



Diagnostic local de santé De la Communauté de communes De la Vallée de la Bruche

Document réalisé pour le compte et grâce au financement de l'ARS Alsace.

Remerciements :

Nous tenons à remercier M. Grandadam, président de la communauté de communes de la vallée de la Bruche, M. Muziotti, agent de développement de la communauté de communes, M. Lahaye, journaliste ainsi que l'ensemble des professionnels et des habitants de la Vallée de la Bruche qui nous ont permis de mener à bien ce diagnostic local de santé.

Introduction	5
Contexte	5
Cadre conceptuel du diagnostic local de santé	6
Méthode du diagnostic local de santé	8
Données chiffrées disponibles	10
Repères géographiques.....	10
État de santé de la population	11
Mortalité.....	11
Les médicaments traceurs : une approche de la morbidité.....	12
Éléments sociodémographiques et socio-économiques.....	20
Évolution et structure de la population	20
Ménage et structure familiale.....	25
Migrations résidentielles.....	28
Scolarité et niveau d'études.....	29
Population active.....	31
Pauvreté	35
Familles d'accueil	40
Focus sur les personnes âgées	41
Focus sur la mobilité.....	41
Environnement géographique et urbanistique.....	45
Logement.....	45
Offre de soins	47
Dépistages organisés.....	47
Soins libéraux	48
Établissements et services socio-sanitaires	54
Analyse des résultats du diagnostic : données qualitatives et quantitatives	56
Le recueil des données qualitatives	56
Un cadre d'analyse : les déterminants de la santé	56
Fiche 1 : la santé des enfants et des adolescents.	58
Les déterminants de la santé des enfants et des adolescents.....	58
Des pistes d'amélioration.....	61
Ressources locales pour améliorer la santé des enfants et des adolescents.....	63
Fiche 2 : le recours aux soins et à la prévention	67
Les déterminants du recours au soin et à la prévention.....	67

Des pistes d'amélioration.....	70
Les ressources pour améliorer le recours aux soins et à la prévention	72
Fiche 3 : la prise en charge des personnes âgées	75
Les déterminants de la santé des personnes âgées.....	75
Des pistes d'amélioration.....	77
Les ressources pour améliorer la prise en charge des personnes âgées	80
Conclusion	81
Annexes	83
Annexe 1 : questionnaire jeune	84
Annexe 2 : questionnaire adulte	87
Annexe 3 : grille d'entretiens individuels.....	91
Annexe 4 : méthode d'entretiens collectif.....	93
Annexe 5 : catégorisation des résultats des problèmes de santé sur la Vallée de la Bruche.....	94
Annexe 6 : « arbres santé » de la Vallée de la Bruche.....	99
Annexe 7 : membres du comité de pilotage	106
Annexe 8 : membres du comité opérationnel	109
Glossaire	110

Introduction

Contexte

La loi HPST prévoit que la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les collectivités territoriales (Article L1434-17 du CSP).

Ces contrats participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social, mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale etc.). Ils concernent des territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel.

Il s'agit d'un contrat engageant l'Agence Régionale de la Santé sur une période de 3 ans autour de thématiques d'action déterminées conjointement avec la collectivité territoriale considérée.

La collectivité n'ayant pas de compétence générale en santé, la contrepartie attendue de sa part est d'être le relais des politiques de santé dans l'ensemble des politiques publiques qu'elle met en œuvre sous sa responsabilité sur son territoire d'actions (sport, restauration collective, transports, logement ...).

La communauté de communes de la Vallée de la Bruche a été identifiée, avec d'autres territoires de la région Alsace, comme un territoire prioritaire et fera l'objet de la signature d'un contrat local de santé (CLS) avec l'Agence Régionale de Santé.

Le but du CLS étant de définir des réponses adaptées au territoire en matière sanitaire, il est nécessaire de procéder dans un premier temps à l'analyse des problèmes prioritaires de santé sur la communauté de communes.

Le contrat local de santé suppose ainsi la réalisation préalable d'un diagnostic local de santé (DLS), partagé entre les acteurs concernés.

L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé en Alsace (Ireps Alsace) et l'Observatoire Régional de la santé en Alsace (ORS Alsace) ont été mandatés par l'ARS pour réaliser ce diagnostic local de santé.

Cadre conceptuel du diagnostic local de santé

Une définition de la santé qui dépasse la seule acceptation sanitaire du terme :

« La santé c'est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci (préalable de la charte d'Ottawa).

Les principes induits par la promotion de la santé : une définition de la santé plus globale que la seule acceptation sanitaire

qui reconnaît l'influence de déterminants multiples

qui associe la population ciblée à la définition des problèmes de santé prioritaires et des actions à mettre en œuvre

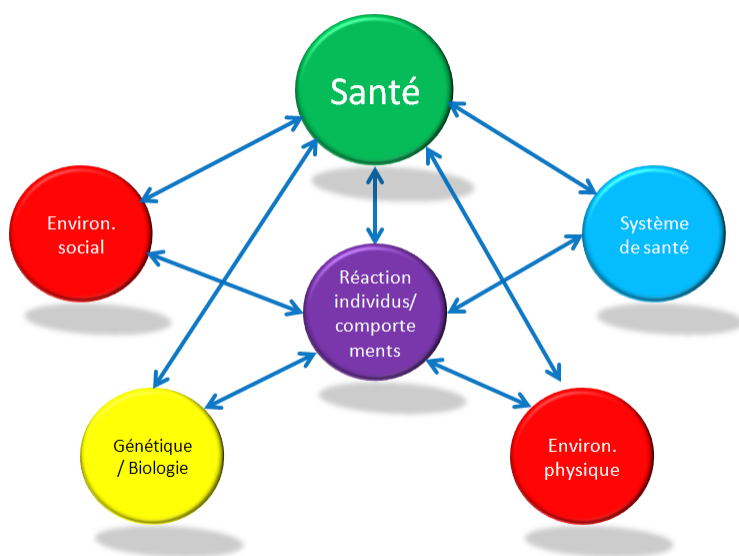
Promotion de la santé – Charte d'Ottawa



Une approche de la santé qui prend en compte l'ensemble de ses déterminants

Il est clairement établi et reconnu, particulièrement dans les démarches de promotion de la santé, qu'un problème de santé est la résultante d'une série de facteurs liés entre eux de façon plus ou moins étroite. Ils sont appelés : les déterminants de la santé¹.

En effet, que l'on se réfère à la classification de Lalonde² ou à celle d'Evans³, on doit considérer que la santé d'une personne est déterminée par sa biologie (sexe, âge, génétique...), mais aussi, par son environnement, qu'il soit écologique, politique, socio-économique, culturel..., par l'organisation du système de santé et par les comportements plus ou moins favorables à la santé, eux-mêmes fortement influencés par les autres déterminants cités ci-dessus.



En outre, la promotion de la santé reconnaît aux populations une expertise profane et de ce fait, l'un de ses axes d'intervention est le renforcement des actions communautaires, c'est-à-dire de l'implication des habitants dans l'ensemble de la démarche.

L'approche retenue pour le diagnostic local de santé s'inscrit totalement dans ce cadre et va de ce fait explorer, pour les territoires retenus, non seulement les données épidémiologiques, mais aussi l'ensemble des données disponibles sur les déterminants de la santé.

¹ Wilkinson; Michael Marmot, editor. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Organisation mondiale de la santé, seconde édition, 2004.

² Marc Lalonde. Nouvelle perspective de la santé des canadiens : un document de travail. Technical report, Gouvernement du Canada, 1974.

³ Robert Evans; Morris Barer; Theodore Marmor. *Why are some people healthy and other not? The determinants of health of population*. Aldine de Gruyter, New York, 1994.

Méthode du diagnostic local de santé

Un comité de pilotage pour valider la démarche et les éléments recueillis.

Avant le début du diagnostic, un **Comité de Pilotage** a été désigné afin de suivre sa réalisation, de partager ses conclusions, de dégager des priorités d'actions pour le territoire et, à terme, de désigner et de suivre les projets mis en œuvre dans le cadre du contrat local de santé.

Ce comité de pilotage rassemble des membres de l'ARS, de l'ORS et de l'Ireps, mais aussi des élus et des personnes issues à un titre ou un autre du territoire concerné. Ce Comité de pilotage est l'un des outils principaux favorisant une appropriation collective du diagnostic par des acteurs du territoire. L'autre outil d'appropriation locale était la **Réunion publique** de restitution des résultats, organisée à l'issue du diagnostic, afin de connaître « à chaud » les réactions et commentaires des habitants et professionnels et de les intégrer dans la conclusion du présent rapport.

Plusieurs étapes :

La méthode retenue pour réaliser ce diagnostic local de santé s'est déclinée selon plusieurs axes de travail :

Recherche documentaire

- **La recherche documentaire** qui a permis de collecter, analyser et synthétiser des documents d'ordres historique, géographique, économique, sociologique, mais aussi de connaître un certain nombre d'études spécifiques, de projets locaux et d'actions déjà conduites sur le territoire.

Recherche d'indicateurs chiffrés

- **La recherche d'indicateurs chiffrés** permettant d'approcher d'un point de vue statistique l'état de santé de la population vivant sur le territoire de la communauté de communes de la Vallée de la Bruche.

Les données recherchées portaient sur différents champs : les éléments sociodémographiques et socio-économiques, l'environnement géographique et urbanistique, l'offre de soins, les établissements et services socio-sanitaires, la prévention.

Lorsque les données statistiques sont disponibles et le traitement et l'analyse pertinents, les indicateurs sont présentés à l'échelle communale, notamment pour l'analyse démographique et socio-économique, afin de localiser l'offre de services et l'offre de soins sur le territoire.

Les indicateurs présentés dans la partie « données chiffrées disponibles » sont comparés à la zone de proximité de Molsheim-Schirmeck et à la région.

- **Des entretiens individuels** ont permis de vérifier les données quantitatives par une approche plus qualitative des besoins de santé et de leurs déterminants, tels que les professionnels du territoire les perçoivent.

8 entretiens individuels ont ainsi été réalisés et ont permis de rencontrer un ou des représentants de :

- la communauté de commune,
- la Clinique Saint-Luc,
- L'infirmière du collège et du lycée professionnel de Schirmeck
- l'association Colibri Bruche
- la maison de retraite de Saales
- la mission locale de Molsheim

- l'UTAMS⁴ secteur collines
- Le SDIS⁵

Recueil des demandes de santé par la population, par des entretiens collectifs et par des questionnaires.

- **Les entretiens collectifs** ont permis de rencontrer des professionnels et des élus, mais également, dans une moindre mesure, des habitants. L'idée étant de recueillir la perception des besoins de santé selon les professionnels et les élus, mais aussi de connaître le point de vue des habitants sur cette question.

4 entretiens collectifs ont ainsi permis de rencontrer 85 personnes.

- Enfin, pour compléter le dispositif et notamment pour renforcer le recueil de l'avis de la population, **une enquête par questionnaire** a également été réalisée auprès de la population et relayée par différents moyens :
 - Via les élèves du collège / lycée de Schirmeck et du collège de La Broque qui devaient répondre eux-mêmes à un questionnaire « jeunes »⁶ et faire passer un questionnaire « adulte »⁷ à l'un de leurs proches.
 - Via les différents lieux de consultations du territoire :
 - à la maison de service de Saales
 - à la maison de santé de Schirmeck
 - au secrétariat de la polyclinique de St Luc
 - Via un site Internet.

Un total de 82 questionnaires auprès d'adultes et 79 questionnaires auprès de jeunes sont ainsi venus compléter nos investigations auprès de la population.

Ces questionnaires n'avaient aucun objectif de recueil quantitatif voire statistique mais avaient exclusivement celui d'augmenter le nombre d'avis qualitatifs obtenus par les entretiens.

Un aperçu des ressources disponibles pour la mise en œuvre du Contrat local de Santé.

- La réalisation du diagnostic a été l'occasion de **repérer les ressources existantes – structures, dispositifs...** – sur lesquelles il était possible de s'appuyer pour mettre en œuvre le Contrat Local de Santé.

Nous en avons rencontré certaines, pour lesquelles il est donc possible de développer une présentation un peu plus approfondie. D'autres, dont certaines mériteraient peut-être d'être mieux connues, ont simplement été mentionnées lors des entretiens et sont présentées sous forme de tableau. D'autres enfin ont certainement été oubliées, mais cette liste ne prétend pas à l'exhaustivité.

En annexe, un tableau fournit les coordonnées de l'ensemble des structures mentionnées dans ce rapport.

⁴ Unité territoriale d'action médico-sociale

⁵ Service Départemental d'Incendie et de Secours

⁶ Questionnaire jeune : annexe 1

⁷ Questionnaire adulte : annexe 2

Données chiffrées disponibles

Repères géographiques

La communauté de communes (CC) de la Vallée de la Bruche est située sur le département du Bas-Rhin. Elle est composée de 26 communes (cf. carte 1).

Ces communes appartiennent à trois cantons (Canton de Schirmeck, de Saales et de Molsheim) et dépendant de la zone de proximité (ZP) de Molsheim-Schirmeck. Avec ses 21 622 habitants, La CC de la Vallée de la Bruche représente 18,5 % des habitants de la zone et 1,2 % de la population régionale⁸.

Afin de disposer d'effectifs suffisants pour des traitements statistiques, les communes ont été regroupées selon le découpage qui apparaît sur la carte suivante. La zone A est celle de l'entrée de vallée, la zone B est celle incluant le bourg-centre, et la zone C est le haut de la vallée.

21 000 habitants
répartis sur
26 communes
appartenant à
3 cantons.

Carte 1 : découpage de la CC de la Vallée de la Bruche en trois zones d'étude



⁸ 116 868 personnes pour la zone de proximité de Molsheim-Schirmeck, 1 837 087 personnes en Alsace. Recensement de la population 2008, Insee.

État de santé de la population

Mortalité

Mortalité générale et prématurée

Les données de mortalité que nous traitons couvrent dix années, de 1998 à 2007 incluses.

Des taux de mortalité générale (tous âges confondus) et de mortalité prématurée (avant 65 ans) élevés par rapport à la référence régionale.

Sur cette période, ce sont ainsi 2 142 personnes domiciliées dans la CC de la Vallée de la Bruche qui sont décédées, soit 214 par an en moyenne. Les décès avant 65 ans représentent 20 % de ces décès.

Sur une période plus récente, allant de 2002 à 2007, les comparaisons entre la CC et l'Alsace laissent apparaître de façon constante une surmortalité locale, que ce soit pour l'ensemble des décès ou pour les décès de personnes de moins de 65 ans (mortalité prématurée).

Tableau 1 : évolution de l'indice comparatif de mortalité pour la CC de la Vallée de la Bruche (Alsace = 100)

	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2002-2007
Mortalité générale	118	116	118	113	115
Mortalité prématurée	121	116	135	122	121

Source : Inserm CépiDC, Insee – Traitement ORS Alsace

Pour l'ensemble de ces indicateurs, hormis l'indice comparatif pour la mortalité prématurée en 2003-2005, l'écart par rapport à la valeur de référence (100 pour l'Alsace) est significatif sur le plan statistique.

À un niveau infra-communautaire, les effectifs de décès deviennent rapidement très faibles ; nous devons donc nous contenter de traiter les données agrégées sur dix années (de 1998 à 2007). À cette échelle de temps, il apparaît que la problématique est présente sur l'ensemble du territoire. La seule exception se présente en zone A (entrée de vallée), où l'indice de mortalité prématurée ne se distingue pas de la valeur régionale de référence.

Tableau 2 : indice comparatif de mortalité pour les sous territoires de la CC de la Vallée de la Bruche (1998-2007)

	Zone A	Zone B	Zone C
Mortalité générale	113	111	120
Mortalité prématurée	98	143	126

Source : Inserm CépiDC, Insee – Traitement ORS Alsace

La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et par accidents et traumatisme plus élevée qu'en moyenne alsacienne.

Mortalité selon les causes de décès

Sur la période 1998-2007, les principales causes de décès sont comme au niveau régional et national, les maladies de l'appareil circulatoire⁹ et les tumeurs. Le poids relatif de ces causes varie selon le sexe.

Tableau 3 : répartition de la mortalité par causes pour la CC de la Vallée de la Bruche (1998-2007)

	Hommes (n=1 029)	Femmes (n=1 113)	Ensemble (n=2142)
Maladies de l'appareil circulatoire	27%	37%	32%
Tumeurs	33%	22%	27%
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	9%	6%	7%
Maladies de l'appareil respiratoire	6%	7%	7%
Maladies de l'appareil digestif	7%	4%	6%

Source : Inserm CépiDC, Insee – Traitement ORS Alsace

Si pour la mortalité par tumeurs, la CC ne se distingue pas de l'Alsace, elle affiche au contraire des indices de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements¹⁰ supérieurs à la valeur régionale sur l'ensemble de la période 1998-2007 (respectivement 119 et 130). Cela reste vrai si nous ne nous penchons que sur les décès de personnes de moins de 65 ans : les indices restent élevés pour ces deux causes (respectivement 120 et 142).

Les médicaments traceurs : une approche de la morbidité

Sont appelés « médicaments traceurs » les médicaments qui, parce qu'ils ne peuvent être associé qu'à une seule pathologie, permettent d'avoir une idée du nombre de personnes atteintes par cette pathologie et ayant recouru aux soins à ce sujet. Pour autant, les médicaments traceurs ne donnent qu'une vision partielle : les personnes peuvent en effet ignorer qu'elles sont malades ou ne pas accéder aux soins.

Dans les figures suivantes, lorsque le nom du territoire est suivi d'un (*), cela signifie que la différence par rapport à la valeur de référence alsacienne est significative sur le plan statistique, au seuil de 5 % (test du χ^2 de Pearson).

Le recours aux antidépresseurs

Les antidépresseurs font partie de la classe des médicaments psychotropes, ensemble hétérogène de molécules ayant comme point commun de proposer une réponse chimique à un trouble psychiatrique identifié. Les antidépresseurs sont prescrits dans le traitement de la dépression dont les symptômes sont notamment : la tristesse, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir à vivre, des troubles du sommeil et des troubles alimentaires (perte de l'appétit ou plus rarement boulimie). Les antidépresseurs sont des traitements de fond et en

⁹ Les maladies de l'appareil circulatoire, également nommées maladies cardio-vasculaires, sont pour la plupart des affections graves, susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. C'est notamment le cas de l'hypertension artérielle (HTA), des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires cérébrales, des troubles du rythme cardiaque et de l'insuffisance cardiaque.

¹⁰ Il s'agit principalement des morts violentes : accidents de la route, suicides, chutes etc.

La consommation d'antidépresseurs dans la CC est comparable à la consommation régionale.

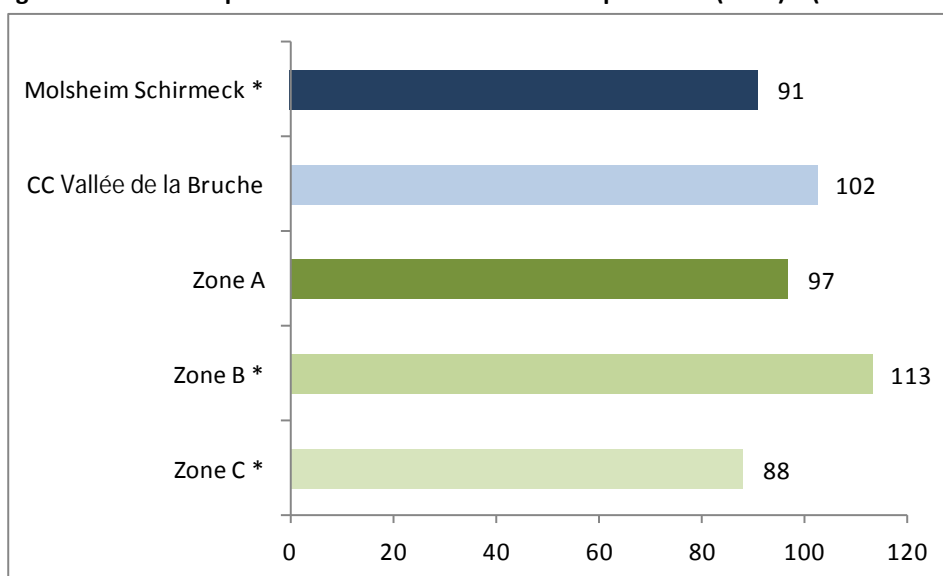
Des écarts de consommation importants apparaissent au sein de la CC.

dehors d'une mauvaise observance du patient, le traitement ne devrait pas se limiter à une seule prescription.

Étudiée pour l'année 2010, la consommation d'antidépresseurs n'est pas significativement plus élevée dans la CC de la vallée de la Bruche que sur l'ensemble du territoire régional. La ZP de Molsheim-Schirmeck affiche un indice comparatif de consommation inférieur de près de dix points à la valeur régionale¹¹.

À l'échelle infracommunautaire, la situation est variée : la zone B présente une consommation élevée (indice comparatif de 113, différence significative au seuil de 5 %, χ^2 de Pearson), alors que la zone C présente une consommation faible (indice comparatif de 88, différence significative au seuil de 5 %, χ^2 de Pearson). Ce sont ainsi 25 points qui séparent les deux sous-territoires.

Figure 1 : indice comparatif de consommation d'antidépresseurs (2010) – (Alsace = 100)



Source : ERASME – Remboursements du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2010, régime général stricto sensu - Exploitation ORS Alsace. Le * dans le graphique indique que la différence observée est significative par rapport à la valeur alsacienne (différence significative au seuil de 5 %, χ^2 de Pearson)

Pas de différence concernant la consommation d'anxiolytiques

Le recours aux anxiolytiques

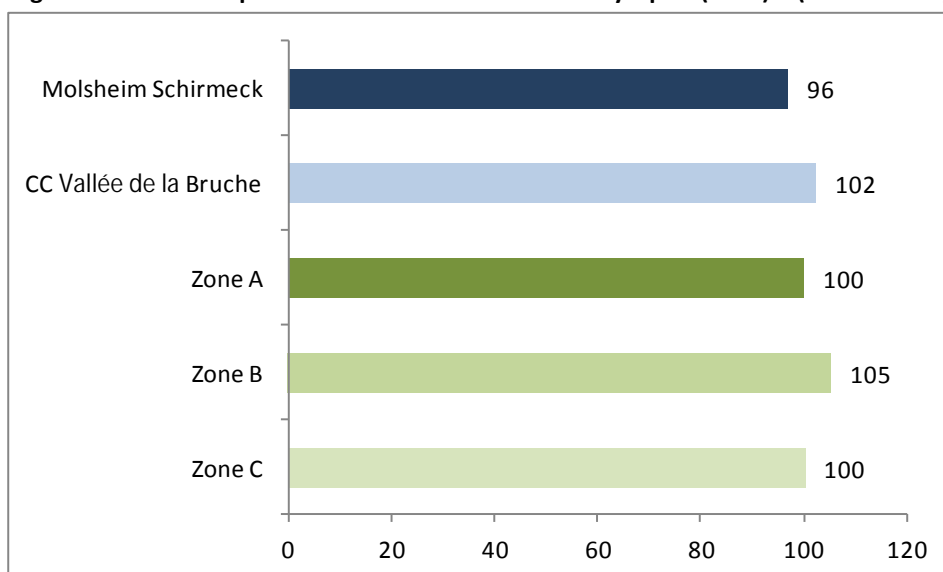
Les anxiolytiques font partie de la classe des médicaments psychotropes, ensemble hétérogène de molécules ayant comme point commun de proposer une réponse chimique à un trouble psychiatrique identifié.

Les anxiolytiques permettent de diminuer l'angoisse et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire). Ils ne sont pas indiqués pour une maladie précise, mais pour répondre à un état d'anxiété. Les recommandations médicales préconisent que la règle concernant les anxiolytiques et hypnotiques devrait être des remboursements uniques.

¹¹ La consommation est étudiée à partir des remboursements de boîtes d'antidépresseur par l'assurance maladie – régime général au cours de l'année 2010. L'indice comparatif est calculé de façon à prendre en compte les éventuelles différences de structures d'âge entre le territoire de référence, l'Alsace, et les territoires étudiés ici.

Pour les anxiolytiques, les données disponibles n'indiquent pas de différences significatives sur le plan statistique entre les différentes zones d'études et l'Alsace.

Figure 2 : indice comparatif de consommation d'anxiolytiques (2010) – (Alsace = 100)



Source : ERASME – Remboursements du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2010, régime général stricto sensu - Exploitation ORS Alsace. Le * dans le graphique indique que la différence observée est significative par rapport à la valeur alsacienne (différence significative au seuil de 5 %, χ^2 de Pearson)

Le recours aux neuroleptiques

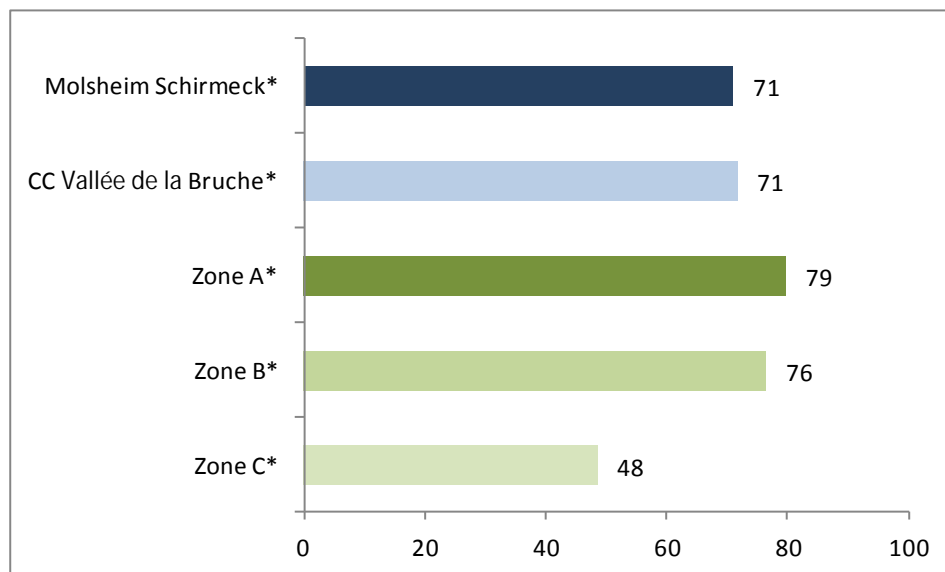
Les neuroleptiques font partie de la classe des médicaments psychotropes, ensemble hétérogène de molécules ayant comme point commun de proposer une réponse chimique à un trouble psychiatrique identifié. Les neuroleptiques relèvent de prescriptions psychiatriques, notamment pour le traitement des psychoses (maladies mentales qui affectent les comportements, le rapport à la réalité et dont le malade ne reconnaît pas toujours le caractère pathologique).

La consommation de neuroleptiques est un phénomène qui connaît de très fortes variations géographiques en Alsace. Elle est particulièrement élevée dans les trois grandes agglomérations de la région. Il est possible de rapprocher l'indicateur de consommation de neuroleptique de la densité de psychiatres libéraux : l'un comme l'autre sont des phénomènes très urbains en Alsace.

L'étude des personnes ayant eu au moins un remboursement de neuroleptique dans l'année fait apparaître une consommation dans la CC de la Vallée de la Bruche nettement inférieure à la valeur régionale, tout comme dans la ZP de Molsheim-Schirmeck dans l'ensemble.

Au niveau infracommunautaire, les trois zones présentent des indices de consommation inférieurs à la valeur régionale, de façon très marquée pour la zone C.

Figure 3 : indice comparatif de consommation de neuroleptiques (2010) – (Alsace = 100)



Source : ERASME – Remboursements du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2010, régime général stricto sensu - Exploitation ORS Alsace. Le * dans le graphique indique que la différence observée est significative par rapport à la valeur alsacienne (différence significative au seuil de 5 %, χ^2 de Pearson)

La CC de la vallée de la Bruche présente une consommation d'antidiabétiques supérieure à la moyenne alsacienne.

Le recours aux antidiabétiques

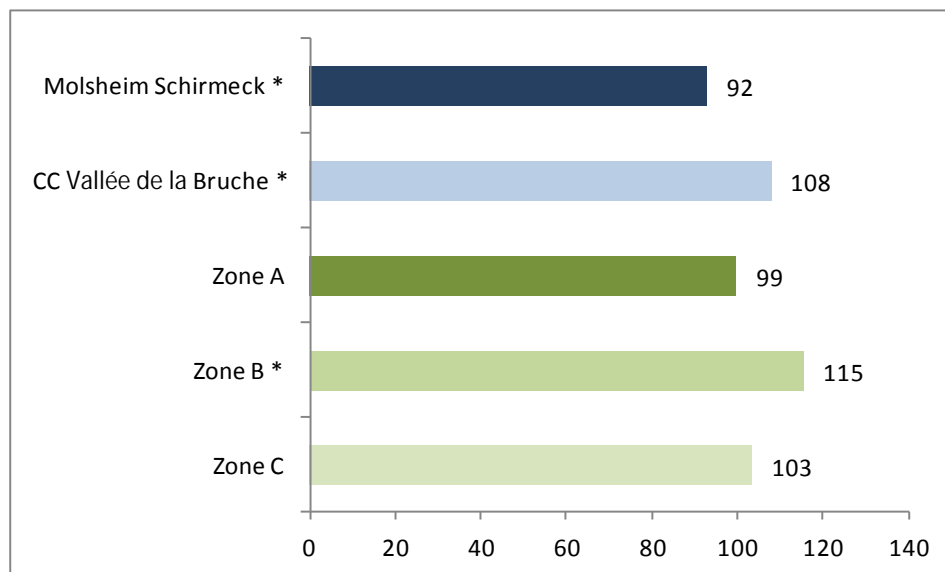
Le diabète sucré est une affection métabolique caractérisée par une hyperglycémie chronique (taux de glucose dans le sang trop élevé). Le traitement de référence pour cette maladie est constitué d'un ensemble de mesures diététiques et d'hygiène de vie, mais aussi et surtout d'antidiabétiques oraux. Deux principales formes de diabète existent : le diabète de type 1 et de type 2 (qui représente le groupe le plus important avec près de 90 % des cas). Cependant, rien ici ne permet de distinguer les deux.

Pour la France entière, en 2009, le taux standardisé de prévalence du diabète traité (défini par la délivrance d'antidiabétiques à au moins trois dates différentes au cours de l'année) était de 4,4 %, correspondant à 2,9 millions de personnes. Les prévalences standardisées les plus fortes étaient constatées dans les régions d'outre-mer. En métropole, l'Alsace faisait partie des quatre régions enregistrant les plus fortes prévalences (5,0 %) ¹².

Par rapport à la consommation observée sur l'Alsace, la ZP de Molsheim-Schirmeck présente une consommation inférieure et la CC de la vallée de la Bruche affiche un indice de consommation supérieur. Ces différences sont significatives sur le plan statistique. À l'échelon infra-communautaire, si les zones A et C apparaissent sensiblement identiques à la valeur régionale, la zone B se démarque en revanche avec un indice comparatif de consommation de 115.

¹² Ricci P., Blotière P-O., Weill A., Simon D., Tuppin P., Ricordeau P., Allemand H. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? BEH. 9 novembre 2010 / n° 42-43.

Figure 4 : indice comparatif de consommation d'antidiabétiques (2010) – (Alsace = 100)



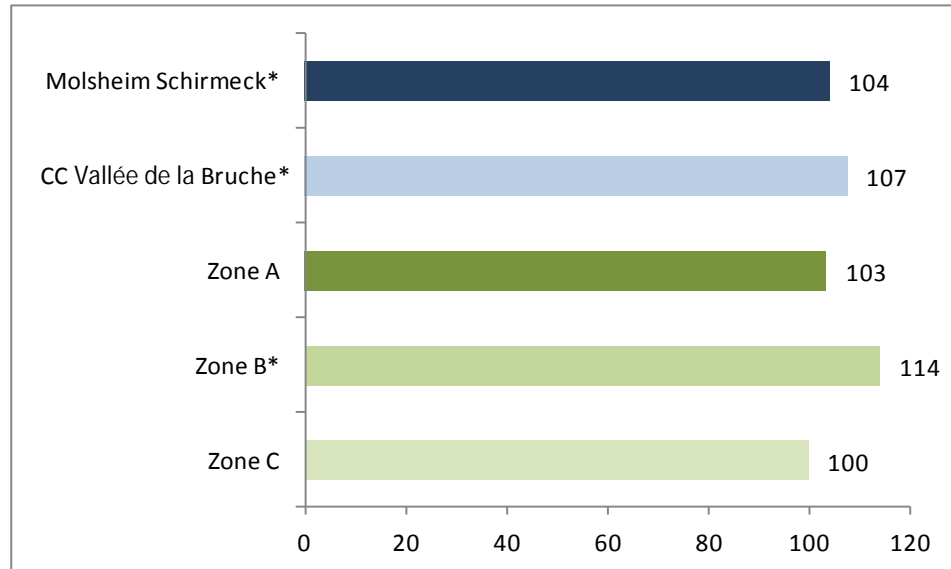
Source : ERASME – Remboursements du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2010, régime général stricto sensu - Exploitation ORS Alsace. Le * dans le graphique indique que la différence observée est significative par rapport à la valeur alsacienne (différence significative au seuil de 5 %, χ^2 de Pearson)

Le recours aux antiasthmatiques

Les antiasthmatiques sont des médicaments utilisés pour le traitement de l'asthme. L'asthme est une maladie chronique caractérisée par des épisodes de difficultés respiratoires. Elle est due à des troubles localisés au niveau des bronches. Cependant les antiasthmatiques ne sont pas les traceurs de la maladie asthmatique puisqu'ils peuvent également être utilisés pour le traitement de maladies infectieuses ou de composantes allergiques.

Par rapport à la consommation observée sur l'Alsace, la ZP de Molsheim-Schirmeck et la CC de la Vallée de la Bruche présentent un indice de consommation légèrement supérieur à la référence alsacienne. Ces différences sont significatives sur le plan statistique. À l'échelon infra-communautaire, si les zones A et C apparaissent sensiblement identiques à la valeur régionale, la zone B se démarque en revanche avec un indice comparatif de consommation de 114.

Figure 5 : indice comparatif de consommation d'antiasthmatiques (2010) – (Alsace = 100)



Source : ERASME – Remboursements du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2010, régime général stricto sensu - Exploitation ORS Alsace. Le * dans le graphique indique que la différence observée est significative par rapport à la valeur alsacienne (différence significative au seuil de 5 %, χ^2 de Pearson)

Précisions

Les données analysées sont issues des bases de remboursements du régime général stricto sensu (c'est-à-dire hors sections locales mutualistes et mutuelles étudiantes) de l'Assurance maladie et concernent selon les traitements les classes thérapeutiques (classification ATC) suivantes :

- **Les antidépresseurs** : N06A (antidépresseurs).
- **Les neuroleptiques** : N05A (neuroleptiques).
- **Les anxiolytiques / hypnotiques** : N05B anxiolytiques, N05CD, N05CF hypnotiques et sédatifs hors barbituriques et « autres hypnotiques et sédatifs ».
- **Les antidiabétiques** : A10B (antidiabétiques oraux), A10A (insulines et analogues).
- **Les antiasthmatiques** : R03 (antiasthmatiques).

Comme précisé en introduction de ce travail, la situation sanitaire doit être analysée au regard des déterminants de la santé influant sur l'état de santé de la population

Les grandes familles de déterminants de la santé sont :

- la biologie (sexe, âge, génétique etc.),
- l'environnement qu'il soit géographique, écologique, urbanistique, socio-économique, ou culturel,
- l'organisation du système de santé (offre de soins, offre médicosociale, offre de prévention...),
- les comportements de santé qui sont un des éléments clés de la prévention de la mortalité évitable, mais très interdépendant de l'ensemble des autres déterminants.

Ainsi, les trois chapitres suivants sont consacrés à l'analyse de différents indicateurs permettant de dresser un portrait de la CC de la Vallée de la Bruche concernant sa situation sociodémographique et socio-économique, géographique et urbanistique, environnementale et sur l'organisation du système de santé sur ce territoire d'étude.

Consommation de soins

Consommation auprès des omnipraticiens libéraux

En dépit de l'offre relativement limitée en omnipraticiens libéraux, les patients de la CC de la Vallée de la Bruche consultent très majoritairement au sein de la CC : 85 % des dépenses engagées le sont auprès de praticiens de la vallée. Le reste de la consommation est effectuée dans le Bas-Rhin.

Le détail infracommunautaire fait apparaître des écarts entre zones, dont le plus significatif est la part de dépenses engagées par les patients de la zone C dans les Vosges. Cette part reste cependant marginale, puisqu'elle ne s'élève qu'à 3 %.

Tableau 4 : répartition des dépenses engagées par les patients de la CC de la Vallée de la Bruche auprès des omnipraticiens libéraux alsaciens selon leur commune d'implantation (2007)

Implantation du médecin	Origine des patients			
	Zone A	Zone B	Zone C	Ensemble de la CC
Zone A	71%	9%	4%	30%
Zone B	9%	80%	37%	46%
Zone C	0%	1%	42%	8%
Ensemble de la CC	80%	89%	82%	85%
Ailleurs dans le Bas-Rhin	20%	10%	15%	14%
Ailleurs en Alsace	0%	0%	0%	0%
Ailleurs hors d'Alsace	0%	0%	3%	1%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : ERASME – Remboursements du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2007, régime général stricto sensu - Exploitation ORS Alsace.

Lecture du tableau : 71 % des patients résidant en Zone A ayant consulté un omnipraticien libéral en 2007 l'ont fait au sein de la zone A, 80 % l'ont fait dans la CC.

Consommation auprès des gynécologues libéraux

99,8 % des dépenses engagées auprès de ces professionnels par les patientes de la CC de la Vallée de la Bruche le sont en Alsace.

Plus de 90 % des dépenses engagées par les patientes le sont sur la ville de Strasbourg (55 %), Molsheim (22 %) et Obernai (14 %). Les patientes de la zone C se caractérisent par leur plus grande mobilité : 17 % des dépenses engagées le sont sur des communes autres que celles de ce trio de tête, cette valeur n'étant que de 9 et 6 % pour les patientes des zones A et B.

Les femmes habitant la CC consultent des gynécologues libéraux principalement sur Strasbourg, puis sur Molsheim et Obernai.

Tableau 5 : répartition des dépenses engagées par les patientes de la CC de la Vallée de la Bruche auprès de gynécologues libéraux alsaciens selon leur commune d'implantation (2007)

Implantation du médecin	Origine des patients			
	Zone A	Zone B	Zone C	Ensemble de la CC
Strasbourg	54%	56%	58%	55%
Molsheim	21%	24%	18%	22%
Obernai	16%	15%	8%	14%
Schiltigheim	3%	2%	4%	3%
Autre commune d'Alsace	6%	4%	13%	6%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : ERASME – Remboursements du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2007, régime général stricto sensu - Exploitation ORS Alsace

Consommation auprès des infirmiers libéraux

La consommation de soins auprès d'infirmiers libéraux est concentrée localement. Les patients de la CC de la Vallée de la Bruche réalisent ainsi la très grande majorité de leurs dépenses au sein de la CC (91 %). Pour les zones A et C, la consommation est principalement réalisée au sein de la zone (respectivement 87 et 93 %).

Tableau 6 : répartition des dépenses engagées par les patients de la CC de la Vallée de la Bruche auprès d'infirmiers libéraux alsaciens selon leur commune d'implantation (2007)

Implantation de l'infirmier	Origine des patients			
	Zone A	Zone B	Zone C	Ensemble de la CC
Zone A	87%	28%	1%	49%
Zone B	0%	57%	0%	13%
Zone C	2%	4%	93%	29%
Ensemble de la CC	90%	89%	95%	91%
En dehors de la CC	10%	11%	5%	9%
Total général	100%	100%	100%	100%

Source : ERASME – Remboursements du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2007, régime général stricto sensu - Exploitation ORS Alsace

Éléments sociodémographiques et socio-économiques

Évolution et structure de la population

Densité et évolution de la population

Avec une densité de population de 71 habitants au km² en 2008, la CC de la Vallée de la Bruche enregistre une densité qui est bien en dessous des densités de la ZP de Molsheim-Schirmeck (144 habitants au km²) et de la moyenne régionale (221 habitants au km², densité deux fois plus élevée que dans l'ensemble de la France hexagonale).

Une densité de population sur la Vallée de la Bruche inférieure à la moyenne alsacienne.

À noter qu'un quart de la population alsacienne réside dans les trois grandes communes de la région : Strasbourg, Mulhouse et Colmar et la densité moyenne de population dans la plaine atteint 430 habitants au km² en 2006. À l'opposé, dans la majorité des cantons limitrophes de la Lorraine, la densité est inférieure à 100 habitants au km².

Une augmentation du nombre d'habitants sur la CC de la Vallée de la Bruche de 1999 à 2008

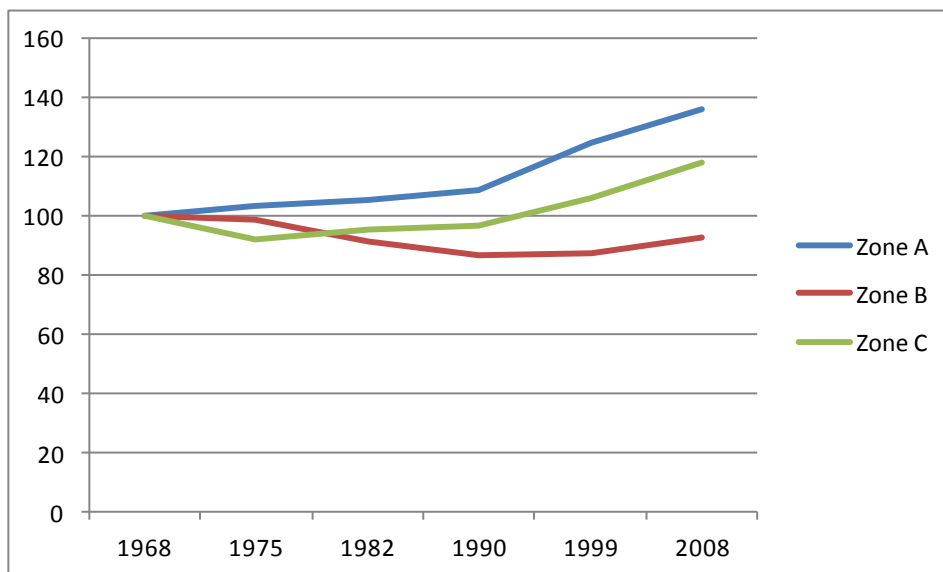
Sur la période de 1968 à 2008, l'évolution de la population a été très contrastée d'un territoire d'étude à l'autre (pour un bilan global d'une hausse de 8 % sur l'ensemble de la période). La CC de la Vallée de la Bruche enregistre une perte d'habitants de 1968 à 1990 (-7 %), puis à partir de 1990 l'effectif se stabilise avant de connaître une augmentation importante entre 1999 et 2008. Au final, en deux décennies, la population de la CC de la Vallée de la Bruche est passée de 18 603 (1990) à 21 622 habitants au recensement de 2008, évolution loin d'être négligeable (+16 % soit une augmentation deux fois supérieure à l'augmentation de la population alsacienne (+8 %)).

La CC de la Vallée de la Bruche rejoint donc tardivement l'évolution de la population régionale qui est en constante progression depuis 1968.

À l'échelon communal, les évolutions sont évidemment diverses. Sur le plan strictement géographique, il est difficile d'interpréter cette diversité. Tout au plus pouvons-nous constater que l'évolution est moins contrastée (évolutions positives ou faiblement négatives) sur l'aval de la vallée : dans l'amont, les contrastes sont plus marqués. Saales peut ainsi afficher une diminution de 17 % de sa population entre 1968 et 2008, alors que la commune voisine de Bourg-Bruche a vu sa population croître de 17 %.

À un niveau infra-communautaire en dehors de ces fortes disparités inter-communales, des tendances de fond apparaissent. Après des destins variés entre 1968 et 1990, les trois zones renouent avec la croissance de la population, par rapport à la population de 1968. Si la zone B n'a toujours pas retrouvé en 2008 sa population de 1968, la zone C est 18 % au-dessus de cette référence, et la zone A, 36 %.

Figure 6 : Évolutions des populations dans la CC par zone, de 1968 (base 100) à 2008



Source : Insee

Mouvement naturel et migratoire

Les variations de population observées sur un territoire s'expliquent selon deux composantes :

- le solde naturel : différence entre les naissances et les décès ;
- le solde migratoire : différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année ; c'est le reflet de l'attractivité du territoire.

Tableau 7 : variations de population de la CC de la Vallée de la Bruche de 1968 à 2008

	Entre 1968 et 1975	Entre 1975 et 1982	Entre 1982 et 1990	Entre 1990 et 1999	Entre 1999 et 2008
Variation annuelle moyenne de la population (%)	-0,2	-0,4	-0,3	+0,8	+0,9
due au solde naturel (%)	+0,2	-0,1	+0,0	+0,0	+0,1
due au solde migratoire (%)	-0,4	-0,3	-0,2	+0,8	+0,8

Source : Insee

Entre 1999 et 2008, la population de la CC de la Vallée de la Bruche a connu une croissance presque exclusivement liée au solde migratoire (+0,8 %) ¹³ alors que le solde naturel est pratiquement nul (+0,1 %).

À l'opposé, en Alsace, sur la même période, la croissance observée s'explique en grande partie par l'excédent du solde naturel (excédent des naissances par rapport aux décès). Le taux de croissance moyen annuel dû au solde naturel s'élève à +0,5 %, plaçant l'Alsace au 2^e rang des régions les plus dynamiques en termes d'excédent naturel, avec le Nord-Pas-de-

¹³ Le solde migratoire correspond au solde apparent des entrées-sorties qui est calculé comme la différence entre la variation de population et le solde naturel.

Un taux de croissance moyen annuel (de 1999 à 2008) qui repose très largement sur un solde migratoire positif.

À l'opposé, la dynamique régionale repose principalement sur le solde naturel (+0,5 %).

Calais, les Pays de la Loire et Rhône-Alpes et derrière l'Île-de-France. Le solde migratoire annuel alsacien est de +0,1 %, solde inférieur à la moyenne annuelle France métropolitaine (+0,3 %).

Sur l'ensemble de la série disponible, il apparaît que pour la CC de la Vallée de la Bruche, les évolutions de population ont toujours principalement reposé sur les variations du solde migratoire, le solde naturel n'intervenant que de façon marginale pour compenser (entre 1968 et 1975) ou accompagner (entre 1975 et 1982) un solde migratoire négatif.

C'est à un flux migratoire positif que la CC doit son augmentation de population sur les deux décennies passées. Le territoire présente donc probablement des éléments d'attractivité qu'il conviendra d'éclairer.

Structure par âge de la population

La population alsacienne est moins âgée que la population française : en 2008, la part des 75 ans ou plus s'élève à 7,5 % contre 8,5 % sur le territoire hexagonal. L'Alsace est la 3^e région de France la moins âgée, après le Nord-Pas-de-Calais et l'Île-de-France. Les écarts entre régions sont particulièrement marqués, avec une proportion de personnes de 75 ans ou plus deux fois plus importante en Limousin qu'en Île-de-France.

En 2008, sur la CC de la Vallée de la Bruche un habitant sur trois a moins de 30 ans, et près d'un sur quatre (23,4 %) a 60 ans ou plus. Cette structure d'âge observée sur la CC correspond à une population un peu plus âgée par rapport à la ZP de Molsheim-Schirmeck et à la région, avec 8,7 % d'habitants âgés de 75 ans ou plus sur la CC contre 7,5 % pour la ZP et la région.

Tableau 8 : structure par âge de la population de la CC de la Vallée de la Bruche (2008)

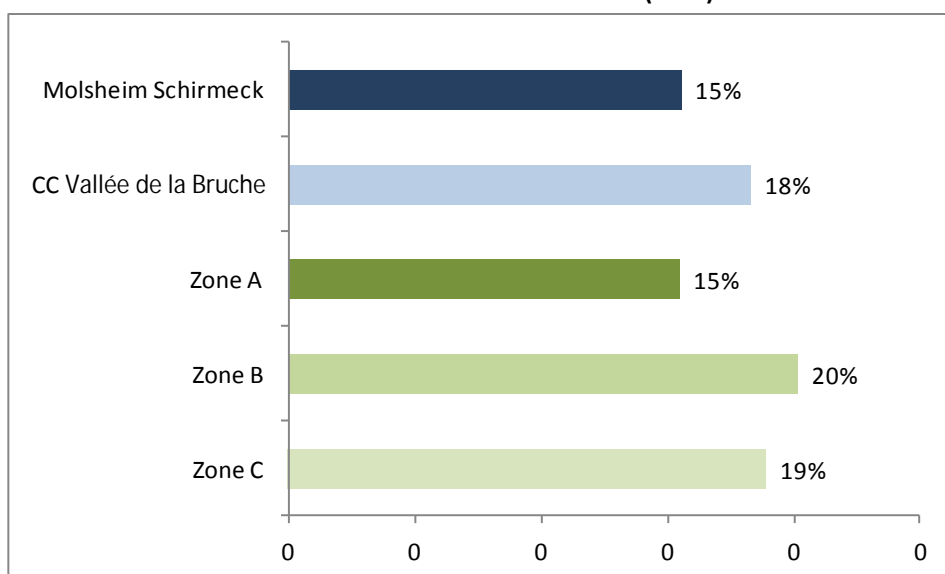
	CC Vallée de la Bruche		Alsace	
	Effectif	Répartition	Effectif	Répartition
Moins de 15 ans	4 166	19,3%	331 681	18,1%
15 à 29 ans	3 258	15,1%	355 856	19,4%
30 à 44 ans	4 583	21,2%	393 261	21,4%
45 à 59 ans	4 561	21,1%	385 836	21,0%
60 à 74 ans	3 174	14,7%	232 244	12,6%
75 ou plus	1 879	8,7%	138 209	7,5%
Total	21 622	100,0%	1 837 087	100,0%

Un habitant sur quatre a moins de 20 ans, et près d'un sur quatre a 60 ans ou plus.

Source : Insee, RP2008

À l'échelle infra-communautaire, ce sont les zones B et C qui comptent une part importante de personnes âgées de 65 ans ou plus (respectivement 20 et 19 %). À une échelle d'analyse géographique aussi fine, la présence d'un Ehpad peut rapidement produire un tel déséquilibre.

Figure 7 : proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus en population générale dans la CC de la Vallée de la Bruche (2008)

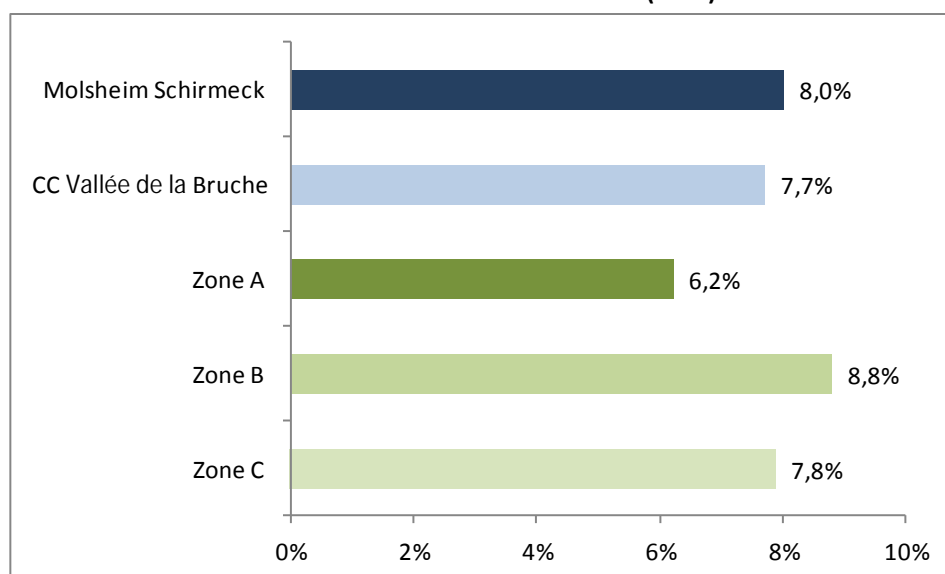


Source : Insee, RP2008

En ne prenant en compte que la population vivant en logement ordinaire (*i.e.* excluant toute personne vivant en collectivité), la CC de la Vallée de la Bruche compte 1 629 personnes âgées de 75 ans ou plus au recensement de 2008. Le *sex-ratio* de cette population est de 1,82 femme pour un homme, il n'est que de 1,61 dans la ZP de Molsheim Schirmeck et de 1,73 pour l'Alsace. La région compte 6,9 % de personnes âgées de 75 ans ou plus, quand la CC de la Vallée de la Bruche affiche une proportion de 7,7 %.

À une échelle plus fine, c'est la zone B qui ressort nettement, avec 8,8 % de personnes âgées de 75 ans ou plus en population des ménages. La zone A quant à elle affiche une faible part de personnes âgées de 75 ans ou plus : 6,2 %.

Figure 8 : proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus en population des ménages dans la CC de la Vallée de la Bruche (2008)



Source : Insee, RP2008

Les évolutions de population sur la période 1999-2008 font apparaître des spécificités de la CC de la Vallée de la Bruche.

Ainsi, les moins de 15 ans ont connu une progression importante (+7 %) dans un contexte régional qui affiche une tendance à la baisse (-1 %) : rapprochée des données de flux qui indiquent le poids important du solde migratoire sur la même période, cette information tend à nous faire conclure que la CC de la Vallée de la Bruche attire des ménages avec enfants. La tranche d'âge des 30-44 ans affiche une quasi-stabilité, alors que les effectifs de cette tranche d'âge diminuent au niveau régional.

Par ailleurs, si les 75 ans ou plus sont légèrement plus présents sur la CC qu'en Alsace, ils ont vu leur population progresser moins vite qu'au niveau régional (+34 % vs. +41 %) bien que les évolutions restent importantes.

Tableau 9 : évolution de la structure d'âge de la population de la CC de la Vallée de la Bruche entre 1999 et 2008

	2008		1999		Evolution 1999-2008	
	Effectif	Répartition	Effectif	Répartition	CC	Alsace
Moins de 15 ans	4 166	19%	3 903	20%	7%	-1%
15 à 29 ans	3 258	15%	3 427	17%	-5%	-1%
30 à 44 ans	4 583	21%	4 623	23%	-1%	-4%
45 à 59 ans	4 561	21%	3 499	18%	30%	24%
60 à 74 ans	3 174	15%	3 128	16%	1%	6%
75 ou plus	1 879	9%	1 404	7%	34%	41%
Total	21 622	100%	19 984	100%	8%	0%

Source : Insee, RP1999 et RP2008

Ménage et structure familiale

La précarité économique et sociale que rencontrent certains ménages peut avoir une incidence négative sur la santé des adultes comme sur celle des enfants¹⁴.

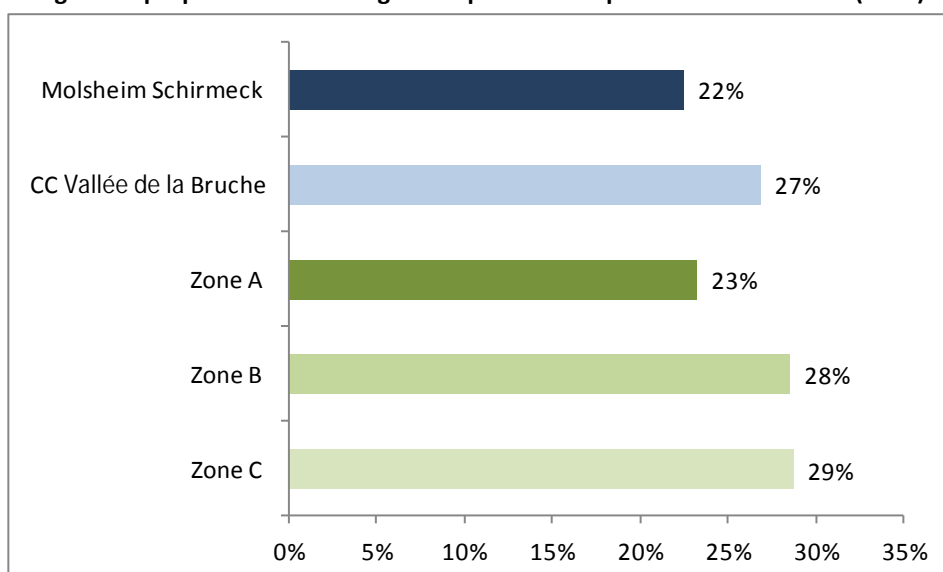
La situation des familles monoparentales est souvent plus précaire que celles des couples. Les revenus d'activité des familles monoparentales sont relativement faibles, en particulier quand le parent isolé est une femme. Leur risque de pauvreté monétaire est habituellement supérieur à celui des couples, malgré les prestations sociales et les pensions alimentaires qui contribuent à rééquilibrer leurs ressources. De plus, les conditions de logement sont plus difficiles et plus fragiles, surtout pour les mères de familles monoparentales¹⁵.

Composition des ménages

Sur les 8 700 ménages que compte la CC de la Vallée de la Bruche, un peu plus de 2 300 sont composés d'une personne vivant seule, soit 27 % des ménages. Cette valeur est en progression de 3 points depuis le recensement de la population de 1999.

Cette problématique n'est pas propre à la CC : l'Alsace compte 31 % de ménages composés d'une personne vivant seule. Le constat à l'échelle de la ZP de Molsheim-Schirmeck est plus favorable : seuls 22 % des ménages présentent cette composition.

Figure 9 : proportion des ménages composés d'une personne vivant seule (2008)



Source : Insee, RP2008

19% des familles sont des familles monoparentales.

Ce taux est de 21% pour la moyenne alsacienne.

Les ménages de plus d'une personne abritent naturellement des familles avec enfants, dont certaines se trouvent être composés uniquement d'un parent et d'un ou plusieurs enfants : les familles monoparentales.

Sur le territoire de la CC de la Vallée de la Bruche, 19 % des familles avec enfants sont des familles monoparentales, soit 687 familles monoparentales au total. Cette valeur, qui a

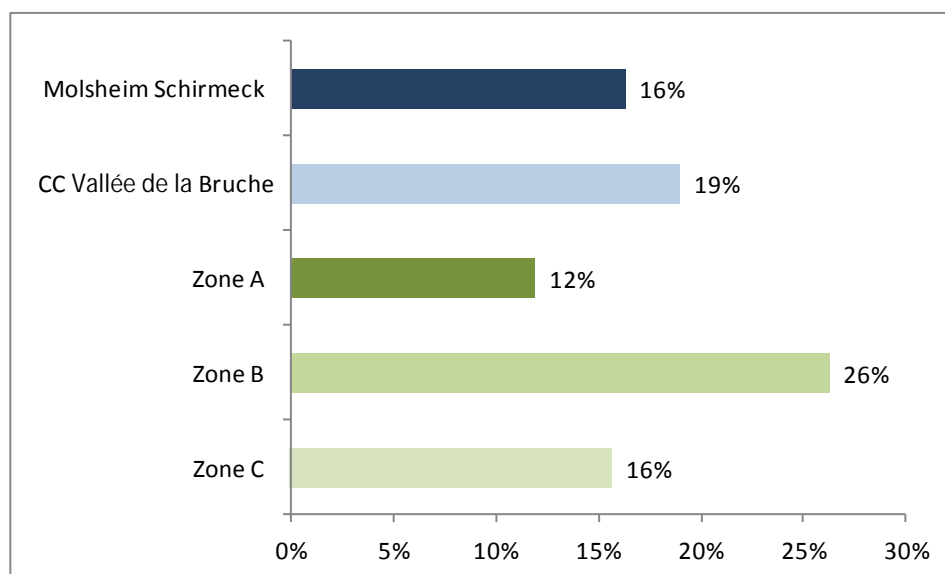
¹⁴ Article études et résultats « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire ».

¹⁵ Chardon O., Daguet F., Vivas E. Les familles monoparentales - Des difficultés à travailler et à se loger. Division Enquêtes et études démographiques, Insee Première N°1195 - juin 2008.

progressé de 3 points depuis 1999, est supérieure à celle de la ZP de Molsheim-Schirmeck (16 %), mais reste inférieure à ce qui est observé à l'échelle de l'ensemble de la région (21 %). En termes d'évolution depuis 1999, nous retrouvons les mêmes tendances à ces échelles (3 points de plus pour la ZP, 4 points pour la région).

C'est à l'échelle infra-communautaire qu'apparaissent des disparités : au sein de la zone B, ce sont plus d'un quart des familles qui sont des familles monoparentales, valeurs nettement inférieures sur les autres zones de la CC.

Figure 10 : proportion des familles monoparentales parmi les familles avec enfants (2008)

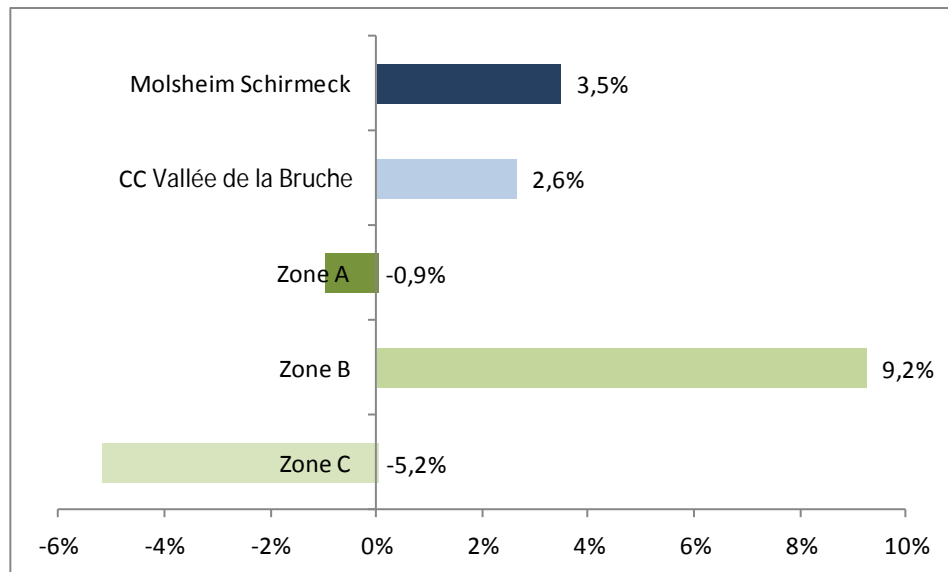


Des disparités intra-communautaires : au centre de la vallée on a 26% de familles monoparentales ;

Source : Insee, RP2008

Cette situation observée en 2008 résulte d'évolutions contrastées sur la période 1999-2008. La zone B a ainsi gagné près de 10 points sur cette période, lorsque les autres zones connaissaient une basse marquée (zone C, 5 points de moins), ou une relative stabilité (1 point de moins pour la zone A).

Figure 11 : évolution 1999-2008 en nombre de points de la proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants



Source : Insee, RP2008 et 1999

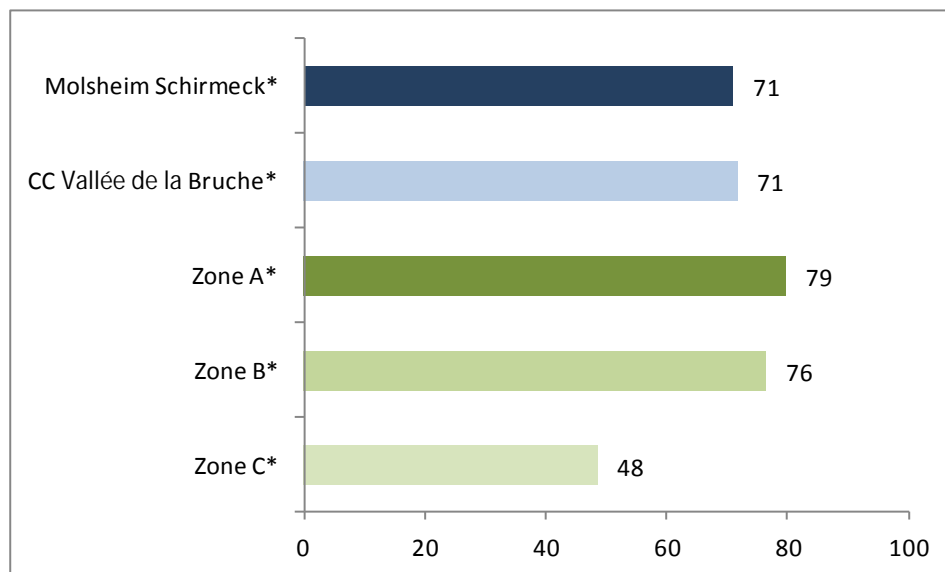
Précisions

Un **ménage, au sens du recensement**, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut être constitué d'une seule personne.

Les personnes vivant dans des habitations mobiles, les marinières, les sans-abris, et les personnes vivant en communauté (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, maisons de détention...) sont considérées comme vivant hors ménage.

Une **famille monoparentale** est formée d'un parent et d'un ou plusieurs de ses enfants qui ont la même **résidence principale**. Le parent ne partage pas sa résidence principale avec un conjoint.

Figure 3 : indice comparatif de consommation de neuroleptiques (2010) – (Alsace = 100)



Source : ERASME – Remboursements du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2010, régime général stricto sensu - Exploitation ORS Alsace. Le * dans le graphique indique que la différence observée est significative par rapport à la valeur alsacienne (différence significative au seuil de 5 %, χ^2 de Pearson)

La CC de la vallée de la Bruche présente une consommation d'antidiabétiques supérieure à la moyenne alsacienne.

Le recours aux antidiabétiques

Le diabète sucré est une affection métabolique caractérisée par une hyperglycémie chronique (taux de glucose dans le sang trop élevé). Le traitement de référence pour cette maladie est constitué d'un ensemble de mesures diététiques et d'hygiène de vie, mais aussi et surtout d'antidiabétiques oraux. Deux principales formes de diabète existent : le diabète de type 1 et de type 2 (qui représente le groupe le plus important avec près de 90 % des cas). Cependant, rien ici ne permet de distinguer les deux.

Pour la France entière, en 2009, le taux standardisé de prévalence du diabète traité (défini par la délivrance d'antidiabétiques à au moins trois dates différentes au cours de l'année) était de 4,4 %, correspondant à 2,9 millions de personnes. Les prévalences standardisées les plus fortes étaient constatées dans les régions d'outre-mer. En métropole, l'Alsace faisait partie des quatre régions enregistrant les plus fortes prévalences (5,0 %) ¹².

Par rapport à la consommation observée sur l'Alsace, la ZP de Molsheim-Schirmeck présente une consommation inférieure et la CC de la Vallée de la Bruche affiche un indice de consommation supérieur. Ces différences sont significatives sur le plan statistique. À l'échelon infra-communautaire, si les zones A et C apparaissent sensiblement identiques à la valeur régionale, la zone B se démarque en revanche avec un indice comparatif de consommation de 115.

¹² Ricci P., Blotière P-O., Weill A., Simon D., Tuppin P., Ricordeau P., Allemand H. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? BEH. 9 novembre 2010 / n° 42-43.

Tableau 10 : structure d'âge des personnes de référence des ménages selon leur statut résidentiel vis-à-vis de la CC

	Entrants	Sortants
15 à 19 ans		5%
20 à 24 ans	4%	16%
25 à 39 ans	56%	41%
40 à 54 ans	25%	29%
55 à 64 ans	11%	6%
65 à 79 ans	5%	4%
80 ans ou plus	0%	1%
Total	100%	100%

Source : Insee, RP2008

Au-delà de 65 ans, les choses sont relativement équilibrées, avec une différence très faible : il y a un peu plus de 65-79 ans qui entrent sur le territoire et un peu plus de 80 ans ou plus qui sortent du territoire (nous sommes ici sur des effectifs très faibles).

Scolarité et niveau d'études

Les personnes pas ou peu diplômées sont les plus touchées par le chômage. En 2009, les résultats de l'enquête Emploi réalisée par l'Insee montre, à l'échelon de la France métropolitaine, que le taux de chômage des personnes sorties de formation initiale depuis 1 à 4 ans ayant au plus un brevet des collèges s'élève à 49,2 %, alors que pour les diplômés de l'enseignement supérieur ce taux est de 9,5 %. Pour les personnes ayant plus d'ancienneté sur le marché du travail, les écarts selon le diplôme sont de moindre ampleur : pour les personnes sorties depuis 11 ans et plus de formation initiale, le taux de chômage des peu diplômés est de 10,8 % contre 4,3 % pour les diplômés du supérieur.

En outre, lorsque ces personnes peu qualifiées sont en emploi, elles ont généralement des salaires réduits. Ainsi, elles risquent plus que les autres de se retrouver dans des situations de précarité.

Parmi la population non scolarisée de 15 ans ou plus résidant sur la CC de la Vallée de la Bruche, plus d'un tiers (34 %) ne possède aucun diplôme ou seulement le certificat d'études primaires au recensement de 2008, proportion nettement supérieure à la moyenne de la ZP de Molsheim-Schirmeck (25 %) et de la valeur régionale (29 %).

Les personnes de 25 à 29 ans sont pratiquement une sur cinq à être sorties du système scolaire pas ou peu diplômées.

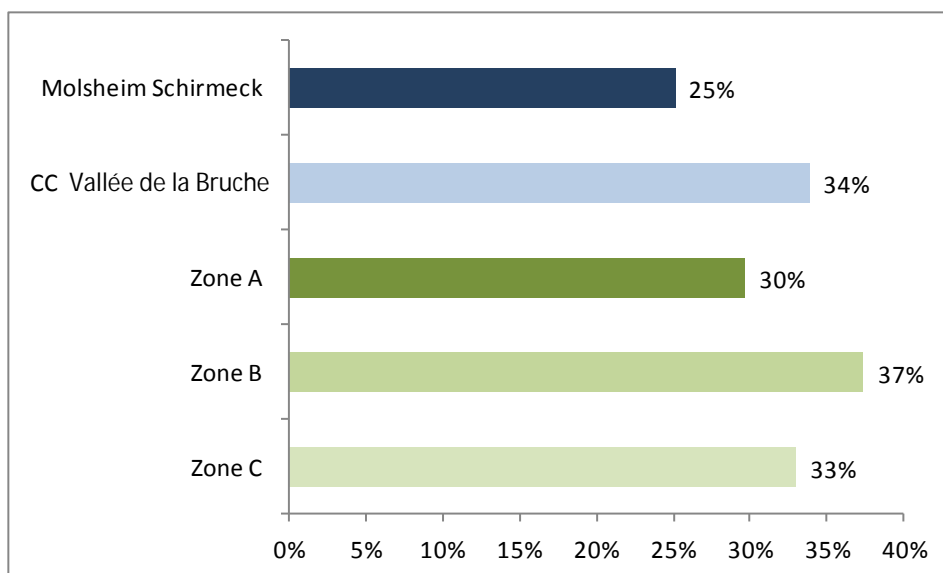
Tableau 11 : proportion de personnes sorties sans diplôme du système scolaire (2008)

	Effectif		Proportion
	Sans diplôme	Total	
CC Vallée de la Bruch	5 417	16 078	34%
ZP de Molsheim-Schirmeck	21 451	85 977	25%
Alsace	385 165	1 337 613	29%

Source : Insee, RP2008

À une échelle infra-communautaire, c'est la situation de la zone B qui semble particulièrement marquée (37 % de la population non scolarisée de 15 ans ou plus est sans diplôme). Pour autant, les autres territoires, bien que proches de la valeur régionale, lui sont tout de même supérieurs.

Figure 13 : proportion de personnes sorties sans diplôme du système scolaire (2008)



Source : Insee, RP2008

Précisions

Personnes pas ou peu diplômées : personnes sorties du système scolaire sans aucun diplôme ou seulement le certificat d'études primaires, diplôme supprimé en 1989.

Au recensement de la population, la catégorie aucun diplôme regroupe les personnes ayant déclaré une des modalités suivantes : pas de scolarité, aucun diplôme, mais scolarité jusqu'à l'école primaire ou au collège, aucun diplôme, mais scolarité au-delà du collège.

Population active

De nombreuses études montrent un lien étroit entre la catégorie socioprofessionnelle des individus et leur santé, notamment en termes d'espérance de vie. Les études réalisées par l'Insee à partir de l'Échantillon démographique permanent (EDP) portant sur de vastes échantillons d'individus montrent en effet que les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont une espérance de vie à 35 ans de 46 ans contre 39 ans pour les ouvriers. Pour les femmes, les inégalités vont dans le même sens, mais sont moins prononcées que chez les hommes¹⁶.

Activité professionnelle

Un taux d'activité proche de la moyenne régionale.

Au recensement de 2008, environ 10 000 habitants de la CC de la Vallée de la Bruche sont en activité, c'est-à-dire en emploi ou à la recherche d'un emploi. Ainsi, le taux d'activité professionnelle des 15 à 64 ans est de 74 % sur la CC d'étude, taux proche de la moyenne alsacienne (73 %), en revanche légèrement inférieur à la ZP de Molsheim-Schirmeck (76 %).

Le taux d'activité des femmes est en général inférieur à celui des hommes. La CC de la Vallée de la Bruche ne déroge pas à cette tendance, mais le taux d'activité des femmes y est tout de même 2 points au-dessus de la valeur régionale (71 % vs. 69 %).

Tableau 12 : taux d'activité des 15-64 ans selon le sexe (2008)

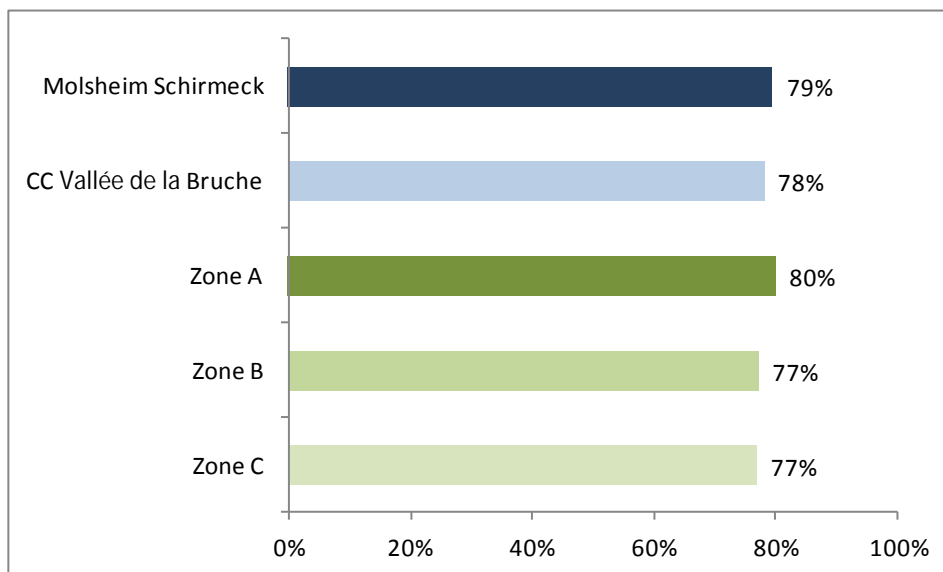
	Femmes			Hommes		
	En emploi	En recherche	Taux d'activité	En emploi	En recherche	Taux d'activité
CC Vallée de la Bruche	4 144	541	71%	4 969	378	78%
ZP Molsheim-Schirmeck	25 335	2 057	72%	28 767	1 852	79%
Alsace	373 522	49 272	69%	428 614	45 934	78%

Source : Insee, RP2008

Les différences infra-communautaires en matière de taux d'activité féminine ne méritent pas d'examen approfondi, tant ce taux est similaire dans toutes les zones. Pour les hommes, il est possible de relever l'écart de situation entre l'entrée de vallée (zone A) et le reste du territoire (3 points). Il ne faut pas perdre de vue que ces trois points ne représentent pas plus de 150 personnes.

¹⁶ Christian Monteil, Isabelle Robert-Bobée ; Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes ; Insee Première n° 1025, juin 2005, Insee.

Figure 14 : taux d'activité des femmes (2008)



Source : Insee, RP2008

Précisions

La population active au sens du recensement de la population comprend les personnes qui déclarent :

- exercer une profession (salarisée ou non) même à temps partiel ;
- aider un membre de la famille dans son travail (même sans rémunération) ;
- être apprenti, stagiaire rémunéré ;
- être chômeur à la recherche d'un emploi ;
- être étudiant ou retraité, mais occupant un emploi.

Une proportion nettement supérieure à la moyenne régionale et à la ZP de Molsheim-Schirmeck.

Emploi par catégorie socioprofessionnelle

La CC de la vallée de la Bruche se caractérise par une proportion élevée d'ouvriers : 40 % en 2008, soit 13 points de plus que la ZP de Molsheim-Schirmeck et 10 points de plus que la région. Par symétrie, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont sous-représentés sur la CC (7 %, contre 15 % pour la ZP de rattachement et 13 % pour la région).

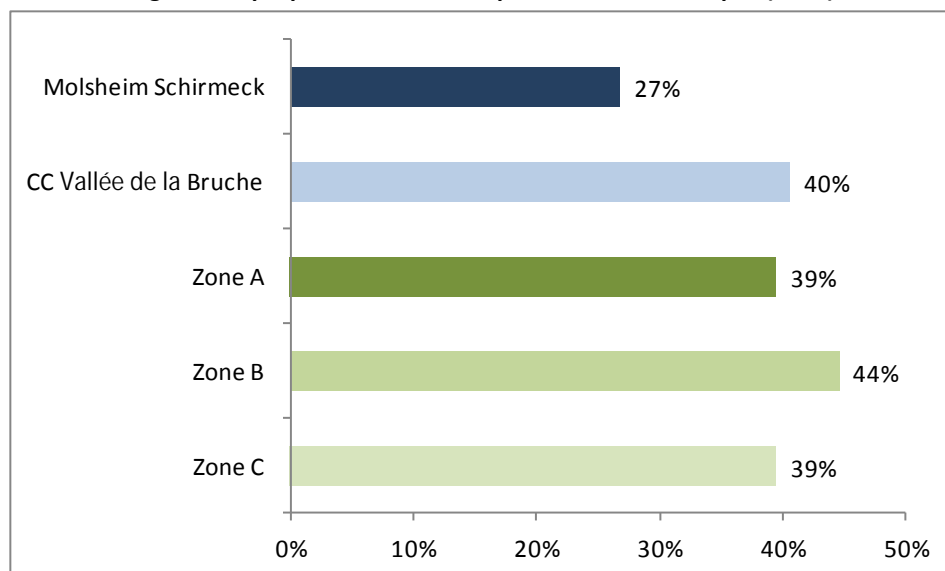
Tableau 13 : Population active occupée de 15 à 64 ans selon la catégorie socioprofessionnelle et le territoire de résidence (2008)

	CC (n=9 922)	ZP (n=57 967)	Alsace (n=888 771)
Agriculteurs exploitants	1%	1%	1%
Artisans, commerçants, chefs entreprise	5%	5%	4%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	7%	15%	13%
Professions intermédiaires	20%	26%	24%
Employés	27%	26%	28%
Ouvriers	40%	27%	30%
Total	100%	100%	100%

Source : Insee, RP 2008

L'analyse de la part de personnes ouvrières, conduite à un niveau infra-communautaire, fait apparaître des variations peu marquées entre les zones, pour des valeurs toutes supérieures à la référence régionale. C'est la zone B, située en milieu de vallée, qui affiche le taux le plus élevé, avec près d'un actif occupé sur deux (44%) qui est ouvrier.

Figure 15 : proportion d'ouvriers parmi les actifs occupés (2008)



Source : Insee, RP2008

Un taux de chômage féminin nettement supérieur à la ZP de Molsheim-Schirmeck

Au recensement de 2008, sur la CC de la Vallée de la Bruche, 541 femmes sont au chômage (voir la définition de ce taux dans l'encadré « Précisions »), soit un taux de chômage de 12 %. Chez les hommes ce taux est de 7 %. La situation est donc contrastée puisque le chômage masculin est dans la CC au niveau de celui observé dans la ZP de Molsheim-Schirmeck et inférieur à la valeur régionale. Pour les femmes en revanche le taux est 4 points au-dessus de celui constaté pour la ZP et égal à la valeur régionale.

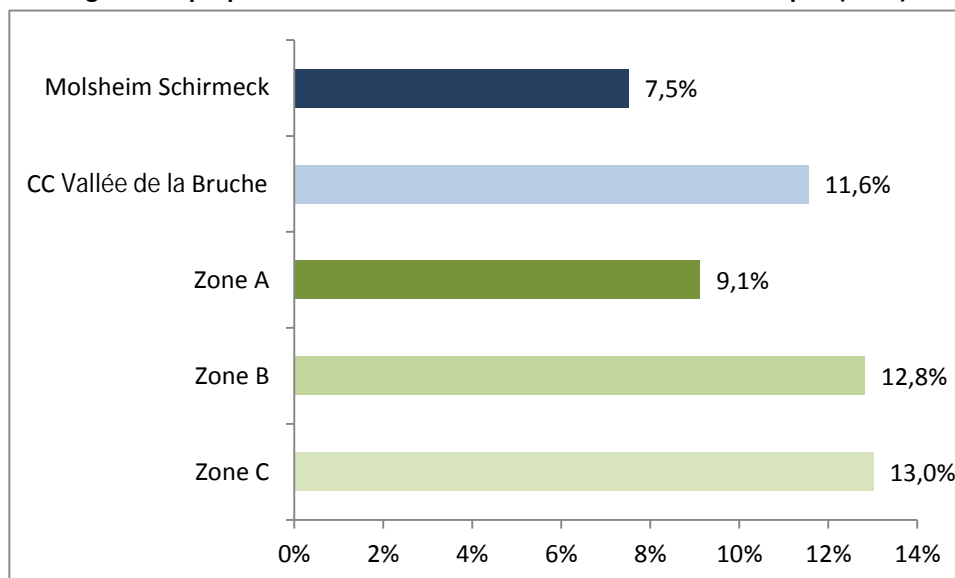
Tableau 14 : personnes actives en recherche d'emploi selon le sexe (2008)

	Femmes			Hommes		
	En emploi	En recherche	Taux de chômage	En emploi	En recherche	Taux de chômage
CC Vallée de la Bruche	4 144	541	12%	4 969	379	7%
ZP Molsheim-Schirmeck	25 335	2 057	8%	28 767	1 852	6%
Alsace	373 522	49 272	12%	428 614	45 934	10%

Source : Insee, RP2008

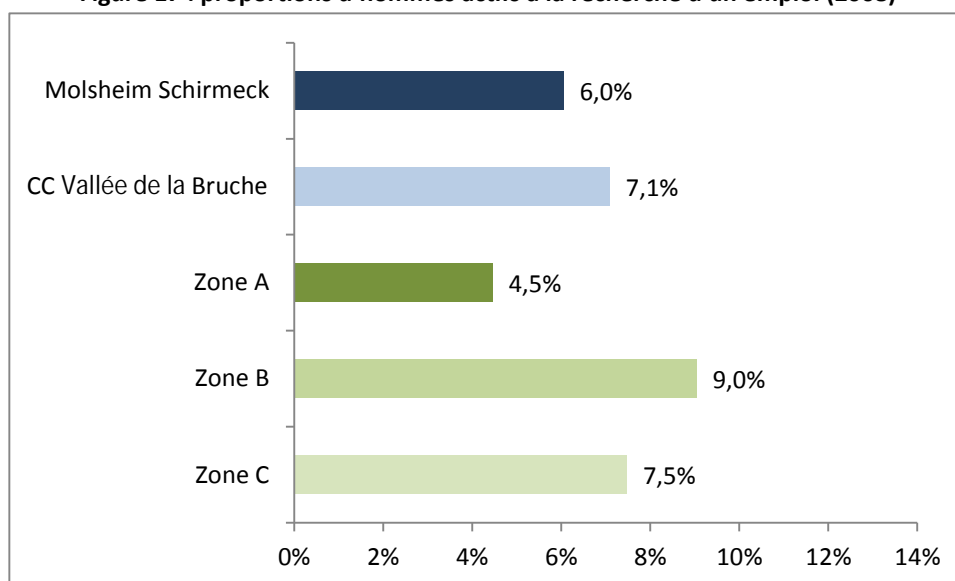
Il existe à cette date une différence entre l'entrée de vallée (zone A) qui affiche un taux proche de celui de la ZP de Molsheim-Schirmeck et le reste du territoire (zones B et C), qui présente des taux de chômage nettement plus élevés que la moyenne de la ZP et même légèrement plus élevés que la moyenne régionale (12 %).

Figure 16 : proportions de femmes actives à la recherche d'un emploi (2008)



Source : Insee, RP2008

Figure 17 : proportions d'hommes actifs à la recherche d'un emploi (2008)



Source : Insee, RP2008

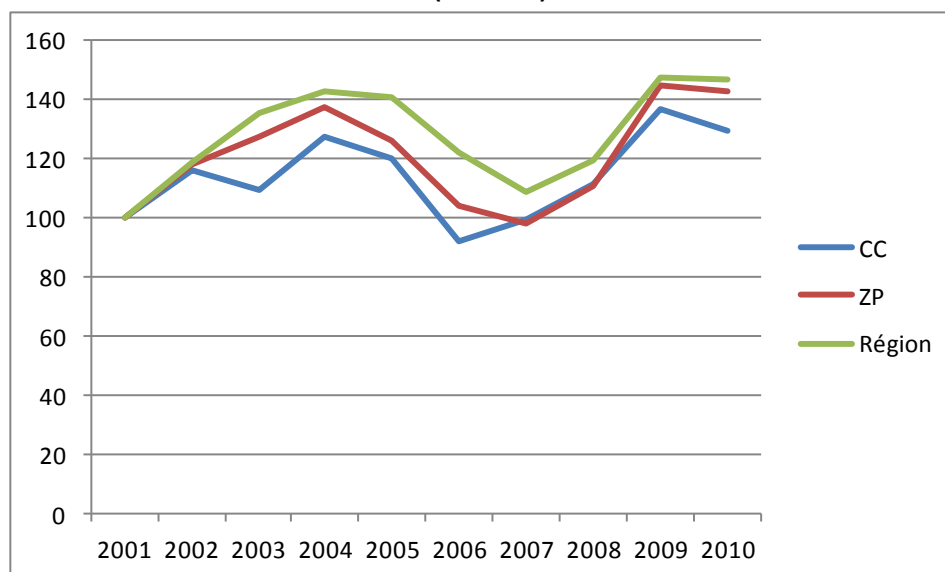
Une évolution du nombre de demandeurs d'emploi qui suit la tendance régionale.

Au 31 décembre 2010, la CC de la Vallée de la Bruche enregistre 701 demandeurs d'emploi en fin de mois (catégories A, B et C), dont 652 en catégorie A (pour la définition de cette catégorie, voir l'encadré « Précisions »). La moitié de ces chercheurs d'emploi sont des femmes, proportion légèrement supérieure à la moyenne régionale (47 % de femmes vs. 45 %).

Dans les grandes lignes, l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi sur la CC de la vallée de la Bruche suit la tendance régionale, avec notamment une très forte reprise à partir de 2007. Le tassement de l'évolution régionale que nous pouvons observer entre le

31 décembre 2009 et le 31 décembre 2010 est concomitant d'une décre plus marquée pour la CC.

Figure 18 : évolution du nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois (cat. A) de 2001 (base 100) à 2010



Sources : Pôle emploi ; Dares, Statistiques du marché du travail (champ : demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi).

Précisions

Le taux de chômage au sens du recensement de la population est la proportion du nombre de chômeurs au sens du recensement dans la population active au sens du recensement.

Les chômeurs au sens du recensement de la population 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.

Catégories de demandeur d'emploi :

Les arrêtés du 5 février 1992 et du 5 mai 1995 ont défini huit catégories de demandeurs d'emploi qui sont toujours utilisés pour la gestion administrative. Pour établir les statistiques des demandeurs d'emploi, cinq nouvelles catégories ont été définies et sont utilisées à partir de mars 2009 :

- Catégorie A actes positifs de recherche d'emploi sans emploi
- Catégorie B actes positifs de recherche d'emploi en activité réduite courte
- Catégorie C actes positifs de recherche d'emploi en activité réduite longue
- Catégorie D sans acte positif de recherche d'emploi sans emploi
- Catégorie E sans acte positif de recherche d'emploi en emploi

Pauvreté

Selon le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2005-2006), il n'existe pas de définition unique et consensuelle de la pauvreté, compte tenu de ses multiples dimensions. La seule définition « officielle » est celle retenue par l'Union européenne, qui considère comme pauvres « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles

qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent¹⁷. »

À l'échelon infradépartemental, les sources de données mobilisables pour analyser la pauvreté monétaire sont de trois types :

- le nombre des bénéficiaires des minima sociaux, notamment le nombre de bénéficiaires des différents minima sociaux et leur part dans la population ;
- les données issues des sources fiscales : le niveau de ressources des ménages peut être appréhendé à partir du revenu net imposable, à savoir le revenu global (moins les charges déductibles) avant impôt ;
- les données issues des caisses d'allocations familiales de la base ressource des allocations familiales.

Revenus fiscaux

Une forte proportion de foyers fiscaux non imposables.

En 2008, la proportion de foyers fiscaux non imposables est de 47 % sur la CC de la Vallée de la Bruche contre 42 % pour la région. La ZP de Molsheim-Schirmeck présente un taux de 36 %, ce qui est particulièrement bas (le second de la région après la ZP de Saint-Louis). Cette information est importante dans la mesure où elle marque un écart important entre la CC de la Vallée de la Bruche et le reste de la ZP dans laquelle elle est inscrite : cela crée un effet de contexte qu'il faut prendre en compte.

Le revenu net moyen mensuel dans la CC de la Vallée de la Bruche est, pour les foyers fiscaux non imposables, légèrement inférieur à la ZP de Molsheim-Schirmeck (-916 € vs. 935 €).

Tableau 15 : part de foyers fiscaux non imposables (2008)

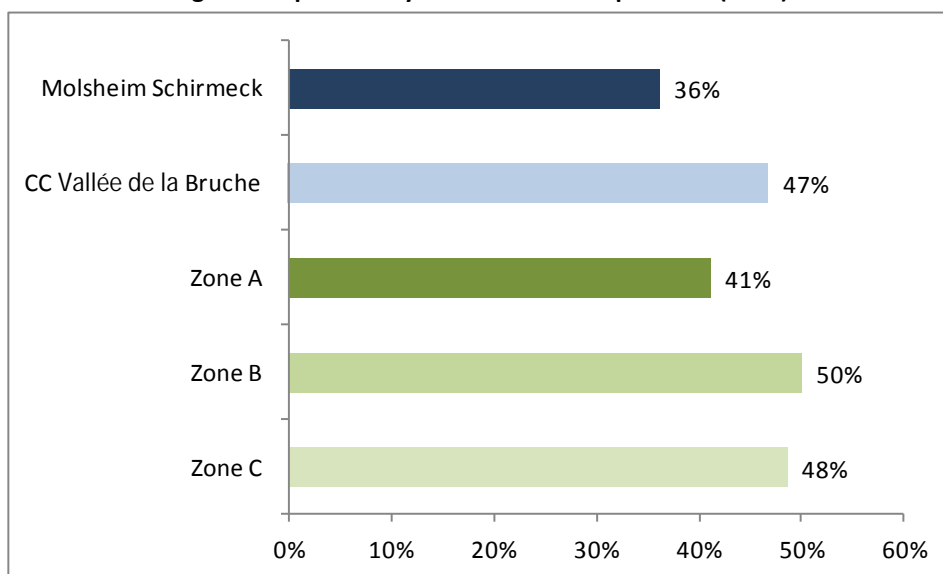
	Nombre de foyers fiscaux	Nombre de foyers fiscaux non imposables	Pourcentage de foyers fiscaux non imposables
CC Vallée de la Bruche	11 950	5 569	47%
ZP de Molsheim-Schirmeck	62 076	22 349	36%
Alsace	1 001 638	419 645	42%

Source : DGFIP, Impôt sur le revenu des personnes physiques

Comme pour d'autres indicateurs, l'entrée de la vallée se distingue du reste de la CC, avec une part de foyers fiscaux non imposables nettement inférieure (41 % vs. 50 et 48 %). Mais cette zone présente tout de même un taux supérieur de 5 points à la valeur de la ZP (36 %).

¹⁷ Conseil des ministres européen du 19 décembre 1984.

Figure 19 : part de foyers fiscaux non imposables (2008)



Source : DGFIP, Impôt sur le revenu des personnes physiques

Tableau 16 : revenu net déclaré des foyers fiscaux non imposables (2008)

	Nombre de foyers fiscaux non-imposables	Revenu net déclaré	Revenu net mensuel moyen
CC Vallée de la Bruche	5 569	61 238 582	916 €
ZP de Molsheim-Schirmeck	22 349	250 781 270	935 €
Alsace	419 645	4 294 852 498	853 €

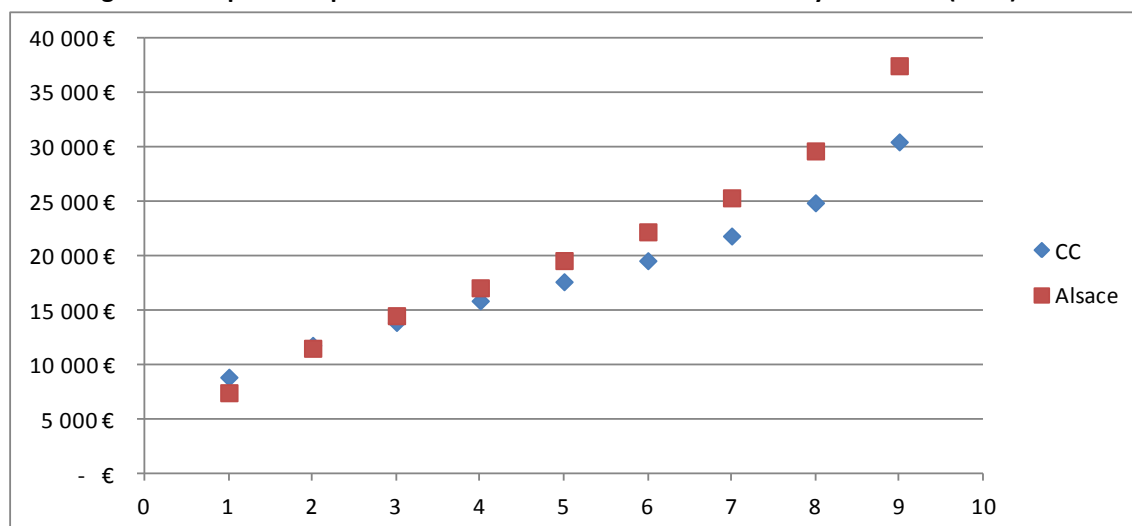
Source : DGFIP, Impôt sur le revenu des personnes physiques

Pour aller plus loin dans l'analyse, nous ne pouvons pas nous baser sur les données détaillées par commune, censurées pour cause de secret statistique. Les données agrégées disponibles nous éclairent sur la situation de la CC en dehors de la commune d'Urmatt (ancienne définition de la CC).

Le revenu moyen est ainsi plus faible dans la CC non pas par excès de ménages pauvres, mais par déficit de foyers fiscaux aux revenus élevés.

La répartition des revenus par décile est en effet instructive. La limite du premier décile est plus élevée dans la CC de la vallée de la Bruche que pour l'Alsace dans son ensemble : cela peut s'interpréter comme une part moindre de personnes en très grande précarité sur le territoire. Si la limite du second décile est encore supérieure dans la CC, en revanche, pour les tranches supérieures, l'écart se creuse nettement en défaveur de la CC. Le revenu médian (5^{ème} décile) s'établit ainsi à 17 663 € pour la CC, près de 2 000 € en-dessous de la valeur régionale (19 608 €). Au final, le rapport interdécile est de 3,4 pour la CC contre 5,3 pour l'Alsace. Le revenu moyen est ainsi plus faible dans la CC non pas par excès de ménages pauvres, mais par déficit de foyers fiscaux aux revenus élevés.

Figure 20 : répartition par déciles des revenus nets déclarés des foyers fiscaux (2008)



Source : DGFIP, Impôt sur le revenu des personnes physiques

Précisions

Le terme foyer fiscal désigne l'ensemble des personnes inscrites sur une même déclaration de revenus. Il peut y avoir plusieurs foyers fiscaux dans un seul ménage : par exemple, un couple non marié où chacun remplit sa propre déclaration de revenus compte pour deux foyers fiscaux.

Les déciles du revenu fiscal :

Les déciles du revenu fiscal décrivent la distribution des revenus par tranches de 10 % des personnes. La médiane constitue donc le cinquième décile. Les déciles les plus couramment utilisés pour décrire les disparités des revenus sont le premier et le dernier décile :

- Le premier décile (D1) du revenu fiscal est tel que 10 % des personnes appartiennent à un ménage qui déclare un revenu inférieur à cette valeur (et 90 % présentent un revenu supérieur).
- Le dernier décile (D9) du revenu fiscal est tel que 90 % des personnes appartiennent à un ménage qui déclare un revenu inférieur à cette valeur (et 10 % présentent un revenu supérieur).

Rapport interdécile de revenu : rapport du 9e décile au 1er décile (D9/D1). Il met en évidence les écarts entre le revenu plancher des 10 % des ménages les plus aisés et le revenu plafond des 10% des ménages les plus modestes.

Indice de Gini : permet de mesurer le degré d'inégalité de la distribution des revenus pour une population donnée. Il varie entre 0 et 1, la valeur 0 correspondant à l'égalité parfaite (tout le monde a le même revenu), la valeur 1 à l'inégalité extrême (une personne a tout le revenu, les autres n'ayant rien).

Prestations sociales

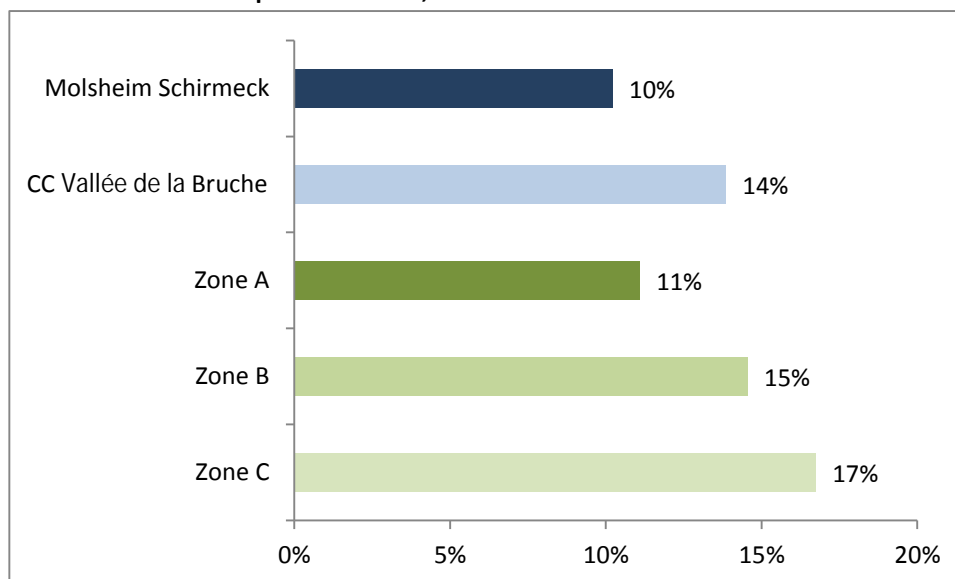
Les prestations sociales de la branche famille versées par les caisses de Sécurité sociale ont pour finalités d'aider les familles et de lutter contre la précarité dans leur vie quotidienne. L'analyse des données sur les personnes couvertes par les aides distribuées par les Caf informent sur le niveau de pauvreté des allocataires à travers les différentes prestations qu'ils perçoivent.

Fin 2010, la CC de la Vallée de la Bruche compte environ 2 820 allocataires d'une ou de plusieurs prestations délivrées par la Caf, pour 8 807 personnes couvertes.

La proportion d'allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus des prestations sociales permet d'avoir une information sur l'indépendance financière des allocataires. La dépendance aux prestations résulte de plusieurs fragilités (chômage de longue durée, handicap, invalidité, monoparentalité), pouvant donner lieu au versement d'une prestation spécifique (RSA, AAH, etc.).

Ainsi, sur la CC, la proportion d'allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus des prestations Caf est de 14 %, part inférieure à la région (20 %).

Figure 21 : Proportion d'allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus des prestations Caf, selon le territoire en 2010



Source : Données Caf au 31 décembre 2010, Base Communale Allocataire

Précisions

Les minima sociaux sont des prestations sociales versées sous conditions de ressources et visant à assurer un revenu minimum à une personne ou à sa famille.

Revenu de solidarité active (RSA) : entré en vigueur le 1er juin 2009 en France métropolitaine, se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI créé en 1988) et à l'allocation parent isolé (API). Le revenu de solidarité active est une allocation qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti.

Allocation adulte handicapé (AAH) : Il s'agit d'un minimum social créé par la loi du 30 juin 1975. C'est une prestation versée à tous les handicapés souffrant d'une incapacité évaluée à au moins 80 % (sauf dérogation) par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Elle ne peut être attribuée avant l'âge de 20 ans, sauf cas particulier. Elle est soumise à un plafond de ressources calculé par ailleurs et peut se cumuler avec une rémunération tirée d'un travail.

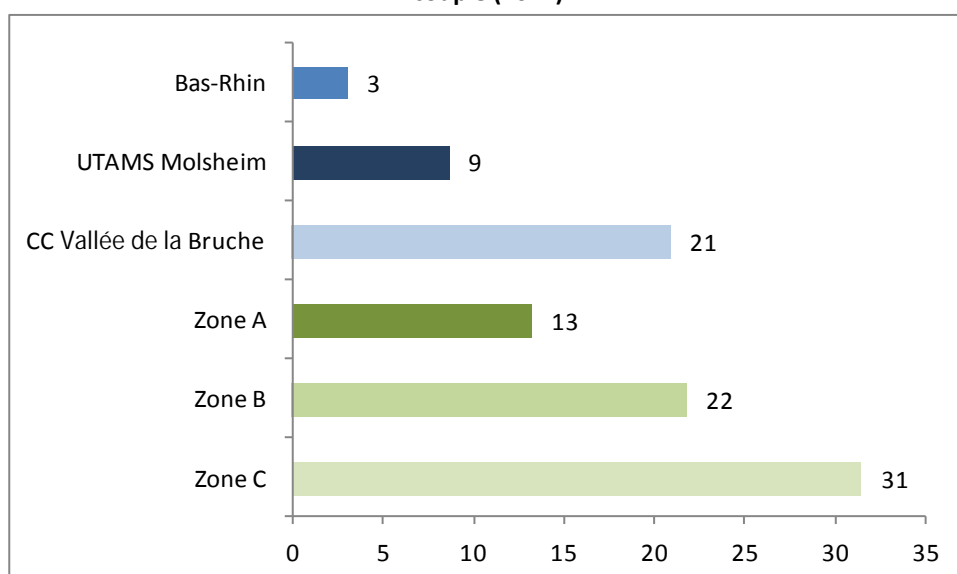
Familles d'accueil

Derrière l'appellation commune de famille d'accueil se trouve le dispositif des assistants familiaux (Assfam). Un assistant familial est une personne qui, moyennant une rémunération, accueille à son domicile, de manière continue ou intermittente, un ou plusieurs enfants âgés de 0 à 18 ans ou des jeunes majeurs jusqu'à 21 ans. Il constitue avec l'ensemble des personnes qui habitent à son domicile une «famille d'accueil». Il est impératif d'obtenir au préalable un agrément d'assistant familial auprès du président du Conseil Général. Les données présentées ici ont été communiquées par la cellule observatoire du Conseil Général du Bas-Rhin.

La CC de la Vallée de la Bruche comptait, en 2011, 182 places d'accueil réparties sur 84 Assfam.

Pour éclairer la situation, nous pouvons rapporter ces données au nombre de personnes de 25 à 64 ans vivant en couple. Cela donne les résultats présentés dans le graphique ci-dessous.

Figure 22 : nombre de places en familles d'accueil pour 1 000 personnes de 25 à 64 ans vivant en couple (2011)



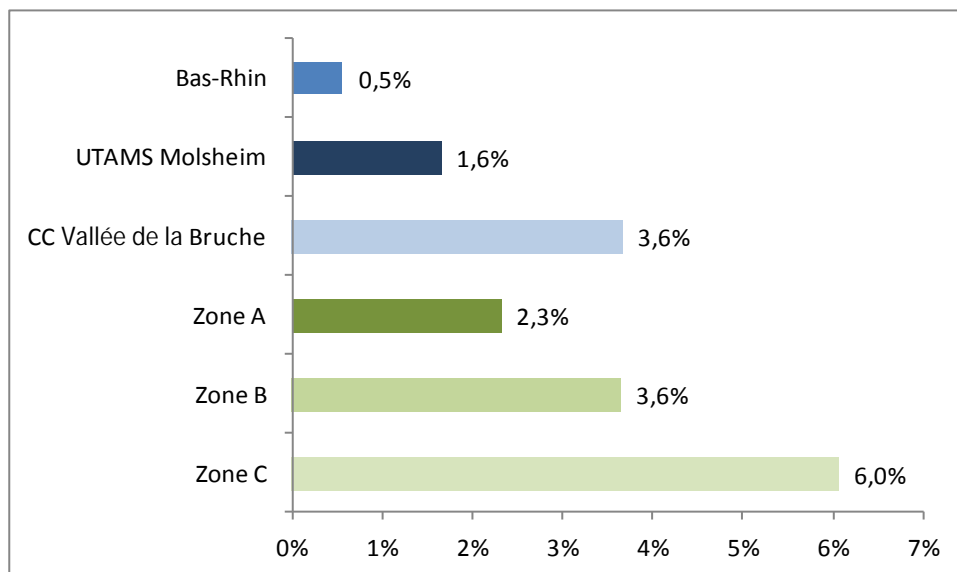
Sources : CG67, Insee

Le nombre de places d'accueil proposées pour 1 000 personnes de 25 à 64 ans vivant en couple est particulièrement élevé sur le territoire de la CC de la Vallée de la Bruche (21 % vs. 3 % pour le département du Bas-Rhin). Ce taux va en s'accroissant à mesure que nous remontons dans la vallée : déjà élevé en zone A (13 %), il atteint 31 % dans la zone C, soit un taux dix fois supérieur à la valeur régionale.

Un nombre de places en familles d'accueil particulièrement élevé.

Il est également possible de rapprocher la capacité d'accueil des effectifs d'enfants de moins de 18 ans sur le territoire. Cela ne modifie pas substantiellement l'information, mais permet d'en prendre autrement la mesure. Pour la zone C, nous pouvons ainsi lire que la capacité d'accueil est de plus d'une place pour 20 enfants.

Figure 23 : nombre de places en famille d'accueil pour 100 enfants de moins de 18 ans



Sources : CG67, Insee

Cela signifie clairement que le territoire abrite une concentration très inhabituelle d'enfants connaissant des difficultés familiales.

Focus sur les personnes âgées

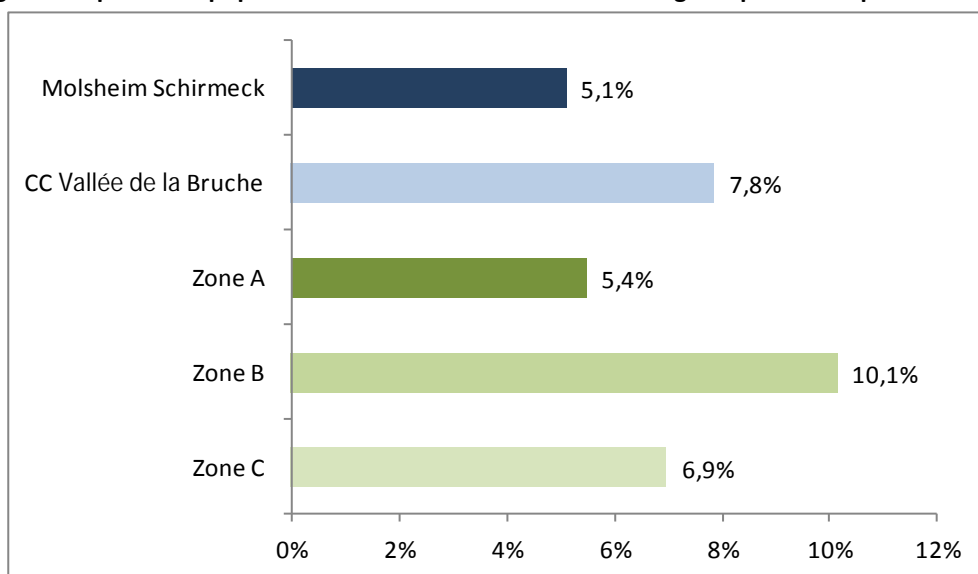
Focus sur la mobilité

Sur le territoire de la CC de la Vallée de la Bruche, un peu plus de 1 600 personnes vivent dans un ménage ne possédant pas de voiture. Cela représente 7,8 % de la population vivant en ménage ordinaire et 13,6 % des ménages (pour la ZP de Molsheim-Schirmeck, ces valeurs sont respectivement de 5,1 % et 9,3 %). La valeur alsacienne, qui prend en compte la situation particulière des ménages urbains qui peuvent se passer de voiture, ne peut servir ici de base de comparaison.

Le détail infracommunautaire fait apparaître que c'est principalement la zone B qui présente une particularité, avec une personne sur dix vivant dans un ménage dépourvu de voiture. Cela représente près d'un millier de personnes (938 pour être exact).

Environ un ménage sur 10 ne possède pas de voiture.

Figure 24 : part de la population ordinaire vivant dans un ménage ne possédant pas de voiture



Sources : Insee, RP2008

Une approche partielle de la mobilité professionnelle, reposant sur l'analyse des personnes de référence des ménages ordinaires, peut compléter notre vision du territoire. Il apparaît que la marche à pied et les transports en commun sont plus fréquemment pratiqués dans le cadre de la CC de la Vallée de la Bruche que dans celui de la ZP de Molsheim-Schirmeck.

Tableau 17 : répartition des personnes de référence des ménages ordinaires selon le mode principal de déplacement domicile/travail

	CC	ZP
Pas de transport	3,5%	3,2%
Marche	5,4%	4,1%
Deux roues	1,8%	3,0%
Voiture	83,2%	84,5%
Transports en commun	6,1%	5,2%
Total	100,0%	100,0%

Sources : Insee, RP2008

Ce qu'il faut surtout relever, c'est que ces problématiques sont profondément *genrées*, comme en témoignent les résultats présentés dans les tableaux suivants. Les femmes réalisent plus fréquemment le chemin qui les sépare de leur lieu de travail à pied que les hommes. Ce constat reste vrai si nous l'élargissons à l'ensemble des actifs occupés du territoire. Il reste également vrai si nous restreignons l'analyse aux actifs occupés du territoire qui ont leur emploi dans leur commune de résidence. Cet élément peut être lu de façon positive pour les femmes du point de vue de l'activité physique régulière que la marche occasionne. D'un autre point de vue, cela interroge, dans les ménages ne disposant que d'une seule voiture, la possibilité de réaliser facilement les déplacements liés à la santé.

Tableau 18 : répartition des personnes de référence des ménages ordinaires selon le mode principal de déplacement domicile/travail au sein de la CC de la Vallée de la Bruche

Zone A	Hommes (n=1 520)	Femmes (n=205)	Ensemble
Pas de transport	2,1%	3,9%	2,3%
Marche	3,5%	3,9%	3,5%
Deux roues	2,4%	1,5%	2,3%
Voiture	85,5%	82,4%	85,1%
Transports en commun	6,5%	8,3%	6,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Zone B	Hommes (n=1 713)	Femmes (n=298)	Ensemble
Pas de transport	2,7%	3,4%	2,8%
Marche	6,0%	16,8%	7,6%
Deux roues	1,6%	1,7%	1,6%
Voiture	83,4%	71,7%	81,7%
Transports en commun	6,3%	6,4%	6,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Zone C	Hommes (n=945)	Femmes (n=131)	Ensemble
Pas de transport	6,6%	7,8%	6,7%
Marche	2,7%	15,9%	4,3%
Deux roues	1,3%	1,6%	1,3%
Voiture	84,7%	70,0%	82,9%
Transports en commun	4,8%	4,7%	4,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Sources : Insee, RP2008

Nous avons déjà évoqué la problématique des personnes âgées de 75 ans ou plus, s’agissant notamment de la part de population des ménages ordinaires.

La CC de la Vallée de la Bruche présente un taux important de personnes âgées (7,7 %), et cette population est un peu plus féminisée (sex-ratio de 1,82) que sur l’ensemble de la région (sex-ratio de 1,73).

La mobilité des personnes âgées est une question importante. Dans la CC de la Vallée de la Bruche, 41 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent dans un ménage dépourvu de voiture (23 % dans la ZP de Molsheim-Schirmeck, 38 % en Alsace). De façon encore plus marquée, dans les ménages composés d’une personne âgée de 75 ou plus vivant seule, cette proportion de ménages non équipés en voiture atteint 71 % dans la CC de la Vallée de la

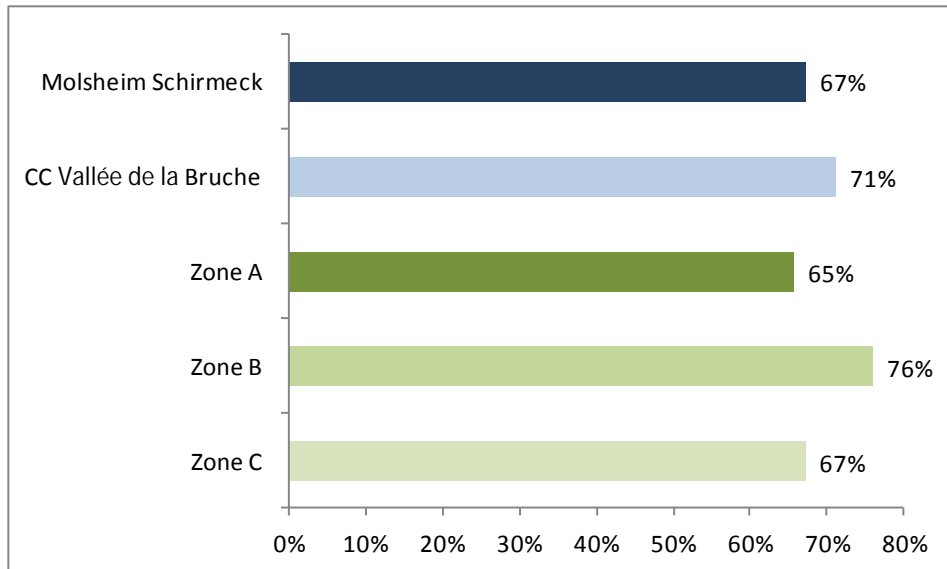
Un taux important de personnes âgées de 75 ans ou plus.

2 personnes âgées sur 5 n’ont pas de voiture.

Bruche, soit 482 personnes (67 % dans la ZP de Molsheim-Schirmeck comme pour l'ensemble de la région).

La zone B est celle présentant la part la plus importante de ces ménages particuliers (76 %) lorsque les autres zones affichent des taux comparables à la ZP de Molsheim-Schirmeck

Figure 25 : proportion de ménages composés d'une personne de 75 ans ou plus vivant seule dépourvus de voiture



Sources : Insee, RP2008

Environnement géographique et urbanistique

Logement

Statut d'occupation

En 2008, la CC de la Vallée de la Bruche compte 74 % de ménages propriétaires de leur logement. Cette valeur est en hausse de 4 points sur la période 1999-2008. Elle est par ailleurs très proche de la valeur observée sur la zone de proximité (75 %), et nettement supérieure à la valeur régionale, qui n'est que de 58 %.

À l'échelle infra-communautaire, des disparités marquées apparaissent entre les zones A et C, qui culminent à 78 % de résidences principales occupées par leur propriétaire, et la zone B, qui affiche en taux de 70 %. Il s'agit là d'une valeur localement faible, mais tout de même positive si elle est rapportée à la valeur régionale.

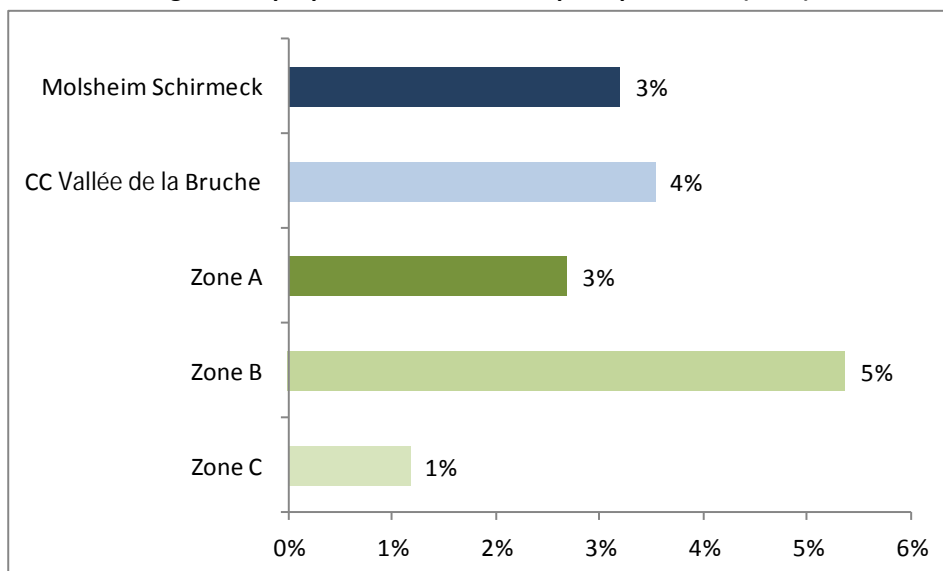
Les ¾ des ménages sont propriétaires de leur logement.

Parc locatif social

Le parc social (HLM) est là pour offrir une réponse locative aux ménages modestes. Sur le territoire de la CC de la Vallée de la Bruche, 4 % des résidences principales sont des résidences HLM louées vides au recensement de 2008. Cette proportion est stable sur la période 1999-2008.

Le contexte régional est bien évidemment tout autre, et cette valeur atteint 12 % à l'échelle de l'Alsace (3 % pour la zone de proximité de Molsheim-Schirmeck).

Figure 26 : proportion de résidences principales HLM (2008)



Sources : Insee, RP2008

Il n'y a pas de correspondance stricte entre la population hébergée en HLM et la population précaire ou modeste sur un territoire donné. En effet, il existe également un parc privé social

de fait, où se retrouve généralement la population ne pouvant accéder aux logements HLM. L'indicateur de la part de résidences principales en HLM ne décrit donc pas la précarité, mais uniquement l'offre en HLM.

Offre de soins

Dépistages organisés

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Créée en 1990, l'association Eve mène une action de santé publique : elle a pour mission d'assurer la promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus en Alsace. Le but : sensibiliser toutes les femmes à l'intérêt du dépistage. La campagne Eve est le seul programme régional de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le dépistage consiste en un geste simple et efficace : le frottis.

Toutes les femmes entre 20 et 65 ans qui ont eu des rapports sexuels au moins une fois dans leur vie doivent bénéficier régulièrement (au moins une fois tous les trois ans) d'un frottis du col.

Pour l'année 2010, les données communiquées par Eve ne recourent pas strictement le découpage de la CC. En effet, les données sont communiquées par canton.

Pour le canton de Saales¹⁸, le taux de participation s'élève à 61,4 %. Pour le canton de Schirmeck¹⁹, ce même taux s'élève à 67,9 %. A titre de comparaison, le taux de participation pour le canton de Molsheim est de 72,3 %, soit plus de 10 points supérieur au taux du canton de Saales.

Dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent de la femme. Il n'existe pas de moyen efficace pour éviter son apparition. Par contre il est possible d'améliorer ses chances de guérison par le dépistage qui permet un diagnostic plus précoce. A la suite de la publication des résultats favorables d'essais de dépistage dans de nombreux pays, l'ADEMAS (Association pour le Dépistage des Maladies du Sein) a été créée en 1989 pour débiter une campagne de dépistage du cancer du sein dans le Bas-Rhin.

Ce programme a été l'un des premiers en France à proposer un dépistage du cancer du sein en se basant sur les structures radiologiques existantes et imposant un contrôle de qualité évalué à toutes les étapes de la démarche. Depuis 2002, l'ADEMAS est devenue l'ADEMAS-ALSACE pour regrouper les 2 départements : Bas-Rhin et Haut-Rhin dans une gestion commune.

Le programme propose à toutes les femmes de 50 à 74 ans révolus de faire réaliser tous les 2 ans, par un radiologue agréé pour le dépistage, un examen clinique et deux radiographies pour chaque sein.

¹⁸ Bourg-Bruche, Colroy-la-Roche, Plaine, Ranrupt, Saales, Saint-Blaise-la-Roche et Saulxures

¹⁹ Barembach, Bellefosse, Belmont, Blannerupt, La Broque, Fouday, Grandfontaine, Natzwiller, Neuviller-la-Roche, Rothau, Russ, Schirmeck, Solbach, Waldersbach, Wildersbach, Wisches.

Pour l'année 2011, les données communiquées par l'Adémas indiquent pour le canton de Saales une participation de 58 %, pour le canton de Schirmeck une participation de 61 %, tandis que le canton de Molsheim affiche un taux entre 65 et 72 %.

Dépistage du cancer colorectal

ADECA Alsace est l'association de droit local qui gère le dépistage du cancer colorectal en Alsace. L'association existe depuis 2002. Les campagnes de dépistage sont basées sur l'implication de tous les professionnels de santé du département. En effet, la population concernée est invitée à se rendre chez son médecin généraliste pour participer au dépistage du CCR. Ce sont donc aux médecins généralistes de recruter, convaincre et expliquer le bien-fondé de la campagne.

Les modalités détaillées de dépistage recommandées varient selon le niveau de risque de CCR.

Pour le canton de Saales²⁰, le taux de participation pour la campagne en cours (initiée en décembre 2007) s'élève à 38,2 %. Pour le canton de Schirmeck²¹, ce même taux s'élève à 35,2 %. A titre de comparaison, le taux de participation pour le canton de Molsheim est de 43,3 %.

Soins libéraux

Médecins généralistes libéraux : offre

Une offre de médecins généralistes inférieure de la moyenne régionale

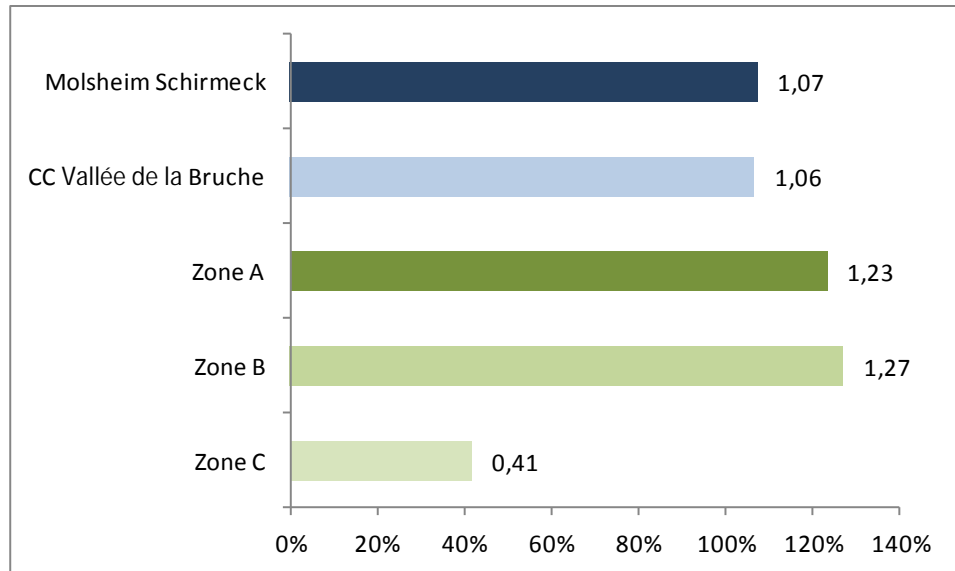
En 2012, la CC de la Vallée de la Bruche compte 20 médecins généralistes libéraux. Sur la base des données de l'année 2010 (données ARS Alsace), la CC de la Vallée de la Bruche compte 23 médecins généralistes libéraux soit 1,06 médecin pour 1 000 habitants, densité inférieure à la moyenne régionale (1,13), mais quasi-équivalente à la ZP de Molsheim-Schirmeck (1,07). La question du vieillissement de ce corps professionnel se pose très concrètement : 9 des 23 généralistes libéraux que compte la CC sont âgés de 55 ans ou plus. Soulignons qu'à l'échelon d'un territoire tel que celui de la CC de la Vallée de la Bruche, le non remplacement de quelques médecins cessant leur activité peut très fortement impacter la densité d'offre. Ainsi, à titre d'exemple, si la CC comptait 3 médecins généralistes de moins qu'actuellement, elle enregistrerait une densité de 0,82 médecin pour 1 000 habitants, soit 18 % de moins qu'en moyenne régionale. Avec 5 médecins de moins, la densité serait inférieure de 27 % à la moyenne régionale et avec 9 médecins de moins elle serait inférieure de 47 % à la moyenne régionale. Enfin, ces densités ne tiennent pas compte de la structure d'âge de la population : une population âgée manifeste un besoin de consultations en médecine générale plus important qu'une population plus jeune.

²⁰ Bourg-Bruche, Colroy-la-Roche, Plaine, Ranrupt, Saales, Saint-Blaise-la-Roche et Saulxures

²¹ Barembach, Bellefosse, Belmont, Blanchemont, La Broque, Fouday, Grandfontaine, Natzwiller, Neuwiller-la-Roche, Rothau, Russ, Schirmeck, Solbach, Waldersbach, Wildersbach, Wisches.

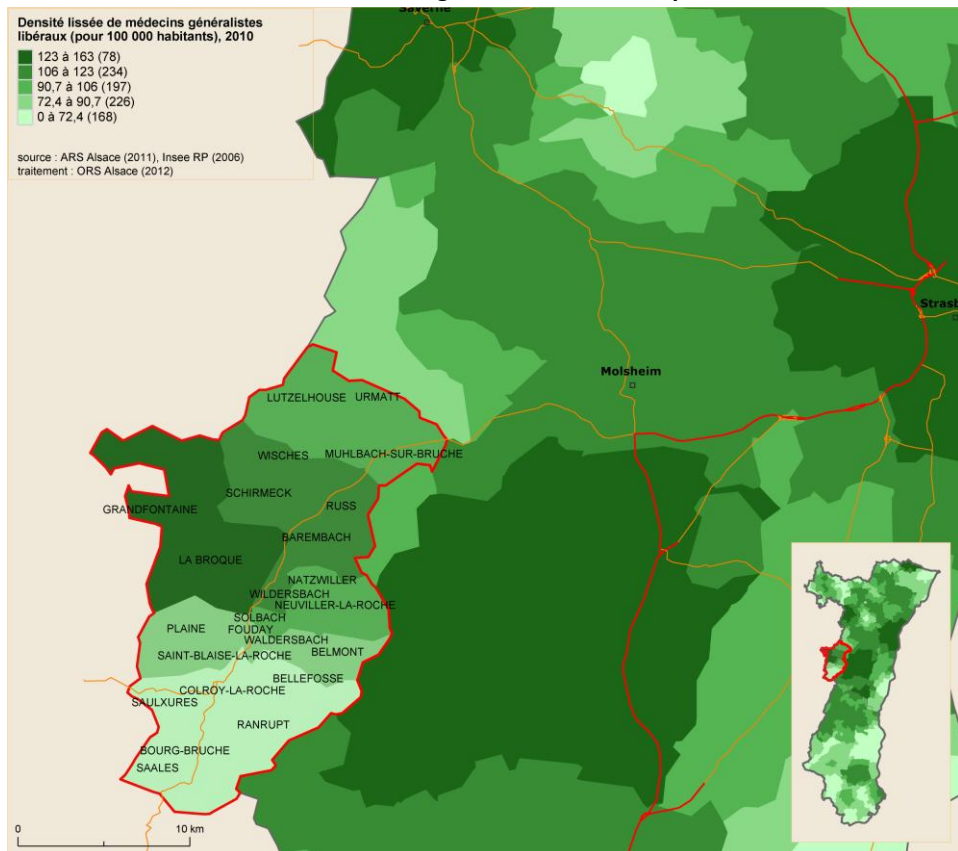
À un niveau d'analyse infracommunautaire, de fortes disparités apparaissent. Ainsi, si les zones A et B affichent des densités supérieures à la valeur régionale (respectivement 1,23 ‰ et 1,27 ‰), l'amont de la vallée (zone C) affiche une densité très faible (0,41 ‰).

Figure 27 : densité brute d'omnipraticiens libéraux (pour 1 000 habitants) (2010)



Source : ARS Alsace, Insee

Carte 2 : densité lissée de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants



Médecins spécialistes libéraux : offre

La CC de la Vallée de la Bruche possède un cardiologue, implanté sur la commune de la Broque, et un ophtalmologue, implanté à Schirmeck.

L'analyse des densités lissées permet de mettre en évidence que, toutes spécialités confondues, certaines des communes de la CC de la Vallée de la Bruche enregistrent des densités parmi les plus faibles des communes alsaciennes. Cette faiblesse de l'offre libérale est partiellement compensée par la présence de la clinique Saint-Luc, à Schirmeck.

Pédiatres libéraux

La pédiatrie libérale est absente du territoire, et ce, même en tenant compte de l'offre distante. Il n'y a guère que les communes d'Urmatt et de Muhlbach-sur-Bruche qui bénéficient marginalement d'une offre distante.

Gynécologues libéraux

Le territoire de la CC ne compte aucun gynécologue libéral (cela ne tient pas compte de l'offre proposée par la clinique Saint-Luc à Schirmeck dans le cadre des consultations prénatales). Cette absence se manifeste même lorsque l'offre à proximité est prise en compte, par le calcul des densités lissées, comme cela est visible sur la carte suivante.

Ophtalmologues libéraux

La situation en matière d'offre d'ophtalmologues libéraux laisse apparaître un déficit marqué sur le fond de la vallée, pour les communes de Saales et Bourg-Bruche, et dans une moindre mesure pour Saulxures et Ranrupt. L'implantation d'un spécialiste sur le territoire impacte positivement la densité lissée telle qu'elle apparaît sur la carte suivante. Il ne faut cependant pas oublier que cette situation reste fragile : elle repose en effet exclusivement sur la présence d'un seul praticien.

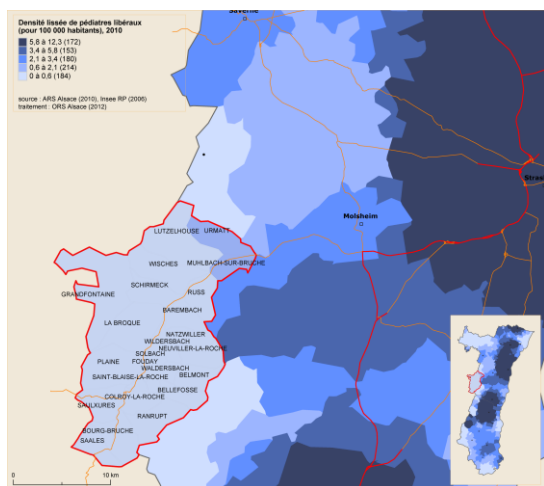
Un cardiologue et un ophtalmologue sur la CC.

Pas de pédiatre en libéral sur la CC.

Radiologues libéraux

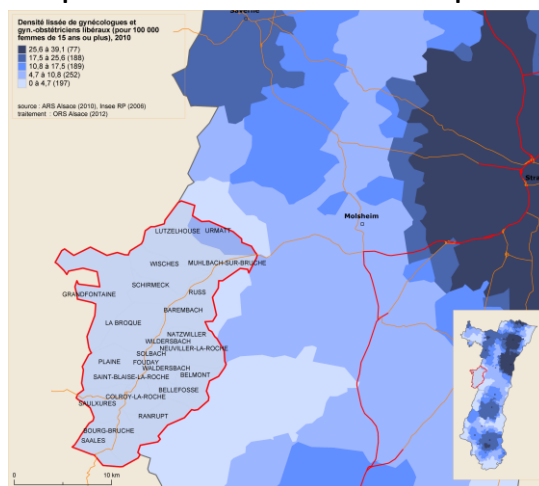
En matière de radiologie, l'offre libérale est inexistante sur le territoire de la CC de la Vallée de la Bruche (ce commentaire ne tient naturellement pas compte de l'existence d'un plateau d'imagerie à la clinique Saint-Luc de Schirmeck). L'offre libérale la plus proche, basée sur Molsheim, est trop éloignée pour impacter de façon significative la densité lissée observable sur le territoire (carte ci-dessous).

Carte 3 : Densité lissée de pédiatres libéraux pour 100 000 habitants



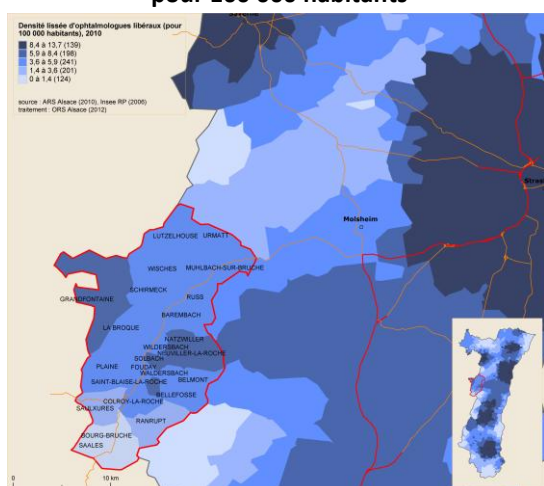
Source : ARS Alsace, Insee

Carte 4 : densité lissée de gynécologues libéraux pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus



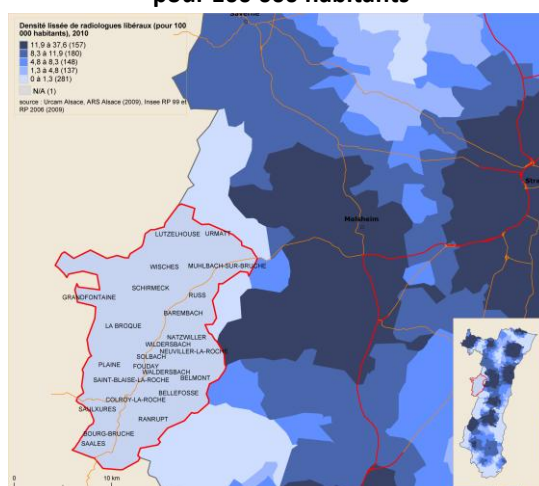
Source : ARS Alsace, Insee

Carte 5 : densité lissée d'ophtalmologues libéraux pour 100 000 habitants



Source : ARS Alsace, Insee

Carte 6 : densité lissée de radiologues libéraux pour 100 000 habitants



Source : ARS Alsace, Insee

Chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé : offre de soins

Chirurgiens-dentistes libéraux

Basée sur l'entrée de la vallée, l'offre en chirurgiens-dentistes libéraux ne suffit pas à impacter l'offre sur la zone C, qui reste privée d'accès proche à ce spécialiste, y compris en prenant en compte l'offre existante dans le département voisin des Vosges.

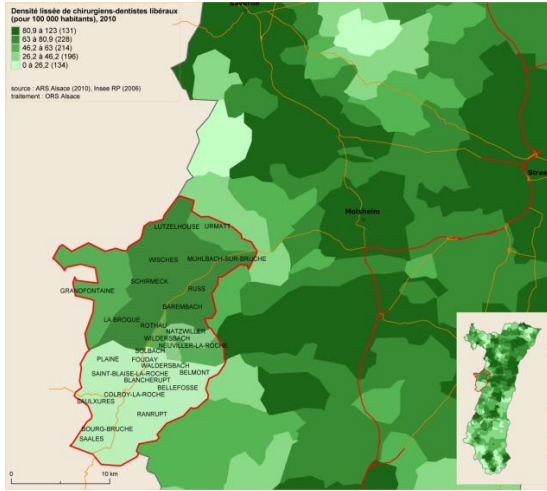
Infirmiers libéraux

L'offre en infirmiers libéraux est bien assurée sur le territoire de la CC. Les disparités observées entre les communes au sein de la CC sont liées au fait que, s'agissant d'une offre de proximité, la distance de lissage n'est que de 10 kilomètres.

Masseurs-kinésithérapeutes libéraux

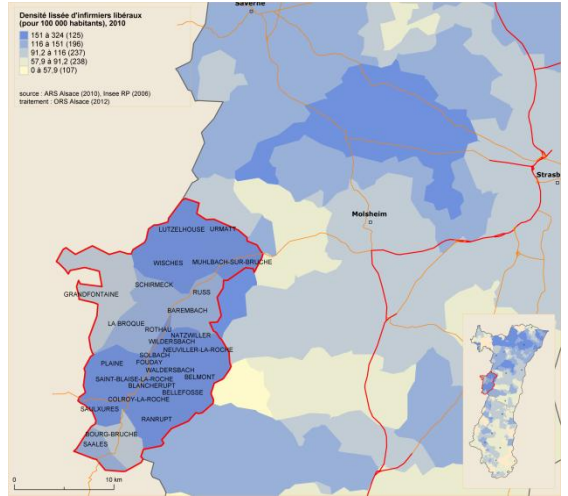
Comme pour les chirurgiens-dentistes, le territoire de la CC apparaît coupé en deux parts inégalement dotées, s'agissant des masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Le haut de la vallée, au-delà d'une ligne Plaine-Belmont est ainsi faiblement doté, au regard de la densité lissée. Rappelons que cette densité lissée prend également en compte l'offre proposée dans le département voisin des Vosges

Carte 7 : densité lissée de chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants



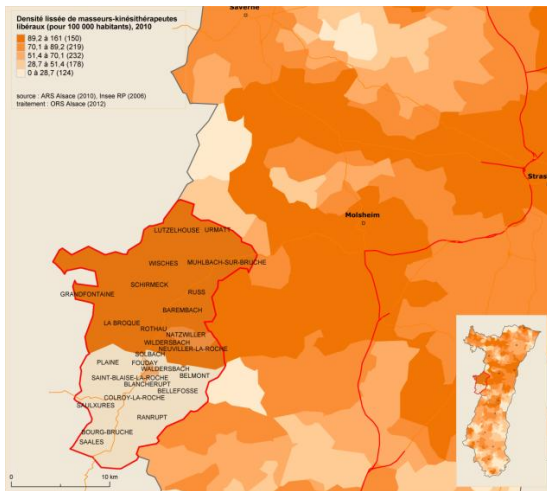
Source : ARS Alsace, Insee

Carte 8 : densité lissée d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants



Source : ARS Alsace, Insee

Carte 9 : densité lissée de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants



Source : ARS Alsace, Insee

Établissements et services socio-sanitaires

Établissements généraux et spécialisés

La clinique Saint-Luc

La clinique Saint Luc, basée à Schirmeck, est un établissement de santé privé d'intérêt collectif. Il s'agit d'un établissement du Groupe Hospitalier Saint Vincent – Fondation Vincent de Paul.

Les services proposés par la clinique sont les suivants :

- Le service d'addictologie ;
- La polyclinique ;
- Le centre périnatal de proximité ;
- Le traitement de la douleur ; Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).
- Un EHPAD ;
- Une offre d'Hospitalisation à domicile ;
- Médecine polyvalente ;
- Chirurgie ;
- Anesthésie ;
- Pharmacie ;

Une offre de spécialistes à la clinique Saint-Luc.

Les données SAE 2010²² indiquent les capacités d'accueil suivantes :

- 15 lits en chirurgie (5 475 jours exploitables) ;
- 22 lits en médecine (8 030 jours exploitables) ;
- 1 place en anesthésie ou chirurgie ambulatoire ;
- 15 places en hospitalisation à domicile ;
- 40 lits de soins de longue durée.

Une insuffisance de personnel pour les urgences assurées par les sapeurs-pompiers.

L'établissement affiche également, toujours selon SAE 2010, une activité de consultations externes :

- 8 481 consultations externes en médecine, soit 33 par jour ouvré²³ ;
- 5 578 en chirurgie, soit 22 par jour ouvré ;
- 2 112 en obstétrique, soit 8 par jour ouvré ;
- 5 296 dans les autres disciplines, soit 21 par jour ouvré.

Il est à noter que SAE ne compte aucun passage à l'accueil des urgences. En effet, bien que la clinique Saint-Luc réalise de facto une prise en charge qui s'apparente à l'accueil des urgences, elle ne dispose pas de la reconnaissance administrative de cette activité en tant que telle.

²² SAE est l'acronyme de Statistique Annuelle des Établissements de santé. Il s'agit d'un recueil national géré par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

²³ Les travaux de la Drees proposent de considérer qu'à partir de 4 252 actes par année (soit 17 par jour ouvré), nous avons l'équivalent d'un temps plein de médecin omnipraticien et à partir de 2 101 actes par année (soit 8 par jour ouvré), nous avons l'équivalent d'un temps plein de gynécologue. Il n'y a pas de correspondance stricte entre actes et consultations : ces valeurs nous donnent tout de même des ordres de grandeur.

Les antennes du SDIS

La question de la réponse aux urgences est également apportée pour partie par les sapeurs-pompiers du territoire. Les centres de secours de Saales et Urmatt sont tous deux équipés d'un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV), tandis que le centre de secours de Schirmeck compte deux VSAV.

L'équipement en véhicules est donc loin d'être négligeable. La problématique est cependant d'armer les véhicules, c'est-à-dire de disposer des personnels aptes à opérer.

Les centres de secours de Schirmeck, Saales et Urmatt disposent alternativement d'un véhicule de liaison infirmier (VLIInf), armé par des infirmiers de sapeurs-pompiers qui suivent des protocoles infirmiers de soins d'urgence leur permettant de traiter des situations relativement lourdes dans l'attente des secours médicalisés. Le VLIInf est donc en mesure de stabiliser voire résoudre des situations critiques en attendant une réponse médicale. Comme pour les VSAV, la problématique principale du VLIInf est son armement : il n'y a pas toujours de sapeur-pompier infirmier disponible pour armer le véhicule. À plusieurs reprises l'idée d'établir une convention avec la clinique Saint-Luc pour permettre un armement permanent du VLIInf avait été travaillée, mais cela n'a jamais connu d'aboutissement.

Établissements et structures pour personnes âgées

Les données du Conseil Général du Bas-Rhin indiquent un total de 282 places en Ehpad sur le territoire de la CC de la Vallée de la Bruche, dont 8 places en unité Alzheimer.

Il n'apparaît pas pertinent de rapporter cette offre à la population âgée de la CC ; les mobilités observées chez les personnes devant entrer en Ehpad sont telles qu'une valeur de densité serait difficile à interpréter.

En revanche, les places d'hébergement temporaire apparaissent véritablement comme un dispositif dont l'implantation doit avant tout être pensée localement. Au total, la CC compte 4 places d'hébergement temporaire, soit 2,5 places pour 1 000 personnes âgés de 75 ans ou plus vivant en ménage ordinaire. Au niveau du département, 176 places d'hébergement temporaire sont recensées, ce qui représente une densité de 2,6 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ou plus vivant en ménage ordinaire.

Analyse des résultats du diagnostic : données qualitatives et quantitatives

Le recueil des données qualitatives

Des entretiens individuels et collectifs auprès d'élus et de professionnels.

Les 4 entretiens collectifs réalisés de mars à mai 2011 ont permis de rencontrer un total de 85 personnes, essentiellement des professionnels des secteurs sanitaire, social mais aussi du champ de l'enseignement, du domaine de l'insertion socio-professionnelle ou encore des agents des collectivités territoriales. Des élus des communes étaient systématiquement présents aux réunions et l'une d'entre elles a permis de rencontrer une dizaine d'habitants de la vallée, y compris des assistantes maternelles.

Les entretiens individuels réalisés de janvier à mai 2011 ont permis de rencontrer 8 professionnels.

Les questionnaires diffusés auprès de la population ont permis de recueillir l'avis de 82 adultes et de 79 jeunes de moins de 18 ans.

Des questionnaires pour recueillir l'avis des habitants.

Au total, nous avons donc recueilli environ 250 avis de professionnels, élus et habitants concernant les principaux problèmes de santé et leurs déterminants, que ceux-ci soient de l'ordre de l'organisation du système de santé, de nature socio-économique, culturelle et/ou familiale, liés aux comportements ou encore à la qualité de l'environnement physique.

Il est important de noter que ce recueil de données, que l'on qualifie de « qualitatif », représente la perception qu'ont les personnes interrogées des problèmes de santé prioritaires et des facteurs les déterminant.

Un cadre d'analyse : les déterminants de la santé

Les problèmes analysés selon la classification des déterminants de la santé.

Les éléments recueillis au cours du diagnostic ont été systématiquement analysés et replacés dans le cadre des quatre grands déterminants de la santé : l'organisation du système de santé, l'environnement physique ou matériel, l'environnement social et les ressources ou comportements individuels.

Cette approche a également permis de « compter » le nombre de citations d'un problème de santé ou d'un de ses déterminants et de déterminer ainsi l'importance du problème pour l'ensemble des personnes ayant émis un avis.

Ce travail d'analyse a ainsi permis de déterminer un ordre d'importance des différents facteurs et déterminants selon le nombre d'occurrence de citations dans les différents modes de recueil.

Chaque fois que c'était possible, des données chiffrées en lien avec les résultats qualitatifs ont été recherchées afin de pouvoir les objectiver.

3 catégories de personnes apparaissent comme plus vulnérables : les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

Le recours aux soins et à la prévention : un problème prioritaire sur la Vallée de la Bruche.

Cette méthode a permis de mettre en évidence 3 problèmes de santé prioritaires sur la Vallée de la Bruche :

- **La santé des enfants et des adolescents**
- **le recours aux soins et à la prévention**
- **la prise en charge des personnes âgées.**

Précisions

Promotion de la santé et catégorisation des résultats

Agir en promotion de la santé c'est inscrire chaque action dans une approche systémique, fondée sur les points suivants :

- **La santé est un phénomène complexe, influencé par plusieurs déterminants**, dont les plus accessibles à l'intervention sont : les comportements individuels, l'environnement social dans lequel ces comportements s'inscrivent, le cadre réglementaire et la qualité du dispositif de prévention et de soins.
- **Ces déterminants sont eux-mêmes conditionnés par des facteurs, qui peuvent interagir sur plusieurs déterminants à la fois.**

L'amélioration de la santé , en tant qu'objectif d'une action ou d'une politique, ne pourra être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires, en agissant sur les facteurs influençant ses principaux déterminants.

C'est pour rendre compte de cette complexité qu'a été mis au point par **Promotion santé suisse un système de catégories, l'outil suisse de catégorisation des résultats, adapté à la France par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).**

Les déterminants de la santé des enfants et des adolescents

La santé des enfants affectée par les conditions socio-économiques et par un manque de dispositifs d'aide

Certains enfants en situation de fragilité psychologique du fait de conditions socio-économiques et familiales difficiles.

Le déterminant majeur des problèmes de santé chez les enfants et les adolescents est, selon les résultats du diagnostic, un **environnement social caractérisé par des difficultés, notamment par un niveau de pauvreté, de précarité et d'instabilité au niveau de l'emploi**. Cet environnement socio-économique a un impact non négligeable sur la santé psychologique des enfants. Cela peut notamment entraîner une certaine fragilité psychologique chez les enfants issus de familles rencontrant ce type de difficultés, les enfants étant inquiets vis-à-vis de la situation socio-économique de leurs parents.

Une proportion importante d'enfants vivant dans des familles d'accueil.

À ceci s'ajoute un constat spécifique au territoire de la Vallée de la Bruche qui est la **forte proportion de familles d'accueil**. Il s'agit de familles accueillant à leur domicile des enfants ou des jeunes majeurs de moins de 21 ans retirés de la garde de leurs parents dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance. Véritable tradition culturelle qui ne se retrouve pas dans les mêmes proportions dans d'autres vallées alsaciennes, cette présence importante de familles d'accueil entraîne une présence d'enfants caractérisés par un certain nombre de difficultés sociales, comportementales et psychologiques.

En chiffres

Le nombre de places en familles d'accueil

Le nombre de places d'accueil proposées pour 1 000 personnes de 25 à 64 ans vivant en couple est particulièrement élevé sur le territoire de la CC de la vallée de la Bruche (21 ‰ vs. 3 ‰ pour le département du Bas-Rhin).

La réelle difficulté ne réside pas tant dans la présence de ces enfants que dans leur concentration dans certaines écoles, certains collèges du territoire et surtout dans l'insuffisance de moyens accordés au territoire en matière de suivi social, psychologique voire psychiatrique dont certains enfants pourraient avoir besoin.

Un manque de structures d'aide psychologique pour les enfants et de soutien pour les familles et les enseignants

En effet, les professionnels ont souligné à plusieurs reprises **l'insuffisance des structures d'aide psychologique et psycho-pédagogique sur la vallée**. Pour autant, les dispositifs ne sont pas absents du territoire qui dispose d'un centre de jour pour enfants, adolescents et la famille, de deux Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) situés dans le bas de la vallée (Barembach et Schirmeck), d'un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), mais qui ne se déplace que jusqu'à Wisches, et d'un réseau d'aide spécialisé pour les enfants en difficultés (RASSED) qui mériterait d'être renforcé.

Aggravé par une méconnaissance de l'existant et un déficit de coordination entre les différents champs

Les professionnels de la vallée déplorent **l'absence d'un lieu de consultations spécifique pour les adolescents** ainsi que l'insuffisance de coordination entre le secteur social et le secteur de la psychiatrie concernant la prise en charge des adolescents.

À l'insuffisance des ressources s'ajoute une mauvaise connaissance de l'existant. En effet, il semble que tant les familles que les professionnels souffrent d'un manque d'informations concernant les lieux ou les dispositifs spécifiques existants pour les adolescents.

Quelle mobilité pour les jeunes ?

Le problème de la mobilité sur la vallée a largement été évoqué dans le diagnostic. Certes un **important travail de renforcement des transports collectifs** a été mené par le Conseil Général, mais il semble que **des difficultés persistent notamment pour les jeunes habitant le haut de la vallée** ou des communes non desservies par des transports en commun (Grand'Fontaine, Barembach, Natzwiller, Wildersbach, Solbach et Blannerupt).

Il est ainsi difficile pour un adolescent de se déplacer de manière autonome s'il habite l'une de ces communes.

Il reste évidemment la possibilité pour ces jeunes d'être accompagnés d'un adulte à la condition que le ménage dispose d'un véhicule.

Cette difficulté en matière de mobilité se retrouve aussi dans l'accès à un lycée général. Il faut savoir que la communauté de communes est dotée d'un lycée professionnel, mais que le lycée général le plus proche se trouve à Molsheim. Plusieurs professionnels ont souligné que cette carence en établissement secondaire général pouvait être à l'origine pour certaines familles d'orientations scolaires par défaut vers le lycée professionnel de Schirmeck.

Toutefois ce problème sera totalement résolu à l'horizon 2014, date à laquelle sera créé un lycée d'enseignement général à Schirmeck, ainsi que s'y est engagé le Conseil Régional.

Des jeunes n'ayant pas le même accès aux loisirs

Une autre problématique évoquée à la fois par les professionnels et par les jeunes est l'accès aux loisirs. Nous avons observé que l'offre en matière de loisirs est essentiellement concentrée sur le bas de la vallée, constat qui a également été souligné par un diagnostic mené sur le territoire en vue d'élaborer le projet jeunesse de la communauté de communes. À titre d'exemple, l'association socioculturelle « le repère » se situe à Schirmeck, la Maison de la Culture et des Jeunes (MJC) à Barembach. Les communes de Schirmeck et la Broque disposent chacune d'une médiathèque tandis que la commune de Saales dispose d'un point lecture du réseau départemental des bibliothèques. Le territoire est riche en équipements sportifs, mais ceux-ci restent concentrés dans l'entrée de la vallée et sur la commune de Plaine.

Des déplacements complexes sur le haut de la vallée.

Avec des conséquences sur l'orientation des jeunes.

Un projet de création d'un lycée général en 2014.

Une offre de loisirs inégalement répartie sur le territoire.

En chiffres La mobilité des jeunes

Sachant que sur la vallée 157 enfants de moins de 17 ans vivent dans un foyer dépourvu de voiture, certains jeunes doivent faire face à un réel problème de mobilité.

Zoom sur... Le futur lycée d'enseignement général de Schirmeck

À l'horizon 2014, un lycée d'enseignement général viendra bientôt renforcer l'offre éducative de la cité scolaire de la Vallée de la Bruche. Le nouvel établissement fera passer la capacité d'accueil du collège de 530 à 600 élèves et celle du lycée de 240 à 530.

Il peut ainsi devenir compliqué pour un jeune habitant le haut de la vallée de pratiquer des activités de loisirs car l'offre du haut de la vallée est plus restreinte et les déplacements à l'intérieur de la vallée ne sont pas forcément adaptés en dehors des temps scolaires.

Un accès aux loisirs difficile par les transports en commun.

En effet, près de la moitié des jeunes ayant répondu à notre questionnaire ne se déplace pas en transports en commun pour se rendre à ses activités de loisirs et quasiment un tiers d'entre eux se déclare insatisfait des moyens de transports en commun disponibles pour ses activités de loisirs.

La place de l'ennui²⁴ dans l'instauration de certains comportements à risque et les effets de la sédentarité (temps passé devant une télévision ou un écran d'ordinateur) donnent la mesure de l'importance de la question des loisirs comme déterminant de la santé des jeunes.

En chiffres

Les transports en commun selon les jeunes

Si 52% des jeunes ayant répondu au questionnaire se déclarent satisfaits des moyens de transport collectifs pour se rendre à l'école, ils sont 30% à être insatisfaits de cette offre lorsqu'il s'agit de leur permettre d'accéder à leurs loisirs.

Ils sont d'ailleurs 46% à ne pas prendre les transports en commun pour se rendre à leurs activités de loisirs.

Les comportements des adolescents sur la vallée

En matière de comportements de santé chez les adolescents, les professionnels ont évoqué les questions de surpoids et de conduites à risques, quoique ces problématiques ne leur semblent pas particulièrement plus importantes dans la vallée que sur le reste du territoire alsacien.

Il reste que la question du surpoids et de l'obésité est un problème majeur en Alsace.

Nous ne disposons pas de données chiffrées permettant de dire si les conduites à risque et les comportements de consommation de produits (tabac, alcool, drogues) sont plus ou moins importants dans la Vallée de la Bruche comparativement à la moyenne alsacienne.

Des jeunes qui se trouvent en bonne santé et satisfaits de vivre sur la Vallée de la Bruche

Malgré les difficultés évoquées ci-dessus, les jeunes interrogés par le biais du questionnaire se sentent globalement en bonne santé, ils sont 45% à attribuer un score de 7 ou de 8 à leur qualité de vie et 80% des répondants sont satisfaits de vivre sur la Vallée de la Bruche. Les raisons de leur satisfaction sont le calme de l'endroit, la possibilité de pratiquer des activités de pleine nature et le fait que les rapports entre les habitants soient agréables parce que ces derniers se connaissent entre eux.

Un cadre de vie apprécié par les jeunes qui se trouvent en bonne santé.

²⁴ C. Schauder : *Évolution de la société et ennui des jeunes*. Lettre du Grappe 2005, 60, 19-24

Des pistes d'amélioration

Les différentes rencontres faites dans le cadre de ce diagnostic ont également permis de repérer des idées d'actions ou de réflexions pour améliorer la santé des enfants et des adolescents.

Un réseau d'aide existant, mais surchargé, qu'il serait nécessaire de développer.

En matière d'aide à l'enfance en difficulté, il semble prioritaire de pouvoir **améliorer l'offre en consultations psychologiques et psychiatriques sur l'ensemble du territoire** à destination des enfants et des adolescents. Les professionnels ont souligné l'importance de maintenir un Centre Médico-Psychologique sur la vallée, de renforcer la prise en charge psychiatrique des adolescents par l'Etablissement Public Santé Alsace Nord (EPSAN), de maintenir et renforcer le Réseau d'Aide Spécialisé pour les Enfants en Difficulté (RASED) et d'augmenter le périmètre d'intervention du Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD). Ils pensent également qu'il serait pertinent d'avoir une équipe mobile constituée d'un psychologue, d'un psychomotricien et d'un ergothérapeute qui pourraient intervenir sur l'ensemble du territoire.

Il a également été jugé fondamental de pouvoir **accompagner les familles d'accueil** dans leur mission.

Développer un réseau de professionnels dans le champ de la jeunesse.

La plupart des professionnels rencontrés ont exprimé le souhait de travailler davantage en réseau. En effet, il semble important que se crée sur la vallée **un réseau de professionnels issus des secteurs de la santé, du social et de l'éducation**. Un tel réseau permettrait aux professionnels de mieux se connaître et d'échanger sur leurs pratiques professionnelles, sur des situations problématiques et d'optimiser ainsi l'orientation des enfants et des adolescents.

Créer un lieu ressource santé adolescents.

Enfin, certains professionnels estiment que la **mise en place d'un lieu-ressource spécifique pour les adolescents** serait une solution appropriée pour faciliter l'accès à la santé des adolescents et permettre aux professionnels de savoir où orienter des jeunes en difficulté.

Un développement de l'offre de déplacements et de loisirs à poursuivre

En matière de déplacements, il semble important de pouvoir faciliter les déplacements des jeunes vers les soins, les loisirs, mais aussi vers un lycée général.

Développer l'offre de loisirs par la création d'un centre nautique et l'aménagement de pistes cyclables.

L'offre en infrastructures de loisirs pourrait être renforcée. Les demandes des jeunes en ce sens sont **l'aménagement de pistes cyclables et l'ouverture d'un équipement nautique** sur le territoire, ce deuxième point étant déjà prévu dans le contrat d'aménagement du territoire couvrant la période 2010-2015. Le développement et l'aménagement de pistes cyclables sur le territoire permettraient à la fois de suppléer aux difficultés de déplacements et de pratiquer une activité physique à moindre coût.

La **création de lieux de rencontre pour les jeunes** pourrait être un axe important en matière d'actions en direction de la jeunesse.

D'autres pistes d'action ont été pensées dans le but **d'améliorer les conditions sociales et économiques** des familles ; il s'agirait entre-autres de créer un centre de télé-travail permettant aux parents de travailler sur la vallée et ainsi de passer moins de temps dans les transports et de consacrer davantage de temps, dans de meilleures conditions, à leurs enfants.

Des structures locales intervenant dans le champ des inégalités sociales

Des structures existantes pour développer le soutien à la parentalité.

Le **développement des actions de soutien à la fonction parentale** a largement été évoqué. Ces actions pourraient concerner d'une part les familles d'accueil pour les accompagner dans leurs difficultés spécifiques liées au public accueilli, mais aussi les parents en demande de soutien par rapport à leur fonction parentale.

Afin de permettre un accès équitable à une alimentation équilibrée pour les familles rencontrant des difficultés socio-économiques, il semblerait judicieux de pouvoir **développer la couverture géographique de l'épicerie sociale basée à Wisches.**

Développer la couverture géographique de l'épicerie sociale.

Étendre les actions de prévention et d'éducation pour la santé aux jeunes sortis du milieu scolaire.

Enfin, les professionnels s'accordent à dire qu'il faudrait **développer les actions de prévention et d'éducation pour la santé auprès des jeunes.** Les enfants scolarisés bénéficient d'actions d'éducation pour la santé menées à l'initiative des infirmières scolaires, mais il est nécessaire de faire en sorte que les jeunes sortis du système scolaire puissent continuer à bénéficier de telles actions. Il semble notamment fondamental de mettre en œuvre des actions en matière d'alimentation et d'activité physique, ou sur des questions telles que l'éducation à la sexualité et la contraception ainsi que sur les addictions.

Zoom sur...

L'association Colibri-Bruche

Il s'agit d'une association fortement impliquée dans le soutien aux familles. Parmi ses activités, l'association dispose d'un point info-familles et anime aussi un réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement aux parents (REAAP)

Zoom sur...

La mission locale

Outre sa mission d'accompagnement vers l'emploi, la mission locale réalise des actions pour améliorer l'accès à la santé des jeunes suivis :

- Actions bilans santé en partenariat avec la CPAM de Sélestat
- Animation d'une permanence santé à la mission locale par une infirmière de l'EPSAN.
- Projet autour des addictions en partenariat avec l'AFPRA.

Ressources locales pour améliorer la santé des enfants et des adolescents

Ressources rencontrées dans les entretiens individuels

Un nombre important de structures dédiées à la jeunesse, que ce soit au niveau de la santé, des activités de loisirs ou de l'accompagnement socio-professionnel.

DEVELOPPEMENT SOCIAL

L'ASSOCIATION COLIBRI-BRUCHE

L'association est investie dans le champ du développement social qui se traduit entre autres par le soutien aux familles : accueil, écoute, orientation, soutien à la parentalité. Colibri Bruche anime aussi le réseau d'assistantes maternelles de la vallée et propose des accompagnements à la scolarité. Colibri Bruche met aussi en place des projets en fonction des besoins spécifiques des habitants, citons notamment le projet « initiative femmes » pour des femmes en recherche d'emploi.

Coordonnées:

Carole Scheer
114 Grand Rue
67130
SCHIRMECK
03 88 49 68 81
colibri-bruche@wanadoo.fr

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL

LA MISSION LOCALE DE MOLSHEIM

La mission locale s'occupe notamment de l'accompagnement des jeunes vers l'emploi que ce soit par l'accompagnement vers la formation, mais aussi par l'orientation dans la scolarité, l'aide pour trouver des stages, le suivi des jeunes dans le cadre de dispositifs spécifiques. L'accompagnement est envisagé de manière globale dans la mesure où l'accompagnement social figure aussi dans leurs missions et se concrétise par des aides pour la mobilité, un travail autour de l'accès au logement ou encore des actions de prévention santé.

Coordonnées :

Carmen Valentin
114 Grand'Rue
67131
SCHIRMECK
carmen-valentin@ml-molsheim.com

Une inégalité territoriale d'accès à ces structures.

L'UNITE TERRITORIALE D'ACTION MEDICO-SOCIALE (UTAMS) SECTEUR COLLINES

L' UTAMS représente le relais local du pôle « aide à la personne » du CG67, et est impliqué dans les domaines de la protection de l'enfance, de la Protection maternelle et infantile, de l'accès au logement et de l'aide à l'insertion pour les publics vulnérables.

Coordonnées :

Estella Klein

20 route Ecospace

67120 Molsheim

Tél : 03 68 33 89 00

estella.klein@cg67.fr

Ressources rencontrées en entretiens collectifs ou citées par les professionnels rencontrés

Structure	Champ d'activité	Coordonnées
POINT ACCUEIL ECOUTE JEUNES DE SCHIRMECK	Accueil et suivi psychologique des adolescents	M. Joël THALGOTT Rue des Grives 67130 SCHIRMECK 03 88 47 17 80 Mercredi : 17h-21h Samedi 9h-12h (et sur RV)
POINT ACCUEIL ECOUTE JEUNES DE BAREMBACH	Accueil et suivi psychologique des adolescents	Mme Patricia MAYERSENE Médiathèque rue de Lattre de Tassigny 06 81 94 20 22 Samedi : 8h30 -11h 30
POLE PERINATALITE ENFANCE ADOLESCENCE DU CENTRE HOSPITALIER D'ERSTEIN	Accueil et suivi psychologique des enfants et des adolescents	2B route de la Hardt 67120 MOLSHEIM 03 88 99 02 20 Consultations sur RV à la clinique Saint-Luc de Schirmeck
RESEAU D'AIDE SPECIALISE AUX ENFANTS EN DIFFICULTE DE ROTHAU (RASED)	Aide pédagogique aux enfants en difficulté	6 a rue des jardins 67570 Rothau 03.88.47.10.24
SERVICE D'EDUCATION SPECIALE ET DE SOINS A DOMICILE (SESSAD) DE ROSHEIM	Handicap : Aide à l'intégration scolaire d'enfants et d'adolescents présentant des déficits moteurs ou intellectuels.	Didier BOURSAUD 86 D place de la République 67560 ROSHEIM 03.88.97.78.77
ASSOCIATION D'AIDE AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES (APEH)	Handicap	19 rue de Thiergarten 67000 Strasbourg 03 88 50 09 32 / 06 11 39 93 74 apehalsace@gmail.com
RESEAU INFO-ADOS	Contraception	Info ado - SIHCUS-CMCO 19, rue Louis Pasteur - 67303 SCHILTIGHEIM Tél. : 03 88 62 83 10
BRUCHE EMPLOI	Insertion socio- professionnelle	Marie-Pierre Gasparec 114, Grand'Rue 67130 Schirmeck 03 88 47 15 57 bruche.emploi@wanadoo.fr

ACTI JEUNES	Accueil du jeune enfant	Sandra GUILMIN 71 rue du Général de Gaulle 67280 URMATT 03 88 47 59 55 sajm.guilmin@wanadoo.fr
ASSOCIATION LE REPERE	Loisirs	Arnaud PACLET 118 Avenue de la Gare 67130 Schirmeck 03.88.49.17.10 arnaud.paclet@ville- schirmeck.fr
MAISON DES JEUNES ET DE LA CULTURE	Loisirs	Route de Steinbach 67130 BAREMBACH 03 88 97 86 73

Les déterminants du recours au soin et à la prévention

Une démographie médicale insuffisante

La démographie médicale a largement été évoquée lors du diagnostic, aussi bien dans les entretiens que dans les questionnaires « adultes ». Les données chiffrées viennent confirmer que le territoire se situe en-dessous de la moyenne régionale en ce qui concerne la densité de médecins généralistes avec une **offre particulièrement pauvre dans le haut de la vallée** tandis que l'entrée et le centre de la vallée ont des taux de médecins généralistes satisfaisants.

UN MANQUE DE
MEDECINS GENERALISTES.

CERTAINES SPECIALITES
ABSENTES DU TERRITOIRE
TELLES QUE LA
GYNECOLOGIE ET LA
PEDIATRIE.

Des difficultés de
longue date en
matière d'urgences.

En chiffres

La densité de médecins généralistes

On dénombre 20 omnipraticiens sur le territoire soit environ 1 pour 1000 habitants alors que la moyenne alsacienne est à 1,13 pour 1000 habitants.

En outre on observe des disparités à l'intérieur de la vallée : ainsi, sur le haut de la vallée, la densité de médecins généralistes n'est que de 0,41 pour 1000 habitants.

Les professionnels interrogés ont aussi souligné **l'absence de gynécologue libéral** sur le territoire. Il y a certes l'offre de la clinique Saint-Luc, mais elle est centrée autour de la périnatalité en s'occupant principalement de suivi de grossesse. Des consultations de contraception sont assurées pour les adolescentes. Les femmes habitant la vallée sont donc actuellement dans l'obligation de se rendre sur Molsheim pour leur suivi gynécologique.

L'absence de pédiatre sur la vallée a également été évoquée par les professionnels ainsi que la **présence d'un seul ophtalmologue**, offre très insuffisante entraînant des délais d'attente longs pour obtenir un rendez-vous pour une consultation.

Cette démographie médicale insuffisante a apparemment un retentissement en termes de **surcroît d'activité pour l'infirmier scolaire** au niveau du collège et du lycée de Schirmeck.

Du fait de la démographie médicale insuffisante et de l'absence de certaines spécialités, les habitants de la Vallée de la Bruche sont éloignés de certaines offres de soins. Cette difficulté rend nécessaire des déplacements à l'extérieur de la vallée pour se rendre à ces consultations, ce qui peut poser problème pour les personnes ne disposant pas de véhicule personnel.

Le problème spécifique de l'urgence

« **L'urgence dans la vallée, ce sont les urgences** » nous a-t-on dit dès les premières réunions consacrées au diagnostic local de santé. Il est difficile pour la clinique Saint-Luc d'assurer les urgences car le personnel est en nombre insuffisant, l'étalement de la vallée entraîne des

temps de déplacements importants, et les actes d'urgences ne sont pas rétribués comme tels à la clinique.

La permanence des soins est également difficile à assurer, encore une fois pour des raisons liées à la démographie médicale et à la durée des trajets.

Quel accès géographique à l'offre de soins ?

Les personnes adultes interrogées dans le cadre de notre enquête sont plus de la moitié à se déclarer satisfaites des transports en commun.

Dans le cas de personnes dépendant uniquement des transports en commun, une consultation à l'extérieur de la vallée peut toutefois nécessiter un temps de déplacement important.

À titre d'exemple, une femme qui consulte un des deux gynécologues libéraux de Molsheim aurait un temps de trajet moyen d'au moins une demi-heure en voiture et d'une heure en moyenne en transports en commun. Si l'heure du rendez-vous ne peut prendre en compte les horaires de train, ce déplacement peut facilement prendre deux heures, sans compter le retour.

En chiffres

Les transports en commun

53% des adultes interrogés via les questionnaires se déclarent « plutôt » ou « tout à fait » satisfaits des moyens de transport en commun sur la vallée.

Il reste toutefois que 27% des personnes habitant la vallée vivent dans des communes non desservies par les transports en commun.

Un accès géographique à l'offre de soins qui peut s'avérer complexe en transport en communs.

Des conditions socio-économiques impactant l'accès aux soins

Il nous a également été précisé que pour des personnes en difficulté socio-économique, **le coût des déplacements peut être élevé et constituer un frein** dans la réalisation de certains soins.

Les difficultés liées à la précarité et à la pauvreté peuvent également être à l'origine d'un renoncement aux soins ainsi que nous l'ont expliqué plusieurs professionnels, surtout lorsque les personnes doivent faire l'avance des frais médicaux.

Les personnes en situation de précarité sont également plus souvent dépourvues de véhicule personnel et si elles doivent ajouter au coût d'une consultation des frais de transport, cela peut parfois entraîner un renoncement à certains soins pour raisons financières.

Les professionnels rencontrés pendant le diagnostic estiment également qu'il y a un manque de connaissances concernant l'accès aux droits et l'existence de certaines structures de soins et de prévention.

Des comportements de santé peu tournés vers les dépistages organisés des cancers.

En matière de comportements de prévention, il nous a également été dit que les habitants de la vallée avaient peu recours aux dépistages organisés des cancers.

Malgré ces difficultés, une bonne qualité de vie ressentie

Les résultats présentés ci-dessus mettent en évidence un certain nombre de difficultés en matière de recours aux soins et à la prévention.

Il fait noter que, dans le cadre de ce diagnostic, il était particulièrement important de faire émerger les difficultés, mais nous avons également recherché les atouts de la vallée, particulièrement dans le cadre des questionnaires.

Ceux-ci mettent en évidence que les habitants ayant répondu à notre enquête relèvent bien les difficultés décrites, mais sont dans leur majorité satisfaits de leur vie sur le territoire.

Les résultats de l'enquête auprès des adultes montrent que les répondants sont satisfaits de leur qualité de vie : ils sont plus de la moitié à attribuer un score de 7 ou de 8 sur une échelle de qualité de vie.

Les 3/4 d'entre eux se déclarent d'ailleurs « plutôt » ou « tout à fait » satisfaits de vivre sur la vallée. Ils disent effectivement avoir un cadre de vie agréable caractérisé par le calme et la beauté de la nature.

En chiffres

Le recours aux dépistages organisés des cancers

Le recours au dépistage du cancer du sein sur le canton de Saales est inférieur de 10 points à celui de l'arrondissement de Molsheim (61 % vs. 72 %). La situation est moins marquée pour le canton de Schirmeck (participation de 68 %), mais la participation reste inférieure à celle observée pour le canton de Molsheim.

FICHE 2 : LE RECOURS AUX SOINS ET A LA PREVENTION : PISTES D'ACTION

Pour ce problème également, les entretiens comme les questionnaires ont permis de relever des axes de réflexion pour améliorer la situation.

Des pistes d'amélioration

Le diagnostic a mis en évidence une forte demande d'actions en faveur de l'installation de professionnels de santé dans la vallée. Les pistes à privilégier sont, semble-t-il, **l'amélioration de l'attractivité de la vallée et une modification des conditions d'exercice**. Le développement des maisons de santé présentes sur le territoire est une réelle opportunité pour répondre à cette demande.

Développer des consultations de spécialistes au sein des infrastructures locales.

Zoom sur...

Les maisons de santé

La Maison de santé du Bergopré à Schirmeck est ouverte depuis le 18 avril 2011.

La commune de Saales dispose aussi d'une maison de services à vocation essentiellement médicale mais également économique.

Ces maisons de santé permettent d'augmenter la démographie médicale dans des zones rurales en offrant aux professions médicales une infrastructure et des conditions d'exercice optimales.

Il est également proposé, pour pallier l'insuffisance de spécialistes, de renforcer au sein de la clinique Saint-Luc des **permanences de spécialistes venant de l'extérieur de la vallée**, ce qui permettrait d'augmenter le nombre de consultations spécialisées dans la vallée. La possibilité de réaliser des bilans de santé sur la vallée pourrait aussi être envisagée afin d'éviter les déplacements sur Sélestat. Là encore, la clinique Saint-Luc offre une ressource essentielle.

Un autre point classé prioritaire dans le diagnostic est la reconnaissance et **l'organisation de la prise en charge des urgences** dans la vallée et l'organisation de la permanence des soins sur l'ensemble de la vallée.

Les professionnels ont également souligné la nécessité de développer l'offre d'hospitalisation de jour pour les maladies chroniques, en particulier pour le diabète et les cancers.

Tout comme dans le domaine de la santé des enfants et des adolescents, les professionnels rencontrés estiment qu'une modalité de travail à privilégier est la **création de réseaux interprofessionnels et le travail en partenariat**, ce qui leur permettrait de mieux connaître les missions de chacun, d'échanger et d'améliorer ainsi l'orientation des publics.

Le travail en réseau doit aussi se développer entre les médecins généralistes de la vallée et les spécialistes présents à la clinique Saint-Luc.

Enfin, les entretiens ont également soulevé la question d'un **déficit d'offre en actions d'éducation pour la santé** et là encore une **méconnaissance de l'existant**. Pour cela aussi, il est proposé non seulement d'augmenter l'offre, mais aussi de favoriser la connaissance de l'existant.

Développer le travail en réseau.

Soutenir davantage d'actions de prévention, notamment en augmentant l'offre d'actions d'éducation pour la santé.

Vers une coordination des déplacements en direction des structures de soins ?

La question de la mobilité étant une problématique transversale dans ce diagnostic, il semble important de continuer à réfléchir à l'organisation des déplacements à l'intérieur et vers l'extérieur de la vallée. Les personnes rencontrées dans les entretiens ont évoqué des possibilités de mutualisation des modes de déplacements vers les structures de soins.

Il reste à déterminer l'opérationnalité d'un tel projet sur le plan financier et logistique.

D'autres freins à l'accès aux soins ont été relevés et des pistes de réponses aux freins économiques d'accès aux soins ont été suggérées :

Travailler en parallèle sur les difficultés géographiques, culturelles et économiques d'accès aux soins et à la prévention.

- les aides financières pour les déplacements,
- l'accompagnement des personnes en situation de précarité dans leur parcours de soins.

L'information concernant l'accès aux droits pourrait être améliorée en développant, par exemple, des ateliers sur ce thème et en utilisant des moyens de communication qui soient accessibles à tous.

Enfin, il est important de favoriser le recours aux dépistages des cancers pour tous, notamment pour les publics n'y ayant pas recours pour des raisons financières, géographiques ou culturelles.

Les ressources pour améliorer le recours aux soins et à la prévention

Les ressources rencontrées en entretiens individuels

SANTE

Clinique Saint-Luc à Schirmeck

Avec des consultations de spécialistes, les services d'hospitalisation en médecine et en chirurgie, les soins de gériatrie..., la clinique Saint-Luc constitue une ressource essentielle en matière d'accès aux soins dans la vallée.

Coordonnées :

10 Rue des Forges
67130 SCHIRMECK
03 88 47 41 41

L'unité territoriale d'Action Médico-Sociale (UTAMS) de Molsheim

L'UTAMS met à disposition un médecin, deux-sages-femmes et deux puéricultrices dans le cadre de la PMI (Protection maternelle et Infantile) pour les besoins de la population sur le secteur de la circonscription de Molsheim (regroupant 5 cantons du sud du Département : Molsheim, Rosheim, Saales, Schirmeck et Wasselonne). Les puéricultrices assurent deux permanences de deux heures sur le secteur de la Vallée de la Bruche, à Lutzelhouse (une fois sur deux) et à Schirmeck.

Coordonnées :

Estella Klein
20 route Ecospace
67120 Molsheim
Tél : 03 68 33 89 00
estella.klein@cg67.fr

Le réseau cardio-prévention d'Obernai

Il s'agit d'un réseau de professionnels médicaux impliqués dans la prise en charge des maladies cardio-vasculaires.

Le réseau agit en prévention secondaire à l'intention de personnes ayant eu un accident vasculaire mais met également en place des actions de prévention primaire à destination de personnes ayant des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires.

Il intervient dans les zones d'Obernai, Sélestat et de Rosheim.

Coordonnées :

Médecin coordinateur : Dr Sagez
Jean-François

Tél: 03 88 95 14 69 –

Fax 03 88 95 14 63 –

Mail : secretariat@rcpo.org

SECOURS AUX PERSONNES

Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)

Composé d'un corps départemental de sapeurs-pompiers professionnels et volontaires, d'un service de santé et de secours médical (SSSM) et de services opérationnels, administratifs et techniques pour la gestion quotidienne de son activité, le SDIS 67 a pour mission la défense incendie, le secours à la personne et la protection des biens et de l'environnement.

Contact :

Secteur administratif
Faubourg St Sébastien
67130 SCHIRMECK
03 88 47 46 10

Autres ressources en matière de recours aux soins et à la prévention

Structure	Champ d'activité	Coordonnées
MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE	Soins de médecine générale, soins infirmiers, ophtalmologie et soins de kinésithérapie.	1 place Bergopre 67130 SCHIRMECK 03 88 47 57 87
MAISON DES SERVICES	Soins de médecine générale, soins infirmiers, orthophonie, kinésithérapie, professionnels de la protection maternelle et infantile et assistantes sociales.	30 grand rue 67420 SAALES
SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE	Soins infirmiers, soins de base à destination de personnes âgées de 60 ans ou plus malades ou dépendantes et à destination de personnes présentant un handicap.	87 rue de l' église 67130 Schirmeck 03 88 49 65 22

Les déterminants de la santé des personnes âgées

Quel accès aux soins pour les personnes âgées ?

Les personnes âgées encore plus touchées par la démographie médicale insuffisante.

L'analyse de la santé des personnes âgées a mis en évidence que le **problème de démographie médicale insuffisante** est particulièrement important pour cette population et concerne aussi bien les professionnels de première ligne (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, auxiliaires de vie...) que les spécialistes. On retrouve là encore la question de l'étalement de la vallée avec des lieux de vie éloignés des cabinets médicaux, occasionnant des déplacements importants pour se rendre en consultation, ce qui peut devenir compliqué lorsque les personnes avancent en âge.

La **question des urgences**, qui couvrent difficilement la totalité de la vallée, est encore plus prégnante pour les personnes âgées qui en ont encore plus besoin que les populations plus jeunes.

Les professionnels déplorent aussi l'**absence de places en unité d'hospitalisation de longue durée**.

La question de la **santé bucco-dentaire des personnes âgées** a également été évoquée, notamment pour les personnes vivant en institution : en effet les dentistes n'effectuent plus de consultations dans les institutions.

La question du maintien à domicile a largement été évoquée. Les professionnels notent un manque d'information sur les dispositifs existants et déplorent la longueur et la complexité des démarches nécessaires pour obtenir des aides. En outre, il semble qu'il y ait une insuffisance de coordination entre les professionnels concernés sur les questions d'accès aux droits.

L'ensemble des professionnels rencontrés qui ont abordé la question des personnes âgées ont soulevé la problématique de l'**hébergement temporaire qui fait défaut**.

Un manque d'informations sur les dispositifs permettant le maintien à domicile des personnes âgées.

On recense 4 places pour 1629 personnes âgées, soit 2,5 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en ménage ordinaire. Au niveau du département, la densité ne diffère guère avec 2,6 places pour 1 000. Mais il demeure que de telles capacités ne permettent pas aux aidants naturels de personnes âgées dépendantes de pouvoir bénéficier d'un réel répit.

En matière de logements, les professionnels estiment qu'il y a un **manque de logements adaptés pour les personnes âgées**.

Des déplacements sur la vallée difficiles pour les personnes âgées avec une mobilité réduite.

Avec l'avancée en âge, les personnes âgées ont plus de mal à se déplacer, ce qui entraîne une accessibilité moindre à l'espace public et aux différents modes de transport. Sachant que 41% des personnes âgées de plus de 75 ans ne disposent pas de voiture, il est concevable que certaines personnes âgées soient exposées à des problèmes de **mobilité pour peu qu'elles ne puissent bénéficier de l'aide de leur entourage, ce qui peut entraver non seulement l'accès aux soins, mais aussi le lien social.**

Les personnes âgées touchées par l'isolement.

L'isolement des personnes âgées a d'ailleurs été cité à maintes reprises lors des différents entretiens. Les personnes âgées sont effectivement touchées par l'isolement, qu'il soit géographique ou social.

En chiffres

L'isolement des personnes âgées

66% des personnes âgées de plus de 80 ans vivent seules.

Les personnes âgées sont elles aussi touchées par les **phénomènes de précarité** qui peut être à l'origine de **renoncement non seulement aux soins, mais aussi à l'entrée en institution.**

En chiffres

Le coût de l'hébergement en maison de retraite est important en regard des retraites.

En effet, le tarif moyen de l'hébergement est de 1 519,31 € par mois alors que la moyenne des retraites en France se situe à 1102 euros mensuels pour les femmes et 1588 euros pour les hommes.

Des retards à la consultation pour la maladie d'Alzheimer.

Les professionnels intervenant auprès des personnes âgées observent des réticences de la part des familles à dépister la maladie d'Alzheimer ou les autres troubles cognitifs. Les diagnostics tardifs qui en résultent sont regrettables car les personnes auraient pu bénéficier de traitements précoces et ainsi retarder l'évolution de la maladie. En outre, les institutions voient alors arriver des personnes qui sont dans un état de dépendance déjà très avancé.

Des pistes d'amélioration

Des pistes pour renforcer l'accès aux soins des personnes âgées

Travailler en réseau avec l'ensemble des professionnels qui s'occupent de la prise en charge des personnes âgées.

Les professionnels interrogés voient la **mise en place d'un réseau autour de la prise en charge des personnes âgées** comme une action à privilégier qui permettrait de pallier de nombreuses difficultés. En effet, cette modalité de travail permettrait de mieux connaître et échanger autour des difficultés des personnes âgées et de leur entourage et d'envisager des formations adaptées aux besoins des aidants professionnels qui pourraient éventuellement s'adresser aussi aux aidants naturels. En outre, il a également été repéré un déficit de connaissance des dispositifs et aides financières pour le maintien à domicile des personnes âgées. Un tel réseau pourrait **faciliter la diffusion de l'information sur les dispositifs d'aide pour le maintien à domicile** et réfléchir aux supports à privilégier et aux modes de diffusion de l'information.

Développer des permanences de spécialistes pour les personnes âgées.

Les professionnels rencontrés ont évoqué un certain nombre de pistes de solutions pour pallier l'insuffisance de la démographie médicale. Selon eux, il faudrait améliorer l'accès aux consultations pour les personnes âgées en favorisant l'installation de professionnels de santé dans la Vallée. Les infrastructures existent, que ce soit la clinique Saint-Luc, la maison de santé pluridisciplinaire ou la maison de services. Il reste à **organiser des permanences au sein de ces structures** qui seraient tenues par des professionnels venant de l'extérieur de la vallée.

Pour les modalités d'hospitalisation, il faudrait, selon les personnes rencontrées, envisager de **développer l'hospitalisation à domicile pour les personnes âgées**, y compris dans les maisons de retraite.

Un foisonnement d'idées pour diversifier l'offre d'hébergement pour les personnes âgées

Si le territoire apparaît plutôt bien doté en places en maison de retraite, les professionnels ont souligné à plusieurs reprises l'importance d'augmenter et de diversifier l'offre hébergement pour les personnes âgées. Ce point semble d'autant plus important qu'avec l'avancée en âge les logements ne sont plus adaptés.

Diversifier les modalités d'hébergement : hébergement temporaire, accueil de jour, accueil familial.

Les idées de modalités d'hébergement innovantes ont été très nombreuses.

Il a été suggéré de développer les foyers-logements, mais aussi des résidences seniors qui se situeraient à proximité des maisons de retraite où pourraient s'installer des personnes encore valides, mais qui pourraient avoir besoin de

Zoom sur...

La maison de retraite Saint-Joseph de Saales:

Cet établissement dispose d'une unité protégée pour malades d'Alzheimer dotée de 8 lits. Véritable lieu de vie pour ses résidents, ils s'y sentent plus apaisés car plus entourés. « C'est comme à la maison » déclare la directrice qui, lorsqu'elle rend visite aux résidents est invitée par eux à boire un café. Son souhait serait que tous ses résidents puissent bénéficier d'une telle prise en charge.

certains services de la maison de retraite.

L'accueil de jour devrait pouvoir être développé afin d'éviter l'isolement des personnes âgées et d'offrir des temps de répit aux aidants naturels.

Afin de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation, l'idée serait de développer des maisons de transition entre l'hôpital et le domicile.

Il semble important que le territoire se dote en places d'hébergement adaptées pour les personnes âgées souffrant de troubles mentaux.

Enfin l'accueil familial de personnes âgées commence à se développer sur le territoire et pourrait s'étendre pour maintenir le lien social des personnes âgées vieillissantes.

Zoom sur...

Le dispositif d'accueil familial pour personnes âgées

Il s'agit d'un mode d'hébergement qui consiste pour un particulier ou un couple à accueillir à son domicile, moyennant rémunération, une personne âgée ou adulte handicapée n'appartenant pas à sa famille.

L'accueillant familial doit être agréé par le Conseil Général.

Priorité au maintien à domicile

Évidemment, tant que cela reste possible, pour la majorité des personnes rencontrées, il faut avant tout pouvoir favoriser le maintien à domicile. Dans ce cas, il faudrait pouvoir **étendre les possibilités de bénéficier d'auxiliaires de vie et équiper les logements des personnes âgées de dispositifs** d'alerte au cas où un besoin de secours apparaîtrait.

Pour favoriser le maintien à domicile, il est préconisé de mettre en place des actions de soutien aux aidants. Les professionnels ont évoqué la possibilité de créer un réseau d'aide aux personnes âgées vivant à domicile, de mettre en place des groupes de parole pour les aidants sous la forme de « café des aidants », d'offrir des temps de répit aux aidants en leur proposant des dispositifs d'accueil de quelques heures de type « papy-sitting ».

Enfin, il semble essentiel que les **aidants naturels** puissent bénéficier de **temps de formation, notamment sur les troubles cognitifs liés au vieillissement.**

Un axe de travail jugé prioritaire au cours des entretiens concerne la **lutte contre l'isolement social des personnes âgées**. Il est nécessaire de maintenir le lien social pour prévenir les problématiques de dépression ainsi que l'apparition de troubles cognitifs. Pour cela, il est préconisé de porter les efforts sur l'offre culturelle et de loisirs pour les personnes âgées, tout type d'activité autour du lien intergénérationnel ou toute autre activité conviviale et stimulante.

Les difficultés au niveau de la mobilité touchant particulièrement les personnes âgées, il apparaît essentiel pour les acteurs rencontrés de faciliter leurs déplacements notamment en créant des solutions de transport spécifiques.

Développer le soutien et la formation professionnelle des aidants familiaux.

Privilégier les actions génératrices de lien social pour les personnes âgées.

Des actions de prévention pour les personnes âgées

Des actions autour de l'alimentation.

En parallèle de l'amélioration de l'accès aux soins, il semble également indispensable de développer les actions de prévention auprès des personnes âgées, notamment sur des thématiques telles que l'alimentation.

Améliorer le dépistage des troubles cognitifs.

Afin de pouvoir améliorer la prise en charge des troubles cognitifs dont la maladie d'Alzheimer, il est nécessaire d'informer les familles sur l'importance de ces troubles et de destigmatiser les troubles psychiatriques chez les personnes âgées.

Les ressources pour améliorer la prise en charge des personnes âgées

Espace d'accueil et d'écoute séniors (ESPAS) de Molsheim

L'ESPAS est en charge de l'accueil, l'information et l'orientation des seniors et de leur entourage.
Ce lieu dédié aux séniors assure également la coordination gérontologique territoriale ainsi que la veille et l'observation des besoins émergents des séniors.

Contact :

*Catherine EGGEMANN
20 route Ecospace
67120 MOLSHEIM
03 68 33 87 43
catherine.eggemann@cg67.fr*

Mutualité sociale Agricole

La Mutualité Sociale Agricole réalise des actions de prévention dont notamment des actions autour de la prévention du vieillissement.
Ces actions sont tournées vers l'accompagnement de la personne âgée et de son entourage.

Contact :

*Sylviane GAVILLOT
Bureau décentralisé de la MSA – LE
XENIUM
ECOSPACE
30, rue des verger
67120 MOLSHEIM
Téléphone : 03.90.40.36.25
gavillot.sylviane@alsace.msa.fr*

ABRAPA de Molsheim

Il s'agit d'une structure assurant des services d'aide à la personne à destination des personnes âgées et/ou en situation de handicap.

Contact :

*ABRAPA
6 rue Notre Dame
67120 MOLSHEIM*

Conclusion

Le diagnostic local de santé mené sur la communauté de communes de la Vallée de la Bruche a permis de mettre en évidence trois problèmes de santé qui sont prioritaires à la fois pour les professionnels rencontrés, la population interrogée et les élus du territoire.

Une réunion publique, en date du 25 juin 2012, a permis de présenter ces résultats et d'exposer ainsi les principaux problèmes de santé identifiés sur le territoire:

- La santé des enfants et des adolescents
- La prise en charge des personnes âgées
- Le recours aux soins et à la prévention.

Ces priorités ont également été validées par le comité de pilotage qui s'est réuni le 10 juillet 2012. Cette réunion a ainsi permis à l'ARS de les faire figurer dans le contrat local de santé et de proposer, pour la suite des travaux, la constitution de 4 groupes de travail sur les thématiques suivantes :

- La santé des enfants et des adolescents, avec notamment une réflexion autour de la couverture de la pédopsychiatrie et un travail autour de la question des conduites à risques et des addictions chez les jeunes.
- Le recours aux soins, avec notamment la question des urgences. Ce groupe réfléchira également à une meilleure visibilité de l'offre de soins assurée par la clinique et travaillera à l'amélioration de l'offre de médecins généralistes sur le haut de la vallée.
- Le recours à la prévention, avec pour axes de travail les dépistages organisés des cancers et la question du surpoids et de l'obésité.
- La prise en charge des personnes âgées, qui devra s'étendre à la prise en charge des personnes handicapées. Ce groupe de travail se focalisera sur les questions de maintien à domicile, d'accueil de jour, d'aide aux aidants, de déplacements, ainsi que sur la question des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

La communauté de communes de la Vallée de la Bruche dispose d'atouts majeurs pour travailler sur ces questions de santé, notamment par son implication de longue date dans les questions de santé mais aussi par le dynamisme des professionnels locaux.

Le diagnostic de santé a été une première étape de travail nécessaire pour identifier les priorités de santé sur le territoire.

Les groupes de travail constitués en fonction des priorités auront pour mission par la suite d'élaborer le contrat local de santé dont l'objectif est d'améliorer concrètement et durablement la santé des habitants de la Vallée de la Bruche.

Annexes

Annexe 1 : questionnaire jeune

1. Quelle est ton année de naissance ? |_||_||_||_||

2. Es-tu une fille ou un garçon ?

Garçon Fille

3. Voici une échelle permettant de mesurer la qualité de vie : au sommet de l'échelle la note « 10 » correspond à la meilleure vie possible, au bas de l'échelle la note « 0 » correspond à la pire vie possible.

Globalement, où dirais-tu te trouver sur l'échelle en ce moment ?

(Coche la case en face du nombre qui décrit au mieux où tu te trouves).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Dirais-tu que ta santé est :

Excellente Bonne Assez bonne Mauvaise

5. Es-tu satisfait de vivre sur la vallée de la Bruche ?

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait Ne sait pas

Pourquoi :

.....
.....
.....

6. Lors d'un jour ordinaire, ta PRINCIPALE manière de te déplacer est :

(Ne coche qu'une seule case)

la marche le bus la voiture d'autres moyens
 le vélo le train la moto ou la mobylette

7. Es-tu satisfait des moyens de transport en commun mis à ta disposition pour aller à l'école?

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait Je ne prends pas les transports en commun

8. Es-tu satisfait des moyens de transport en commun mis à ta disposition pour aller à tes activités de loisirs ?

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait Je ne prends pas les transports en commun

9. Réponds aux affirmations suivantes :

Sur la vallée de la Bruche...	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans avis
... je peux facilement aller chez le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

médecin

... je peux facilement faire du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... je peux facilement aller à la piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... je peux facilement faire de la musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... je peux facilement aller à la bibliothèque/médiathèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... je peux facilement aller au cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... je peux facilement aller à des concerts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... je peux facilement rencontrer d'autres jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Selon toi, les jeunes de la vallée de la Bruche sont-ils en meilleure santé que la moyenne des jeunes Alsaciens ?

Oui, ils sont en meilleure santé

Pourquoi à ton avis ?

.....
.....
.....
.....

Non, ils sont en moins bonne santé

Pourquoi à ton avis ?

.....
.....
.....
.....

Non, il n'y a pas de différence

11. Selon toi, quelles actions pourrait-on mettre en place pour améliorer la santé et/ou la qualité de vie des jeunes de la vallée de la Bruche ?

.....
.....
.....
.....

Nous te remercions pour ta participation.

Annexe 2 : questionnaire adulte

1. **Quelle est votre année de naissance ?** I _ I _ I _ I _ I

2. **Etes-vous :**

Un homme Une femme

3. **Voici une échelle permettant de mesurer la qualité de vie : au sommet de l'échelle la note « 10 » correspond à la meilleure vie possible, au bas de l'échelle la note « 0 » correspond à la pire vie possible.**

Globalement, où diriez-vous vous trouver sur l'échelle en ce moment ?

(cochez la case en face du nombre qui décrit au mieux où vous vous trouvez).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **Êtes-vous satisfait de vivre dans la vallée de la Bruche ?**

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt Satisfait Tout à fait satisfait

Pourquoi :

5. **Lors d'un jour ordinaire, votre PRINCIPALE manière de vous déplacer est :**
(Ne cochez qu'une seule réponse)

la marche le bus la voiture le vélo
 le train la moto ou la mobylette d'autres moyens

6. **Êtes-vous satisfait des moyens de transport en commun dans la vallée de la Bruche ?**

Pas du tout satisfait Plutôt satisfait Plutôt pas satisfait Tout à fait satisfait Sans avis

7. **Répondez aux affirmations suivantes :**

Sur la vallée de la Bruche...	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans avis
... il est facile de faire ses courses alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... il est facile de faire du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... il est facile d'accéder à des activités de loisirs (activités culturelles, activités manuelles...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Pratiquez-vous régulièrement un sport ?

Oui Non

9. Ressentez-vous le besoin d'une offre sportive plus importante sur la vallée de la Bruche ?

Oui Non

10. Diriez-vous que votre santé est :

Excellente Bonne Assez bonne Mauvaise

11. Avez-vous un médecin traitant ?

Oui Non

12. Avez-vous une couverture sociale (sécurité sociale, assurance individuelle, CMU...) ?

Oui Non

13. Avez-vous une mutuelle ?

Oui Non

14. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de rencontrer des difficultés pour vous faire soigner ou pour faire soigner un de vos proches ?

Oui, cela est fréquemment arrivé Oui, cela est parfois arrivé Non, jamais

15. Si oui, quelles sont ces difficultés ? (plusieurs réponses possibles)

- des raisons financières (avance de frais, dépassement d'honoraires...)
- les délais d'attente
- la distance géographique entre mon lieu d'habitation et les lieux de soin
- des difficultés administratives (pas de carte vitale, pas de droits sociaux ou pas à jour...)

le manque de spécialistes, lesquels :

.....
.....
.....

des difficultés pour obtenir des soins à domicile

Autre, précisez :

.....
.....

16. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à consulter un médecin ou à recourir à des soins médicaux dont vous aviez besoin (dentiste, lunettes...) ?

Oui Non

17. Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- pour des raisons financières (avance de frais, dépassement d'honoraires...)
- parce que c'était trop compliqué
- à cause du délai d'attente
- parce que je redoutais d'aller voir un médecin ou un dentiste
- parce que je préférerais attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes
- à cause de la distance géographique entre mon lieu d'habitation et les lieux de soin
- pour une autre raison, précisez :

18. Les personnes de votre entourage (habitant la vallée de la Bruche) ont-elles des problèmes de santé ?

- Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....

19. Selon vous, d'une manière plus globale, les habitants de la communauté de communes de la vallée de la Bruche sont-ils en meilleure santé que la moyenne des Alsaciens ?

- Oui, ils sont en meilleure santé

A votre avis, pourquoi ?

.....
.....
.....

- Non, ils sont en moins bonne santé

A votre avis, pourquoi ?

.....
.....
.....

- Non, il n'y a pas de différence

20. Selon vous, quelles actions pourrait-on mettre en place pour améliorer la santé et/ou la qualité de vie des habitants de la vallée de la Bruche ?

.....
.....
.....
.....

Nous vous remercions pour votre participation.

Annexe 3 : grille d'entretiens individuels

Question 1 :

- ✓ Profession/ mandat pour les élus :
- ✓ Quelle est votre fonction ? Quelles sont vos missions principales ?
- ✓ Public habituellement rencontré dans le cadre de votre profession / fonction :
- ✓ Caractéristiques de cette population (tranches d'âge, caractéristiques socio-économiques, spécificités...):

Question 2 : Quels sont les partenaires avec lesquels vous travaillez habituellement dans votre domaine de compétences? Quels projets avez-vous développé avec ces partenaires ? Certains projets portent-ils sur la santé ?

Question 3 : Quels problèmes affectant la santé ou la qualité de vie des personnes dont vous vous occupez vous semblent prioritaires sur le territoire?

Question 4 : Selon vous quels sont les facteurs (ou les déterminants) à l'origine des problèmes que vous avez identifiés ?

- ✓ En ce qui concerne l'accès à la santé ?
- ✓ En ce qui concerne l'environnement physique ?
- ✓ En ce qui concerne l'environnement social ? (conditions socio-économiques, chômage, précarité, soutien social, conditions de travail, accès aux loisirs...)
- ✓ En ce qui concerne les comportements, les modes de vie des habitants ? (alimentation, activité physique, tabac, alcool, médicaments...)

Question 5 : Existe-il déjà des actions menées pour agir sur les problèmes de santé que vous avez identifiés ? Quelles actions ? Qui est à l'origine de ces actions ? Quels en sont les points forts et les limites ?

Question 6 : Vous m'avez parlé de (tel pb de santé ou tel déterminant d'un problème de santé), pourrait-on envisager la mise en place d'autres actions qui permettraient d'avoir un impact sur ce déterminant de la santé ?

Question 7 : Comment pourrait-on mettre en place ces actions ? (quelles ressources ? quels partenaires ?) existe-t-il des réseaux sur lesquels on pourrait s'appuyer pour mener un projet territorial de santé ? Lesquels sont-ils ?

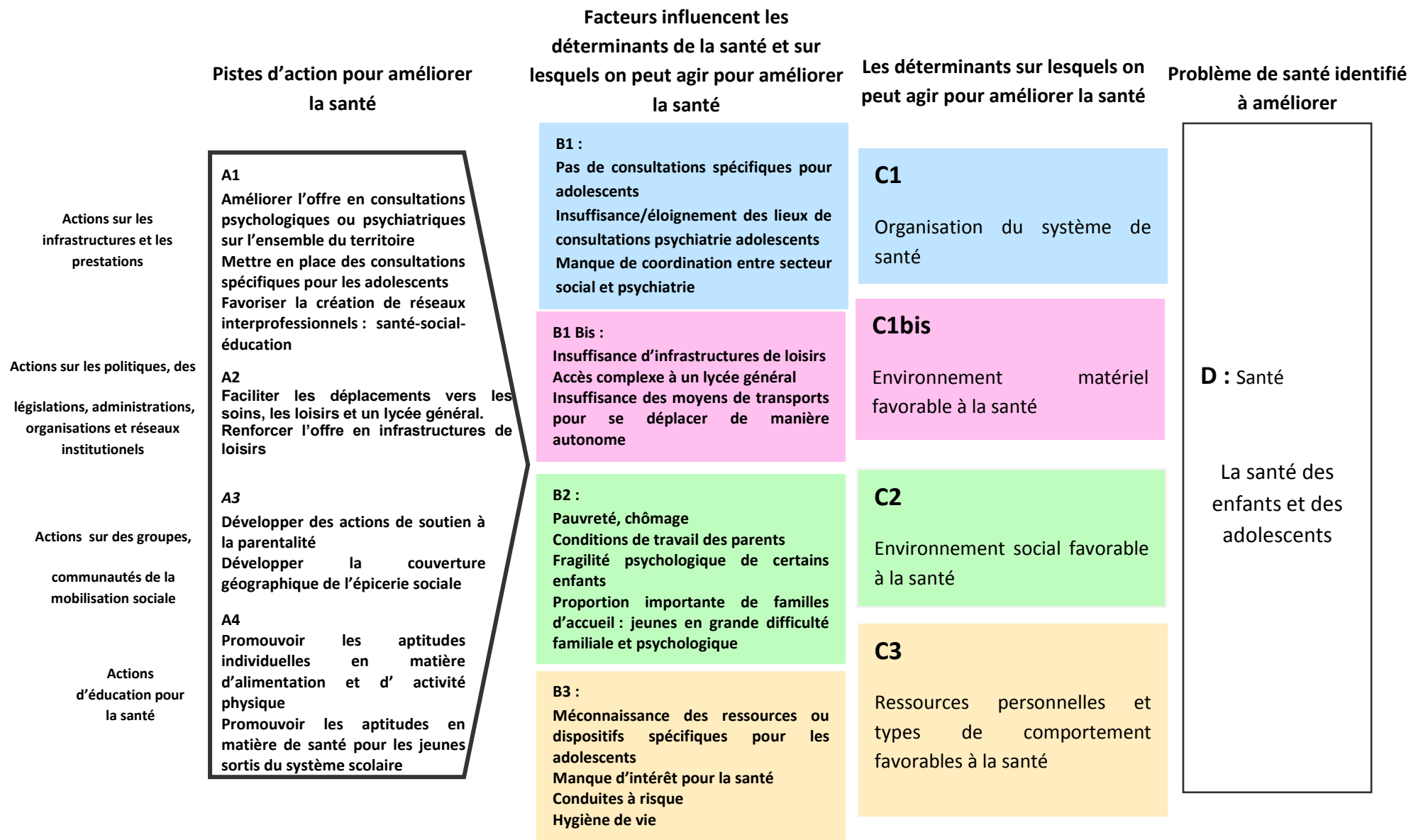
Question 8 : comment envisagez-vous la suite de ce DLS ? Comment imaginez-vous votre implication/ votre rôle dans un projet territorial de santé ?

Annexe 4 : méthode d'entretiens collectif

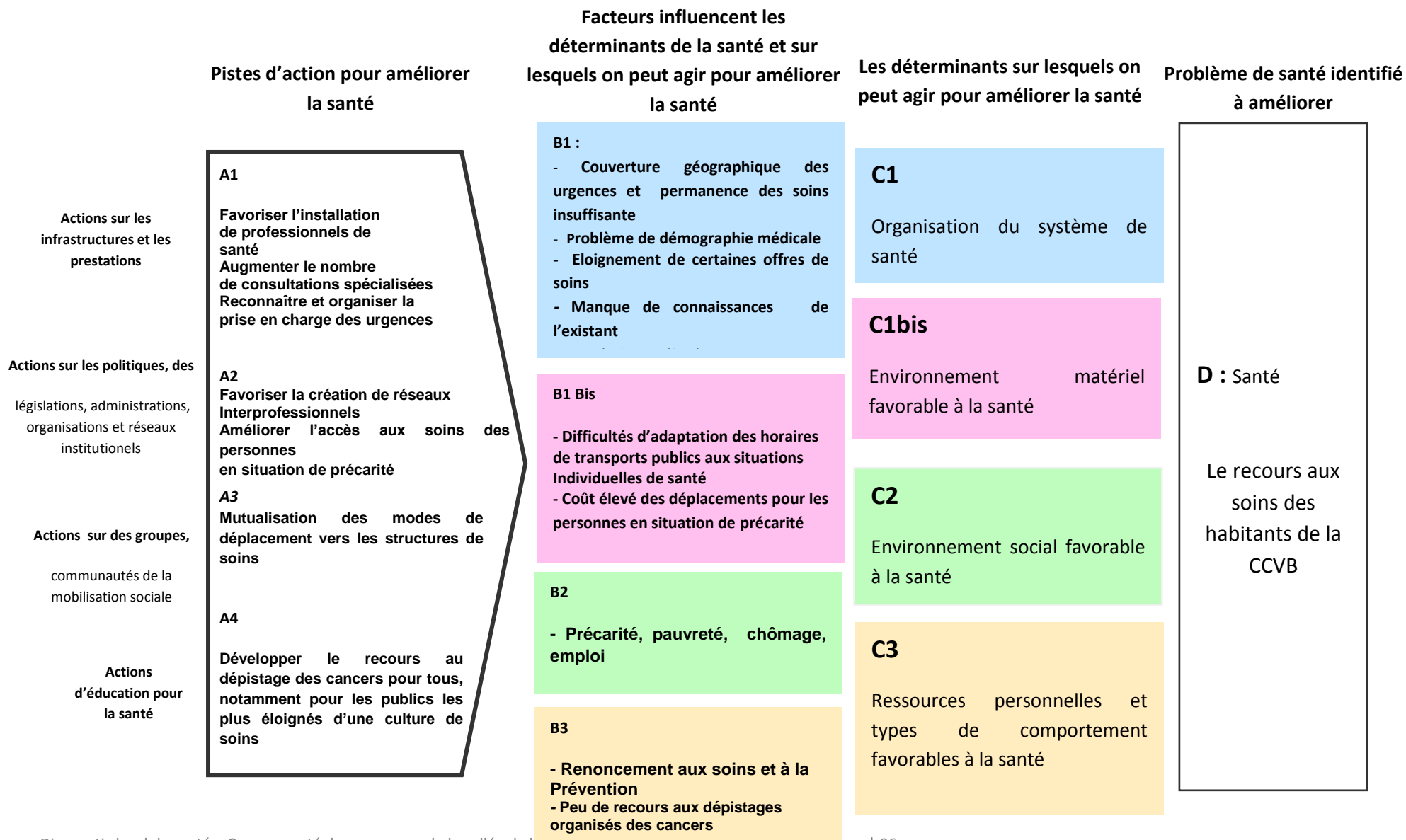
1. Détermination des facteurs à l'origine des problèmes de santé sur le territoire.
Méthode : technique de Delphes
2. Priorisation des facteurs
Méthode : critères de priorisation
3. Elaboration de pistes de solutions pour travailler sur ces problèmes.
Méthode : brainstorming

Annexe 5 : catégorisation des résultats des problèmes de santé sur la vallée de la Haute Bruche

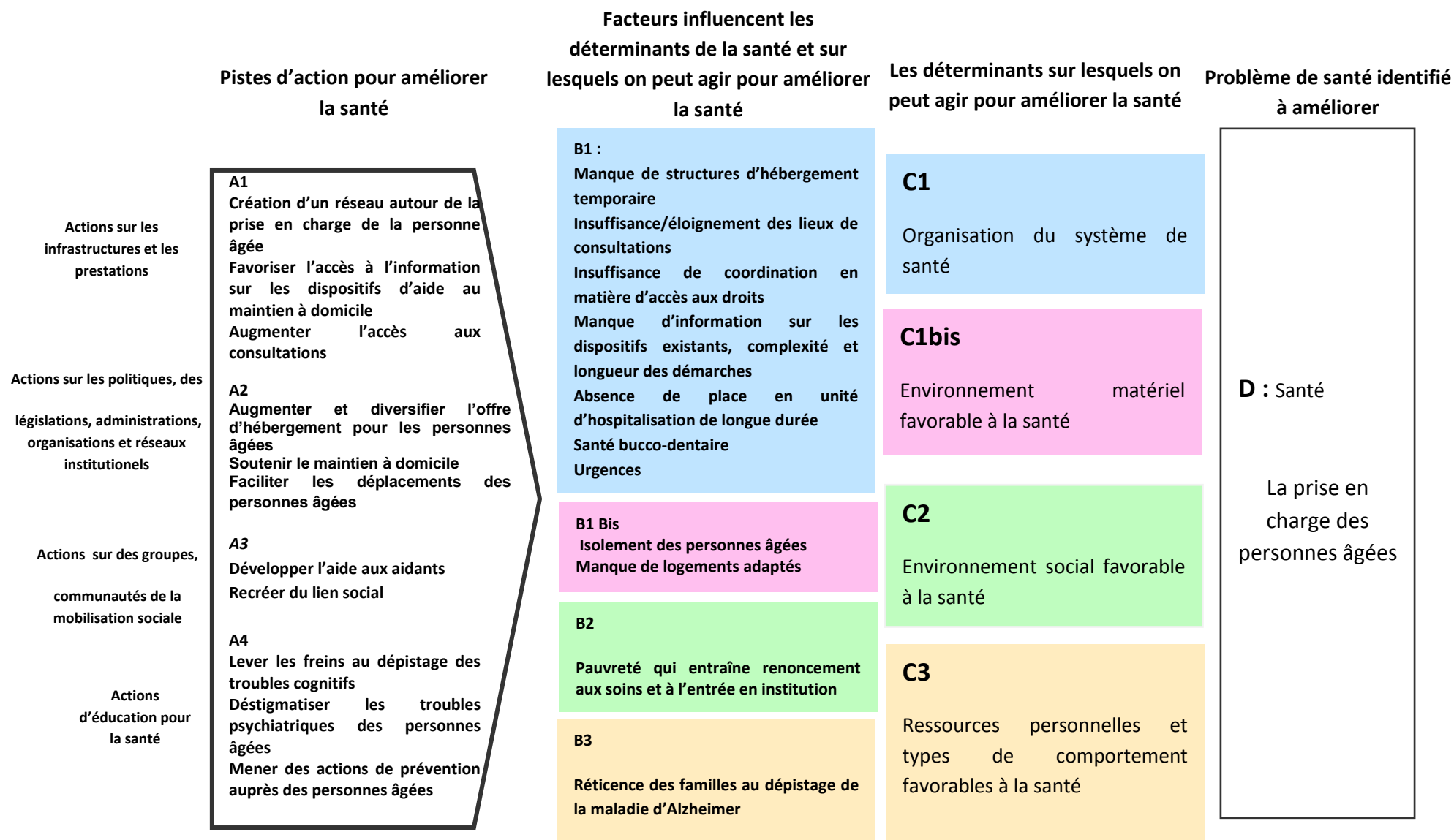
Analyse de la situation par l'outil suisse de catégorisation des résultats : la santé des enfants et des adolescents



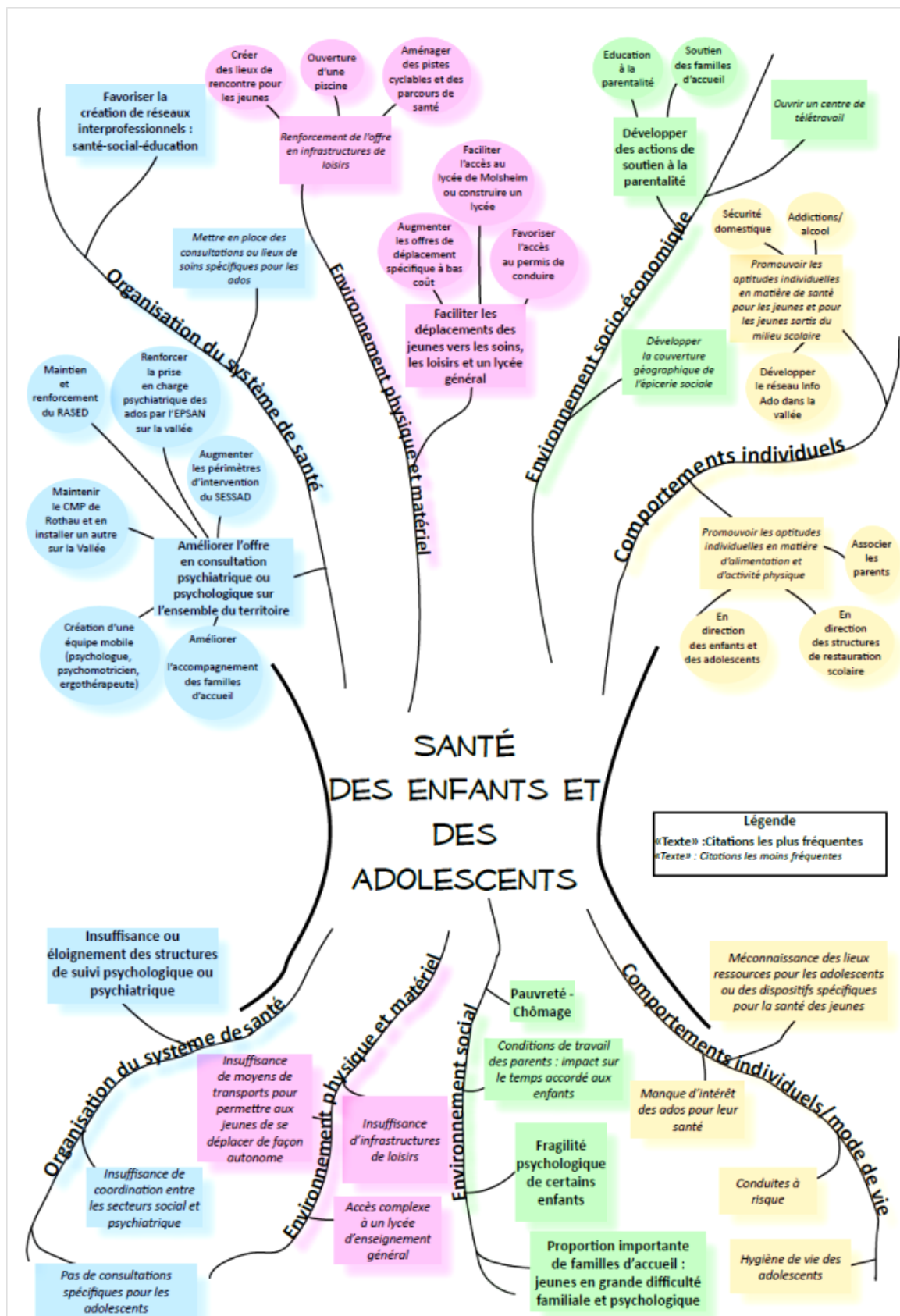
Analyse de la situation par l'outil suisse de catégorisation des résultats : le recours aux soins des habitants de la Vallée de la Bruche

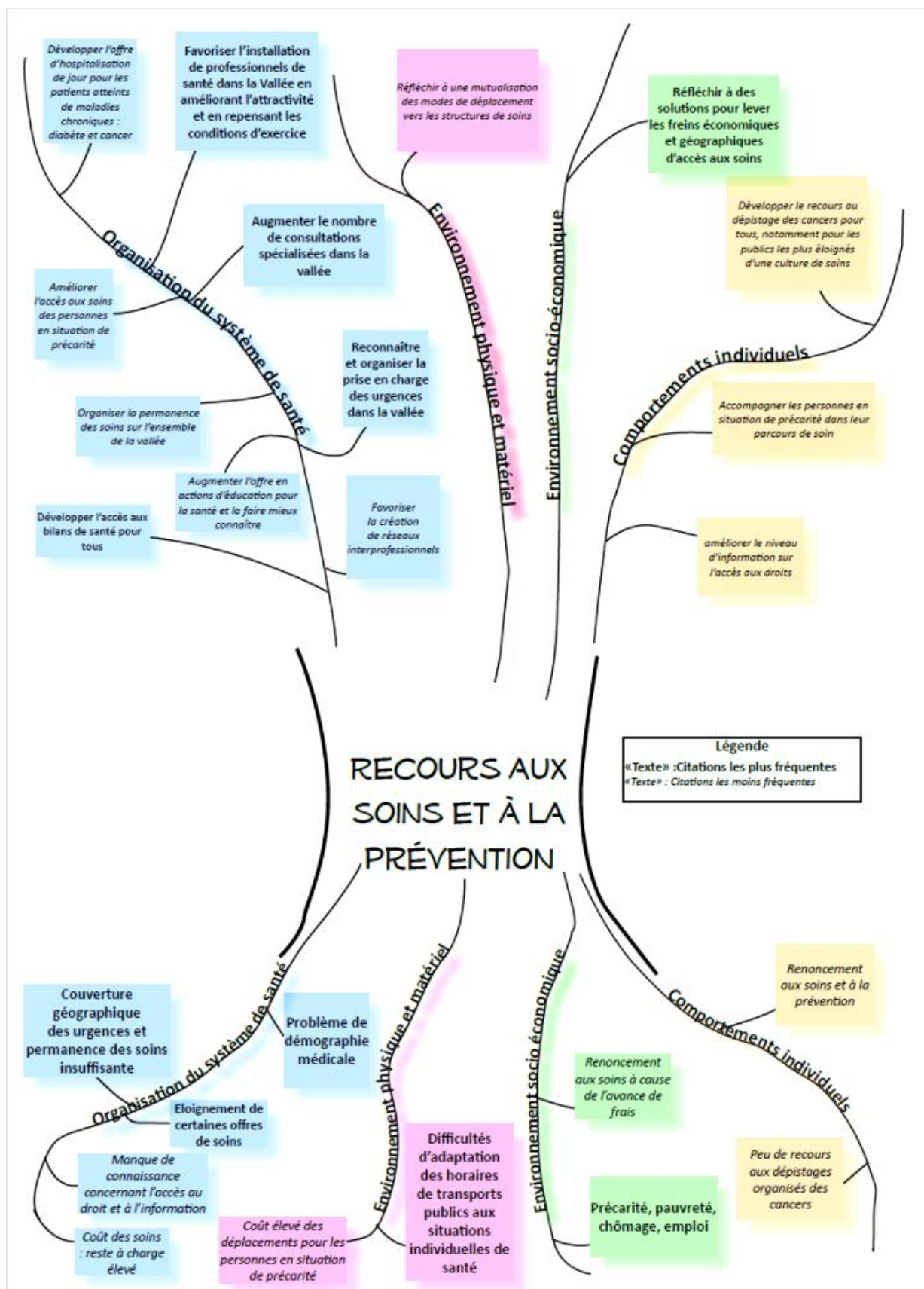


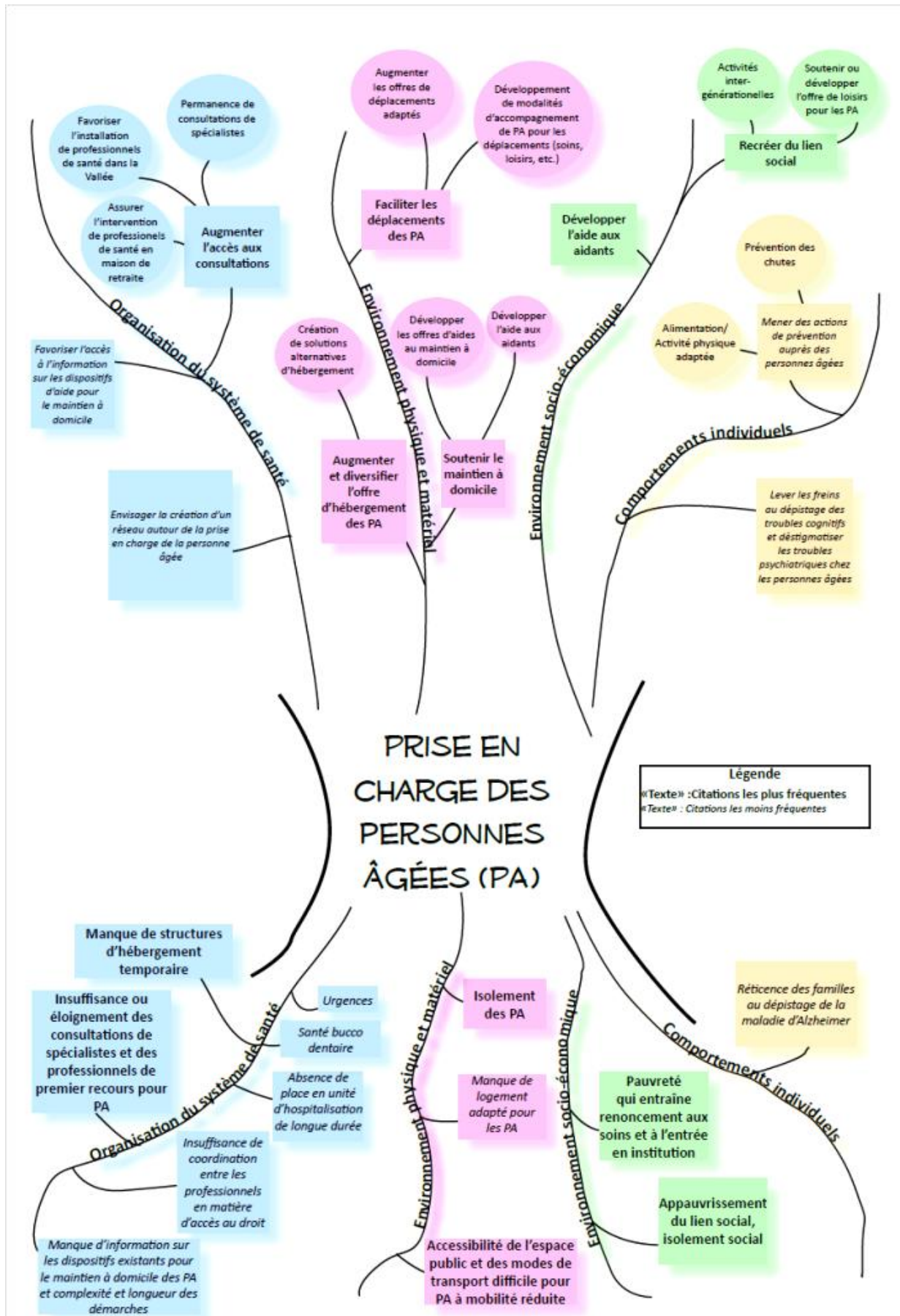
Analyse de la situation par l'outil suisse de catégorisation des résultats : la prise en charge des personnes âgées



Annexe 6 : « arbres santé » de la Vallée de la Bruche







Annexe 7 : membres du comité de pilotage

Jacques CHRISTMANN, Délégué de BELLEFOSSE
Jean-Charles BERNARD, Délégué de BELMONT
Albert SEILER, Délégué de BLANCHERUPT
Vincent PETERSCHMITT, Délégué de BOURG-BRUCHE
Serge GRISLIN, Délégué de COLROY-LA-ROCHE
Maurice GUIDAT, Délégué de FOUDAY
Nicolas KOLIFRATH, Délégué de GRANDFONTAINE
Pierre MATHIOT, Délégué de LA BROQUE
Nicolas BONEL, Délégué de MUHLBACH-SUR-BRUCHE
Jean-Paul THORWARTH, Délégué de NATZWILLER
Laurent LANDAIS, Délégué de PLAINE
Bernard IDOUX, Délégué
Régis SIMONI, Délégué de ROTHAU
François VIDRIN, Délégué de RUSS
Renaud FAUSSER, Délégué de SAALES
Francis FRERING, Délégué de SAINT-BLAISE-LA-ROCHE
Jérôme SUBLON, Délégué de SAULXURES
Daniel GENLOT Délégué de SCHIRMECK
Jean Frédéric HEIM, Délégué de SCHIRMECK
Yves MATTERN, CFDT
Camille MOSSER, Délégué de URMATT
Jean COURRIER, Délégué de WALDERSBACH
Paul FISCHER, Délégué de WILDERSBACH
André SCHAEFFER, Délégué de WISCHES
Alain HUBER, Délégué de WISCHES
Monique BEL, Déléguée de BAREMBACH
Patricia CASNER, Déléguée de LA BROQUE
Laurence JOST, Déléguée de LUTZELHOUSE
Martine SIEGFRIED, Déléguée de NEUVILLER-LA-ROCHE
Claudine SCHMITT, Directrice Maison de Retraite "St Joseph"
Marie Pierre GASPAREC, Directrice Association Bruche Emploi
Carole SCHEER, Directrice Association Colibri Bruche
Dany DELECROIX, Directrice Mission Locale Bruche Mossig Piémont
Carmen VALENTIN, Adjointe de la Mission Locale Bruche Mossig Piémont
Michèle DIETRICH, Directrice de l'APEH
Jean Michel LAUER, médecin à la Maison de la Santé
Gérard DOUVIER, Maire de BAREMBACH
Alice MOREL, Maire de BELLEFOSSE et Conseillère Générale
Guy HAZEMANN, Maire de BELMONT
Jean-Sébastien REUTHER, Maire de BLANCHERUPT
André HUNG, Maire de BOURG-BRUCHE
Emile FLUCK, Maire de COLROY-LA-ROCHE
René PETIT, Maire de Fouday et Vice Président de la Communauté de Communes

Philippe REMY, Maire de GRANDFONTAINE
J.-Bernard PANNEKOECKE, Maire et Vice Président de la Communauté de Communes
Henri GERARD, Maire de LUTZELHOUSE
Christine MORITZ, Maire de MUHLBACH-SUR-BRUCHE
André WOOCK, Maire de NATZWILLER
André WOLFF, Maire de NEUVILLER-LA-ROCHE
Pierre GRANDADAM, Maire de PLAINE
Evelyne HAZEMANN, Maire de RANRUPT
Marc SCHEER, Maire de ROTHAU et médecin responsable de la clinique Saint-Luc
Jean-Louis RENAUDIN, Maire de RUSS
Jean VOGEL, Maire de SAALES
Bernard ENCLOS, Maire de SAINT-BLAISE-LA-ROCHE
Hubert HERRY, Maire de SAULXURES
Frédéric BIERRY, Maire de Schirmeck et Conseiller Général
Ervain LOUX, Maire de SOLBACH
Vincent METZGER, Maire de URMATT
Pierre REYMANN, Maire de WALDESBACH
André FASSLER, Maire de WILDESBACH
Alain FERRY, Maire de WISCHES
Altan ONDEMIR Principal du Collège Frison Roche
Nathalie HIEBEL, Infirmière Scolaire Collège Frison Roche
Véronique HELFER, Infirmière Scolaire Cité Scolaire Haute Bruche
Francis MEISTER, AS La Claquette
Françoise HAUSSMANN, Clinique St luc

Annexe 8 : membres du comité opérationnel

Sylvaine GOLLARD, ARS

Jean-Louis KUBIACK, ARS

Pierre GRANDADAM, Communauté de Communes de la Haute-Bruche

Eric MUZIOTTI, Communauté de Communes de la Haute-Bruche

Marc SCHEER, Mairie de Rothau

Bernard IDOUX, Délégué de Ranrupt

Jean Bernard PANNEKOECKE, Mairie de La Broque

René PETIT, Mairie de Fouday

Nicole SCHAUDER, directrice de l'IREPS

Cécile CAYRE, chargée de projets IREPS

Frédéric IMBERT, directeur de l'ORS

Hervé POLESI, chargé d'études à ORS

Frédéric BIERRY, Conseil Général du Bas-Rhin

Alice MOREL, Conseil Général du Bas-Rhin

Joseph LOSSON, CPAM du Bas-Rhin

Christelle JAMOT, Mutualité Sociale Agricole d'Alsace

Sylviane GAVILLOT, Mutualité Sociale Agricole d'Alsace

Sabrina RIPERT, Mutualité Française Alsace

Eve KUBICKI, Direction départementale de la Cohésion Sociale

Pascal ETIENNE, Direction Régionale de la jeunesse et de la Cohésion Sociale

Armande LE PELLEC, Education Nationale

Dominique LAURENT, Sous-préfecture de Molsheim

Glossaire

AAH	Allocation adulte handicapé
ALD	Affection de longue durée
ARS	Agence Régionale de la Santé
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
BIT	Bureau international du travail
Caf	Caisse d'allocations familiales
CC	Communauté de communes
CS8	Certificat de santé du 8è jour
Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DEFM	Demandeurs d'emploi en fin de mois
DGFIP	Direction générale des Finances publiques
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS	Education sportive et physique
Esat	Etablissement de service d'aide par le travail
FAHT	Foyer pour adultes handicapés travailleurs
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FAS	Foyer d'accueil spécialisé
HAS	Haute autorité de santé
HLM	Habitation à loyer modéré
IME	Institut médio-éducatif
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm CépiDc	Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
Ireps	Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé
MAS	Maison d'accueil spécialisée
ORS	Observatoire régional de la santé
RSA	Revenu de solidarité active
RP	Recensement général de la population
SSR	Soins de suites et de réadaptation
TCM	Taux comparatif de mortalité
Urcam	Union régionale des caisses d'Assurance maladie
USLD	Unité de soin de longue durée
ZP	Zone de proximité