Edition 2026

Observatoire Régional de la Santé

Communauté de communes Côtes de Champagne et Val de Saulx Marne (51)

Portrait de santé

Le niveau de vie, l'éducation, l'environnement, mais aussi l'offre de soins et d'accompagnement médico-social, sont autant de déterminants qui permettent de créer des **conditions de vie favorables à la santé de la population**. L'impact de ces facteurs peut être variable d'un territoire à un autre et évolue dans le temps.
Sur la base d'une **sélection d'indicateurs chiffrés disponibles** à l'échelle des EPCI, ce portrait actualisé en 2026 fournit un éclairage sur **l'état de santé des habitants du territoire** et de certains déterminants. Sa mise à disposition vise à accompagner les acteurs pour mieux appréhender les problématiques locales, les besoins des populations, et ainsi envisager des pistes d'action au cœur des milieux de vie des populations.

Structures administratives de regroupements communaux visant à mutualiser des projets et initiatives locaux, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) sont au nombre de **149 en Grand Est au 1er janvier 2026**.

Des portraits sont aussi disponibles à l'échelle des zones d'implantation des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des départements. Les indicateurs présentés dans ce portrait sont détaillés (liste et définitions) dans un fichier annexe disponible sur le site de l'ORS Grand Est.

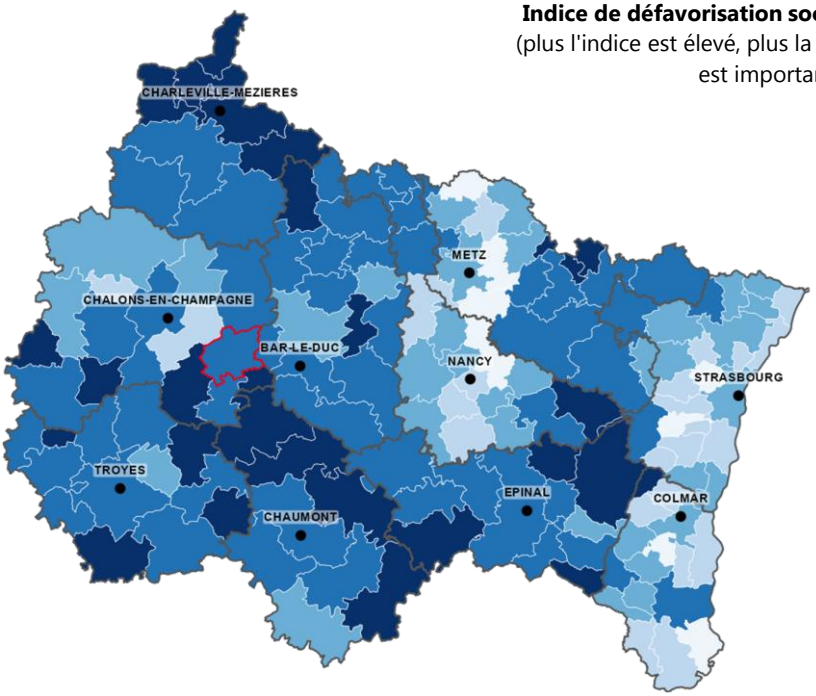
11 385 habitants

40 communes

EPCI à dominante rurale

Retrouvez les clés de lecture en page 12

Indice de défavorisation sociale (Fdep) en 2022
(plus l'indice est élevé, plus la défavorisation sociale est importante)



• Chef-lieu de département
— Limites départementales

Indice de défavorisation sociale

Grand Est : 0,3

- (-3,2) - (-1,5) (8 EPCI) — Très avantagée
- (-1,4) - (-0,4) (23 EPCI) — Avantagée
- (-0,3) - 0,3 (35 EPCI) — Intermédiaire
- 0,4 - 1,3 (56 EPCI) — Désavantagée
- 1,4 - 3,1 (27 EPCI) — Très désavantagée

cf. notes de lecture en page 2
Sources : Insee (RP2022), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2021) - Inserm

Démographie

		Année	Effectif	Taux	Position Taux	Taux régional	Taux France métrop.	Taux dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE	Evolution annuelle taux territoire (en % par an) calculée sur une période de 6 ans	
1	Population et densité *(nombre de personnes au km²)*	2022	11 385	25,3		96,8	121,1	69,1	356,1	34,2	-0,87	↘
2	Evolution de la population *(évolution en effectif et taux d'évolution moyen annuel en %)*	2016-2022	-613	-0,87		0,01	0,35	-0,20	0,05	-0,09		
3	Solde migratoire *(effectif et taux moyen annuel, en %)*	2016-2021	-576	-0,82		0,01	0,19	-0,33	0,03	-0,05		
4	Indice de vieillissement *(personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)*	2022		103,3	●	93,8	89,9	87,6	93,0	95,8	3,45	↗
5	Population vivant dans une commune rurale *(effectif et part pour 100 individus)*	2022	11 385	100,0		27,9	21,2	33,7			3,03	↗

Notes de lecture : Les EPCI sont classés à « dominante urbaine » lorsque plus de 50 % de leur population vit dans une commune urbaine (selon la classification de l'Insee) et inversement pour les EPCI à « dominante rurale » (cf. carte page 13) | Suite au report du recensement de la population de 2021, liée à la Covid19, les évolutions de population doivent être comparée sur une période d'au moins 6 ans. Par conséquent, la population au 1er janvier 2022 doit être comparée à la population au 1er janvier 2016 (plus d'informations sur : https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/operation/s2242/coherence-comparabilite). Le solde migratoire entre ces deux dates couvre les années 2016 à 2021

Sources : 1. Insee (RP2022) | 2-3. Insee (RP2016 à RP2022) | 4-5. Insee (RP2022)

PRESENTATION DU TERRITOIRE

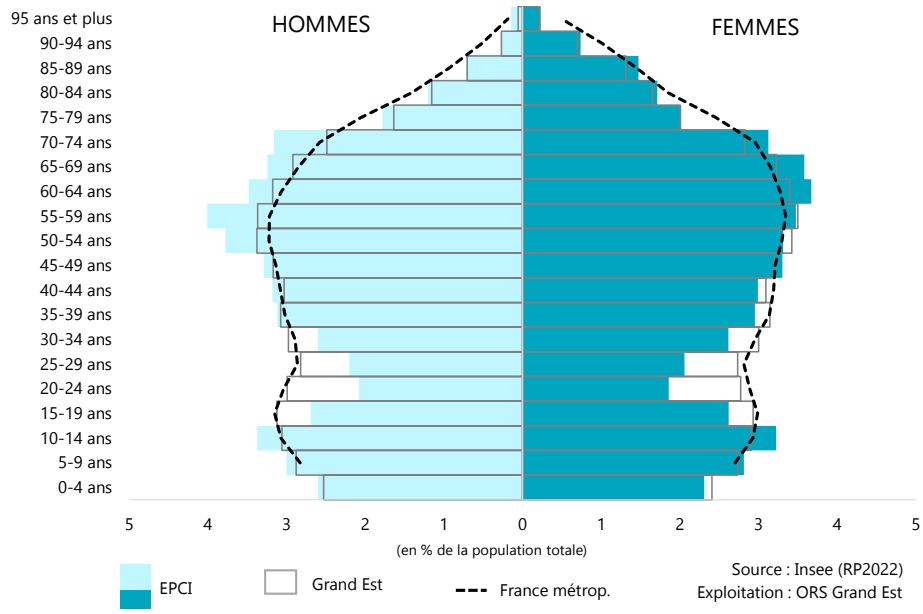
L'environnement social et économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé, documenté au travers des enjeux liés à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Le niveau de diplôme et le niveau de vie influent sur l'état de santé, tout comme ils peuvent aussi conditionner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

Par exemple sur la période 2020-2024 : un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance a été montré entre les hommes les plus modestes et les plus aisés (source : Insee Première n°2085).

Par ailleurs, en France (hors Mayotte), 3,2 % des 20 % des personnes les plus modestes déclarent avoir renoncé à des examens ou traitements médicaux (hors soins dentaires) pour des raisons financières, alors qu'elles en avaient besoin, contre 1,8 % dans l'ensemble de la population (source : Statistiques sur les ressources et conditions de vie 2023 ; Insee).

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

Pyramide des âges en 2022



Source : Insee (RP2022)
Exploitation : ORS Grand Est

Socio-économie

		Année	Effectif	Taux	Position Taux	Taux régional	Taux France métrop.	Taux dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE	Evolution annuelle taux territoire (en % par an) calculée sur une période de 6 ans		
6	Indice de défavorisation sociale *(cf. carte p.1)*	2022		1,25	●	0,29	nd	0,28	0,29	0,28			
7	Personnes au chômage *(et taux de chômage en %)*	2022	572	11,0	●	11,5	11,2	11,7	13,1	7,6	-2,8	↘	
8	Salariés précaires *(et part pour 100 salariés)*	2022	1 096	27,4	●	27,6	26,5	28,0	28,7	25,0	0,2	→	
9	Rapports (ouvriers + employés) / cadres	2022		7,0	●	3,7	2,5	3,5	3,0	4,3	-3,1	↘	
10	Revenu médian disponible par unité de consommation *(en €)*	2021		21 990	●	22 960	23 080	22 830	nd	nd	2,4	↗	!
11	Ménages en dessous du seuil de pauvreté de 60 % *(en %)*	2021		11,7	●	15,1	14,9	15,0	nd	nd	-2,1	↘	!
12	Part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible *(en %)*	2021		4,9	●	5,3	5,4	5,6	nd	nd	-0,8	↘	!
13	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	2022	2 945	33,4	●	25,8	24,7	27,6	26,6	23,9	-2,4	↘	
14	Personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)*	2022	1 570	17,8	●	28,7	33,6	28,9	29,7	26,2	1,5	↗	

Notes de lecture : 6. La défavorisation sociale d'une population peut être approchée par la méthode développée par l'Inserm et plus particulièrement par Rey et *al.* en 2009 au travers de l'indice Fdep *(French Deprivation Index)*. Les valeurs les plus élevées du FDep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite. L'indicateur est calculé à partir de 4 variables (taux de chômage, taux d'ouvriers, taux de bacheliers et revenu médian disponible par unité de consommation). Concernant le revenu médian, seules les données de l'année 2021 sont disponibles ; les données de l'année 2022 auraient dû être diffusées début 2025 mais ne l'ont pas été en raison d'une qualité insuffisante (source : Insee). En effet, le dispositif Filosofi repose sur le concept de ménage fiscal qui nécessite notamment de rattacher les foyers fiscaux faisant une déclaration de revenus à un logement. La suppression de la taxe d'habitation pour les résidences principales oblige à avoir recours à d'autres sources pour réaliser cette opération. Les sources fiscales pour 2022 n'ont pas permis de réaliser correctement cette étape avec une qualité statistique suffisante. | 7. Les chômeurs au sens du RP sont les personnes (de 15 ans ou plus) qui se sont déclarées chômeurs (inscrits ou non à Pôle Emploi) sauf si elles ont, en outre, déclaré explicitement ne pas rechercher de travail ; et d'autre part les personnes (âgées de 15 ans ou plus) qui ne se sont déclarées spontanément ni en emploi, ni en chômage, mais qui ont néanmoins déclaré rechercher un emploi. | 8. Emplois autres qu'un CDI à temps plein. | 10-12. Les données ne peuvent être calculées à l'échelle des ZI et de l'EPCI Thionville Fensh Agglomération en raison de l'indisponibilité du revenu median disponible par unité de consommation (UC) par commune. Les données 2016 issues de la base Filosofi de l'Insee étant disponibles uniquement pour le découpage EPCI de 2016, les évolutions (sur 5 ans) ne sont disponibles que pour les EPCI dont les limites géographiques ont peu ou pas évolué. | 11. Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. | 13. Personnes sans diplôme ou au plus le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ou diplôme national du brevet (DNB). | 14. Personnes diplômées du supérieur possèdant au moins un Bac+2.

Sources : 6. Insee (RP2022), DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2021) - Inserm | 7-9. Insee (RP2022) | 10-12. DGFiP-Insee (Fichier Filosofi 2021) | 13-14. Insee (RP2022)

ETAT DE SANTE

La mortalité désigne le nombre de décès intervenus sur une période donnée (une année) dans une population donnée. Les données de mortalité offrent une première indication de l'état de santé des habitants du territoire.

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

Espérance de vie à la naissance en 2022 (en années)

EPCI	79,1	79,8
Grand Est	79,1	84,8
France métrop.	79,9	85,6

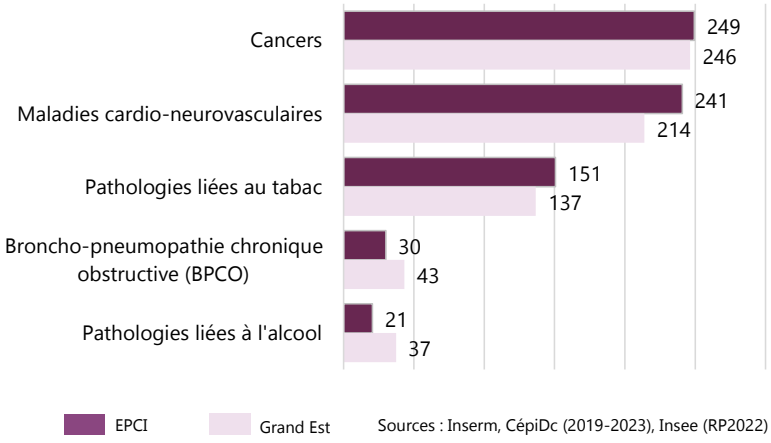
Source : Insee (RP2022)

Pour les **taux standardisés** de mortalité et de morbidité (page suivante), un test statistique précise si le taux du territoire est :
- **significativement inférieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- sans différence statistique significative
- **significativement supérieur** à la valeur régionale au seuil de 5 %
- taux du territoire **non calculé** (effectif période < 20)

Concernant **l'évolution annuelle moyenne** des taux standardisés de mortalité et de morbidité (page suivante), un test statistique permet de préciser si :
- **augmentation significative** entre les deux périodes
- sans différence statistique significative entre les deux périodes
- **diminution significative** entre les deux périodes

Un **fond de couleur** indique par ailleurs si l'évolution correspond à une situation **favorable (en vert)**, ou **non favorable (en rouge clair)** à l'instar des autres indicateurs du portrait.

Taux standardisés pour 100 000 hab. des principales causes de décès en 2019-2023



Sources : Inserm, CépiDc (2019-2023), Insee (RP2022)

Mortalité

		Année	Effectifs de décès annuel	Taux standardisés pour 100 000 hab.	Position Taux	Taux régional	Taux France métrop.	Taux dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE	Evolution annuelle taux territoire (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
15	Décès toutes causes confondues	2019-2023	125	989	●	1 014	930	986	1 022	1 005	0,2	→
16	Décès par cancers	2019-2023	32	249	●	246	236	239	250	239	-3,0	→
17	Décès par maladies cardio-neurovasculaires	2019-2023	30	241	●	214	196	199	210	227	-1,6	→
18	Décès par bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO)	2019-2023	4	30	●	43	31	28	45	39	-7,9	→
19	Décès par suicide	2019-2023	nd	nd	●	13	13	13	13	14	nd	nd
20	Décès dûs à des évènements dont l'intention n'est pas déterminée	2019-2023	nd	nd	●	2,7	2,6	2,6	3,1	1,8	nd	nd
21	Décès par pathologies liées à l'alcool	2019-2023	3	21	●	37	34	37	40	31	-13,6	↘
22	Décès par pathologies liées au tabac	2019-2023	19	151	●	137	118	112	140	130	-2,6	→
23	Décès prématurés (avant 65 ans)	2019-2023	19	196	●	190	180	202	204	159	-0,9	→
24	Décès prématurés (avant 75 ans)	2019-2023	43	359	●	344	318	347	363	303	-1,0	→
25	Décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire	2019-2023	17	140	●	134	123	131	141	118	-2,7	→
26	Décès évitables liés au système de soins	2019-2023	9	75	●	64	58	64	67	57	1,2	→

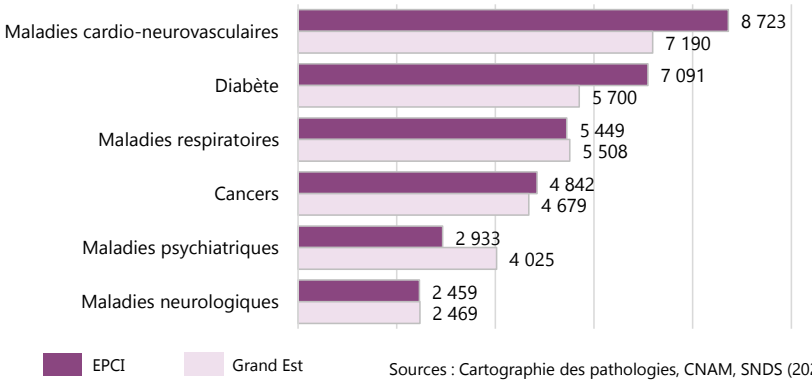
Notes de lecture : La période étudiée (2019-2023) incluant la crise liée à la Covid-19, il convient d'en tenir compte lors de la lecture des données | **17.** Les décès par maladies cardio-neurovasculaires comprennent l'ensemble des maladies issus du chapitre 9 de la CIM-10 | **18.** Pour mieux estimer la part des décès liés à la BPCO, il a été considéré les causes initiales, causes associées et comorbidités mentionnées sur les certificats de décès | **21.** Comprend les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool et cirrhoses | **22.** Comprend les cancers de la trachée - bronches - poumons, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies | **25-26.** D'après les définitions de l'OCDE, les décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire regroupent la mortalité associée aux pratiques à risque (consommation de tabac ou d'alcool, suicides, conduite dangereuse sur la route...) pouvant être réduite par une amélioration des actions de prévention primaire. Les décès évitables liés au système de soins regroupent les décès qui pourraient être évités dans la situation actuelle de la technologie et des connaissances médicales, grâce à l'amélioration du système de soins.

Sources : 15-26. Inserm, CépiDc (2019-2023), Insee (RP2022)

ETAT DE SANTE

La morbidité correspond au nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné. Les indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé (via le Système national des données de santé – SNDS) permettent de s'appuyer sur les dispositifs d'ALD, ainsi que des données de prise en charge des patients pour leurs pathologies. Les taux présentés ici sont aussi standardisés sur l'âge (cf. clés de lecture page précèdente pour comprendre la position et l'évolution).
A noter qu'une augmentation des indicateurs présentés sur cette page est considérée comme défavorable (augmentation du nombre de patients pris en charge pour une pathologie) mais peut aussi dans certains cas être liée à une amélioration du dépistage.

Taux standardisés pour 100 000 hab. des principales causes de morbidité en 2023



Sources : Cartographie des pathologies, CNAM, SNDS (2023)

Morbidité

		Année	Effectifs de patients	Taux standardisés pour 100 000 hab.	Position Taux	Taux régional	Taux France métrop.	Taux dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE	Evolution annuelle taux territoire (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
27	Personnes prises en charge tous cancers	2023	657	4 842	●	4 866	4 679	4 839	4 896	4 956	-0,7	→
28	Personnes prises en charge pour cancers de la trachée, des bronches ou des poumons	2023	49	357	●	259	235	246	269	242	6,8	→
29	Personnes prises en charge pour cancers colorectaux	2023	69	496	●	514	478	477	518	521	-0,3	→
30	Femmes prises en charge pour cancers du sein	2023	119	1 650	●	1 917	1 834	1 970	1 921	1 936	-2,9	→
31	Femmes prises en charge pour cancers du col de l'utérus	2023	16	nd	●	273	210	234	277	269	nd	nd
32	Hommes pris en charge pour cancers de la prostate	2023	126	1 975	●	1 804	1 647	1 837	1 805	1 888	-1,0	→
33	Personnes prises en charge pour cancers du foie	2023	12	nd	●	67	69	71	69	63	nd	nd
34	Personnes prises en charge pour cancers du pancréas	2023	11	nd	●	71	71	76	74	67	nd	nd
35	Personnes prises en charge pour maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)	2023	677	5 449	●	5 695	5 508	5 950	5 846	5 553	2,3	↗
36	Personnes prises en charge pour maladies cardio-neurovasculaires	2023	1 198	8 723	●	8 048	7 190	7 227	8 133	8 117	1,5	→
37	Personnes prises en charge pour AVC	2023	181	1 316	●	1 325	1 256	1 195	1 361	1 284	0,3	→
38	Personnes prises en charge pour maladies coronaires	2023	562	4 101	●	3 539	2 966	2 923	3 604	3 496	4,7	↗
39	Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque	2023	199	1 408	●	1 120	1 064	992	1 120	1 163	-0,7	→
40	*Patients traités pour risque vasculaire (hors pathologies)*	2023	1 886	14 823	●	13 434	12 519	13 981	13 185	14 525	0,3	→
41	Personnes prises en charge pour maladies neurologiques	2023	319	2 459	●	2 681	2 469	2 590	2 807	2 465	0,8	→
42	Personnes prises en charge pour diabète	2023	959	7 091	●	6 593	5 700	6 755	6 866	6 143	1,1	→
43	Personnes prises en charge pour hépatite C	2023	nd	nd	●	16	16	9	20	8	nd	nd
44	Personnes prises en charge pour VIH	2023	13	nd	●	130	238	147	157	68	nd	nd
45	Personnes prises en charge pour affections psychiatriques	2023	355	2 933	●	3 790	4 025	3 500	4 183	2 962	4,5	↗
46	Personnes prises en charge pour troubles addictifs	2023	116	968	●	966	1 050	981	1 049	803	8,4	↗
47	*Patients traités par psychotropes (hors pathologies)*	2023	1 010	8 046	●	8 348	8 312	9 152	8 506	8 291	-0,4	→
48	*Patients traités par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies)*	2023	543	4 363	●	4 506	4 984	5 336	4 537	4 613	1,9	→
49	*Patients traités par anxiolytiques (hors pathologies)*	2023	533	4 251	●	4 482	4 342	4 870	4 588	4 405	-0,2	→

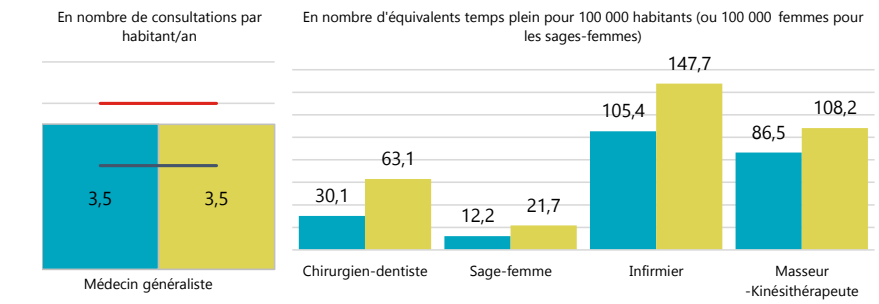
Notes de lecture : 27-39 & 41-46. Les personnes prises en charge comprennent les personnes hospitalisées au cours de l'année n à n -4 (varie selon la pathologie) et/ou les personnes en ALD et/ou les personnes ayant reçu des délivrances de médicaments spécifiques à leur pathologie (diabète, VIH, affections psychiatriques). Evolution calculée sur une période de 5 ans | **40.** Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments antihypertenseurs ou de médicaments hypolipémiants dans l'année n. hors pathologies cardio-neurovasculaires diagnostiquées | **41.** Les personnes prises en charge pour maladies neurologiques comprennent : démence (y.c. Alzheimer), Parkinson, sclérose en plaque, lésions médulaires, myopathies, épilepsie et autres affections neurologiques **47.** Regroupe les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances au cours de l'année d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. | **47-49.** Il s'agit des patients traités hors pathologies psychiatriques diagnostiquées. Evolution calculée sur une période de 5 ans.
Plus de précisions sur ameli.fr (méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie - version G12 du guide).

Sources : 27-49. Cartographie des pathologies (version G12), CNAM, SNDS (2023)

OFFRE DE SOINS

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

Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) en 2023



Sources : SNIIRAM - CNAM 2023 ; Insee (RP2021) ; distancier METRIC, Insee ; traitements DREES

Accès aux soins

		Année	Effectif	APL	Position Taux	APL régionale	APL France métrop.	APL dep 51	APL terr. urbains GE	APL terr. ruraux GE	Evolution annuelle APL territoire (en % par an) calculée sur une période de 3 ans	
50	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans	2023		3,5	🟢	3,5	3,3	3,8	3,8	2,7	-0,3	↘
51	APL aux chirurgiens-dentistes de moins de 65 ans	2023		30,1	🟠	63,1	60,7	61,6	72,1	40,7	-3,8	↘
52	APL aux sages-femmes de moins de 65 ans	2023		12,2	🟠	21,7	21,5	22,2	23,2	17,4	2,9	↗
53	APL aux infirmiers de moins de 65 ans	2023		105,4	🟡	147,7	150,7	125,3	158,0	120,4	1,5	↗
54	APL aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 65 ans	2023		86,5	🟢	108,2	117,3	101,0	120,0	78,4	-0,5	↘

		Année	Effectif	Taux	Position Taux	Taux régional	Taux France métrop.	Taux dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE	Evolution annuelle taux territoire (en % par an) calculée sur une période de 5 ans		
55	Personnes sans médecin traitant *(et part pour 100 personnes en %)*	2024	869	7,6	🟢	10,9	14,2	9,8	11,4	9,4	-3,4	↘	
56	Bénéficiaires de téléconsultations de soins de médecine générale *(et part parmi les bénéficiaires de soins de médecine générale en %)*	2024	191	1,9	🟠	5,1	5,3	4,0	5,5	4,1	-38,9	↘	!

Soins de ville

		Année	Effectif	Part des 55 ans et plus (en %)	Temps d'accès moyen (en min)	Position Taux	Temps d'accès moyen régional (en min)	Temps d'accès moyen Fr. métrop. (en min)	Temps d'accès moyen dep 51 (en min)	Temps d'accès moyen terr. urbains GE (en min)	Temps d'accès moyen terr. ruraux GE (en min)	Evolution annuelle temps d'accès territoire (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
57	Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)	2026	2										
58	Centres de santé (CDS)	2026	0										
59	Médecins généralistes libéraux et mixtes	2025	9	22,2	6,8	🟠	1,7	1,3	2,0	0,3	5,3	1,4	↗
60	Médecins généralistes salariés (hors établissement de santé)	2025	0	nd									
61	Médecins spécialistes libéraux et mixtes	2025	1	100,0									
62	Psychiatres libéraux et mixtes	2025	0	nd	28,4	🟡	11,6	8,7	11,0	8,1	20,8	7,8	↗
63	Pédiatres libéraux et mixtes	2025	0	nd	33,9	🟠	23,1	19,8	7,7	12,0	11,9	0,0	→
64	Ophtalmologues libéraux et mixtes	2025	0	nd	21,0	🟡	9,1	7,4	8,2	5,7	17,8	0,9	↗
65	Gynécologues libéraux et mixtes	2025	0	nd	21,2	🟡	10,4	9,6	9,7	6,7	19,9	0,9	↗
66	Sages-femmes libérales et mixtes	2025	0	0,0	10,9	🟡	9,6	8,5	11,1	9,1	10,8	-0,3	→
67	Chirurgiens-dentistes libéraux et mixtes	2025	1	0,0	14,8	🟠	2,4	2,1	2,8	0,6	7,0	12,2	↗
68	Infirmiers libéraux et mixtes	2025	20	20,0	3,3	🟡	1,3	0,9	1,6	0,2	4,2	2,6	↗
69	Masseurs-kinésithérapeutes libéraux et mixtes	2025	7	14,3	6,2	🟠	1,6	1,2	2,1	0,3	5,0	-0,9	↘
70	Pharmacies	2025	3		6,7	🟠	1,9	1,3	2,2	0,4	5,9	2,0	↗

Notes de lecture : 50-54. voir p.6 | 55. Les patients sans médecin traitant ont soit aucun médecin traitant, soit un numéro fictif de médecin traitant (permettant un remboursement des actes par l'assurance maladie). Sont donc exclus les patients ayant soit un médecin traitant actif, soit un médecin traitant ayant cessé son activité, mais non remplacé. | 56. Evolution calculée sur 4 ans soit à partir de 2021 (année encore impactée par la crise Covid-19 pendant laquelle il y a eu plus de téléconsultations). | 57 & 58. Les MSP et CDS sont des structures de soins de proximité regroupant des professionnels de santé médicaux (généralistes ou spécialistes), maïeutiques, dentaires ou paramédicaux. Le nombre de CDS comprend l'ensemble des centres de santé polyvalents, médicaux (y compris les centres de santé spécialisés, tels que les CDS ophtalmologiques), dentaires et infirmiers. | 59 & 61-69. Professionnels de santé mixtes : professionnels ayant au moins une activité salariée et une activité libérale. - note de lecture complémentaire p.6.

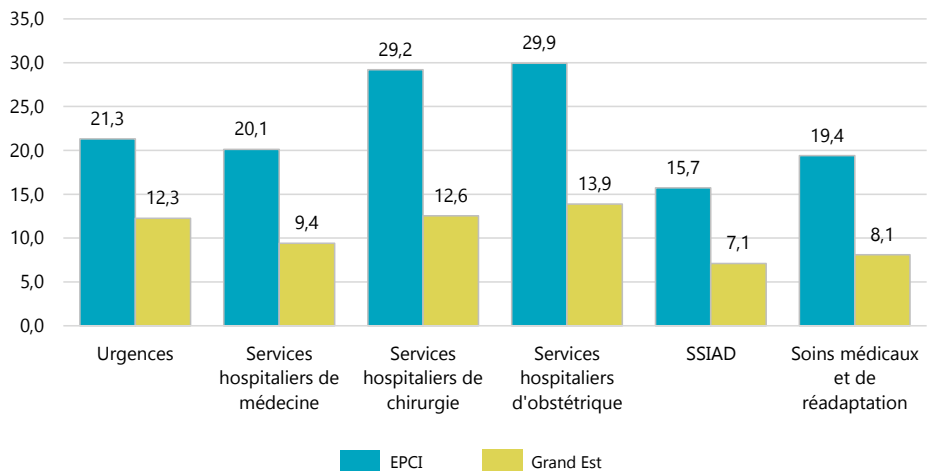
Sources : 50-54. SNIIRAM - CNAM 2023 ; Insee (RP2021) ; distancier METRIC, Insee ; traitements DREES | 55. SNDS | 56. SNDS, Cartosanté (2026) | 57-58. FINESS (extraction 2e trimestre 2026) | 59-67. RPPS au 01.01.2025 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2026) | 68-70. FNPS au 31.12.2025 ; FNPS – INSEE-Distancier METRIC / calculs ARS, Cartosanté (2026)

OFFRE DE SOINS

Les EPCI ne sont pas tous dotés d'établissements sanitaires et médico-sociaux, ces derniers couvrant les besoins de territoires plus larges.

Aussi, les indicateurs présentés ci-dessous s'appuient sur des temps d'accès aux services les plus proches.

Temps d'accès moyen pondéré (en minutes) à l'offre de santé la plus proche en 2025



cf. notes de lecture ci-dessous sur les temps d'accès

Source : FINESS 2025 - SAE 2024 - ARS - INSEE-Distancier METRIC / CartoSanté (2026)

Etablissements de santé & médico-sociaux

		Année	Effectif	Temps d'accès moyen (en min)	Position Taux	Temps d'accès moyen régional (en min)	Temps d'accès moyen Fr. métrop. (en min)	Temps d'accès moyen dep 57 (en min)	Temps d'accès moyen terr. urbains GE (en min)	Temps d'accès moyen terr. ruraux GE (en min)	Evolution annuelle temps d'accès territoire (en % par an)	
71	Services hospitaliers d'urgences	2026 / 2025	0	21,3	●	12,3	11,2	9,7	8,9	21,0	9,7	↗
72	Services hospitaliers de médecine	2026 / 2025	0	20,1	●	9,4	8,7	8,2	6,4	17,1	9,6	↗
73	Services hospitaliers de chirurgie	2026 / 2025	0	29,2	●	12,6	11,4	10,9	9,0	21,6	1,4	↗
74	Services hospitaliers d'obstétrique	2026 / 2025	0	29,9	●	13,9	13,1	10,9	10,1	23,6	1,7	↗
75	Services de soins médicaux et de réadaptation (SMR)	2026 / 2024	0	19,4	●	8,1	9,0	7,6	5,1	16,0		
76	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	2026 / 2025	0	15,7	●	7,1	6,5	6,7	4,7	13,4	6,7	↗
77	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	2026 / 2025	1	11,2	●	3,5	2,7	4,6	1,5	8,6	8,3	↗

Notes de lecture : 50-54 (voir p.5). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la dema nde de soins de ville (hors hôpital). Il intègre l'activité des professionnels (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciées au regard de la structure par âge). Pour les médecins généralistes, un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieure ou égale à 2,5 consultations/an/hab. Il est dit moyennement doté si son APL est comprise entre 2,5 et 4 CS/an/hab et bien doté si son APL excède 4 CS/an/hab. L'unité est différente pour les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes : en nombre d'équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants. **L'évolution des APL** a été calculée sur une période de 3 ans. | 59-69 (voir p.5). **Concernant les effectifs des professionnels,** sont exclus du dénombrement : les professionnels de plus de 75 ans (sauf les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers), ainsi que les activités de remplacement. Les parts de 55 ans et plus concernent les 55-74 ans, excepté pour les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers (55 ans et plus) | 58-59 & 62-70 & 71-77. **Concernant les temps d'accès :** Les temps d'accès sont calculés à partir du distancier Metric (MEsure des TRajets Inter-Communes / Carreaux). METRIC est un outil développé par l'Insee qui permet de mesurer les distances et le temps d'accès aux différents professionnels de santé de commune à commune par les transports routiers. Lorsqu'un professionnel de santé est situé dans une commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 min. Les temps d'accès moyens dans un territoire sont calculés par la moyenne pondérée par la taille de la population, des temps d'accès à un professionnel de santé, des communes le composant. **L'évolution des temps d'accès** a été calculée sur une période de 5 ans concernant la partie "soins de villes" p.5 et sur un an pour la partie "établissements de santé & médico-sociaux" p.6 | 71-77. L'année 2026 concerne les effectifs de structures, issues d'une extraction FINESS réalisée au 1er trimestre 2026, L'année 2025 concerne le temps d'accès moyen | 71. Les temps d'accès aux services des urgences ne prennent pas en compte les antennes SMUR, ni les médecins correspondants, ni les déplacements en hélicoptère. | 75. Seules les données 2024 de temps d'accès étaient disponibles lors de l'extraction Cartosanté.

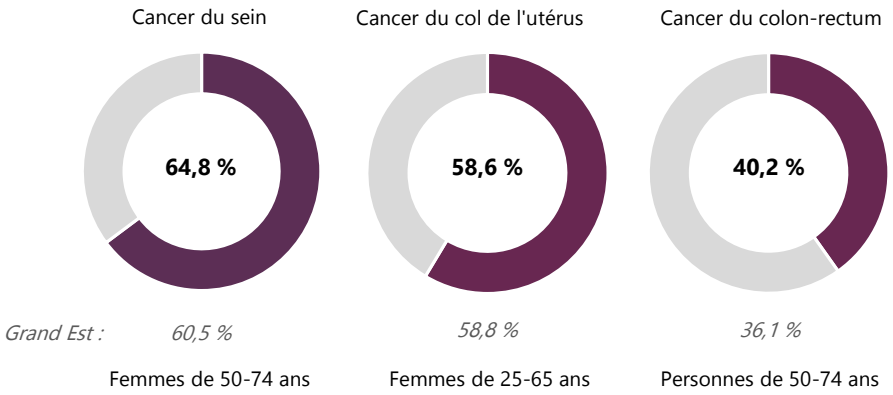
Sources : 71-77. FINESS (extraction 1er trimestre 2026) ; FINESS 2025 - SAE 2024 - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, CartoSanté (2026)

PREVENTION

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

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

Participation aux dépistages organisés et individuels du territoire en 2023-2024



Source : SNDS-DCIR (2023-2024), exploitation ORS Grand Est

Prévention

		Année	Effectif	Taux	Position Taux	Taux régional	Taux France métrop.	Taux dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE	Evolution annuelle territoire EPCI (en % par an) calculée sur une période de 5 ans	
78	Femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé et individuel) du cancer du sein *(et part pour 100 femmes de 50 à 74 ans)*	2023-2024	1 236	64,8	●	60,5	58,3	63,6	59,6	62,7		
79	Femmes de 25 à 65 ans participant au dépistage (organisé et individuel) du cancer du col de l'utérus *(et part pour 100 femmes de 25 à 65 ans)*	2023-2024	1 820	58,6	●	58,8	55,1	58,0	57,4	62,7		
80	Personnes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé et individuel) du cancer du colon-rectum *(et part pour 100 personnes de 50 à 74 ans)*	2023-2024	1 594	40,2	●	36,1	33,4	35,6	35,2	38,0		
81	Femmes de 16 ans vaccinées contre le Papillomavirus Humain (HPV) (schéma complet) *(et part pour 100 femmes de 16 ans)*	2024	42	60,0	●	50,4	49,0	57,2	46,9	58,8		
82	Hommes de 16 ans vaccinés contre le HPV (schéma complet) *(et part pour 100 hommes de 16 ans)*	2024	17	22,1	●	26,4	25,6	30,1	24,0	32,5		
83	Personnes de moins de 16 ans ayant consulté un dentiste *(et part pour 100 personnes de moins de 16 ans)*	2024	939	49,2	●	48,7	42,5	46,9	48,0	52,1	5,8	↗
84	Personnes ayant consulté un dentiste *(et part pour 100 personnes)*	2024	5 143	44,3	●	48,6	44,2	45,6	49,0	49,8	2,1	↗
85	Personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe *(et part pour 100 personnes de 65 ans et plus)*	oct. 2024 - fév. 2025	1 622	55,4	●	49,0	50,0	56,2	49,4	49,6		
86	Lieux de mise en œuvre de programmes d'ETP dans le territoire *(et part parmi les lieux de mise en œuvre des programmes en région en %)*	2024	0	0,0	●	100,0		13,4				

Notes de lecture : 81-82. La vaccination contre les HPV est recommandée depuis 2007 chez les filles de 11 à 14 ans, et préconisée chez les garçons du même âge depuis janvier 2021 | 83-84. Pour certains patients, seul le département de résidence est connu et pas la commune précise, aussi le taux régional n'est pas strictement comparable avec les taux territoires urbains et territoires ruraux. | 86. Pour plus d'informations, retrouvez les cartographies de diagnostics territoriaux de l'offre en ETP sur le site de l'ORS Grand Est. (https://ors-ge.org/diagnostics-etp). - Nombre de lieux de programmes ETP dans la région Grand Est : 685.

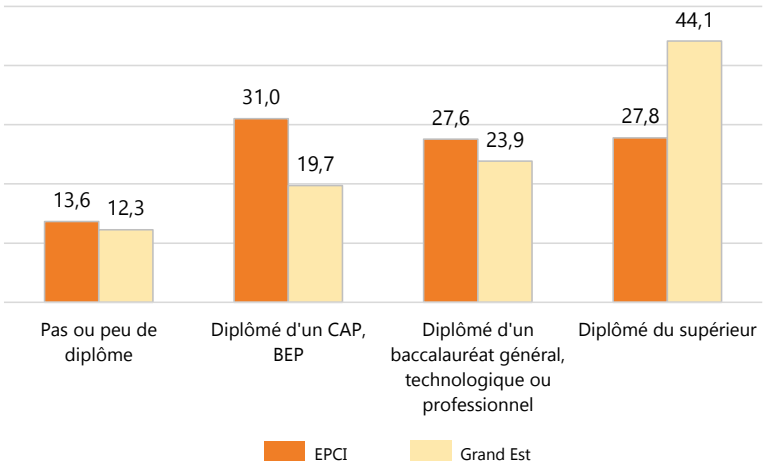
Sources : 78-80. SNDS-DCIR (2023-2024) | 81-84 SNDS-DCIR (2024) | 85. SNDS-DCIR (oct2024-fev2025)| 86. ARS Grand Est au 31/12/2024.

POPULATIONS SPECIFIQUES

Si le public jeune (enfants, adolescents & jeunes adultes) est globalement en bonne santé et se perçoit comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé.

De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé portées par des acteurs multiples leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents, pour qu'ils développent, dès le plus jeune âge, des habitudes de vie favorables à leur santé.

Personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire selon le niveau de diplôme en 2022 (en %)



Source : Insee (RP2022) ; Exploitation ORS Grand Est

Enfants, adolescents & jeunes adultes

		Année	Effectif	Taux	Position Taux	Taux régional	Taux France métrop.	Taux dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE	Evolution annuelle taux territoire (en % par an) calculée sur une période de 6 ans		
87	Personnes de 6-16 ans non-scolarisées *(et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)*	2022	24	1,5	●	2,5	2,4	2,5	2,7	1,8	-4,6	↘	
88	Personnes de 15-24 ans non insérées - *ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires, et qui n'a pas d'emploi (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)*	2022	222	21,0	●	15,3	14,8	15,1	16,1	12,5	-1,3	↘	
89	Personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	2022	146	13,6	●	12,3	11,6	12,5	13,4	8,8	0,5	↗	
90	Personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire diplômées du supérieur *(et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)*	2022	297	27,8	●	44,1	49,5	44,2	45,3	40,9	-1,9	↘	
91	Allocataires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH *(et part pour 100 jeunes de moins de 20 ans)*	2023	42	1,6	●	2,0	2,7	2,1	2,1	1,7	4,9	↗	
92	Places d'accueil de jeunes enfants - en établissement, chez une assistante maternelle ou un autre type d'accueil *(et capacité d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans)*	2023	154	47,6	●	58,4	62,6	59,9			0,6	↗	!
93	Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans *(et part pour 100 jeunes de 5-19 ans)*	2023	1 023	50,7	●	53,2	58,6	49,6	53,2	53,2	-5,7	↘	!

Notes de lecture : 89. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système avec peu ou pas de diplôme possèdent au mieux un BEPC, un diplome national du brevet (DNB). | 90. Les jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur possèdent au moins un Bac+2. | 91. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap d'un enfant de moins de 20 ans. Le niveau de handicap est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). | 92. Evolution calculée sur une période de 4 ans. Les données ne sont pas disponibles par commune, cet indicateur n'a pas été calculé pour les territoires ruraux et urbains ainsi que pour les zones d'implantation | 93 **et** 115 (p11). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, non répertoriées au lieu de domicile. Le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés : des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois si elles sont licenciées dans plusieurs fédérations. Evolution calculée sur une période de 4 ans.

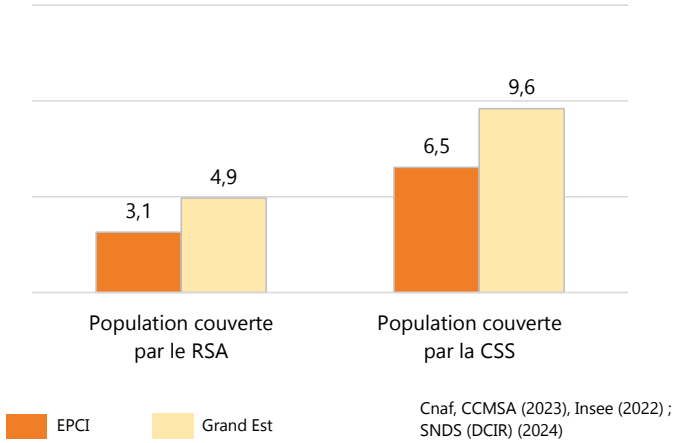
Sources : 87-90. Insee (RP2022) | 91. Cnaf, CCMSA 2023, Insee (RP2022) | 92. CAF, ONPE 2023, Insee (RP2022) | 93. Insee (RP2022), MEOS 2023 Injep

POPULATIONS SPECIFIQUES

Outre le vieillissement de la population connu comme enjeu majeur d'adaption de la société, de nombreux critères de vulnérabilité peuvent fragiliser ponctuellement ou durablement des personnes, selon qu'ils relèvent de leur âge, d'une situation de vie, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique.

S'il est complexe d'estimer un nombre de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, une présentation factuelle des populations couvertes par des dispositifs peut permettre d'en approcher la situation territoriale, et bien que ces éléments excluent des personnes ne recourant pas aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre.

Population couverte par le revenu de solidarité active (en 2023) et la complémentaire santé solidaire (en 2024) (en %)



Cnaf, CCMSA (2023), Insee (2022) ; SNDS (DCIR) (2024)

Populations vulnérables

		Année	Effectif	Taux	Position Taux	Taux régional	Taux France métrop.	Taux dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE	Evolution annuelle taux territoire (en % par an) calculée sur une période de 6 ans		
94	Population couverte par le RSA *(et part pour 100 personnes tous âges confondus)*	2023	360	3,1	●	4,9	5,0	5,3	6,2	1,9	-0,7	↘	!
95	Population de 17 ans et plus couverte par la CSS *(et part pour 100 consommants de 17 ans et plus)*	2024	617	6,5	●	9,6	9,8	10,2	12,0	3,8	2,5	↗	!
96	Personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile *(et part pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)*	2022	607	47,7	●	41,9	42,0	45,0	43,4	37,9	2,3	↗	
97	Allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie à domicile - APA *(et part pour 100 personnes de 65 ans ou plus vivant en logement ordinaire)*	2024	135	nd	●	5,2	0,0	3,3					
98	Allocataires de l'Allocation Adulte Handicapé - AAH *(et part pour 100 personnes de 20 à 64 ans)*	2023	181	2,9	●	3,5	3,6	3,3	4,0	2,0	6,7	↗	!
99	Places en hébergement pour personne adulte handicapée *(et part pour 1 000 personnes âgées de 20 à 64 ans)*	2026	0	0,0	●	3,8		3,8	4,3	2,4			
100	Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(et part pour 100 familles avec enfant(s) de moins de 25 ans)*	2022	265	16,9	●	25,5	26,3	26,9	29,0	17,1	0,5	↗	

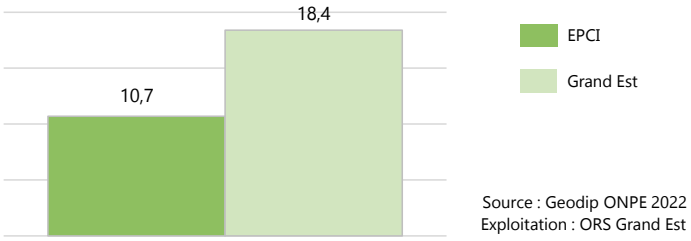
Notes de lecture : 94. Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Evolution calculée sur 5 ans. | 95. La C2S ou CSS (Complémentaire santé solidaire) est une couverture santé complémentaire financée par l'État, destinée aux personnes disposant de ressources modestes, afin de réduire au maximum le coût de leurs dépenses de santé. Evolution calculée sur 5 ans. | 98. L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Elle est accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Son montant vient compléter les éventuelles autres ressources de la personne en situation de handicap. Evolution calculée sur 5 ans | 99. Places en hébergement complet et en hébergement de nuit éclatée pour personne adulte handicapée.

Sources : 94. Cnaf, CCMSA (2023), Insee (2022) | 95. SNDS (DCIRS) (2024) | 96 & 100. Insee (RP2022) | 97. Conseils départementaux (2024) | 98. Cnaf, CCMSA 2023, Insee (RP2022) | 99. Finess 2026, Insee (RP2022)

CADRE DE VIE

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

Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement en 2022 (en %)



Source : Geodip ONPE 2022
Exploitation : ORS Grand Est

Environnement

		Année	Effectif	Taux	Position Taux	Valeur régionale	Valeur France métrop.	Valeur dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE	Evolution annuelle taux territoire (en % par an) calculée sur une période de 6 ans		
101	Résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées *(et part pour 100 résidences principales)*	2022	103	2,0	●	6,3	9,5	6,9	8,1	1,4	-2,4	↘	
102	Résidences principales sans confort *(et part pour 100 résidences principales)*	2021	33	0,6	●	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,0	→	
103	Résidences principales construites avant 1946 *(et part pour 100 résidences principales)*	2022	1 473	28,7	●	21,1	20,2	18,7	18,3	28,9	-1,4	↘	
104	Ménages exposés au risque de précarité énergétique liée au logement *(et part pour 100 ménages)*	2022	549	10,7	●	18,4	11,9	18,8					
105	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics *(et densité pour 100 km²)*	2025	1	0,2	●	2,0	1,3	0,7	8,0	0,5			
106	Installations classées pour la protection de l'environnement - ICPE *(et densité pour 100 km²)*	2025	34	7,5	●	10,0	nd	8,2	28,6	5,5			
107	dont installations classées SEVESO seuil bas et haut *(et densité pour 100 km²)*	2025	0	0,0	●	0,3	nd	0,2	0,9	0,1			
108	Consommation énergétique finale corrigée des variations climatiques par habitant	2023		2,9	●	2,7	nd	3,2	3,0	2,6	0,1	→	!
109	Surfaces bio ou en conversion en hectare *(et part dans la surface agricole en %)*	2024	1 037	3,6	●	7,3	10,1	2,9	7,6	7,3	-9,2	↘	!
110	Communes soumises à un plan de prévention des risques technologiques *(et part en %)*	2025	0	0,0	●	2,0	2,3	3,3	6,1	1,2			
111	Communes à potentiel radon de catégorie 1 *(et part de population concernée en %)*	2019	39	84,61		77,19	66,94	98,65	72,99	88,00			
112	Communes à potentiel radon de catégorie 2 *(et part de population concernée en %)*	2019	1	15,39	●	14,69	9,25	1,35	18,08	5,95			
113	Communes à potentiel radon de catégorie 3 *(et part de population concernée en %)*	2019	0	0,00	●	8,12	18,44	0,00	8,93	6,04			

Notes de lecture : 101. Les logements sur-occupés sont définis par le fait d'avoir moins d'une pièce par habitant. | 102. Logement avec absence de douche ou de baignoire. | 105. Seuls les sites potentiellement pollués et non-traités, appelant une action des pouvoirs publics sont indiqués, et rapportés à la superficie du territoire. | 106. Les ICPE intégrées ici sont celles soumises à autorisation ou enregistrement et comprennent des industries diverses, élevages importants et carrières. | 107. Les ICPE SEVESO sont soumises à la directive du même nom qui concerne la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. | 111-113. Le radon est un gaz radioactif produit par la désintégration naturelle de l'uranium présent dans les roches. Cancérigène pulmonaire, il peut présenter un risque pour la santé lorsqu'il s'accumule dans les bâtiments. Les communes à potentiel radon de catégorie 1 sont celles localisées présentant les teneurs en uranium les plus faibles. Les communes à potentiel radon de catégorie 2 sont celles présentant des teneurs en uranium faibles mais sur lesquelles des facteurs géologiques particuliers peuvent faciliter le transfert du radon vers les bâtiments. Les communes à potentiel radon de catégorie 3 sont celles qui présentent des teneurs en uranium estimées plus élevées comparativement aux autres formations. Sur ces formations plus riches en uranium, la proportion des bâtiments présentant des concentrations en radon élevées est plus importante que dans le reste du territoire.

Sources : 101 & 103. Insee (RP2022) | 102. Insee (2021) | 104. Geodip ONPE 2022 | 105. BASOL au 6 mars 2026 | 106-107. Ministère de la transition écologique et solidaire – GéoRisques – Base des installations classées - téléchargées le 06/03/2026 | 108. ATMO Grand Est - Invent'Air V2023. Evolution calculée sur 5 ans | 109. Agence bio (2024). Evolution calculée sur 5 ans. | 110. Base Gaspar (2025) | 111-112. Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection (ASNR) 2019, Insee (RP 2022)

CADRE DE VIE

Niveau d'équipements

		Année	Effectif	Taux	Position Taux	Taux régional	Taux France métrop.	Taux dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE	Evolution annuelle taux territoire (en % par an) calculée sur une période de 6 ans	
114	Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans *(et part pour 100 habitants de 20-59 ans)*	2023	711	13,3	🟡	14,7	15,2	13,2	14,3	15,6	0,45	↗ !
115	Couverture de l'emploi sur le territoire *(en %)*	2022		41,0	🟠	90,8	98,2	103,1	130,9	58,7	-1,48	↘
116	Locaux éligibles à la fibre *(et part pour 100 locaux)*	2025	7 065	93,4	🟡	92,9	93,9	96,6	91,9	95,5		
117	Populations éloignées des équipements de proximité *(et part pour 100 personnes)*	2021	3 000	26,2	🟡	7,3	6,7	8,8	1,5	22,3		
118	Populations éloignées des équipements intermédiaires *(et part pour 100 personnes)*	2021	3 147	27,5	🟡	7,8	5,9	10,5	2,5	21,4		
119	Populations éloignées des équipements supérieurs *(et part pour 100 personnes)*	2021	1 090	9,5	🟡	11,4	2,2	4,6	4,1	4,8		

POLITIQUES DE SANTE

La coordination des acteurs au service d'une meilleure santé pour les populations s'organise à l'échelle des territoires. Ainsi, contrats locaux de santé (CLS) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent des outils et dynamiques locales, en plus d'autres structures/organisations qui se développent (ex : équipes de soins primaires-ESP, maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), centres de santé, dispositifs d'appui à la coordination-DAC).

Par ailleurs afin de répondre aux inégalités territoriales dans l'accès aux soins et aux évolutions défavorables de la démographie médicale, des dispositifs d'aide à l'installation de médecins généralistes notamment sont mobilisables dans les zones définies comme fragiles.

Projets & politiques de santé

		Année	Effectif	Taux	Position Taux	Taux régional	Taux France métrop.	Taux dep 51	Taux terr. urbains GE	Taux terr. ruraux GE
120	Couverture par un contrat local de santé (CLS) *(nombre de communes et part de la population couverte en %)*	févr-26	0	0,0		58,3		81,7	60,1	53,6
121	Couverture par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) *(nombre de communes et part de la population couverte en %)*	févr-26	40	100,0		81,9		72,3	85,6	72,2
122	Communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte en %)*	déc-25	24	50,0		26,7		17,7	20,2	43,3
123	Communes classées en zone d'action complémentaire (ZAC) au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte en %)*	déc-25	16	50,0		41,5		32,5	40,8	43,3
124	Communes classées en zone hors vivier au regard du zonage médecin *(et part de la population couverte en %)*	déc-25	0	0,0		31,9		49,8	39,0	13,4

Notes de lecture : 114. Evolution calculée sur une période de 5 ans. | 115. Le taux de couverture de l'emploi correspond au rapport entre les emplois (lieu de travail) et les actifs occupés (lieu de résidence). S'il est inférieur à 100, les actifs résidents sont plus nombreux que les emplois, donc certains travaillent hors du territoire. S'il est supérieur à 100, les emplois sont plus nombreux que les actifs résidents, ce qui signifie que des non-résidents viennent y travailler. |117. Population se situant à plus de 7 min des équipements de gamme de proximité (équipements les plus fréquents comme par exemple poste, épicerie-supérette, boulangerie,...)| 118. Population se situant à plus de 15 min des équipements de gamme intermédiaire (ex : supermarché, librairie, collège, bassin de natation,...) | 119. Population se situant à plus de 30 min des équipements de gamme supérieure (ex : hypermarché, lycée, urgences, médecin spécialiste, cinéma,...). Plus d'infos sur les types d'équipements ici : https://www.insee.fr/fr/statistiques/8217535?sommaire=8217537

Sources : 114. Insee (RP2022), MEOS 2023 Injep | 115. Insee (RP2022) | 116. Arcep au 30/09/2025 | 117-119. Insee, RP - Base Permanente des Equipements (BPE) 2021 Distancier Metric | 120. ARS Grand Est, DOS - février 2026, Insee (RP2022) | 121. ARS Grand Est, DCRIT - février 2026, Insee (RP2022) | 122-124. Arrêté ARS Grand Est n°2025-4330 du 18/12/2025, Insee (RP2022).

Portrait de santé

Des clés de lecture

Les tableaux du **portrait de santé des EPCI** présentent le nombre, le taux et la position de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour chacun des indicateurs présentés. Les colonnes suivantes permettent de comparer le taux de l'EPCI à la moyenne régionale, nationale (France métrop.), départementale. Les sources des indicateurs sont précisées, ainsi que des notes pour accompagner leur lecture. Les différents indicateurs présentés dans ce portrait sont détaillés (liste et définitions) dans un fichier annexe disponible sur le site de l'ORS Grand Est.

La **position de l'EPCI** est calculée à partir du taux en comparaison des 149 EPCI de la région :
- très favorable
- favorable
- neutre
- défavorable
- très défavorable
- non classée (donnée non disponible)

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

L'évolution annuelle moyenne (hors indicateurs d'état de santé) pour l'EPCI, calculée en général sur une période indiquée en titre des tableaux, est exprimée par une flèche et un fond de couleur :
- augmentation (évolution supérieure à 0,5 %)
- stagnation (évolution comprise entre -0,5 et 0,5%)
- diminution (évolution inférieure à -0,5 %)
- évolution favorable
- évolution défavorable

Comprendre les sigles

nd	Ce sigle est utilisé dans le cas où la donnée n'est pas disponible, y compris pour des raisons de secret statistique, ou de robustesse de l'indicateur.
!	Évolution annuelle moyenne calculée sur **une période différente** de celle indiquée dans les titres des tableaux.
	Sans objet ou donnée non-pertinente.

Comprendre les déterminants de santé

« La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. »
(Inpes, « Intérêt d'une approche locale et transversale », 2012)

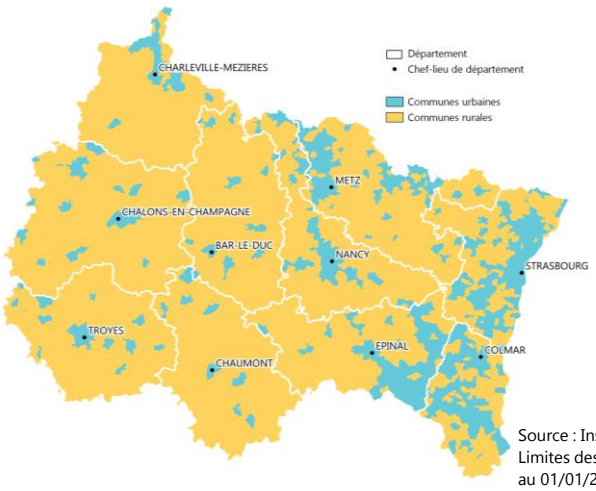
L'approche par déterminants vise à rendre compte de manière dynamique et systémique de l'état de santé des personnes et des populations : celui-ci dépend pour partie de facteurs génétiques et de comportements et styles de vie des personnes, mais également du système de santé et des environnements naturels,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

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

Comprendre les taux des territoires urbains/ruraux GE et classement de l'EPCI à dominante rurale et urbaine

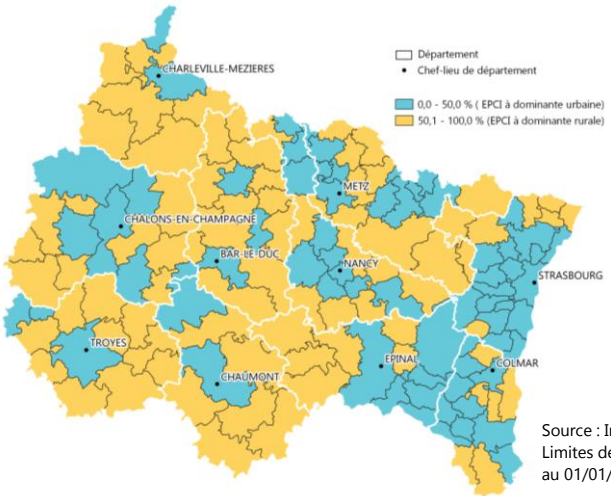
A partir de la base des unités urbaines de l'Insee, les communes sont classées comme urbaines ou rurales (cf carte à gauche). Les indicateurs ont été calculés pour l'ensemble des communes urbaines (taux terr. urbains GE) et pour l'ensemble des communes rurales (taux terr. ruraux GE). Les EPCI sont classés à « dominante urbaine » lorsque plus de 50 % de leur population vit dans une commune urbaine (selon la classification de l'Insee) et inversement pour les EPCI à « dominante rurale » (cf. carte à droite & indicateur 5)

Répartition des communes rurales et urbaines dans le Grand Est



Source : Insee
Limites des communes au 01/01/2026

Répartition des EPCI à dominante rurale et urbaine dans le Grand Est



Source : Insee (RP2022)
Limites des EPCI au 01/01/2026

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

Mise à jour : 11/09/2026

Pour plus d'informations, retrouvez l'ensemble de nos travaux sur notre site : https://ors-ge.org/

Contact : contact@ors-ge.org

Observatoire Régional de la Santé

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Grand Est

Etude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est et financée par l'Agence régionale de Santé Grand Est