 100 000 habitants). La ville de Metz comptabilise quant à elle 57% de ces infirmiers libéraux (103 pour 100 000 habitants). Les autres communes de la CA2M présentent une densité proche de la cité messine (97 pour 100 000 habitants).

A l'inverse de ce que l'on observe pour les spécialités médicales, la densité des infirmiers libéraux de Metz et de sa communauté d'agglomération se situe au-dessus de celle observée dans la communauté du Grand Nancy et à Nancy (respectivement 86 et 91 pour 100 000 habitants).

Il faut souligner que le mode d'exercice des infirmiers libéraux se faisant de façon prépondérante au domicile des patients, ce mode de calcul de l'offre de soins paramédicale se révèle très théorique et purement indicatif. La zone d'activité des infirmiers libéraux déborde en effet la commune d'implantation de leur cabinet.

Nombre et densité des infirmiers libéraux pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2008

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000 habitants
CA2M	223	100,7
Metz	128	103,4
CA2M hors Metz	95	97,2
Moselle	1 018	97,9
Lorraine	2 064	88,2
France	65	111,5
<i>CUGN</i>	223	86,4
<i>Nancy</i>	95	91,7
<i>COMADI</i>	209	85,9
<i>Dijon</i>	107	71,4

Source : ADELI, Insee RGP 99

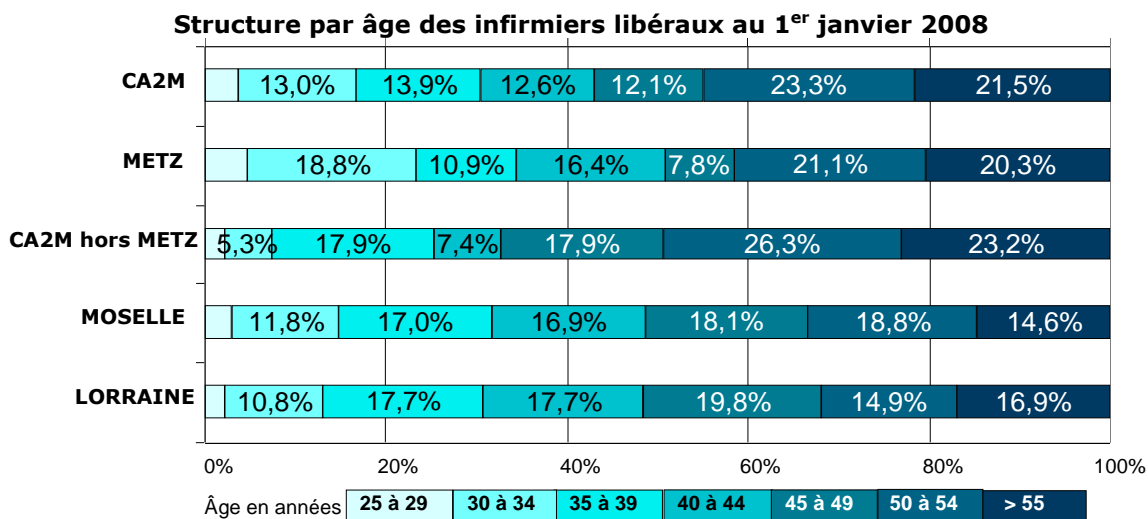
Le calcul de la densité des infirmiers sur les communes du territoire de la CA2M ne traduit pas la mobilité de l'offre de soins des infirmiers libéraux qui se fait préférentiellement au domicile des patients et ce au-delà des limites de la commune ou du quartier d'implantation des cabinets. Plus intéressant est donc le nombre de patients pris en charge par chaque infirmier. Pour les villes de plus de 10 000 habitants et pour la période allant d'avril 2007 à mars 2008, le nombre de patients par infirmier s'établit à 39 par professionnel pour Metz, à 87 pour Marly, à 81 pour Montigny et enfin à 79 pour la commune de Woippy (source : SIAM/ERASME, Urcam Lorraine, CPAM 57). Le nombre de patients pris en charge ne traduisant pas le nombre d'actes réalisés auprès de chaque client, on peut émettre l'hypothèse, compte tenu du grand nombre d'infirmiers dans le secteur de Metz, que la demande de soins infirmiers dans la cité mosellane est plus importante ou au moins aussi importante que dans sa périphérie.

Nombre et densité des infirmiers libéraux dans la CA2M au 1^{er} janvier 2008

Commune	Nombre	Taux pour 100 000 habitants
Ars-sur-Moselle	4	80,0
Augny	2	115,1
Coin-lès-Cuvry	1	149,9
Coin-sur Seille	1	359,7
Fey	1	174,2
La Maxe	1	121,5
Laquenexy	3	318,5
Le Ban-St-Martin	3	69,9
Longeville-lès-Metz	8	199,4
Lorry-lès-Metz	1	69,8
Marly	8	78,9
Metz 128		103,4
Montigny-lès-Metz	26	110,9
Moulins-lès-Metz	1	21,4
Noisseville	4	428,7
Plappeville	1	42,7
Pournoy- la-Chétive	1	150,2
Rozerieulles	2	150,8
St Julien-lès-Metz	5	159,5
St Privat la Montagne	1	72,8
Saulny	1	85,7
Scy-Chazelles	5	201,5
Vantoux	1	123,8
Vaux	2	234,5
Woippy	12	87,2
CA2M	223	100,7

Source : ADELI, Insee RGP 99

Le vieillissement démographique des infirmiers est relativement moins marqué à Metz que dans son pourtour. La proportion de plus de 50 ans est en effet plus importante dans le pourtour de Metz (49,5%) que dans la cité messine elle-même (41,4%). A titre de comparaison, l'âge moyen des professionnels infirmiers nancéiens est toutefois plus jeune : seuls 33% d'entre eux ont plus de 55 ans au sein de la CUGN. Cette structure d'âge des infirmiers libéraux nancéiens rejoint celle enregistrée dans l'ensemble de la Lorraine où un tiers de l'effectif des infirmiers a plus de 55 ans (31,9%). La CA2M présente donc une structure d'âge des infirmiers plus âgée que celle des territoires pris comme base de comparaison.



Source : ADELI

Chirurgiens dentistes libéraux

Au 1^{er} janvier 2008, la CA2M compte 174 chirurgiens dentistes d'exercice libéral. 68% d'entre eux exercent à Metz (119 dentistes).

Comme pour les professionnels médicaux, l'offre de soins de la CA2M en matière de chirurgie dentaire se trouve très concentrée dans la cité messine. Avec 78 dentistes pour 100 000 habitants dans la CA2M, la densité des chirurgiens dentistes dépasse de plus de 20% celle de la Moselle et de la région lorraine (57 pour 100 000 habitants), et celle de la France métropolitaine (64 pour 100 000 habitants).

L'offre de soins dentaires ambulatoires sur le territoire de la CA2M ne se limite pas aux praticiens libéraux. Il faut y ajouter le Centre de soins dentaires de la CPAM de la Moselle (37 rue Mazelle à Metz) ouvert aux assurés sociaux de la caisse primaire et le Cabinet dentaire mutualiste (4 place Saint Nicolas à Metz).

Metz présente un taux de 96 dentistes pour 100 000 habitants, soit une densité inférieure de 30% à celle de Nancy (131 pour 100 000 habitants).

Au sein de la CA2M, on retrouve le même type de répartition que pour les médecins spécialistes. L'installation des dentistes se concentre sur les deux communes les plus peuplées : Metz d'une part (119 praticiens) et Montigny-lès-Metz (17 dentistes).

Les cabinets de chirurgie dentaire se retrouvent principalement dans les communes de plus de 10 000 habitants de la CA2M. Mais leur répartition n'est pas homogène entre ces dernières. Si Metz et Montigny présentent des densités fortes, 96 pour 100 000 habitants dans la première et 72 pour 100 000 habitants dans la deuxième, la commune de Woippy est la plus défavorisée de

la CA2M. Elle ne compte en effet que 4 chirurgiens dentaires, soit 29 pour 100 000 habitants alors que sa population présente les indices de morbidité les plus forts parmi toutes les communes de la CA2M.

Nombre et densité des dentistes libéraux au 1^{er} janvier 2008

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000 habitants
CA2M	174	78,6
Metz	119	96,1
CA2M hors Metz	55	56,3
Moselle	593	57,0
Lorraine	1349	57,7
France	37865	64,7
<i>CUGN</i>	<i>250</i>	<i>96,8</i>
<i>Nancy</i>	<i>136</i>	<i>131,3</i>
<i>COMADI</i>	<i>188</i>	<i>77,3</i>
<i>Dijon</i>	<i>136</i>	<i>90,7</i>

Source : ADELI, Insee RGP 99

Répartition des chirurgiens dentistes libéraux par commune de la CA2M au 1^{er} janvier 2008

Commune	Nombre	Taux pour 100 000 habitants
Amanvillers	1	51,7
Ars-sur-Moselle	3	60,0
Augny	2	115,1
Chatel-St-Germain	2	100,9
Le Ban-St-Martin	4	93,2
Longeville-Lès-Metz	1	24,9
Marly	8	78,9
Metz 119		96,1
Montigny-lès-Metz	17	72,5
Moulins-lès-Metz	5	107,2
Plappeville	1	42,7
Rozerieulles	2	150,8
St Julien-lès-Metz	4	127,6
Scy-Chazelles	1	40,3
Woippy	4	29,1
CA2M	174	78,6

Source : ADELI, Insee RGP 99

Au niveau infracommunal, les cabinets de chirurgie dentaire libérale se concentrent dans les secteurs centraux de Metz.

A l'instar de l'implantation des cabinets médicaux, celle des chirurgiens dentistes se situent massivement dans les quartiers les plus centraux de la ville. Rapportées aux populations respectives des quartiers, Nouvelle Ville et Ancienne Ville ont ainsi des concentrations de dentistes pour 100 000 habitants deux à trois fois plus fortes que la moyenne de Metz.

Sauf pour les secteurs du Sablon ou des Îles qui présentent un déficit relatif en praticiens, la plupart des quartiers messins ont une offre de soins dentaires qui paraît satisfaisante. Mais ces calculs ne sont que théoriques et indicatifs, l'accès aux soins dentaires dépend moins de la localisation des cabinets et de la distance entre celui-ci et le domicile des patients que du niveau de remboursement des actes qui y sont réalisés.

Nombre et densité des chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants dans les quartiers de Metz au 1^{er} janvier 2008

Quartier	Nombre	Taux pour 100 000 habitants
Devant-les-Ponts	6	68,2
La Patrotte	6	71,9
les Îles	1	14,5
Centre ville Ancienne Ville	29	214,1
Bellecroix	3	55,6
Vallières, Les Bordes	3	30,9
Centre gare Nouvelle Ville	38	368,8
Sablon	3	17,6
Plantières Queuleu	9	68,7
Borny	12	70,2
Grigy, Grange-aux-Bois	6	101,6
Magny	3	39,6
Metz	119	96,1

Source : ADELI, Insee RGP 99

Les chirurgiens dentistes installés à Metz et dans la CA2M ont une structure d'âge proche de celle du département de la Moselle. Plus de 57% de ces praticiens ont moins de 50 ans dans la CA2M contre 52% dans le département.

L'âge moyen des praticiens dentaires est relativement plus jeune que celle des médecins de l'ensemble de la région. Un quart des dentistes libéraux lorrains a plus de 55 ans, ils sont moins de 20% à Metz. Toutefois, à la différence des médecins généralistes, la profession présente une structure d'âge comparable aussi bien à Metz que dans les autres communes de la CA2M.

Masseurs kinésithérapeutes libéraux

Au 1^{er} janvier 2008, 139 masseurs kinésithérapeutes exercent à titre libéral sur le territoire de la CA2M. 72 sont installés à Metz (51%) et 67 dans les autres communes de la CA2M.

Du fait de cette répartition, la densité des masseurs kinésithérapeutes messins apparaît inférieure à celle des praticiens installés dans les autres communes de l'agglomération : 58 pour 100 000 habitants à Metz contre plus de 68 pour 100 000 dans le restant de la CA2M.

La situation de la CA2M apparaît plus favorable au regard de celle rencontrée pour l'ensemble de la Moselle (49 pour 100 000) ou l'ensemble de la région (53 pour 100 000). Pour autant, la densité observée sur la CA2M est inférieure à celle de la France métropolitaine (83 pour 100 000). Elle est aussi inférieure de près de 18% à celle de la CUGN.

Nombre et densité des kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2008

<i>Territoire</i>	<i>Nombre</i>	Taux pour 100 000 habitants
CA2M	139	62,8
Metz 72		58,2
CA2M hors Metz	67	68,6
Moselle	517	49,7
Lorraine	1 257	53,7
France	48 919	83,6
<i>CUGN</i>	<i>200</i>	<i>77,5</i>
<i>Nancy</i>	<i>88</i>	<i>85,0</i>
<i>COMADI</i>	<i>238</i>	<i>97,9</i>
<i>Dijon</i>	<i>149</i>	<i>99,4</i>

Source : ADELI, Insee RGP 99

L'implantation des cabinets de kinésithérapeutes est globalement superposable à celle des cabinets dentaires. Metz et Montigny rassemblent à elles deux 66% des praticiens de la spécialité.

Parmi les communes de plus de 10 000 habitants, c'est à Montigny que la densité des kinésithérapeutes est la plus importante (85 praticiens pour 100 000 habitants). Les autres communes ont un nombre de masseurs kinésithérapeutes pour 100 000 habitants analogue entre elles. Cet équilibre entre les différentes communes semble confirmé par l'étude du nombre de clients pour chaque praticien. Ces données, issues des données 2007 de la CPAM 57 pour les affiliés du régime général, confirme l'existence d'une activité équilibrée des kinésithérapeutes entre ceux des plus grandes communes de la CA2M. Marly compte ainsi 165 patients par masseur kinésithérapeute, Metz 184, Montigny 170 et Woippy 183 (source : SIAM/ERASME Urcam Lorraine, CPAM 57).

Répartition des masseurs kinésithérapeutes libéraux dans la CA2M au 1^{er} janvier 2008

Commune	Nombre	Taux pour 100 000 habitants
Amanvillers	1	51,9
Ars-sur-Moselle	4	80,0
Augny	2	115,1
Le Ban-St-Martin	6	140,4
Longeville-Lès-Metz	7	174,3
Marly	6	59,2
Metz	72	58,2
Montigny-lès-Metz	20	85,4
Moulins-lès-Metz	5	107,3
Saint-Julien-lès-Metz	5	159,6
Sainte-Ruffine	1	40,3
Vantoux	2	247,5
Woippy	8	58,1
CA2M	139	62,8

Source : ADELI, Insee RGP 99

Au niveau infra-communal messin, la localisation des cabinets libéraux de kinésithérapie est rendue délicate par le mode d'exercice parfois mixte, libéral et ou hospitalier, des professionnels de la spécialité.

II - Offre de soins hospitaliers

Soins de courte durée

Avec un taux global d'équipement pour 10 000 habitants de 68 lits d'hospitalisation de médecine, de chirurgie et de gynéco-obstétrique (MCO), l'offre de soins hospitalière de la CA2M est supérieure à celle de l'ensemble du département (37 pour 10 000 habitants) puisqu'elle est dominée par les divers hôpitaux messins. Elle est également supérieure à celle de la France métropolitaine (37,9 lits de MCO pour 10 000 habitants) et à la communauté d'agglomération dijonnaise (60 lits de MCO pour 10 000 habitants). L'importance du pôle universitaire nancéien explique cependant que l'offre de soins hospitalière de Metz soit inférieure d'un quart à celle de la CUGN (90 lits pour 10 000 habitants).

Le CHR représente 33% des lits de MCO (503 lits). Malgré sa spécificité, l'Hôpital Inter-Armées Legouest participe au service public hospitalier pour un peu moins de 10% de l'offre de soins de courte durée (146 lits). La majorité des lits de MCO sont proposées par les établissements hospitaliers privés participant au service public (57% soit 863 lits).

Malgré une prépondérance globale de l'offre hospitalière privée, la ventilation des lits de médecine et chirurgie est sensiblement équilibrée entre les deux secteurs : 45% pour le public soit 649 lits et 54% pour le privé soit 737 lits. L'offre de soins en gynéco-obstétrique est majoritairement privée (73% soit 213 lits (127 pour la clinique Claude Bernard et 86 pour la Maternité Ste-Croix) contre 27% pour le secteur public (soit 47 lits). La répartition public-privé est changée depuis septembre 2008 puisque la maternité de l'hôpital Bon Secours a fusionné avec la maternité Sainte-Croix, réduisant à deux les pôles obstétricaux de Metz.

Nombre de lits en soins de courte durée (hors hospitalisation de semaine) et taux d'équipement pour 10 000 habitants au 1^{er} janvier 2007

	Nombre de lits MCO			Total MCO	
	Médecine	Chirurgie	Gynéco-Obstétrique	Nombre de lits	Taux pour 10 000 habitants
CA2M	709	629	174	1512	68,3
Moselle	2 185	1 334	415	3 934	37,8
Lorraine	5 176	3 671	955	9 802	41,9
France	110	88 123	22 762	221	37,9
CUGN	1 190	1 236	228	2 654	90,3
COMADI	775	539	144	1 458	60,0

Source : SAE, Insee RGP 99

La présentation de l'offre hospitalière située sur le territoire de la CA2M est proposée à titre d'information, car l'analyse doit se faire davantage à l'échelon du territoire de santé de la Lorraine Nord (centré sur Metz) qui inclut l'ensemble de la Moselle, le Pays Haut de la Meurthe-et-Moselle, le Verdunois et le secteur de Saint-Mihiel dans la Meuse. En effet, les indicateurs retenus ne tiennent pas compte de la zone d'attractivité des hôpitaux, des vocations suprarégionales et interrégionales de certains établissements, ni de la mobilité interdépartementale des usagers.

La situation de la CA2M en matière d'offre hospitalière générale de soins psychiatriques est supérieure à celle des communautés d'agglomération prises comme bases de comparaison. Mais le secteur juvénile y est déficitaire.

Avec plus de 18 lits pour 10 000 habitants, proposés à 85% par le CHS de Jury (354 lits), l'offre messine dépasse de 25% celle de la CUGN. Le secteur psychiatrique adulte rend compte de l'essentiel de cette différence, mais cette dernière tient en réalité moins au nombre de lits proposés (403 pour Metz et 354 pour Nancy) qu'à l'importance moindre de la population de l'agglomération nancéienne.

L'offre de soins psychiatriques destinée aux plus jeunes patients apparaît nettement déficitaire dans l'agglomération messine. Avec seulement 10 lits dans le seul CHS de Jury contre 29 à Nancy, l'offre de soins de Metz est trois fois moindre que celle de l'agglomération nancéienne.

Nombre de lits en psychiatrie (hors hospitalisation de semaine) et taux d'équipement en lits de psychiatrie au 1^{er} janvier 2007

	Psychiatrie générale		Psychiatrie infanto-juvénile		Ensemble de la psychiatrie	
	Nombre de lits	Taux pour 10 000 hab.	Nombre de lits	Taux pour 10 000 hab. <16 ans	Nombre de lits	Taux pour 10 000 hab.
CA2M	403	22,9	10	2,2	413	18,6
Moselle	1 186	14,7	10	0,5	1 196	11,5
Lorraine	2 400	13,1	47	1,0	2 447	10,5
France	57 537	12,4	2 091	1,8	59 628	10,2
CUGN	354	16,8	29	6,1	383	14,8
COMADI	360	14,8	13		373	

Source : SAE, Insee RGP 99

Soins de suite et de réadaptation fonctionnelle

L'offre de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle de la CA2M, proche de celle de la CUGN, apparaît artificiellement déficitaire par rapport aux territoires plus vastes en raison de l'implantation volontiers extra-urbaine des établissements concernés.

Surtout proposée par les établissements privés (62% soit 119 lits), plus de la moitié des lits de soins de suite et de réadaptation se situent hors Metz [Centre médical diététique à Scy-Chazelles (50 lits), Centre de repos et de convalescence à Lessy (29 lits)]. 40 lits de réadaptation fonctionnelle à l'hôpital Belle-Isle de Metz.

Les hôpitaux publics messins offrent un total de 70 lits (22 lits de réadaptation fonctionnelle à l'HIA Legouest et 48 lits pour le Centre Félix Maréchal (28 de réadaptation fonctionnelle et 20 de soins de suite).

Nombre de lits en soins de suite et réadaptation fonctionnelle et taux d'équipement pour 10 000 habitants au 1^{er} janvier 2007

	Réadaptation fonctionnelle	Soins de suite	Total soins de suite et de réadaptation	Taux pour 10 000 habitants
CA2M	90	99	189	85,3
Moselle	373	784	1 157	129,3
Lorraine	947	2 204	3 151	147,7
France	28 577	65 502	94 079	164,7
CUGN	58	154	212	82,1
COMADI	231	124	355	146,0

Source : SAE, Insee RGP 99

Soins de longue durée

Le nombre de lits de soins de longue durée de la CA2M répertorié par le SAE ne reflète que la réalité administrative de l'offre de soins et non celle qui est effectivement prodiguée aux patients. Il faudrait également tenir compte de l'offre en Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) qui relève du secteur médico-social.

Deux établissements messins proposent des soins de longue durée : le Centre Félix Maréchal avec ses 190 lits et l'USLD de l'hôpital Sainte-Blandine qui en offre 48.

Nombre de lits en soins de longue durée et taux d'équipement pour 10 000 habitants au 1^{er} janvier 2007

	Nombre de lits	Taux pour 10 000 habitants
CA2M	238	10,7
Moselle	1 150	11,1
Lorraine	2 969	12,7
France	68 401	11,7
CUGN	120	4,6
COMADI	130	5,3

Source : SAE, Insee RGP 99

Hospitalisation à domicile

Les alternatives à l'hospitalisation complète se sont développées depuis 2003 dans les principaux sites urbains de la Lorraine, mais les couvertures départementales en hospitalisation à domicile sont encore inférieures à celle de la France métropolitaine.

Avec 45 places d'hospitalisation à domicile au 1^{er} janvier 2007, soit 33 lits de plus qu'en 2003, la CA2M a comblé son retard par rapport à la France. Le taux de places pour 10 000 habitants (2 lits pour 10 000) est supérieur à celui qui prévaut encore dans les divers départements lorrains.

Nombre de lits en hospitalisation à domicile et taux d'équipement pour 10 000 habitants au 1^{er} janvier 2007

	HAD Médecine	HAD Gynéco-obstétrique	Nombre de lits d'HAD	Taux pour 10 000 habitants
CA2M	35	10	45	2,0
Moselle	45	12	57	0,5
Lorraine	97	17	114	0,5
France	6 829	128	6 957	1,2
CUGN	50	-	50	1,9
COMADI	47	-	47	1,9

Source : SAE, Insee RGP 99

Les places d'HAD sont majoritairement dévolues aux soins de médecine dans les principales villes lorraines. 10 lits d'HAD sont consacrés au suivi à domicile des femmes enceintes, leur évitant ainsi l'hospitalisation. Il n'en existe pas dans l'agglomération nancéienne.

III - Établissements médico-sociaux

Accueil des personnes adultes handicapées

La capacité d'hébergement et de prise en charge en établissement pour adultes handicapés situé sur le territoire de la CA2M diffère selon la nature de l'aide médico-sociale apportée.

- **Les foyers d'hébergement** assurent un accueil de nuit pour les adultes handicapés qui soit travaillent sans être suffisamment autonomes pour vivre seuls, soit sont en centre d'accueil de jour la journée.
- **Les foyers de vie** sont des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes ne pouvant travailler mais qui disposent d'une certaine autonomie physique et intellectuelle sans pour autant relever d'une maison d'accueil spécialisée (MAS).
- **Les maisons d'accueil spécialisées** reçoivent des adultes handicapés qui ne peuvent accomplir les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale régulière et des soins constants. Deux établissements couvrent cette offre médico-sociale sur le territoire de la CA2M (un quart de l'offre de la Moselle).
- Enfin, **les foyers d'accueil médicalisés** ont pour vocation d'accueillir les personnes les plus lourdement handicapées ou polyhandicapées et ayant une dépendance totale ou partielle. Ces personnes sont inaptes à toute activité à caractère professionnel et nécessitent l'aide d'une tierce personne.

**Nombre de lits et places installées pour adultes handicapés
et taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans au 1^{er} janvier 2007**

	Foyer hébergement			Maison d'accueil spécialisée			Foyer de vie			Foyer d'accueil médicalisé		
	Nb étab.	Nb lits	Taux	Nb étab.	Nb lits	Taux	Nb étab.	Nb lits	Taux	Nb étab.	Nb lits	Taux
CA2M	6	166	1,30	2	59	0,46	3	43	0,34	2	52	0,40
Moselle	21	523	0,91	8	371	0,64	11	325	0,56	6	150	0,26
Lorraine	53	1 405	1,07	22	947	0,74	39	1 179	0,92	15	353	0,27
France*	1 231	39 430	1,23	481	19 196	0,58	1 414	41 383	1,25	492	13 422	0,40
<i>CUGN</i>	<i>5</i>	<i>104</i>	<i>0,68</i>	<i>4</i>	<i>223</i>	<i>1,45</i>	<i>1</i>	<i>13</i>	<i>0,09</i>	<i>2</i>	<i>43</i>	<i>0,28</i>

Source : DREES, FINESS *France métropolitaine

- Les **établissements et service d'aide par le travail**, ESAT (anciennement appelés CAT ou centre d'aide par le travail) offrent des activités productives et un soutien médico-social à des adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide.
- Les ateliers protégés sont devenus en vertu de l'application de l'article 38 de la Loi du 11 février 2005 des « **entreprises adaptées** ». Structures économiques à vocation sociale, les entreprises adaptées sont des entreprises avec des obligations équivalentes à celle d'une structure classique. La nouvelle loi du 11 février 2005 positionne les entreprises adaptées dans le milieu ordinaire de travail. Elles ne relèvent donc pas du champ médico-social. Elles sont toutefois intégrées à ce chapitre pour avoir un panorama d'ensemble de l'accueil de personnes handicapées.

**Nombre de places installées pour travailleurs handicapés
et taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans au 1^{er} janvier 2007**

	ESAT			Entreprise adaptée		
	Nb étab.	Nb lits	Taux	Nb étab.	Nb lits	Taux
CA2M	5	405	3,17	4	86	0,67
Moselle	26	2 151	3,71	8	217	0,38
Lorraine	70	4902	3,81	18	483	0,36
France*	1 426	105 955	3,19	549	18 643	0,56
CUGN	4	421	2,75	3	141	0,92

Source : DREES, FINESS

Accueil des enfants et jeunes handicapés

- **Les Instituts Médico-Éducatifs** accueillent des enfants et des adolescents présentant une déficience mentale. Une éducation spéciale leur est donnée en tenant compte des degrés de gravité de la déficience. Elle est associée à des soins infirmiers et à des techniques de rééducation (orthophonie, psychomotricité, kinésithérapie, ergothérapie, etc.).
- **Les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP)** accueillent des enfants ayant des troubles du comportement importants sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle.
- **Les Services d'Éducation spéciale et de soins à domicile** sont dans le secteur médico-éducatif la structure privilégiée de l'aide à l'intégration scolaire des enfants handicapés (le terme « à domicile » est utilisé ici dans son sens large. Il qualifie les lieux où les enfants vivent, à domicile ou établissement.

**Nombre d'établissements et places pour enfants et jeunes handicapés
et taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans au 1^{er} janvier 2007**

	IME			ITEP			SESSAD	
	Nb étab.	Nb lits	Taux	Nb étab.	Nb lits	Taux	Nb places	Taux
CA2M	3	260	4,65	1	35	0,63	164	2,93
Moselle	17	1 325	5,13	9	182	0,70	574	2,22
Lorraine	48	3 141	5,43	21	462	0,80	1 227	2,12
France	1 139	68 269	4,75	338	14 756	1,03	31 418	2,18
CUGN	3	217	3,62	2	63	1,05	310	5,17

Source : DREES, FINESS

Accueil des personnes âgées

Le vieillissement de la population est un phénomène national dont les raisons sont multiples : l'accroissement de la longévité s'améliore de génération en génération et se conjugue avec l'arrivée progressive à la retraite des enfants issus du baby-boom de l'après guerre. Même si l'âge moyen d'apparition des maladies invalidantes est retardé, d'autres sources de morbidité liée à l'âge avancé voient leur prévalence augmenter. Selon l'enquête PAQUID, seule étude d'envergure mesurant le vieillissement normal et pathologique, la prévalence globale de la démence est de 4,3% des personnes âgées de 65 ans et plus ; celle de la maladie d'Alzheimer est de 3,1% de la même tranche d'âge.

L'enjeu principal de l'accroissement de la population mosellane âgée de 75 ans ou plus réside dans sa prise en charge sanitaire et médico-sociale, notamment pour répondre aux besoins liés à la dépendance des personnes très âgées dont l'état nécessite l'entrée dans des établissements spécialisés, ou l'intervention de structures d'aide à domicile.

Nombre d'établissements et de places installées en établissement ou service pour personnes âgées au 1^{er} janvier 2007 et taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans ou plus

	Maison de retraite			Logement foyer			Soins infirmiers à domicile	
	Nb étab.	Nb lits	Taux	Nb étab.	Nb lits	Taux	Nb places	Taux
CA2M	26	1 587	124,0	13	633	49,5	237	18,5
Moselle	102	5 812	95,1	50	2 428	39,7	1 187	19,4
Lorraine	250	16 767	106,7	124	6 050	38,5	2 959	18,8
France	6 545	451 081	100,1	2 927	150 502	33,4	85 568	19,0
<i>CUGN</i>	20	1 861	112,1	15	728	43,9	249	15,0

Source : DREES, FINESS

TROISIÈME PARTIE :

L'ÉTAT DE SANTÉ

Deux dimensions sont abordées pour traiter de l'état de santé des messins et des habitants de la CA2M : l'état de santé subjectif et l'état de santé objectif.

L'état de santé subjectif est l'évaluation, faite par les personnes elles-mêmes, de leur propre santé. L'état de santé objectif est l'état déterminé par l'évaluation d'un professionnel de santé. Cette catégorie peut être subdivisée en fonction de la gravité : la morbidité extra-hospitalière, la morbidité hospitalière et la mortalité.

I – Etat de santé subjectif

La santé subjective est une mesure globale qui inclut différentes dimensions de la santé (physique, sociale et émotionnelle). La notion d'appréciation subjective témoigne du fait qu'il s'agit d'une réaction émotionnelle plutôt que d'une analyse objective systématique. Elle est influencée par la présence de symptômes ou de plaintes spécifiques et par le diagnostic posé par un médecin d'une maladie éventuelle. La question porte sur l'état de santé mais peut-être aussi sur la qualité de vie reliée à la santé.

Au centre d'examens de santé, 67 % des hommes et 62 % des femmes de Metz se déclarent en bonne santé en 2007

Au cours de l'examen périodique de santé proposé par la caisse primaire d'assurance maladie de la Moselle, il est demandé aux consultants de s'attribuer une note de santé sur une échelle de 1 à 10. Les CES estime que cette autoappréciation a un intérêt non seulement pour le pronostic individuel mais aussi pour ce qu'elle exprime de la demande et de l'attitude à l'égard de la santé et des soins. Elle est reconnue comme étant un bon prédicteur de la mortalité. Une note inférieure à 7 est considérée comme traduisant une perception négative de son état de santé.

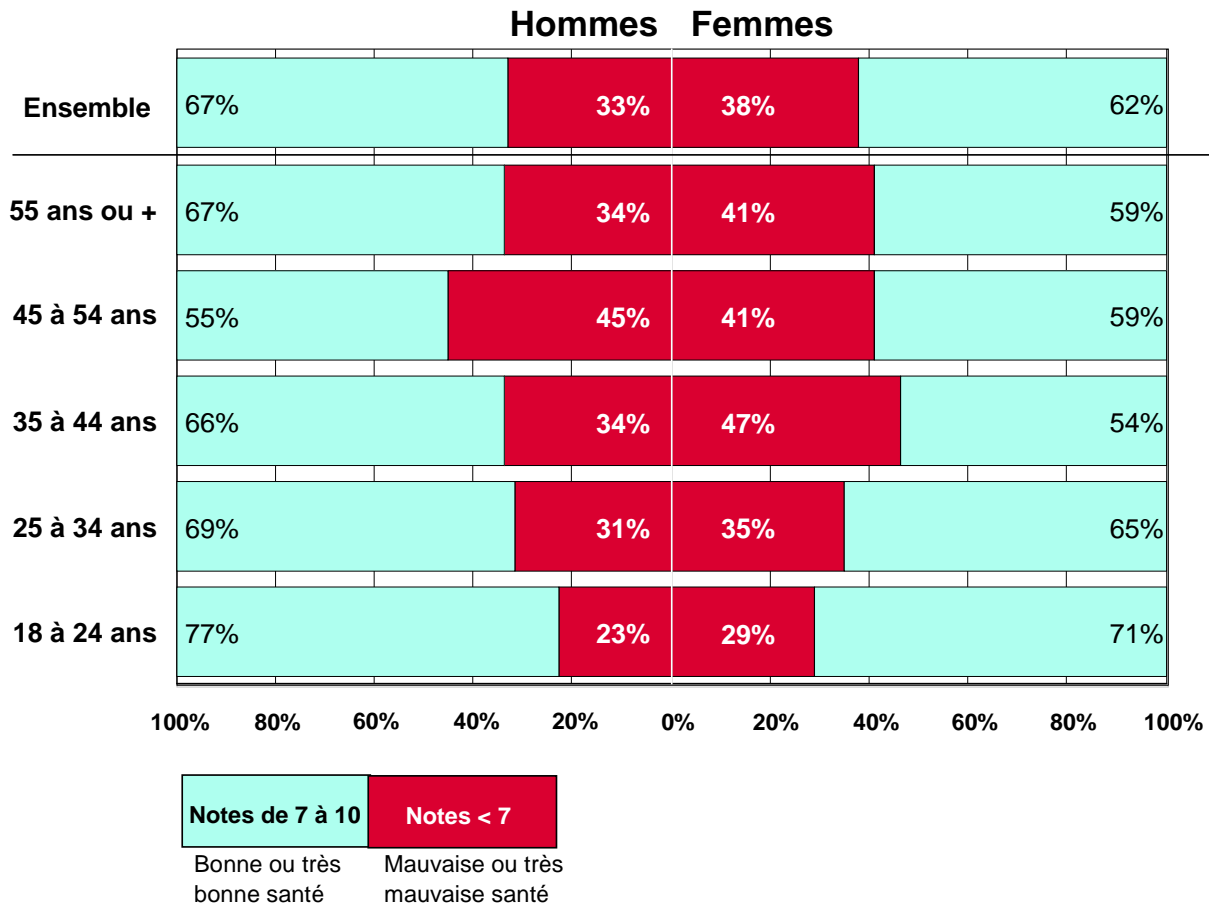
Quel que soit leur âge et leur sexe, les consultants messins du CES s'attribuent majoritairement une bonne, voire une très bonne note de santé. 67 % des hommes et 62 % des femmes se sont notés entre 7 et 10. Mais l'analyse en fonction de l'âge des consultants montre des différences significatives, notamment pour les 45 à 54 ans, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. A cet âge là, 7 % (proportion identique pour les deux sexes) des consultants se considèrent en très mauvaise santé (note de 0 à 3), 38 % des hommes et 35 % des femmes s'estiment en mauvaise santé (note de 4 à 6). Autrement dit, 45 % des hommes et 41 % des femmes de 45 à 54 ans se déclarent en mauvaise ou en très mauvaise santé.

Près de la moitié (47 %) des femmes de 35-44 ans se déclarent également en « mauvaise santé ». Les deux tiers des hommes du même âge se déclarent par contre en « bonne ou en très bonne santé ».

Comme on peut s'y attendre, ce sont les plus jeunes (18 à 24 ans) qui affirment être en bonne ou en très bonne santé : 79 % des hommes et 75 % des femmes contre respectivement 67 % et 59 % à 55 ans ou plus.

Lorsqu'on compare les consultants de Metz à ceux de l'ensemble de la CA2M ou de la Moselle, on n'observe pas de différences significatives, tant pour l'ensemble des populations que pour chaque tranche d'âge prise séparément.

Autoévaluation de la santé par les consultants messins du centre d'examen de santé de Metz en 2007



S'il n'y a pas de différences entre les notes attribuées par les consultants domiciliés dans la CA2M et ceux de Metz, tous âges confondus, on en constate cependant une pour les messins de 35-44 ans, hommes et femmes, qui se considèrent davantage en mauvaise santé. La différence est surtout significative chez les femmes. A cet âge, 47 % des femmes messines se perçoivent en mauvaise santé contre 40 % de celles domiciliées dans l'ensemble de la CA2M.

Mais ceux se déclarant en mauvaise santé sont proportionnellement plus nombreux à Metz que dans l'ensemble de la Lorraine

Cette représentation plutôt positive que les Messins consultant le CES ont de leur santé doit cependant être nuancée. Car, dans les données précédentes, les comparaisons ont été faites avec l'ensemble des mosellans ou l'ensemble des consultants domiciliés sur le territoire de la CA2M. Mais dès que le point de référence ne porte plus sur des mosellans mais sur l'ensemble des Lorrains le diagnostic sur la santé subjective des messins change de nature.

Cette comparaison n'est, pour l'instant possible que pour l'année 2004, année de disponibilité des données régionales et pour des catégories d'âge un peu différentes. En 2004, après standardisation sur la tranche d'âge et la catégorie socioprofessionnelle, la note de perception de santé que s'attribuent les Messins et Messines consultant un CES apparaît significativement moins bonne que celle que se donnent les Lorrains dans leur ensemble lorsque le recueil des données est fait dans des conditions analogues. Ce constat se retrouve pour tous les groupes d'âge et de sexe sauf chez les plus âgés des consultants.

**Proportion de perceptions négatives sur leur santé parmi
les consultants du CES de Metz en 2004 et comparaison avec la Lorraine**

	Metz	CA2M	CA2M hors Metz	Lorraine	
Hommes	15-24 ans	15,7%*	14,4%	15,4%	10,6%
	25-59 ans	24,7%*	24,6%*	23,4%	20,4%
	60 ans et +	38,7%	25,0%	22,0%	32,3%
Femmes	15-24 ans	26,6%*	24,8%*	14,4%	16,4%
	25-59 ans	30,2%*	29,3%*	24,9%	24,5%
	60 ans et +	40,8%	40,9%	39,4%	45,0%

Source : CES Metz, CETAF 2004

Les proportions sont calculées après standardisation sur l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des consultants.

* Différence significative par rapport à la Lorraine au risque de 5% (test du Khi2).

En 2004, les hommes de 15 à 24 ans sont 15,7% à avoir une mauvaise opinion de leur santé contre 10,6% en Lorraine. L'écart est encore plus marqué chez les femmes de la même tranche d'âge : 26,6% de ces jeunes femmes estiment avoir une mauvaise santé contre 16,4% en Lorraine.

Pour la tranche d'âge des 25 à 59 ans, les écarts avec la perception de santé des lorrains sont moins accentués mais ils restent significativement supérieurs. 24,7% des Messins se donnent une note de perception de santé inférieure à 7 contre 20,4% en Lorraine. Les Messines, pour près d'un tiers d'entre elles (30,2%) estiment avoir une santé médiocre contre un quart en Lorraine (24,5%).

La comparaison des consultants messins du CES à ceux domiciliés dans les autres communes de la CA2M montre une différence significative chez les hommes de 60 ans ou plus. Près de 39 % des Messins de cet âge se déclarent en mauvaise santé contre 22 % pour ceux de la CA2M hors Metz.

Une moins bonne perception de la qualité de vie liée à la santé physique chez les Messins comparés aux métropolitains de la CA2M

L'enquête sur les besoins de soin en santé mentale et en psychiatrie auprès d'un échantillon lorrain d'un peu plus de 5000 personnes âgées de plus de 18 ans, en 2005, permet d'avoir une autre approche sur la santé perçue par les Messins et sur la manière dont ils se représentent leur qualité de vie. Le questionnaire d'entretien et la méthodologie de construction des indicateurs de besoin de soin utilisent plusieurs échelles de mesure de la santé mentale. Parmi celles-ci, il y a notamment le SF-36 qui permet d'évaluer l'état de santé physique et mental lié à la qualité de vie. C'est un outil de 36 questions permettant de construire des sous-échelles de la qualité de vie liée à la santé. Ses mesures s'expriment sous la forme de scores compris entre 0 (le pire) à 100 (le meilleur).

L'échantillon lorrain comporte près de 300 personnes domiciliées sur le territoire de la CA2M et un peu plus de 150 résidant à Metz. Les effectifs sont trop faibles pour pouvoir proposer une analyse par sexe ou par catégorie d'âge, mais ils sont satisfaisants dès lors que l'on observe les résultats tous âges confondus et sans distinguer les sexes.

Explication des sous-échelles de la grille SF36 sur la perception de la qualité de vie

Nom des échelles	Score minimal	Score maximal
Activité physique	Limitations importantes de toutes les activités physiques, y compris se laver ou s'habiller	Peut faire toutes sortes d'activités physiques, y compris celles qui demandent des efforts vigoureux
Limitations dues à l'état physique	A des problèmes au travail et dans les activités de la vie quotidienne en raison de son état physique	N'a pas de problème au travail et dans les activités de la vie quotidienne en raison de son état physique
Douleurs physiques	A des douleurs physiques très importantes	N'a pas de douleurs physiques qui aient des conséquences
Santé perçue	Évalue son état de santé comme étant mauvais et s'aggravant	Évalue son propre état de santé comme excellent
Vitalité	Sentiment de fatigue, d'épuisement permanent	Sentiment permanent de vitalité et d'être en pleine forme
Vie et relations avec les autres	Difficultés importantes dans la vie normale de relations avec les autres en raison de problèmes physiques ou émotionnels	Pas de difficultés dans la vie normale de relations avec les autres en raison de problèmes physiques ou émotionnels
Santé psychique	Sentiment permanent de nervosité, voire de dépression	Absence de sentiment de nervosité ou de dépression, impression d'être heureux
Limitations dues à l'état psychique	A des problèmes au travail et dans les activités de la vie quotidienne en raison de son état psychique	N'a pas de problème au travail et dans les activités de la vie quotidienne en raison de son état psychique
Évolution de la santé perçue	Beaucoup moins bon	Beaucoup mieux

Score obtenu aux différents items de l'échelle de qualité de vie SF 36 (2005)

	CA2M	Metz	Lorraine
Activité physique	90,3	83,9	84,7
Limitations dues à l'état physique	82,3	79,5	79,9
Douleurs physiques	68,4	63,6	64,6
Santé perçue	74,4	69,5	69,6
Vitalité	58,0	56,7	58,9
Vie et relations avec les autres	87,5	83,4	83,9
Santé psychique	69,8	70,1	70,4
Limitations dues à l'état psychique	94,8	94,3	93,9
Évolution de la santé perçue	50,0	49,2	49,4

Source : Enquête santé mentale – Lorraine (2005), Fondation MGEN, DRASS

Exploitation : ORSAS

Un score proche de 100 traduit une bonne perception de la qualité de vie pour l'item étudié.

La plupart des scores obtenus par les Messins à cette grille d'autoévaluation sont inférieurs à ceux de la CA2M, à l'exception de ceux portant sur la santé psychique, les limitations à l'état psychique et l'évolution de la santé perçue. Dans ces trois cas, ils sont similaires.

Par contre, les scores messins ne se distinguent pas des scores lorrains. Ces résultats permettent donc de faire l'hypothèse que les Messins perçoivent moins bien leur qualité de vie liée à la santé que l'ensemble des habitants de la CA2M, sauf pour ce qui concerne la santé mentale où Metz et la CA2M ont des scores similaires.

II – État de santé objectif

Mortalité

L'analyse de la mortalité est une des sources principales de la connaissance de l'état de santé d'une population. C'est d'ailleurs la seule source épidémiologique qui soit exhaustive, régulière et portant sur la population générale.

Mortalité générale

Une forte surmortalité générale à Metz

Comme le montre le tableau ci-dessous, la mortalité générale de la population messine, tous âges et sexes confondus, est supérieure de 15 % à celui de la France métropolitaine, de près de 10 % à celui de l'ensemble de la CA2M, de 22 % à celui de la CA2M hors Metz et de 25 % à celui de Nancy.

Taux comparatif de mortalité générale (TCM) (2003-2005) (taux pour 100 000 habitants)

Hommes et Femmes	Tous âges	Avant 65 ans	Après 65 ans
Metz	947 +	246 +	5 325 +
CA2M	862	220	4 876
CA2M hors Metz	779 -	194 -	4 436 -
Moselle	988 +	210	5 849 +
Lorraine	926 +	217	5 353 +
France métropol.	822 -	212	4 635 -
<i>CUGN</i>	<i>730 -</i>	<i>206 -</i>	<i>4 008 -</i>
<i>Nancy</i>	<i>759 -</i>	<i>253 +</i>	<i>3 921 -</i>
<i>CUGN hors Nancy</i>	<i>723 -</i>	<i>184 -</i>	<i>4 095 -</i>

Source : INSERM, INSEE Exploitation : ORSAS

Le signe + signifie une différence significative supérieure par rapport à la CA2M (test du khi2, seuil de 5%)

Le signe - signifie une différence significative inférieure par rapport à la CA2M (test du khi2, seuil de 5%)

Si on compare Metz avec les deux régions françaises qui présentent les taux les plus bas, on observe une surmortalité messine de 40 % par rapport à l'Île-de-France et de 30 % par rapport à la région Midi-Pyrénées. Le taux messin est le même que celui de la région Nord-Pas-de-Calais (947), région française qui connaît le plus mauvais état de santé de France métropolitaine.

Par contre, si on observe plus particulièrement la mortalité prématurée, définie comme la mortalité avant 65 ans, l'écart avec la France métropolitaine est de 16 % en défaveur de Metz. Par contre, pour cet âge, Metz présente un TCM meilleure que celui de Nancy. Mais comparé aux autres régions françaises, Metz reste en mauvaise position (34 % de plus qu'en région Rhône-Alpes, 31 % de plus qu'en Île-de-France et Midi-Pyrénées).

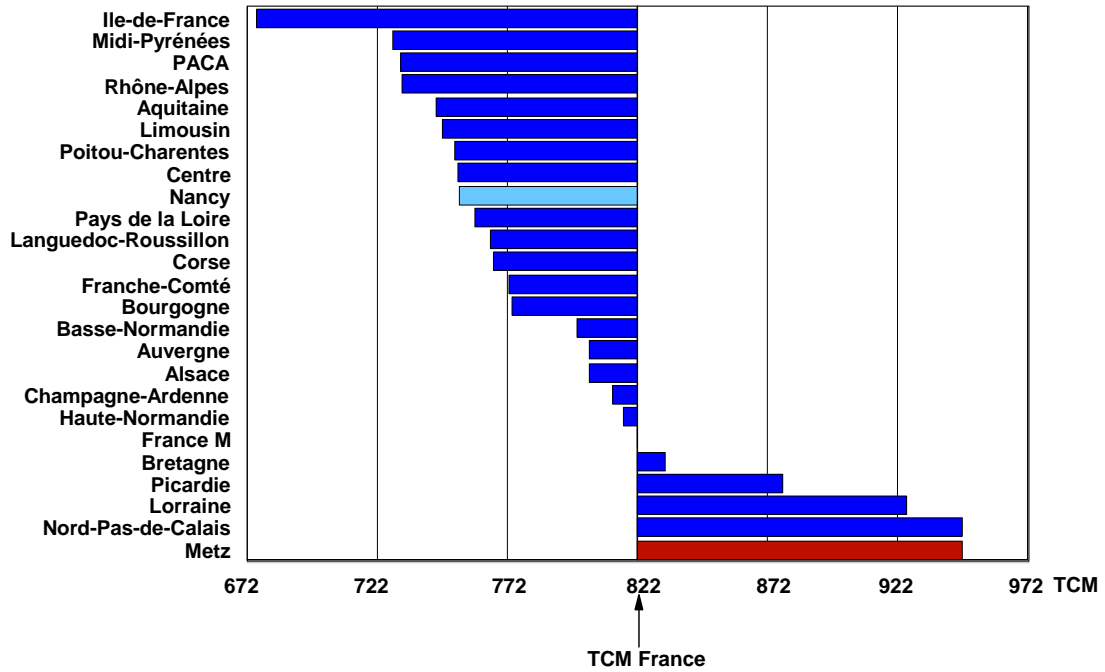
Taux comparatif de mortalité

Le taux brut de mortalité, c'est-à-dire le nombre de décès divisé par la population moyenne, ne tient pas compte de la répartition de la population selon l'âge et le sexe. Ce n'est donc pas un indicateur pertinent pour comparer des territoires, car il est alors normal que les secteurs habités par un nombre important de personnes très âgées aient un taux brut de mortalité élevé.

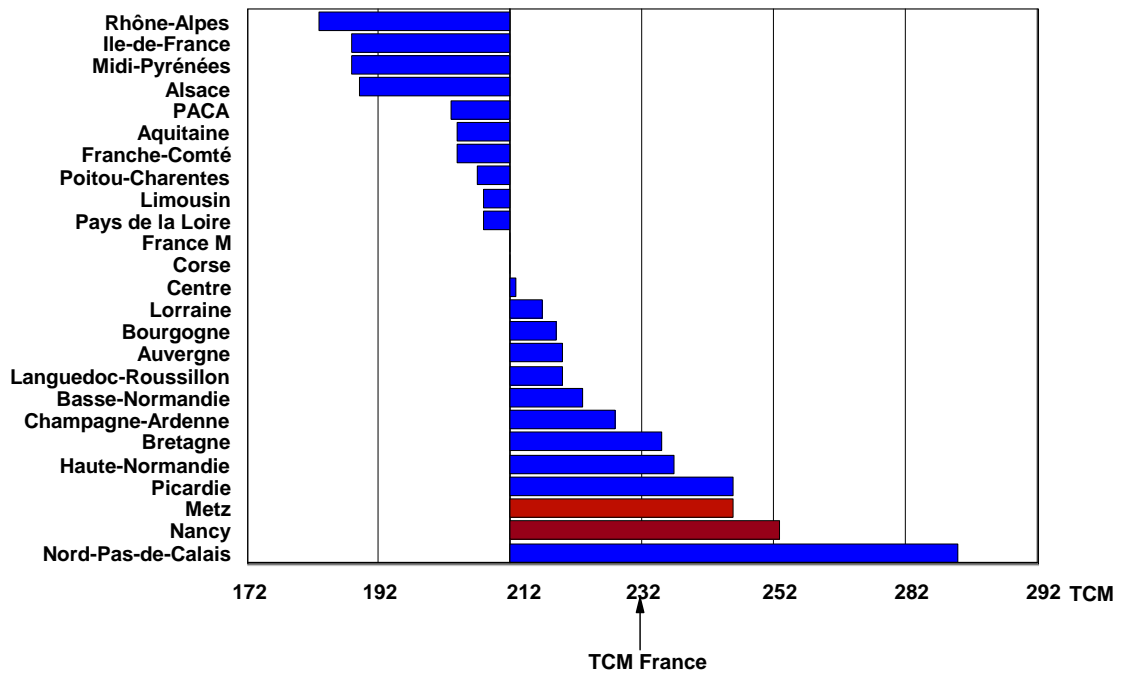
Pour éviter ce biais, on peut calculer le nombre de décès par groupe d'âge (taux de mortalité spécifique). Une autre méthode porte sur le taux de mortalité standardisé ou taux comparatif.

Le taux comparatif de mortalité (TCM) correspond au taux que l'on observerait dans le territoire considéré si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence. Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent des comparaisons entre les données recueillies, entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les unités géographiques retenues. Il s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants.

Taux comparatif de mortalité générale dans les régions françaises, hommes et femmes, tous âges confondus (2003-2005)



Taux comparatif de mortalité prématurée (avant 65 ans) dans les régions françaises, hommes et femmes (2003-2005)



Pour affiner les données pour les communes de plus de 10 000 habitants, on est obligé d'augmenter la période d'observation en vue d'obtenir un nombre de décès significatif à l'échelle démographique des plus petits territoires. Le tableau suivant présente le TCM pour la période de 2000 à 2005. La hiérarchie entre Metz, la France, la région, la CA2M reste la même. Cette approche permet surtout de connaître la situation de Woippy au regard de la mortalité générale. Pour cette commune, le taux comparatif de mortalité est de 1051 pour 100 000 habitants. Autrement dit, Woippy présente une surmortalité de + 16 % par rapport à Metz.

Le fait de regarder plus spécifiquement Woippy présente un intérêt pour la connaissance de l'état de santé des messins. En effet, les données de mortalité ne sont disponibles qu'à l'échelon des communes et non pas des quartiers. Il est donc impossible de détailler l'information à un échelon plus fin que celui de l'ensemble de la ville de Metz.

Mais on a vu précédemment, en analysant les déterminants socioéconomiques de la santé, que des quartiers comme celui de Metz-Borny présentaient des caractéristiques de démographie, de niveau de revenus, de catégories socioprofessionnelles similaires à celles de Woippy. Et comme on sait par ailleurs que ces facteurs sont fortement liés à l'état de santé, on peut facilement faire l'hypothèse que la mortalité dans ces quartiers messins est similaire à celle constatée à Woippy.

Taux comparatif de mortalité générale (TCM) (2000-2005) (taux pour 100 000 habitants)

Hommes et Femmes	Tous âges	Comparaison par rapport à Metz	
Metz	903	+	
CA2M	829		- 8 %
CA2M hors Metz	758	-	- 16 %
Moselle	967	+	+ 7 %
Lorraine	910	+	+ 1 %
France métropol.	813	-	- 10 %
Marly	845		- 6 %
Montigny-lès-Metz	861		- 5 %
Woippy	1051	+	+ 16 %
<i>CUGN</i>	<i>726</i>		- 20 %

Source : INSERM, INSEE Exploitation : ORSAS

Le signe + signifie une différence significative supérieure par rapport à la CA2M (test du khi2, seuil de 5%)

Le signe - signifie une différence significative inférieure par rapport à la CA2M (test du khi2, seuil de 5%)

Maladies cardiovasculaires et cancers : deux premières causes de décès chez les hommes et les femmes

Par rapport à la France métropolitaine, tous âges confondus, la surmortalité messine masculine concerne par ordre décroissant les troubles mentaux (+79%), les maladies de l'appareil respiratoire (+38%), les affections de l'appareil digestif (+33%), et celles du système circulatoire (+14%). La catégorie des troubles mentaux est hétérogène. Elle regroupe à la fois la psychose alcoolique, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, les démences, les pathologies mentales. Il est donc difficile de la prendre en compte comme catégorie générale.

Le tableau suivant présente une approche synthétique des taux comparatifs de mortalité chez les hommes qui permet de repérer les spécificités messines dans les causes de décès.

**Taux comparatif de mortalité masculine par cause de décès
(2003-2005) (taux pour 100 000 habitants)**

Hommes	Metz	CA2M	CA2M Hors Metz	Moselle	Lorraine	France	CUGN	Nancy
Maladies infectieuses	26	20	14	23	21	21	24	25
Tumeurs	377	358	343	413	399	366	366	378
Maladies endocriniennes	43	39	34	45	43	37	29	30
Maladies du sang	7	5	3	5	4	4	3	3
Troubles mentaux	55	37	21	45	40	31	34	48
Maladies du système nerveux	51	45	37	46	46	47	43	47
Appareil circulatoire	360	327	301	376	351	315	254	269
Appareil respiratoire	111	88	69	122	110	80	82	78
Appareil digestif	67	62	56	56	55	50	43	55
Organes génito-urinaires	23	15	8	23	21	19	15	11
Maladies de la peau	3	2	1	3	2	3	2	2
Système ostéo-articulaire	6	5	4	6	6	6	4	4
Maladies congénitales	3	2	0	3	3	3	1	2
Affections périnatales	2	2	3	2	4	3	5	7
Causes ext. traumatismes	75	66	60	80	90	89	84	91

Source : Inserm CépiDC, Insee Exploitation : ORSAS

Les taux indiqués en gras et soulignés sont significativement supérieurs par rapport à la France métropolitaine (au risque de 5%, test du khi2)

Les taux indiqués en gras et non soulignés sont significativement inférieurs par rapport à la France métropolitaine (au risque de 5%, test du khi2)

Mis à part les troubles mentaux pour les raisons évoquées plus haut, on peut caractériser la mortalité messine de la manière suivante :

- La première cause de décès des messins relève des **cancers**, mais le taux comparatif de mortalité pour ce type de pathologie n'est pas significativement différent du taux français.
- Les **maladies cardiovasculaires**, seconde cause des décès masculins, distinguent Metz de l'ensemble français. Le TCM est de 360 pour 100 000 contre 315 en France métropolitaine, soit une surmortalité de + 14 %.
- Les pathologies de **l'appareil respiratoire** sont en troisième position avec un TCM de 111 pour 100 000, alors qu'il n'est que de 80 en France. Ce qui représente une surmortalité messine de +38 % par rapport à la France.
- Enfin, les pathologies de **l'appareil digestif**, avec un taux comparatif de mortalité moins important que les précédents (TCM de 67 contre 50 en France), sont également une cause de surmortalité messine par rapport à la France (+ 34 %).

La hiérarchie des causes de mortalité des femmes résidant à Metz diffère de celles des hommes.

- La première cause de décès des femmes relève des **maladies cardiovasculaires**, c'est le cas à Metz comme en France métropolitaine ou dans les différentes régions. Par contre, les Messines présentent une surmortalité de 20 % pour cette cause de décès par rapport à l'ensemble des Françaises. Cette surmortalité féminine est encore plus importante lorsqu'on compare Metz à Nancy. Elle se situe toutefois dans la moyenne mosellane.
- Les **cancers** arrivent en seconde position chez les femmes à Metz comme ailleurs. La surmortalité messine est de 13 % par rapport à la France.
- D'autres causes de décès présentent une surmortalité féminine à Metz par rapport à la France. Mais leur prévalence est nettement moindre : maladies du système nerveux (TCM de 52 pour 100 000 à Metz), maladies de l'appareil digestif (TCM de 36), maladies du système nerveux (TCM de 11).

**Taux comparatif de mortalité féminine par cause de décès
(2003-2005) (taux pour 100 000 habitants)**

Femmes	Metz	CA2M	CA2M Hors Metz	Moselle	Lorraine	France	CUGN	Nancy
Maladies infectieuses	19	18	18	15	14	12	11	12
Tumeurs	189 186	186	182	186 177	177	168	157	160
Maladies endocriniennes	27	22	16	35	33	27	18	13
Maladies du sang	3	4	4	3	3	3	3	5
Troubles mentaux	38	27	17	33	29	21	21	29
Maladies du système nerveux	52 43	43	32	44	37	35	29 28	28
Appareil circulatoire	215	197	179	241	214	179	143	150
Appareil respiratoire	42 44	46	47	44	44	35	34	34
Appareil digestif	36	30	24	31	30	27	24	25
Organes génito-urinaires	9	9	10	13 11	11	9	9	9
Maladies de la peau	1	2	3	3	3	3	2	1
Système ostéo-articulaire	11	9	6	7	6	6	5	4
Maladies congénitales	3	3	2	2	2	2	2	2
Affections périnatales	3	2	0	2	2	2	2	2
Causes ext. traumatismes	39	34	29	42	41	40	40	43

Source : Inserm CépiDC, Insee Exploitation : ORSAS

Les taux indiqués en gras et soulignés sont significativement supérieurs par rapport à la France métropolitaine (au risque de 5%, test du khi2)

Les taux indiqués en gras et non soulignés sont significativement inférieurs par rapport à la France métropolitaine (au risque de 5%, test du khi2)

**Taux comparatif de mortalité par tumeur en fonction de la localisation
(2003-2005) (taux pour 100 000 habitants)**

Hommes	Metz	CA2M	CA2M Hors Metz	Moselle	Lorraine	France	CUGN	Nancy
Tumeurs	377	358	343	413	399	366	366	378
Poumon, trachée, bronches	96 95	94	106	102	102	81	95	107
Intestin	40	38	39	47	43	37	35	31
Prostate	37	38	39	44	45	42	47	45
Foie	35	23	11	21	20	21	19	23
Voies aéro-digestives sup.	28	27	26	32	32	30	29	32
Pancréas	23	20	17	17	16	16	14	11
Lymphes	23	21	20	26	25	28	26	26
Estomac	6	7	9	16	15	12	12	13

Femmes	Metz	CA2M	CA2M Hors Metz	Moselle	Lorraine	France	CUGN	Nancy
Tumeurs	189	186	182	186	177	168	157	160
Poumon, trachée, bronches	33 28	28	20	23	20	16	17	17
Sein	29	30	31	29	31	31	30	37
Intestin	21	22	24	22	22	20	20	15
Lymphes	21	18	14	17	17	16	15	17
Foie	6	7	9	7	6	5	5	3
Voies aéro-digestives sup.	3	3	3	4	5	4	5	6
Pancréas	8	10	12	11	10	10	7	6
Estomac	7	6	6	7	5	5	3	1

Source : Inserm CépiDC, Insee Exploitation : ORSAS

Les taux indiqués en gras et soulignés sont significativement supérieurs par rapport à la France métropolitaine (au risque de 5%, test du khi2)

Les taux indiqués en gras et non soulignés sont significativement inférieurs par rapport à la France métropolitaine (au risque de 5%, test du khi2)

Surmortalité messine pour les cancers du poumon et les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

Première cause de décès chez les hommes et seconde chez les femmes, les cancers présentent des différences d'importance en fonction de leur localisation :

- Chez les hommes comme chez les femmes, ce sont les **cancers du poumon, de la trachée et des bronches** qui prédominent dans les causes de décès. Pour le sexe masculin, la surmortalité de cette pathologie est de 19 % par rapport à la France. Cette surmortalité masculine s'observe également pour l'ensemble de la CA2M avec un TCM comparable à celui de Metz. Chez les Messines, la mortalité par cancer du poumon est le double de celle de la France, mais elle se situe avec une prévalence moins importante que pour les hommes (TCM féminin à Metz : 33 pour 100 000).
- Les hommes messins se différencient également des Français par une surmortalité liée au cancer du foie (TCM de 35 à Metz et de 21 en France). Par contre, chez les femmes, hormis les cancers du poumon, on n'observe pas de surmortalité significative pour les autres localisations des tumeurs par rapport à la France.

La surmortalité messine par maladie de l'appareil respiratoire s'explique principalement par les décès liés aux **bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives**. Cette pathologie respiratoire caractérise d'ailleurs l'ensemble de la Moselle et de la Lorraine lorsqu'on les compare à la France. C'est une des raisons qui ont déterminé le Groupement régional de santé publique de considérer la prévention de cette pathologie comme prioritaire et de mettre en place des campagnes de prévention ciblées sur cette maladie qui se diagnostique très facilement par une simple mesure du souffle. Les spécialistes de l'insuffisance respiratoire estiment que la BCPO constituera la troisième cause de mortalité en France en 2020.

La BCPO est une maladie typique des fumeurs. Or on a vu dans le chapitre consacré aux déterminants de la santé et plus particulièrement dans celui évoquant les facteurs de risque individuels que le tabagisme était plus fréquent chez les Messins que chez l'ensemble des Lorrains.

Taux comparatif de mortalité par maladie respiratoire (2003-2005) (taux pour 100 000 habitants)

Hommes	Metz	CA2M	CA2M Hors Metz	Moselle	Lorraine	France	CUGN	Nancy
Ensemble respiratoire	111	88	69	122	110	80	82	78
Pneumonies	28	23	20	26	27	24	23	18
BCPO *	55	43	33	59	49	30	30	27

Femmes	Metz	CA2M	CA2M Hors Metz	Moselle	Lorraine	France	CUGN	Nancy
Ensemble respiratoire	42	44	46	47	44	35	34	34
Pneumonies	13	15 18	15	15	15	12	14	12
BCPO *	14	11	7	13	11	9	8	9

* Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

Source : Inserm CépiDC, Insee Exploitation : ORSAS

Les taux indiqués en gras et soulignés sont significativement supérieurs par rapport à la France métropolitaine (au risque de 5%, test du khi2)

Mortalité infantile

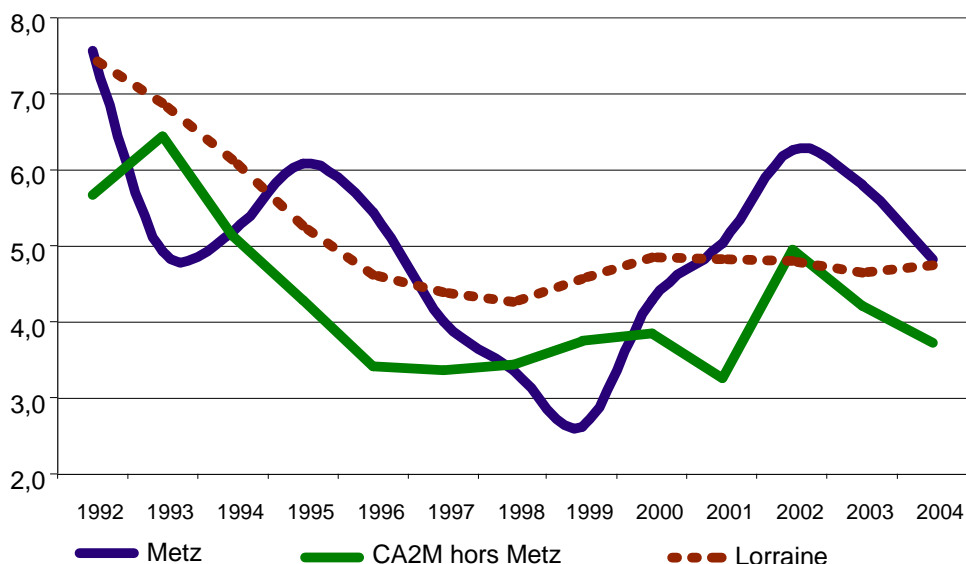
La Lorraine a suivi l'évolution globale de la France métropolitaine en matière de mortalité infantile. La décroissance lorraine des taux de mortalité infantile s'avéra même plus rapide jusqu'à devenir inférieure à celle de la France en 1998. Depuis 1999, la tendance s'inverse et la mortalité infantile lorraine est repassée au-dessus de celle de la métropole. Alors que la mortalité infantile française continue lentement de baisser, celle de la Lorraine est sensiblement stabilisée à 4,7 décès infantiles pour 1 000 naissances. La mortalité infantile mosellane a suivi globalement la courbe de la Lorraine durant les années 1991 à 2005, avec une remontée dans les années 1998-1999.

Comparativement à la Lorraine et à la Moselle, les courbes des taux de mortalité infantile de Metz et du reste des communes de la CA2M présentent une **évolution plus chaotique qui tient principalement au petit nombre de décès enregistrés annuellement, le quel accentue le profil des courbes.** [Pour Metz le nombre de décès avant 1 an était de 13 pour 1 736 naissances vivantes en 2002. En 2005, le nombre est passé à 8 pour 1 750 naissances vivantes.]

On remarque cependant que les courbes de tendance de Metz et de la CA2M hors-Metz sont globalement parallèles, celle des communes situées hors Metz se situant en deçà de celle de la capitale mosellane. On constate une baisse progressive jusque dans les années 98-99 puis une remontée dont la pente apparaît cependant plus faible que celle de la décroissance initiale.

Durant la période 1992-2004, la baisse du taux de mortalité infantile des communes de l'agglomération situées hors Metz est d'abord retardée par rapport à celle de Metz. La décroissance de la mortalité infantile woippyenne, notamment, accuse un retard de 3 à 4 années par rapport à Metz et à la Lorraine alors que leurs taux de mortalité messins et woippyens étaient identiques en 1992 (7,6 décès pour 1 000 naissances). Les taux se stabilisent ensuite entre les années 1996 et 2000-2001. Mais, à l'inverse de ce qui est observé pour la Lorraine, les taux de mortalité infantile de l'ensemble de la CA2M tendent ensuite, à partir des années 2001-2002, à remonter. Depuis 2003, il semble exister une nouvelle baisse. Cette tendance reste à confirmer.

Évolution du taux de mortalité infantile dans la CA2M entre 1992 et 2004
(nombre de décès avant 1 an pour 1 000 naissances)



Source : INSERM

Taux calculé en moyenne glissante sur trois années consécutives
Attention, ces taux portent sur de petits nombres. Ce qui explique les fortes évolutions malgré un calcul en moyenne glissante.

Morbidité

Affections de longue durée

La morbidité est d'abord approchée en observant les admissions en affection de longue durée (ALD). Les données localisées sont enregistrées par l'Assurance Maladie (régime général et régime des indépendants) en fonction du code postal des bénéficiaires de l'ALD, ce qui ne permet pas de distinguer Metz mais de regrouper la ville avec Saint-Julien-lès-Metz et Longeville-lès-Metz qui ont des codes similaires à des quartiers messins.

Une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux. Pour ces affections, l'Assurance maladie rembourse à 100 % (du tarif de sécurité sociale) les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires. L'unité prise en compte est la pathologie et non l'individu (un même bénéficiaire peut avoir plusieurs pathologies).

Cet indicateur ne correspond pas à l'incidence réelle des pathologies, car certains assurés ne demandent pas l'admission en ALD (déjà pris en charge à 100 % à un autre titre, affection ne présentant pas les critères de gravité nécessaires à l'admission, etc.).

Il s'agit d'une valeur par défaut (sous-estimation) de l'incidence réelle des pathologies considérées.

Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD par cause médicale (2004-2006) Taux pour 100 000 habitants

Hommes	Metz*	CA2M hors Metz	France métropolitaine
Ensemble des ALD	2 011	1 813	1 999
Accidents vasculaires cérébraux invalidants	52	36	64
Artériopathies chroniques	113	130	108
Insuffisances cardiaques	141	121	152
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	65	43	44
Diabète	302	281	302
Hypertension artérielle sévère	162	154	168
Maladies coronaires	202	208	201
Insuffisances respiratoires chroniques graves	58	54	65
Maladies d'Alzheimer et autres démences	46 42		61
Affections psychiatriques de longue durée	106	54	147
Tumeurs malignes	593	545	524

Femmes	Metz*	CA2M hors Metz	France métropolitaine
Ensemble des ALD	1 420	1 346	1 391
Accidents vasculaires cérébraux invalidants	42	43	41
Artériopathies chroniques	49	48	37
Insuffisances cardiaques	93	101	94
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	38	27	24
Diabète	245	210	197
Hypertension artérielle sévère	139	156	146
Maladies coronaires	59	50	62
Insuffisances respiratoires chroniques graves	30	31	39
Maladies d'Alzheimer et autres démences	79	72	77
Affections psychiatriques de longue durée	98	48	151
Tumeurs malignes	378	383	356

* Metz, Longeville-lès-Metz, Saint-Julien-lès-Metz

Source : CNAMTS, RSI Exploitation : ORSAS

Les taux indiqués en gras et soulignés sont significativement supérieurs par rapport à la France métropolitaine (au risque de 5%, test du khi2). Les taux en gras et non soulignés sont significativement inférieurs.

Cancers et maladies chroniques du foie pour les hommes, diabète et artériopathies chroniques pour les femmes : des affections de longue durée qui distinguent Metz de l'ensemble de la France

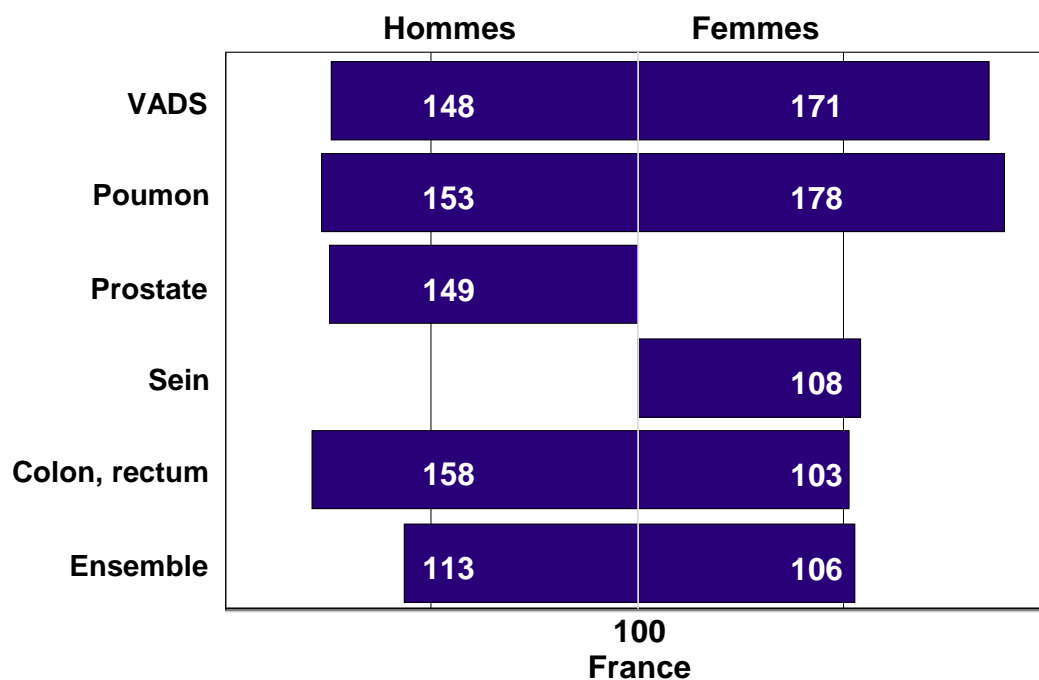
Quatre pathologies distinguent l'ensemble Metz, Longeville-lès-Metz et Saint-Julien-lès-Metz de l'ensemble de la France métropolitaine pour les causes des nouvelles admissions en ALD au cours de la période 2004-2006 :

- Les **cancers**, les **maladies chroniques du foie et les cirrhoses** chez les hommes ;
- Le **diabète et artériopathies chroniques** chez les femmes.
- Par contre, les admissions pour maladies mentales et maladie d'Alzheimer présentent des taux comparatifs significativement inférieurs à Metz par rapport à la France.

Le taux d'admission pour un cancer du poumon, de la trachée et des bronches est de 58 % supérieur pour les habitants masculins du secteur postal de Metz (y compris Saint-Julien-lès-Metz et Longeville-lès-Metz) que pour l'ensemble de la France. Il est, toujours pour les hommes, de + 53 % pour les cancers du poumon, de la trachée et des bronches, de + 49 % ou de + 48 % pour les cancers de la prostate et des voies aéro-digestives.

Chez les femmes de Metz, on observe que les taux d'admission en ALD sont supérieurs de plus de 70 % pour les cancers des voies aérodigestives et les cancers du poumon par rapport à l'ensemble de la France.

Localisation des cancers entraînant une admission en ALD (2004-2006) Metz* comparée à la France en indice de taux comparatif (France base 100)



* Le graphique se lit de la manière suivante : Pour l'ensemble des tumeurs ayant donné lieu à une nouvelle admission en ALD en 2004-2006, le taux comparatif d'admission est de 13 % supérieur pour l'ensemble Metz, Longeville-lès-Metz et Saint-Julien-lès-Metz que dans l'ensemble de la France pour les hommes et de 6 % chez les femmes.
VADS = Cancer des voies aérodigestives supérieures

Dans l'analyse sur la mortalité, il a été souligné la forte surmortalité des habitants de Woippy par rapport non seulement à la France, mais également par rapport à l'ensemble de la CA2M. On avait alors indiqué que l'indicateur de Woippy pouvait être un descripteur de ce que l'on observerait pour Metz-Borny si les données de mortalité étaient disponibles à un échelon infra-communal. Il est donc intéressant d'observer les taux comparatifs d'admission en ALD pour Woippy dans le but de pouvoir le transposer sur Metz-Borny qui présente globalement les mêmes caractéristiques socio-économiques que Woippy.

Taux comparatif de nouvelle admission en ALD (Hommes et Femmes) – 2004-2006

Hommes et Femmes	Metz*	Woippy	France métropolitaine
Ensemble des ALD	1 667	<u>2 201</u>	1 654
Accidents vasculaires cérébraux invalidants	45	66	51
Artériopathies chroniques	<u>76</u>	<u>127</u>	68
Insuffisances cardiaques	112	137	118
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	51	<u>16</u>	34
Diabète	268	<u>448</u>	245
Hypertension artérielle sévère	150	<u>227</u>	157
Maladies coronaires	122	<u>178</u>	125
Insuffisances respiratoires chroniques graves	<u>41</u>	<u>92</u>	50
Maladies d'Alzheimer et autres démences	69	65	71
Affections psychiatriques de longue durée	<u>103</u>	<u>56</u>	150
Tumeurs malignes	<u>460</u>	<u>561</u>	419

* Metz, Longeville-lès-Metz, Saint-Julien-lès-Metz

Source : CNAMTS, RSI Exploitation : ORSAS

Les taux indiqués en gras et soulignés sont significativement supérieurs par rapport à la France métropolitaine (au risque de 5%, test du khi2). Les taux en gras et non soulignés sont significativement inférieurs.

Pour pratiquement tous les motifs médicaux d'admission en ALD, Woippy se différencie de la France métropolitaine de manière significative.

- A Woippy, les taux comparatifs d'admission en ALD (hommes et femmes) sont significativement inférieurs à ceux de l'ensemble de la France pour deux pathologies : les maladies chroniques du foie, y compris les cirrhoses, et les affections psychiatriques de longue durée.
- Mais Woippy se distingue aussi avec des taux comparatifs supérieurs aux taux français pour les cancers, le diabète, l'hypertension artérielle sévère, les maladies coronaires, les artériopathies chroniques et les insuffisances respiratoires chroniques graves.

Ce tableau peut être transposé aux autres quartiers populaires du département présentant des caractéristiques socioéconomiques similaires.

Les autres communes de la CA2M de plus de 10 000 habitants ne présentent pratiquement pas de différences significatives par rapport aux ALD lorsqu'on les compare à la France métropolitaine, si ce n'est un plus faible taux comparatif significatif pour les admissions liées à une affection psychiatrique de longue durée. Seules exceptions :

- Moulins-lès-Metz où le taux d'admission pour diabète (175 pour 100 000 hommes et femmes) est significativement inférieur au taux français (245)
- Montigny-lès-Metz où le taux comparatif d'admission en ALD pour un accident vasculaire cérébral est inférieur au taux français de manière significative (30 contre 51). Le taux est également inférieur pour cette commune pour les admissions liées à la maladie d'Alzheimer (54 contre 71). Mais, à Montigny-lès-Metz, le taux comparatif d'admission est significativement supérieur au taux français pour les artériopathies (88 contre 68) et les maladies chroniques du foie (88 contre 68).

Motifs d'hospitalisation

En 2005, on a enregistré 14 527 séjours hospitaliers pour 100 000 habitants relevant du secteur postal de Metz, Longeville-lès-Metz et Saint-Julien-lès-Metz (le système statistique des hôpitaux enregistre les entrées en fonction du code postal de résidence des patients). Ces séjours hospitaliers ne concernent que les patients domiciliés dans les secteurs géographiques étudiés quel que soit le lieu de leur hospitalisation. Les pathologies les plus fréquentes dans les motifs d'hospitalisation relèvent de l'appareil digestif. Elles sont suivies par les maladies du système nerveux et les pathologies cardiovasculaires.

Le tableau ci-dessous présente les taux comparatifs de séjour hospitalier pour 100 000 habitants. La comparaison est établie avec les données de la CA2M pour repérer les différences significatives.

Taux comparatif de séjour hospitalier pour 100 000 habitants (hommes et femmes) par cause d'admission en 2005

	Metz- Longeville- St-Julien	Total CA2M hors- Metz	CA2M	Moselle	Lorraine
<i>Ensemble</i>	14 527	14 571	14 533		
Appareil digestif	2 109	2 198	2 142	2 133	2 461
Maladies du système nerveux	1 827	1 814	1 815	1 742	1 801
Appareil circulatoire	1 648	1 775	1 694	1 985	1 925
Grossesses	1 592	1 542	1 571	1 454	1 553
Tumeurs	1 395	1 471	1 424	1 364	1 439
Causes ext. de traumatismes	1 345	1 280	1 321		1 933
Système ostéo-articulaire	1 172	1 328	1 233	1 438	1 659
Organes génito-urinaires	1 129	1 085	1 111	1 262	1 260
Appareil respiratoire	1 065	955	1 022	1 237	1 234
Maladies endocriniennes	639	596	623	580	589
Affections périnatales	554	569	560	328	456
Troubles mentaux	318	273	302	354	348
Maladies infectieuses	264	255	261	339	359
Maladies de la peau	205	231	214	301	350
Maladies congénitales	180	175	178	169	183
Maladies du sang	169	153	162	178	169

Source : ATIH (PMSI) Exploitation : ORSAS

Les taux indiqués en gras et soulignés sont significativement supérieurs par rapport à la CA2M (au risque de 5%, test du khi2). Les taux en gras et non soulignés sont significativement inférieurs.

L'observation des taux d'hospitalisation pour le secteur de Metz ne présente pas de différence significative par rapport à l'ensemble de la CA2M pris ici en référence. Par contre, l'ensemble des Mosellans et des Lorrains présentent des différences significatives supérieures à Metz et à la CA2M.

Si Metz ne se distingue pas de l'ensemble de la CA2M et présente même des taux d'hospitalisation similaires et souvent inférieurs à ceux des Mosellans et des Lorrains, il n'en va pas de même lorsqu'on isole Woippy de l'ensemble de la CA2M.

Les taux comparatifs d'hospitalisation des résidents de la CA2M demeurant hors Metz ont tendance à confirmer les tendances repérées dans l'analyse des taux comparatifs d'admission en ALD. La CA2M étant prise comme référence, les taux comparatifs d'hospitalisation des patients woippyens apparaissent en effet globalement et significativement supérieurs aux taux observés tant dans l'ensemble de la CA2M que pour le secteur de Metz.

Cette prévalence supérieure des hospitalisations dans la commune de Woippy apparaît nette pour de nombreuses causes d'hospitalisation, notamment pour les motifs liés à l'appareil

digestif (18 % de plus qu'à Metz), au système circulatoire (38 % en plus) ou aux maladies du système nerveux (14 % en plus qu'à Metz).

D'une façon générale, les taux d'hospitalisations pour 100 000 habitants de Woippy diffèrent défavorablement de tous ceux constatés dans le reste de la CA2M, y compris à Metz.

Il faut à cet égard souligner la fréquence des hospitalisations des habitants de Woippy pour les causes respiratoires. Le taux comparatif d'hospitalisation des Woippyciens pour ce type de pathologie est en effet de 25 % plus important à Woippy que dans la CA2M et dans le groupe Metz, Longeville-lès-Metz, St-Julien-lès-Metz.

En 2005, la situation des autres communes de la CA2M au regard des motifs d'hospitalisation apparaît plus favorable. On peut toutefois noter que le taux d'hospitalisation pour les habitants de Marly est significativement supérieur à la CA2M et à Metz pour deux motifs de séjours hospitaliers : les cancers et les maladies du système ostéo-articulaire.

La situation de Montigny-lès-Metz au regard des motifs d'hospitalisation apparaît globalement plus favorable que celle rencontrée dans les autres communes de la CA2M.

Santé et mode de vie des enfants et des jeunes

Accueil de la petite enfance

Avec une population représentant environ 60% de l'agglomération messine, la ville de Metz concentre 84% des équipements d'accueil de la petite enfance (26 au total) présents au sein de l'agglomération. En 2004, la capacité d'accueil de la ville de Metz était de 997 places, elle est en 2007 de 1117 places (dont 695 gérés par le seul CCAS), soit une progression d'environ 3% par an. Son taux d'équipement est de 10,6 places pour 100 enfants de 0 à 6 ans (naissances domiciliées de 2000 et 2006). Il était de 11 places pour 100 enfants de 6 ans et moins en 2004 alors que l'ensemble de la CA2M avait un taux d'équipement de 3,8 places pour 100 enfants de la même tranche d'âge¹. Metz est la commune la mieux équipée du territoire de l'agglomération puisqu'elle offre également tous les modes d'accueil existants.

L'effort reconnu de Metz pour l'accueil des enfants d'âge préscolaire

Comparé aux territoires régionaux et départementaux aux profils ruraux et urbains variés, le taux d'équipement de Metz en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire apparaît particulièrement favorable. Au 1^{er} janvier 2007, **le taux d'équipement de Metz était de 207 places pour 1 000 enfants nés au cours des 3 dernières années contre 58,4 pour la Moselle, 70 pour la Lorraine et 110 pour la France métropolitaine.**

En nombre de places offertes, l'implantation de ces divers équipements au sein des quartiers peut apparaître relativement déséquilibrée, mais il faut tenir compte de la présence d'équipements proches localisés dans les quartiers avoisinants.

¹ Source : AGURAM

Nombre de places destinés à la petite enfance dans la ville de Metz au 30 septembre 2008

	Nb de places
Multi-accueils collectifs	605
Multi-accueils collectifs et familiaux	260
Haltes-garderies	252
Total	1117
Taux pour 100 enfants de 0 à 6 ans	10,6

Source : CCAS de Metz

Nombre total de places d'accueil d'enfants d'âge préscolaire pour 1000 enfants nés au cours des trois dernières années

	Nb pour 1000
Metz	207
Moselle	58
Lorraine	70
France métropolitaine	1117

Répartition et taux d'équipements messins d'accueil de la petite enfance au 30 septembre 2008 (en nombre de places)

	Multi-accueils collectifs	Multi-accueils collectifs et familiaux	Haltes-garderies	Total	Nombre de places pour 100 enfants de < 6 ans
Devant-les-Ponts	60		40	100	16,6
La Patrotte	85		25	108	15,6
Les Îles			25	25	8,8
Ancienne ville	140		36	176	22,1
Bellecroix			15	15	2,9
Vallières-Les Bordes			20	20	3,0
Nouvelle ville	80			80	10,9
Sablon	80	80	31	191	16,4
Plantières-Queuleu	80		20	100	13,0
Borny	80	140	20	240	13,0
Magny			20	20	5,3
Grigy, Grange-aux-Bois		40		40	6,9
Metz	605	260	252	1117	12,4

Source : CCAS de Metz

Crèche collective : établissement assurant un accueil régulier et collectif des enfants âgés de moins de 3 ans.

Crèche familiale : service assurant un accueil régulier au domicile des assistantes maternelles d'enfants de moins de 3 ans. Encadrement des assistantes maternelles par une directrice.

Crèche parentale : établissement collectif assurant l'accueil régulier des enfants de moins de 3 ans avec participation des parents à la gestion de la structure et/ou l'accueil des enfants.

Halte-garderie : établissement assurant un accueil occasionnel d'enfants de moins de 6 ans.

Multi-accueil : les mêmes établissements peuvent associer un accueil régulier et occasionnel, ou un accueil familial et collectif.

En 2007, 755 assistantes maternelles sont agréées pour la ville de Metz dont 93 pour le seul CCAS. Le nombre total de places théoriques d'enfants gardés ne correspond pas obligatoirement au nombre réel d'enfants dont s'occupe chaque assistante maternelle en raison de la non-déclaration à la PMI du nombre d'enfants réellement gardés. Ce nombre de places théorique s'élève à 2 129 places pour l'ensemble de la commune, toutes tranches d'âge des enfants gardés confondus.

La répartition des assistantes maternelles dans les quartiers messins apparaît hétérogène. Plus de la moitié des assistantes maternelles (383) se localisent dans les quartiers du Centre-Ville (101), de Sablon (192) et Vallières (90). Si la moyenne messine des enfants gardés par chaque assistante maternelle est de 2,82 enfants, le nombre moyen d'enfants gardés par chaque assistante maternelle apparaît cependant relativement homogène. Les besoins en assistantes maternelles sont difficiles à cerner mais on peut penser que le nombre de places théoriques dans chaque quartier ne couvre pas tous les besoins notamment en raison du développement de la monoparentalité et de la demande en horaires atypiques. L'option prise par les CCAS tente de répondre à cette demande en développant les accueils d'urgence en crèches, avec une gestion centralisée du flux des demandes.

**Effectif des assistantes maternelles agréées à Metz
et nombre moyen d'enfants gardés par chacune en 2007**

	Nombre d'assistantes maternelles	Nombre de places théoriques	Nombre moyen d'enfants par assistante maternelle
Centre Ville, Sablon, Vallières ¹	383	1071	2,80
Queuleu	99	317	3,20
La Grange-aux-Bois	86	257	2,99
Devant-les-Ponts	67	196	2,93
Borny	64	163	2,55
Bellecroix	24	61	2,54
Metz-Nord	23	43	1,87
Patrotte	9	21	2,33
Metz	755	2129	2,82

Source : Conseil Général (PMI)

Petite enfance : les troubles dépistés chez les enfants de 4 ans par les services de la PMI

Parmi les missions du service de protection maternelle et infantile figurent des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment en école maternelle. Lors de ces examens, un certain nombre d'anomalies peuvent être détectées chez les enfants et en particulier des troubles sensoriels, des troubles du langage ou des anomalies de la sphère dentaire.

Les données utilisées ici concernent l'examen clinique des enfants de 4 ans pratiqué dans les écoles maternelles de l'agglomération messine en 2007. Elles portent sur 1 750 enfants dont 895 fréquentent les écoles maternelles de Metz intra-muros. La localisation de ces écoles au sein des quartiers messins ne présume pas à 100 % du lieu de résidence des enfants examinés. Des regroupements ont été pratiqués pour permettre le traitement statistique des données recueillies: écoles maternelles de Devant-les-Ponts avec celles de la Patrotte ; maternelles du secteur de l'Ancienne Ville regroupées avec celles du quartier des Îles.

Troubles de l'audition et de la vision dépistés

Le taux de découverte d'un trouble de l'audition chez les enfants varie sensiblement selon les quartiers de la ville. Les anomalies sensorielles dépistées apparaissent plus fréquentes dans certaines écoles maternelles de la ville. Il faut bien préciser que ces données n'expriment pas la prévalence d'un trouble sensoriel chez les enfants de 4 ans mais reflètent le dépistage d'anomalies ou de difficultés non repérées jusque-là et non prises en charge. Les enfants présentant des troubles déjà connus et traités ne sont pas comptabilisés.

¹ Les données de la PMI individualisent le nombre d'assistantes maternelles agréées pour ces trois quartiers, mais globalisent le nombre de places théoriques.

Sur les 1750 enfants de 4 ans examinés, le taux de découverte d'un trouble auditif est identique à Metz et dans les écoles maternelles de l'agglomération situées hors Metz (6 % des enfants examinés). En revanche, des disparités existent entre secteurs messins. La proportion d'anomalies auditives chez les enfants est plus fréquente dans le secteur de Bellecroix (12 % des enfants), dans celui regroupé de Devant-les-Ponts et de la Patrotte (10 % des enfants), dans celui de Bellecroix (9 %) que dans les secteurs du Sablon (4 %) ou de Plantières-Queuleu (5 %). Le nombre de troubles auditifs parmi les enfants examinés dans les maternelles de Borny se situe quant à lui au même niveau que la moyenne de Metz (6 %).

**Proportion d'enfants de 4 ans des écoles maternelles
présentant des troubles auditifs ou visuels dépistés (2007)**

	Troubles auditifs		Troubles visuels	
	Nombre examiné*	% troubles	Nombre examiné*	% troubles
CA2M	1 669	6%	1683	16%
CA2M hors Metz	825	6%	828	12%
Metz (ensemble)	844	6%	855	19%
Devant-les-Ponts, La Patrotte	87	10%	91	27%
Borny	189	6%	188	14%
Bellecroix	43	12%	47	40%
Queuleu	118	5%	118	16%
Sablon	127	4%	129	13%
Ancienne Ville, Les Îles	115	9%	117	24%

Source : Service de PMI du Conseil Général de la Moselle

* Non compris les enfants non coopératifs ayant refusé l'examen

La fréquence des troubles de la vision dépistés par l'examen des enfants de 4 ans est plus importante que celle des troubles de l'audition dans toutes les écoles maternelles de la CA2M (16% des enfants examinés). Elle est également plus fréquente dans celles de Metz que dans le reste de la CA2M (19%).

En dépit du faible nombre d'enfants examinés, la plus forte prévalence des anomalies visuelles dépistées se localise dans les quartiers de Bellecroix (40% des enfants) mais aussi de l'Ancienne Ville (24%). Les enfants de Devant-les-Ponts et de la Patrotte sont près d'un tiers à nécessiter une consultation spécialisée en ophtalmologie. Mais les enfants du secteur Metz-Borny apparaissent moins sujets à des troubles visuels non précédemment dépistés et corrigés.

Troubles du langage

Le dépistage des troubles du langage dans les écoles maternelles utilise le test ERTL4 qui permet un examen rapide du langage et de la voix chez l'enfant (repérage des troubles perceptifs, de troubles de l'accès au lexique, du débit verbal (bégaiement)).

Lors du passage de ce test de dépistage, les enfants repérés comme ayant un trouble du langage sont un peu plus nombreux à Metz que dans le reste de la CA2M (23% à Metz contre 20% hors Metz). Ils sont également plus nombreux dans les maternelles de Devant-les-Ponts/La patrotte (39%), de Bellecroix (30%), ou du Sablon (26%). Même constat que précédemment, les enfants des maternelles situés dans une zone d'enseignement prioritaire comme Borny sont moins nombreux à présenter de tels troubles que les quartiers qui ne le sont pas (18%)

Proportion d'enfants de 4 ans des écoles maternelles présentant des troubles du langage dépistés (2007)

	Troubles du langage	
	Nombre examiné*	% troubles
CA2M	1559	21%
CA2M hors Metz	828	20%
Metz (ensemble)	731	23%
Devant-les-Ponts, La Patrotte	67	39%
Borny	180	18%
Bellecroix	43	30%
Queuleu	121	19%
Sablon	109	26%
Ancienne Ville, Les Îles	86	15%

Source : Service de PMI du Conseil Général de la Moselle

* Non compris les enfants non coopératifs ayant refusé l'examen

Dépistage des caries dentaires

Lors d'une enquête épidémiologique réalisée en 2006 par les services PMI de la Moselle en collaboration avec le département d'odontologie pédiatrique de la faculté de Nancy, la prévalence des caries dentaires s'élevait à 37,2% des enfants de 4 ans examinés par un chirurgien dentiste. 11,6% des enfants avaient des caries sur les incisives maxillaires, signe de « polycarie » de la petite enfance. Le besoin de soins était donc réel, mais le recours aux soins apparaissait marginal. De plus, si un enfant sur trois avait des caries, celles-ci atteignaient un enfant sur deux en zone d'éducation prioritaire et seulement un sur quatre en zone rurale. Les réponses des parents au questionnaire associé à l'examen témoignaient d'un manque de connaissances et d'une utilisation insuffisante des moyens de prévention existants. Le faible niveau d'études maternelles, le bas niveau socioéconomique, la consommation de boissons sucrées par les enfants et les parents, l'absence de prise de fluor étaient de variables significativement associées avec la présence de carie à l'âge de 4 ans¹.

En 2007, les résultats du dépistage des caries dentaires chez les enfants fréquentant les écoles maternelles de la commune apparaissent plus favorables que ceux de l'enquête épidémiologique citée précédemment. Les examens buccodentaires n'étaient cependant pas réalisés par un chirurgien dentiste. De ce fait, la prévalence des caries dans l'ensemble de la CA2M comme à Metz ne représente que 7 à 8% des enfants examinés, proportion sous-estimant sans doute la réalité des besoins en traitement dentaire.

Toutefois, la répartition spatiale des anomalies dentaires dépistées corroborent en partie les constats réalisés dans l'enquête citée : les caries se retrouvent plus volontiers dans certains quartiers au profil socioéconomique faible. Parmi eux, celui de Bellecroix apparaît l'un des plus touchés (13% des enfants examinés ont une ou des caries). Mais c'est aussi le cas des enfants des maternelles du Sablon (14% des enfants dont la majorité dans une maternelle du secteur Hannaut-Frécot-Barral). Les enfants des maternelles de Borny semblent quant à eux moins touchés et la prévalence des caries se situe dans la moyenne messine (8%).

Le service de PMI du Conseil général de la Moselle mène un travail important de dépistage des troubles sensoriels, des troubles du langage et plus globalement de surveillance de la santé des enfants de 4 ans qui relèvent de sa compétence. Mais le système de santé français est tel que le suivi de la santé des enfants est découpé en fonction des âges (PMI et Conseil général jusqu'à 6 ans, Éducation Nationale après) et qu'il n'y a pas de continuité dans la surveillance de l'évolution des enfants. Plus concrètement, après l'action de dépistage réalisée par la PMI à 4

¹ Source : Droz D. ; Gueguen R. ; Bruncher P ; Gerhard J.-L.; Roland E.. « Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle ». ; Archives de pédiatrie, 2006. Vol.13, N°19).

ans en maternelle, il n'y a plus d'examen de santé systématique jusqu'à l'entrée en classe de 6^{ème} à 10 ou 11 ans. Il y a donc un temps de latence entre l'âge de 4 – 6 ans et de 10 ans pendant lequel les troubles dépistés par le service de PMI ne sont plus suivis, sauf initiative personnelle des familles en ayant recours aux services médicaux hospitaliers ou libéraux.

Enfance : santé des enfants scolarisés en classe de 6^{ème}

La notion de retard scolaire peut être abordée de plusieurs manières différentes. Les enseignants et l'institution scolaire y voient d'abord un handicap dans la progression scolaire des jeunes. Les professionnels de la santé élargissent la perspective et considèrent le retard scolaire comme une facette d'un ensemble de décalages dans le processus de maturation et de développement.

Le retard scolaire à l'entrée en sixième est en partie lié aux conditions familiales et socioéconomiques dans lesquels évoluent les enfants de la tranche d'âge intéressée. En 2004, l'étude de l'AGURAM portant sur les quartiers prioritaires du contrat de ville de Metz signalait que la majorité des élèves des collèges en ZEP accusait un retard scolaire dès l'entrée en sixième en 2001-2002. Dans les deux collèges classés en ZEP, les Hauts de Blémont et le collège Jules Ferry, le taux d'élèves en retard dès la sixième était respectivement de 59 % et de 53 %.

Pour la rentrée scolaire 2007-2008, environ un millier d'élèves des classes de 6^{ème} des collèges messins accusait un retard scolaire, soit 3,8 % des enfants scolarisés à ce niveau scolaire. Autrement dit, 8 % des jeunes messins âgés de 12 à 14 ans sont en retard scolaire.

**Proportion d'élèves en retard dans les classes de 6^{ème}
et taux pour 1000 élèves de 12 à 14 ans
année scolaire 2007-2008**

	Ensemble des effectifs	Nombre d'élèves en retard	% d'élèves de 6 ^{ème} en retard	Taux pour 1 000 enfants de 12 à 14 ans
CA2M	1 939	63	3,2%	7,2
Metz	952	36	3,8%	8,0
CA2M hors Metz	987	27	2,7%	6,3
Moselle	10 789	244	2,3%	5,6
Lorraine	13 802	751	3,2%	7,8
CUGN	1 827	107	5,9%	11,9
<i>Nancy</i>	<i>526</i>	<i>45</i>	<i>8,6%</i>	<i>16,0</i>

Source : Rectorat, Inspection académique de la Moselle

Le taux messin est supérieur à celui de la Moselle ou de la CA2M, mais il reste largement inférieur à celui observé à Nancy.

Les jeunes de 16 à 25 ans connus de la Mission Locale

Les Missions Locales et les PAIO (Permanence d'Accueil, d'information et d'orientation) constituent le réseau pour l'accueil des jeunes âgés de 16 à 25 ans qui souhaitent conseils, appui, accompagnement pour faciliter leur entrée dans la vie professionnelle. A ce titre, les questions de la vie courante sont abordées avec les consultants avec une attention particulière portée aux problèmes de santé (accès aux soins notamment). La Mission Locale travaille ainsi avec de nombreux acteurs et favorise la concertation pour construire des actions adaptées aux besoins des jeunes et aux réalités locales. Selon l'étude de l'OREFO, 1/5^{ème} des jeunes lorrains en contact avec une Mission Locale résident dans des quartiers classés en ZUS (19,4% en 2006). Ces jeunes sont d'ailleurs plus souvent en charge d'enfant(s), ont un niveau scolaire plus bas que les jeunes demeurant hors ZUS.

Rapporté à la population des jeunes de 16 à 25 ans, le nombre de jeunes en contact¹ avec une Mission Locale est plus important dans la commune de Nancy que dans celle de Metz. Au 31 décembre 2007, 20 jeunes hommes de 16 à 25 ans sont en contact avec la Mission locale pour 1000 jeunes du même âge à Metz. A Nancy, ce taux est de 30 pour 1 000. Pour les jeunes femmes, les taux s'établissent respectivement à 19 à Metz contre 24 à Nancy.

Effectif des jeunes de 16 à 25 ans révolus en contact avec la Mission Locale et taux de prise en charge pour 1 000 jeunes de 16 à 25 ans, au 31 décembre 2007

	Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Metz	2 368	20,4	2 245	19,0
Nancy	3 471	30,1	3 516	24,5
Moselle	8 627	12,5	8 482	13,1
Lorraine	18 964	11,8	19 088	12,6

Source : OREFQ (Parcours 3)

L'âge moyen des jeunes des Missions locales est en moyenne de 21 ans pour les hommes (13,6% à Metz et en Lorraine), et de 20-21 ans pour les femmes (13,4% à Metz).

En 2005, les jeunes femmes consultaient la Mission Locale de Metz un peu plus fréquemment que les hommes (50,3%). Le rapport s'est inversé en 2006 et 2007 où elles ne représentent plus que 47% des effectifs consultants.

Les jeunes de la Mission Locale de Metz sont célibataires (94,6% pour les hommes, 82,8% pour les femmes). Cette situation matrimoniale est majoritaire dans tous les territoires. La seule différence de statut matrimonial réside dans la plus grande fréquence des femmes mariées à Metz (10,2%) alors qu'elles sont plutôt pacées à Nancy (8,6%).

Dans la commune de Metz, entre 2005 et 2007, le mode de logement prédominant des jeunes contactant la Mission Locale a évolué. Le constat national d'un allongement du temps passé au domicile parental se vérifie. Le durcissement des critères d'accès au logement par les bailleurs privés et le nombre limité de logements sociaux expliquent plus sûrement cette situation que l'attrait du giron familial (Syndrome de Tanguy). Ainsi, en 2005, les jeunes Messins étaient 28% à habiter au domicile des parents ou d'un membre de la famille. En 2007, ils sont 39 %. Inversement, on remarque que la proportion de jeunes autonomes en matière de logement baisse (30 % en 2005, 23 % en 2007).

Mode d'hébergement des jeunes en contact avec la Mission Locale de Metz

	2005	2007
Logement autonome	30 %	23 %
Parents, famille, amis	42 %	46 %
<i>dont parents, famille</i>	28 %	39 %
Foyer ou centre d'hébergement	17 %	25 %
<i>dont CHRS</i>	13 %	13 %
<i>dont FJT</i>	1 %	9 %
Sans hébergement	5 %	2 %
Autre	6 %	4 %
Total	100 %	100 %

Source : Mission Locale de Metz

Le niveau de formation scolaire est un des indices classiques de difficulté sociale notamment dans la recherche d'un emploi. Les conditions de l'insertion sont d'autant meilleures que le niveau de diplôme est élevé. Mais ce dernier intervient aussi dans la capacité à se prendre en

¹ « Jeune en contact » : tout jeune en rapport avec une Mission Locale ou une PAIO est inscrit dans la base de données Parcours 3. Chaque contact significatif (participation à un entretien individuel, collectif, visite, téléphone...) donne lieu à un enregistrement dans le logiciel Parcours, puis à une actualisation des caractéristiques de ce contact.

charge sur le plan de la santé. Au 31 décembre 2006, le niveau de formation agrégé des jeunes en contact avec la Mission Locale est plus bas à Metz que dans les autres territoires étudiés. 70,2% des Messins mais 82,7% des jeunes Messins en contact avec la PAIO n'ont pas de diplômes supérieurs aux niveaux VI (diplôme national du brevet) et V (CFG, CAP, BEP). Les femmes ayant un diplôme équivalent sont 64% à Nancy et 75,8% pour les hommes. On retrouve d'ailleurs les mêmes rapports entre les deux départements de Moselle et de Meurthe-et-Moselle.

Répartition en pourcentage des diplômes des jeunes en contact avec la Mission Locale au 31 décembre 2006

	Hommes				Femmes			
	Metz	Nancy	Moselle	Lorraine	Metz	Nancy	Moselle	Lorraine
Vbis VI	47,6	40,2	40,2	40,9	39,2	27,4	30,1	28,9
V	35,1	35,6	40,5	39,3	31,0	36,6	38,6	38,9
IV	14,1	19,3	15,6	16,0	25,0	30,4	26,6	27,2
I à III	1,5	3,5	1,8	2,3	3,3	4,1	3,2	3,6
N.R	1,7	1,3	1,9	1,5	1,5	1,5	1,6	1,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : OREFQ (Parcours 3)

Dans le domaine de la santé, les interventions de la Mission locale sont variées :

- Orientations vers un service caritatif de santé : 3,1 % en 2005, 5,5 % en 2007
- Orientations vers la COTOREP : 2,9 % en 2005, 5 % en 2007
- Accès à la CMU : 2,6 % en 2005, 5,5 % en 2007
- Bilans de santé au Centre d'examens de santé de la CPAM : 1,4 % en 2005, 12,7 % en 2007.

Prise en charge à domicile des personnes âgées

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), mise en place en 2002, s'est substituée à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) et à une part de prestations prises en charge par les caisses de retraite. Alors que la PSD ne s'adressait qu'aux personnes fortement dépendantes (GIR 1 à 3)¹, l'allocation personnalisée d'autonomie offre un soutien beaucoup plus large, même aux personnes de plus de 60 ans ne présentant qu'une dépendance limitée². L'ouverture des droits, décidée par le Président du Conseil Général, n'est pas soumise à des conditions de ressources mais une participation financière est toutefois à la charge des bénéficiaires dès lors que leurs ressources sont supérieures à un montant révisé régulièrement.

Au 31 décembre 2007, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (tous GIR confondus) dans l'ensemble de la CA2M est de 1 514 personnes âgées, dont 842 domiciliées à Metz (56%).

Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1000 personnes de 75 ans ou plus au 31 décembre 2007

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
CA2M	2,1	19,8	25,5	8,3
Metz	1,7	17,0	25,2	8,5
CA2M hors Metz	2,7	23,5	25,8	8,1
Moselle	4,6	28,8	36,5	12,6

Source : Conseil Général de la Moselle

¹ La cotation AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) sert à évaluer le degré de dépendance des personnes. Un GIR 1 correspond à une dépendance totale, corporelle et mentale alors qu'un GIR 4 correspond à une dépendance très légère.

² L'APA à domicile sert à financer toutes les dépenses figurant dans le plan d'aide personnalisé dont l'objectif est de permettre au bénéficiaire de continuer à vivre à son domicile. Parmi les prestations se trouvent les interventions à domicile (aide ménagère ou de garde à domicile, portage des repas, téléalarme, adaptation du logement) et des aides techniques (fauteuils roulants, lits médicalisés, lèves-malades, matériel pour incontinence). L'APA en établissement aide les bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance des établissements pour personnes âgées. Ce tarif dépendance est la troisième composante des tarifs des établissements après le tarif hébergement et celui destiné aux soins. Le tarif dépendance prend en compte l'aide à l'accomplissement des actes de la vie courante.

Le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile pour 1 000 personnes de plus de 75 ans est plus important pour les dépendances les plus profondes (GIR 1 et 2) dans les communes de l'agglomération hors Metz que dans la ville centre elle-même.

Santé des femmes

Interruption volontaire de grossesse

La contraception médicale a connu depuis le début des années 1970 une diffusion considérable, qui s'est accompagnée au cours des années récentes par une diversification de ses formes. Le recours à l'IVG reste, malgré ce contexte, relativement fréquent.

Forte augmentation du nombre d'IVG réalisées sur le territoire de la CA2M entre 2004 et 2007 alors qu'il baisse ailleurs

En 2006, 1 574 interruptions de grossesse (y compris les interruptions de grossesse pour motif médical) sont répertoriées dans les hôpitaux de Metz, un nombre proche de celui observé à Nancy (1 523). Il s'agit d'IVG enregistrées au lieu de leur réalisation et non pas d'IVG domiciliées en fonction de la résidence des femmes concernées. Les hôpitaux des métropoles concentrant ce type d'interventions médicales, il n'est donc pas étonnant que les taux d'IVG rapportés à 1 000 femmes en âge de procréer (15-44 ans) se trouvent être plus élevés dans les agglomérations que dans des territoires plus vastes comme le département ou la région.

Interruption volontaire de grossesse

Une femme enceinte en situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette intervention ne peut être pratiquée que par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou privé, satisfaisant aux prescriptions légales.

Jusqu'à quarante-neuf jours d'aménorrhée, l'IVG peut être réalisée par mode médicamenteux (RU 486 ou mifépristone). Depuis juillet 2004, ces dernières peuvent être pratiquées dans le cadre de la médecine de ville pour motif médical.

Les hôpitaux publics et privés du territoire de la CA2M ont déclarés 1 5114 IVG en 2004 (y compris les interruptions pour motif médical qui représentent une cinquantaine par an). En 2007, ils en dénombraient 1 827, soit près de 21 % de plus. Sur la même période d'observation, le nombre d'IVG est resté stable en Moselle et à diminué en Lorraine ou en France métropolitaine. Lorsqu'on compare les IVG réalisés sur le territoire de la CA2M à ceux de la CUGN, on constate qu'il y en avait plus dans la région nancéienne en 2004 que dans la région messine. Trois ans plus tard, c'est l'inverse, les hôpitaux de Metz en déclarent plus. Lorsque le nombre d'IVG baisse à Nancy de 10,4 %, entre 2004 et 2007, il augmente à Metz.

Nombre d'IVG réalisées dans les hôpitaux 2004, 2006, 2007 et taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15-44 ans en 2007

Territoire	2004	2006	2007	Taux 2007	Evol. 2007/2004
CA2M	1 514	1 622	1 827	34,9	+ 20,7 %
Moselle	2 866	2 828	2 888	13,1	+ 0,8 %
Lorraine	6 767	6 699	6 718	13,9	- 0,7 %
France	216	205	197	16,1	- 8,8 %
CUGN	1 813	1 615	1 624	24,9	- 10,4 %

Source : SAE

Si on rapporte le nombre d'IVG à la population féminine en âge de procréer, le taux d'IVG réalisés à Metz en 2007 est de près de 35 pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans. Pour la même année, le taux était de près de 25 pour mille à Nancy. Ce calcul doit toutefois être pris avec la plus grande prudence, car il traduit davantage l'activité des hôpitaux que la situation des femmes messines. Il faut en effet rappeler qu'il s'agit d'IVG enregistrées et non pas domiciliées. Il faut aussi souligner que la pratique des IVG dépend aussi pour partie du fonctionnement de prise en charge sanitaire de cette question, de l'accompagnement dont peuvent bénéficier les femmes dans leurs démarches, du niveau d'information des médecins généralistes sollicités et

de la représentation qu'ils peuvent avoir, avec leurs confrères hospitaliers, sur la légitimité de la demande des femmes concernées.

Suivi gynécologique

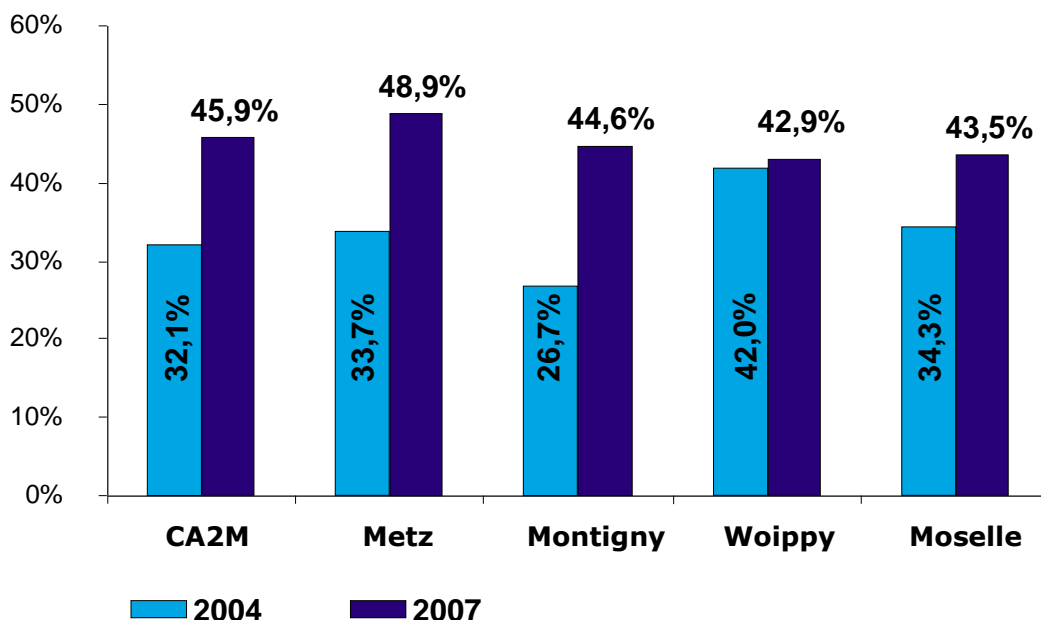
La fréquence du suivi gynécologique systématique est à la fois un marqueur d'accès aux soins et un indicateur indirect de l'intérêt porté au corps. C'est un élément important pour la santé des femmes, en particulier pour l'information et l'accès à la contraception, la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles, le dépistage des cancers féminins.

Près de la moitié des Messines de 15 à 64 ans consultant le CES déclarent ne pas avoir de suivi gynécologique

En se basant sur les données du Centre d'examens de santé de la CPAM de la Moselle, on peut estimer à environ un tiers des femmes de 15 à 64 ans qui ne sont pas suivies régulièrement sur le plan gynécologique en 2004. Cette proportion est similaire pour les consultantes du CES domiciliées à Metz (34,3 %) et pour celles de Moselle (33,7 %). La proportion est plus faible pour celles de Montigny-lès-Metz (26,7%). Par contre, la proportion est plus importante pour les femmes de Woippy (42 %).

En 2007, la proportion de femmes de 15 à 64 ans non suivies sur le plan gynécologique augmente substantiellement par rapport à 2004 dans tous les territoires considérés. Le taux des mosellanes se déclarant non suivies sur le plan gynécologique passe en 3 ans de 34% à 43%. L'augmentation est encore plus importante pour les consultantes de Metz : 48,9% en 2007 contre 33,7% en 2004. Cette progression de l'absence de suivi gynécologique pose deux questions. La première renvoie à un éventuel biais de recrutement des consultantes, ce qui invaliderait la comparaison entre 2004 et 2006. La seconde est plus préoccupante car elle peut traduire un recul de l'accès aux soins et aux examens de dépistage systématique réalisés en ville ou même en consultation hospitalière.

Proportion de femmes de 15 à 64 ans déclarant ne pas avoir de suivi gynécologique parmi les consultantes du CES de Metz en 2004 et 2007

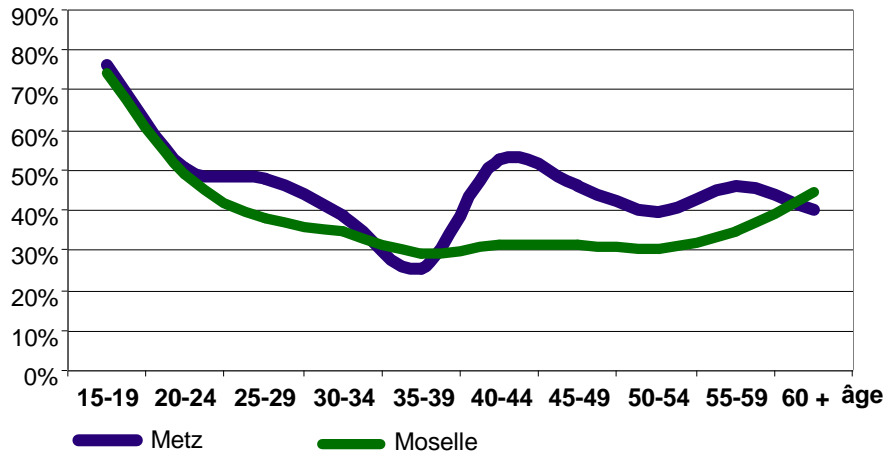


Source : CPAM 57 (CES de Metz)

Pour Metz, l'analyse par tranche d'âge des femmes déclarant, lors de leur examen au CES de Metz, ne pas faire l'objet d'un suivi gynécologique permet d'affiner le phénomène observé précédemment.

La tranche d'âge la moins suivie est celle des jeunes femmes de 15 à 19 ans. Cette période de vie correspond volontiers aux premières expériences sexuelles et on peut penser que des occasions d'une information individualisée en matière de contraception ou de prévention se perdent pendant cette période. Ensuite le suivi gynécologique régulier augmente à partir de 25-29 ans pour se stabiliser globalement jusqu'à 45 ans. Puis une accentuation du suivi gynécologique est constatée à partir de 45 ans.

Proportion de Messines consultant au CES de Metz se déclarant non suivies sur le plan gynécologique, selon la tranche d'âge en 2007



L'identification de ce comportement, et pour compenser l'absence de suivi gynécologique chez une partie des femmes, devrait inciter à la mise en place d'actions d'information sur la contraception, la prévention des grossesses non désirées, la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles, le dépistage des cancers féminins.

QUATRIÈME PARTIE :

LE RECOURS AUX SOINS

L'utilisation de services de santé est déterminée par plusieurs facteurs : ceux reliés à la nature de la morbidité, aux bénéficiaires eux-mêmes et aux dispensateurs de soins, en plus de ceux reliés aux facteurs organisationnels et institutionnels.

La consommation de soins médicaux

Soins de médecine générale

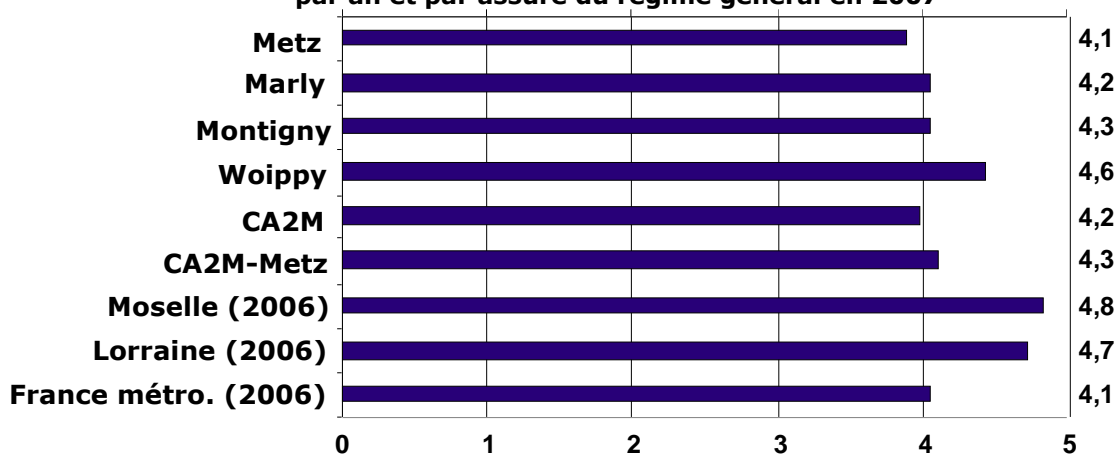
En se basant sur les données de remboursement des actes médicaux par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Moselle, on peut connaître l'activité des médecins et approcher l'évolution de la consommation des soins entre deux périodes. Ces données ne concernent que les assurés du Régime Général mais celui-ci couvre la majorité de la population de Metz et de la communauté : 74% dans l'ensemble de la CA2M, 82% à Metz, 70% à Marly, 75% à Montigny-lès-Metz et enfin 88% dans la commune de Woippy.

Entre la période avril 2006-mars 2007 (qualifiée ici de 2006) et avril 2007-mars 2008 (qualifiée ici de 2007), on observe ainsi une croissance du nombre des consultations et visites à domicile en médecine générale dans tous les territoires étudiés de la CA2M. L'augmentation des visites à domicile des médecins généralistes entre 2006 et 2007 est plus conséquente que celle des consultations au cabinet du médecin. Elle est de +14% entre les deux périodes contre + 6% pour les consultations au cabinet du généraliste. Toutefois, il y a dix fois moins de visites à domicile que de consultations.

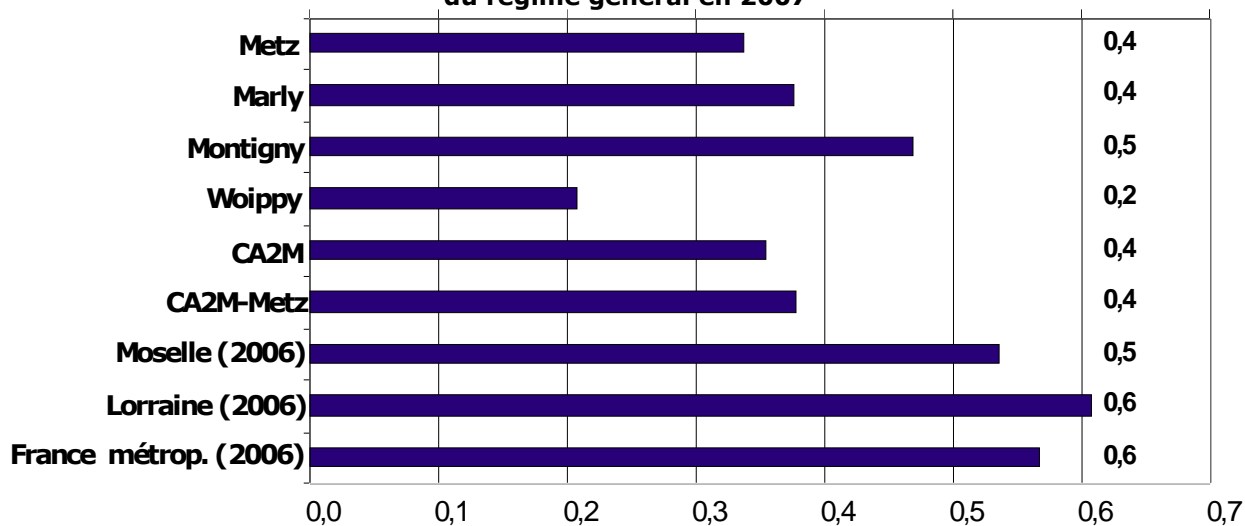
En 2007, pour la population de la CA2M assurée par le Régime Général, chaque assuré consulte en moyenne 4 fois par an son médecin généraliste, chiffre inférieur à celui de la Moselle (4,8 consultations par an) et de la Lorraine (4,7 consultations par an). Les résidents de la commune de Woippy sont ceux qui consultent le plus (4,6 consultations par an) et les messins sont ceux qui consultent le moins (4,1 consultations par an).

Dans la même période, le taux de visite à domicile du médecin généraliste chez les assurés du régime général est inférieur à 1 visite par assuré. A l'inverse des consultations au cabinet de l'omnipraticien, ce sont les Woippyens qui ont le moins recours à ce type de consultation du généraliste (0,2 visite par assuré et par an). Inversement, ce sont les résidents de Montigny qui reçoivent le plus souvent les généralistes à leur domicile (0,5 visite par assuré et par an). Les Messins se situent dans la moyenne générale (0,4 visite à domicile par assuré et par an).

Nombre de consultations de généralistes par an et par assuré du régime général en 2007



Nombre de visites à domicile de généralistes par an et par assuré du régime général en 2007



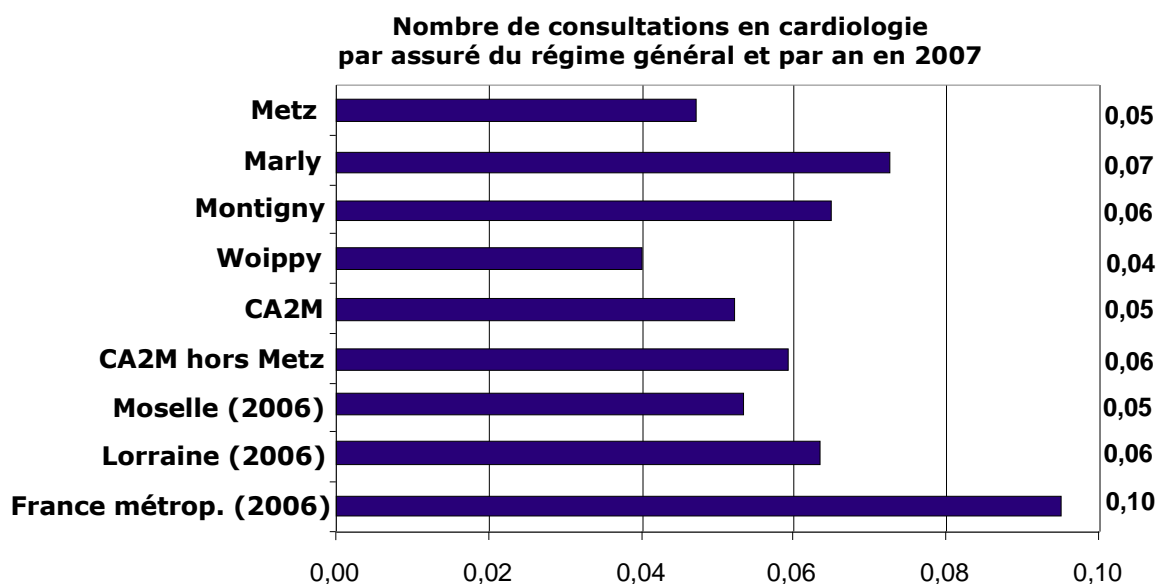
Source : CPAM 57, CNAMTS (Fichier FIIP)

Soins de médecins spécialistes

Cardiologie

Le nombre de consultations de médecins cardiologues libéraux dans l'ensemble de la CA2M s'est accru de +2,2% en 2007 par rapport à 2006. Sans perdre de vue qu'un patient peut consulter plusieurs fois le même médecin spécialiste, on n'observe pas de différence entre le nombre annuel de consultations cardiologiques chez les assurés messins et mosellans (0,05 consultation par assuré du régime général). Mais ces derniers y ont moins recours que les Lorrains (0,06), dont la fréquence de consultations de cette spécialité est près de moitié inférieure à celui de la France métropolitaine (0,10 consultation par an et par assuré du régime général).

Parmi les communes de plus de 10 000 habitants de la CA2M, ce sont les résidents de Marly (0,07 consultation par an et par assuré du régime général) et de Montigny (0,06) qui consomment le plus de soins libéraux en cardiologie. Les Woippyens et les Messins a contrario consultent le moins cette spécialité (respectivement 0,05 et 0,04 consultation par assuré du RG et par an). Toutefois les assurés messins du régime général représentent à eux-seuls 52% du nombre total des consultations cardiologiques de la CA2M (4 780 contre 9 081 en 2007).



Source : CPAM 57, CNAMTS (Fichier FIIP)

Psychiatrie

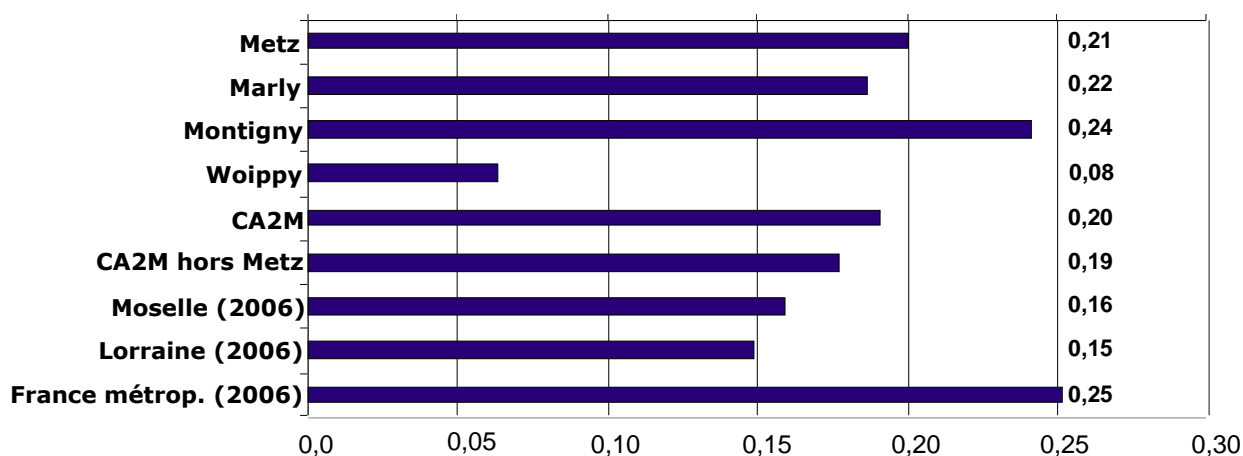
Le recours à la médecine spécialisée en psychiatrie accuse une hausse de 3% parmi les consultations remboursées par le régime général entre 2006 et 2007 et ce dans l'ensemble de la CA2M. Toutefois des différences existent entre les communes. L'augmentation du nombre de consultations psychiatriques est particulièrement marquée à Woippy (+ 21% en 2007 par rapport à 2006) et à Marly (+ 17%). Elle reste modérée pour les messins et messines (+2%).

En 2007, les assurés du régime général de Metz consultant un psychiatre représentent 61% de l'ensemble des consultations dans cette spécialité au niveau de la CA2M (20 372 consultations). Le nombre de consultations psychiatriques par assuré et par an est le plus élevé à Montigny (0,24 consultation par an et par assuré), suivi de Metz (0,21 consultation par an et par assuré). Ces taux de consultations sont supérieurs à ceux constatés dans le département (0,16) et la Lorraine (0,15), mais ils sont inférieurs à ceux observés en France métropolitaine (0,25 par an et par assuré du régime général).

Parmi les communes de plus de 10 000 habitants de la CA2M, les résidents de Woippy consomment très nettement moins que leurs voisins de la communauté d'agglomération même si cette tendance tend à se combler. Le nombre annuel de consultations en psychiatrie par

assuré y est encore près de 3 fois inférieure à celui de Metz en 2007 (0,08 consultation par an et par assuré contre 0,21 à Metz).

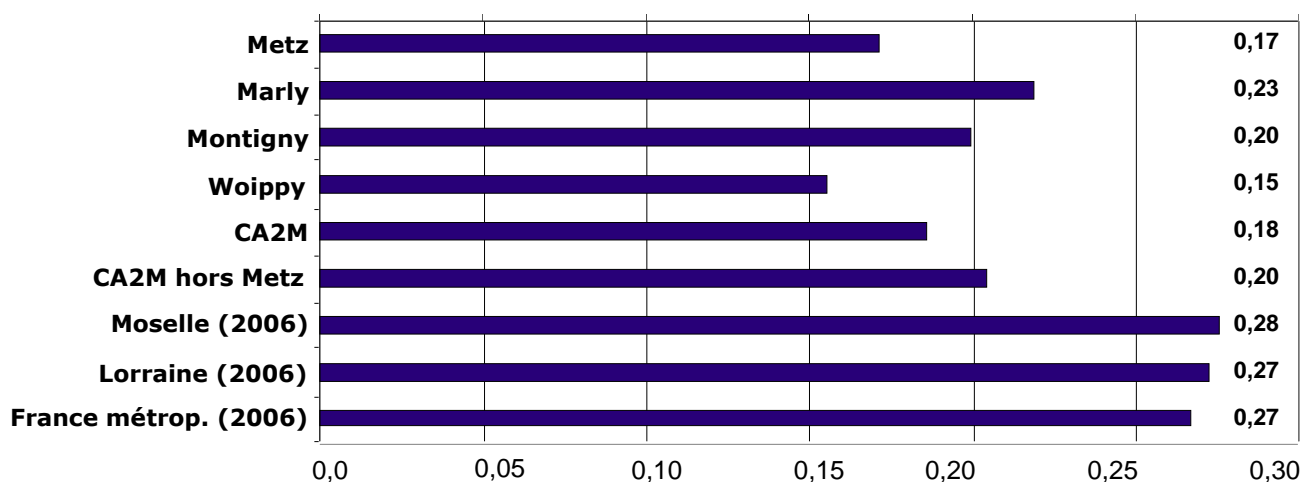
Nombre de consultations en psychiatrie par assuré du régime général et par an en 2007



Ophthalmologie

Le recours au médecin ophtalmologiste induit souvent des dépenses supplémentaires en frais de lunetterie, lesquels sont modestement pris en charge par le régime général. L'absence d'affiliation à une mutuelle complémentaire peut de plus être un frein à la consultation d'un spécialiste en ophtalmologie. A ces difficultés, il faut ajouter celles liées à l'offre de soins et à celles pour obtenir un rendez-vous rapproché. Or, entre 2006 et 2007, le nombre de consultations de ce type de spécialité médicale est en régression dans deux communes, Metz (-3,2%) et Woippy (-5,1%) alors que les autres communes connaissent une hausse de consultations : Marly +3,4% et Montigny +0,9%. On remarque donc une baisse de consultations ophtalmologiques dans les territoires a priori les moins favorisés, même si cette tendance ne peut être affinée dans sa compréhension par la localisation des consultants au niveau infracommunal.

Nombre de consultations en ophtalmologie par assuré du régime général et par an en 2006



Toutefois, sur l'année 2007, le taux de consultations ophtalmologiques dans ces deux dernières villes reste inférieur à celui constaté tant dans les autres communes de plus de 10 000 habitants de la CA2M que dans les territoires plus vastes. Le nombre de consultations de ce type de spécialité est en effet de 17,2 consultations par an et par assuré du régime général à Metz. Il est de 15,5 à Woippy alors que la commune de Marly (21,9 consultations par an et

assuré) et celle de Montigny (20 consultations) se rapprochent des taux observés en Moselle et en Lorraine.

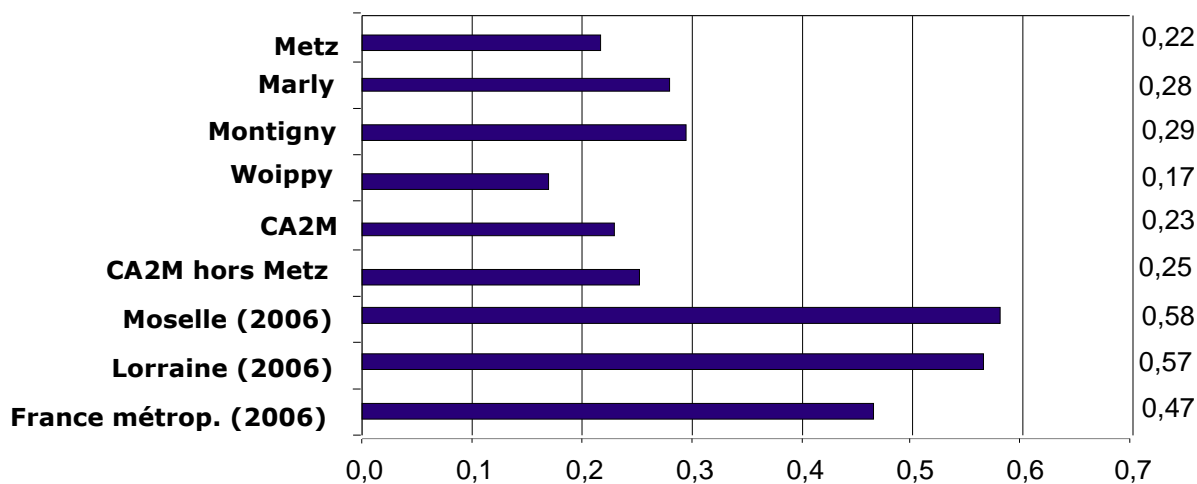
Gynécologie

La consultation auprès des gynécologues comprend à la fois des actes de soins, des actes de prévention et de dépistage. Un suivi régulier des femmes est donc une opportunité pour mieux maîtriser les problèmes gynécologiques ayant un impact sur la santé publique : dépistage précoce des cancers, contraception, traitement et prévention des affections sexuellement transmissibles.

La fréquence des consultations des femmes auprès des spécialistes a été appréhendée ici avec un biais de calcul compte tenu de la méconnaissance actuelle de la structure d'âge de la population et de la représentation de cette dernière dans la population des assurés du régime général. Le calcul a donc été réalisé sans différenciation d'âge et en appliquant à la population des assurés en 2006 le ratio de femmes tel qu'il est connu dans la population générale pour la même période.

Dans l'ensemble de la CA2M, tous âges confondus, le nombre total de consultations gynécologiques a connu une progression forte de +15% entre 2006 et 2007. Cette croissance est surtout manifeste à Montigny-lès-Metz (+20%) et à Metz (+17%). Elle est plus modérée à Woippy (+16%) et à Marly (+11%). Toutefois, le nombre de consultations par assurée et par an reste faible dans deux communes, celle de Metz avec 0,22 consultation par assurée et par an, et celle de Woippy avec 0,17 consultation par assurée et par an. Pour l'ensemble de la CA2M le taux de consultation gynécologique par assurée et par an reste en deçà de celui observé dans le département, la région et la France.

Nombre de consultations en gynécologie par assurée du régime général et par an en 2006

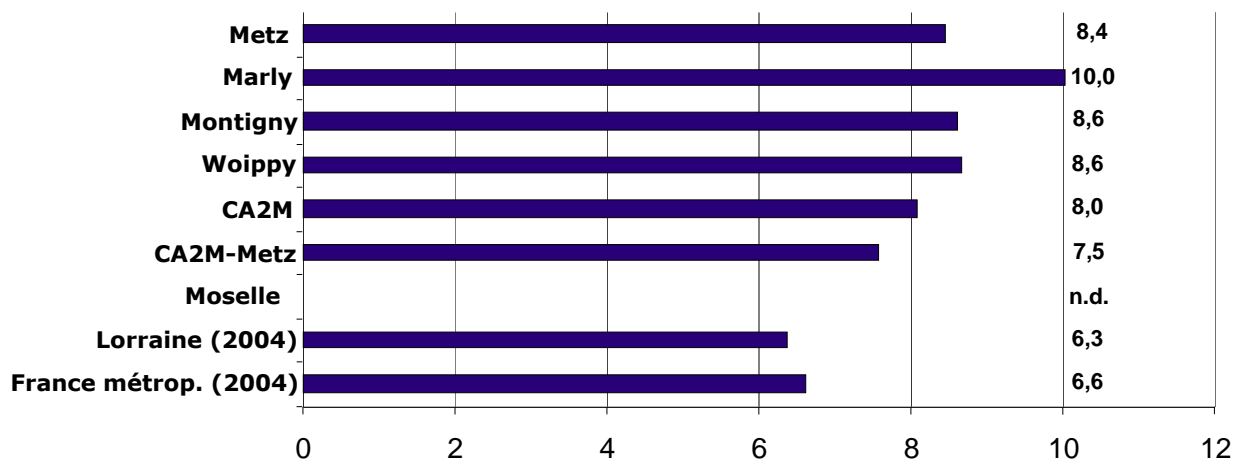


Source : CPAM 57, CNAMTS (Fichier FIIP)

Soins infirmiers

Suite logique des prescriptions après les consultations médicales envisagées précédemment, deux types de soins infirmiers sont à prendre en compte : ceux qui relèvent du maintien à domicile des patients (cotation en AIS, nécessitant une entente préalable avec les Caisses de sécurité sociale. Il s'agit de soins infirmiers techniques, des soins de nursing ou d'aide à la prise médicamenteuse) ; et les soins cotés en AMI qui relèvent de l'exécution d'une prescription médicale, les plus nombreux. Rappelons qu'un même patient – et c'est même la norme – peut avoir recours plusieurs fois aux soins infirmiers.

Nombre d'actes infirmiers (AIS et AMI) par assuré du régime général en 2007



Source : CPAM 57, CNAMTS (SNIR)

Le nombre d'actes infirmiers pour la France et la Lorraine est sous-évalué, en raison d'une part des données disponibles qui concernent tous les régimes, et d'autre part par le choix de garder en population de référence celle des bénéficiaires du régime général, comme pour les territoires de la CA2M. La comparaison n'est donc qu'approchante.

En 2007, en totalisant tous les actes infirmiers (AIS et AMI), on constate que le nombre d'actes infirmiers par assuré du régime général se répartit de manière sensiblement homogène dans l'ensemble de la CA2M (à l'exception de Marly). Ce nombre est supérieur à celui de la Lorraine et de la France métropolitaine (à partir des dernières données disponibles de 2004) à la fois en raison du lissage des différences entre zones rurales et urbanisées dans ces territoires, mais aussi en raison du biais de calcul choisi (voir explication en bas de graphique).

Parmi les communes de l'agglomération, les assurés de la capitale messine ont le moins recours aux infirmiers (8,4 actes par assuré du régime général). A l'inverse, c'est dans la commune de Marly que se concentre le plus grand nombre d'actes infirmiers par assuré du régime général (10 actes par assuré et par an).

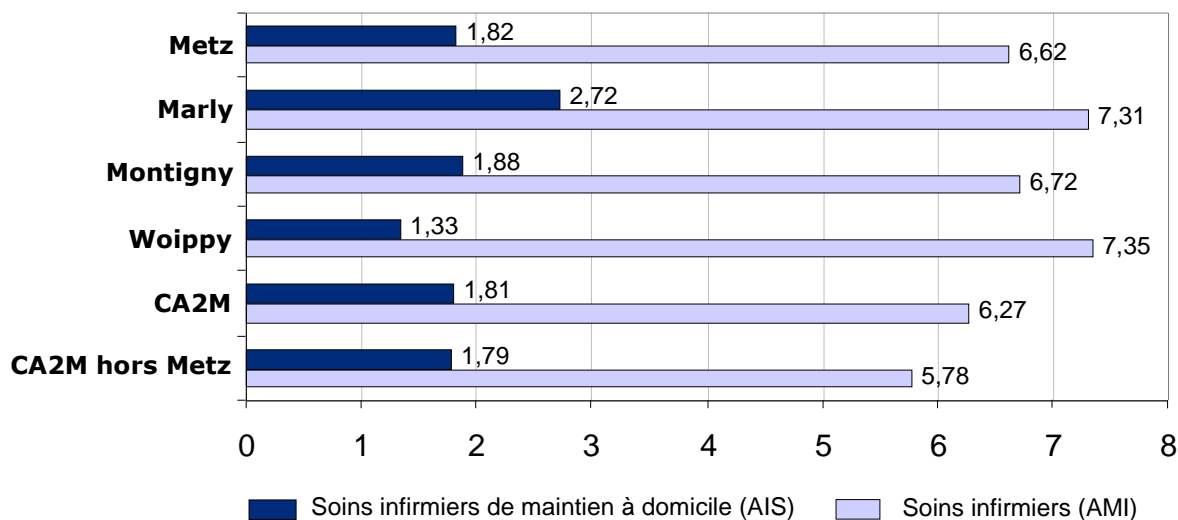
La ventilation des deux catégories d'actes infirmiers au sein de la CA2M fait apparaître par ailleurs deux constats. Les actes infirmiers relativement ponctuels exécutés après prescriptions médicales (AMI) sont près de six fois plus nombreux que les soins infirmiers permettant le maintien à domicile des patients (AIS). Cette asymétrie, historiquement ancienne, n'est pas spécifique à la CA2M. Sur ce dernier territoire, un peu moins de deux actes infirmiers axés sur le maintien à domicile sont ainsi dispensés contre plus de six pour les suites de prescriptions médicales.

Le deuxième constat est évolutif : en valeurs absolues, le nombre d'actes destinés à favoriser le maintien à domicile dans la durée (AIS) croît plus vite que celui des actes moins prolongés dans le temps (AMI). Entre 2006 et 2007, les premiers connaissent dans la CA2M une progression de +37,6% contre +25,3% pour les deuxièmes. La croissance des actes en AIS (maintien à domicile) connaît d'ailleurs une croissance plus forte dans la CA2M hors Metz (+39,4%) que dans la capitale messine.

Cette tendance globale à l'augmentation des soins favorisant le maintien à domicile n'est pas sans incidences : les actes en AIS sont plus coûteux que ceux en AMI, mais ce coût reste inférieur à une hospitalisation. Surtout, cette tendance est en lien direct avec le vieillissement de la population générale, et avec la volonté de maintenir le plus longtemps possible les patients dans leur espace naturel de vie. Trois éléments se conjuguent donc pour accroître dans l'avenir les actes cotés en AIS : une accentuation des efforts et des organisations tournés vers le maintien à domicile, une demande accrue des patients eux-mêmes, et un moindre coût qu'une hospitalisation.

Des asymétries territoriales existent d'ailleurs dans la répartition de ces deux types d'actes infirmiers. La commune de Marly connaît globalement une consommation plus accentuée que les autres communes de plus de 10 000 habitants, aussi bien pour les actes en AIS que ceux en AMI. Woippy occupe, elle, une position contrastée : la consommation en soins infirmiers relativement ponctuels (AMI) y est la plus forte de la CA2M, mais, inversement, celle des actes infirmiers consacrés aux soins à domicile (AIS) y est la plus faible. Metz, quant à elle, se situe dans la moyenne de la CA2M pour les deux types d'actes infirmiers. Toutefois, en nombre absolu, c'est bien à Metz que s'effectue le plus grand nombre d'actes infirmiers : plus de la moitié des actes infirmiers destinés au maintien à domicile notamment y sont réalisés (59% soit 182 662 actes en 2007).

Nombre d'actes infirmiers en AIS et AMI par assuré du régime général en 2007

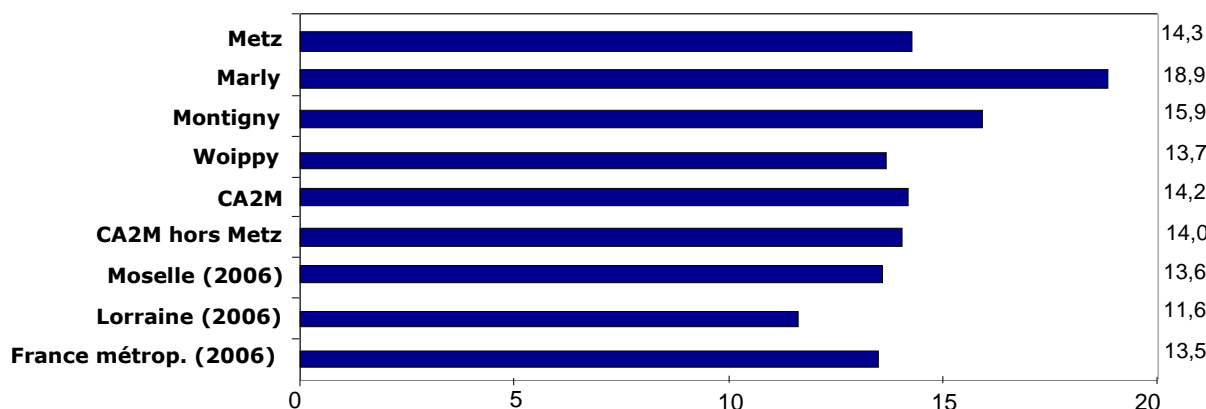


Source : CPAM 57

En 2007, rapportée à chaque assuré du régime général, la somme des coefficients des actes infirmiers (cotation chiffrée, croissante en fonction de la complexité technique de l'acte ou de son caractère chronophage) constitue une autre approche de la consommation en soins infirmiers. Elle confirme que deux communes de la CA2M, Montigny et surtout Marly, s'avèrent plus consommatrices de soins infirmiers « lourds » que l'ensemble de la communauté d'agglomération (somme des coefficients à 18,9 par assuré du régime général et par an à Marly, 15,9 par assuré Montigny contre 14,2 pour l'ensemble de la CA2M).

La ville de Metz se situe quant à elle dans la moyenne de la CA2M (somme des coefficients d'acte à 14,3 par assuré), soit à un niveau un peu supérieur à celui de la Moselle (13,6), à celui de la France métropolitaine (13,5), mais bien supérieur à celui observé en 2006 dans l'ensemble de la Lorraine (11,6). La commune de Woippy se situe, elle, dans la moyenne métropolitaine (13,7).

Somme des coefficients d'actes infirmiers remboursés (AIS et AMI) par assuré du régime général en 2007

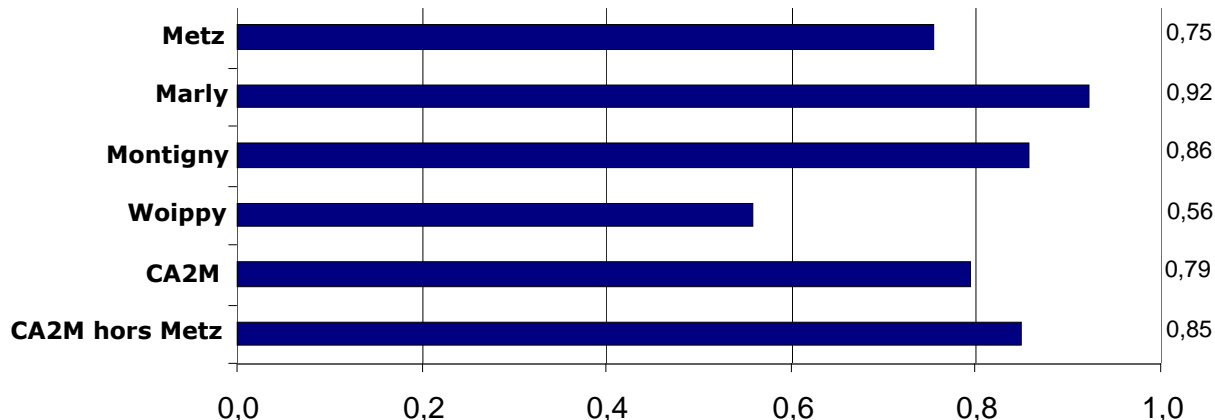


Source : CPAM 57, CNAMTS (Fichier FIIP)

Kinésithérapie

En 2007, 55% des actes de kinésithérapie de la CA2M effectués au domicile du patient ou au cabinet du praticien, c'est-à-dire en ambulatoire (AMK), sont réalisés sur la commune même de Metz (76 675 contre 138 060 dans la CA2M). Lorsque le nombre d'actes de cette spécialité est rapporté à la population assurée du régime général, Metz se situe dans la moyenne de consommation de la CA2M (0,75 acte par assuré du régime général contre 0,76 dans la CA2M).

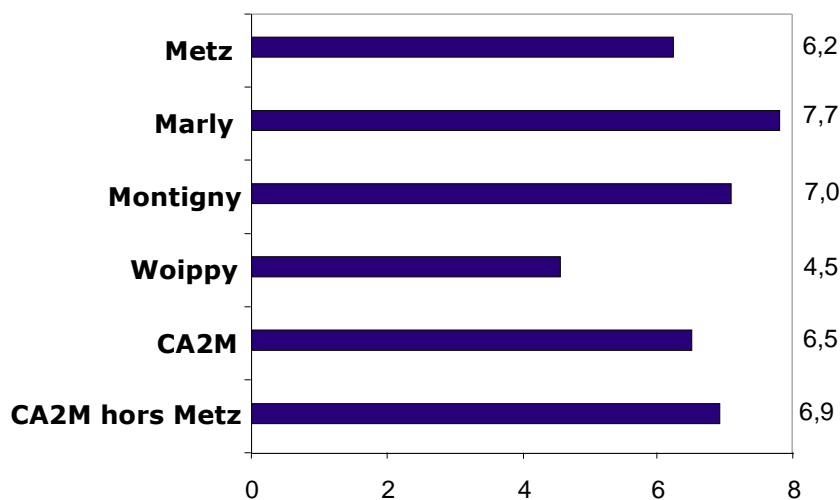
Nombre d'actes de masseur kinésithérapeute par assuré du régime général et par an en 2007



Source : CPAM 57

Toutefois c'est dans le pourtour de Metz que le nombre d'actes des praticiens kinésithérapeutes libéraux est proportionnellement le plus important (0,85 acte par assuré), particulièrement dans la commune de Marly dont la consommation d'actes de cette spécialité paramédicale est à la fois la plus importante (chaque assuré y a recours presque une fois par an, 0,92) et la seule à progresser entre 2006 et 2007 (+8,5%). A l'inverse les assurés de Woippy recourent le moins aux soins de ces praticiens (0,56 acte par assuré).

**Somme des coefficients d'actes de kinésithérapie remboursés (AMK)
par assuré du régime général en 2007**



Source : CPAM 57

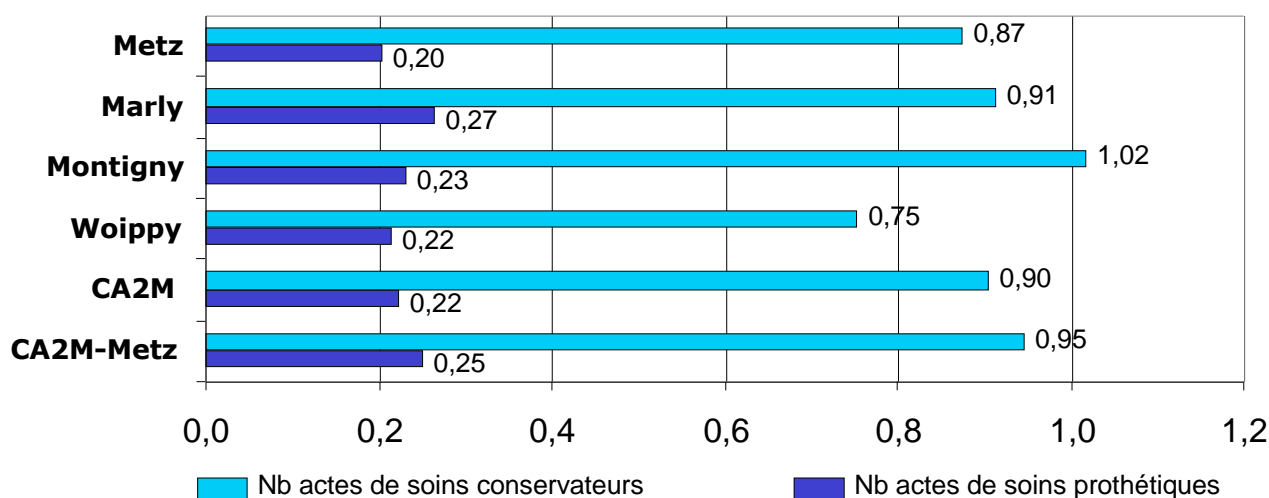
L'importance des actes de kinésithérapie, évaluée par la somme des coefficients des actes (plus la lettre clé a un coefficient fort, plus l'acte est technique et/ou lourd), corrobore les données apportées par l'étude du nombre d'actes par assuré du régime général. C'est à Marly et à Montigny que la somme des coefficients d'actes de kinésithérapie est la plus forte par rapport à l'ensemble de la CA2M (respectivement 7,7 et 7 actes par assuré contre 6,5 dans la CA2M). C'est à Woippy qu'elle est la plus faible : les actes de kinésithérapie y sont à la fois moins nombreux et moins importants. Metz quant à elle se situe dans la moyenne de la communauté d'agglomération.

Chirurgie dentaire

Une mauvaise hygiène dentaire, un délabrement de l'état de la dentition peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé globale (troubles de la mastication et ses conséquences digestives, risques infectieux, image sociale de la dentition, etc.). La prévention et le traitement des pathologies dentaires constituent donc un pan important de la promotion pour la santé. Toutefois, le recours aux soins dentaires se heurte à des limitations polymorphes, aussi bien financières que sociales.

Les actes de chirurgie dentaire se partagent globalement en soins conservateurs (SC) et en soins prothétiques (SPR). Les premiers font l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale. Les deuxièmes, beaucoup plus onéreux, sont soumis à entente préalable avec les organismes assurantiels et leurs niveaux de prise en charge sont très dépendants de l'affiliation à un organisme complémentaire. L'importance de la participation financière des patients eux-mêmes intervient donc dans le recours à cette spécialité, a fortiori lorsque ceux-ci ne disposent pas de mutuelle complémentaire ou de protection CMUc. L'attention accordée par chaque assuré à leur état de santé dentaire peut apparaître par le biais du nombre de consultations dentaires, même si ces dernières traduisent plus l'activité des praticiens que la demande individuelle de soins dentaires.

Nombre d'actes de chirurgie dentaire par assuré du régime général selon leur caractère conservateur ou prothétique, en 2007



Source : CPAM 57

En 2007, constat non spécifiquement messin, les chirurgiens dentistes effectuent 4 fois plus d'actes de soins dentaires conservateurs (SC) que d'actes prothétiques (SPR). En valeurs absolues, plus de la moitié de l'ensemble de ces actes s'effectuent chez des patients messins (56% pour les soins conservateurs, 53% pour les actes de prothèse). Cependant, rapportés à chaque assuré du régime général, les actes dentaires en général sont globalement moins nombreux à Metz que dans le reste de la CA2M, mais ils le sont encore moins à Woippy (1,07 acte par assuré à Metz, 0,97 à Woippy, contre 1,12 dans la CA2M, 1,17 à Marly et 1,25 à Montigny).

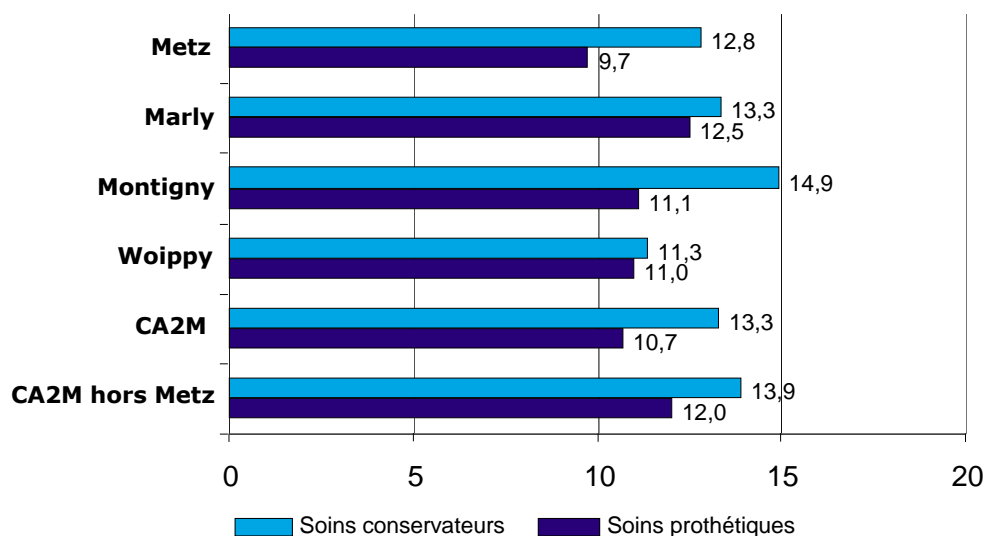
Pour les actes les moins lourds (soins de traitement à visée préventive ou curative simple), chaque assuré de Montigny consulte en moyenne son dentiste 1 fois par an, à un niveau proche de Marly (0,92 acte par assuré du régime général). C'est aussi dans ces deux communes que s'effectuent le plus d'actes prothétiques (0,27 acte de prothèse à Marly, 0,23 à Montigny). L'attention et les moyens attribués à la conservation d'un bon état dentaire apparaissent dans ces deux communes supérieurs à ce que l'on constate dans les deux autres communes de plus de 10 000 habitants, Metz et Woippy.

Les Woippiciens sont ceux chez qui sont dispensés le moins d'actes conservateurs, alors qu'ils se situent dans la moyenne globale de la CA2M pour les actes prothétiques (0,75 acte de SC par assuré contre 0,22 acte de SPR). Ce paradoxe peut faire émettre l'hypothèse que la faiblesse des soins courants chez les Woippiciens rend nécessaires des actes plus reconstructeurs, contraignant alors à la mise en place de prothèses (dont les niveaux de qualité et les coûts sont très divers d'un appareillage à l'autre).

Quant aux Messins, le nombre d'actes dentaires à visée conservatrice par assuré du régime général se situe dans la moyenne basse de la CA2M (moins d'un acte par assuré : 0,87). Mais ils ont parallèlement le moins recours à des actes dentaires de nature prothétique de toute la CA2M (0,20 acte par assuré).

La sommation des coefficients des actes dentaires dispensés par assuré du régime général selon leur nature conservatrice ou prothétique permet d'approcher l'importance des travaux réalisés : plus ceux-ci sont complexes, voire sophistiqués et plus les coefficients sont élevés. Ces données confirment le nombre d'actes dentaires dispensés par assuré. En 2007, les actes de conservation dentaire sont les plus lourds à Montigny (14,9), les plus faibles à Woippy (11,3). Metz se situe dans la moyenne basse pour les soins de conservation (12,8), mais la somme des coefficients d'actes prothétiques par assuré y est la plus faible de toute la CA2M (9,7 contre 10,7 dans la CA2M).

Somme des coefficients d'actes de soins de conservation, et de prothèse dentaire, par assuré du régime général en 2007



Source : CPAM 57

Hospitalisations

Séjours hospitaliers

Durant l'année 2005, en cumulant les séjours dans les hôpitaux publics et dans les établissements participant au service public hospitalier (PSPH), sur les 33 723 hospitalisations ayant eu lieu dans la CA2M (séjours toutes durées, classement comprenant diagnostic principal et motifs divers d'hospitalisation), 63% des séjours sont le fait de patients résidant à Metz (21 286 hospitalisations).

On a déjà vu dans la partie consacrée à la morbidité hospitalière que les principaux motifs d'hospitalisation des messins, tous sexes confondus, sont les pathologies de la sphère digestive (12%), les affections entourant la grossesse (12%), les maladies du système nerveux (11%), puis, à égalité, les affections de l'appareil circulatoire et le traitement des tumeurs (9%). Le même constat peut être fait pour la France métropolitaine. Le présent chapitre se limite à la consommation de soins hospitaliers.

En 2005, rapporté à la population générale, le taux d'hospitalisation des Messins est de 309 séjours hospitaliers pour 1 000 habitants contre 212 pour 1 000 en Moselle, et 229 pour 1 000 en Lorraine.

Le taux d'hospitalisation des autres communes de 10 000 habitants, non standardisé sur la structure d'âge, est plus faible puisqu'il s'échelonne de 145 pour 1 000 habitants à Marly à 162 séjours pour 1 000 habitants à Woippy.

**Nombre de patients hospitalisés par lieu de résidence et diagnostic principal
et taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants en 2005**

(Séjours toutes durées)

	Nombre de patients hospitalisés en 2005	Taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants
CA2M	33 723	152
Metz, Longeville, St Julien	21 286	263
Marly	1 473	145
Montigny-lès-Metz	3 602	153
Woippy	2 552	162
Moselle		212
Lorraine		229
France métropolitaine		220

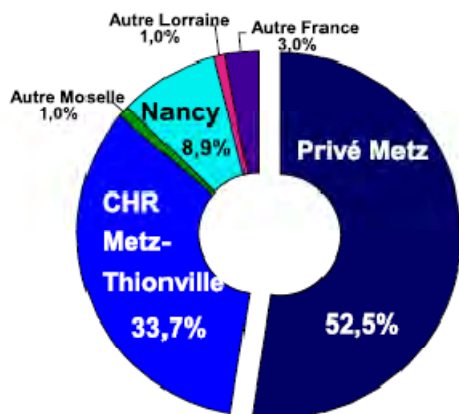
Source : ATIH (PMSI), DREES, fichier SAE

Flux hospitaliers

Les résidents de la CA2M sont hospitalisés pour 86,2% d'entre eux dans les divers établissements hospitaliers messins. L'activité de l'hôpital militaire Legouest n'étant pas comprise, plus d'un séjour hospitalier sur deux des résidents de la communauté d'agglomération se fait dans les hôpitaux privés de la ville de Metz. Le Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville couvre quant à lui 33,7% de l'ensemble des hospitalisations mais la non-différenciation possible entre les séjours réalisés à Thionville ou à Metz à partir du PMSI ne permet pas de connaître la part exacte de l'hôpital Bon Secours dans les hospitalisations des habitants de la CA2M.

Enfin près de 9% des résidents de la communauté d'agglomération messine sont hospitalisés dans les hôpitaux nancéiens.

Lieu d'hospitalisation des résidents de la CA2M (moyenne 2004-2006)



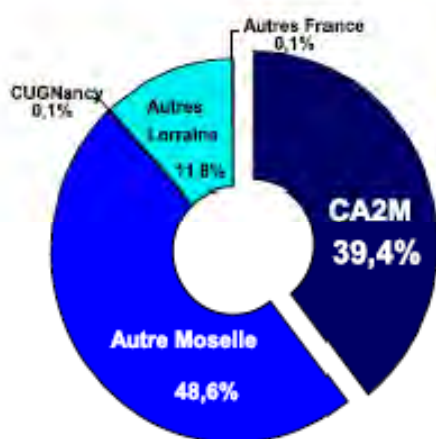
Source : ATIH (PMSI)

L'origine des patients hospitalisés dans les divers hôpitaux de Metz marque l'attractivité de ces derniers pour les habitants de la Moselle, mais cette attraction se répartit différemment entre hôpitaux publics et privés.

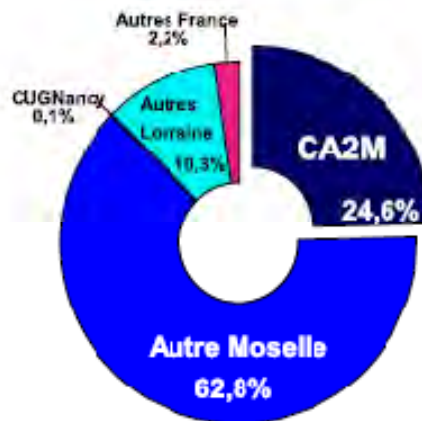
Au sein des hôpitaux privés messins, 39,4% des patients hospitalisés entre 2004 et 2006 sont originaires de la CA2M. Les autres habitants de la Moselle constituent 48,6% des patients hospitalisés. Mais l'attractivité des hôpitaux privés messins dépasse les frontières du département mosellan puisque, parmi les hospitalisations 2004 à 2006, 11,8% des patients résident dans d'autres départements que celui de la Moselle.

Parmi les hospitalisations réalisées entre 2004 et 2006 (moyenne de ces trois années), les patients du CHR Metz-Thionville sont pour 62,8% d'entre eux des mosellans. La part des résidents de la CA2M est plus faible que dans les hôpitaux privés (24,6%) mais cet état de fait s'explique par la non-dissociation possible entre les activités respectives des hôpitaux de Metz et de Thionville. Enfin, la part des patients hospitalisés dans les hôpitaux publics messins, et qui ne résident pas en Moselle, est proche de celle des hôpitaux privés (10,3%).

Origine des patients hospitalisés dans les hôpitaux privés de Metz
(moyenne 2004-2006)



Origine des patients hospitalisés au CHR Metz-Thionville
(moyenne 2004-2006)



Source : ATIH (PMSI)

Services hospitaliers d'urgence

En 2006, 55,6% des passages dans les services d'urgence hospitaliers se sont faits au CHR de Metz-Thionville (38 267 passages) contre 24,2% à l'Hôpital Interarmées Legouest (16 632 passages). Près de 14 000 passages (20,3%) furent enregistrés dans le seul hôpital Claude Bernard (Source : SAE 2006). La position géographique de ce dernier lui confère un rôle particulier dans le traitement des urgences médico-chirurgicales survenant dans le secteur de Metz-Borny.

Le taux réel de participation aux urgences du CHR de Metz-Thionville est en fait biaisé par l'incapacité qu'ont le PMSI comme le SAE de différencier ce qui relève de l'hôpital Bon Secours de ce qui relève de l'hôpital de Thionville. Compte tenu de cette imprécision mais aussi de la participation respective des divers établissements publics et privés dans la réponse aux urgences, on peut s'interroger, dans la perspective du déménagement de l'hôpital Bon Secours vers Mercy, du devenir du traitement proximal des urgences médicales dans le centre-ville. D'autant que la restructuration de la carte militaire, qui touche grandement le personnel militaire stationné sur la ville et ses environs, posera également à terme la question de la permanence de l'offre de soins d'urgence offerte par l'hôpital Legouest. Or ce dernier assure en 2006 un quart des passages aux urgences médicales de la CA2M.

Par rapport aux différents territoires comparés, le taux de passages dans les services d'urgences hospitalières messins rapporté à 1 000 habitants apparaît délicat à comparer. Sont en effet comptabilisés dans l'activité du CHR les passages aux urgences enregistrés à l'hôpital de Thionville, qui drainent, bien évidemment, une population non incluse dans celle de la CA2M. Le taux de passages enregistrés dans les services d'urgence messins est donc de ce fait poussé artificiellement à la hausse.

**Nombre et taux de passages
dans les services d'urgence en 2006**

	Nombre total de passages aux urgences	Taux de passage pour 1 000 habitants
CA2M*	68 849	310,9
Moselle	215 554	209,3
Lorraine	516 971	221,0
France métrop.	15 629 499	267,1
CUGN*	66 575	257,9
COMADI	53 756	221,1

Source : SAE 2006

* hors maternité régionale pour Nancy et hors maternité Ste Croix à Metz

CINQUIÈME PARTIE :

DIAGNOSTIC

QUALITATIF

Partant de la définition de la santé comme un « complet état de bien-être physique, mental et social, ne se limitant pas seulement à l'absence de maladie ou d'infirmité », l'OMS inscrit la santé comme un processus global et dynamique. Celui-ci se réalise en liens étroits avec l'environnement de chaque individu. Il s'agit donc d'une relation étroite mais aussi complexe entre chaque individualité et son contexte environnemental, une relation qui se décline à la fois dans le temps et dans l'espace.

Chercher à améliorer la santé pour tous, c'est-à-dire le bien-être de chacun, chercher à réduire les inégalités de santé revient donc à s'attaquer à l'ensemble des facteurs pouvant avoir un impact sur la santé. Les niveaux d'interactions sont nombreux : conditions de vie (logement, scolarité, transport, travail), qualité de l'environnement, quantité et qualité des relations sociales, rapports avec la culture, rapports avec les cultures, pour n'en citer que quelques-uns. En théorie, une cité en santé, en « bonne » santé pourrions-nous dire, devrait être un des garants d'un bien-être induit chez ses habitants.

Aussi, si l'on veut appréhender de façon globale la santé des Messins et de leur cité, l'aspect curatif, biomédical de la santé n'est pas suffisant. Un diagnostic santé n'a pas d'opérationnalité lorsqu'il ne fait que décrire une réalité en chiffres sans que celle-ci soit mise en relation avec le concret de la vie de la cité et de ses habitants. Il ne peut être pertinent et porteur de sens que s'il permet de partager les connaissances sur les réalités de terrain. La confrontation des regards avec les différents professionnels de terrain impliqués dans la vie de la cité apparaît à cet égard essentielle pour cerner de façon cohérente les réalités de santé, les évolutions locales, concrètes ou simplement ressenties. Cet échange est d'autant plus important que ce sont bien les acteurs de la ville, directeurs techniques, services sociaux ou médico-sociaux, qui mettront en musique les décisions qui seront prises au niveau politique à l'issue du diagnostic.

Dans cette optique de partage analytique, de nombreux représentants des milieux institutionnels ont été rencontrés. Il s'agissait à la fois de profiter de leurs expertises dans leurs domaines d'interventions respectifs, mais aussi de pouvoir disposer de données chiffrées nécessaires à l'étayage du diagnostic. Au plus près du terrain de la vie de la cité messine, des directeurs des services techniques de la ville ont été également rencontrés ainsi que des acteurs du secteur socio-sanitaire travaillant en étroite collaboration avec les institutions et les services de la ville : ils sont au plus proche des habitants, connaissent bien les conditions de leurs vies quotidiennes mais ils sont aussi au cœur des dispositifs pouvant œuvrer sur la santé urbaine.

Ce chapitre porte essentiellement sur l'analyse de ces dernières rencontres. Le fil directeur des entretiens se déclina autour de 4 thèmes successifs: comment, dans leurs pratiques quotidiennes, les problématiques de santé de la population sont-elles perçues et vécues par les directions techniques de la ville ? A partir des spécificités d'actions de chaque service, quels sont les indicateurs permettant d'étayer le diagnostic santé de la ville ? Quelle est l'opinion des directions techniques sur la santé des messins, ce diagnostic subjectif est-il étayé par des éléments concrets ? Enfin, s'il y en a, quelles sont les actions initiées par chaque service dans le domaine de la santé et comment celles-ci pourraient-elles devenir des leviers pour des actions futures ?

Représentations de la santé

Par mission, les responsables urbains œuvrent pour le bien public, le bien-être, la qualité et la santé de leur ville. Dans cet axe, analyser, proposer, mettre en œuvre, assurer le bon fonctionnement et l'évaluation de leurs activités respectives entrent dans les missions qu'ils effectuent quotidiennement. Si toutes les actions menées ont bien quelque chose à voir avec le bien-être des habitants dans la cité, le concept de « santé globale », tel qu'il est défini par l'OMS, ne représente pas pour autant une préoccupation unanimement partagée au sein des directions techniques. La sectorisation des activités municipales, comme la nécessaire spécialisation technique qu'elles imposent induit parfois une distance à l'égard de l'objet « santé » qui se traduit par divers degrés d'appropriation du sujet par les directions techniques. Tous les acteurs urbains participent à leur mesure à la santé globale de la ville et de ses habitants mais leurs représentations de la santé en général influent sur leur implication autour de ce thème et ce de façon inversement proportionnelle avec le degré de contact avec les citoyens.

L'idée que l'on se fait chacun de la santé est en effet largement influencée par les représentations sociales, par les mouvements dominants de pensées. L'essor et les progrès de la médecine dans la deuxième partie du vingtième siècle ont singulièrement façonné une représentation collective prépondérante de la santé dans laquelle le sujet est monopolisé à la fois par l'expertise du monde médical et par la compréhension biologique que celui-ci peut en faire.

L'appréhension positive, dynamique et très large de la santé de l'OMS, en parlant de bien-être, situe l'état de santé bien au-delà de l'absence de maladie. Faire intervenir à égalité le biologique, le relationnel, le mental, l'environnemental, et le soin de santé revient à associer la santé aux conditions de vie dans lesquelles celle-ci peut se perdre ou se gagner. Cela implique pour chaque acteur de la ville la conscience que chacune de leurs actions participe peu ou prou à la constitution ou à la préservation d'un état de santé, et ce en phase avec les éléments définatoires de l'OMS. Mais la conscience pragmatique de cette véritable socio-écologie de la santé, qui se joue dans et par la ville, n'est pas unanimement partagée.

Lors des rencontres avec les directions des services techniques de la ville, on peut ainsi tracer une typologie approximative, en quatre niveaux, du degré d'appropriation du sujet « santé globale » dans les préoccupations quotidiennes des services. La spécialité considérée, comme la proximité avec le public, sont des variables qui interviennent dans l'appropriation du sujet santé.

La santé, préoccupation pragmatique quotidienne

Ce sont dans les services les plus souvent en contact direct avec la population que le thème « santé globale » prend toute sa dimension pragmatique. De par leurs fonctions, de par leur proximité avec des publics en situation de précarité et résidant volontiers dans des secteurs défavorisés, l'évidence d'un lien entre santé physique déficiente ou fragile et conditions sociales de vie apparaît ici d'une particulière acuité.

Que ce soit au service Politique de la Ville, à la Mission Locale, au CCAS, que ce soit à la Mission Handicap, les thèmes abordés dans les discours font régulièrement référence aux conditions de vie et à l'impact de celles-ci sur la santé aussi bien physique que morale : accès aux soins, accès au logement et à l'emploi, accès tout court aux structures, aide aux familles monoparentales ou recomposées, aide sociale à l'enfance, soutien des jeunes vers l'insertion, attention faite aux phénomènes d'addictions et ou aux comportements à risque, tous ces sujets (liste non exhaustive) constituent les préoccupations quotidiennes et récurrentes de ces acteurs de la vie communale.

Mais, de facto négative, cette vision de santé globale est aussi une source de motivation et de recherche de solutions multidimensionnelles. Pour les directeurs rencontrés de ces services, une vision transversale de tout ce qui concourt à la santé des personnes ou à l'inverse à sa

dégradation est une nécessité incontournable, même si elle s'avère délicate à mettre en œuvre. Dans les quartiers défavorisés, l'outil essentiel que constitue par exemple le contrat de ville apporte un cadre de réponses allant dans ce sens puisqu'il tente d'appréhender les territoires sous tous les aspects de la vie quotidienne.

La santé, sous-jacente mais non déterminante de l'activité

L'éducation en école primaire comme l'offre en structures sportives font partie des responsabilités de la commune. Les services qui s'y emploient sont tenus à des obligations sanitaires réglementaires, ils doivent aussi favoriser les conditions d'accueil des publics en difficultés physiques ou sensorielles, et répondre à des demandes spécifiques qui ont trait à la santé.

La polarité dominante de l'activité de chaque service intervient cependant dans l'approche faite à l'égard de la santé globale. Si la bonne organisation des structures sportives ou des écoles des sports, si celle d'une école primaire harmonieuse donnant sa chance à tous, s'inscrivent bien dans une démarche destinée à favoriser ou à répondre aux besoins de bien-être, d'éveil social et culturel, d'éveil au sport mais aussi à la citoyenneté, cette perception d'une action à long terme sur la santé des personnes n'entre pas toujours dans un axe conscient d'actions coordonnées.

Alors que ces services participent à « fabriquer » du bien-être ou des conditions d'un bien-être, la lourdeur des structures à gérer ne permet pas toujours de s'engager sur une ligne cohérente d'actions consciemment tournées vers la santé. Les préoccupations en matière de santé sont dès lors des recherches de réponses à des problèmes de santé spécifiques ou des problématiques ponctuelles. La transversalité des approches en matière de santé globale n'intervient pas encore.

La santé, résultat induit par l'action positive sur l'environnement

Le troisième type de rapport à la santé collective tourne autour d'une représentation macroscopique de la santé dans la ville. Elle est dominée par une logique d'actions tournée vers l'environnement, sa qualité et sa préservation, vers l'éducation au développement durable, même si la dimension proximale de la santé des citoyens n'y est pas prépondérante. Nous sommes dans une approche « préventive » de santé publique qui s'attache à la pérennité et à l'amélioration du cadre de vie.

Parler de cadre de vie, d'espaces verts, d'environnement, de développement durable s'articule bien en effet autour d'une dimension environnementale de l'homme. La portée des actions entreprises en ce sens sont facteurs de bien-être à court, moyen et surtout long terme. Le bien-être visuel que procurent un espace fleuri ou verdoyant, une ville propre et arborée participe à se sentir bien dans la cité et peut-être mieux dans sa tête. De nombreux efforts ont été faits depuis des années dans la ville de Metz pour améliorer le cadre de vie et développer le patrimoine naturel de la ville. L'attention apportée à la préservation de la planète par l'économie et le respect des ressources naturelles vise le moyen terme. Ce sont des schémas de pensées et d'actions en création, leurs impacts à long terme ne peuvent qu'être facteurs de santé positive.

C'est bien la logique transversale qui préside aux six grandes orientations stratégiques développées par l'Agenda 21. Le strict cadre du diagnostic santé physique est dépassé. Les objectifs du développement durable s'attaquent à tous les facteurs de santé, sociale, mentale, environnementale. L'attention portée à la santé de la planète, au réchauffement climatique, au développement durable, au renforcement du lien social, au développement urbain et économique, à la sensibilisation et à l'éducation, est indubitablement en lien étroit avec la santé des citoyens. Il est bien là question d'une démarche ambitieuse cherchant à conforter ou à améliorer l'harmonie entre l'homme et sa bonne vieille planète, dans une relation interactive et volontariste où la santé de l'environnement agit sur la santé de l'homme.

La santé, en marge de l'activité

Enfin, dernière représentation de la santé à l'échelle de la ville, la problématique sanitaire n'apparaît pas constituer une préoccupation évidente d'actions. La spécificité de l'activité considérée renvoie volontiers la question de la santé aux professionnels qui s'en occupent et dont c'est le métier. Les discours n'évoquent la santé des citoyens que comme une dimension marginale de leur activité.

Certes, l'idée que l'on peut se faire de la culture ou même de l'accès à la culture ne suscite pas un lien direct avec la santé des citoyens. Mais, abordée par le biais de la notion de bien-être mental et social, la culture ou plus largement les occupations culturelles sont des facteurs de santé dès lors qu'elles suscitent plaisir, ouverture, valorisation identitaire, bien-être en somme. Outil d'information, d'intégration, d'échange, de partage, outil thérapeutique, motif de rassemblement social et festif, vecteur de mixité et de cohésion sociale, les divers aspects de la culture ouvrent des champs fertiles d'actions qui participent au bien-être social, et mental des citoyens.

Quant aux acteurs urbains axés vers des dimensions administratives ou urbanistiques de la vie de la cité, la voie d'entrée « santé » de leur activité n'apparaît pas toujours déclencher d'enthousiasme implicatif. Ils participent à la santé de la ville mais l'aspect technique de l'activité considérée prime. Si l'aménagement de l'espace urbain interfère de toute évidence avec les conditions de vie des habitants, lorsqu'il s'agit de transports, de pollution, de nuisances sonores, d'accessibilité, d'espaces verts, son lien avec la santé n'est pas toujours pas le fil directeur authentifié des actions menées. De la même façon, la qualité de l'habitat sur la vie des citoyens a un rôle primordial sur la santé des citoyens dès qu'il est envisagé comme lieu principal de vie des citoyens, refuge susceptible d'assurer une protection contre le monde extérieur, cadre des premiers échanges sociaux, de la structuration des groupes familiaux, mais aussi de l'intégration sociale etc.

Au total, les représentations sociales de la santé comme leur incidence pratique dans l'activité des services de la ville apparaissent différenciées. De prime abord, la vision biomédicale de la santé, celle qui octroie aux professionnels du soin ou aux professionnels du sociosanitaire la responsabilité de l'abord santé de la population, est d'autant plus forte que le service est moins en contact avec le public. Toutefois, il est évident que chaque service travaille pour améliorer le bien-être et la santé de leurs concitoyens. Cette prise de conscience d'une action véritable sur les conditions de vie – facteur de santé- est indispensable pour pouvoir initier de façon transversale des actions de promotion pour la santé.

Indices pour un diagnostic partagé

La problématique « santé globale » de la ville peut être abordée de deux façons : par les fonctions dévolues à la ville, ou par les cibles de ces fonctions, les usagers, les citoyens de la ville en somme. Bien évidemment, ces deux modes d'évaluation de la santé de la ville et des messins sont complémentaires et quasi indissociables. La prédominance de l'une ou l'autre de ces approches dans le fonctionnement des services varie selon la sphère d'activité et le degré de proximité avec la population. Chaque logique est un facteur d'enrichissement du diagnostic, même si celui-ci ne s'exprime pas fatalement en termes de santé.

Qu'il s'agisse d'habitat, d'éducation, de culture, de social, d'emploi, chaque domaine concourt dans sa réalité quotidienne à la santé des personnes. Dans son domaine de prédilection, le point de vue du spécialiste constitue un apport essentiel au diagnostic global. En déclinant le constat qui présidait à l'initiation des réalisations effectuées, il met en même temps en lumière une part du diagnostic de départ, les limites du traitement appliqué et donc les axes déficients, ceux vers lesquels il conviendrait de focaliser les attentions pour améliorer les constats spécifiques, et donc la situation globale.

A l'inverse, raisonner à partir de la population, c'est-à-dire à partir des cibles de toutes les fonctions de la municipalité, revient à approcher l'écart entre ce qui est fait dans tous les domaines sanitaires, sociaux, environnemental - l'état des lieux - et ce qu'il conviendrait de faire pour optimiser les résultats, endiguer les évolutions péjoratives, et œuvrer pour leurs améliorations. Ce différentiel est au centre du diagnostic. Il ne peut être une photographie statique des situations sanitaires ou socio-sanitaires. Car chaque groupe d'âge, chaque situation sociale, chaque territoire étudié suscite des interrogations spécifiques, intriquées mais aussi et surtout évolutives.

Nous aurons donc besoin des deux approches pour tracer une avancée diagnostique qualitative. Les logiques s'intriquent en effet et se répondent l'une à l'autre dans un va-et-vient qui n'est certes pas toujours explicite ou simplement facile à mettre en musique. Son lien est en effet volontiers de nature politique mais il est aussi organisationnel : comment se partage l'information entre des logiques différentes en matière de santé (cibles et fonctions), quelle réflexion partagée est-elle possible ou déjà mise en œuvre entre les divers acteurs de la ville dans cette optique, la mutualisation des ressources est-elle une donnée actuelle et/ou perfectible ?

« Tout le monde pense diagnostic global...mais c'est difficile à mettre en œuvre » constate avec justesse l'une des personnes rencontrées. Pour organiser l'exposé nous ferons donc appel à des diagnostics étagés. Partant des fonctions territoriales ou affiliées nous nous dirigerons vers les populations ou problèmes spécifiques. Pour la clarté nous distinguerons les éléments positifs retenus par les acteurs de la ville et ceux moins positifs qui se formulent volontiers en termes de constats, de regrets parfois ou inversement d'espairs.

Habitat et renouvellement urbain

Actions entreprises

Avec 28% de logements sociaux sur le territoire messin, la concentration des logements sociaux observée dans les quartiers défavorisés de la ville (Metz-Borny tout particulièrement) est encore un phénomène d'actualité qui tend cependant à s'amoinrir avec les grandes opérations de renouvellement urbain menées depuis quelques années.

Les actions entreprises dans ce domaine du renouvellement urbain constituent en effet la toile de fond des efforts de réintégration des quartiers défavorisés de la ville dans la vie de la cité. Le contrat de ville en est l'outil essentiel. Il se décline à Metz de deux façons. Le Grand Projet de Ville (GPV) concerne le quartier de Metz-Borny avec la mise en œuvre de vastes opérations de renouvellement urbain, de valorisation du quartier, destinées à mettre un terme à sa marginalisation et à son image négative. Le projet en 2008 continue son avancée positive. Le deuxième volet du contrat de ville est dominé par les opérations de renouvellement urbain (ORU) qui, en partenariat avec la commune de Woippy, se focalise sur le quartier de Metz-Nord. La dynamique de changement des quartiers cités est lancée. Il n'est pas dans la finalité de ce travail d'en évaluer l'impact et le niveau d'avancement.

L'attention portée au renouvellement urbain des quartiers classés en GPV ou ORU est l'objet d'une appréciation bien évidemment positive de la part des acteurs de la ville : cohérence du projet, résultats escomptés, ou qui en émergent déjà, mobilisent le tissu social des quartiers concernés, particulièrement dans le secteur de Borny.

Les moyens déployés pour ces projets accentuent cependant le sentiment de déséquilibre entre quartiers défavorisés. Les quartiers classés en ZUS sont régulièrement cités comme devant bénéficier d'une logique de renouvellement urbain analogue. Classés en zone de redynamisation urbaine (Pré-Génie, Chemin de la Moselle) ou en zone urbaine sensible (Bellecroix, Hannot-Frécot-Barral), les quartiers cités, auxquels peut être ajouté le secteur de La Patrotte, sont constitués d'îlots de concentration de pauvreté de faible surface mais qui donnent au quartier une image péjorative qui retentit sur la qualité de la vie sociale. Difficile à évaluer précisément, la vacance des logements sociaux y est citée comme plus intense que dans d'autres quartiers de la ville (appréciation non corroborée par les données de l'AGURAM en 2004 sauf pour le

Chemin de la Moselle). Le secteur de la Patrotte et du Chemin de la Moselle notamment sont cités comme marqués par l'amenuisement de l'offre de soins (les laboratoires disparaissent, les infirmiers hésitent à aller dans le quartier) ou par la pauvreté de leur tissu associatif, un état de fait qui contraste avec la dynamisation de celui observé à Borny avec la mise en œuvre du GPV (63 associations identifiées à Borny contre 2 à la Patrotte et 2 sur les Chemins de la Moselle). Enfin, la méconnaissance de l'évolution des mouvements de population entre quartiers constitue une difficulté pour les services de la Politique de la Ville : des quartiers résidentiels de la ville, par exemple, sont atteints par une nouvelle pauvreté qui touche volontiers les classes moyennes de la société (secteur du Sablon notamment, cité par le Conseil Général).

Le centre-ville se caractérise par le paradoxe d'une cohabitation qui s'accroît entre les résidents très aisés et une population à l'inverse très pauvre. La zone d'Outre-Seille (rue des Allemands, Rue du Champé) est volontiers citée pour le délabrement de ses pas de porte ou de ses façades. L'interrogation est posée quant aux modes de vie des habitants de ces immeubles : pauvreté, surpopulation, hygiène. Le constat d'une dégradation de l'habitat privé, que ce soit dans le secteur Outre-Seille ou rue de Castelnau à Sablon apparaît également comme un phénomène en progression selon un responsable de la Gestion Financière et de l'Urbanisme. Même si l'état de ces immeubles ne constitue pas un danger physique, ce délabrement est considéré par ce dernier comme un facteur de contamination pour l'ensemble du quartier qui rejaillit sur la qualité de l'environnement urbain et celle de la vie sociale. A la limite de la définition de l'habitat insalubre, certains logements sociaux sont sujets à des envahissements par blattes et cafards et le quartier de la Patrotte est cité régulièrement. Se pose ici la question du repérage des logements insalubres, même si celui-ci fait partie des prérogatives de la CA2M : en 2005, le service d'hygiène et de santé de la commune n'a déclenché qu'une unique procédure de logement insalubre.

La structure des logements proposés, la qualité de vie qui y est attachée se posent aussi en matière de handicap. L'accessibilité des logements sociaux pour les personnes souffrant d'un handicap paraît être une donnée non accessible pour l'heure. De même, est posée la question du retard constaté en matière de domotique, ou de l'intégration des logements dans une logique d'habitat durable intergénérationnel.

Emploi

Facteur essentiel de santé, l'accès à l'emploi l'est, bien évidemment comme élément majeur de subsistance mais aussi comme vecteur de constitution et de préservation de l'identité sociale. Mais il peut être aussi facteur de perte de santé (stress au travail, maladies professionnelles, accidents de travail). Le travail ne donne pas le bien-être mais il peut y contribuer grandement en renforçant le lien social et les solidarités. Parallèlement aux évolutions des réalités économiques, les acteurs de la ville sont mobilisés autour de l'insertion par l'emploi des populations fragiles en association avec les structures institutionnelles.

Actions entreprises

Pour tenter de résorber l'importance du chômage des jeunes dans les quartiers défavorisés de la ville, une Charte Locale d'Insertion a été mise en œuvre en 2006 dans les quartiers intéressés par les projets de rénovation urbaine (ANRU) : Metz-Borny et Metz-Nord Woippy. A cette charte incitant les entreprises ayant un marché public passé par la ville à employer 5% de personnes en insertion résidant dans le quartier, s'ajoutent de nombreuses initiatives municipales : forum annuel de l'emploi à Borny en partenariat avec l'ANPE, forum des métiers, de l'insertion, équipe emploi-insertion au Pôle des Lauriers de Borny travaillant avec les associations professionnelles d'accompagnement (APGIS, AIEM...) et les référents sociaux (UDAF, référents RMI, centre médico-social), aides diverses de la Délégation à l'emploi pour faciliter la recherche d'emploi (demandeurs d'emploi de plus de 25 ans), subventionnements d'associations d'insertion, pour n'en citer que quelques-unes.

Le centre administratif de la Mission Locale de Metz occupe le pôle des Lauriers depuis 2006. Le but était de réunir en un même lieu l'antenne de Borny, l'équipe emploi-insertion et l'atelier de recherche emploi pour répondre au mieux aux besoins particuliers des habitants du quartier de Borny, tout en gardant les lieux d'accueil du centre-ville, du Sablon et de la Patrotte, et les permanences extérieures à la Mission Locale (locaux de l'APSS, centre départemental de l'enfance, foyer Fomal, hôtel maternel Le Nid). Le maillage dans la ville des dispositifs d'accompagnement vers l'emploi des jeunes est par ailleurs optimisé par des réunions de synthèse régulière. Celles-ci rassemblent les représentants des équipes de prévention, les assistantes sociales des centres médico-sociaux, de l'UDAF, des représentants de l'Éducation Nationale, de l'AFPA, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, du CCAS de Metz, etc. Ce partage d'informations offre une dimension multidimensionnelle et cohérente à l'accompagnement des jeunes vers l'insertion.

La Mission Locale et les PAIO (permanence d'accueil, d'information et d'orientation) occupent une place particulière dans l'accompagnement des jeunes de 16 à 25 ans vers l'emploi. Plusieurs programmes d'accompagnement renforcés sont utilisés : dispositif CIVIS, actions FIPJ (Fonds professionnel pour l'insertion professionnelle des jeunes), programme personnalisé d'accompagnement à l'emploi par délégation de l'ANPE, actions de formation AFPA financées par le Conseil Général, dispositif d'orientation et d'insertion territorial (DOIT) pour les jeunes sortis du système scolaire sans qualification ou titulaire d'une qualification de niveau faible (V et IV), etc. Enfin il faut souligner l'importance du suivi des jeunes vers l'insertion par un réseau de parrainage, et de la mission particulière de la Mission locale dans le domaine de la santé sur laquelle nous reviendrons.

Problèmes repérés et émergents

Au-delà des dispositifs et structures travaillant vers l'aide à la recherche d'emploi, les informations qualitatives recueillies tant à la Mission Locale qu'à la Mission Politique de la Ville convergent sur un certain nombre de points et constituent autant de difficultés pour l'avenir proche. Si le phénomène n'est pas spécifiquement messin, tous observent un mal-être grandissant dans toutes les couches de la population des quartiers en difficultés dans lesquels se cumulent les plus forts taux de RMI, de demandeurs d'emploi, d'illettrisme et de scolarité chaotique.

Le rajeunissement constaté de l'absentéisme scolaire dès 13 ans mérite qu'on s'y arrête, même dans une perspective d'emploi. Il ouvre les jeunes à l'errance, au deal, aux addictions (drogues, alcool, jeux) et éventuellement à la violence. Mais, sans qualification de surcroît, la difficulté de trouver plus tard un emploi est accrue par les problèmes croissants repérés autour de la maîtrise des opérations de base par les jeunes (opérations plus ou moins par exemple) avec leur incidence sur la capacité à se repérer dans le temps et dans l'espace.

Concernant les demandeurs d'emploi de plus de 25 ans se présentant à la Délégation à l'Emploi de la ville, un autre phénomène est noté. Il tient directement à la santé des postulants à l'emploi. Bien que difficilement quantifiable, les responsables de la Délégation notent une accentuation de la proportion de personnes refusant un emploi ou une formation pour des raisons de santé physique plus ou moins clairement annoncées. Dans ce service, le lien recherche d'emploi et santé déficiente n'est pas jugé rare, bien qu'il soit rarement évoqué spontanément par les personnes demandeuses d'emploi afin de ne pas obérer leurs chances d'accès à un emploi. Ce problème interroge sur le rôle des problèmes de santé dans l'insertion en général. Il pose par ailleurs la question de l'accessibilité aux filières de soins en général, et celle de la non-gratuité des consultations médicales destinées à vérifier l'aptitude au travail dans la fonction publique. Selon le responsable du service, les demandeurs d'emploi concernés par ces problèmes de santé sont perdus de vue, sans qu'aucune assurance ne soit apportée quant à la prise en charge de ce souci de santé, malgré le recours parfois au Fonds départemental d'aide pour la santé. Il y a là, selon lui, un véritable gâchis humain de compétences qui pourrait être limité par le recours par exemple à un médecin lié à l'insertion professionnelle.

L'éducation dans le primaire

Les actions entreprises

En matière d'éducation, la responsabilité directe de la municipalité s'exerce au niveau de la scolarité du primaire. Avec près de 10 000 élèves disséminés dans les 74 écoles de la ville, les 14 restaurants scolaires de la ville (dont bientôt 6 en self-services) couvrent près de 2 000 couverts par jour dont 15 à 20 repas spécialement conçus pour être hypoallergéniques.

Les actions du service des affaires scolaires autour de la santé des jeunes élèves sont donc volontiers tournées vers le domaine de la nutrition des enfants. Des réalisations sont faites en ce sens pour sensibiliser les enfants mais aussi leurs parents aux bonnes pratiques alimentaires (édition par la société SODEXO d'une revue « FÊTAVI » qui énonce les menus de l'école et donne des conseils de nature diététique). L'attention accordée à la lutte contre l'obésité se manifeste d'une part par l'absence de distributeur de produits hypercaloriques dans les écoles mais aussi par la mise en place d'une facilitation de l'activité physique des enfants pour se rendre à l'école (PEDIBUS, encadré par les parents). L'apport calorique à l'école se cantonne à la dispensation matinale de lait entier dans les quartiers sensibles (pour contourner les effets de l'absence de petits déjeuners), et à la distribution de lait demi-écrémé durant le repas de midi. Des essais de quantification de la satisfaction alimentaire des enfants sont par ailleurs effectués avec une attention empirique faite à la vacuité des assiettes des enfants après le repas.

D'autres actions ayant trait à la santé sont mises en œuvre dans les écoles primaires et mobilisent plusieurs services de la ville : éducation à la sécurité routière, sensibilisation à l'abandon des chiens, sensibilisation à l'écologie avec des jardins bio dans les écoles et une sensibilisation aux produits nocifs.

La prise en charge des enfants en difficulté scolaire dès la période élémentaire (CLIS 1 : enfants en échec scolaire sans handicap) se fait au sein de 14 classes d'intégration disséminés dans les quartiers de la ville. Les enfants souffrant d'un déficit auditif (CLIS 2), ceux souffrant d'un déficit visuels (CLIS 3 : St Eucaire) sont accueillis dans des instituts d'éducation sensorielle. Les enfants handicapés moteurs (CLIS 4) sont accueillis dans des centres d'éducation motrice. Enfin ceux souffrant de troubles comportementaux et ou sociaux sont pris en charge par le centre de Landonvillers.

Problèmes repérés ou émergents

La question des repas biologiques dans les cantines scolaires du primaire se heurte d'une part au flou encadrant la certification label « bio », à des problèmes de conditionnement des produits (pas de lait bio en conditionnement de 20cl), mais aussi et surtout à un problème de surcoût (estimé à +20% par rapport à une nourriture habituelle). L'introduction progressive de la référence « bio » dans le cahier des charges de la SODEXO est à l'étude. Par ailleurs, le service des affaires scolaires signale la montée en puissance des demandes parentales en menus de nature communautaire : une demande qui n'est pas explicitement satisfaite (« l'école est laïque ! ») mais elle donne lieu à des efforts pour éviter l'usage de porc dans les menus.

En raison de la surcharge de travail du service de santé de l'académie et de la parcimonie des rapports avec les services de la PMI, le service des affaires scolaires se dit assez dépourvu en matière de connaissance des problèmes de santé des enfants. Ce déficit se double d'un déficit ressenti en matière d'éducation sanitaire de base (propreté, hygiène des mains) que ne permet pas la surcharge de travail des agents municipaux encadrant les enfants à la cantine (personnel par ailleurs changeant). Lors de l'entretien, les responsables de ce service émettent le souhait de la création d'un « relais santé » dans les écoles primaires, assuré par une infirmière (ou une diététicienne), laquelle pourrait être le référent proximal des agents municipaux d'une part, en même temps qu'un modérateur face aux pressions parentales orientées vers la lutte contre l'obésité de leur enfant.

L'accessibilité des écoles primaires aux handicapés moteurs constitue un sujet non encore totalement résolu à Metz. Le choix de prioriser une école élémentaire par quartier a été jusqu'ici la solution adoptée.

Sur le plan de l'hygiène des sanitaires destinés aux enfants, la séparation des toilettes garçons-filles est en cours de réalisation dans les écoles primaires de la ville. Signalons qu'une étude récente de l'Observatoire national de la sécurité des établissements signalait que près de la moitié des élèves (48,5%) ne fréquentaient pas les toilettes de leur établissement en raison, entre autres, de la pestilence des lieux, de leur propreté, d'absence de verrou ou de surveillance. Cette non-fréquentation des toilettes peut avoir une incidence sur l'état de santé des enfants (constipation, fuites urinaires chez la fille). L'état des sanitaires des écoles élémentaires messines fait donc partie des attentions de santé publique apportées à la gestion des écoles.

Enfin, en rapport avec les risques pour la santé publique, soulignons le ramassage fréquent de seringues aux abords de certaines écoles primaires (sont cités les quartiers de Bellecroix et Hautes Vallières). Outre le danger pour les enfants, les personnels municipaux, les habitants en général, un relevé plus précis de la fréquence et de l'importance de ces comportements peut avoir d'autres vertus informatives dans la lutte contre la toxicomanie.

L'activité physique

Actions entreprises

Avec 23 gymnases et salles spécialisées, 4 piscines dont une Olympique, s'ajoutant aux divers plateaux sportifs extérieurs ou au golf de Metz-Technopole, avec une centaine de clubs subventionnés pouvant disposer des locaux sportifs de la ville, l'offre de structures sportives de la ville de Metz s'avère être conséquente. La promotion du sport dans la ville s'exerce également dans les écoles de sports destinées aux jeunes, les parcours sportifs et les diverses manifestations sportives organisées par les clubs locaux ou par la municipalité avec une portée nationale (Open de Moselle aux Arènes notamment).

La plus grande utilisation des locaux sportifs revient aux groupes scolaires. Les clubs sportifs se partagent les créneaux de disponibilité (71 disciplines), avec une place particulière pour des activités en rapport avec la santé : aquagym, aquajogging, « bébé-nageur », partenariat avec l'hôpital (« Poids plume », marche du cœur, cross). Le sport des personnes handicapées se concentre surtout sur la natation avec des aménagements spécifiques des accès, des vestiaires et douches.

La surveillance sanitaire des eaux des différents bassins s'allie avec une campagne d'éducation des usagers aux règles d'hygiène dans l'eau mais aussi dans les vestiaires et sanitaires (application des mesures anti-légionnelles). Cette campagne hygiène s'est traduite par une amélioration de la qualité de l'eau des bassins.

Créées en 1990 les écoles des sports représentent un indéniable succès de la ville de Metz. Réparties sur 4 sites (2 à Sablon, 1 à Bellecroix, 1 à la Patrotte, auquel s'ajoute un projet à la Grange-aux-Bois), les écoles des sports jouent le partenariat avec les centres sociaux et s'adressent gratuitement et toute l'année aux jeunes de 6 à 16 ans. Le but est d'occuper le temps libre des enfants et de transformer une pratique occasionnelle de sport en une pratique régulière, dans une logique complémentaire d'éducation sportive et de dialogue citoyen avec les éducateurs (au nombre de huit). Mille enfants par an fréquentent ainsi les écoles de sport de la ville : initiation au sport, repérage des talents. Par l'intermédiaire de ces écoles de sport et avec le concours des maisons des jeunes et de la culture, quelques actions santé sont réalisées (Sida).

Problèmes repérés ou émergents

Les principaux problèmes repérés dans les offres d'activités sportives encadrées par la ville sont en lien avec la saturation horaire croissante observée dans l'utilisation des structures. Toutes les activités se concentrent sur les mêmes créneaux horaires, et ce d'autant plus que les demandes des clubs s'accroissent avec le développement de nouvelles formes de pratiques

sportives en salle. Malgré le parc sportif conséquent de la ville, il y a donc une pénurie potentielle de l'offre, qui est aggravée par la tendance à l'obsolescence des locaux du fait de leur sur-utilisation.

Si le nouveau complexe des Arènes est susceptible de diminuer le fossé croissant entre l'offre et la demande, il est en réalité difficile d'évaluer l'intensité des pratiques sportives dans la ville. Le sport individuel, non encadré, tend à se développer en dehors même des parcours sportifs gérés par la ville. Le nombre de licenciés dans chaque club ne reflète pas la réalité de l'engouement sportif. La recherche d'indicateurs de fréquentation des structures est un souci non totalement résolu. Il est encore plus délicat de connaître l'origine résidentielle des pratiquants utilisateurs des structures pour guider l'appréciation de l'efficacité des mesures promotionnelles du sport en direction de certains publics (les jeunes en difficultés rencontrés par la Mission Locale ne pratiquent pas de sport dans leur majorité).

Les écoles de sport constituent une des mesures promotionnelles phares de la pratique physique. Mais là encore, la saturation guette, notamment durant la période hivernale. L'ambition qui présidait à la création de ces écoles (sensibilisation des publics infantiles chez lesquels le sport est peu développé, aide à l'apprentissage, promotion des talents dirigés ensuite vers les clubs appropriés) se heurte aux difficultés de formations des personnels encadrant au sein des clubs et donc aux risques d'une baisse de l'activité sportive des enfants. La municipalité, par le biais de sa direction des sports, tente d'inciter les clubs à recruter et à former des éducateurs (soutien financier, soutien pédagogique pour formuler des projets).

En dehors des actions santé réalisées au sein des écoles de sport (journée consacrée à la lutte contre le Sida et les maladies sexuellement transmissibles en 2006), en dehors du relais local fait aux manifestations nationales ou régionales, la municipalité a rarement l'initiative des événements à portée sanitaire. Certes, elle prête ses structures aux associations demandeuses mais une volonté municipale en faveur d'une promotion événementielle du sport et de la pratique physique pourrait être accentuée, dans une vision claire de santé publique.

En marge des structures sportives de la ville, la pratique du sport passe aussi par le développement des itinéraires cyclables continus et sécurisés (véloroute), le développement des espaces piétonniers (52 000 km² en 2004). L'ouverture récente du centre-ville à la circulation en vélo va dans ce sens mais elle doit aussi s'accompagner du développement des lieux de stationnement pour vélos. Il est bien certain que cette attention portée à la facilitation des autres modes de transport entre aussi dans le cadre des objectifs de l'Agenda 21, tournés vers un développement durable.

La culture

Actions entreprises

Le rayonnement culturel de Metz s'appuie sur la qualité de ses lieux de spectacles (Arsenal, Opéra-théâtre, Les Arènes, Les Trinitaires,...), l'importance de ses lieux d'exposition et sur le dynamisme de ses structures associatives tant municipales qu'associatives. Trois médiathèques (Sablon, Borny et Pontiffroy), quatre bibliothèques (à Bellecroix, Magny, la Patrotte et Seille) couvrent l'ensemble de la ville et représentent autant de lieux d'exposition, et d'actions culturelles à destination des publics variés.

La vie culturelle de la commune s'articule autour de manifestations annuelles (Été du Livre, Metz en fête, Acanthes, animations estivales destinées aux jeunes), des événements créés par l'orchestre national de Lorraine, le conservatoire de Metz, et des expositions culturelles et artistiques de natures variées.

L'accessibilité à la culture est facilitée par la gratuité des grands événements culturels de la ville. Les publics jeunes (0 à 16 ans) font l'objet d'un programme culturel particulier (DAZIBAO). Une manifestation centrée sur les fusées et l'astronomie en destination des jeunes fut notamment montée de façon transversale avec d'autres services de la ville et des partenaires extérieurs (CNES) : la mutualisation des ressources a optimisé la qualité de l'événement. C'est un des exemples de la portée positive des actions menées transversalement au sein de la ville.

La promotion des initiatives culturelles de la ville s'appuie sur la richesse des structures associatives de la ville, notamment dans le domaine de l'expression corporelle et musicale (répétition, enregistrement, programmation culturelle associative en lien avec les Trinitaires : association la Battucada par délégation de service public).

La préoccupation santé publique de l'activité culturelle de la ville se manifeste de façon essentiellement opportuniste et accompagnatrice: subventionnement d'associations incluant dans leurs manifestations un volet prévention des risques ou visant l'accompagnement de certains publics en difficultés (« Pédiatrie enchantée », concerts de l'orchestre de chambre à l'hôpital, ...).

Problèmes repérés ou émergents

L'activité culturelle de la ville en faveur des personnes âgées ne donne pas lieu à des initiatives particulières ou à des événements spécifiques dirigés vers elles. Ce créneau est laissé à l'initiative des associations qui semblent peu solliciter la mairie.

La plupart des grandes manifestations culturelles et annuelles de la commune se déroule en centre ville. Centralisation voulue, qui n'exclut pas des actions dans les quartiers (action sur l'art contemporain, création d'un décor de ballet, mur d'expression murale libre à Bellecroix). Mais cette dimension d'une culture s'excentrant dans les quartiers semble difficile à mettre en œuvre sauf axe politique associé et/ou renouvelé.

Environnement, Espaces verts et cadre de vie : Agenda 21

Le concept d'écologie urbaine apporté par Jean Marie Pelt en 1970 visait la sauvegarde et l'aménagement du centre historique messin, l'embellissement des quartiers et l'extension de la nature en ville. L'exigence partagée d'un développement urbain de qualité conciliant contingences économiques, sociales et environnementales est donc une tradition messine relativement ancienne.

Avant même l'idée de développement durable, les réalisations de la ville, tant dans le domaine de l'aménagement urbain que dans la maîtrise de l'équilibre entre ressources et rejets, ont transformé le paysage de la cité messine. Elle se voit attribuer désormais le qualificatif de « Ville Jardin ». En matière d'environnement urbain (usine électrique de Metz (UEM), avec intégration de la vapeur issue de l'incinération des déchets pour alimenter le circuit de chauffage de la ville ; quartier de l'Amphithéâtre au cœur de la ville avec les 20 hectares du Parc de Seille ; développement des espaces verts), les efforts menés par la ville dans tous les secteurs pouvant favoriser un équilibre harmonieux entre le développement économique et l'homme font de celle-ci une cité qui s'inscrit dans la droite ligne des exigences du sommet du Johannesburg. L'adhésion récente de la ville à la démarche d'Agenda 21 concrétise à la fois la reconnaissance des actions passées et la relance des efforts de la cité, avec l'accentuation de la sensibilisation de ses habitants au développement durable.

Il n'est pas dans la finalité de ce travail de lister le contenu des six grandes orientations stratégiques définies par l'Agenda 21 de la ville de Metz. Ce qui est certain cependant est que ce dernier est en phase avec l'idée de santé globale de la ville et des Messins, telle qu'elle est définie par l'OMS.

En prenant en compte la préservation de l'environnement (lutte contre le réchauffement climatique), l'éducation et la sensibilisation à l'environnement et au développement durable, l'extension du patrimoine naturel de Metz, en tendant même à l'exemplarité de la commune en matière de préservation des ressources (certification des services aux normes ISO 4 001 et 9 001, bâtiments municipaux HQE), les mesures visées sont bien à même de favoriser les trois dimensions de la santé, physique, mentale... et sociale. Encore faut-il que cette dernière dimension, parlant de solidarités et de renforcement du lien social, notamment à l'égard des

plus défavorisés, soit à la fois soutenue par une volonté politique dépassant les limites de la commune, et permise par les évolutions du monde économique.

Il est trop tôt pour évaluer l'impact et les progrès réalisés pour satisfaire aux objectifs déclinés par l'Agenda 21. Le Forum 21, prévu en 2008 pour faire le point des avancées sur la base des indicateurs retenus, n'a pas encore eu lieu. Si la balance entre les objectifs à atteindre et les objectifs à réaliser semble être déjà favorable compte tenu de l'histoire du développement de Metz, le volet social que comporte l'Agenda 21 demande à être confirmé dans son essence, et mis en musique avec tous les intervenants territoriaux et institutionnels du système sanitaire et social. La Mairie peut en ce sens jouer un rôle de coordinateur essentiel entre les différentes instances.

Les transports

Le Plan de déplacement urbain (PDU) ne fait pas directement partie des attributions de la municipalité. Dans le cadre santé qui nous intéresse, la problématique du transport s'organise selon deux grandes logiques qui ne peuvent plus s'exclure : faciliter le déplacement des Messins et limiter voire éviter les nuisances générées par la circulation urbaine et périurbaine.

Respect de l'environnement, souci de la qualité de vie en ville et bien-être des habitants sont au cœur des objectifs du Plan de Déplacements Urbains. L'enjeu est de taille car les motifs de déplacements se multiplient, leur nombre s'accroît et les trajets de déplacement domicile-travail s'allongent, et ils se concentrent sur les mêmes horaires. En 2006, les déplacements automobiles constituent près de 60% de l'ensemble des déplacements de l'agglomération. Le centre-ville en est le principal pôle attractif. D'où une concentration des facteurs de pollution (à l'ozone notamment), laquelle est facilitée par l'encaissement global de Metz entre les côtes de la Moselle à l'ouest et le plateau lorrain à l'est, et certaines conditions météorologique favorisantes. D'où également une augmentation des nuisances par le bruit et les entraves à la qualité de vie des Messins lorsque l'espace public est envahi par la voiture, entravant circulation des piétons et des cyclistes, etc.

Les objectifs du PDU sont donc d'infléchir le trafic automobile dans l'ensemble de l'agglomération et surtout dans le centre ville ; favoriser l'accessibilité au centre-ville et les liaisons entre les communes, améliorer la qualité de vie et la sécurité des déplacements ; définir la place de chaque mode de transport, développer les modes alternatifs à la voiture et promouvoir l'intermodalité (covoiturage, autoportage).

Les projets en cours tentent de répondre à ces objectifs : créer un axe de Transport Collectif en Site Propre à l'horizon 2010 (TCSP de 16,5km traversant l'agglomération sur un axe nord / sud-est), avec plusieurs axes aménagés autour de ce TCSP ; parc relais (Woippy, Parc des expositions de Metz Métropole, parc Rochambeau à la sortie de l'échangeur A31 de Metz Nord) ; réorganisation du réseau de voiries et des liens entre les différents modes de transports en commun ; soutien aux plans de déplacement des entreprises.

La place du vélo, comme moyen de transport « propre » (et pourvoyeur d'activité physique) est valorisée par le Plan de Déplacement Urbain avec la création de 4 axes principaux : véloroute le long de la Moselle, axe nord-sud de Woippy à Marly, axe sud-est du centre ville à Mercy, via le Technopôle, axe sud de Metz à Pouilly via le quartier de l'Amphithéâtre. La circulation en centre-ville au sein de la zone piétonnière est désormais acquise.

Le développement du transport collectif est un objectif incontournable pris en compte par le PDU. Le développement en TCSP d'un axe Woippy-Saint Eloy- Metz Borny, en passant par le centre-ville, avec des services vers la ZAC Sébastopol, le Technopôle et le futur Centre Hospitalier de Mercy tend à répondre aux insuffisances de dessertes dont se plaignent volontiers les habitants de Borny ou les étudiants du Technopôle par exemple.

Si l'accès aux bus des personnes souffrant de handicaps moteurs est favorisé par l'aménagement de certains bus par la TCRM, le nombre d'arrêts permettant leur accès semblent encore limité sur les différentes lignes de l'agglomération.

Éléments du diagnostic par catégorie d'âge

La petite enfance

Actions entreprises

Les réalisations en faveur de l'accueil de la petite enfance à Metz (2850 enfants inscrits dans les 25 structures du CCAS et partenaires associatifs) ont donné lieu à la distinction de Metz par l'UNICEF et l'Association des Maires de France comme « Ville Amie des Enfants ».

La politique familiale du CCAS de Metz se décline autour d'une optimisation des moyens d'information des parents afin de répondre au mieux à leurs demandes, et de l'accompagnement à la mission parentale. La centralisation des sources d'information et d'inscription des enfants vers leurs différents modes d'accueil va dans ce sens. Elle est assurée par un pôle unique composé de deux services complémentaires : le service de la Coordination des Modes d'accueil de la Petite Enfance et les Relais Assistantes Maternelles.

Pour répondre aux évolutions de la société, aux besoins diversifiés des parents (et aux impondérables qui émaillent leurs vies), la ville de Metz s'est dotée de structures « multi-accueil » pour combiner divers modes de garde occasionnels et réguliers. Le développement des structures capables de répondre aux « horaires atypiques » de garde, la centralisation des demandes et des inscriptions, tentent de répondre aux exigences des évolutions sociétales : éloignement du lieu de travail, développement des emplois en CDD obligeant à cumuler plusieurs emplois, accroissement du nombre de familles monoparentales, etc. Selon les responsables du CCAS, il est essentiel de développer une gestion de proximité des modes d'accueil des jeunes enfants messins.

Problèmes repérés ou émergents

A côté du développement des actions menées par le CCAS de Metz pour améliorer les modes de prise en charge des familles et de garde de leurs enfants, un certain nombre de points retiennent l'attention des intervenants du secteur familial et social.

Le nombre d'assistantes maternelles agréées dans la ville de Metz, 755 en 2007, apparaît insuffisant pour répondre aux demandes ne pouvant être satisfaites, par choix des parents ou par insuffisance des structures de garde institutionnalisées ou associatives. En particulier, leur répartition dans les divers quartiers de la commune de Metz apparaît encore inhomogène. On note en particulier un déficit dans trois quartiers : Bellecroix, Metz-Nord et la Patrotte.

La coordination entre les services des Affaires scolaires et ceux de la Protection Maternelle et Infantile mériterait d'être renforcée et améliorée. Celle-ci se double d'une difficulté de partage des rôles entre les services médicaux de l'Inspection Académique et la PMI. Les surcharges de travail des différents acteurs rendent délicates la mutualisation des connaissances et des informations et l'élaboration d'actions conjointes et coordonnées.

Enfin, si les taux d'équipement de la CA2M en structures d'aide sociale à l'enfance (établissements d'accueil mère-enfant, foyer de l'enfance) apparaissent proches de ceux du département et de la région, ils restent cependant en deçà de ces derniers. De ce fait, estime la responsable de la PMI, « il existe un vrai problème de placement pour les enfants de moins de 6 ans en situation de danger social ». La multiplication des missions des services incite en effet, *de facto*, à ne « s'intéresser qu'aux situations les plus dégradées ! ». Ce constat valorise encore la nécessité d'un diagnostic partagé entre les divers acteurs sociaux chargés de la famille et de l'enfance, en y incluant le monde associatif. Elle met aussi en lumière la nécessité d'actions coordonnées, dans la plus grande proximité possible avec les habitants de la ville.

La jeunesse

L'étendue des thématiques entourant la jeunesse est si vaste qu'elle réclamerait une attention exclusive pour tenter de cerner les diversités de santé observées, leurs nombreux déterminants et formuler des pistes d'action. Chaque classe d'âge suscite des interrogations particulières. Les problèmes d'un étudiant diffèrent de ceux d'un jeune désertant l'école à 13 ans. Les origines sociale, ethnique, résidentielle des jeunes sont autant de facteurs qui interviennent sur l'appréhension et l'adaptation au monde, sur les difficultés de la jeunesse à se projeter vers l'avenir, et à y trouver leur place à la fois sociale et professionnelle. Les rapports de la population jeune avec leur propre santé ne sont pas univoques. Aussi, dans une perspective de santé globale, il apparaît illusoire de tracer en quelques lignes un état des lieux de la situation sanitaire des jeunes tant sont diverses les situations rencontrées.

L'analyse de la situation de la jeunesse messine risque bien sûr de se focaliser sur ce qui va mal or, bien heureusement, de nombreux jeunes ne présentent pas de difficultés suffisamment prégnantes pour déclencher le recours aux structures d'aide sociale ou socio-sanitaire ! L'analyse qualitative de la situation des jeunes ne reflète pas donc pas la situation de santé de tous les jeunes, elle est biaisée par le filtre informatif qui lui est appliqué.

L'objectif du diagnostic est cependant de repérer des inégalités de santé et des facteurs d'exclusion qui peuvent conduire à une dégradation de la santé...et, inversement, lorsqu'un mauvais état de santé conduit à l'exclusion ! Les acteurs du secteur social et sanitaire de la ville sont dans la proximité des jeunes en difficultés, souvent dans les quartiers les plus défavorisés de la ville. Acteurs de la Mission locale, acteurs de la Mission de la Politique de la ville, membres du tissu associatif, ce sont eux qui s'expriment le plus sur le thème de la santé et qui en constatent le mieux les multiples déterminants. Dans l'action, ils sont aux avant-postes de l'observation concrète des évolutions sociales influant sur l'accès aux soins, sur le rapport au corps et donc corollairement à la santé en général.

Qu'elles soient le fait de la collectivité locale, du département, de la région, des structures institutionnelles, toutes les actions réalisées dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ne peuvent être envisagées à ce stade du diagnostic. Nous nous attacherons à quelques éléments qualitatifs émanant de l'expérience des acteurs de terrain rencontrés. Indépendamment des études spécifiques menées autour de la jeunesse, ces appréciations faites dans la proximité quotidienne des jeunes en difficultés sont importantes car les données objectives et quantitatives concernant la jeunesse sont rares, a fortiori lorsque le territoire d'analyse est étroit. Il s'agit donc là de formuler des observations qualitatives sur la santé des jeunes telle que celle-ci est perçue dans les quartiers sensibles de Metz, par des professionnels de terrain, non spécialistes médicaux, sans avoir la prétention d'en cerner toutes les nuances et richesses.

Problèmes repérés ou émergents

Quels que soient les groupes d'âge considérés, l'axe santé est toujours présent dans les quartiers défavorisés. Il l'est bien évidemment aussi pour ses populations les plus jeunes dont la vulnérabilité, parfois violente, a alimenté les débats et les unes médiatiques. Qu'il s'agisse du nombre d'accidents corporels enregistrés dans ces secteurs, de la prévalence de l'alcoolisme, de l'usage et/ou du commerce de drogues, les liens entre secteur défavorisé, précarité sociale et processus morbides restent d'actualité, à Metz comme ailleurs. De grands plans d'action en faveur des quartiers et de leurs jeunes sont en œuvre, particulièrement à Metz-Borny. L'ampleur des problèmes de la jeunesse continue de mobiliser tous les acteurs du monde social et associatif par un lent travail de terrain, sans cesse à renouveler aux dires des acteurs, mais qui se fait dans un climat de collaboration étroite. Tous les secteurs tentent d'être touchés : le social, le sanitaire, le mental, la prévention de la délinquance. Les difficultés de la jeunesse des quartiers restent cependant problématiques et évolutives. Les réponses qui y sont apportées sont ressenties comme toujours décalées dans le temps et souvent fragiles dans leurs résultats.

De fait, dans les discours de la Mission Locale et de la Politique de la Ville, le mal-être des jeunes revient comme un leitmotiv. Il s'agit selon eux d'un phénomène évolutif marquant de ces dernières années. Celui-ci déborde la mesure habituelle du mal-être de l'adolescence, avec son opposition à l'autorité, l'affirmation du moi par la revendication, la demande d'indépendance et de liberté. Dans ce mal-être pointé par les interlocuteurs s'ajoutent un sentiment d'environnement très morose et négatif, une projection de plus en plus malaisée vers l'avenir, une tendance au décrochage des relations sociales avec isolement consécutif des jeunes.

Pour la population en contact avec la PAIO ou la Mission Locale de Metz, l'appréciation générale est inquiétante : « les jeunes ont de grosses pathologies ! ». Et ce phénomène apparaît toucher les jeunes de plus en plus tôt dans le cours de l'adolescence, voire dès la préadolescence. L'absentéisme scolaire dès l'âge de 13-14 ans est considéré par exemple comme de moins en moins rare. Il peut constituer la première marche vers l'exclusion, marquer le début de l'errance, du deal, de la consommation d'alcool et/ou de drogues, du recours au jeu... avec les embrouilles violentes qui peuvent en découler (5 à 6 morts impliquant des mineurs sont survenus en 18 mois dans le secteur de Borny). Mais la fuite vers la délinquance ou l'addiction (qui stigmatisent volontiers ces quartiers et leur jeunesse) n'est pas le seul mode d'expression du mal-être. D'autres comportements symptomatiques d'une certaine forme d'isolement ou de mal-être sont évoqués : prostitution des jeunes hommes et femmes (centre ville et quartier de la Gare), recul du militantisme des femmes (renoncement à une carrière, acceptation des violences considérées comme normales), surconsommation de jeux vidéo (risque de confusion entre réel et virtuel), le tout sur un fond de dilution des repères familiaux (familles éclatées, recomposées, monoparentales...), de violences intrafamiliales... et d'image de soi dévalorisée.

Les difficultés scolaires de la jeunesse des quartiers, la fréquence de leur décrochage précoce du circuit éducatif rejailit sur les possibilités d'insertion sociale et professionnelle. La majorité des jeunes en contact avec la Mission Locale sont de niveau V ou VI. Or, selon cette dernière, les formations, les circuits d'apprentissage organisés par l'AFPA, ou s'intégrant au cadre du programme CIVIS, font parfois l'objet d'un arrêt en cours de route. Il arrive même que des offres de contrat en CDI soient refusées par des jeunes parce qu'ils sont rattrapés par leur histoire familiale. En cas de décrochage, l'accompagnement vers l'insertion est à reprendre à zéro. « Il n'y a pas ou peu de jeunes bien dans leur peau ! » estime la Mission Locale à propos des jeunes ayant recours à ses services. Mais cette vision pessimiste ne doit pas cacher les réels succès des actions entreprises dans les quartiers de Metz-Borny et Metz-Nord, dans le domaine de la formation avec l'implication des partenaires du quartier (chantiers d'insertion, Régie propreté, actions de formation spécifiques pour les femmes, etc.) ; dans le domaine de l'accompagnement renforcé (programme CIVIS, actions à partir du Fonds pour l'insertion professionnelle des jeunes (FIPJ), programmes personnalisés d'accompagnement à l'emploi).

Quantifier et évaluer la répercussion du mal-être des jeunes sur leur santé est malaisé. Le suivi médical des étudiants (SUMMPS et bureau d'aide psychologique pour les étudiants (BAPE) ne touche pas tous les étudiants. Dans les quartiers, selon les travailleurs sociaux, beaucoup d'enfants et d'adolescents n'ont pas de véritables suivis médicaux. Il est difficile d'inciter les adolescents à un simple bilan de santé. Le recours à l'aide psychologique, associative (La Clé) ou institutionnelle (CMP) n'est pas longtemps poursuivi. L'accès aux soins lui-même apparaît problématique, pour des raisons économiques (nombreuses aides de la Mission Locale pour les demandes de CMU), mais aussi parce que l'emploi de la CMU apparaît stigmatisant. Si, selon la responsable de la Mission Locale, les jeunes « consomment » du médical, ils le font rarement dans une perspective de recherche de bien-être. Les jeunes en contact avec la Mission Locale ne pratiquent guère de sports d'ailleurs, malgré les facilités d'accès et l'importance des structures sportives messines.

Le lien entre difficulté socio-économique et représentation positive du corps a d'autres incidences, pondérales par exemple. L'alimentation des jeunes souffre, comme celle de leurs aînés, d'un équilibre défavorable induit par la relation inverse existant entre bourse peu garnie et nutrition hypercalorique et riche en graisses. Mais en parallèle de ce que l'on observe pour les rythmes de sommeil des jeunes avec inversion par rapport aux rythmes sociaux habituels, ce qui se dégage est une perturbation associée très fréquente des rythmes alimentaires chez les

jeunes. Le temps du repas n'est plus un temps privilégié de rencontre familiale et sociale, un certain nombre de jeunes mangent n'importe quand, simplement quand la faim les tenaille.

Les acteurs sociaux des quartiers notent une tendance à l'alcoolisation de plus en plus jeune. Si celle-ci devient rarement chronique, comme dans l'ensemble du territoire il est noté une tendance à l'alcoolisation massive, sur un mode aigu, le week-end, avec une recherche d'ivresse rapide par un mélange d'alcools souvent associés au cannabis.

La lutte contre la toxicomanie est un pan important de l'action en faveur de la jeunesse. La prévalence de l'usage problématique de drogues sur l'agglomération messine en 2005 est plus importante à Metz (13,9 pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans) que dans les communes avoisinantes de la CA2M. Surtout, l'estimation de la prévalence messine se situe à un niveau identique à celui observé dans quatre autres plus grandes villes de France (Lille, Marseille, Toulouse, Lyon). La lutte contre la toxicomanie à Metz fait l'objet d'un dispositif coordonné d'interventions en toxicomanie associant aide médicale au sevrage (centre des Wads), prévention (service en amont du CMSEA), des points accueil écoute jeunes et parents (PAEJP), accueil et services ambulatoires sans hébergement (CCST « Porte des Allemands »), et observatoire. En 2006, ce dernier constatait sur le site de Metz et dans les milieux festifs : une image toujours positive auprès des jeunes du cannabis, une accentuation de la consommation d'héroïne, une toujours aussi grande diffusion hors prescription du Subutex® qui est injecté, enfin et entre autres une certaine banalisation de l'usage de cocaïne¹.

Les actions santé mises en œuvre dans les quartiers ou au sein de l'université sont variées : toxicomanie, dépendances, prévention du suicide, nutrition, femmes et violences, prévention des risques des produits psycho-actifs dans l'entreprise. Mais certaines actions utilisent des voies détournées pouvant être complémentaires : action sur l'insertion des jeunes du quartier par le CUCS tout en favorisant une prise de conscience collective sur l'hygiène (Régie Propreté).

Les messages à visée sanitaire ont cependant du mal à être appropriés par les jeunes. Le phénomène est national : on constate par exemple une baisse des mesures de protection sexuelle face au Sida et aux maladies sexuellement transmissibles depuis les réussites de la trithérapie ; l'accès à la contraception est grandement facilitée mais il n'empêche par le recours à l'IVG.

Dès lors, la plupart des intervenants s'accordent sur la nécessité d'agir sur les comportements des jeunes par une triple action, sociale, éducative et sanitaire. La réussite des messages doit s'appuyer sur une véritable politique de communication adaptée au public visé et faire appel à des personnes-relais et aux acteurs associatifs de proximité (association messine de médiation sociale par exemple). La place de l'école comme vecteur de réussite éducative, comme opportunité de brassage social et donc de création de lien social, devrait également être valorisée comme lieu d'investissement des parents.

Les personnes âgées

Enjeux et actions entreprises

A l'instar de l'évolution démographique nationale et de l'arrivée à l'âge de la retraite des personnes nées dans le baby-boom de l'après-guerre, la problématique du vieillissement de la population touche le territoire messin. Le scénario OMPHALE estime la progression du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus à +55% entre 1999 et 2010 dans le seul territoire de santé et de proximité de Metz² (contre + 45% pour la région). Cette progression devrait s'infléchir entre 2010 et 2020 à +7%.

¹ CMSEA, ORSAS Lorraine, OFDT. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Tendances récentes sur le site de Metz. Novembre 2007

² Le Territoire de santé et de proximité de Metz (TSP 6) est représenté pour 61% par la communauté d'agglomération Metz métropole.

L'enjeu des années à venir est de pouvoir répondre à l'évolution du vieillissement de la population, et notamment de pouvoir répondre à la croissance des situations individuelles de dépendance. Mais, dans une perspective d'équilibre entre les générations, il est aussi vital pour les territoires messins, mosellans et lorrains de développer des perspectives à la fois économiques et sociales suffisamment attractives pour favoriser l'arrivée des jeunes.

L'enjeu prospectif du vieillissement intéresse particulièrement la commune de Metz. Les taux d'équipement en lits de maisons de retraite, de foyers-logements de la communauté d'agglomération messine situent favorablement cette dernière par rapport aux territoires départemental et régional. La concentration des personnes âgées dépendantes sur la ville de Metz tient à l'attraction qu'elle exerce par son offre en structures de soins et d'hébergement.

Plus de la moitié des personnes âgées bénéficiaires de l'aide aux personnes âgées à domicile (APA) résident à Metz. L'aide à domicile vers les personnes âgées se développe grâce au tissu associatif (AMAPA, association seniors du temps libre...) en collaboration avec le CCAS et le Conseil général (aide-ménagère, portage de repas, placement familial, repas dans les foyers-restaurants, téléassistance, etc.). Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) est assuré par l'Hôtel de Gournay situé en centre ville. Une carte repas, délivrée par le CCAS permet aux seniors de bénéficier des services des foyers-restaurants ou portage de repas à prix dégressif en fonction de leurs ressources.

Depuis 2004, le dispositif « Plan Canicule », après les événements de 2003, est en charge du Centre communal d'Action Sociale, par décision de la municipalité. Il vise à recenser les personnes âgées et les personnes handicapées isolées à leur domicile (inscription sur la base du volontariat et numéro vert solidarité). Un service médical solidarité personnes âgées permet également de repérer et d'intervenir auprès des personnes isolées à domicile, avec le souci d'une coordination des actions des différents intervenants.

L'âge d'entrée dans la dépendance physique, nécessitant un placement en structures appropriées (EHPAD), recule dans l'hexagone. Favoriser l'épanouissement physique, intellectuel et social des personnes âgées d'un âge inférieur constitue un enjeu de taille pour préserver et améliorer leur bien-être mais aussi pour reculer autant que faire se peut la survenue de la dépendance (IMRA : institut Mosellan pour une Retraite Active). En liaison avec le CCAS qui milite en faveur d'un fonctionnement en réseau du tissu associatif pour seniors, 28 clubs seniors se répartissent dans la ville. Le renforcement de l'animation des territoires, soutenu par le Conseil Général, repose en grande partie sur la connaissance de terrain qu'ont les associations locales.

Par ailleurs, des actions-santé sont organisées en direction des seniors messins par le CCAS et le service d'hygiène et de santé de la ville : actions sur le maniement de l'euro, sur l'équilibre des personnes âgées ou leur déplacement dans la ville en qualité de piéton.

Problèmes repérés ou émergents

La politique du Conseil Général s'oriente vers la création de nouveaux lits d'hébergement des personnes âgées vers les bassins où se concentre la population âgée plus que sur une couverture de l'ensemble du territoire. La prise en charge permanente des personnes âgées en situation de dépendance mentale pose des problèmes particuliers. Avec 169 lits sur le territoire de la CA2M, dont 93 à Metz, la prise en charge en hébergement des personnes souffrant de maladies d'Alzheimer s'est quantitativement améliorée mais elle est estimée encore insuffisante en matière de soutien en faveur des aidants familiaux (développement des hébergements temporaires) et d'aide psychologique apportée aux familles.

Favoriser le maintien à domicile reste un enjeu à la fois social et financier qui passe par une augmentation du « panier de services » offert à la population (PASS senior), afin d'accompagner les seniors à domicile dans tous les secteurs de leur vie (aides diverses à domicile, aide aux déplacements, ergonomie des intérieurs, etc.). Cet objectif passe aussi par le développement des services de soins infirmiers à domicile dans la ville de Metz et par une meilleure coordination pour favoriser des passerelles entre vie à domicile et vie en institution : développement de l'accueil de jour, des gardes de nuit permanentes, du portage des repas (on constate une baisse du succès des restaurants seniors au profit du portage des repas).

Le maintien à domicile des personnes âgées doit se penser également en termes d'habitat transgénérationnelle, d'accessibilité aux logements ou aux édifices publics, de déplacement dans l'espace public, de participation active à la vie de la cité. Ces problématiques rejoignent en fait celles suscitées par la vie quotidienne des personnes souffrant d'un handicap.

Pour favoriser le bien-être des aînés dans la ville, les connaissances de terrain du réseau associatif sont essentielles. Le partenariat de la ville avec les clubs seniors demanderait à être accentué dans certains domaines, celui de la culture par exemple ou dans celui de l'activité physique. Par ailleurs, même si les quartiers ne sont pas hermétiques entre eux, la répartition de ces clubs souffre d'un déséquilibre relatif au sein de la ville : l'ancienne et la nouvelle ville (3 clubs chacun), Sablon (4 clubs), Borny (4 clubs) sont proportionnellement mieux pourvus que les secteurs de Bellecroix (1 club), de la Patrotte (2 clubs), de Queuleu (2 clubs) ou de Vallières (2 clubs). La proximité du réseau de soutien constitue l'un des garants du vieillissement harmonieux des Messins.

Pour donner de la cohérence aux diverses actions de la ville en faveur des personnes âgées, les responsables du CCAS émettent l'idée d'une « délégation santé » susceptible de permettre un travail aussi transversal que possible. Sont alors évoqués le domaine de l'habitat, de la culture, du handicap lié au vieillissement, de l'aide à domicile, du développement de l'expérimentation de nouveaux services de proximité et d'animation gérontologique, liste non exhaustive.

Enfin, les responsables du secteur associatif d'hébergement des personnes en situation sociale difficile, soulignent la question du devenir face au vieillissement des personnes migrantes ou sans domicile fixe.

Les personnes en situation de handicap

Actions entreprises

Lors de la constitution du diagnostic, la question du handicap a été posée à tous les acteurs de la ville. La problématique du handicap déborde en effet la limitation physique au déplacement ou pour les actes élémentaires de la vie. Elle englobe en effet celle du vieillissement de la population, mais aussi et parallèlement celle de l'augmentation des causes de morbidité avec incidence motrice ou sensorielle : accroissement de la prévalence du diabète dans la population, progrès de la médecine traumatologique, troubles sensoriels liés à l'emploi prolongé de baladeurs ou autres d'écrans d'ordinateur, etc. La cité doit donc se préparer à l'accroissement des handicaps, sous toutes leurs formes et ceux-ci ne se limitent pas aux personnes répertoriées comme souffrant d'un handicap.

Avec les interventions très transversales de la Mission Handicap auprès des divers services de la ville, et les obligations de la Loi sur le Handicap de février 2005, l'accessibilité des bâtiments publics de la ville s'est améliorée à Metz et devient une dimension prise en compte naturellement dans les bâtiments publics (mairies, bâtiments administratifs, écoles, structures sportives) et les réflexions d'aménagement urbain : musées, Arsenal, Centre Pompidou, etc. La prise de conscience collective face à la différence est en bonne voie. De nombreux partenariats sont engagés avec l'école, les instances responsables du tourisme, le Conseil Général notamment en vue d'améliorer la qualité des citoyens atteints d'un handicap. Le mouvement doit cependant s'amplifier.

Problèmes repérés ou émergents

Le problème du handicap est surtout à venir, pour les raisons non exhaustives évoquées précédemment. Une ville en santé devrait ainsi tenter d'anticiper les effets émergents du vieillissement de la population et de la croissance des handicaps. Tout le monde en réalité peut être touché par le handicap à un moment ou à un autre de sa vie. En dépit du coût généré par cette prise en compte de la limitation sous toutes ses formes, il s'agit pour la municipalité d'anticiper, d'intégrer la dimension handicap dans toutes ses décisions, qu'elles soient de nature technique, démocratique ou sociologique.

Il s'agit donc là d'un lent processus qui doit prendre en compte des déficiences extrêmement variées aussi bien dans leur nature que dans leur degré d'importance. Si l'accessibilité des édifices publics ou des transports progresse dans la ville, les difficultés de déplacement des personnes souffrant d'un handicap sensoriel doivent être encore mieux prises en compte et anticipées : taille des panneaux d'affichage, trottoirs franchissables, bandes de guidage au sol, feux sonores, par exemple.

L'amélioration de l'habitat destiné aux personnes souffrant de handicap fait également partie des préoccupations qui demanderaient à être amplifiées. On constate en effet un retard en matière de domotique, d'ergonomie des logements, ou de créations de logements capables d'anticiper l'émergence des handicaps. Par ailleurs, en matière d'accessibilité des logements sociaux, l'absence de données des bailleurs limite l'évaluation de la progression de l'accessibilité de tous des logements proposés (cartes d'accessibilité dans la ville).

Enfin, le partenariat entre les associations représentatives des handicapés et les acteurs territoriaux est jugé comme minimal et devrait être amplifié. Dans le domaine du sport pour personnes handicapées par exemple, la logique du bâti, de l'accessibilité aux structures, prédomine aux dépens de la valorisation de l'image positive du handicap ou de la collaboration incitative avec les associations pour sensibiliser le public « à la différence », mais aussi à son acceptation comme une composante habituelle de la vie de la cité. Nous avons eu l'occasion à ce propos de citer la perte de vitesse en nombre d'adhérents des rares associations tournées vers le sport des personnes handicapés à Metz.

Indicateurs disponibles pour le diagnostic santé

La collecte d'indicateurs susceptibles de participer à l'appréciation de l'état de santé d'une ville relève de deux questions complémentaires : quels sont les indicateurs facilement et régulièrement mobilisables et que veut-on véritablement observer ? A ces questions s'en ajoutent deux autres : quelle est l'échelle territoriale à atteindre et comment les indicateurs disponibles peuvent-ils objectiver les situations de santé rencontrées dans le territoire choisi ?

Afin de repérer des inégalités de santé, l'observation retenue par le Comité de Pilotage avait pour objectif d'opérer des comparaisons entre plusieurs niveaux d'analyse : situation de la CA2M par rapport aux territoires départementaux, régional et national ; situation de Metz par rapport aux autres communes constitutives de la communauté d'agglomération ; et enfin, essai de caractérisation des situations de santé au niveau infra-communal avec comparaison des quartiers entre eux.

Or, les différences de territorialisation des données institutionnelles constituent une difficulté délicate à surmonter. Les zones d'emploi ne se superposent pas aux bassins de vie, l'aire urbaine ne se superpose pas plus au territoire de la communauté d'agglomération, le découpage en bassins d'éducation de l'Inspection Académique ne coïncide pas avec les zonages d'actions du Conseil Général pour ne citer que quelques exemples bien connus. L'hétérogénéité des découpages administratifs complique ainsi la mise en homogénéité des données collectées ou mobilisables.

S'agissant de descendre à une échelle territoriale fine, l'objectif du diagnostic santé étant de cerner les disparités de santé, la définition territoriale retenue pour l'analyse infra-communale a été le découpage de la ville en îlots IRIS, au sens INSEE du terme, avec regroupement secondaire de ces îlots en « quartier », un découpage proche des limites communales définissant les quartiers de la ville. Ce découpage présente l'avantage de pouvoir mobiliser les informations démographiques, économiques et sociales auprès des détenteurs institutionnels de

ces données, INSEE ou Caisse d'Allocations Familiales notamment. La limite des indicateurs retenus pour cette analyse territoriale fine réside cependant dans la fréquence des phénomènes étudiés : plus le territoire est petit et plus ces phénomènes sont rares et perdent de leur significativité (ou exposent au secret statistique).

D'autre part tous les indicateurs retenus et mobilisables pour caractériser un état de santé ne peuvent être construits à l'échelon de finesse retenu. Les données de mortalité par exemple ne sont disponibles qu'en fonction de la commune d'enregistrement du décès ou de la commune de domicile de la personne concernée : elles ne peuvent donc faire l'objet que de comparaisons entre communes, et avec les échelons départemental, régional et national. Les données de morbidité hospitalière issues du PMSI s'appuient elles sur le code postal, et l'utilisation de ce dernier ne permet pas de repérer des disparités en fonction des quartiers, pas plus que ne peuvent le faire les données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Enfin, l'appréciation de l'activité elle-même des établissements hospitaliers publics souffre d'une incapacité statistique à pouvoir scinder ce qui revient à l'activité respective des deux hôpitaux partenaires du CHR, celui de Bon Secours et celui de Metz.

En raison des diverses limites apportées à la collecte et à l'analyse des données institutionnelles, certains thèmes et/ou appréciations finement territorialisées ne peuvent donc être traités du seul point de vue quantitatif. Ils nécessitent une approche qualitative complémentaire auprès des acteurs de la ville et la mobilisation des éventuelles données quantitatives disponibles au sein de leurs services.

Peu de données quantitatives sont mobilisables auprès des services pour aider à caractériser la situation de santé de la ville et des messins.

Les missions spécifiques de chaque service, les différents secteurs d'activités dont ils ont la charge ne prédisposent pas les directions techniques à collecter consciemment des informations utilisables pour approcher quantitativement les situations de santé qu'ils observent ou pourraient observer sur le terrain de prédilection de leurs fonctions. Leur représentation de la santé règle en partie le degré d'implication possible du service communal dans une problématique de santé. Une focale différente et propre à leur activité explique en partie le constat relatif à la parcimonie de données chiffrées, explicitement mobilisables pour étayer le diagnostic.

La plupart des services rencontrés travaillent à constituer des indicateurs pour suivre et évaluer leur propre activité, évaluer le degré de satisfaction des citoyens et tenter de répondre aux problématiques qui se posent à eux : indices de fréquentation des équipements sportifs par exemple, essai de caractérisation des personnes utilisant tel ou tel service communal, exploration des indicateurs possibles qui permettraient d'approcher l'évolution des activités proposées et utilisées, pour n'en citer que quelques-uns. D'autres services collectent des données destinées à améliorer la connaissance de l'impact de leurs prestations : le service des affaires scolaires essaie ainsi d'évaluer le degré de satisfaction des menus proposés aux enfants dans les cantines par l'appréciation empirique de la vacuité des assiettes après repas.

Toutes ces approches relèvent d'une évaluation administrative à la fois normale et indispensable dont la finalité est d'optimiser fonctionnement et impact de leurs actions auprès de la population. Mais cet abord évaluatif n'a guère de connotation sanitaire puisque cette préoccupation n'entre pas directement dans les attributions des services.

Pourtant, si l'on se réfère à l'idée de santé globale de la ville et de ses habitants, parmi les indicateurs de suivi des activités de chaque service, ou parmi les informations qualitatives ou événementielles recueillies lors des entretiens, un certain nombre de données pourraient être mobilisables dans le cadre du suivi d'une politique de santé.

Certains indicateurs, destinés à suivre les activités techniques de la ville, ou des phénomènes rencontrés dans chaque service, peuvent être formulés pour participer à l'évaluation de l'impact d'une politique de santé communale.

Dans le cadre d'une politique de santé, choisir un indicateur n'est pas une opération neutre et aisée puisque ce dernier doit servir à apprécier un phénomène déterminé, à suivre son évolution et par là même à évaluer l'impact des choix et actions politiques mis en œuvre sur l'item ciblé.

Or, en amont des stratégies qui pourraient être initiées par le Comité de Pilotage à l'issue du diagnostic, des indicateurs de santé sont d'ores et déjà à la portée des services communaux, pour peu qu'ils soient recueillis et formulés (protocolisés) afin de servir à apprécier telle ou telle dimension de la santé dans la cité. Nous ne ferons qu'en citer quelques-uns.

S'il est intéressant, dans une préoccupation de santé publique, de constater dans l'environnement scolaire des dépôts sauvages de seringues, la comptabilisation et la localisation de ces ramassages est une façon de quantifier le phénomène des pratiques toxicomaniaques aux abords ou dans les lieux publics. C'est aussi une manière d'évaluer les risques générés par ces pratiques aussi bien pour les enfants que pour les personnels communaux.

Parlant de l'accès aux équipements sportifs ou culturels, les indices de fréquentation font partie des indicateurs habituellement recueillis pour apprécier l'attractivité et le succès des manifestations ou structures proposées (nombre d'abonnements au théâtre, aux bibliothèques, etc.). Mais la connaissance, par exemple, de l'origine résidentielle des participants ou acteurs pourrait participer, outre l'évaluation de la consommation de produits sportifs ou culturels, à répondre à des questions comme : qui consomme ces produits culturels ? Qui participe aux écoles des sports ou utilise les équipements sportifs ? Quel est le groupe d'âge préférentiel pour telle ou telle activité, et a contrario lequel ne les consomme pas ? Que font en réalité les jeunes en matière d'expression culturelle ou sportive ? Lors des entretiens avec les responsables de la Mission Locale, il s'avère que de nombreux jeunes en difficultés ne pratiquent aucun sport : comment quantifier le phénomène et évaluer son évolution sous l'effet d'une action facilitatrice et incitatrice ?

Au niveau environnemental, de nombreux indicateurs sont déjà utilisés pour apprécier l'évolution de la qualité de l'air, celle de l'eau ou la quantité et la qualité des espaces verts disponibles par habitant. Dans le cadre d'une Ville-Santé, d'autres peuvent être formulés pour aider à apprécier la qualité de vie offerte aux habitants par la commune. Par exemple : nombre de bancs publics, nombre de kilomètres de voies piétonnières ou de pistes cyclables, nombre de feux sonores pour les déficients sensoriels, métrage des bandes-reliefs au sol pour les déficients visuels, liste bien évidemment non limitative.

Dans ce cadre de la déficience physique et sensorielle, une quantification de la progression des actions de la municipalité au regard des obligations de la Loi Handicap de février 2005 fait partie des indicateurs possibles. Bien sûr cela permet de connaître le degré de satisfaction de la municipalité au regard du cadre réglementaire mais, au-delà, ces indicateurs sont utiles pour apprécier la qualité de vie de ces citoyens : état des lieux et progression cartographiée de l'accessibilité des bâtiments publics mais aussi de l'habitat social (dont les données sont peu accessibles), emploi des personnes ayant un handicap dans la fonction territoriale, nombre d'agents de la fonction territoriale en contact avec le public capables d'échanger dans le langage des signes, éventail des plages horaires permettant l'accès des personnes handicapés aux structures sportives...

Dans le domaine du social mais aussi du sanitaire, les regards des services sont complémentaires. Chaque service appréhende la ville selon sa sphère d'activité. Le problème des sans domicile fixe par exemple relève bien évidemment des cellules de veille sociale, des acteurs de l'hébergement d'urgence, et des services sociaux. Mais à bien y regarder, avant d'entrer en CHRS, les conditions de vie de ces SDF intéressent aussi les services d'hygiène et de propreté de la ville et par là-même la municipalité. Combien y-a-t-il de sanisettes gratuites sur le domaine public, pouvant permettre aux personnes en errance d'accéder à un minimum d'hygiène ? Quels sont les lieux, éventuellement du domaine public, qui permettent de se soulager ou de se laver sans bourse déliée ? Quels sont, dans un autre domaine, les manières d'appréhender les phénomènes de prostitution dans la ville, notamment dans le quartier de la gare : y-a-t-il des indices identifiables par l'activité même des services de la ville ?

CONCLUSION

La notion de bien-être dans la ville est une préoccupation constante des grandes villes. A Metz, cette préoccupation se manifeste par les attentions portées à l'environnement, sa préservation, à l'embellissement de la ville, mais aussi à des processus de refondation structurelle des quartiers en difficultés (Grand Projet de Ville). En œuvrant de façon multidimensionnelle pour désenclaver les quartiers sensibles en matière d'emploi (Politique de la Ville, Contrat Urbain de Cohésion Sociale), de logement, d'habitat, d'environnement écologique, de transport, de soutien social, d'ouverture au sport, etc., les acteurs territoriaux participent à la santé globale de la ville. A l'échelle urbaine, chacune de leurs actions spécifiques concourt au bien-être des citoyens. Mais le lien direct entre actions municipales et santé de la population ne constitue pas encore un moteur consciemment admis, notamment pour les acteurs les plus éloignés des populations en difficultés.

La ville de Metz ne présente pas globalement et objectivement l'état de santé le moins défavorable de la communauté d'agglomération. Toutefois, les zones d'ombre messines en matière de données de santé coïncident précisément avec les secteurs où se concentrent majoritairement les ménages en situation de précarité socio-économique. La santé ne peut être écartée d'une réflexion générale sur les inégalités et les ruptures sociales. Les liens complexes entre pauvreté, environnements sociaux, familiaux, éducatifs ou professionnels défavorables, et fragilité ou dégradation de la santé mentale et physique ne sont plus à démontrer. Le gradient social s'exprime aussi bien dans la mortalité que dans la morbidité, mais également dans l'accès aux soins. Or l'écart entre les populations défavorisées et privilégiées s'accroît.

Mais si on change de point de comparaison et qu'on resitue Metz et la CA2M dans l'ensemble français, le diagnostic change d'orientation, car Metz présente alors des indicateurs plutôt défavorables qui situe la ville parmi les régions présentant le plus mauvais état de santé mesuré à l'aune exclusif des indicateurs de mortalité et de morbidité. Le diagnostic changerait certainement si l'on disposait d'indicateurs sur la qualité de la vie.

Pour lutter contre les inégalités de chances de santé, il est aujourd'hui essentiel de pouvoir mieux appréhender la santé réelle des populations en situation de fragilité sociale ou socio-sanitaire, et ce dans tous les quartiers de la ville. Certes les données relatives à la pauvreté et la précarité permettent d'avoir des arguments de présomption quant à l'état de santé de la population de tel ou tel quartier. Certes celles relatives à la CMUC peuvent être déclinées par quartier, complétant ainsi les données de précarité socio-économique. Mais les informations statistiques sanitaires réellement disponibles au niveau infra-communal restent pauvres voire inexistantes. Les analogies socio-économiques constatées entre la commune de Woippy et les quartiers de Metz ne constituent qu'une supputation d'analogies sanitaires. Sur un certain nombre de domaines de connaissances relevant des compétences des caisses d'assurance maladie notamment, ***il serait ainsi souhaitable de travailler avec les détenteurs de données sur un codage des zones domiciliaires des patients*** pour mieux approcher les éléments de morbidité dans les différents quartiers de Metz (admissions en affection de longue durée, consommations de soins)

Le diagnostic santé de la ville met en lumière par ailleurs des particularités de santé messines qui, même relatives par rapport à d'autres communes de la CA2M, demanderaient à être analysées de manière ciblée. Ces particularités ne peuvent être situées pour l'heure au sein des différents quartiers de la ville. Toutefois, elles pourraient donner lieu à des actions globales sur tout le territoire de la commune.

Par exemple, la surmortalité des Messines par cancer du poumon (par rapport à la France) doit être rapprochée de la différence significativement supérieure de fumeurs et fumeuses résidant à Metz par rapport à la Lorraine. D'autant que le tabagisme est aussi un facteur avéré de risque cardiovasculaire au même titre que le surpoids, la sédentarité, le stress psychosocial, les troubles de la glycémie et du métabolisme des graisses. Or on sait que la mortalité féminine des Messines est dominée par les affections cardiovasculaires.

Les acteurs de santé messins pourraient donc initier ou s'inscrire activement dans des campagnes de lutte contre les facteurs de risques cardiovasculaires : sensibilisation à ceux-ci, évaluation des risques individuels, incitation dynamique et coordonnée à une prise en charge ne relevant pas exclusivement du système médical (actions concrètes de terrain tendant à augmenter l'exercice physique, ou à favoriser une nutrition équilibrée tout en adaptant les messages aux réalités socio-économiques des cibles visées).

Au-delà, la nécessité d'une promotion accrue de l'activité physique par la ville relève de constats associés du diagnostic : la tendance au tabagisme, au surpoids ou à la sédentarité des Messins doit être mise en perspective avec une offre en structures sportives qui semble s'essouffler (surréservation des créneaux d'utilisation et vieillissement prématuré des locaux), mais aussi avec la faiblesse relative des effectifs d'enfants touchés par les écoles des sports messines par exemple (10%). **La conjonction entre une information sanitaire, d'où découle un besoin identifié, et une réalité d'offre censée couvrir ce même besoin doit interroger sur les structures en place ou souhaitables.** Elle doit aussi interroger sur l'opportunité qu'il y aurait à utiliser ces structures pour véhiculer des messages de santé avec l'aide des associations, et pour, dans le même temps, favoriser des pratiques naturellement favorables à la santé et au bien-être de toutes les couches sociales.

Au niveau de la santé mentale, dans les quartiers messins précarisés notamment, la fréquence du mal-être des jeunes mais aussi des populations en situation de pauvreté sociale représente un leitmotiv de tous les acteurs de proximité. Nous avons relevé par ailleurs la fréquence des décès par suicides des Messines. Le maintien du lien social, l'écoute, le dialogue constituent des déterminants positifs de santé mentale. **La création d'un réseau local de santé mentale permettrait de favoriser et de coordonner les actions de type communautaire et ou associatif en matière de santé psychologique** (favoriser les ressources d'associations centrées sur ce type de problématique, mais parfois aussi servir de porte-parole aux associations pour obtenir les recours nécessaires en professionnels de la santé mentale: « la clé » par exemple).

La prévalence de la toxicomanie à Metz est analogue à celle de villes de plus grande importance (Lille, Marseille, Lyon). **La problématique des addictions (drogues illicites) mais aussi des alcoolisations précoces chez les jeunes messins ne peut être ignorée. Elle pourrait bénéficier d'une approche transversale : par exemple par le biais d'un pôle de ressources centré sur la problématique de l'usage de produits addictogènes** par les jeunes et sur leurs déterminants. Outre le rôle d'information que celui-ci pourrait avoir en amont des addictions (dans les écoles, les écoles du sport, les MJC, les quartiers sensibles), il pourrait coordonner des actions d'incitation à l'exercice physique et au sport chez certaines populations exposées au risque addictif, valoriser les préoccupations et activités culturelles créatrices des jeunes, le tout en partenariat avec les structures associatives de terrain.

Par ailleurs, chez les plus jeunes, on observe un « passage à vide » dans le suivi médical institutionnel des enfants. Entre l'examen par la PMI des enfants de 4 ans entrant en maternelle et celui pratiqué par les services médicaux de l'Inspection Académique en 6^{ème}, il n'existe pas de niveau de dépistage intermédiaire. Or c'est souvent pendant cette période de la vie que se façonnent les premières conditions d'une santé future. **La création d'un système d'observation de la santé des jeunes enfants scolarisés dans les maternelles et cours élémentaires de la ville** pourrait favoriser un processus de création, de partage des informations socio-sanitaires, et de coordination des actions, en partenariat avec les parents d'élèves et les associations.

De nombreux problèmes de santé peuvent se régler par d'autres moyens que ceux appliqués par la médecine. Lutte contre l'habitat insalubre, contre les nuisances sonores ou environnementales, amélioration de la qualité nutritionnelle des cantines, développement du soutien social (en favorisant le monde associatif de proximité et sa participation aux enjeux sous-jacents de santé publique), ne sont que quelques axes possibles, et souvent déjà engagés, des actions municipales pouvant concourir à la santé. Mais, **à l'échelle de la fonction publique territoriale, les actions de santé tendent à être fragmentées, elles manquent de visibilité faute d'un projet transversal et porteur axé sur la thématique santé.** La

municipalité n'a pas de compétences directes à l'égard de la santé si l'on s'en tient à la définition de la santé comme absence de maladie. En revanche, parce qu'elle est au contact des réalités locales, **la municipalité peut, dans le cadre d'un programme santé, jouer pleinement un rôle moteur et de coordination des politiques locales et régionales**, et engager une véritable dynamique transversale de concertation entre les divers acteurs territoriaux, institutionnels, professionnels du circuit sanitaire, social, mais aussi éducatif, sans oublier la participation active des citoyens eux-mêmes. **Pragmatiquement, dans le cadre d'une ville-santé, l'engagement de la ville en tant qu'acteur de santé doit être effectif et visible** : partenariat actif et incitateur avec les acteurs de promotion pour la santé mais aussi avec ceux du monde associatif et / ou sportif (formation aux gestes qui sauvent, formation à l'usage du défibrillateur, etc.), utilisation des canaux médiatiques municipaux pour des informations ou messages de santé publique (journal « Vivre à Metz »), rendez-vous mensuel de santé avec les citoyens et les professionnels...

En ce sens - et c'est le souhait d'un certain nombre de services rencontrés -, pour dynamiser et coordonner les actions de promotion pour la santé, ou les actions d'amélioration du lien social autour d'un projet communal de santé publique, il apparaîtrait opportun de **créer un pôle communal ou une mission communale de santé publique** dont la finalité serait multiple : faire intervenir la dimension « santé globale » dans toutes les réflexions et décisions de la municipalité, mettre en cohérence les actions santé dans la ville, servir de lien entre les services techniques de la ville et les professionnels de santé, du médico-social et du monde associatif, animer transversalement la prise en compte de la santé au niveau des services, toujours en partenariat avec les structures institutionnelles et les associations concernées. Cet organe, identifié par un lieu unique pouvant prendre la forme d'une **maison de l'information et de la prévention**, pourrait de plus servir d'interlocuteur et de lieu fédérateur aux associations concernées par les actions médico-sociales.

La dynamique de la promotion de la santé au niveau communal ne peut se faire en effet sans les acteurs de terrain, ceux du monde associatif, institutionnel et professionnel du socio-sanitaire. **Le développement des actions d'accompagnement social, de dépistage et de prévention sanitaire, ne peut s'affranchir d'une participation active des usagers dans le repérage des problèmes sanitaires localisés et les suites qui peuvent leur être données.** En effet, les messages de santé publique déconnectés des réalités de terrain peuvent « manquer » leurs cibles, et se retrouver à leur tour source d'inégalités sociales : un fruit coûte plus cher qu'un fast-food, les messages de prévention bucco-dentaire nécessitent une offre de soins proximale et accessible, le dépistage est vain si le recours aux soins est difficile ou que l'utilisation du système de soins est inégale, la lutte contre les dépendances ne peut ignorer les dimensions de souffrance individuelle et sociale. Il faut donc intégrer aux analyses et décisions tous les acteurs de la ville, et recentrer l'utilisateur au cœur de tous les dispositifs.

Développer une connaissance partagée, transversale et concrète des situations locales, sociales mais aussi sanitaires, renforcer effectivement l'accessibilité aux soins, identifier et accompagner les populations en situation de vulnérabilité, nécessitent des outils pour développer une véritable démocratie participative à visée sanitaire. **Les Ateliers Santé- Ville par exemple font partie des outils en développement pour territorialiser une telle politique de santé.**

Développer une politique communale de santé ne se résume pas à l'incitation d'actions de santé ciblées. Le plus important peut-être, et avant même d'envisager ces actions, est certainement de coordonner sur le territoire messin et sur celui de la CA2M les actions déjà engagées.

Les communes n'ont pas de compétence particulière dans le domaine de la santé. Le système de santé relève de l'État et de la Sécurité sociale, et pour la partie médico-sociale du Conseil Général. Pour autant ces acteurs et financeurs potentiels sont en attente d'un interlocuteur légitime susceptible de parler au nom d'une population communale ou communautaire. Bien plus, il semble important que les intérêts de cette population soit défendus auprès de ces collectivités, tout comme les acteurs de santé messins (professionnels ou associations) qui attendent que la commune puisse être non seulement leur porte-parole, mais puisse également assurer une fonction de régulation et de coordination.■