

Typologie des EPCI : présentation du groupe « riche par redistribution frontalière »

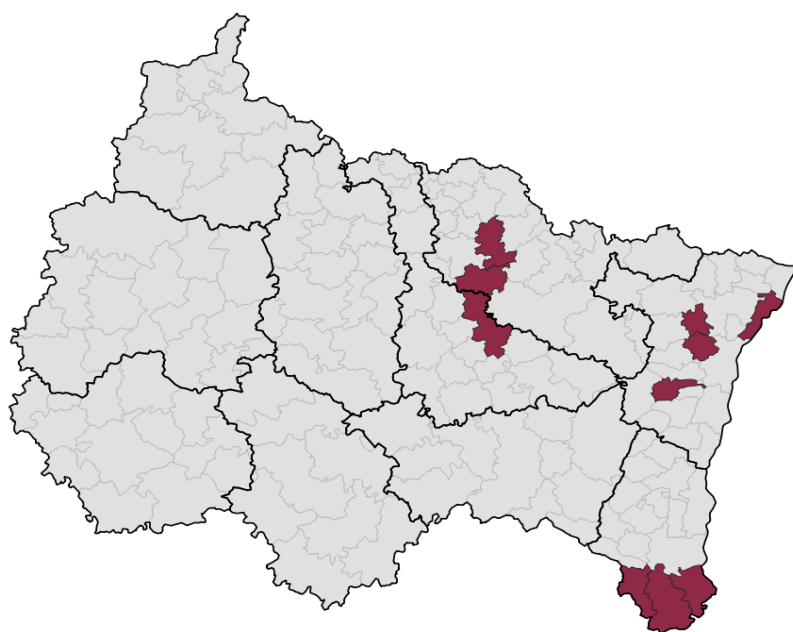
297 095
habitants en 2016

10
EPCI

127
habitants
par km²

5%
de la
population
du Grand Est

98%
de communes de
moins de 5 000
habitants



En Grand Est, 149 Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sous forme de communautés de communes ou communautés d'agglomération sont définis.

Sur la base d'indicateurs de revenus, de population et d'emploi, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) a réalisé une typologie de ces territoires : 10 groupes ont été créés et reflètent les différents niveaux de pauvreté et les trajectoires sociales des EPCI.

Même si au sein de chaque groupe des disparités existent, l'analyse statistique a permis d'identifier que certaines caractéristiques sont similaires, ce qui peut inviter les acteurs de ces territoires à se rapprocher et mener des réflexions communes.

Ce groupe réunit des territoires de la zone frontalière suisse et les abords les plus prisés de Strasbourg, Nancy et Metz.

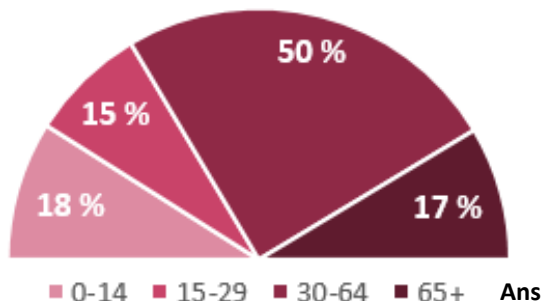
La population et l'emploi y sont en hausse depuis de nombreuses années. Les salaires y sont élevés, notamment ceux perçus par les actifs qualifiés travaillant à l'extérieur du territoire. De plus, ces salaires élevés sont redistribués dans l'économie locale par la consommation des ménages.

Malgré des salaires plus modestes sur le territoire, l'emploi s'y développe également, suffisamment pour avoir un taux de pauvreté faible.

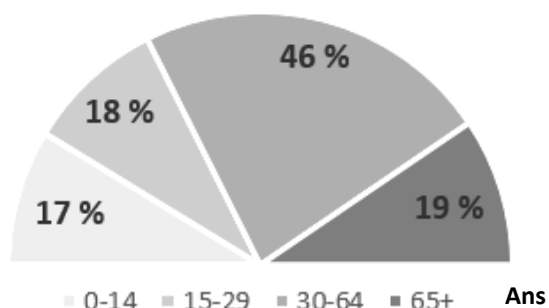
Des 30-64 ans plus nombreux et des 15-29 ans et 65 ans et plus moins présents

2016

Dans le groupe riche par redistribution frontalière

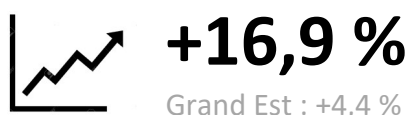


Dans le Grand Est



Forte croissance démographique

de 1999 à 2016



L'ensemble des EPCI du groupe a connu une forte croissance démographique allant de **+10,1 %** dans la CC Sundgau à **+22,0 %** dans la CC du Kochersberg.

Cette hausse s'explique en majeure partie par l'évolution du **solde migratoire apparent**. De 1999 à 2016, **9,3 %** de l'évolution de la population est dû au solde migratoire apparent (et 7,6 % au solde naturel).

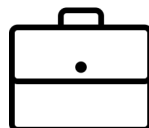
Le solde migratoire apparent est déterminé par la différence entre la variation de la population et le solde naturel.

Il permet d'approcher le solde migratoire qui est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur un territoire (immigrants) et le nombre de personnes qui en sont sorties (émigrants)

Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès.

Et hausse des emplois

de 1999 à 2016



+17,2 %

Grand Est : +0,5 %

L'emploi a augmenté de manière plus ou moins importante dans l'ensemble des EPCI du groupe à l'exception de la Communauté de communes Sud Alsace Largue qui a connu une légère baisse de -0,1 %.

Taux de couverture de l'emploi faible

2016

44,9 % vs 75,9 %

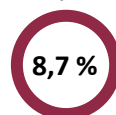
Moyenne des EPCI du groupe

Moyenne des EPCI du Grand Est

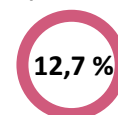
Sur 100 actifs occupés résidents sur le territoire, il y a **44,9** emplois. En effet des actifs résidents partent travailler dans d'autres territoires, notamment dans les pays frontaliers ainsi que dans les grandes agglomérations de Strasbourg, Metz et Nancy très bien pourvues en emplois qualifiés.

Peu de chômeurs dans la population générale et chez les jeunes

2016—part dans la population active



Moyenne des EPCI du groupe



Moyenne des EPCI du Grand Est

Les **15-29 ans** sont également moins touchés : **16,5 %** contre 22,4 % en moyenne dans les EPCI du Grand Est mais ce dernier augmente.

De nombreux diplômés du supérieur et peu de non insérés

2016— part parmi les 15-64 ans non scolarisés



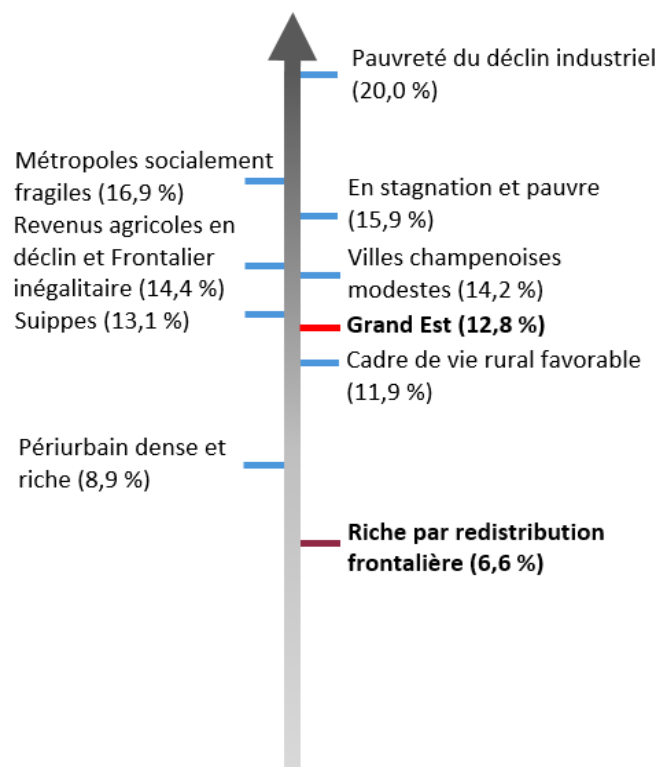
34,2

Grand Est : 25,5 %

Dans la **CC du Kochersberg**, la part des diplômés du supérieur atteint **45,3 %**. Seuls **13,4 % des 15-29 ans sont non insérés** contre 19,6 % dans le Grand Est.

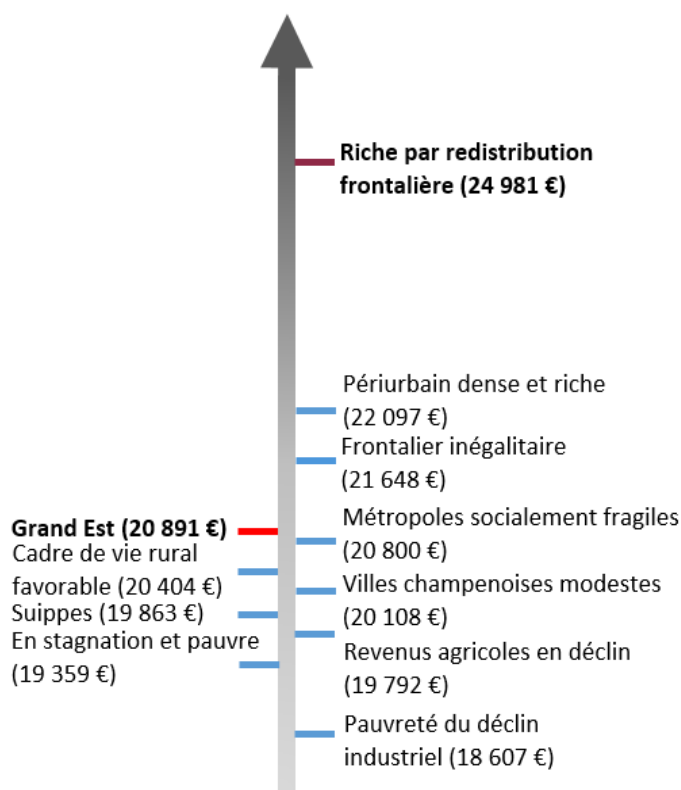
Taux de pauvreté le plus faible des groupes

2016



Revenu médian le plus élevé des groupes

2016



Les taux de pauvreté des EPCI du groupe « riche par redistribution frontalière » sont tous **inférieurs** à la moyenne des EPCI du Grand Est. Ils varient de moins de **5,0 %** dans la CC des Portes de Rosheim et la CC du Kochersberg et **9,2 %** dans la CA de Saint-Louis.

Le **taux de pauvreté** correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur au seuil de 60 % du niveau de vie médian.

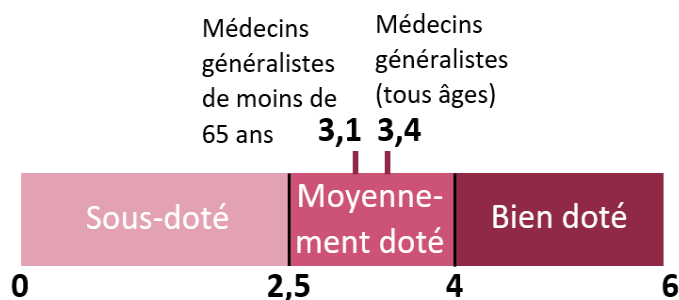
Le **niveau de vie** est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (UC). Le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même ménage.

Les unités de consommation sont généralement calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'OCDE modifiée qui attribue 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans.

Les revenus médians des EPCI du groupe « riche par redistribution frontalière » sont tous supérieurs au revenu médian observé en Grand Est et varient de **23 040 €** dans la CC de Seille et Grand Couronné à **30 070 €** dans la CA de Saint-Louis.

Une accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes moyenne

2018— en nombre de consultations de médecine générale par an et par habitant



Les habitants ont accès en moyenne à **3,4** consultations ou visites de médecine générale par an et par habitant. Ce chiffre est de **3,1** quand on restreint l'offre de médecine générale aux professionnels de moins de 65 ans. Le territoire serait donc considéré comme **moyennement doté**.

Cet indicateur APL développé par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) permet de tenir compte de l'offre et de la demande de soins d'une commune mais également des communes environnantes. Plus complet que l'indicateur de densité de professionnels, le calcul de l'indicateur APL intègre les dimensions relatives à l'activité des médecins (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge).

L'indicateur retenu pour calculer l'accessibilité aux médecins généralistes au niveau des groupes d'EPCI est la moyenne des APL aux médecins généralistes des communes qui le constituent, pondérée par la population standardisée par la consommation de soins de médecine générale par tranche d'âge.

Un territoire est dit **sous-doté** (ou sous-dense) si son APL est inférieure ou égale à 2,5 consultations/an/habitant. Il est dit **moyennement doté** si son APL est comprise entre 2,5 et 4 C/an/habitant et il est considéré comme **bien doté** si son APL excède 4 C/an/habitant.

L'accessibilité potentielle localisée n'étant disponible que pour les médecins généralistes, nous utiliserons la densité pour les spécialistes.

Une densité de médecins spécialistes plutôt faible

2016, densité pour 100 000 habitants

Ophthalmologues

2 ophtalmologues pour 100 000 habitants

6 pour 100 000 en Grand Est

4 pour 100 000 en Grand Est (hors métropoles)

Psychiatres

2 psychiatres pour 100 000 habitants

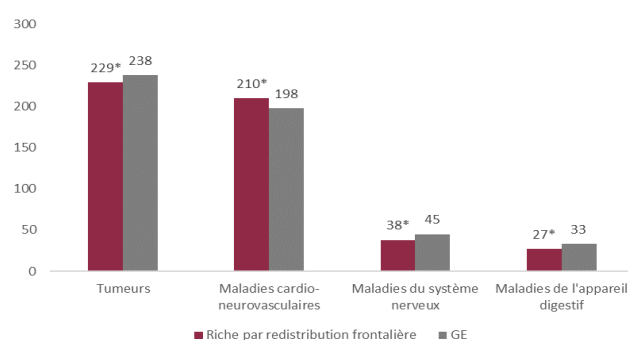
6,8 pour 100 000 en Grand Est

3,1 pour 100 000 en Grand Est (hors métropoles)

Les densités de professionnels de santé restent faibles au regard du Grand Est y compris lorsque l'on ne considère pas les densités dans les métropoles qui tirent la valeur régionale vers le haut. Etant donné la situation frontalière du groupe, il est possible qu'il y ait un accès hors du territoire.

Mortalité en général plus faible que dans le Grand Est

entre 2011 et 2015, taux comparatifs de mortalité en nombre de décès pour 100 000 habitants



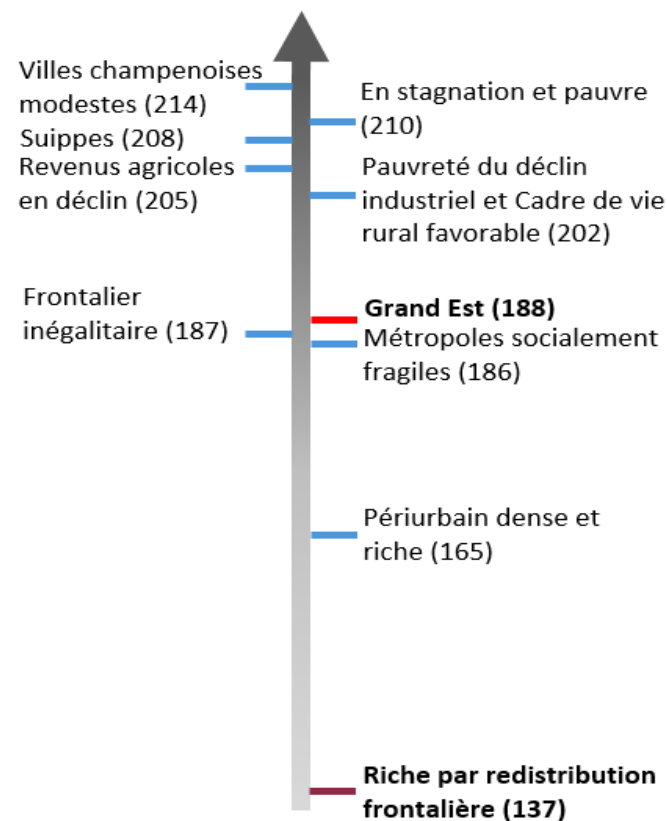
* Taux significativement différent du taux observé dans la région ($p < 0,05$)

Comme ailleurs, les tumeurs et les maladies cardio-neurovasculaires (MCNV) sont les 2 premières causes de mortalité. Le groupe « riche par redistribution frontalière » enregistre sur la période 2011-2015 une sous-mortalité significative par **tumeurs** (229 décès pour 100 000 habitants, soit - 4 % par rapport au Grand Est), pour les **maladies du système nerveux** (38 décès pour 100 000 habitants, soit - 16 % par rapport au Grand Est) et pour les **maladies de l'appareil digestif** (27 décès pour 100 000 habitants, soit - 18 % par rapport au Grand Est).

Une surmortalité significative est toutefois observée pour les **maladies cardio-neurovasculaires** (210 décès pour 100 000 habitants, soit +6 % par rapport au Grand Est).

Mortalité prématurée la plus faible des groupes

entre 2011 et 2015, taux comparatifs de mortalité en nombre de décès pour 100 000 habitants



La **mortalité prématurée** (décès survenus avant 65 ans) du groupe « riche par redistribution frontalière » est inférieure à celle du Grand Est avec **137** décès pour 100 000 habitants. De même, la **mortalité générale** (tous âges) est **significativement inférieure** avec 759 décès pour 100 000 habitants contre 800.

En France métropolitaine, entre 2011 et 2015, plus de 80 % des personnes décédées avaient au moins 65 ans et plus d'une sur deux était âgée de plus de 80 ans. Cette proportion des décès survenant aux âges élevés est en augmentation constante ces dernières décennies du fait de l'amélioration des conditions de santé. Ainsi, de plus en plus, l'analyse de la mortalité générale correspond à la mortalité aux grands âges. Cela limite l'évaluation des besoins de prévention pour les populations moins âgées. C'est pourquoi l'examen de la mortalité prématurée (décès intervenus avant 65 ans) est devenu essentiel pour affiner la connaissance de l'état de santé des populations.

Corrélation entre mortalité prématurée et taux de pauvreté et encore plus avec le revenu médian

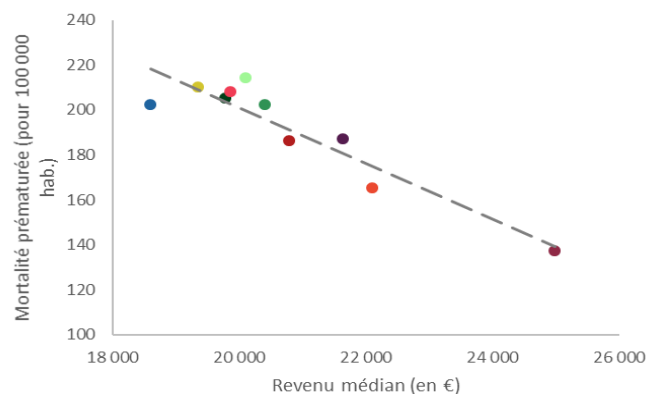
Au regard des graphiques taux de pauvreté, revenu médian et mortalité prématurée, une corrélation est mise en évidence entre ces indicateurs de niveau socio-économiques et la mortalité prématurée : **les groupes d'EPCI les plus pauvres ou ayant les revenus les plus faibles sont ceux en général présentant des mortalités prématurées les plus élevées.**

La **santé est multifactorielle** et influencée par divers **déterminants de santé**, dont les déterminants socio-économiques.

Il a ainsi pu être par exemple démontré dans la littérature qu'une forte corrélation existe entre le revenu et la mortalité et que cela ne concerne pas uniquement une opposition pauvre/riche mais que, plus le revenu est élevé, plus l'effet protecteur qu'il constitue est important (notion de gradient social).

Dans le présent travail est effectivement constatée une forte corrélation entre revenu médian et mortalité prématurée (coefficient de corrélation linéaire de -0,92) : plus le revenu médian augmente et plus la mortalité prématurée diminue.

Revenu médian et mortalité prématurée par groupe d'EPCI



- Cadre de vie rural favorable
- En stagnation et pauvre
- Frontalier inégalitaire
- Métropoles socialement fragiles
- Pauvreté du déclin industriel
- Périurbain dense et riche
- Revenus agricoles en déclin
- Riche par redistribution financière
- Villes champenoises modestes
- Suippes – armée

Ex : le groupe riche par redistribution financière a le revenu médian le plus élevé (24 981 €) et le taux de mortalité prématurée le plus faible (137 pour 100 000 habitants).

Liste des EPCI du groupe « riche par redistribution financière »

| EPCI | Département | Popula- tion | Part des 65 ans et plus (en %) | Part des NEET de 15-29 ans (en %) | Taux de pauvreté (en %) | Revenu médian (en €) |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------|
| CC de Seille et Grand Couronné | Meurthe-et-Moselle (54) | 18 624 | 16,3 | 12,0 | 6,5 | 23 040 |
| CC du Sud Messin | Moselle (57) | 16 065 | 14,6 | 12,9 | 6,1 | 23 329 |
| CC Haut Chemin-Pays de Pange | Moselle (57) | 19 083 | 15,8 | 12,2 | 6,1 | 24 285 |
| CC des Portes de Rosheim | Bas-Rhin (67) | 17 882 | 18,6 | 10,8 | 5,0 | 24 871 |
| CC du Kochersberg | Bas-Rhin (67) | 24 985 | 17,6 | 9,3 | 5,0 | 26 237 |
| CC du Pays de la Zorn | Bas-Rhin (67) | 15 900 | 17,9 | 12,2 | 6,0 | 23 520 |
| CC du Pays Rhénan | Bas-Rhin (67) | 36 463 | 17,7 | 13,8 | 6,4 | 23 774 |
| CA Saint-Louis Agglomération | Haut-Rhin (68) | 78 300 | 16,8 | 17,5 | 9,2 | 30 070 |
| CC Sud Alsace Largue | Haut-Rhin (68) | 22 272 | 17,4 | 16,4 | 8,0 | 23 758 |
| CC Sundgau | Haut-Rhin (68) | 47 521 | 18,3 | 17,0 | 7,1 | 26 922 |

Pour en savoir plus sur la typologie des EPCI réalisée par l'Insee : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4268096>

Sources : Insee, RP (1975, 1982, 1999 et 2016), Filosofi 2016 ; SNIIR-AM 2018, EGB 2018, CNAM-TS, populations par sexe et âge 2016, distancier METRIC, traitements DREES ; RPPS au 01.01.2016 ; Inserm (CépiDC)

Pour avoir des infos détaillées par EPCI, rendez-vous dans la rubrique « mieux connaître mon territoire » sur <https://ors-ge.org/>



Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités

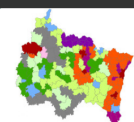


ACCUEIL ACTUALITÉS PRÉSENTATION - NOS PRODUCTIONS - NOS OUTILS - CONTACT



Mieux connaître mon territoire

En Grand Est, 149 Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sous forme de communautés de communes ou communautés d'agglomération sont définis. Découvrez ici un peu plus votre territoire au travers d'indicateurs de santé et de déterminants de santé (facteurs qui influencent l'état de santé ou y sont associés) en consultant les profils synthétiques réalisés par l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est (financement ARS et DRDJS).CS).



Consultez la carte des EPCI et leur typologie

Téléchargez, en cliquant sur votre territoire, son profil socio-sanitaire et son profil pauvreté.



Liste des communes et EPCI

Accéder aux différents documents selon votre commune de résidence, ou le nom de votre communauté de communes ou d'agglomération.