



Diagnostic local de santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau

Octobre 2019

SOMMAIRE GENERAL

INTRODUCTION.....	3
VOLET QUANTITATIF	6
Quelques éléments d’environnement	8
Portrait socio-démographique	24
Etat de santé de la population	40
Offre de soins et médico-sociale	59
Autres déterminants	72
VOLET QUALITATIF.....	76
Introduction	78
Idées phares par thématique et par territoire	82
Une qualité de vie inhérente au cadre de vie.....	86
Offre du territoire.....	91
Environnement social.....	107
La précarité économique.....	110
Comportements et modes de vie.....	113
Accès et recours à l’offre de soins.....	116
La santé des personnes âgées	140
La santé des jeunes	157
La santé des personnes en situation de handicap	174
ANNEXES	182
Synthèse du Diagnostic Local de Santé	183
Tableau des objectifs croisés avec les résultats du Diagnostic Local de Santé.....	189

INTRODUCTION

Contexte

Dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé, l'ARS GE prévoit dans son Projet Régional de santé 2018-2027 de couvrir l'ensemble de la population par la généralisation des Contrats locaux de santé d'ici 2023. L'objectif étant d'améliorer l'état de santé de la population concernée sur les différents territoires du Grand Est.

Dans le Bas-Rhin, le Conseil départemental souhaite également soutenir la mise en place des CLS, notamment sur le volet médico-social (développement de Contrat locaux de santé médico-sociaux - CLS-ms).

Pour cela, les territoires volontaires pour déployer cet outil bénéficient de diagnostics locaux de santé (DLS) financés par l'ARS.

En effet, le DLS s'inscrit dans le cadre du PRS de l'ARS GE comme étape préparatoire à l'établissement d'un éventuel CLS.

Ces DLS doivent permettre d'évaluer la situation spécifique de ces territoires pour identifier les priorités puis mettre en œuvre, avec le concours des élus et de l'ensemble des professionnels concernés, des actions permettant d'améliorer l'état de santé des habitants.

Un DLS s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé et concerne de ce fait aussi bien les politiques de soins, de prévention, d'accompagnement médico-social, que l'ensemble des politiques publiques agissant sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale, etc.).

L'Observatoire régional de la santé du Grand Est (ORS GE) et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé du Grand Est (Ireps GE) ont été mandatés par l'ARS GE pour réaliser le DLS sur le territoire du Pays de Saverne Plaine et Plateau.

La mission qui leur a été confiée était de réaliser ce diagnostic de façon à ce qu'il soit partagé avec l'ensemble des acteurs concernés, y compris les habitants.

Cadre conceptuel

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

Ce diagnostic s'inscrit dans une approche globale de la santé, désignée par le terme de Promotion de la Santé. Cette approche considère que la santé est la résultante d'une série de facteurs liés entre eux de façon plus ou moins étroite. Ces facteurs sont appelés les déterminants de la santé.



*Modèle des déterminants de la santé
Dahlgren et Whithead (1991)*

Pour interroger et comprendre les différents facteurs influençant la santé, plusieurs types de données doivent être recueillis :

Les besoins objectifs et réponses existantes. Ces données vont permettre de disposer d'une photographie du territoire et de sa population ; ce au travers d'analyses statistiques et bibliographiques.

Les besoins et demandes exprimés :

- Par les professionnels, bénévoles, élus
- Par les habitants

Ces données vont notamment permettre de :

- Donner du sens aux données objectivées
- Faire émerger d'autres problématiques non visibles et non étudiées au travers des données chiffrées.

Objectifs du diagnostic local de santé

Le diagnostic local de santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau a pour objectif d'établir un état des lieux de l'état de santé de sa population ainsi que des différents déterminants susceptibles d'agir sur celle-ci. Ce bilan doit servir de base à l'orientation des futures politiques en matière de promotion de la santé, et notamment à l'établissement d'un éventuel Contrat Local de Santé et médico-social (CLS-ms).

Méthodologie du diagnostic local de santé

Le travail mené comporte un volet quantitatif et un volet qualitatif exposés dans le présent rapport.

- Le volet quantitatif, réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est, présente un portrait socio-sanitaire du Pays de Saverne à l'échelle des ECPI (cf. p6). Il a été réalisé sur la base de documents existants portant sur le territoire, l'extraction et exploitation de données issues de bases ou provenant de différents producteurs dans les champs de la **santé** et des **déterminants de santé** (environnement, démographie, socio-économique, offres de santé, etc.)
- Le volet qualitatif, réalisé par l'IREPS Grand Est est issu d'un recueil des besoins auprès des élus et des professionnels ainsi que d'un recueil des demandes auprès des habitants (cf. p74).

VOLET QUANTITATIF

Ce volet quantitatif repose principalement sur le recueil et l'exploitation de données issues des systèmes d'informations statistiques nationaux, régionaux voire plus locaux ainsi que sur l'analyse de documents concernant la zone d'étude. Il permet de dresser un état socio-sanitaire du territoire, en comparaison à des territoires de référence et de décrire notamment :

- *le contexte environnemental du territoire,*
- *le portrait sociodémographique de la population,*
- *l'état de santé de celle-ci,*
- *l'offre de soins et d'accompagnement médico-social présente sur le territoire ou à proximité*
- *des données sur quelques autres déterminants de santé.*

Table des matières du volet quantitatif

Quelques éléments d’environnement	8
Environnement général	9
Qualité de l’air extérieur.....	11
Nuisances sonores	15
Potentiel radon	17
Sites et sols pollués ou potentiellement pollués	18
Risques majeurs	19
Logements	19
Transports et déplacements	22
Portrait socio-démographique	24
Démographie	25
Ménages	27
Qualifications et activité	28
Revenus et redistribution sociale	35
Indicateur de défaveur sociale	39
Etat de santé de la population	40
Mortalité	41
Morbidity	46
Dépistages organisés des cancers.....	51
Santé mentale.....	53
VIH et IST.....	57
Offre de soins et médico-sociale	59
Offre de soins libérale.....	60
Télémédecine.....	63
Offre hospitalière.....	67
Offre et accompagnement médico-social	69
Autres déterminants	72
Equipements et services de la vie courante	73
Equipements culturels et sportifs.....	74

Quelques éléments d'environnement

Environnement général

Dans le champ de la santé publique, l'environnement peut être défini comme l'ensemble des facteurs externes à l'individu ayant un impact possible sur sa santé (par opposition aux facteurs internes, hérédité, physiologie, etc.). Il existe une très grande diversité de champs sous cette appellation globale et régulièrement, les recherches et études en santé font entrer de nouveaux domaines.

Occupation du sol

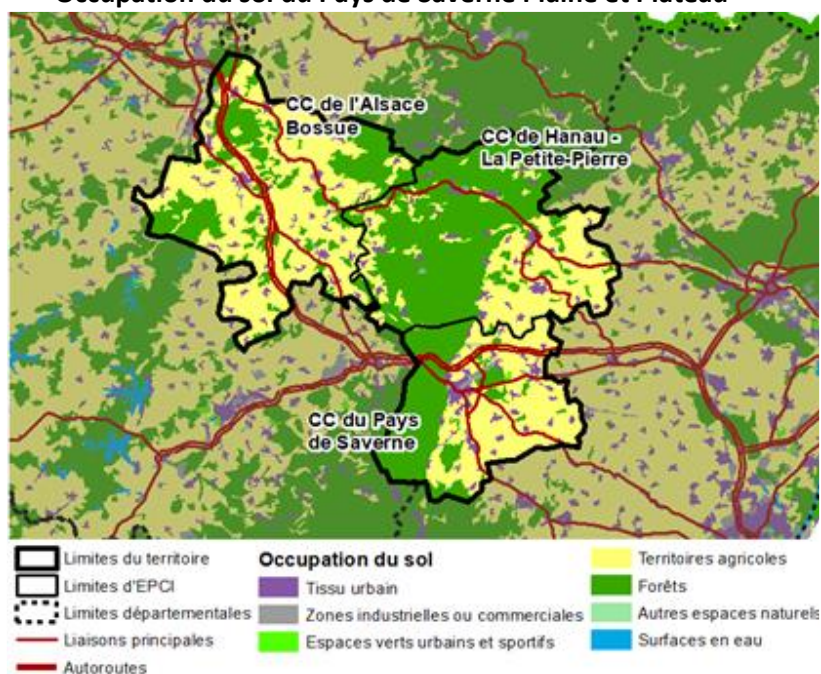
Le Pays de Saverne Plaine et Plateau est composé des 3 communautés de communes (CC) de l'Alsace Bossue, du Pays de Saverne et de Hanau-la Petite Pierre, qui regroupent au total 118 communes. Ces 3 CC sont rassemblées dans le Pôle d'équilibre territoriale et rural (PETR) du pays de Saverne. A noter que le périmètre recouvre maintenant aussi celui du Schéma de cohérence territoriale (Scot) de la région de Saverne¹.

Le Pays est à cheval sur 3 régions naturelles : le Piémont des Vosges, le Massif Vosgien et le Plateau Lorrain. Un tiers du territoire fait partie du Parc Naturel Régional des Vosges du Nord

(notamment la communauté de communes (CC) de Hanau – La Petite Pierre), qui constitue une réserve de biosphère transfrontalière selon le classement de l'UNESCO, reconnaissant la richesse du territoire sur le plan écologique et culturel. Un site Natura 2000² recouvre une partie des CC de Hanau – La Petite Pierre et du Pays de Saverne. Le reste du territoire est majoritairement constitué de territoires agricoles, notamment au sein des CC de l'Alsace Bossue et du Pays de Saverne.

Enfin le territoire se situe à proximité et est traversé par de grands axes routiers (autoroute A4 et départementales).

Occupation du sol du Pays de Saverne Plaine et Plateau



Source : CORINE Land Cover 2012, exploitation ORS

¹ <http://scot-region-saverne.org/> ; consulté le 7 octobre 2019

² Outils fondamentaux de la politique européenne de préservation de la biodiversité, les sites Natura 2000 visent une meilleure prise en compte des Diagnostic local de santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau – ORS/Ireps Grand Est

enjeux de biodiversité dans les activités humaines. Ces sites sont désignés pour protéger un certain nombre d'habitats et d'espèces représentatifs de la biodiversité européenne.

Les orientations agricoles sont principalement la culture de céréales (maïs, blé, orge, etc.), mais entre 2010 et 2016, les exploitations de type élevage de bovin (viande et lait) ont plus que doublées, passant de 27 % en 2010 à 61 % en 2016. Avec 33 % des Surfaces Agricoles

Utiles (SAU) converties en BIO, la CC de l'Alsace Bossue est la région qui concentre la plus grande part d'agriculture biologique en Alsace. La part des terres agricoles BIO dans le PETR de Saverne est de 24 %.³

Densité et population rurale

Comme déjà indiqué, le Pays de Saverne Plaine et Plateau est composé des trois établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) : la CC de l'Alsace Bossue, la CC du Pays de Saverne et la CC de Hanau-la Petite Pierre, pour un total de 118 communes⁴ enregistrant environ 88 000 habitants.

Le territoire présente des densités de population faibles (89 hab./km² en moyenne) car il présente peu de zones urbanisées. Plus de la moitié de la population (58,7 %) vit dans une commune rurale (selon la classification de l'Insee). La CC du Pays de Saverne, qui constitue avec la ville de Saverne le pôle urbain de ce territoire, se distingue des deux autres CC avec une densité de population plus

importante (146 hab./km²), mais tout de même plus faible que la moyenne du Bas-Rhin, et avec une part de population vivant en commune rurale plus faible que les deux autres CC (32,4 %) mais néanmoins plus importante que la moyenne du Bas-Rhin.

Densité de population et population rurale en 2015

	Densité de population (Hab./km ²)	Part (%) de la population vivant dans une commune rurale
CC Alsace Bossue	65	88,3
CC de Hanau - La Petite Pierre	76	66,1
CC Pays de Saverne	146	32,4
PETR Saverne	89	58,7
Bas-Rhin	235	21,8
Grand Est	97	28,7
France hexagonale	118	22,6

Source : Insee, exploitation ORS

³ Fiche thématique forêts et agriculture, Diagnostic territorial du SCOT de Saverne – Juillet 2018

⁴ Suite à la création de la commune de Sommerau issue de la fusion de Allenwiller, Birkenwald, Salenthal et Singrist au 01/01/2016.

Qualité de l'air extérieur

Dans l'air les polluants sont divers et proviennent de différentes sources (chauffage résidentiel, transport routier, industries, agricultures, etc.).

La pollution atmosphérique est un sujet de préoccupation pour les populations. Selon les résultats de l'enquête en ligne d'opinion santé environnement menée dans le Grand Est en 2015-2016⁵, la pollution de l'air fait partie des thématiques (avec les pesticides dans l'air et la qualité de l'alimentation) les plus préoccupantes pour le public.

Selon les estimations de Santé publique France⁶, dans un scénario sans pollution atmosphérique où la qualité de l'air en France continentale serait identique à celle des communes les moins polluées (soit avec une concentration moyenne annuelle en particules fines PM_{2,5} de 5 µg/m³), la mortalité en Grand Est serait réduite de 11 % (- 5 000 décès/an).

Exposition à la pollution atmosphérique

Au sein du PETR, les concentrations annuelles moyennes de fond en dioxyde d'azote (NO₂) et en particules fines (PM₁₀) sont inférieures à celles des grandes agglomérations de la région dans les CC les plus rurales (Alsace Bossue et Hanau-La Petite Pierre) et ne dépassent pas les seuils de l'Union Européenne (UE) ou de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (cf. page suivante). La CC du Pays de Saverne (principal pôle d'attraction du territoire) présente les concentrations annuelles de fond en NO₂ et PM₁₀ les plus élevées du territoire et parfois proches voire plus élevées que d'autres agglomérations du Grand Est. L'ensemble des EPCI du PETR mais également des grandes agglomérations du Grand Est présentent des dépassements de seuil OMS en concentration annuelle moyenne de fond en PM_{2,5}.

Pour ce qui est de l'ozone (O₃), on enregistre 18 de jours de dépassement de la valeur seuil (120µg/m³ en moyenne sur 8H) dans les CC du Pays de Saverne et de Hanau-La Petite Pierre. Ces chiffres sont supérieurs à ceux des grandes

agglomérations de la région (Eurométropole de Strasbourg, Grand Nancy, CA Metz Métropole), ce qui reste inférieur au seuil de 25 jours fixé par l'UE mais supérieur à la valeur guide OMS.

Dioxyde d'azote (NO₂) : Gaz produit par la combustion, susceptible d'altérer la fonction respiratoire en cas de concentration trop élevée. Il est aussi un précurseur de l'ozone.

Particules fines (PM₁₀ et PM_{2,5}) : Particules fines (<2,5µm ou <10µm) en suspension dans l'air principalement émises en milieu urbain par le trafic routier sinon par l'agriculture/ sylviculture et l'industrie manufacturière.

L'exposition à la pollution de l'air extérieur est classée cancérogène avéré pour l'homme (groupe 1) par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) pour le cancer de poumons, notamment l'exposition aux particules fines.

Ozone (O₃) : Gaz résultant de réactions chimiques entre oxydes d'azote (NOx) et composés organiques volatiles (hydrocarbures, solvants...), facilitées par l'ensoleillement (pics en période estivale). Il a des conséquences sur la fonction respiratoire à court et à long terme.

⁵ORS Alsace, ORSAS Lorraine. 2016. Enquête d'opinion auprès du grand public de la région Grand Est en matière de santé environnement. Rapport d'étude financé par la DREAL Grand Est. 32 p

⁶Santé Publique France. 2016 Impacts sanitaires de la pollution de l'air en France : nouvelles données et perspectives, Communiqué de presse du 21 juin 2016, <http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Impacts-sanitaires-de-la-pollution-de-l-air-en-France-nouvelles-donnees-et-perspectives>.

Tillier C., 2016. Impact de l'exposition chronique à la pollution de l'air sur la mortalité en France : point sur la région Alsace Champagne-Ardenne Lorraine, Saint-Maurice : Santé publique France ; 2 p. [en ligne] www.santepubliquefrance.fr

Concentrations annuelles moyennes des principaux polluants en 2016 – pollution de fond

	Moyenne Annuelle de fond en NO ₂ en µg/m ³	Moyenne Annuelle de fond en PM ₁₀ en µg/m ³	Moyenne Annuelle de fond en PM _{2,5} en µg/m ³	Nombre de dépassem ents du 120 µg/m ³ sur 8h en O ₃
CC Alsace Bossue	9,39	15,40	10,98	16,47
CC de Hanau - La Petite Pierre	8,62	15,23	10,81	18,61
CC Pays de Saverne	11,15	16,32	11,61	18,34
CC de la région de Haguenau	13,55	16,96	12,25	22,18
Eurométropole de Strasbourg	20,64	19,20	14,25	17,44
Grand Nancy	16,11	16,72	11,77	11,53
CA Metz Métropole	14,33	15,66	10,93	12,82

Source : ATMO Grand Est 180406, exploitation ORS

La pollution de fond correspond à des niveaux de pollution, loin de la circulation, représentatifs de l'ambiance générale de tout un secteur géographique. C'est la pollution minimum à laquelle la population de ce secteur est soumise, quelle que soit son activité, et donc pendant de longues périodes. La pollution de fond se mesure dans les lieux éloignés de toute source directe de pollution, par exemple dans les parcs.

Les différents seuils retenus :

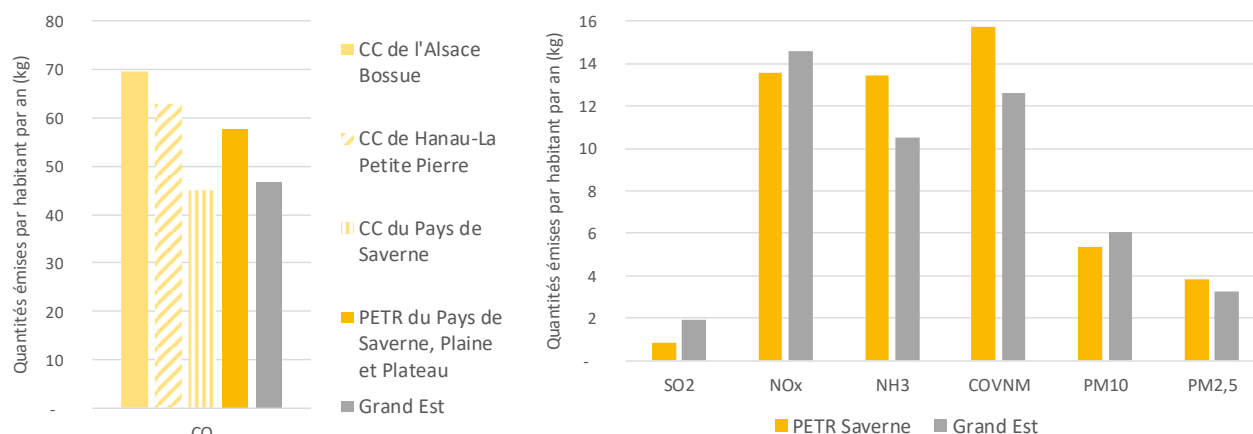
- Valeurs limites UE :
 - PM₁₀: 40 µg/m³ en moyenne annuelle ;
 - PM_{2,5}: 25 µg/m³ en moyenne annuelle ;
 - NO₂: 40 µg/m³ en moyenne annuelle ;
 - O₃: 120 µg/m³ sur 8 heures à ne pas dépasser plus de 25 jours par an en moyenne journalière.
- Valeurs guide OMS :
 - PM₁₀: 20 µg/m³ en moyenne annuelle ;
 - PM_{2,5}: 10 µg/m³ en moyenne annuelle ;
 - NO₂: 40 µg/m³ en moyenne annuelle ;
 - O₃: 120 µg/m³ sur 8 heures à ne pas dépasser plus de 1 jour par an en moyenne journalière.

Les données de qualité de l'air extérieur ont été fournies par l'Association pour la surveillance de la qualité de l'air dans la région : ATMO Grand Est. Les valeurs de qualité de l'air sont issues de modélisation et non de mesures directes, ces valeurs sont cependant validées par certaines stations de mesure. Les données portent sur trois polluants majeurs que sont le dioxyde d'azote (NO₂), les particules PM₁₀ et PM_{2,5} et l'Ozone (O₃). Les données ont été transmises à l'échelle communale. Les valeurs pour les EPCI correspondent aux moyennes des concentrations communales, pondérées par la superficie des communes.

Emissions de polluants atmosphériques

En terme d'émissions par habitants de principaux polluants atmosphériques, les niveaux observés au sein du PETR de Saverne sont proches voire plus élevés que ceux observés dans le Grand Est, notamment en ce qui concerne le monoxyde de carbone (CO), les oxydes d'azote (NO_x), l'ammoniac (NH₃), les composés organiques volatils non méthaniques (COVNM) et les particules PM_{2,5}. Au sein du PETR, c'est globalement au sein de la CC de l'Alsace Bossue que les niveaux d'émissions par habitants sont les plus élevés (liée à la faible densité de population et au secteur agricole notamment).

Emissions par habitant par an de principaux polluants atmosphériques – PETR de Saverne et Grand Est en 2017

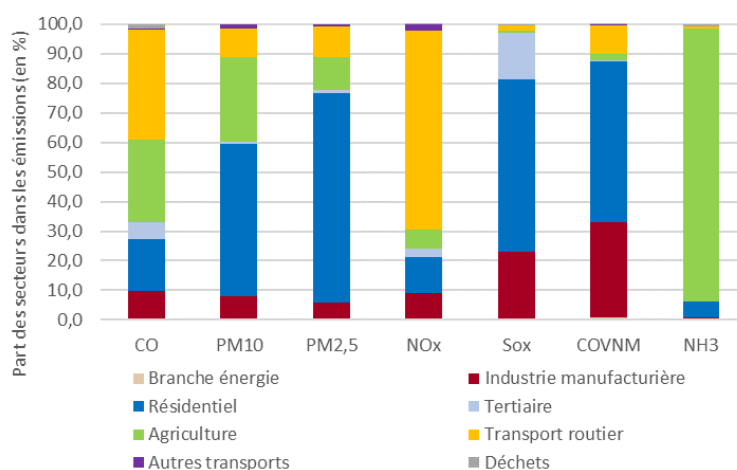


CO : monoxyde de carbone ; SO2 : dioxyde de soufre ; NOx : oxydes d'azote ; NH3 : ammoniac ; COVNM : composés organiques volatils non méthaniques ; PM10/2,5 : particules de taille < 10 microns / 2,5 microns.

Source : Invent'Air V2019 d'ATMO Grand Est – exploitation ORS

Les activités agricoles sont à l'origine de plus de 92 % des émissions d'ammoniac (NH₃) dans le PETR (95 % en CC Alsace Bossue). Les COVNM sont principalement émis par le secteur résidentiel (54,3 % des émissions sur le territoire) et l'industrie manufacturière (32,3 %), le CO par les transports routiers (37,3%), l'agriculture (27,8%) puis le résidentiel (17,4%) et enfin, les PM_{2,5} principalement par le secteur résidentiel (70,9 %). L'ensemble des éléments par EPCI peut être trouvé sur le site d'ATMO Grand Est : observatoire air climat énergie <https://observatoire.atmo-grandest.eu/>.

Répartition par secteur d'activité des émissions de polluants dans le PETR de Saverne Plaine et Plateau en 2017



Source : ATMO Grand Est. Observatoire Air Climat Energie. Chiffres clés 2017 - PETR du Pays de Saverne, Plaine et Plateau – exploitation ORS

A noter que le PETR du Pays de Saverne Plaine et Plateau a lancé le 28 juin 2016 la démarche pour élaborer un Plan Climat-Air-Energie-Territorial ou PCAET. Il s'agit d'un outil réglementaire issu de la Loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte du 17 août 2015, pour limiter, à moins de 2°C, le réchauffement maximal de notre planète.

Son élaboration est confiée aux regroupements de communes de plus de 20 000 habitants, comme par exemple le PETR de Saverne.

Il s'agit d'impliquer tous les acteurs du territoire (entreprises, associations, collectivités, agriculteurs, habitants, institutionnels...) afin de construire ensemble un projet ambitieux pour réduire nos émissions de gaz à effet de serre, réduire la pollution de l'air et s'adapter aux premières manifestations du changement climatique.

Concrètement, il s'agira d'un programme d'actions à mener sur 6 ans et en cohérence avec les enjeux spécifiques liés au territoire.

Le Diagnostic du PCAET du PETR de Saverne met en avant les principales problématiques du territoire.

Les enjeux du PCAET seront notamment pour le territoire de :

- Réduire la forte dépendance aux produits pétroliers et au gaz naturel d'origine fossile (58 %) et la facture énergétique qui en résulte, soit par secteur :
 - Habitat => Massifier les travaux de rénovation énergétique et l'utilisation des énergies moins polluantes sans dégrader la qualité de l'habitat et la qualité de l'air intérieur.
 - Transport/mobilité => Imaginer, renforcer, massifier les nouvelles pratiques de mobilité et s'inspirer de ce qui fonctionne ailleurs.
- Réduire les émissions de gaz à effet de serre, dans le secteur mobilité/transport mais également agricole.
- L'industrie est le 3ème poste de consommation d'énergie : Imaginer un nouveau modèle économique (économie circulaire, transition énergétique, circuits courts, relocalisation ...).

Source : Rapport du diagnostic du PCAET du PETR de Saverne Plaine et Plateau, 11 juin 2019

Nuisances sonores

« Le bruit est un phénomène acoustique produisant une sensation auditive considérée comme désagréable ou gênante ». Le bruit est un enjeu important en santé publique, car l'exposition de la population aux nuisances sonores (ou excès de bruit) est susceptible d'entraîner une dégradation importante de ses conditions de vie. L'impact du bruit peut induire une gêne et entraîner dans les situations les plus sensibles des atteintes à la santé. Le bruit peut causer des effets auditifs (fatigue auditive, perte auditive, acouphènes et hyperacousie), des effets sur les organes notamment cardio-vasculaires (perturbation de la pression artérielle, accélération du rythme respiratoire, modifications du système endocrinien, troubles de la vision), causer du stress, baisser les performances intellectuelles d'un individu, impacter sa santé mentale, perturber le sommeil. « Les nuisances sonores subies peuvent résulter de trois sources principales : les transports, le voisinage, les activités ».⁷

La directive européenne 2002/49/CE prévoit l'élaboration d'un Plan de Prévention du Bruit dans l'Environnement (PPBE) par les gestionnaires de voiries dont le trafic routier annuel est supérieur à 3 millions de véhicules (soit un trafic journalier moyen de 8 200 véhicules par jour). Les cartes de bruit stratégiques, approuvées par le Préfet du Bas-Rhin par arrêté du 19 octobre 2017, permettent d'identifier les voiries dont le niveau sonore dépasse les valeurs limites réglementaires.

Sur le territoire du SCOT de la Région de Saverne, l'autoroute A4, les routes

départementales D1004 et D1404, ainsi que la ligne de chemin de fer 70 000 Paris-Strasbourg sont concernées par les cartes de bruit.

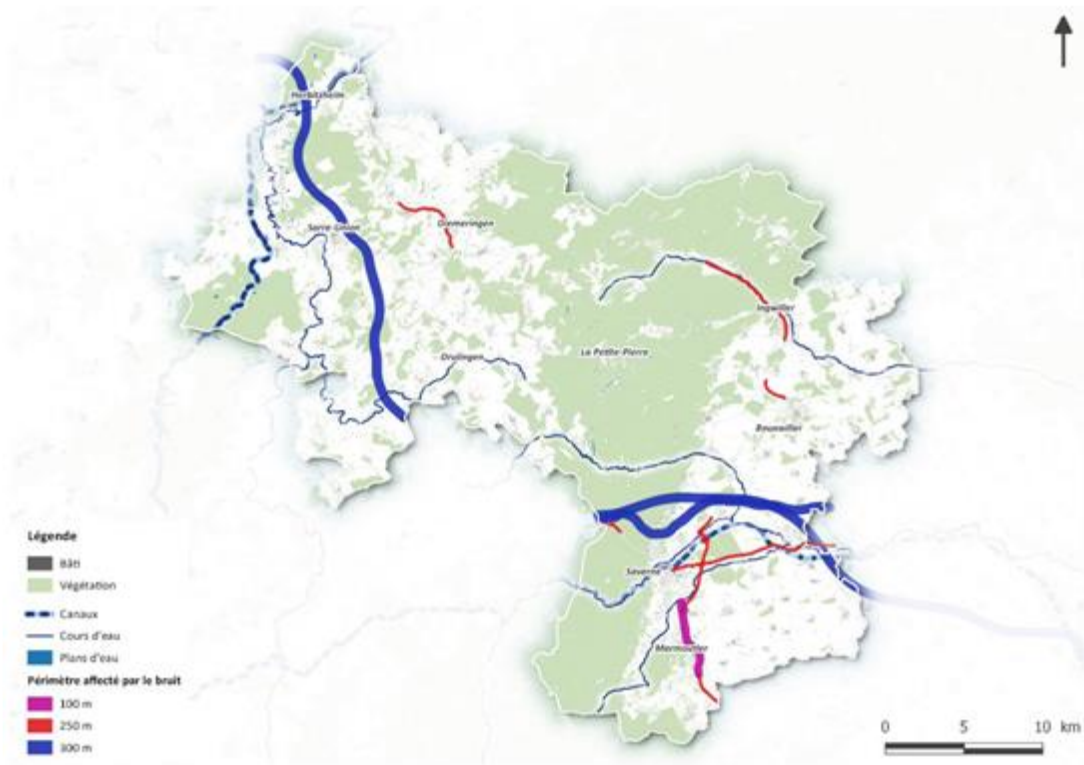
Par ailleurs deux aérodromes sont présents sur le territoire du SCOT, à Sarre-Union et Steinbourg. Toutefois, ils ne sont pas soumis à la directive relative au bruit.⁸

Les objectifs du PPBE sont de prévenir les effets du bruit, réduire, si nécessaire, les niveaux de bruit et protéger les zones calmes. Le PPBE recense les actions des dix dernières années et présente les actions pour les cinq ans à venir.

⁷ Sources : Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer et Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

⁸ SCOT du Pays de Saverne, Etat initial de l'environnement, Extrait – Nuisances et pollutions – Nuisances sonores, Septembre 2019

Classement sonore des infrastructures de transports terrestres au droit du territoire du SCOT de la région de Saverne



Source : DDT Bas-Rhin, 2019, IDE Environnement

Potentiel radon

« Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle. Il est issu de la désintégration de l'uranium et du radium présents dans la croûte terrestre. Il est présent partout à la surface de la planète et provient surtout des sous-sols granitiques et volcaniques ainsi que de certains matériaux de construction. La concentration en radon varie ainsi d'un lieu à l'autre dans une région selon la teneur en uranium naturel du sous-sol ». Le radon ne pose pas de problème à l'air libre, car il s'y dilue rapidement. Le problème peut devenir majeur dans les espaces clos, bâtiments ou locaux non ventilés, dans lesquels il peut s'infiltrer par les sols non étanches, joints, fissures ou canalisations. Les concentrations varient aussi en fonction des caractéristiques du bâtiment et de sa ventilation. La concentration en radon peut devenir très importante.

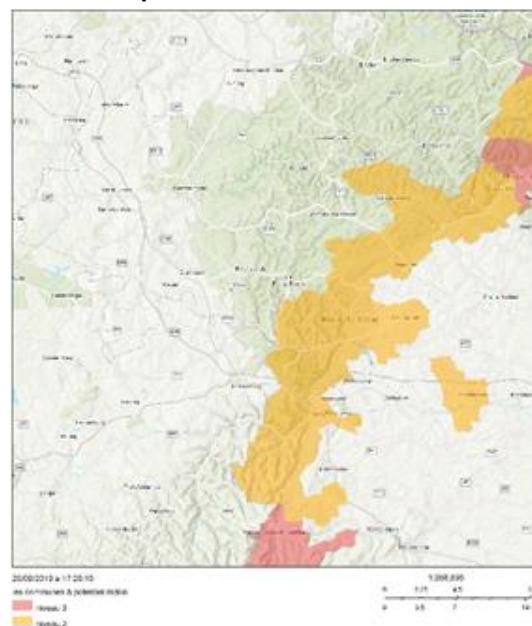
Le risque principal pour la santé est celui de cancer du poumon, mais représente toutefois un facteur de risque moindre que le tabac. Une évaluation quantitative de l'impact sanitaire de l'exposition domestique au radon en France, publiée en 2018 par l'IRSN et Santé publique France, permet de conclure que le radon pourrait jouer un rôle dans la survenue de certains décès par cancer du poumon dans une proportion qui serait d'environ 10%. Chaque année, 3 000 décès lui seraient ainsi attribuables et il serait la deuxième cause de mortalité par cancer du poumon après le tabac.⁹

Sur le territoire du PETR du Pays de Saverne Plaine et plateau, 20 communes soit près de 30 000 personnes sont concernées par un potentiel radon de zone 2 dans l'arrêté du 27 juin 2018 portant délimitation des zones à potentiel radon du territoire français¹⁰. Le classement en zone 2 signifie que les zones concernées sont à potentiel radon faible, mais sur ces zones des facteurs géologiques particuliers peuvent faciliter le transfert du radon vers les bâtiments.

Les communes concernées sont principalement localisées au sein des CC de Hanau – La Petite Pierre et de la CC du Pays de Saverne. Ce sont principalement des communes localisées sur des formations géologiques présentant des teneurs en uranium faibles mais sur lesquelles des facteurs géologiques particuliers peuvent faciliter le transfert du radon vers les

bâtiments, et des communes recoupées par des failles importantes ou dont le sous-sol abrite des ouvrages miniers souterrains.

Communes à potentiel radon du PETR de Saverne



Sources : IRSN, cartographie ARS Grand Est

⁹Source : Institut national de radioprotection et sûreté nucléaire (IRSN)

¹⁰ Les communes concernées sont les suivantes : Bouxwiller, Dossenheim-sur-Zinsel, Eckartswiller, Ernolsheim-lès-Saverne, Gottenhouse, Haegen, Hengwiller, Ingwiller, Lichtenberg, Neuwiller-lès-Saverne, Otterthal, Reinhardsmunster, Reipertswiller, Saint-Jean-Saverne, Saverne, Sommerau, Sparsbach, Thal-Marmoutier, Weinbourg, Weiterswiller.

Sites et sols pollués ou potentiellement pollués

En France, les sites et sols pollués ou potentiellement pollués sont répertoriés au sein de deux bases de données que sont la base Basol (Base de données des sites pollués appelant une action des pouvoirs publics) et la base Basias (Base de données des anciens sites industriels et activités de service¹¹). Selon Basol, un site est défini comme « l'ensemble du secteur géographique sur lequel une pollution de l'environnement est susceptible d'être rencontrée du fait des anciennes activités pratiquées. Un site industriel est un secteur géographique correspondant à l'emprise industrielle (limites de propriété) ; Un site pollué est un site présentant un risque pérenne, réel ou potentiel, pour la santé humaine ou l'environnement du fait d'une pollution de l'un ou l'autre des milieux, résultant de l'activité actuelle ou ancienne ».

Localisation des sites et sols pollués et potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics, à titre préventif ou curatif recensés dans Basol



Source : MTES, DREAL/DRIEE Géorisques.gouv.fr ; consulté en septembre 2019

Le PETR de Saverne compte 23 sites et sols pollués ou potentiellement pollués recensés dans Basol, dont 5 sur la CC de l'Alsace Bossue, 5 sur la CC de Hanau – La Petite Pierre et 13 dans la CC du Pays de Saverne. Rapporté à la superficie, le PETR de Saverne présente une densité de sites et sols potentiellement pollués importante, et notamment au sein de la CC du Pays de Saverne avec 5,3 sites au km², soit une densité supérieure aux références départementale, régionale et nationale.

Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics 2018

	Sites et sols potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics	
	Effectifs	Densité au km ²
CC Alsace Bossue	5	1,3
CC de Hanau - La Petite Pierre	5	1,4
CC Pays de Saverne	13	5,3
PETR Saverne	23	2,3
Bas-Rhin	234	4,9
Grand Est	1 005	1,7
France hexagonale	5 993	1,1

Source : Basol 2018, exploitation ORS

¹¹Basol est une base de données en constante évolution. Il s'agit du reflet d'une situation à un moment donné. Les sites libres de toute restriction, ne présentant plus de danger potentiel, sont supprimés régulièrement de la base et intégrés à Basias.

Risques majeurs ¹²

Le territoire du PETR est exposé aux risques suivants :

- risques naturels majeurs : risque d'inondation de la Sarre, la Mossig, la Zorn et le Landgraben : la CC de l'Alsace Bossue et une partie de la CC de Hanau - La Petite Pierre s'intègrent à la stratégie locale de gestion des risques inondation du bassin de la Sarre. De plus, 32 communes sont concernées par le Programme d'action pour la prévention d'inondation de la Haute Zorn et la Zorn en aval du Ladgraben.
- risque de mouvement de terrains : le territoire présente un risque de coulées d'eaux boueuses résultant de phénomènes orageux intenses au printemps (concerne de nombreuses communes) ainsi qu'un risque de gonflement de l'anhydrite (commune

Lochwiller concernée) et un risque de chute de blocs massifs de grès vosgiens (commune de Eschbourg/Graufthal).

- Toutes les communes du territoire également classées en zone de sismicité : la CC de l'Alsace Bossue en sismicité faible et les CC de Hanau - La Petite Pierre et du Pays de Saverne en sismicité modérée.
- Risques industriels ou technologiques majeurs : le territoire héberge une installation classée SEVESO seuil haut qui fait l'objet d'un Plan de Prévention des Risques Technologiques (PPRT) interdépartemental approuvé le 6/07/2017 réglementant l'urbanisation et les constructions autour de l'entreprise INEOS Polymers SAS à Sarralbe (57), impactant la commune de Herbitzheim (67).

Logements

Le territoire compte principalement des maisons comme résidences principales (76 % dans le PETR de Saverne et jusqu'à 83 % dans les CC de l'Alsace Bossue et de Hanau La Petite Pierre contre 47 % en moyenne dans le Bas-Rhin). Le taux de ménages propriétaires est de 75 % sur le territoire, ce qui est nettement supérieur aux taux départemental, régional et national (moins de 60 %). Ce taux avoisine les 80 % dans les EPCI les plus rurales. Les locataires HLM représentent 4 % des ménages dans la CC de Saverne et représentent uniquement 1 % dans les CC de l'Alsace Bossue et de Hanau – La Petite Pierre, à comparer aux 11 % du Bas-Rhin, et aux 15 % du Grand Est. En effet, bien que le territoire possède un parc social fort de plus de 1 000 logements, ils sont répartis assez inégalement sur le territoire : 42 % à Saverne, 8 % à Monswiller, 6 % à Sarre-Union et 6 % à Bouxwiller. 26 % des logements

du parc social sont individuels. Les locataires du parc privé représentent moins de 20 % des ménages sur le territoire soit une part également plus faible que les références départementale, régionale et nationale.

Le parc de logement du territoire est plutôt ancien. Près de 30 % des logements ont été construits avant 1949. Cette proportion atteint 1/3 des logements dans les EPCI les plus rurales, contre 22 % en moyenne dans le Bas-Rhin. Les principaux modes de chauffage sont le chauffage au fioul, les modes de chauffage de la catégorie « autre » du recensement, à savoir : poêle, cheminée, cuisinière, etc. , et le gaz de ville ou réseau (au sein de la CC du Pays de Saverne notamment). Par ailleurs, 39 % des propriétaires occupants sont en dessous du plafond Anah¹³ (soit des occupants modestes voire très modeste), et 63 % d'entre eux sont

¹² Fiche thématique risques majeurs, Diagnostic territorial du SCOT de Saverne – Juillet 2018

¹³ Plafond Anah : aide à la rénovation de l'agence nationale pour l'amélioration des logements

âgées de 60 ans et plus¹⁴. La CC du Pays de Saverne adhère également au dispositif du Programme d'intérêt général Renov'habitat 67 depuis mai 2012, qui a pour objectif d'accompagner financièrement et techniquement les propriétaires engageant des travaux de rénovation de leur logement.¹⁵

De 2008 à 2017, 2 552 logements ont été commencés. Les logements individuels dominent nettement (76%). Ils se répartissent sur toutes les communes, les cinq communes où la construction est la plus active ne totalisent que moins d'un quart des constructions (Saverne, Drulingen, Ingwiller, Bouxwiller, Dettwiller).¹⁴

Logement des ménages en 2016

	Part de ménages propriétaires	Part de ménages locataire HLM	Part de ménages locataire du parc privé	Part de ménages logés gratuitement	Part des résidences principales construites avant 1949
CC Alsace Bossue	78%	1%	18%	3%	33%
CC de Hanau - La Petite Pierre	80%	1%	15%	3%	32%
CC Pays de Saverne	70%	4%	22%	2%	24%
PETR Saverne	75%	3%	19%	3%	29%
Bas-Rhin	57%	11%	30%	2%	22%
Grand Est	59%	15%	24%	2%	25%
France hexagonale	58%	15%	25%	2%	24%

Source : Insee, exploitation ORS

Moyen de chauffage des ménages en 2016

	Chauffage urbain	Gaz de ville ou de réseau	Fioul (mazout)	Electricité	Gaz bouteille	Autre
CC Alsace Bossue	0%	16%	33%	12%	1%	38%
CC de Hanau - La Petite Pierre	0%	12%	35%	16%	1%	35%
CC Pays de Saverne	0%	36%	24%	19%	1%	19%
PETR Saverne	0%	23%	29%	16%	1%	29%
Bas-Rhin	6%	35%	20%	24%	1%	14%
Grand Est	4%	43%	15%	21%	1%	15%
France hexagonale	5%	35%	11%	34%	2%	13%

Source : Insee, exploitation ORS

Une approche statistique du classement cadastral des logements et des revenus de leurs habitants permet d'identifier les zones potentiellement concernées par le logement indigne. Le pré-repérage du parc privé potentiellement indigne (PPPI) en 2015, se basant sur les données 2013 identifie 1 560 logements au sein du PETR, soit 5,7 % du parc privé dans la CC de l'Alsace Bossue, 4,6 % dans la CC de Hanau-La Petite Pierre et 3,2 % dans la CC du Pays de Saverne (3,7 % à l'échelle régionale).

L'habitat indigne

« Constituent un habitat indigne les locaux utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique [chute, électrocution, incendie, etc.] ou à leur santé [intoxication au monoxyde de carbone, saturnisme, allergies, problèmes respiratoires, etc.]. » (Source : Loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové – loi ALUR). La lutte contre l'habitat indigne (LHI) constitue une priorité majeure de l'Etat. Des pôles départementaux (PDLHI) sont en charge de mettre en œuvre cette politique.

Le parc privé potentiellement indigne (PPPI) est un outil de pré-repérage des logements indignes, élaboré à partir du fichier FILOCOM (Fichier des Logements par Commune).

¹⁴ Fiche thématique habitat, Diagnostic territorial du SCOT de Saverne – Juillet 2018

Les actions spécifiques menées sur le territoire :¹⁶

- Politique de la ville : à Saverne, le Quartier Est fait l'objet du contrat de ville du 08 juillet 2015. Ce QPV regroupe 340 logements du parc social. Cela se concrétise notamment par :
 - Une action de rénovation des bâtiments des bailleurs OPUS67 et DOMIAL et une politique de sur-entretien pour ces mêmes bailleurs aboutissant à un abattement de taxe foncière.
 - Des objectifs de réhabilitation du parc privé inscrits à l'OPAH et au PIG.
 - L'obligation pour la commission intercommunale du logement d'adopter une stratégie d'attribution des logements sociaux.
- Centre-ville de Saverne : la commune et la CC du Pays de Saverne sont concernées par l'action cœur de ville. Le Centre – Ville de Saverne bénéficie d'une OPAH – RU ou Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat – Renouvellement Urbain durant 5 ans (2018 – 2023). Elle permet aux propriétaires de bénéficier d'aides pour la réhabilitation des logements afin de les doter des normes de confort d'aujourd'hui. Le Plan local de l'Habitat (PLH) avait diagnostiqué une vacance importante, des logements dégradés et la paupérisation de certains immeubles, situés dans un secteur patrimonial remarquable qui peut

présenter des contraintes architecturales fortes.¹⁷

- Réhabilitation du parc privé : les aides à la pierre sont portées par le Conseil Départemental du Bas-Rhin, délégataire de l'Anah, notamment via le PIG Rénov'Habitat 67.
- Copropriétés fragiles : 638 copropriétés, regroupant 4 186 résidences principales, sont implantées sur le territoire. 100 d'entre-elles sont identifiées comme potentiellement fragiles (famille D de filocom). Le Programme opérationnel de prévention et d'accompagnement des copropriétés (POPAC) du Conseil Départemental du Bas-Rhin analyse finement les copropriétés.
- Gens du voyage : une aire d'accueil de 40 places est implantée à Saverne au lieudit «Badermatt». Aucune obligation supplémentaire n'est inscrite au schéma départemental 2012-2017 pour le SCoT. Une réflexion sur une aire de grand passage sera menée dans le prochain schéma départemental, actuellement en cours d'élaboration. Quelques sédentarisation sur terrains privés sont constatées, notamment à Ingwiller, créant une problématique liée à l'absence de réseaux.

¹⁶ Fiche thématique habitat, Diagnostic territorial du SCOT de Saverne – Juillet 2018

¹⁷ <https://www.cc-paysdesaverne.fr/habitat/>

Transports et déplacements¹⁸

Le réseau routier est majoritairement composé de routes départementales. L'autoroute A4 traverse le territoire du PETR tout en le desservant. La géographie du territoire a influencé la desserte de la partie Ouest du PETR en concentrant les accès routiers sur les D7, D133 et D919 et en contraignant les dessertes ferroviaires dans les vallées. La partie Est du territoire est plus équipée en réseau cyclable protégé et partagé que le centre, nivelé, et l'ouest, moins peuplé. Les connexions par le rail avec les territoires limitrophes desservent en majorité Saverne (dispose d'une halte sur les lignes Strasbourg-Metz et Strasbourg-Nancy ainsi que sur quelques TGV vers Paris) et Sarre-Union (reliée à Sarreguemines (12-13A/R), Sarrebourg (4-5A/R)).

Réseaux de transports du PETR du Pays de Saverne Plaine et Plateau

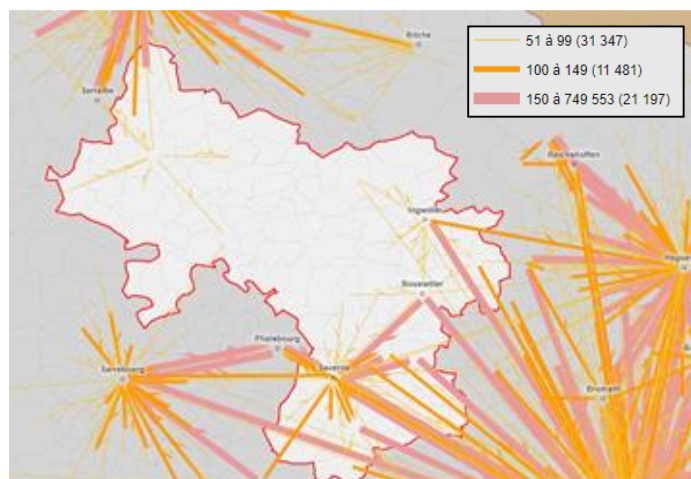


Source : DDT Bas-Rhin, 2019, IDE Environnement

Le taux de motorisation des ménages sur le territoire est important, du fait du caractère rural. Ce taux est globalement stable depuis 2009. En 2016, les ménages équipés d'au moins une voiture sont de 88 % sur le PETR de Saverne. Cette proportion est de 90 % au sein des CC de l'Alsace Bossue et de Hanau La Petite Pierre. C'est en Alsace Bossue que l'on retrouve

le plus de ménages équipés de 2 voitures ou plus (49 %).

Représentation des flux domicile-travail en nombre de navette en 2014



Source : Observatoire des territoires

En 2016, 77 % des actifs occupés du PETR de Saverne travaillent dans une autre commune que leur commune de résidence.

81 % des déplacements domicile-travail sur le PETR de Saverne se sont faits en voiture, soit une évolution de +1,2 % en moyenne par an sur la période 2011-2016. Les échanges se font principalement avec la région de Haguenau et celle de Strasbourg et en interne entre Ingwiller, Bouxwiller et Saverne. Peu d'échanges existent vers la Lorraine en dehors des navetteurs partant de Sarre-Union et travaillant dans les communes à proximité (Sarralbe, Viberswiller).

Concernant l'offre de transports en commun en bus, la CC du Pays de Saverne dispose d'une offre de transport à la demande. L'Alsace Bossue a perdu 2 de ses lignes de bus (Sarre-Union > Diemeringen et Diemeringen > La Petite-Pierre) réduisant le réseau à une desserte du pôle principal : Saverne. Jusqu'à Strasbourg les connexions se font par rabattement sur le réseau TER.

¹⁸ Fiche thématique transports et déplacements, Diagnostic territorial du SCOT de Saverne – Juillet 2018

La ligne de train Strasbourg-Saverne est la moins desservie des axes structurants du Bas-Rhin avec une offre de 13 300 places/jour. Le territoire a été également organisé autour d'un réseau Nord-Sud via la ligne Sélestat-Saverne via Molsheim à la ligne Saverne-Haguenau via Obermodern-Zutzendorf partiellement compensées par la mise en place de bus TER. À noter que la majorité de la fréquentation des trains à destination de l'Eurométropole, est le fait des pendulaires avec 83 % de ces flux se

font avant 10h et 46 % se font entre 7h30 et 9h. Ce sont ces écarts d'affluence qui rendent complexe et coûteuse l'organisation de l'offre TER.

La part des déplacements domicile-travail en transports en communs est de 7 % en 2016 sur le PETR et est quant à elle en diminution sur cette même période (-0,3 % en moyenne par an entre 2011 et 2016), à noter que sur la CC de Hanau La Petite Pierre elle n'est que de 3 %.

Portrait socio- démographique

Démographie

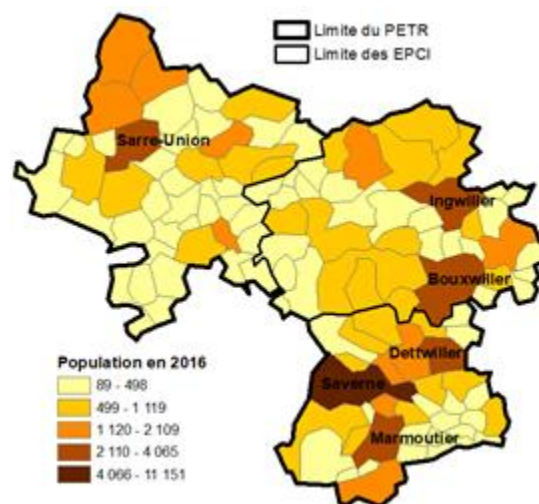
Le volume de la population, la manière dont elle se répartit géographiquement et les dynamiques du peuplement dans le temps esquisser les premiers contours du portrait de territoire. En lien aux questions de santé, ils permettent une première approche des besoins en matière d'offre de santé et surtout de leur évolution dans le temps.

Dynamique de population

Le territoire du Pays de Saverne Plaine et Plateau compte près de 88 000 habitants, dont plus de 40 % au sein de la CC du Pays de Saverne. Le taux de variation annuel moyen était de -0,2 % sur la période 2007-2015, par opposition à celui du Bas-Rhin qui était de +0,3 %. Le territoire perd donc des habitants (220 habitants en moyenne par an), notamment sur les CC du Pays de Saverne et d'Alsace Bossue, en lien avec un solde migratoire négatif.

La ville de Saverne compte un QPV, le Quartier Est qui compte 1 426 habitants en 2013, soit 12 % de la population de la commune.

Effectifs de population communale en 2015



Source : Insee, Exploitation ORS

Dynamiques de population 2010-2015

	Population 2015	Taux (%) de variation annuel moyen 2010-2015	dont solde migratoire
CC Alsace Bossue	24 853	- 0,4	- 0,3
CC de Hanau - La Petite Pierre	27 163	0,1	0,1
CC Pays de Saverne	35 712	- 0,4	- 0,7
PETR Saverne	87 728	- 0,2	- 0,3
Bas-Rhin	1 116 658	0,4	- 0,0
Grand Est	5 559 051	0,1	- 0,2
France hexagonale	64 300 821	0,5	0,1

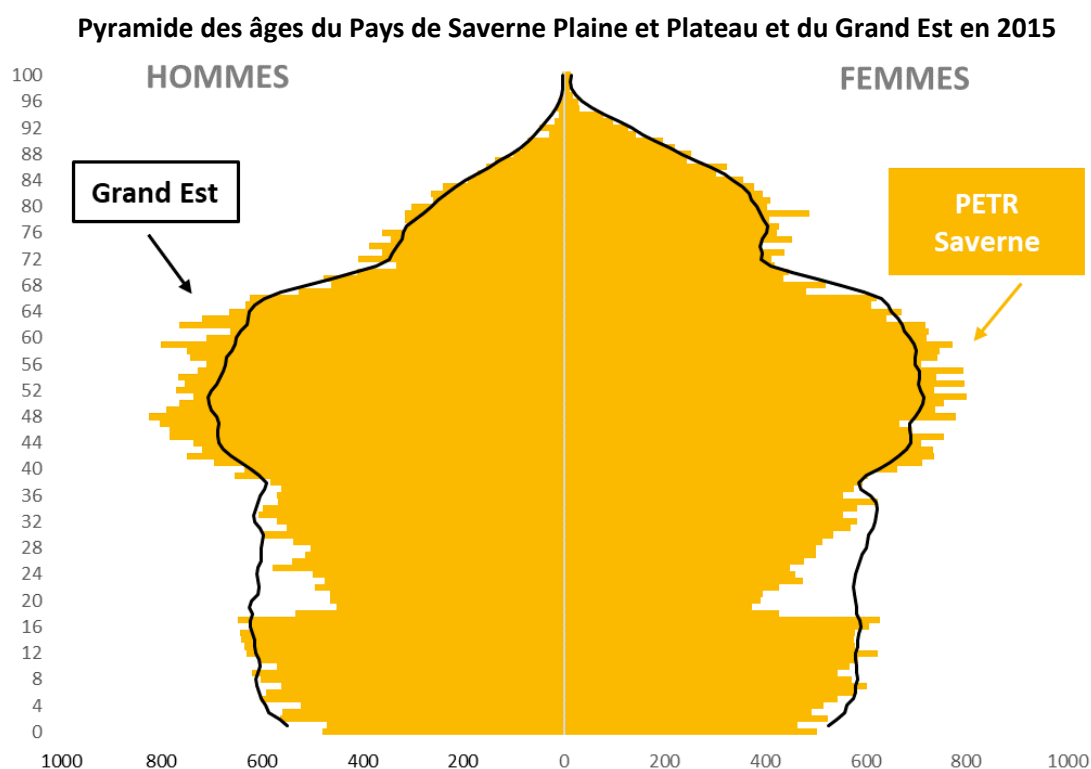
Source : Insee, Exploitation ORS

Structure de la population par âge

La pyramide des âges du territoire du PETR de Saverne met en évidence une surreprésentation des 40 ans et plus par rapport à la région (56 % vs 52 % dans le Grand Est – et jusqu'à 57 % dans les CC de l'Alsace Bossue et de Hanau La Petite Pierre). A l'inverse les tranches d'âges les plus jeunes sont sous-représentées par rapport à la

moyenne de la région. Les moins de 30 ans représentent 32 % de la population contre 35 % dans le Grand Est.

Le territoire fait en effet face à l'exode des jeunes (20-35 ans) qui partent pour leurs études et ne reviennent pas ensuite au sein du territoire.



Source : Insee RP, exploitation ORS

Structure de la population par classe d'âge et comparaison par rapport à celle du Grand Est

	CC Alsace Bossue	CC de Hanau - La Petite Pierre	CC Pays de Saverne	PETR Saverne	Grand Est
0-14 ans	16,5%	17,3%	17,0%	16,9%	17,5%
15-29 ans	15,2%	13,9%	15,7%	15,2%	18,0%
30-44 ans	18,2%	18,8%	19,0%	18,7%	18,8%
45-59 ans	22,8%	22,8%	22,6%	22,7%	20,8%
60-74 ans	17,0%	16,4%	16,0%	16,4%	15,7%
75 ans et plus	10,2%	10,2%	9,7%	10,0%	9,2%

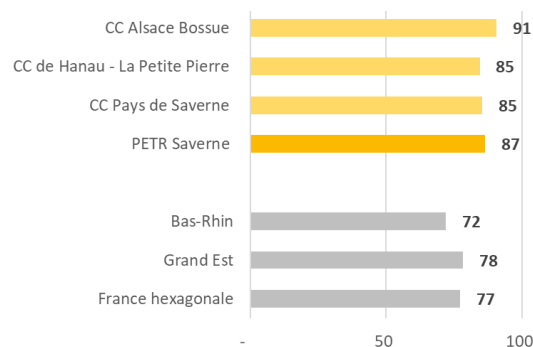
Pourcentages en vert : inférieurs à ceux du Grand Est - Pourcentages en rouge : supérieurs à ceux du Grand Est

Source : Insee RP, exploitation ORS

Vieillessement

Le territoire présente un vieillissement plutôt marqué avec près d'une personne sur cinq âgées de 65 ans et plus. L'indice de vieillissement est de 87 sur le territoire en 2015, de 72 dans le Bas-Rhin et de 78 dans la région. Cela est d'autant plus marqué au sein de la CC de l'Alsace Bossue où l'on compte près de 91 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans

Indices de vieillissement 2015



Source : Insee RP, exploitation ORS

L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus à celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents à peu près dans les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

Ménages

Familles monoparentales

Le territoire compte peu de familles monoparentales comparé au reste de la région. Les familles monoparentales représentent 7,9 % (soit 2 880 familles) des familles du territoire contre 8,6 % dans le département. Cette proportion est toutefois de près de 16 % dans le QPV de Saverne et est légèrement plus élevée en Alsace Bossue au regard des autres CC (8,4 %).

Si on s'intéresse aux ménages avec enfants de moins de 25 ans, 17,2 % sont monoparentales ce qui est également nettement inférieur aux 21,1 % du Bas-Rhin.

Au total ce sont 3 521 enfants de moins de 25 ans qui vivent en familles monoparentales au sein du PETR soit 16 % des enfants de moins de

25 ans, contre 19 % en moyenne dans le Bas-Rhin. Cette part est plus élevée au sein de la CC de l'Alsace Bossue (18 %) et plus faible au sein de la CC de Hanau La Petite Pierre (15 %).

Part des familles monoparentales en 2015

	Part (%) des familles monoparentales	Part (%) de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans	Nombre d'enfants de moins de 25 ans vivants en familles monoparentales
CC Alsace Bossue	8,4	19,3	1 094
CC de Hanau - La Petite Pierre	7,5	14,4	953
CC Pays de Saverne	7,8	17,7	1 474
QPV Saverne - Quartiers Est *	15,9	ND	ND
PETR Saverne	7,9	17,2	3 521
Bas-Rhin	8,6	21,1	53 725
Grand Est	8,9	22,6	280 810
France hexagonale	9,1	23,7	3 457 416

* Données 2010 pour les QPV

ND : non disponible

Source : Insee RP, exploitation ORS

Isolement des personnes âgées

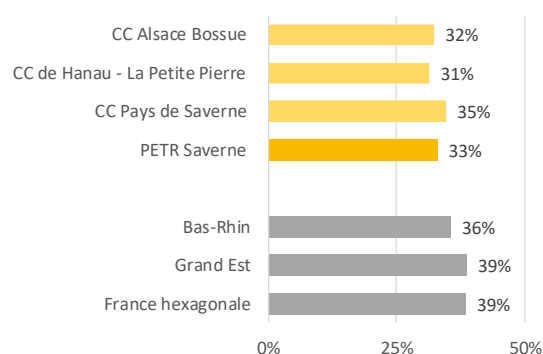
Sur le territoire du PETR de Saverne, parmi les 8 800 personnes âgées de 75 ans et plus, 2 900 vivent seules à domicile soit un tiers d'entre elles (33 %). La proportion de personnes âgées vivant seule est plus élevée au sein de CC du Pays de Saverne (34,7 %), mais est globalement plus faible au sein du territoire qu'en moyenne dans le département (36 %), la région et la France (39 %).

Parmi cette tranche d'âge, les femmes vivent beaucoup plus fréquemment seules que les hommes (50,9 % contre 19,4 %). Leur espérance de vie étant plus élevée que celle des hommes, elles sont plus nombreuses à se retrouver en situation de veuvage.

La solitude chez les personnes âgées est un facteur de fragilité. En effet, ces personnes ne peuvent pas bénéficier de l'aide d'un conjoint

lorsqu'elles se trouvent en situation de dépendance et elles sont beaucoup plus vulnérables aux accidents de la vie courante car il n'y a personne près d'elles pour appeler les secours dans ces cas-là.

Part des personnes âgées de 75 ans ou plus, vivant seules à domicile en 2015



Source : Insee RP, exploitation ORS

Qualifications et activité

La conjoncture économique et les diplômes sont des critères déterminants de l'insertion des jeunes. Les personnes pas ou peu diplômées ont plus de difficultés à s'insérer sur le marché de l'emploi et lorsqu'elles y parviennent, ont des niveaux de salaires plus faibles. Ceci entraîne davantage de précarité économique dont on sait qu'elle est un important déterminant de santé. Par ailleurs, le niveau d'études participe à donner aux individus les capacités et ressources nécessaires à la prise en charge de leur santé notamment par l'intégration des messages de prévention. En 2016, l'Insee a publié des chiffres d'écart d'espérance de vie selon le niveau de diplôme et ainsi montré un écart d'espérance de vie à 35 ans, entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés, de 7,5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes.

Au-delà, le fait d'avoir un emploi ou non et les caractéristiques de cet emploi créent des disparités sociales qui induisent des inégalités de santé. La catégorie socioprofessionnelle est aussi un déterminant important. L'espérance de vie d'un homme ouvrier est aujourd'hui encore inférieure à celle d'un homme cadre (de 6 ans). Néanmoins l'espérance de vie à 35 ans d'une femme ouvrière reste légèrement supérieure (49,8 ans) à celle d'un homme cadre (49,0 ans)¹⁹.

Niveaux de diplômes

Le niveau de diplômes des personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire sont relativement bas au sein du PETR de Saverne, notamment dans les deux EPCI les plus rurales. Le QPV de Saverne présente quant à lui un niveau de diplôme très bas (moins de 20 % des 15 ans ou plus diplômés de niveau BAC ou supérieur), mais proche de la moyenne des autres QPV du Grand Est.

Bien que les jeunes (25-34 ans) sont plus souvent diplômés du baccalauréat ou d'études supérieures par rapport à l'ensemble de la population, les jeunes du PETR de Saverne ont également une qualification moindre que ceux des territoires de référence ou comparaison, notamment dans les 2 CC les plus rurales.

Répartition (%) des personnes sorties du système scolaire selon le niveau de diplôme en 2015

	Pas ou peu diplômés (inférieur BAC)		BAC ou supérieur	
	15 ans ou plus	25-34 ans	15 ans ou plus	25-34 ans
CC Alsace Bossue	67,5	43,2	32,5	56,8
CC de Hanau - La Petite Pierre	65,0	43,8	35,0	56,2
CC Pays de Saverne	58,3	34,8	41,7	65,2
QPV Saverne - Quartiers Est *	81,7	ND	18,3	ND
PETR Saverne	63,0	39,9	37,0	60,1
Bas-Rhin	55,1	34,2	44,9	65,8
Grand Est	59,9	37,9	40,1	62,1
France hexagonale	54,6	33,8	45,3	66,2

* Données 2010 pour le QPV

Source : Insee RP, exploitation ORS

Niveaux de diplômes :

Les regroupements proposés correspondent au niveau maximal atteint par les individus :

- pas ou peu diplômé : aucun diplôme ou au plus BEPC, brevet des collèges, DNB, Certificat d'aptitudes professionnelles, Brevet d'études professionnelles.
- BAC ou supérieur : tout diplôme du BAC et post Baccalauréat.

¹⁹Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). 2016. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. Insee Premières. N° 1584. 4p.

Offre de formation secondaire et supérieure

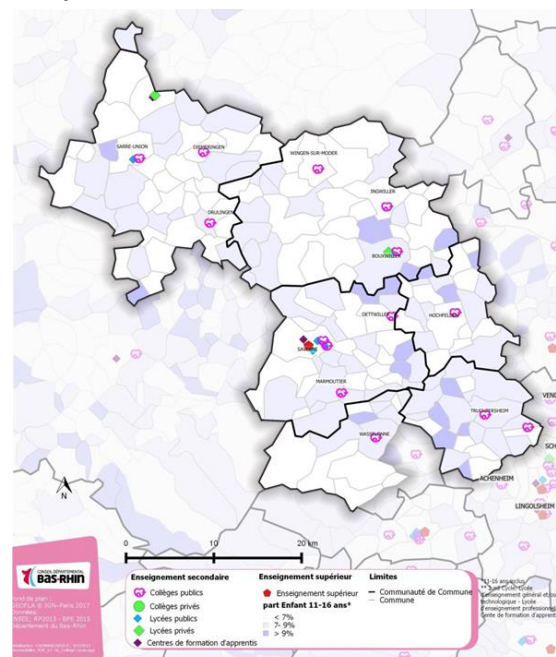
Le territoire du PETR de Saverne dispose d'un bon niveau de services en termes d'enseignement secondaire :

- 10 collèges publics ;
- 7 lycées publics (général, technologique ou professionnel) dont 1 Abibac à Saverne ;
- Un centre de formation d'apprentis à Saverne ;
- Des collèges et lycées privés qui complètent d'offre de formation sur d'autres territoires (Bouxwiller et Oermingen).

En revanche, l'offre d'enseignement supérieur est faible sur le territoire. Les jeunes souhaitant poursuivre leurs études quittent le territoire. Seule la ville de Saverne possède une offre de formation en enseignement supérieur avec quelques BTS (comptabilité et gestion des organisations, Industries Plastiques/ Europlastic Conception et industrialisation en microtechniques), et un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

A noter qu'en Alsace Bossue, dans le secteur de Sarre-Union un projet de campus industriel est en train de se monter avec les industries voisines, avec le développement notamment de formations de BTS en chaudronnerie et conduite de ligne de production.

Offre d'enseignement secondaire et supérieur dans le territoire d'action Ouest



Source : schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public – CD67

L'Abibac correspond à la délivrance simultanée du baccalauréat français et de l'Abitur (diplôme allemand).

Chômage et activité

Le taux de chômage des 15-64 ans était en 2016 de 10,6 % sur l'ensemble du PETR de Saverne, ce qui est inférieur aux valeurs départementale, régionale et nationale. Cette proportion est la plus faible au sein de la CC de Hanau La Petite Pierre et la plus élevée au sein de la CC de l'Alsace Bossue. Selon l'Insee, le taux de chômage localisée à la Zone d'emploi de Saverne est de 5,6 % au 1^{er} trimestre 2019, en constante baisse depuis le 1^{er} trimestre 2014.

Le territoire compte 42 000 actifs, parmi eux on trouve par ordre décroissant des ouvriers (31,6 %), des employés (26,4 %), des

professions intermédiaires (24,0 %), des cadres et professions intellectuelles supérieures (11,2 %), des artisans commerçants et chefs d'entreprise (5,6 %) et des agriculteurs exploitants (1,2 %). La CC d'Alsace Bossue se démarque des proportions plus importantes d'agriculteurs exploitants, d'artisans, commerçants et chefs d'entreprises et d'ouvriers que les deux autres CC, mais également que les références départementale et régionale. La CC de Saverne quant à elle se démarque avec des proportions plus importantes de cadres et professions intellectuelles supérieures, de professions intermédiaires et d'employés.

Chômage et activité en 2016

	Répartition des actifs selon la CSP (%)						
	Taux de chômage des 15 à 64 ans	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers
CC Alsace Bossue	11,4	1,9	5,9	7,7	21,4	25	38,2
CC de Hanau - La Petite Pierre	10,0	1,2	5,6	11,2	24,0	26	31,6
CC Pays de Saverne	10,6	0,6	5,1	14,3	25,2	28	27,2
PETR Saverne	10,6	1,2	5,6	11,2	24,0	26,4	31,6
Bas-Rhin	12,4	0,7	5,3	17,5	26,2	26,4	23,9
Grand Est	14,1	1,6	5,5	13,8	25,4	28,6	25,0
France	14,1	1,6	6,6	18,0	25,9	27,6	20,2

Source : Insee RP, exploitation ORS

Comme déjà indiqué, en 2016, 77 % des actifs occupés du PETR de Saverne travaillent dans une autre commune que leur commune de résidence. Près de 11 % des actifs occupés de 15 ans ou plus exercent un emploi en dehors du PETR. Le territoire emploie tout de même près de 32 000 personnes en son sein, dont près de 48 % sur la CC du Pays de Saverne. Ce chiffre est en diminution depuis 2011.

Le PETR compte près de 7 500 établissements actifs, avec une part importante de commerces et de réparation automobile. Les principaux pôles d'emploi sont Saverne et Sarre-Union.

La principale entreprise sur le territoire est Kuhn (conception et fabrication de matériel agricole) implantée à Saverne qui emploie près de 1 450 salariés.

Emploi localisé en 2016 et établissements actifs au 31/12/2015

	Emploi total (salarié et non salarié) au lieu de travail	Variation de l'emploi total au lieu de travail : taux annuel moyen entre 2011 et 2016 (%)	Nombre d'établissements actifs au 31 décembre 2015	Part de l'agriculture, en %	Part de l'industrie, en %	Part de la construction, en %	Part du commerce, transports et services divers, en %	dont commerce et réparation automobile, en %	Part de l'administration publique, enseignement, santé et action sociale, en %
CC Alsace Bossue	8 364	- 1,1	1 937	9,6	9,3	12,9	53,0	16,5	15,3
CC de Hanau - La Petite Pierre	8 196	0,3	2 232	6,7	8,6	11,8	58,0	17,7	14,9
CC Pays de Saverne	15 483	- 0,5	3 326	5,3	6,6	10,0	62,0	18,7	16,2
PETR Saverne	32 043	- 0,4	7 495	7,0	8,0	11,4	58,2	17,8	15,5
Bas-Rhin	466 008	-	104 346	4,2	5,8	9,4	65,7	17,8	14,8
Grand Est	2 074 206	- 0,6	467 706	9,0	6,2	9,8	60,0	18,0	15,0
France	26 343 023	-	6 561 892	6,0	5,3	10,1	64,8	16,2	13,8

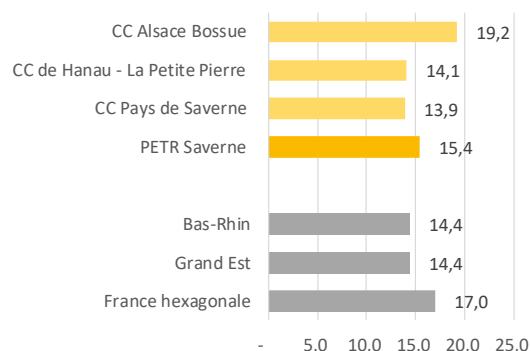
Source : Insee RP, Insee CLAP, exploitation ORS

Focus activité des 15-24 ans

Parmi les 15-24 ans du PETR de Saverne 15,4 % (soit près de 1 360 jeunes) sont non insérés, c'est-à-dire qu'ils ne sont ni étudiants, ni stagiaires, ni en emploi, contre 14,4 % en moyenne dans le Bas-Rhin. Cette part est plus importante au sein de CC de l'Alsace Bossue où près d'un jeune sur cinq est non inséré (près de 500 jeunes).

Le territoire se distingue avec un nombre conséquent de communes où plus de 15 % des 14-26 ans sont au chômage en 2015, et des équipements liés à l'emploi assez faibles notamment dans les CC de l'Alsace Bossue et de Hanau La Petite Pierre comparé aux territoires voisins.

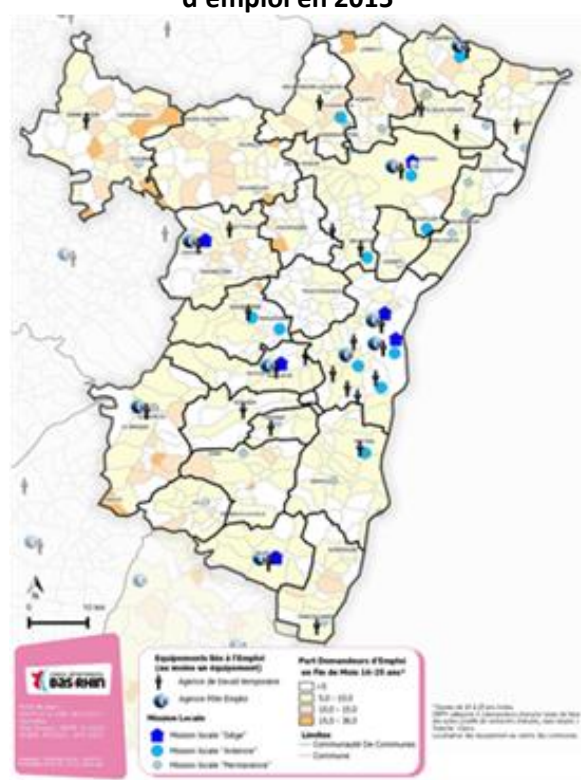
Indicateur NEET parmi les 15-24 ans en 2015



Source : Insee RP, exploitation ORS

NEET : Not in Education, Employment or Training (ni étudiant, ni employé, ni stagiaire), est une classification sociale d'une certaine catégorie de personnes inactives.

Part de jeunes (16-25 ans) demandeurs d'emploi en 2015



Source : schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public – CD67

Accès à l'emploi des femmes – freins identifiés

Au-delà des questions d'inégalités salariales, les femmes et les hommes n'ont pas un accès équivalent à l'emploi. Plus souvent exposées à de l'emploi précaire ou à temps partiel, les femmes sont confrontées à différents freins directs (formation, non mixité de l'offre d'emploi...) et indirects (mobilité, garde d'enfants, situation familiale...) dans leur parcours vers l'emploi et ce d'autant plus qu'elles assument toujours la majeure partie du travail domestique. Ces difficultés diffèrent selon les territoires et sont souvent majorées dans les territoires fragiles.²⁰

Selon la typologie de l'accès à l'emploi des femmes dans les EPCI françaises de l'Observatoire des territoires, la CC de l'Alsace Bossue est identifiée en 2015 comme territoire présentant un accès à l'emploi dégradé associé à de nombreux freins et à de fortes inégalités femmes-hommes²¹. Ce type de territoire caractérise 22 % des EPCI français (hors Mayotte) et regroupe 8 % de la population.

La CC de l'Alsace Bossue se démarque notamment avec une forte part de femmes exerçant à temps partiel (42 % vs. 27 % en moyenne en France), de plus cet indicateur

témoigne également d'une inégalité hommes-femmes au sein du territoire puisque seuls 6 % des hommes y exercent un emploi à temps partiel (8,2 % en France).

Les EPCI de Hanau – La Petite Pierre et du Pays de Saverne présentent un accès à l'emploi des femmes proches de la situation nationale, mais présentent également des parts d'emplois à temps partiels plus élevés qu'en France et avec des inégalités marquées entre hommes et femmes, à savoir près de 30 % de femmes à temps partiel contre 6 % d'hommes.

Accès à l'emploi des femmes en 2015

	Part (%) d'inactifs parmi les 15-64 ans (hors étudiants et retraités)	Taux de chômage des 15-64 ans (%)	Part (%) des emplois à temps partiel	Part (%) des emplois précaires (autre que CDI)	Part (%) des 15-24 ans ni en emploi, ni en études, ni en formation (NEET)
CC Alsace Bossue	13,8	13,2	41,6	15,6	17,4
CC de Hanau - La Petite Pierre	10,7	11,3	29,5	16,8	15,2
CC Pays de Saverne	10,2	10,6	29,5	13,6	14,1
France	11,6	14,7	27,4	16,0	16,9

Sources : Insee-RP 2015, traitements de l'Observatoire des territoires, 2019

²⁰ SOFIE (Système d'Observation sur les Femmes et d'Information sur l'Emploi) - <http://outils.observatoire-des-territoires.gouv.fr/sofie/>

²¹ Typologie de l'accès à l'emploi des femmes en 2015, SOFIE, CGET, Observatoire des territoires

L'Observatoire des territoires a également identifié les freins potentiels à l'accès à l'emploi des femmes dans ces EPCI.

La CC d'Alsace Bossue présente 4 indicateurs de freins potentiels à l'accès à l'emploi des femmes avec une valeur largement supérieure à la valeur observée en France : part des élèves de niveau 1ère inscrits dans des formations non mixtes, part des femmes peu ou pas diplômées, part des emplois dans des catégories socioprofessionnelles non-mixtes,

part des 6-10 ans scolarisés hors de leur commune de résidence. L'indicateur d'éloignement de l'école apparaît comme le principal frein potentiel pour l'accès à l'emploi des femmes dans ce territoire avec 43 % des 6-10 ans scolarisés hors de leur commune de domicile contre 20 % en France.

C'est également cet éloignement qui est mis en avant comme frein potentiel au sein des deux autres EPCI avec près d'un enfant sur trois scolarisés hors de sa commune de domicile.

Freins potentiels à l'accès à l'emploi des femmes en 2015

	Part (%) de ménages avec 3 enfants ou plus	Part (%) des emplois dans des catégories socioprofessionnelles non-mixtes	Part (%) des élèves de niveau 1ère inscrits dans des formations non mixtes	Part (%) des femmes peu ou pas diplômées (inférieur au BAC)	Part (%) des enfants de moins de 3 ans n'ayant théoriquement pas de place d'accueil	Part (%) des 6-10 ans scolarisés hors de leur commune de résidence	Temps moyen (min) de trajet domicile-travail des femmes
CC Alsace Bossue	7,7	90,3	68,5	67,1	39,9	43,1	14
CC de Hanau - La Petite Pierre	6,7	76,7	10,9	63,9	38,5	31,1	15
CC Pays de Saverne	7,2	69,5	60,9	58,0	41,0	35,3	12
France	9,4	73,7	47,6	53,9	43,4	20,2	16

Sources : Insee-RP 2015, DEPP-Base Scolarité 2015-2016, Insee-METRIC 2016, traitements de l'Observatoire des territoires, 2019

Non mixité de l'offre d'emploi : L'indicateur de non mixité de l'offre d'emploi correspond à la part d'emplois occupés au lieu de travail dans une catégorie socio-professionnelle (CSP en 29 postes) non mixte localement. On définit ici comme non mixte une catégorie socio-professionnelle pour laquelle le taux de féminisation (la part des emplois occupés par des femmes sur le total d'emplois occupés) est soit inférieur à 33 %, soit supérieur à 63 %. Ces bornes correspondent à un écart de plus ou moins 15 points de part et d'autre du taux de féminisation total de l'emploi qui est de 48 %. Les taux de féminisation sont mesurés localement pour chaque EPCI. Ainsi, une CSP peut être mixte à l'échelle nationale mais non mixte à l'échelle d'une intercommunalité et inversement.

Non mixité de l'offre de formation : L'indicateur de non mixité de l'offre de formation de niveau 1ère correspond à la proportion d'élèves de niveau 1ère (toutes filières confondues) inscrits dans des formations non mixtes. Les filières considérées comme "non mixtes" sont les filières où le taux de féminisation est soit inférieur à 35%, soit supérieur à 65%. Ces bornes correspondent à un écart de plus ou moins 15 points de part et d'autre du taux de féminisation global des élèves de niveau 1ère (50%). Les taux de féminisation sont mesurés localement pour chaque EPCI. Ainsi, une formation peut être mixte à l'échelle nationale mais non mixte à l'échelle d'une intercommunalité et inversement.

Le territoire du PETR de Saverne présente en effet une offre en places d'accueil de jeunes enfants plus importante que les moyennes départementale, régionale et nationale avec 66 places pour 100 enfants de moins de 3 ans, contre 64 en moyenne dans le Bas-Rhin et 57 dans la région. Au sein du territoire l'offre est plus conséquente au sein de la CC du Pays de Saverne.

La part de jeunes de 6-16 ans non scolarisés est plus faible au sein du territoire qu'en moyenne dans le département, la région et la France hexagonale, avec seuls 1,2 % des 6-16 ans non scolarisés en 2015 soit 133 enfants, répartis plutôt également entre les trois CC du territoire.

Places d'accueil de jeunes enfants et enfants non scolarisés en 2015

	Places d'accueil de jeunes enfants	
	Effectifs	Part (%) pour 100 enfants de moins de 3 ans
CC Alsace Bossue	418	61,7
CC de Hanau - La Petite Pierre	554	62,9
CC Pays de Saverne	771	66,5
PETR Saverne	1 743	66,1
Bas-Rhin	23 417	63,7
Grand Est	103 589	56,6
France hexagonale	1 353 897	61,2

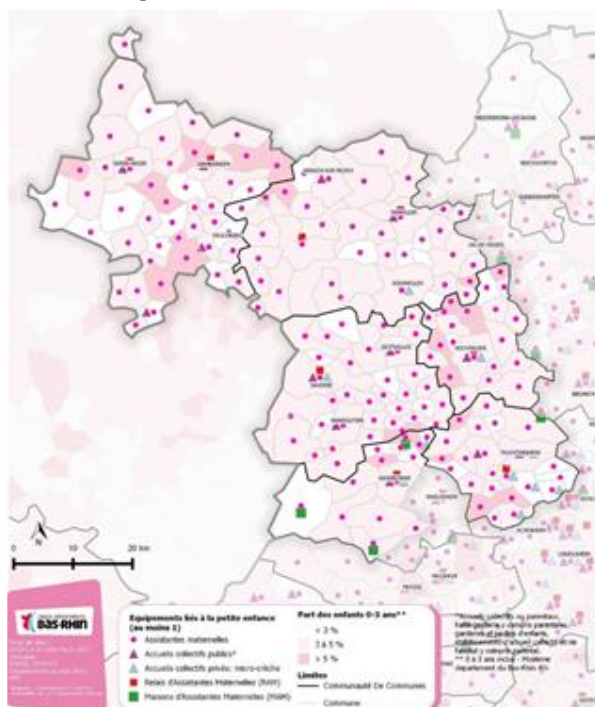
Source : CD67, Insee RP, exploitation ORS

Enfants non scolarisés en 2015

	Jeunes de 6-16 ans non scolarisés	
	Effectifs	Part (%) pour 100 enfants de 6-16 ans
CC Alsace Bossue	40	1,2
CC de Hanau - La Petite Pierre	45	1,3
CC Pays de Saverne	48	1,0
PETR Saverne	133	1,2
Bas-Rhin	2 796	1,9
Grand Est	13 445	1,8
France hexagonale	156 645	1,8

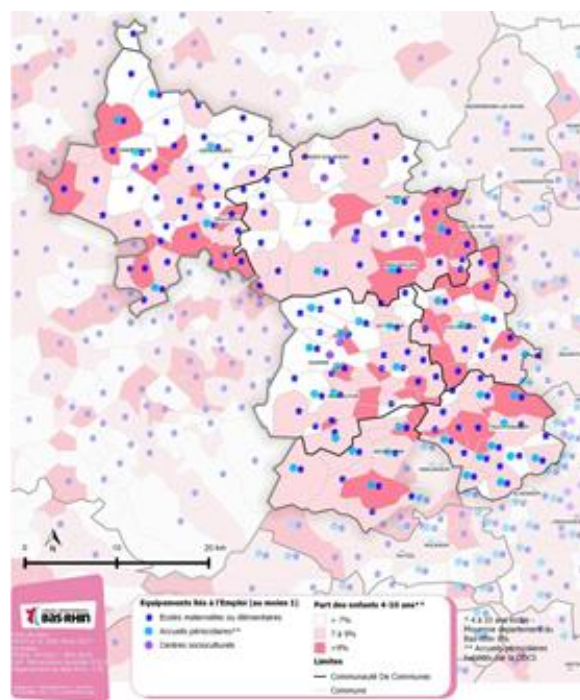
Source : Insee RP, exploitation ORS

Offre de garde du territoire d'action ouest



Source : schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public – CD67

Les enfants en âge d'être scolarisés (4-10 ans) : présence des écoles maternelles et élémentaires



Source : schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public – CD67

Revenus et redistribution sociale

De nombreuses études montrent que les conditions socio-économiques ont un effet sur l'état de santé des populations. A ce titre, l'environnement économique vécu, pouvant être mesuré au travers du revenu, constitue un facteur à analyser pour approcher la santé et les inégalités de santé des populations sur un territoire.

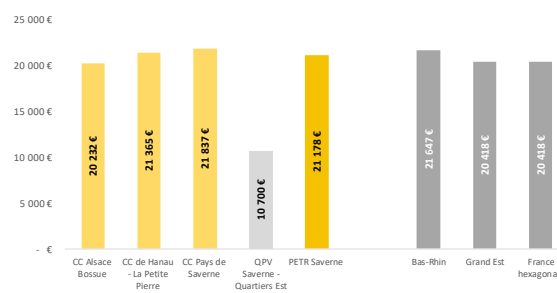
Ainsi, il a pu être démontré qu'une forte corrélation existe entre le revenu et la mortalité et que cela ne concerne pas uniquement une opposition pauvre / riche mais que plus le revenu est élevé, plus l'effet protecteur qu'il constitue est important. A partir de l'échantillon démographique permanent, au niveau national en 2012-2016, l'Insee a montré que les 5 % d'hommes ayant les plus faibles revenus ont une espérance de vie inférieure de 12,7 ans aux 5 % d'hommes ayant les revenus les plus élevés (L'écart est de 8,3 ans chez les femmes).

Face à cela, l'Etat met en place des outils de redistribution sociale (allocations, exonérations, etc.), dont certaines spécifiques à la santé (protection maladie universelle), ayant pour objectif la réduction des inégalités sociales.

Revenus et taux de pauvreté

Le revenu disponible médian par unité de consommation en 2015 est de 21 178 € sur le territoire contre 21 647 € dans le département. Il est le plus élevé au sein de la CC du Pays de Saverne avec 21 837 € par unité de consommation (UC), soit supérieur à la moyenne du Bas-Rhin et le plus faible au sein de la CC de l'Alsace Bossue (20 232 € soit plus faible que les références départementale, régionale et nationale). Pour le QPV de Saverne il est de 10 700 € soit une situation moyenne au sein des QPV.

Revenu disponible médian par unité de consommation en 2015



* Données 2013 pour le QPV - Source : Insee Filosofi, exploitation ORS

Le territoire compte peu de ménages en dessous du seuil de pauvreté à savoir 9,5 % des ménages contre 12,4 % en moyenne dans le Bas-Rhin. Cette proportion est en revanche plus élevée dans la CC de l'Alsace Bossue (11,3 %).

Revenu disponible : Revenu d'activité + revenus du patrimoine + transferts depuis d'autres ménages + prestations sociales – impôts directs

UC : Unité de consommation (population du ménage après pondération). Le nombre d'unités de consommation dans un ménage correspond au nombre d'individus pondéré par un coefficient (1 pour le premier adulte, 0,5 pour chaque personne âgée de 14 ans ou plus et 0,3 par personne âgée de moins de 14ans). L'UC permet la comparaison entre ménages différents

Le taux de pauvreté correspond à la proportion de ménages dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté. Celui-ci est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population et correspond à 60 % du niveau de vie médian.

Minimas sociaux - aides sociales

Le **revenu de solidarité active (RSA)**, qui est versé aux personnes n'ayant pas ou peu de ressources, couvre 2 322 personnes dans le territoire du PETR de Saverne, soit 2,7 % de la population âgée de moins de 65 ans ce qui est deux fois moins élevé qu'en moyenne dans le Grand Est. Ce taux est 3 fois plus élevé au sein du QPV de Saverne, mais il est près de 2 fois plus faible qu'en moyenne dans les QPV du Grand Est (6,7 % vs 12,1 %).

L'**Allocation Adulte Handicapé (AAH)** est versée, sous conditions de ressources, aux personnes handicapées pour leur garantir un revenu minimal. Dans le PETR de Saverne, 1 578 personnes sont couvertes par cette allocation à fin 2017, soit 1,8 % de la population de 20-64 ans. Soit une part proche de la valeur du Bas-Rhin.

L'**Allocation de soutien familial (ASF)** est versée pour élever un enfant privé de l'aide de l'un ou de ses deux parents ou pour compléter une pension alimentaire fixée et payée intégralement, mais dont le montant est faible. Elle concerne 590 familles au sein du PETR de

Saverne soit 4,9 % des familles avec enfants de moins de 25 ans ce qui est plus faible qu'en moyenne dans le département, la région et la France hexagonale.

Pour les personnes disposant de faibles ressources financières, le **minimum vieillesse** est versé pour leur assurer un niveau minimum de ressources. Au sein du PETR, cette allocation est versée à 171 personnes soit à 1,3 % des retraités contre 2,1 % en moyenne dans le département et 2,3 % dans la région.

Par ailleurs pour aider à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile, l'**Allocation personnalisée d'autonomie (APA)** à domicile peut être versée aux personnes âgées (de plus de 60 ans) en perte d'autonomie (sans conditions de ressources). Sur le territoire près de 1 500 personnes sont bénéficiaires de cette prestation à fin 2018, soit 6,4 % des 60 ans ou plus (vs 5,4 % dans le Bas-Rhin). Cette proportion est plus élevée dans les CC les plus rurales du territoire (6,6 %).

Bénéficiaires d'une allocation liée à un faible revenu au 31 décembre 2017, minimum vieillesse au 31 décembre 2016 et APA domicile en décembre 2018

	Population couverte				Bénéficiaires							
	RSA (majoré et non majoré)		AAH		AEEH		ASF		Minimum vieillesse		APA Domicile	
	Nombre	% des 0-64 ans	Nombre	% des 20-64 ans	Nombre	% pour 100 enfants de moins de 20 ans	Nombre	% pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans	Nombre	% des retraités	Nombre	% des 60 ans et plus
CC Alsace Bossue	714	2,9	462	1,9	57	1,1	165	4,8	38	1,3	448	6,6
CC de Hanau - La Petite Pierre	595	2,2	465	1,7	57	0,9	155	4,2	46	1,2	477	6,6
CC Pays de Saverne	1 013	2,8	651	1,8	85	1,1	270	5,4	87	1,3	563	6,1
QPV Saverne - Quartiers Est *	96	6,7	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
PETR Saverne	2 322	2,7	1 578	1,8	199	1,0	590	4,9	171	1,3	1 488	6,4
Bas-Rhin	53 603	4,8	20 235	1,8	2 583	1,0	10 354	6,6	4 578	2,1	13 864	5,4
Grand Est	293 824	5,3	130 380	2,3	18 723	1,4	57 336	7,4	26 189	3,1	ND	ND
France hexagonale	3 311 489	5,1	1 592 004	2,5	259 137	1,7	676 466	7,5	4 330 681**	3,1%**	ND	ND

*Données 2015 pour le QPV - ** Données France entière

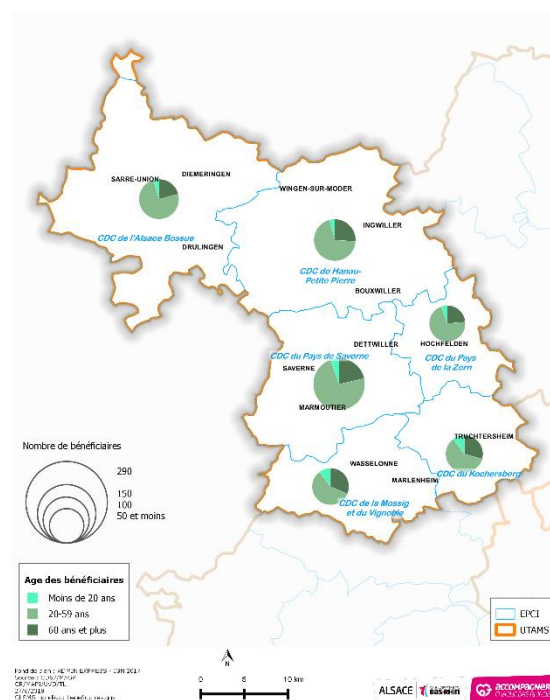
Source : CAF, MSA, CPAM, RSI, CARSAT Nord-Est, CARSAT Alsace Moselle, CCMSA, Cnaf Insee Filosofi, CD67 / Mission Action Sociale de Proximité, exploitation ORS

Différences entre personnes couvertes et bénéficiaires d'allocations : Le bénéficiaire est la personne à qui est versée la prestation. En revanche la population couverte correspond au nombre de personnes (dont les enfants) qui vivent dans le ménage de la personne à qui est versée la prestation.

Le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) est plus important au sein des CC de Hanau la Petite Pierre et du Pays de Saverne que dans celle de l'Alsace Bossue (en nombre).

Elle est majoritairement perçue par des personnes âgées entre 20 et 59 ans, la proportion de bénéficiaires âgées de 60 ans et plus est en revanche plus importante au sein de la CC de Hanau La Petite Pierre.

Bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) selon l'âge dans le territoire d'action Ouest



Le minimum vieillesse (maintenant allocation de solidarité aux personnes âgées) est accordé à toute personne de plus de 65 ans dont les ressources se situent en dessous d'un certain niveau.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Elle est accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Son montant vient compléter les éventuelles autres ressources et la personne en situation de handicap.

La prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide financière versée par le département. Elle est destinée à rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie. Son attribution dépend du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et de la résidence.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une aide départementale destinée aux personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus. En établissement d'accueil, elle permet d'acquitter tout ou partie (hors ticket modérateur) du tarif dépendance de la structure dans laquelle la personne âgée est hébergée, à l'exclusion des frais d'hébergement et de soins. A domicile, elle permet de financer des aides techniques et humaines.

Parmi les affiliés au régime général de l'Assurance maladie, plus de 3 100 personnes du territoire sont également couvertes par la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c) pour leurs soins de santé. Cet effectif représente aussi une proportion de la population (4,3 %) plus faible que dans le Bas-Rhin (7,2 %) et dans le Grand Est (8,6 %). Cette proportion est plus élevée au sein de la CC du Pays de Saverne (5,1 %) et d'autant plus au sein du QPV.

A Saverne au sein du QPV des Quartiers Est un peu moins d'un habitant âgé de moins de 20 ans sur trois est bénéficiaires de la CMU-c.

Population couverte bénéficiaire de la CMU-C en 2017

	Population couverte	
	Effectifs	Part (%)
CC Alsace Bossue	876	4,3
CC de Hanau - La Petite Pierre	733	3,3
CC Pays de Saverne	1 563	5,1
QPV Saverne - Quartiers Est *	272	18,8
PETR Saverne	3 172	4,3
Bas-Rhin	67 542	7,2
Grand Est	373 124	8,6

Source : SNIIRAM, CNAM-Insee, exploitation ORS

Population couverte bénéficiaire de la CMU-C âgée de moins de 20 ans en 2017

	Population couverte âgée de moins de 20 ans	
	Effectifs	Part (%)
CC Alsace Bossue	419	47,8
CC de Hanau - La Petite Pierre	389	53,1
CC Pays de Saverne	740	47,3
QPV Saverne - Quartiers Est *	151	55,5
PETR Saverne	1 548	48,8
Bas-Rhin	28 851	42,7
Grand Est	158 686	42,5

Source : SNIIRAM, CNAM-Insee, exploitation ORS

La Couverture Maladie Universelle (CMU), aujourd'hui devenue la protection universelle maladie (PUMa), assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Cette protection maladie universelle permet d'être remboursé des frais de santé en ce qui concerne la part obligatoire ou « part sécurité sociale ». Il reste à la charge des patients la part complémentaire, le forfait journalier en cas d'hospitalisation, la participation forfaitaire et les franchises médicales qui peuvent être en partie pris en charge par la complémentaire santé à laquelle adhère les patients.

Quant à la **CMU complémentaire (CMU-C)**, elle offre une protection complémentaire gratuite aux personnes dont les revenus sont les plus faibles en donnant droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont dans ce cas prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.

D'autres dispositifs existent :

- L'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. Elle donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer le contrat de complémentaire santé.
- Un étranger qui ne dispose pas d'un titre de séjour ou d'un document prouvant que des démarches sont entamées pour l'obtenir peut sous certaines conditions bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Indicateur de défaveur sociale

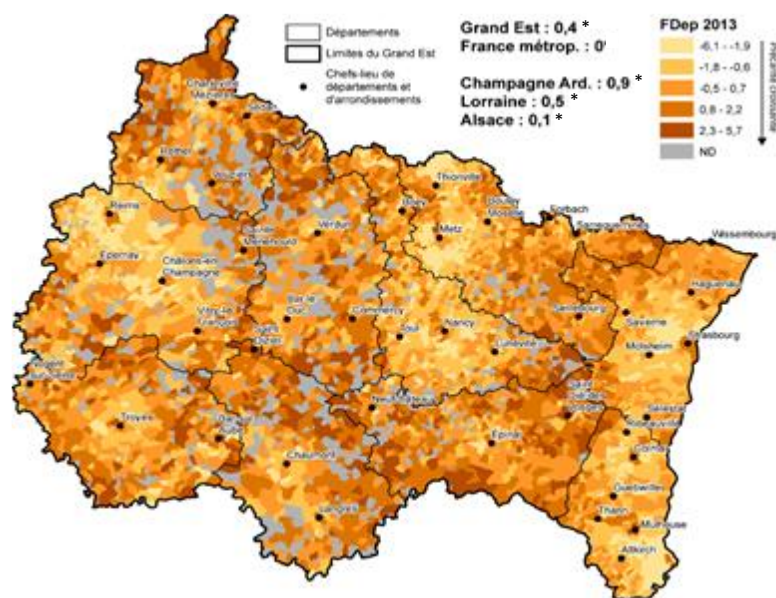
A l'échelle du Grand Est, l'indicateur Fdep montre un territoire contrasté en matière de défaveur sociale avec, d'une part, les grandes villes de la région qui présentent une défaveur sociale marquée, et d'autre part, les communes en périphérie des grandes agglomérations qui présentent des situations plus favorables que ces dernières.

Le territoire du PETR se situe dans une « bande » de communes au profil plutôt moyen à défavorisé, entouré par des territoires plus

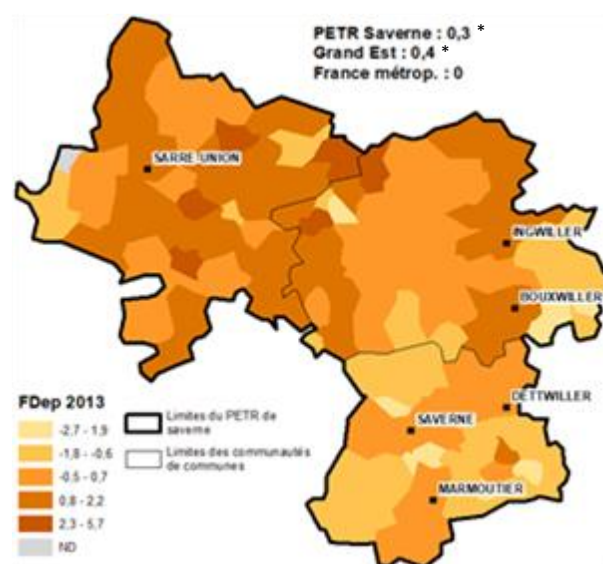
favorisés bénéficiaires notamment de la dynamique et de l'attractivité des pays frontaliers (majorité du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, sillon Lorrain).

Le territoire compte 45 communes qui présentent une précarité plutôt marquée (Fdep >0,7), principalement concentrées dans les CC de l'Alsace Bossue et de Hanau La Petite Pierre, soit 38 % des communes du PETR contre 30 % des communes à l'échelle du Grand Est.

Fdep 2013 à l'échelle communale – Grand Est



Fdep 2013 – Focus Pays de Saverne Plaine et Plateau



*Moyenne des valeurs communales pondérées par la population.

ND : Indice non disponible. Communes exclues de l'analyse, parce que le revenu médian n'est pas disponible pour le calcul de l'indice (cf. encadré).

Plus l'indice est élevé, plus la défaveur sociale est importante selon cet indice.

Source : Insee – RP, FiLoSoFi, Exploitation ORS.

L'indice de défaveur sociale du Fdep (Rey et al, 2009) est construit sur 4 variables issues du recensement de la population 2013 (Insee) : le pourcentage d'ouvriers dans la population active, le pourcentage de bacheliers chez les 15 ans et plus non scolarisés, le pourcentage de chômeurs dans la population active et le revenu médian disponible par ménages fiscaux 2013 (disponible uniquement pour les communes de plus de 50 ménages et de plus de 100 habitants). L'indice résulte de la première composante de l'analyse en composantes principales (ACP) conduite sur ces quatre variables. Il a été calculé à l'échelle communale pour l'ensemble des communes de France métropolitaine. L'indice est corrélé négativement avec le revenu médian et le pourcentage de bacheliers, et positivement avec le pourcentage d'ouvriers et le taux de chômage. Ainsi, les valeurs les plus élevées du Fdep correspondent à la défaveur sociale la plus importante sur le territoire et les plus faibles à la défaveur sociale la plus réduite.

Etat de santé de la population

Mortalité

L'examen de l'état de santé d'une population peut être abordé au travers de trois éléments principaux que sont la mortalité, la morbidité et la santé ressentie. Actuellement, la mortalité demeure la seule source épidémiologique exhaustive, régulière et portant sur l'ensemble de la population. Ici, l'étude de la mortalité et des causes afférentes porte sur une période de 5 ans, de 2011 à 2015. Ce choix est lié à la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de décès pour assurer la significativité statistique des résultats observés. De plus, l'ORS Grand Est utilise des tests statistiques pour comparer ces taux aux taux du Bas-Rhin.

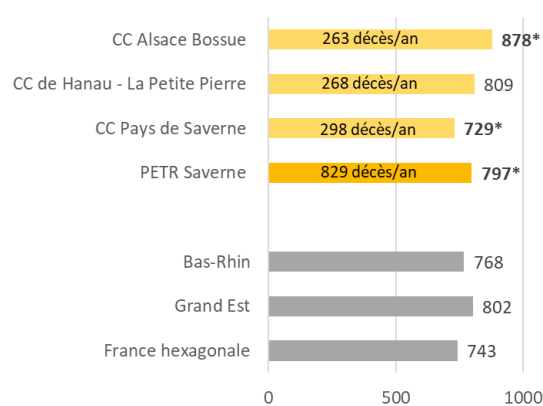
Mortalité générale toutes causes

Sur la période de 2011 à 2015, 829 décès ont été enregistrés en moyenne par an sur l'ensemble du PETR de Saverne. Cela correspond à un taux comparatif de mortalité (TCM) de 797 décès pour 100 000 habitants. Celui-ci est légèrement supérieur à celui du Bas-Rhin qui est de 768 (+4 %).

L'analyse par EPCI montre une hétérogénéité au sein du territoire avec un TCM :

- de 878 pour 100 000 au sein de la CC de l'Alsace Bossue soit une surmortalité de +14 % par rapport au Bas-Rhin,
- de 809 pour 100 000 au sein de la CC de Hanau – La Petite Pierre (pas significativement différent du Bas-Rhin),
- 729 pour 100 000 au sein de la CC du Pays de Saverne soit une situation plus favorable que dans le Bas-Rhin (-5 %).

Taux comparatifs de mortalité générale pour 100 000 habitants 2011-2015



* Taux significativement différent du taux observé dans le Bas-Rhin ($p < 0,05$)

Source : Inserm (CépiDC), exploitation ORS

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

Pour éviter ce biais, on peut calculer le nombre de décès par groupe d'âge (taux de mortalité spécifique). Une autre méthode propose de calculer **un taux comparatif de mortalité**.

Le **taux comparatif de mortalité (TCM)** correspond au taux que l'on observerait dans le territoire considéré si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence. Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les données recueillies, entre deux périodes, entre les deux sexes ou entre différentes unités géographiques. Il s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants. Dans cette étude, la population de référence est celle de la France entière en 2006.

Mortalité prématurée (décès avant 65 ans)

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

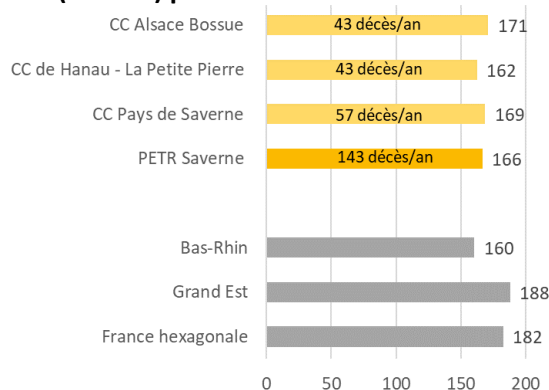
La mortalité prématurée se définit ici comme un décès survenant avant 65 ans. De 2011 à 2015, 143 décès prématurés ont été enregistrés en moyenne par an sur le territoire. Le taux comparatif de mortalité prématurée s'élève ainsi à 166 pour 100 000 habitants contre 161 pour le Bas-Rhin. La mortalité prématurée est dans la moyenne départementale et inférieure à la moyenne régionale. Les 3 EPCI présentent une mortalité prématurée plutôt homogène.

Mortalité évitable

Parmi les décès on peut distinguer en s'aidant des causes de décès, ceux étant liés à des pathologies dont la survenue pourrait être évitée par une action de prévention, définissant la mortalité évitable. Cette action de prévention peut soit porter sur les comportements individuels (pratiques de prévention primaire), soit sur le système de soin. On estime ainsi que sur le territoire 189 décès seraient évitables par an soit 14 % du total des décès, dont 120 par une action sur les facteurs de risque individuels (dont accidents (autres que transport), cancer du poumon, cardiopathies ischémiques, suicides, pathologies liées à l'alcool)) et 69 par une action sur le système de soins (dont cardiopathies ischémiques, cancer du sein, maladies cérébrovasculaires).

Au sein du territoire de l'Alsace Bossue, 38 décès par an pourraient être évités par une action liée aux pratiques de prévention primaire, soit un taux de 142 décès pour 100 000 habitants ce qui est supérieur de 16 %

Taux comparatifs de mortalité prématurée (-65 ans) pour 100 000 habitants 2011-2015

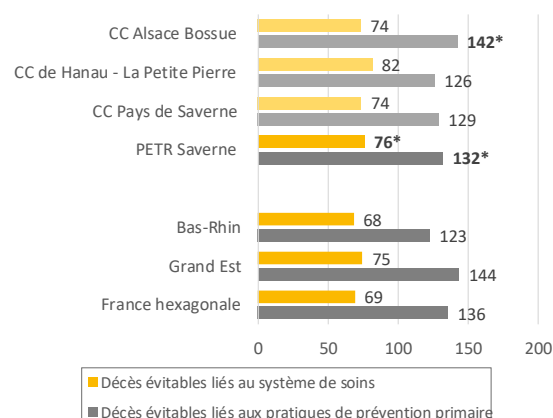


* Taux significativement différent du taux observé dans le Bas-Rhin ($p < 0,05$)

Source : Inserm (CépiDC), exploitation ORS

à la valeur du Bas-Rhin. Plus en détail, cela concerne notamment les décès par accidents (autres que transports) qui représentent environ 10 décès par an, cancer du poumon (9 décès/an), cardiopathies ischémiques (6 décès/an), suicides (5 décès/an) et cancers du sein (3 décès/an).

Taux comparatifs de mortalité évitable 2011-2015 (pour 100 000 habitants)



* Taux significativement différent du taux observé dans le Bas-Rhin ($p < 0,05$)

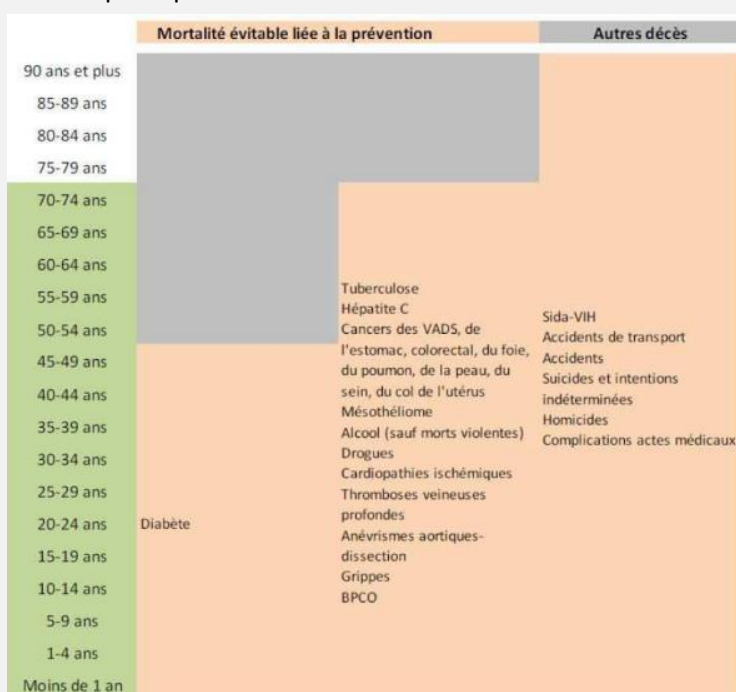
Source : Inserm (CépiDC), exploitation ORS

Définition de la mortalité évitable

Les indicateurs de mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire et de mortalité évitable liée au système de soins sont calculés de manière spécifique, sur une sélection de causes et d'âges de décès selon la cause (cf. tableaux ci-dessous—causes/âges retenus en orangé). Cette sélection est basée sur des travaux européens, de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) et notamment sur le document du Haut Conseil de Santé Publique – HCSP (« *Indicateurs de mortalité prématurée et évitables* », avril 2013). Certaines causes peuvent se retrouver dans les deux sous-catégories de la mortalité évitable conformément aux recommandations citées par le HCSP. Selon celui-ci, « malgré un certain nombre de limitations liées à leur définition et à leur interprétation, les indicateurs de mortalité "prématurée" et "évitable" sont des indicateurs importants et utiles à prendre en compte dans le contexte du suivi des lois de santé publique ».

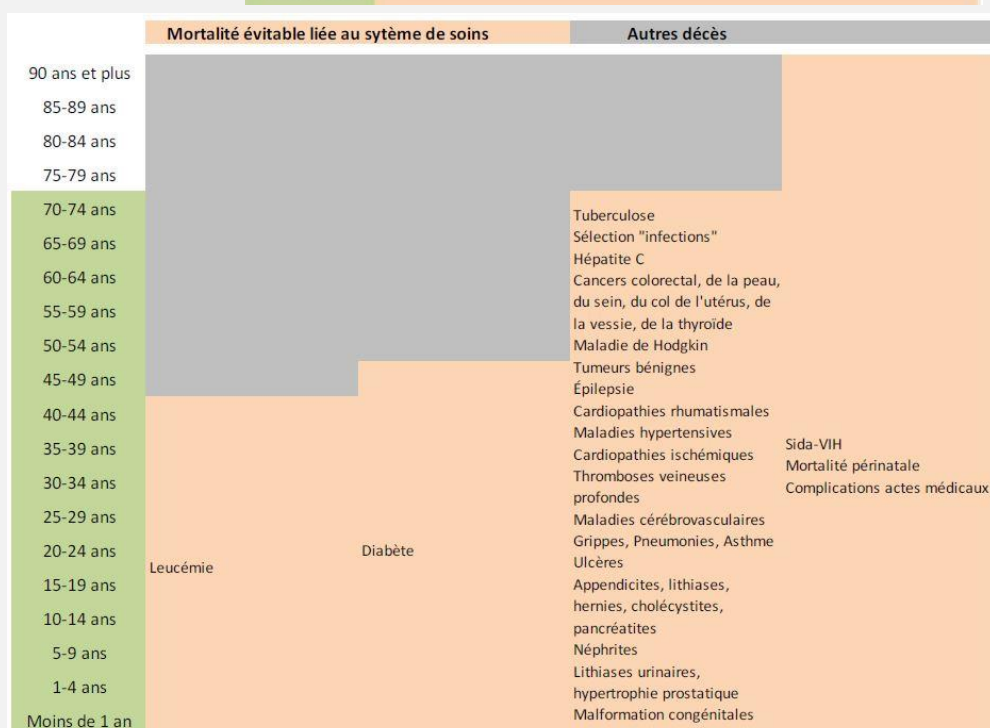
Causes de décès et âges retenus dans le calcul de la mortalité évitable par l'amélioration de la prévention primaire

Un décès est évitable par les comportements à risque, si compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date de ce décès, la totalité ou la plupart des décès relatifs à la cause considérée peuvent être évités grâce à des interventions (actions) de santé publique dans un



Causes de décès et âges retenus dans le calcul de la mortalité évitable liée au système de soins

Un décès est évitable par le système de soins, si compte-tenu des connaissances médicales et techniques à la date de ce décès, la totalité ou la plupart des décès relatifs à la cause considérée peuvent être évités grâce à une bonne qualité du système de soins. Les causes retenues sont celles pour lesquelles des innovations thérapeutiques notamment ont eu lieu, et la mortalité a diminué ces dernières décennies.



Principales causes de mortalité

L'examen des taux comparatifs de mortalité par cause permet d'aller plus loin et de repérer les pathologies pour lesquelles on observe une mortalité différenciée sur le territoire. S'intéresser aux pathologies causant les décès permet bien sûr de dresser les priorités en matière d'axes sur la prévention, et de prise en charge. Les pathologies peuvent avoir des déterminants divers.

Effectifs et taux comparatifs de mortalité par principales pathologies ou groupe de pathologies* sur le territoire 2011-2015 (TCM pour 100 000 habitants)

	PETR Saverne		CC Alsace bossue		CC de Hanau - la Petite Pierre		CC Pays de Saverne		Bas-Rhin		Grand Est		France hexagonale	
	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM
Grands chapitres														
Maladies de l'appareil circulatoire	240	226	81	264	77	225	82	198	2 283	200	12 507	198	139 441	180
Maladies de l'appareil respiratoire	61	58	22	72	20	60	19	45	588	52	3 520	56	37 191	48
Causes externes de morbidité et de mortalité	53	54	17	59	17	53	19	51	513	45	3 151	52	36 628	52
Maladies de l'appareil digestif	38	37	14	46	11	35	13	31	369	32	2 090	33	22 713	31
Pathologies														
Diabète (cause initiale, associée et comorbidités)	83	79	29	93	22	67	32	78	773	68	4 060	65	34 393	46
BPCO (cause initiale, associée et comorbidités)	39	36	15	49	11	33	13	30	402	35	2 234	36	18 993	25
AVC	57	53	19	61	19	53	19	47	530	46	2 829	45	31 567	41
Cardiopathies ischémiques	66	62	22	71	20	59	24	57	617	54	3 071	49	33 763	44
Suicides	13	14	5	20	4	12	4	11	110	10	822	14	9 510	15
Pathologies liées au tabac	121	114	40	131	36	107	45	107	1 274	112	7 064	114	73 555	100

*Pour lesquelles la mortalité est significativement différente de celle du Bas-Rhin

Surligné en rouge : taux significativement supérieur au taux départemental

Source : Inserm (CépiDC), exploitation ORS

La comparaison des TCM par groupes de pathologies aux TCM départementaux montre des taux sur la CC de l'Alsace Bossue significativement supérieurs pour les maladies de l'appareil circulatoire (264 pour 100 000 vs 200 soit +32 %), les maladies de l'appareil respiratoire (72 vs 52 soit +38 %), les causes externes de morbidité et de mortalité (59 vs 45 soit +31 %) et les maladies de l'appareil digestif (46 vs 32 soit +44 %). La CC de Hanau – La Petite Pierre présente également des TCM de maladies de l'appareil circulatoire significativement supérieurs au Bas-Rhin (225 vs 200 soit +12 %). A noter que la situation du Bas-Rhin pour les maladies de l'appareil circulatoire est déjà défavorable avec un taux de mortalité plus élevée qu'en France métropolitaine (200 pour 100 000 habitants versus 180 pour 100 000).

La comparaison des TCM par pathologie montre quant à elle, toujours pour la CC de l'Alsace Bossue, des taux significativement supérieurs pour le diabète (93 vs 68 soit +37 %), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (49 vs. 35 soit +38 %), les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (61 vs 46 soit +33 %), les cardiopathies ischémiques (71

vs 54 soit +31 %), les suicides (20 vs 10 soit +108 %) (mais pour toutefois de faibles effectifs) et les pathologies liées au tabac (131 vs 112 soit +17 %). On peut également noter un contexte départemental de surmortalité au regard de la France en ce qui concerne notamment le diabète (68 décès liés au diabète pour 100 000 versus 46 pour 100 000) et la BPCO (35 versus 25 pour 100 000). A l'inverse au regard du niveau national le Bas-Rhin présente des taux de suicides plus faibles (10 versus 15 pour 100 000).

Le diabète peut être de plusieurs types, en particulier 1 et 2. Plus de 90 % des diabétiques seraient atteints de diabète de type 2 (correspondant à une baisse de sensibilité des cellules à l'insuline, soit à l'insulinorésistance, sous l'effet notamment de l'obésité et la sédentarité et, engendrant l'accumulation de sucres dans le sang ou hyperglycémie).

Ce chiffre est probablement sous-estimé car le diabète de type 2 se développe silencieusement pendant de nombreuses années. 30 % des 30-54 ans diabétiques ne seraient pas diagnostiqués (13 % des 55-74 ans).

Source : Inserm - <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/diabete-type-2> ; consulté le 25 juillet 2019

La BPCO est une maladie chronique inflammatoire des bronches. Elle correspond à un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes et des poumons entraînant une gêne respiratoire. Même si le tabagisme est le principal facteur de risque de BPCO (plus de 80 % des cas lui sont attribuables), d'autres facteurs accroissent le risque de développer la maladie, notamment la pollution de l'air intérieur et extérieur et les expositions professionnelles ou domestiques à des poussières et des substances chimiques (silice, poussières de charbon, poussières végétales, moisissures). Les métiers à risque de BPCO sont en particulier :

- les travailleurs du secteur minier en cas d'exposition à la silice, travaux au fond des mines de charbon ou fer,
- les métiers du bâtiment et travaux public (creusement de tunnel, asphaltage routes, ...),
- les secteurs de la fonderie, sidérurgie,
- les employés de filatures de coton, lin, chanvre, sisal,
- les métiers agricoles et d'élevages (travailleurs en silos, production laitière, élevage porcs, volailles, utilisation pesticides).

Source : Inserm - <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco>; consulté le 25 juillet 2019

En ce qui concerne le suicide, différentes études ont pu mettre en évidence que des biais pouvaient entraîner une sous-estimation de ces décès. Selon la dernière évaluation réalisée par le CépiDC41, certains suicides seraient en particulier enregistrés en tant que causes inconnues de décès (code R99) ou morts violentes dont l'intention n'a pas été déterminée (codes Y10-Y34). Ce défaut d'identification pourrait entraîner, selon l'étude, une sous-estimation potentielle des décès par suicide de 9,4 % en France (données 2006). Dans le Grand Est, il est intéressant d'observer que la mortalité associée à ces codes pouvant correspondre à des suicides, est la plus importante dans les départements pour lesquels on constate, par ailleurs, les plus faibles taux de décès par suicide (Moselle, Haut-Rhin et Bas-Rhin).

Sources : Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jouglu E., Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. BEH 2011 ; 47-48:497-500

Causes initiales de décès, causes associées et comorbidités

Les données sur les causes de décès proviennent des certificats médicaux de décès remplis par les médecins et exploitées ensuite par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm).

Sur le certificat médical de décès, une première partie rapporte la ou les maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès, dont **la cause initiale**, définie comme la maladie ou le traumatisme à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Une seconde partie permet de signaler les états morbides ayant pu contribuer au décès (causes associées, comorbidités). Prendre en compte les autres causes mentionnées sur les certificats de décès permet de repérer les décès liés directement ou indirectement aux pathologies étudiées et de mieux appréhender ainsi leur poids dans la mortalité. Elle peut contribuer également à mieux définir les stratégies de prise en charge des patients. C'est ce qui a été proposé ici pour la BPCO, le diabète et la maladie d'Alzheimer.

Source : Ha C, Decool E, Chan Chee C. 2017. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. BEH 23. pp 500-508.

Morbidité

Après la mortalité, l'analyse de la morbidité est un des principaux moyens d'apprécier l'état de santé d'une population. La morbidité correspond « au nombre de personnes malades ou au nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné » (dictionnaire d'épidémiologie, 1988, Edisem/Maloine). Deux sources d'informations médico-administratives peuvent être questionnées pour approcher la morbidité par pathologie au niveau infrarégional. Il s'agit des affections de longue durée (ALD) et des données concernant les séjours hospitaliers.

Affections de longue durée

Au 31 décembre 2016, au sein du PETR du Pays de Saverne, 25 319 personnes étaient inscrites en Affection de Longue Durée (ALD) pour l'une des pathologies chroniques (hors hypertension artérielle), soit un peu plus d'une personne sur quatre (28 %). Cette proportion est un peu supérieure à ce que l'on observe dans l'ensemble du Bas-Rhin (25 %) ou du Grand Est (23 %).

Informations sur les données ALD

Cet effectif représente le nombre minimal de personnes atteintes par les différentes pathologies prises en charge par une ALD sur le territoire. En effet, si toutes les personnes en ALD sont bien atteintes, certaines personnes atteintes peuvent ne pas recourir à l'ALD (non connaissance de leur pathologie, méconnaissance de leurs droits, pas besoin d'une prise en charge ALD, etc.). De plus l'admission en ALD peut notamment dépendre de la sensibilisation des médecins pour diagnostiquer certaines pathologies et du niveau socio-économique des patients (ceux ayant des complémentaires prenant en charge les soins peuvent ne pas être entrés dans le dispositif ALD). Ces biais peuvent être variables selon les territoires et dans le temps. Les pathologies pour lesquelles le diagnostic n'est pas simple (BPCO, Alzheimer, ...) sont en particulier concernées par de potentielles différences de prise en compte selon les territoires.

Dans le PETR de Saverne, on note des prévalences d'ALD plus importante qu'au niveau départemental, qui présente lui-même des taux d'ALD plus élevés qu'en région ou France, ce qui est cohérent avec les données de mortalité, notamment pour maladie du cœur (+5 % par rapport au Bas-Rhin) (notamment pour accident vasculaire cérébral invalidant, artériopathies chroniques et insuffisance cardiaque grave, trouble du rythme, etc.), et insuffisance respiratoire chronique grave (+18 %). A l'inverse la prévalence d'ALD pour le cancer du sein, le cancer de l'estomac et les affections psychiatriques de longue durée sont moins importantes qu'au niveau départemental (respectivement -10 %, -34 % et -5 %).

Les trois CC présentent des situations plutôt hétérogènes avec d'une part la CC d'Alsace bossue qui présente globalement une prévalence ALD plus faible qu'au niveau départemental (-6 %), la CC de Saverne qui présente une prévalence plus importante (+12 %) et la CC de Hanau – La Petite Pierre qui présente une prévalence plus faible sur les cancers (-7 %) et les affections psychiatriques de longue durée (-9 %), mais une prévalence de maladies du cœur supérieure de 11 % à la moyenne du Bas-Rhin.

Effectifs et taux standardisés de prévalence des affections de longue durée* au 31/12/2016 (taux standardisés pour 100 000 habitants)

	PETR Saverne		CC Alsace bossue		CC de Hanau - la Petite Pierre		CC Pays de Saverne		Bas-Rhin		Grand Est		France hexagonale	
	Nb de cas au 31/12/2016	Tx stand pour 100 000	Nb de cas au 31/12/2016	Tx stand pour 100 000	Nb de cas au 31/12/2016	Tx stand pour 100 000	Nb de cas au 31/12/2016	Tx stand pour 100 000	Nb de cas au 31/12/2016	Tx stand pour 100 000	Nb de cas au 31/12/2016	Tx stand pour 100 000	Nb de cas au 31/12/2016	Tx stand pour 100 000
Toutes causes	25 319	25 704	6 755	23 578	7 732	24 705	10 832	27 918	283 652	25 025	1 265 239	21 310	14 165 772	20 656
Maladies du cœur (ALD 1, 3, 5 et 11)	7 539	7 198	2 065	6 844	2 504	7 621	2 970	7 148	79 988	6 853	361 210	5 835	3 967 576	5 368
Accident vasculaire cérébral invalidant	1 129	1 095	381	1 102	326	1 172	422	1 033	11 918	1 026	46 030	752	514 758	706
Artériopathies chroniques	1 400	1 330	356	1 170	491	1 496	553	1 321	13 487	1 151	63 987	1 029	648 896	879
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme...	2 733	2 598	707	2 338	937	2 808	1 089	2 628	28 148	2 415	122 095	1 965	1 386 584	1 852
Cancers	4 113	4 117	1 141	3 951	1 215	3 865	1 757	4 425	46 870	4 136	220 259	3 688	2 433 436	3 538
Cancer du poumon	166	162	44	150	57	178	65	159	2 059	179	10 276	170	105 004	152
Cancer du sein	949	940	254	881	268	836	427	1 060	11 848	1 040	53 997	906	612 816	898
Cancer du pancréas	39	37	S.S.	8	10	29	27	63	436	38	1 915	32	23 368	33
Cancer de l'estomac	30	29	S.S.	17	S.S.	17	20	47	504	44	2 352	38	26 360	37
Cancer du système nerveux central	36	40	S.S.	22	S.S.	22	23	67	518	47	2 503	45	27 454	41
Diabète (type I et II)	5 152	5 131	1 474	5 064	1 570	4 993	2 108	5 284	58 806	5 153	290 188	4 837	2 831 325	4 117
Affections psychiatriques de longue durée	1 952	2 193	462	1 800	589	2 089	901	2 548	25 675	2 305	97 428	1 756	1 527 039	2 308
Insuffisance respiratoire chronique grave	1 219	1 262	318	1 131	332	1 067	569	1 497	12 192	1 066	37 751	629	454 394	641

*Pour lesquelles les effectifs sont importants ou les valeurs significativement différentes du Bas-Rhin
S.S. : Secret statistique, effectifs <10

Surligné en vert : taux significativement inférieur au taux départemental

Surligné en rouge : taux significativement supérieur au taux départemental

Source : Régime général, Mutualité sociale agricole, Sécurité sociale des indépendants, Insee, exploitation ORS

Données d'hospitalisations

Les données d'hospitalisation constituent une autre source d'information pour appréhender l'état de santé de la population mais sont plus complexes à interroger. Seules quelques pathologies ont donc été étudiées ici.

De manière globale, le taux de patients hospitalisés (en médecine chirurgie obstétrique - MCO) à au moins une reprise par an sur la période 2014-2018 est plus élevé dans la CC de Saverne que dans le Bas-Rhin alors qu'il est plus faible dans les deux autres CC. Sur l'ensemble du PETR plus de 16 000 patients se font hospitalisés en MCO par an et plus de 600 en psychiatrie.

Les données de patients hospitalisés en MCO en 2014-2018 semblent confirmer, pour le territoire du CC du Pays de Saverne la sur-prévalence des patients atteints de cancers. S'agissant des maladies de l'appareil digestif, maladies de l'appareil circulatoire et maladies endocriniennes et nutritionnelles (dont le diabète), les données de patients hospitalisés montrent des chiffres plus faibles qu'au niveau départemental. La prise en charge de ces maladies et en particulier du diabète à l'hôpital ou en ville est toutefois très variable selon les territoires.

Taux comparatif de patients hospitalisés en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et psychiatrie en 2014-2018 (pour 100 000)

	MCO		Psy		MCO + Psy	
	Nb/an	Tx stand	Nb/an	Tx stand	Nb/an	Tx stand
CC Alsace Bossue	4 521	17 505	171	701	4 566	17 685
CC de Hanau - La Petite Pierre	4 911	17 239	168	615	4 993	17 526
CC Pays de Saverne	6 844	18 378	296	828	6 973	18 731
PETR Saverne	16 275	17 767	635	726	16 532	18 051
Bas-Rhin	201 315	17 852	7 724	690	207 399	18 393
Grand Est	999 660	17 503	33 786	609	1 026 187	17 974
France hexagonale	11 427 780	17 334	414 296	650	11 851 340	17 983

Surligné en vert : taux significativement inférieur au taux départemental

Surligné en rouge : taux significativement supérieur au taux départemental

Source : Atih (PMSI-MCO, Rim-P), exploitation ORS

Taux comparatif de patients hospitalisés en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et psychiatrie en 2014-2018 (pour 100 000) – Principales causes

	PETR Saverne		CC Alsace bossue		CC de Hanau - la Petite		CC Pays de Saverne		Bas-Rhin		Grand Est		France hexagonale	
	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM	Nb/an	TCM
Maladies de l'appareil digestif	2 705	2 901	772	2 926	820	2 828	1 114	2 947	38 022	3 314	169 755	2 945	2 046 580	3 106
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles...	1 929	1 994	534	1 920	630	2 102	766	1 965	21 321	1 851	110 134	1 875	1 117 495	1 665
Cancers	1 973	1 946	528	1 810	603	1 917	842	2 069	22 645	1 942	111 074	1 831	1 328 747	1 915
Maladies de l'appareil circulatoire	1 875	1 808	547	1 826	599	1 848	729	1 769	21 628	1 846	108 250	1 754	1 123 013	1 564
Lésions traumatiques, empoisonnements ...	1 557	1 686	442	1 697	483	1 677	632	1 691	18 210	1 598	86 642	1 495	1 013 540	1 503
Grossesse, accouchement et puerpéralité	1 040	1 440	264	1 300	288	1 342	488	1 606	16 162	1 491	76 667	1 497	956 846	1 614
Maladies du système nerveux	1 176	1 218	301	1 098	366	1 234	509	1 299	13 307	1 165	55 144	944	546 999	816
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et metab.	150	549	161	544	211	559	7 715	674	44 897	770	431 966	647	1 328 747	1 915
Troubles mentaux et du comportement	519	536	115	416	149	490	256	657	6 064	526	29 774	502	307 486	455
Maladies infectieuses et parasitaires	349	390	102	424	109	373	138	381	3 902	347	20 619	365	239 207	364

Surligné en vert : taux significativement inférieur au taux départemental

Surligné en rouge : taux significativement supérieur au taux départemental

Source : Atih (PMSI-MCO, Rim-P), exploitation ORS

En 2018, environ 43 000 séjours hospitaliers en MCO sont enregistrés pour la population du PETR dont près d'un quart (23 %) au CH Sainte Catherine de Saverne (31 % pour la population de la CC de Saverne, 18 % pour celle de Hanau-La petite Pierre et 17 % pour celle de l'Alsace Bossue). Plus d'un tiers des séjours se déroulent dans les établissements MCO de Strasbourg (plus de 40 % pour les habitants de la CC de Saverne et 27 % pour les deux autres).

17 % des hospitalisations des habitants de la CC de Hanau – La Petite Pierre ont lieu au CH de

Haguenau et 15 % de celles de la CC de l'Alsace Bossue à l'hôpital Saint Joseph de Bitche.

Concernant les hospitalisations en Soins de suite et réadaptation (SSR), la majorité a lieu à l'hôpital/maison de retraite le Neuenberg d'Ingwiller (31 %) et au Centre Hospitalier Sainte Catherine de Saverne (24 %). Pour la psychiatrie ambulatoire, la majorité des patients se rendent à l'EPSAN de Brumath (88 %). L'établissement qui assure près de 85 % de l'hospitalisation à domicile (HAD) sur le territoire est l'association Reinacker.

Lieu d'hospitalisation en MCO des habitants du PETR de Saverne en 2018

	PETR Saverne		CC Alsace bossue		CC de Hanau - la Petite		CC Pays de Saverne	
	Nb séjours	% séjours	Nb séjours	% séjours	Nb séjours	% séjours	Nb séjours	% séjours
CH Ste-Catherine de Saverne	9 920	23,0	1 951	16,5	2 379	18,0	5 590	31,0
Hôpitaux universitaires de Strasbourg	5 680	13,2	1 479	12,5	1 591	12,1	2 609	14,5
CH de Haguenau	4 308	10,0	889	7,5	2 252	17,1	1 167	6,5
CRLCC Paul Strauss de Strasbourg	3 921	9,1	962	8,1	1 149	8,7	1 809	10,0
Centre d'autodialyse AURAL de Saverne	4 944	11,5	1 851	15,7	2 021	15,3	1 072	6,0
Clinique Ste Anne de Strasbourg	1 830	4,2	370	3,1	414	3,1	1 046	5,8
Hôpital St Joseph de Bitche	1 815	4,2	1 757	14,9	ND	ND	ND	ND
Centre d'autodialyse AURAL de Strasbourg	1 755	4,1	87	0,7	255	1,9	1 413	7,8
Clinique St-François de Haguenau	1 732	4,0	313	2,7	932	7,1	487	2,7
Clinique Rhena de Strasbourg	1 281	3,0	270	2,3	302	2,3	710	3,9
Clinique Ste-Odile de Haguenau	1 257	2,9	237	2,0	535	4,1	485	2,7
Clinique ENDOSAV de Saverne	1 003	2,3	167	1,4	242	1,8	594	3,3
Clinique de l'Orangerie de Strasbourg	817	1,9	245	2,1	198	1,5	374	2,1
Autres-Bas-Rhin	1 424	3,3	239	2,0	753	5,7	432	2,4
Autres	1 386	3,2	1 002	8,5	167	1,3	218	1,2

Source : Atih (PMSI-MCO), exploitation ORS

- **Focus accidents de la route**

Le territoire du PETR de Saverne présente près de deux fois plus de personnes hospitalisées en hospitalisations complètes (au moins une nuit) à cause d'un accident de la circulation qu'en moyenne dans le Bas-Rhin (+86 %) soit, près de 76 hospitalisations par an sur la période 2014/2018. Cette valeur s'avère aussi supérieure lorsque l'on s'intéresse à tout accident de transport terrestre et toute durée d'hospitalisation (+69 %).

Cette valeur est d'autant plus élevée au sein des CC de l'Alsace Bossue et du Pays de Saverne. Cette surreprésentation s'observe aussi bien chez les hommes que chez les femmes, et est un peu plus marquée chez les femmes du PETR (+86 % vs +80 % pour les hommes).

Concernant les tranches d'âges, chez les hommes, la moitié des patients hospitalisés en hospitalisation complète pour accident de la route sur la période 2014-2018 étaient âgés de moins de 25 ans, tandis que chez les femmes 40 % étaient âgées de moins de 25 ans et 35 % de 50 ans et plus.

Il convient de préciser que le caractère rural du territoire du PETR de Saverne joue un rôle dans ces écarts. En effets, les accidents de la circulation sont plus courant à la campagne¹, et les grosses agglomérations du Bas-Rhin telles que Strasbourg et Haguenau impactent donc positivement la valeur du Bas-Rhin.

¹ En 2018, 963 personnes ont perdu la vie dans un accident routier survenu en agglomération, soit 47 de moins qu'en 2017. Les accidents mortels en zone urbanisée représentent 29% de la mortalité routière. Pour un habitant d'une ville de plus de 100 000 habitants, le risque de mourir dans un

Taux comparatif de patients hospitalisés pour accidents de transport terrestre dont accidents de la route en 2014-2018 (pour 100 000 habitants)

	Accidents de la route (CIM10 : V00-V80, V82-87, V89, hospitalisations complètes)		Accidents de transport terrestre (CIM10 : V00-V99, toutes durées)	
	Nb/an	Tx stand	Nb/an	Tx stand
CC Alsace Bossue	21	93	25	111
CC de Hanau - La Petite Pierre	22	88	27	107
CC Pays de Saverne	32	95	39	115
PETR Saverne	76	92	91	111
Bas-Rhin	552	49	731	66
Grand Est	3 371	62	4 056	74
France hexagonale	34 917	55	42 822	68

Surligné en vert : taux significativement inférieur au taux départemental

Surligné en rouge : taux significativement supérieur au taux départemental

Source : ATIH (PMSI-MCO), exploitation ORS

Une autre source de données fournit des informations sur les accidents de la route : il s'agit du fichier national des accidents corporels de la circulation dit " Fichier BAAC " administré par l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière "ONISR". Il doit encore être vérifié si des données locales peuvent être disponibles. En France métropolitaine, près de 27 700 situations sont répertoriés dans ce fichier pour

Nombres de patients hospitalisés en France métropolitaine en 2016 et 2017 et nombre de situations répertoriées dans le fichier BAAC

	2016	2017
ONSIR - BAAC	27 732	27 187
PMSI - Hospitalisation complète (1 nuit ou plus)	35 736	37 336
PMSI - Hospitalisation > 24h (2 nuits ou plus)	21 851	22 781

Sources : Atih (PMSI-MCO), ONISR (fichier national des accidents corporels BAAC)

accident de la circulation est près de trois fois moindre qu'à la campagne. Source :

<https://www.securite-routiere.gouv.fr/actualites/bilan-definitif-de-l'accidentalite-routiere-2018>

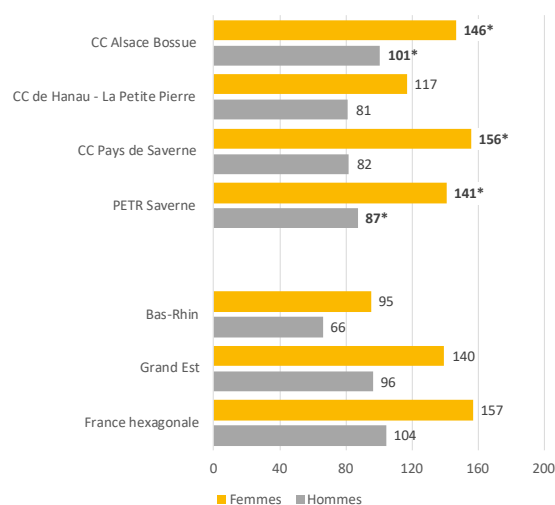
- **Focus tentative de suicide**

Les données d'hospitalisation 2014-2018 montrent, pour le territoire du CC du Pays de Saverne une sur-prévalence de tentatives de suicide (+41 %), et notamment au sein des CC de l'Alsace Bossue (+53 %) et du Pays de Saverne (+46 %) au regard du département. Environ 60 % des tentatives de suicides concernent des femmes. Les femmes qui ont réalisées des TS sur le territoire du PETR sont un peu plus âgées qu'en moyenne dans le Bas-Rhin (36 % étaient âgées de 50 ans et plus contre 33 % dans le Bas-Rhin).

Selon Santé Publique France, les suicides et tentatives de suicide demeurent un problème de santé publique majeur. Dans la région Grand Est, les conduites suicidaires, c'est en moyenne, un décès par suicide toutes les 12 heures, un passage aux urgences et une hospitalisation complète toutes les 80 minutes. En 2017, un habitant de la région sur 20 (4,9 %) déclarait avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée, ce qui représentait environ 192 000 personnes. Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'auto-intoxication médicamenteuse qui concernait près de 82 % des hospitalisations pour TS domiciliées en Grand Est entre 2015 et 2017.

Parmi elles, 13,4 % (2 132) correspondaient à des auto-intoxications par ingestion de paracétamol. Les autres modes de TS les plus fréquents étaient les auto-intoxications non médicamenteuses (9,7 %) et les automutilations par objet tranchant (7,8 %).²

Taux comparatif de patients hospitalisés en MCO et psychiatrie pour tentative de suicide en 2014-2018 – par sexe (pour 100 000)



* Taux significativement différent du taux observé dans le Bas-Rhin ($p < 0,05$)

Source : ATIH-PMSI-MCO, Insee, exploitation ORS

² Santé Publique France, Bulletin de santé publique Grand Est, Conduites suicidaires, Février 2019

Dépistages organisés des cancers

Le diagnostic précoce des cancers permet d'optimiser la prise en charge et d'améliorer son efficacité. Trois programmes nationaux de dépistage organisé sont mis en œuvre en France et dans la région : celui du cancer du sein, du cancer colorectal et du col de l'utérus.

*Chaque année en France, le **cancer du col de l'utérus** touche 3 000 femmes et cause 1 100 décès. Or, ce cancer peut être dépisté très tôt grâce à la réalisation d'un test de dépistage tous les trois ans entre 25 et 65 ans. Ce test permet aussi de détecter des lésions précancéreuses et de les traiter avant qu'elles ne se transforment en cancer. On estime que 90 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités avec un test de dépistage réalisé tous les 3 ans. La périodicité recommandée pour le dépistage du cancer du col de l'utérus peut ainsi varier de moins d'un an à trois ans selon les résultats du frottis³.*

*Le **cancer colorectal**, ou cancer du côlon-rectum, touche chaque année près de 45 000 personnes en France. Il est responsable de près de 18 000 décès par an. Près de 95 % des cancers colorectaux sont diagnostiqués après 50 ans, chez les hommes comme chez les femmes. C'est pourquoi le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans et qui ne présentent ni symptôme, ni facteur de risque particulier. Ce dépistage consiste à réaliser, tous les deux ans, un test de recherche de sang caché dans les selles à faire chez soi.⁴*

*Le **cancer du sein** est à la fois le plus fréquent et le plus mortel chez la femme. Chaque année, 59 000 nouveaux cas sont détectés en France. Le dépistage par mammographie permet de détecter, avant tout symptôme, 90 % des cancers du sein. La répétition de l'examen tous les deux ans améliore encore cette capacité de détection précoce. Entre 150 et 300 décès par cancer du sein seraient évités pour 100 000 femmes participant régulièrement au dépistage pendant 7 à 10 ans.⁵*

Les taux de dépistage correspondent au nombre de patients ayant bénéficié d'un dépistage sur une année, 2017 pour le cancer du col de l'utérus, ou sur une campagne de dépistage de deux années, 2017-2018 pour le cancer colorectal et le cancer du sein, rapporté à la population cible du dépistage. Pour le cancer du col de l'utérus la population cible est constituée de toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans et pour le cancer colorectal et le cancer du sein de toutes les personnes/femmes âgées de 50 à 74 ans.

Il faut cependant différencier cette population cible théorique de la population cible réelle qui est moindre, et dépend des résultats des précédents dépistages et des antécédents médicaux de chaque patient pouvant contre-indiquer sa réalisation.

Les taux de dépistages organisés sur le territoire du PETR sont globalement plus élevés que les moyennes départementales, régionales et nationales. La CC de l'Alsace Bossue présente notamment des taux de participation au dépistage du cancer du sein relativement

bon, qui témoigne de l'implication des professionnels de santé du territoire depuis la réalisation de l'ancien diagnostic local de santé⁶. Le territoire présente en revanche des taux plus faibles de dépistage du cancer colorectal, pouvant peut-être résulter d'un

³<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Pourquoi-se-faire-depister>

⁴<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Pourquoi-se-faire-depister>

⁵<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Cancer-du-sein-la-detection-precoce>

⁶ Rapport DLS Alsace Bossue – 2014 - ORSAL/Ireps Alsace

accès aux dépistage dans le département voisin de la Moselle, dépistages qui ne seraient peut-être pas comptabilisé dans les bases des associations d'ante-région alsacienne présentés ici (information qui n'a pu être confirmée à ce jour).

A noter également que les personnes peuvent également se faire dépister dans le cadre d'un dépistage individuel. Les taux de participation à ces dépistages individuels n'ont pu être fournis à ce jour.

Taux de dépistage des cancers rapportés à la population cible en 2017

	Taux (%) de dépistage du cancer du col de l'utérus	Taux (%) de dépistage du cancer colorectal	Taux (%) de dépistage du cancer du sein
CC Alsace Bossue	67,2	37,6	68,3
CC de Hanau - La Petite Pierre	69,1	44,9	55,0
CC Pays de Saverne	72,6	47,9	58,5
PETR Saverne	70,0	44,0	60,0
Bas-Rhin	ND	42,1	49,7
Grand Est	ND	38,3	51,8
France hexagonale	ND	32,2	49,9

Source : EVE, ADECA, ADEMAs, Invs, exploitation ORS

Santé mentale

Etat de santé

Selon l'Atlas de Santé Mentale⁷, qui ne fournit pas de données en dessous de l'échelle du département, le Bas-Rhin présente une consommation d'antidépresseurs relativement faible comparé aux autres départements français en 2015 avec près de 48 adultes consommant pour 1 000 bénéficiaires du régime général et Sections Locales Mutualistes âgés de 18 à 64 ans contre 69 en moyenne. Le DLS d'Alsace Bossue réalisé en 2014⁸, faisait en revanche état d'une consommation de psychotropes très élevée et d'une consommation d'antidépresseurs supérieure à la moyenne alsacienne dans cette CC en 2011.

Le Bas-Rhin présente également des taux de personnes prises en charge pour troubles psychotiques (chez les 18-64 ans et chez les 65 ans et plus), un peu plus élevés que la moyenne des départements, respectivement 8 ‰ chez les 18-64 ans contre 7 ‰ en moyenne et 10 ‰ chez les 65 ans et plus contre 7 ‰ en moyenne. Même constat pour le taux de personnes prises en charge pour déficience mentale en 2015 3 ‰ dans le Bas-Rhin contre 2,5 en moyenne.

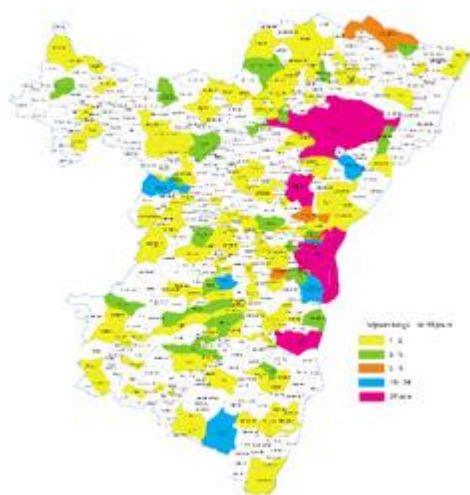
Le taux de recours en établissement sanitaire pour motif psychiatrique chez les 65 ans et plus en 2015 est également plus élevé dans le Bas-Rhin : 319 ‰ contre 245 en moyenne dans les départements français.

Le taux d'hospitalisations en psychiatrie est également supérieur dans le Bas-Rhin, et notamment chez les 0-11 ans, avec 4 hospitalisations à temps plein pour 10 000 dans le Bas-Rhin contre 2 en moyenne dans les départements français, 4,5 vs 4 en hospitalisations à temps complet et 56 vs 22 en temps partiel.

⁷ <http://santementale.atlasante.fr/#c=home>

⁸ Rapport DLS Alsace Bossue – 2014 - ORSAL/Ireps Alsace

Séjours d'hospitalisation de plus de 250 jours en 2017



Source : PTSM du Bas-Rhin

Par ailleurs le PTSM du Bas-Rhin⁹ fait état d'un nombre d'hospitalisations prolongées importantes au sein du PETR et notamment dans la commune de Saverne (entre 10 et 24 séjours de plus de 250 jours en 2017), que l'on peut corréliser comme dans l'ensemble des communes de grandes tailles à l'absence ou au peu d'offres en logement ou hébergements adaptés à la pathologie psychiatrique.

Le taux de recours à un psychiatre est également plus élevé avec 150 mineurs ayant recouru à un psychiatre pour 10 000 en 2015 dans le Bas-Rhin contre 82 en moyenne dans les départements français. Cette part est d'autant plus importante chez les 0-11 ans (116 vs 59) que chez les 12-17 ans (212 vs 118). L'analyse de la consommation de soins au sein des QPV alsaciens en 2016¹⁰ montrait que le recours à un psychiatre en 2014 dans le Bas-Rhin était supérieur de 28 % à la moyenne Alsacienne. Au sein de la ville de Saverne ce recours était équivalent à la moyenne alsacienne (+1%) tandis qu'au sein du QPV des

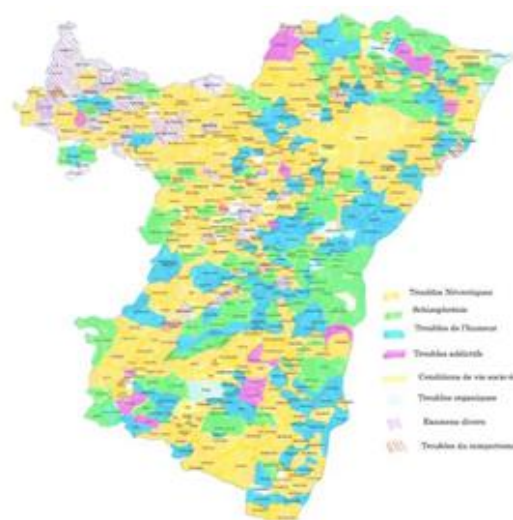
⁹ Diagnostic territorial de santé mentale du département du Bas-Rhin

¹⁰ Cartes d'identités territoriales des QPV alsaciens - décembre 2016 – ORS Alsace

quartiers Est il y était nettement inférieur (-65 %).

En terme de pathologie, il ressort une prépondérance au sein du PETR de Saverne comme au sein des zones rurales du Bas-Rhin de troubles névrotiques, et notamment dans les bourg-centres comme Saverne. Il est à préciser qu'il s'agit de la prévalence d'un diagnostic en nombre de patients pris en charge et non en fonction du nombre d'actes réalisés pour chacun d'eux.

Diagnosics principaux des personnes soignées en psychiatrie publique en 2017



Source : PTSM du Bas-Rhin

• Offre et équipements sur le territoire

En terme d'association d'usagers, le territoire du PETR dispose de deux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) à Saverne (Le phare de Saverne) et Sarre-Union (Renaître), espaces d'accueil et d'échanges dédié aux adultes en situation de handicap psychique.

Concernant l'insertion professionnelle, le territoire dispose de trois établissements et service d'aide par le travail – ESAT (Saverne, Diemeringen et Ingwiller). Il dispose également de 3 entreprises adaptées : une dans le secteur de Sarre-Union et deux dans le secteur de Saverne (dont OPTIMAL ST qui propose les services suivant : Entretien d'espaces verts, Nettoyage de locaux, Etiquetage, collage, pliage, Mise sous film, Câblage, Soudure sur métaux, etc.). La ville de Saverne détient également un Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de travail (SIMOT), qui constitue aujourd'hui un service d'appui et de référence pour l'insertion en milieu ordinaire des personnes atteintes de troubles psychiques, ainsi qu'un service de mission locale, qui de par leur travail de réseau intensif, sont devenues des partenaires à part entière des services de santé mentale.

Le territoire du PETR dispose de peu d'offre d'hébergements et de logements. Le PTSM fait ressortir l'absence d'appartements relais / hébergement pour les jeunes au sein du territoire. On note un développement assez hétérogène de ce type de structures, concentrées de manière quasi exclusive sur la métropole Strasbourgeoise. La pertinence d'un déploiement plus large de ce type d'appartements spécifiques pour des populations de type adolescent jeunes adultes est réelle. Le territoire du PETR de Saverne ne dispose pas non plus de centre d'hébergement et de réinsertion sociale, ni d'hébergement lié à une problématique de santé mentale (dispositif LAPY, Résidences accueil, ...), et de maisons relais. En revanche, le territoire dispose d'un dispositif famille-gouvernante à Saverne qui s'adresse à des personnes en rupture de logement ou à des personnes en incapacité d'être autonomes dans leur logement, et de trois foyers d'hébergements pour travailleurs handicapés (à Diemeringen et Saverne et Ingwiller).

En terme d'accompagnement social et éducatif, le territoire dispose de 7 centres sociaux et médico-sociaux (deux à Saverne, un

à Hochfelden, Bouxwiller, Wingen-Sur-Moder, Drulingen et Sarre-Union). Il dispose également de deux établissements de placement de Protection Judiciaire de la Jeunesse (le centre éducatif fermé de Saverne et le Foyer Oberholz Educ Surveillée à Bouxwiller). Il compte aussi un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) à Saverne et deux centres d'accueil Médico-social Précoce (CAMSP) à Saverne et Ingwiller, ainsi qu'un un Centre médico-Psychologique (CMP) à Saverne et un lieu de consultation à Sarre Union (Maison Bleue). On compte 3 services de Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et 3 services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) : à Saverne, Diemerinegn et Ingwiller. On compte 3 institut medico-éducatif (IME) : Diemeringen, Ingwiller et Saverne. Ingwiller dispose aussi d'un Service d'accompagnement médico-Social pour adultes handicapés. Le PETR de Saverne ne compte en revanche pas de maisons

d'enfant à caractère social (MECS) ni d'Institut Thérapeutique, Éducatif et Professionnel (ITEP) ; la zone est toutefois desservie par la structure de Scharrachbergheim. En terme d'offre de soins, le PTSM fait ressortir un maillage assez épars de maison d'accueil spécialisée (MAS) centré sur une ligne centre-nord. Deux foyers d'accueils médicalisés (FAM) sont implantés à Marmoutier et Wingen sur Moder.

Le PTSM indique également que dans un but d'amélioration des personnes hospitalisées en attente d'un lieu de vie l'objectif est de renforcer les dispositifs existants de précarité (Pass Psy) ainsi que le futur « chez soi d'abord », il est envisagé sur le territoire la création de Pass Psy sur la ville de Saverne.

Certaines structures sont également présentées en pages 67 à 69.

Services publics médicaux sociaux

	PETR de Saverne	Bas-Rhin
Insertion professionnelle		
Établissement et service d'aide par le travail	3	18
Entreprises adaptées	3	25
Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de travail (SIMOT)	1	5
Mission locale	1	6
Logements et hébergements		
Appartements relais / Hébergement pour les jeunes	-	9
Centre d'Hébergement et de réinsertion sociale	-	14
Hébergement lié à une problématique de santé mentale (dispositif LAPPY, Résidences accueil,...)	-	4
Familles gouvernantes	1	3
Maisons-relais	-	8
Foyer d'Hébergement pour travailleurs handicapés	3	26
Accompagnement social / éducatif		
Centres sociaux et médico-sociaux (UTAMS, CMS)	7	+ de 50
Établissements de placement de Protection Judiciaire de la Jeunesse	2	14
Instituts Médico-Économiques / Instituts Médico-Professionnels	3	13
Maisons d'enfant à caractère social (MECS)	-	12
Institut Thérapeutique, Éducatif et Professionnel (ITEP)	-	5
Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)	1	3
Centre d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP)	2	6
Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)	1	10
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	3	15
Centres de Soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	1	12
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	3	11
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés	1	5
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	-	8
Foyer d'accueil médicalisé	2	13
Foyer d'accueil spécialisé	4	19

Source : PTSM du Bas-Rhin

Concernant l'offre libérale, le territoire du PETR compte 5 psychiatres libéraux dont 4 sur la CC du Pays de Saverne. Cette EPCI présente une

densité égale à celle du Bas-Rhin, mais les deux autres CC présentent une densité de l'offre faible voire inexistante, ce qui entraîne des

temps d'accès relativement longs (28 minutes en moyenne sur le CC de l'Alsace Bossue).

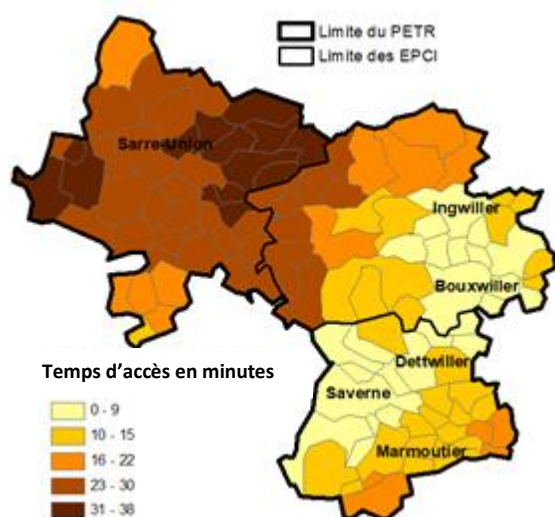
De plus, la moitié de ces professionnels sont âgés de 55 ans et plus, nécessitant probablement un renouvellement de ces professionnels dans les années qui viennent.

Offre en psychiatrie libérale en 2018

	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Part (%) des 55 ans et plus
CC Alsace Bossue	-	-	-
CC de Hanau - La Petite Pierre	1	4	-
CC Pays de Saverne	4	11	50,0
PETR Saverne	5	6	40,0
Bas-Rhin	4	11	50,0

Source : RPPS 01/01/2018, exploitation ORS

Temps d'accès routier au psychiatre libéral le plus proche en 2018



Source : FINISS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, exploitation ORS

Addictologie

Le territoire dispose de Consultations Jeunes consommateurs (CJC) et d'un Centre de Soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) à Saverne. Le centre hospitalier de Saverne dispose également d'une unité d'addictologie.

A noter que depuis 2015 la ville de Saverne dispose d'un Conseil local de santé mentale – (CLSM) qui réunit tous les acteurs du territoire concernés par la question, pour accompagner au mieux les malades. Le handicap psychique se distingue du handicap mental par le fait que les malades sont des personnes qui ont toutes leurs facultés intellectuelles et puis suite à un événement, à un moment de leur vie, elle développent des troubles du comportement ; cette situation est difficile à vivre pour les familles et peu connue dans notre société.

Le CLSM s'occupe des malades psychiques, les personnes atteintes de handicap mental sont accompagnées elle par l'AAPEI par exemple à Saverne. Il réunit des élus, des professionnels de santé de ville et de psychiatrie, des proches et des aidants, des malades, des organismes publics, dont la Ville : la spécificité du territoire savernois, c'est de ne pas disposer de structures intermédiaires entre l'hôpital et le domicile, pour aider les malades, et de manquer de collaboration entre les médecins traitants et le secteur psychiatrique.

Il compte trois axes de travail :
 - mieux lier parcours de soin et parcours de vie ;
 - résoudre les problèmes de logements que les personnes rencontrent ;
 - sensibiliser sur ce type de handicap afin de déstigmatiser les malades et leur entourage¹¹.

Consultation en CSAPA pour 10 000 habitants en 2016

	Consultation en CSAPA pour 10 000 hab.		
	Canabis	Opiacés/stimulants	Addictions sans substances
Bas-Rhin	10,7	16,9	3,0
Grand Est	12,7	16,7	2,1
France	12,9	12,9	2,1

Source : ODICER

¹¹ <https://www.saverne.fr/famille-solidarite/le-clsm-pour-ameliorer-la-situation-des-personnes-malades-psychiques/>

En moyenne dans le Grand Est les jeunes de 17 ans sont moins nombreux à déclarer avoir expérimentés des substances qu'en moyenne en France (entière). Ils sont en revanche plus nombreux à déclarer utiliser plus d'une fois dans l'année des médicaments psychotropes (18 % vs 15 % en France). A noter que 86 % des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté l'alcool et 57 % le tabac et que 1 jeunes de 17 ans sur 4 déclare fumer quotidiennement (tabac).

Expérimentation et consommation de substances à 17 ans en 2017

	Expérimentation à 17 ans (%)					Usage régulier à 17 ans (%)				
	Alcool	Tabac	Canabis	Opiacés/ stimulants	Médicaments psychotropes	Alcool	Tabac (quotidien)	Canabis	Drogue illicite autre que cannabis (usage dans l'année)	Médicaments psychotropes (usage dans l'année)
Grand Est	86	57	36	6	13	8	24	7	3	18
France	86	59	39	7	20	8	25	7	4	15

Source : ODICER- Enquête ESCAPAD

VIH et IST

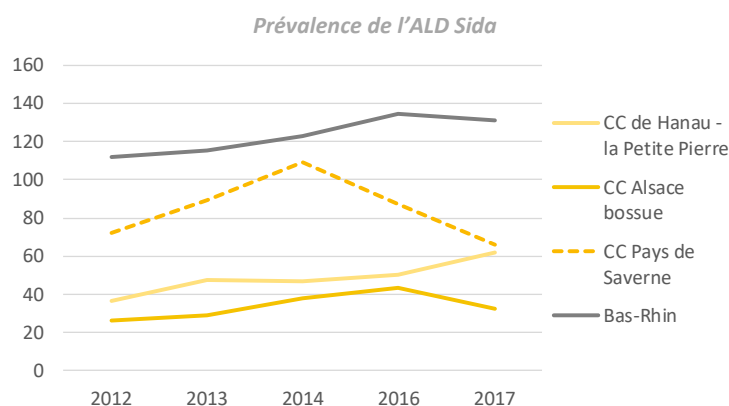
Au 31 décembre 2016, avec 55 cas, la prévalence ALD pour Sida au sein du PETR est significativement inférieure à celle du Bas-Rhin de 52 %. Cet écart varie de -35 % au sein de la CC de Saverne à -68 % au sein de la CC de l'Alsace Bossue. Ce sont majoritairement des hommes (78 %) dont 1/3 ont entre 25 et 44 ans et 1/3 entre 45 et 54 ans. Bien que la prévalence y soit plus faible sur l'ensemble de la période, on note une hausse de la prévalence de l'ALD Sida au sein des de CC de Hanau-La Petite Pierre (+32 % sur la période 2014-2017) tandis que les CC de l'Alsace Bossue et du Pays de Saverne présentent une baisse (-14 % et -40 %).

Concernant les infection sexuellement transmissibles (IST)¹² dans la région :

- Les Chlamydioses sont en progression depuis 2007 dans le Grand Est (sauf 2016), comme au niveau national : 1 545 cas d'infections déclarés dans la région en 2017. Elles concernent majoritairement des femmes (67 %) et l'âge médian est 24 ans.

- Les cas de Gonococcie sont également en augmentation depuis 2007 (sauf en 2017 où on note un recul vs 2016 dans le Grand-Est). On compte 321 cas dans la région en 2017 par réseau Rénago et 47 par réseau Résist. Cela concerne majoritairement des hommes (68 %).

- Concernant la Siphyllis, après une progression entre 2007 et 2015 on note une diminution du nombre de cas dans la région et en France depuis 2016 : 92 en 2017.



Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS

¹² Santé Publique France, Bulletin de santé publique Grand Est, Surveillance et prévention des

infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles – Juillet 2019

Santé des élèves en classe de 6^{ème}

La bonne santé des élèves, le repérage et la prise en charge des troubles de toute nature qui peuvent les affecter sont des conditions nécessaires aux apprentissages et à la bonne santé future. L'Éducation nationale, qui scolarise plus de 12 millions d'élèves pour une durée de plus de 18 ans en moyenne, est une actrice incontournable d'une prévention durable en matière de santé. Le suivi de la santé des élèves fait aussi partie des missions de l'École. Il est assuré tout au long de la scolarité, au travers de visites médicales et de dépistage notamment.

L'analyse des données de santé scolaire semble faire apparaître quelques différences de pratiques alimentaires sur les circonscriptions du PETR, comparativement au Bas-Rhin. En effet, d'après les bilans infirmiers, les élèves de 6^{ème} interrogés de la circonscription de Saverne sont davantage à déclarer prendre un petit déjeuner et ceux des Vosges du Nord à prendre une collation matinale à l'école. A l'inverse ils sont moins nombreux à grignoter entre les repas.

En terme de pratiques sportives, il y a moins de trajet actif, ce qui est propre aux milieux ruraux et à l'inverse les élèves sont plus nombreux à déclarer pratiquer au moins 2H d'activités sportives en dehors de l'école.

Concernant le surpoids et l'obésité on observe davantage de surpoids dans la circonscription de Saverne.

L'hygiène bucco-dentaire est meilleure sur la circonscription de Saverne que sur celle des Vosges du Nord et en moyenne dans le Bas-Rhin.

Les élèves sont moins à déclarer dormir au moins 10 heures dans les deux circonscriptions recoupant le territoire du PETR de Saverne, et plus nombreux sur la circonscription des Vosges du Nord à déclarer avoir un équipement média dans leur chambre.

Sources : ORS GE. La santé des enfants scolarisés en classes de 6^{ème} dans les établissements publics de l'Académie de Strasbourg. Analyse des bilans de santé infirmiers années scolaires 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017. Rapport d'étude. 60p.¹³

Résultats des bilans infirmiers réalisés par les personnels de l'Éducation Nationale auprès des élèves de 6^{ème} des établissements publics en 2014-2017, par circonscriptions¹⁴

	Effectifs d'élèves de 6 ^{ème} interrogés	Absence de petit déjeuner (%)	Prise de collation matinale (%)	Grignotage entre les repas (%)	Mode de déplacement actif (%)	Activité sportive (%)	Enfants en surpoids (y compris obésité) (%)	Obésité (%)	Emission d'un avis sur la surcharge pondérale (%)	Brossage quotidien des dents (%)	Au moins un contrôle dentaire dans les 12 mois (%)	Présence d'un équipement média dans la chambre (%)	Au moins 10 heures de sommeil (%)
Vosges du Nord	943	13	39	21	18	81	23	6	7	90	73	58	53
Saverne	1 459	11	26	21	27	74	26	6	9	93	81	50	59
Bas- Rhin	25 351	13	33	23	42	60	23	6	6	91	75	53	60

Source : Rectorat de l'Académie de Strasbourg, exploitation ORS

Dispositif d'informatisation des bilans de santé réalisés par les personnels infirmiers de l'Académie de Strasbourg

Depuis la rentrée scolaire 2014, les bilans réalisés dans les collèges publics auprès des élèves de 6^{ème} par les personnels infirmiers de l'Académie de Strasbourg font l'objet d'une informatisation, grâce au logiciel santé scolaire (L2S), application web développée dans le cadre d'une collaboration entre le Rectorat, l'ARS Alsace et l'ORS Alsace. Au total en Alsace, les bilans de 41 094 élèves de 6^{ème} ont ainsi pu être exploités sur les années scolaire 2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017.

¹³ Consultable sur le site de l'ORS GE : https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/L2S_sante_e_nfant.pdf

¹⁴ La CC de l'Alsace Bossue est entièrement incluse dans la circonscription des Vosges du Nord, celle du

Pays de Saverne dans celle de Saverne et celle de Hanau La Petite Pierre est à cheval sur les deux. http://67.snuipp.fr/IMG/pdf/Carte_des_circonscriptions_du_Bas-Rhin-5.pdf

Offre de soins et médico-sociale

Offre de soins libérale

Même si, dans la constitution des inégalités de santé, la part attribuable aux soins apparaît plus limitée que celle attribuable aux facteurs sociaux et environnementaux, l'accès aux soins reste néanmoins un élément central des politiques de santé. Le Plan du Gouvernement du 13 octobre 2017 prône un égal accès aux soins dans les territoires.

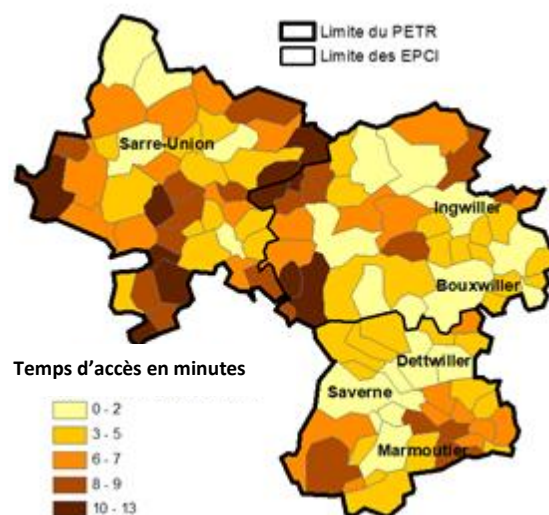
Les professionnels libéraux sont a priori les principaux acteurs de la prise en charge organisée des « soins primaires », dits aussi de premier recours ou de proximité, centrés autour des médecins généralistes, qui assurent également l'orientation de leurs patients, vers des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes voire de troisième recours en établissement de santé ou en structure adaptée.

L'offre de santé est assez inégalement répartie sur le PETR de Saverne, avec une grosse majorité de l'offre concentrée sur la CC du Pays du Saverne et peu voire aucune offre sur certaines spécialités au sein des CC de l'Alsace Bossue et de Hanau – La Petite Pierre.

Le PETR compte au 01/01/2018, **76 médecins généralistes**, correspondant à une densité de 87 médecins pour 100 000 habitants contre 127 en moyenne dans le Bas-Rhin. Quarante-deux pourcents sont concentrés sur la CC de Saverne.

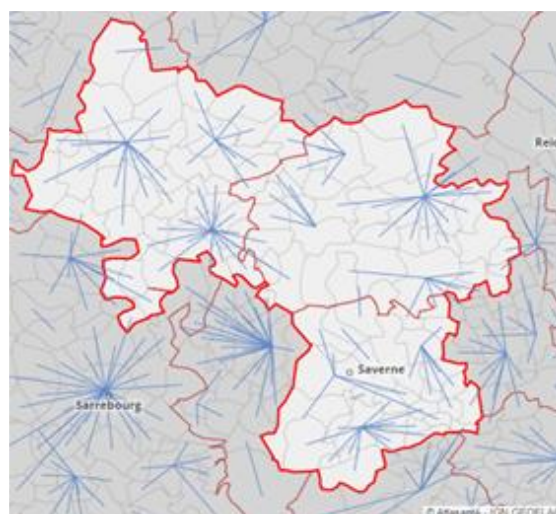
Les temps d'accès routier au professionnel le plus proche sont ainsi assez disparates sur le territoire, avec un temps moyen d'accès entre 5 et 6 minutes ce qui est supérieur à la moyenne du Bas-Rhin (3 minutes). Les principaux pôles d'attraction du territoire sont les communes de Sarre-Union, Diemeringen, Drulingen, La Petite-Pierre, Wingen-Sur-Moder, Ingwiller, Bouxwiller, Dettwiller, Saverne et Marmoutier. Pour quelques communes du PETR, la population se rend majoritairement en dehors du PETR afin de consulter un médecin généraliste MG, il s'agit de : Schalkendorf (consultation prépondérante à Val de Moder), Landersheim (Wasselone), Saessolsheim (Hochfelden), Pfalzweyer (Phalsbourg), Baerendorf, Diedendorf, Kirrberg et Rauwiller (Fénétrange), et Goerlingen (Sarrebouurg).

Temps d'accès routiers au médecin généraliste le plus proche en 2018 (en minutes)



Source : FINISS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, exploitation ORS

Pôles d'attraction des médecins généralistes en 2018



Source : ARS - CartoSanté - SNDS

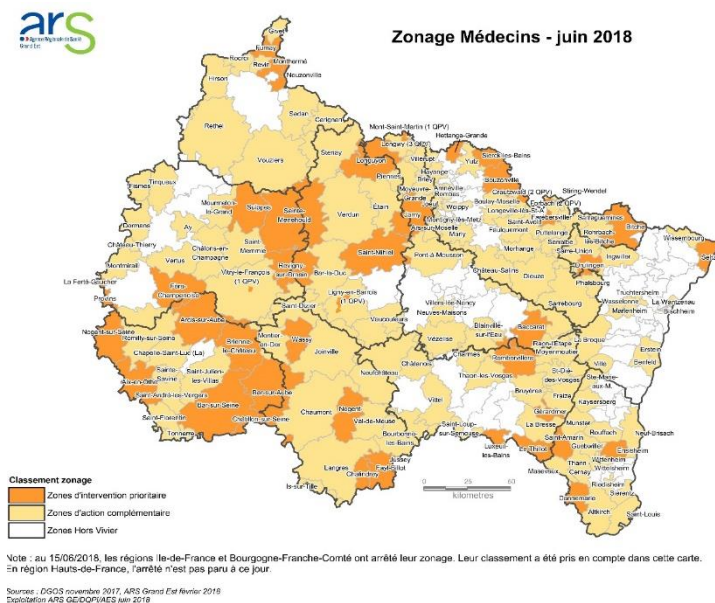
Le nombre de médecins généralistes a toutefois augmenté de 19 % sur la CC de l'Alsace Bossue entre 2012 et 2018 (+6 MG) et diminué sur celle de Saverne (-7 MG).

Pierre (11 en zone d'intervention prioritaires et 61 en zone d'action complémentaire), et 3 communes en zone d'action complémentaire sur la CC de Saverne.

Plus de la moitié des MG du territoire sont âgés de 55 ans ou plus (57 % versus 48 % dans le Bas-Rhin) nécessitant probablement un renouvellement de ces professionnels dans les années qui viennent, et ceci de manière plus prononcée dans les 2 CC les plus rurales (60 % de MG de plus de 55 ans dans la CC Hanau - La Petite Pierre et 63 % dans la CC Alsace Bossue).

Une bonne partie des communes du PETR de Saverne est concernée par le Zonage des médecins de l'ARS. En effet, la totalité des communes de la CC d'Alsace Bossue sont ciblées (38 en zone d'intervention prioritaires et 62 en zone d'action complémentaire), et 70 % de celles de la CC de Hanau-La Petite

Zonage d'intervention des médecins 2018



Détail des principales spécialités et des professionnels paramédicaux libéraux et mixtes en 2018

	PETR Saverne			CC Alsace Bossue			CC de Hanau - La Petite Pierre			CC Pays de Saverne			Bas-Rhin		
	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Part (%) des 55 ans et plus	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Part (%) des 55 ans et plus	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Part (%) des 55 ans et plus	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Part (%) des 55 ans et plus	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants	Part (%) des 55 ans et plus
Médecins généralistes	76	87	57	19	76	63	25	92	60	32	90	50	1 420	127	48
Médecins spécialistes	50	57	60	6	24	50	3	11	-	41	115	66	1 383	123	48
Pédiatres	2	2	100	-	-	-	-	-	-	2	6	100	87	8	51
Gynécologues	2	2	100	-	-	-	-	-	-	2	6	-	109	10	50
Ophthalmologues	6	7	67	1	4	100	1	4	-	4	11	75	99	9	54
Psychiatres	5	6	40	-	-	-	1	4	-	4	11	50	160	14	59
Cardiologue	3	3	33	-	-	-	-	-	-	3	8	33	111	10	41
Radiologue	7	8	29	4	16	25	1	4	-	2	6	50	153	14	47
Chirurgiens-dentistes	47	57	36	9	36	44	11	40	55	27	76	26	871	88	40
Infirmiers	165	188	15	34	137	9	67	247	13	64	179	20	1 982	177	15
Masseurs-kinésithérapeutes	128	146	-	31	125	-	44	162	-	53	148	-	1 838	165	-
Sages-femmes	8	86	50	1	4	-	3	11	33	4	11	-	121	86	62

Source : RPPS 01/01/2018, exploitation

Temps d'accès routiers aux professionnels libéraux les plus proches (minimum, maximum, moyenne et médiane en minutes) en 2018

	CC Alsace Bossue				CC de Hanau - La Petite Pierre				CC Pays de Saverne				Bas-Rhin				Grand Est			
	min	max	moy	med	min	max	moy	med	min	max	moy	med	min	max	moy	med	min	max	moy	med
Médecins généralistes	-	12	6	7	-	13	5	5	-	9	5	5	-	14	3	4	-	20	6	6
Ophthalmologue	-	24	13	13	-	24	12	11	-	14	10	10	-	31	12	11	-	86	22	20
Pédiatres	13	38	28	28	14	37	26	26	-	19	12	13	-	46	17	16	-	68	25	23
Gynécologues	13	38	28	28	6	38	20	19	-	18	10	11	-	38	14	12	-	63	22	21
Cardiologue	13	43	28	28	9	39	24	13	-	14	10	10	-	43	15	13	-	62	21	19
Radiologue	-	24	13	13	-	25	13	12	-	16	10	11	-	44	14	13	-	55	21	19
Psychiatres	13	38	28	29	-	30	16	5	-	17	11	11	-	49	16	14	-	86	26	25
Chirurgiens-dentistes	-	12	6	7	-	13	6	6	-	9	5	6	-	16	4	4	-	37	8	8

Source : FINES - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, exploitation ORS

Calcul des temps d'accès routiers aux professionnels de santé – distancier METRICS

Les temps de trajets routiers présentés sont calculés à partir de l'outil METRIC développé par l'Insee. METRIC permet de calculer les temps de trajet routier aux différents professionnels de santé de commune à commune. Lorsqu'un professionnel de santé est situé sur la commune, le temps d'accès est sous-évalué à 0 minute. Les communes peuvent être étendues, denses, congestionnées. L'accessibilité géographique ainsi calculée ne rend pas forcément compte de l'accessibilité réelle (facilité pour s'y rendre mais aussi délai pour RDV, freins financiers, etc.).

Zonage d'intervention des médecins

Après un avis favorable de l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), le Directeur général de l'ARS a arrêté, le 19 juin 2018, la cartographie relative au zonage médecins dont la date d'entrée en vigueur a été fixée au 1er juillet 2018, pour inciter davantage de médecins à venir s'installer dans les territoires qui en ont le plus besoin et ainsi renforcer l'accès aux soins, des zones éligibles à des aides financières ont été identifiées.

Le zonage pour les médecins repose sur une méthodologie nationale élaborée à partir d'un nouvel indicateur : l'Accessibilité Potentielle Localisée. L'approche retenue pour repérer les territoires prioritaires consiste à considérer le nombre moyen de consultations auxquelles les habitants peuvent avoir accès à moins de 20 minutes de chez eux, compte tenu de la densité de médecins et des besoins de santé des habitants.

Le zonage pour les médecins identifie trois catégories de zones :

- les « zones d'intervention prioritaire » qui représentent les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins (moins de 2,5 consultations par habitant et par an) ainsi que des territoires potentiellement fragiles (entre 2,5 et 4 consultations par habitant et par an). Elles représentent 8,7 % de la population régionale, soit 483 000 habitants.
- les « zones d'action complémentaire », moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore. Elles représentent 50,7 % de la population régionale, soit 2 810 000 habitants.
- les « zones hors vivier » caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante (supérieure à 4 consultations par an et par habitant).

Grâce à ce nouveau zonage, les médecins pourront facilement identifier les territoires où ils sont le plus attendus ainsi que les aides mobilisables dans chaque zone.

Source : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-grand-est-arrete-le-nouveau-zonage-medecins>

L'offre en **médecins spécialistes** (toutes spécialités confondues, hors médecine générale) est particulièrement faible sur le territoire (57 spécialistes pour 100 000 habitants contre 123 en moyenne dans le Bas-Rhin) et plus de 80 % de l'offre est concentrées sur la CC de Saverne.

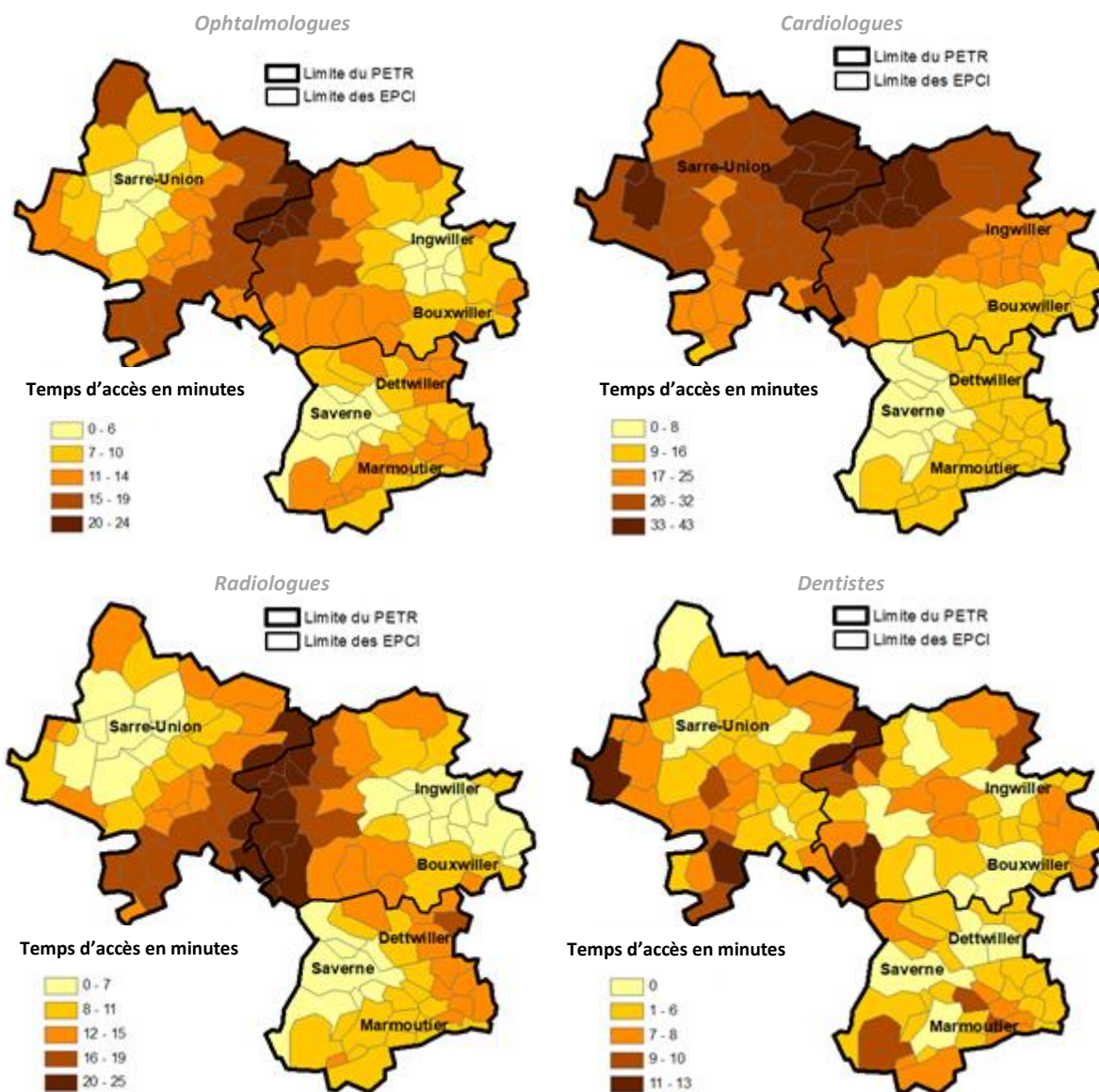
Le territoire présente une offre assez faible en pédiatres et gynécologues, (respectivement 2

et 2 tous concentrés sur la CC de Saverne) et la totalité est âgé de 55 ans et plus. L'offre en ophtalmologues est également relativement faible, avec des temps d'accès moyen (24 min) près de deux fois supérieurs à la moyenne du Bas-Rhin dans les CC de l'Alsace Bossue et de Hanau La Petite Pierre.

L'offre en paramédicaux est quant à elle assez proche de la moyenne du Bas-Rhin.

Selon les données du CGET, malgré le fait qu'il n'y ait pas de professionnels implantés au sein du QPV, le quartier dispose d'une bonne accessibilité à l'offre de soins : 99 % des habitants du QPV ont accès en moins de 15 minutes de marche à un médecin généraliste, un masseur-kinésithérapeute, un infirmier, un chirurgien-dentiste et à une pharmacie. 36 % d'entre eux ont accès en moins de 15 minutes de marche à un service d'urgence ce qui est globalement mieux qu'en moyenne dans les QPV du Bas-Rhin et du Grand Est.

Temps d'accès routiers au professionnel (libéraux ou mixtes) le plus proche en 2018



Source : FINES - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, exploitation ORS

Télémédecine

Depuis le 15 septembre, les actes de téléconsultation sont remboursés par l'Assurance Maladie au même titre que les consultations « classiques » dans le cadre de l'avenant n°6 à la convention médicale. La télémédecine se généralise et les projets en Grand Est sont de plus en plus nombreux.

Depuis le 15 septembre 2018, 9 286 actes ont été facturés fin août 2019 en Grand Est dont 4 276 téléconsultations (60 000 téléconsultations au niveau national), ce qui représente une progression de 10 % par mois en moyenne.

Les actes les plus nombreux correspondent à des actes de télésurveillance, puis à des téléconsultations de généralistes. Tous les types d'actes, sont en progression, même si la téléexpertise reste à des niveaux très faibles (771 actes ont été facturés en 6 mois¹⁵).

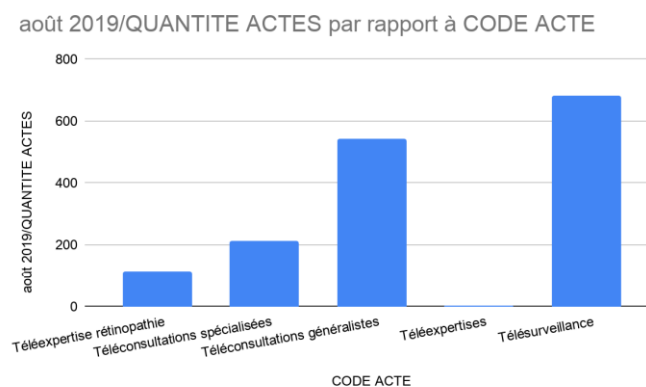
A l'échelle nationale, concernant le profil du médecin téléconsultant, il s'agit en majorité d'hommes (62 %) et de praticiens jeunes. La moitié d'entre eux a moins de 50 ans alors que cette classe d'âge ne représente que 37 % des médecins en activité. À l'inverse, les plus de 60 ans ne sont à l'origine que de 15 % des téléconsultations.¹⁶

Dans le Grand Est, les bénéficiaires des téléactes facturés sont principalement des Bas-rhinois.

A l'échelle nationale, 30 000 Français ont effectué des consultations à distance, ce qui correspond à une moyenne de 1,4 acte par personne. Cette fréquence montre que les patients qui ont déjà effectué une téléconsultation n'hésitent pas à y revenir. Les bénéficiaires étaient en majorité des femmes (64 %) et des jeunes. Un tiers des patients avaient moins de 30 ans et 56 % moins de 40 ans. Les patients de 70 ans et plus représentent

toutefois 12 % des téléconsultations facturées. Parmi tous ces patients, 27 % étaient en ALD¹⁶.

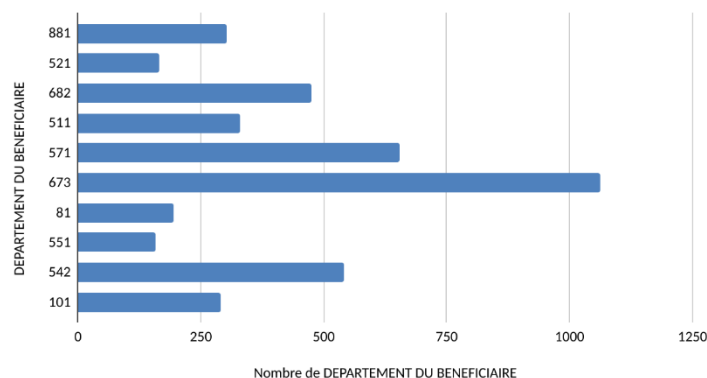
Répartition des types d'actes facturés en télémédecine en Grand Est



Source : ARS Grand Est- Assurance maladie - BILAN ET PERSPECTIVES TÉLÉMÉDECINE EN GRAND- EST - Du 15 septembre 2018 à fin Août 2019 - diaporama

Départements des bénéficiaires pour les téléactes facturés au régime général depuis le 15 septembre 2018 en Grand Est

Nombre de bénéficiaires par département



Source : ARS Grand Est- Assurance maladie - BILAN ET PERSPECTIVES TÉLÉMÉDECINE EN GRAND- EST - Du 15 septembre 2018 à fin Août 2019 - diaporama

¹⁵ Roux C. 2019. Téléconsultation : 60 000 actes remboursés en un an, ça démarre enfin. Legeneraliste.fr 12.09.2019.

¹⁶ Roux C. 2019. Téléconsultation : 60 000 actes remboursés en un an, ça démarre enfin. Legeneraliste.fr 12.09.2019.

D'après l'ARS Grand Est et l'Assurance maladie¹⁷, il est prévu d'ici 2025 qu'environ 7 000 médecins feront de la télé médecine et que 80 % des établissements du Grand Est exerceront une forme de télé médecine.

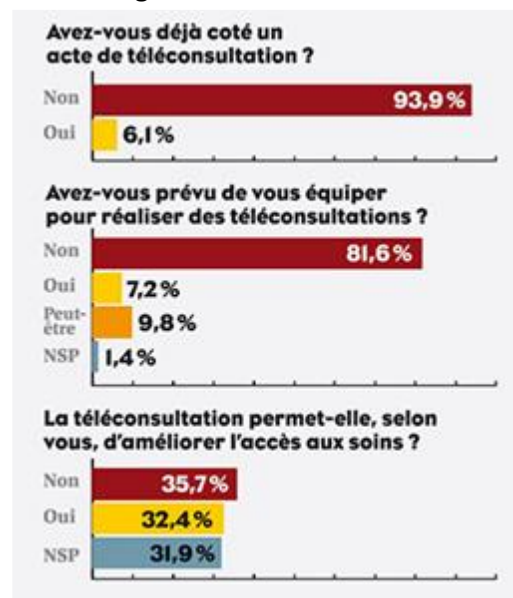
A l'échelle nationale, néanmoins, d'après un sondage¹⁸, huit médecins généralistes sur dix affirment ne pas avoir prévu de s'équiper pour en réaliser, tandis que 10 % hésitent encore. Seuls 7 % se disent prêts à investir¹⁹.

Sur le territoire de Saverne la télé médecine a été abordée dans les différents entretiens (cf. volet qualitatif).

Toujours au niveau national, les praticiens sont très partagés sur les bénéfices de la télé consultation pour l'accès aux soins, ce qui pourrait expliquer leur manque d'enthousiasme. 36 % d'entre eux considèrent que les consultations à distance n'ont pas d'impact significatif contre la désertification médicale. Les plus optimistes (32 %) les envisagent au contraire comme une des solutions pour répondre à la crise démographique, tandis que près d'un tiers ne se prononce pas sur la question¹⁹.

La télé consultation permet semble-t-il de réduire, de manière importante pour les spécialistes notamment, les délais d'attente au regard d'une consultation au cabinet.

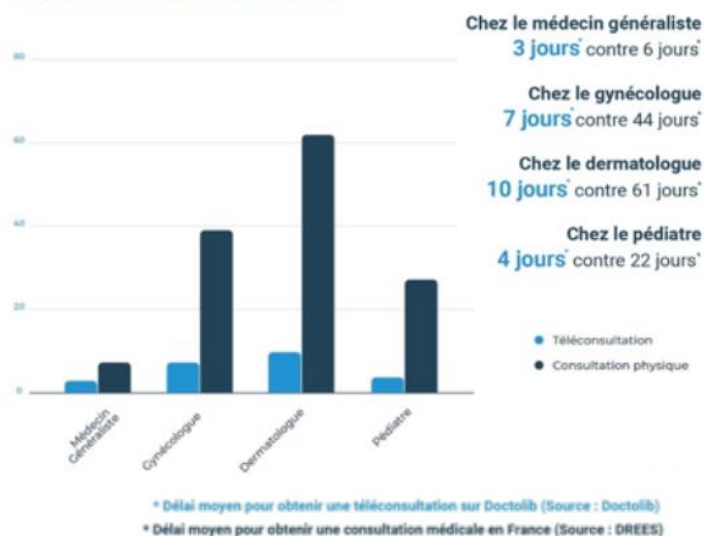
Résultat d'un sondage réalisé auprès de médecins généralistes¹⁸



Source : Legeneraliste.fr

Intérêt d'une consultation sur délai d'attente

Comparaison des délais d'attente entre une téléconsultation et une consultation au cabinet



Sources : ARS Grand Est- Assurance maladie - BILAN ET PERSPECTIVES TÉLÉMÉDECINE EN GRAND- EST - Du 15 septembre 2018 à fin Août 2019 - diaporama

¹⁷ ARS Grand Est- Assurance maladie - BILAN ET PERSPECTIVES TÉLÉMÉDECINE EN GRAND- EST - Du 15 septembre 2018 à fin Août 2019 - diaporama

¹⁸ Sondage réalisé pour Le Généraliste par Callmedical du 3 au 10 septembre 2019 auprès de

1 066 médecins généralistes, selon un échantillon représentatif,

¹⁹ Roux Camille. 2019. Huit généralistes sur 10 n'ont pas prévu de s'équiper : la télé consultation ne convainc pas la profession. Legeneraliste.fr 21.09.2019.

Les freins (et pistes d'améliorations) évoqués par l'ARS Grand Est et l'Assurance maladie sont :

- Le déploiement 4G et fibre (Amélioration progressive jusqu'à 2022). Sur le territoire de Saverne, le déploiement devrait être finalisé en 2019.
- L'acculturation des médecins (Formations à élargir)
- Le partage de l'information (Dossier médical partagé pour tous fin 2022)
- Les échanges sécurisés (Déploiement de la Messagerie sécurisée de Santé à terminer : aujourd'hui : 50 % pour les médecins - 20% pour les infirmiers (IDE))

A noter, dans un communiqué, l'Assurance maladie affirme que cette dynamique « *devrait s'amplifier grâce aux textes conventionnels récemment conclus et qui visent à favoriser la participation d'autres professions de santé* ». D'une part, un avenant signé avec les infirmiers libéraux permettra dès janvier 2020 de rémunérer les professionnels qui accompagnent le patient dans le cadre d'une téléconsultation avec un médecin. D'autre part, l'avenant 15 signé avec les pharmaciens

valorisera l'accompagnement des patients dans la téléconsultation depuis une cabine dédiée installée en officine.

Focus sur le territoire de l'agglomération de Saint-Dizier (52)

La Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (en cours de constitution) met en place des téléconsultations entre des infirmières formées et des médecins qui se trouvent à distance. Les téléconsultations ont démarré début avril 2019 et le premier bilan réalisé est très positif car on dénombre 478 téléconsultations à fin août (soit env. 15 TLC/jour, 450 patients : source DQP) réalisées par 3 médecins d'après les facturations de juillet.

Qu'est-ce que la télémédecine ?

La télémédecine est une autre manière de soigner, avec les mêmes exigences de qualité et de sécurité. Ce sont des actes médicaux réalisés à distance au moyen d'objets connectés. En plein développement, elle contribue à répondre à des défis comme la prise en charge d'une population âgée, le suivi régulier de malades chroniques ou encore les difficultés d'accès aux soins. Elle est complémentaire des actes médicaux traditionnels et apporte des solutions dans le parcours de soins.

Quatre actes de télémédecine sont reconnus :

- La téléconsultation : un médecin réalise une consultation d'un patient à distance. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et assister le médecin à distance
- La téléexpertise : un professionnel de santé sollicite à distance l'avis d'un autre professionnel de santé, évitant le déplacement du patient
- La télésurveillance médicale : un médecin interprète à distance les données du suivi médical d'un patient et, si besoin, prend des décisions relatives à sa prise en charge
- La téléassistance médicale : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

Source : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/la-telemedecine-se-generalise-en-grand-est>

Offre hospitalière

Le territoire du PETR de Saverne dispose d'un centre hospitalier à Saverne et un à Ingwiller. Plusieurs centres hospitaliers se trouvent aussi à proximité du périmètre : en Moselle l'Hôpital Robert Pax de Sarreguemines, le CH de Sarrebourg et l'Hôpital St-Joseph de Bitche, dans le Bas-Rhin : le CH d'Haguenau et l'offre à Strasbourg (Haute-pierre et NHC).

Les hôpitaux présents sur le PETR rassemblent

- 229 lits en hospitalisation complète en médecine-chirurgie obstétrique (MCO) et 25 places en hospitalisation partielle ;

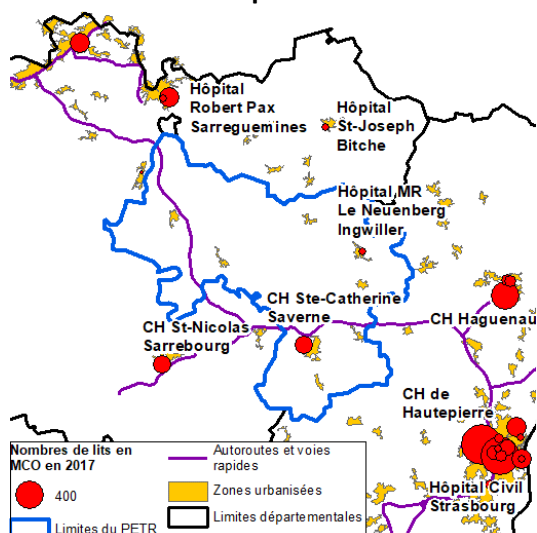
- 88 lits en hospitalisations complète en soins de suite et réadaptation (SSR) et 6 places en temps partiel.

Le territoire ne dispose pas d'offre proposant de l'hospitalisation en psychiatrie et en HAD en son sein, mais des établissements sont présents dans les territoires limitrophes.

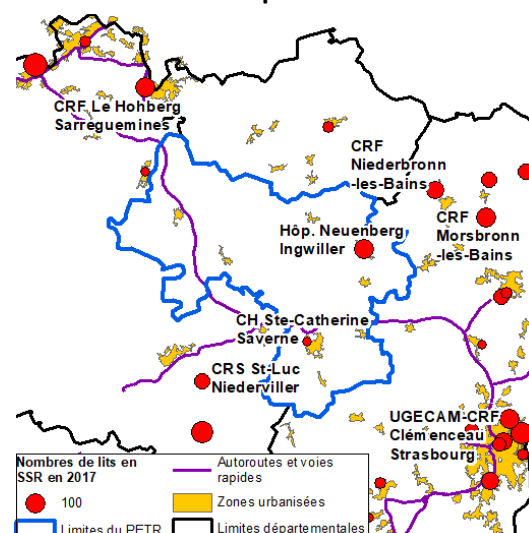
Pour rappel la répartition selon les établissements des séjours hospitaliers enregistrés pour les habitants du PETR a été présentée dans la partie Etat de santé – Morbidité.

Répartition des établissements hospitaliers du territoire et alentours en 2017

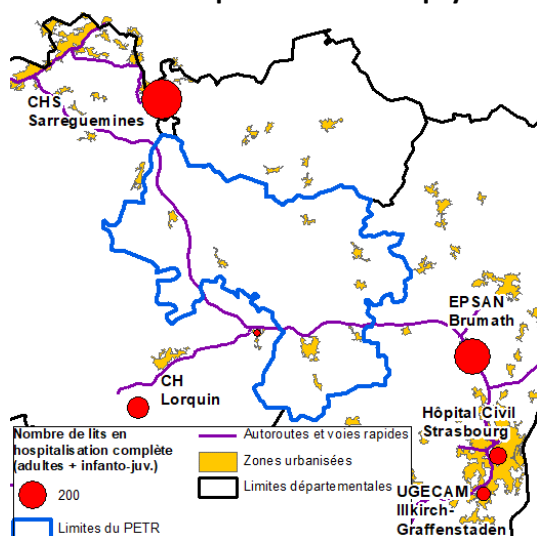
Etablissements disposant de lits en MCO



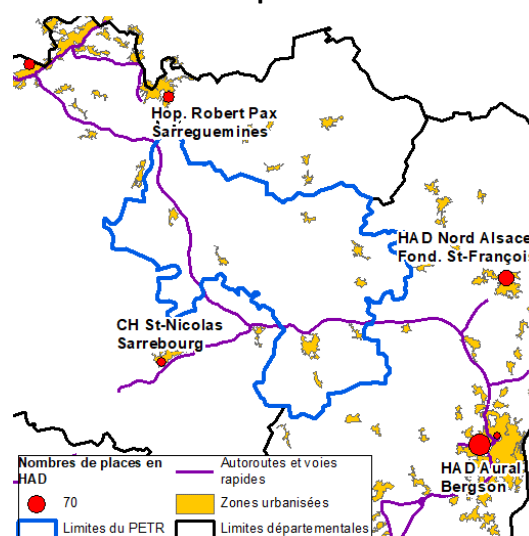
Etablissements disposant de lits en SSR



Etablissements disposant de lits en psychiatrie



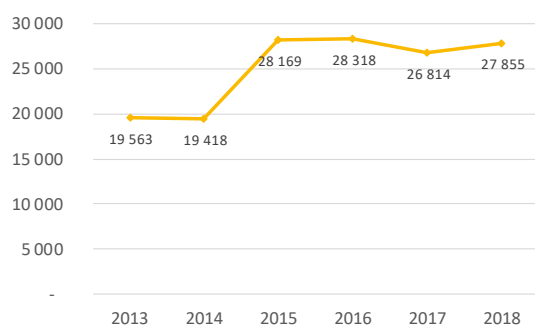
Etablissements disposant de lits en HAD



MCO : médecine chirurgie obstétrique ; SSR : Soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile. - Source : SAE données administratives 2017 - ministère chargé de la santé, DREES – Exploitation ORS

Concernant l'accès routier aux urgences, un service d'urgences générales est disponible à Saverne. Le service comptabilisait environ 28 000 passages dans l'année 2018 dont 10 % pour des patients âgés de 80 ans et plus et 35 % pour patients mineurs. Depuis 2013, le nombre de passages aux urgences de Saverne (population du territoire et autres) est globalement en hausse, malgré une petite baisse en 2014 et 2017. Il est cependant possible que cette augmentation soit liée à une modification dans le mode de recueil.

Nombre de passages annuels aux urgences de Saverne



Source : SAE, exploitation ORS

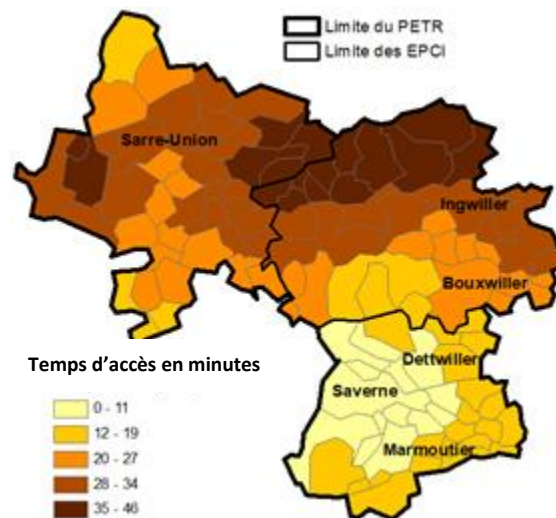
Le temps d'accès routier pour les communes de la CC de Saverne y est relativement faible (12 minutes en moyenne), en revanche pour les communes des CC de l'Alsace Bossue et Hanau La Petite Pierre il faut compter en moyenne 30 minutes, soit 7 de plus qu'en moyenne dans le Bas-Rhin et 5 de plus qu'en moyenne dans le Grand Est et la France hexagonale.

Temps d'accès routiers au service d'urgences le plus proche en 2018

	min	max	moy	med
CC Alsace Bossue	14	46	29	29
CC de Hanau - La Petite Pierre	15	49	30	30
CC Pays de Saverne	-	19	12	13
Bas-Rhin	-	55	23	22
Grand Est	-	87	25	24
France hexagonale	-	125	25	23

Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, exploitation ORS

Temps d'accès routier au service d'urgences le plus proche en 2018



Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS, exploitation ORS

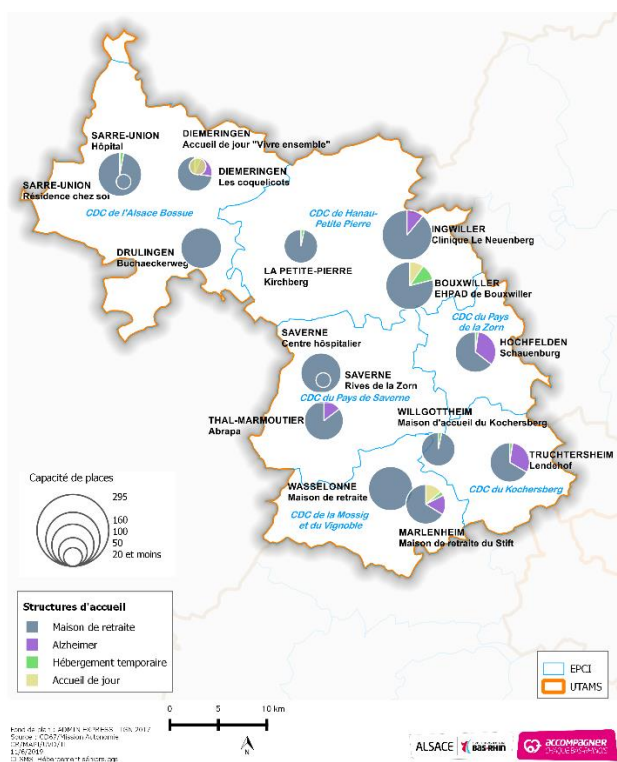
Offre et accompagnement médico-social

Personnes âgées

En 2018 le territoire dispose de :

- 11 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (567 places en 2019) avec plusieurs unités d'accueil de jour notamment pour les malades d'Alzheimer ;
- 2 établissements qui proposent de l'accueil de jour pour 27 places ;
- 5 services de soins à domicile (SSIAD).

Structures d'accueil des EPHAD sur le territoire Ouest



Source : CD67

Le territoire compte également 2 résidences seniors publiques (résidence de services) à Herbitzheim et à Monswiller, et 4 sont en projet, à Sarre-Union, Wingen-sur-Moder, Bouxwiller et Allenwiller.

Sur ce territoire, le réseau d'entraide familiale et de voisinage est très développé. Cependant,

il est nécessaire d'anticiper dès à présent, le renouvellement du réseau des solidarités.²⁰

La part de personnes âgées vivant seules à domicile est plus faible au sein du PETR que dans le Bas-Rhin (33,0 % vs 35,6 %). A l'exception de la CC de Hanau La Petite Pierre, la part de personnes âgées vivant en établissement y est également plus faible que dans le Bas-Rhin. Hormis la CC du Pays de Saverne, le niveau d'équipement particulièrement indispensable aux personnes âgées est toutefois plus faible dans le territoire que dans le Grand Est et la France hexagonale.

Un **EHPAD** est dédié à l'accueil des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique et qui ne peuvent plus être maintenues à domicile. C'est une structure médicalisée qui offre, en plus de l'aide à la vie quotidienne (lever, coucher, toilette, repas ...) et des soins médicaux personnalisés, les services tels que la restauration, la blanchisserie, les animations...

Les **résidences autonomie** sont des ensembles de logements pour personnes âgées associés à des services collectifs, souvent construites à proximité des commerces, transports, services. Elles sont conçues pour accueillir dans un logement des personnes majoritairement autonomes qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles.

Les **SSIAD** interviennent à domicile pour dispenser des soins infirmiers aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Ils contribuent au maintien des personnes à leur domicile.

²⁰ Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public – CD67

Offre d'accueil et d'hébergement pour les personnes âgées en 2018

	Population âgée 75 ans et plus	Nombre de places		Part pour 100 pers. 75 ans et plus	
		EHPAD	Centre de jour pour personnes âgées	EHPAD	Centre de jour pour personnes âgées
CC Alsace Bossue	2 544	156	15	6	10
CC de Hanau - La Petite Pierre	2 772	248	12	9	5
CC Pays de Saverne	3 480	163	-	5	-
PETR Saverne	8 795	567	27	6	5
Bas-Rhin	93 335	9 281	294	10	3

Source : Finess export en octobre 2019, exploitation ORS

Personnes âgées de 75 ans et plus en 2015

	Part (%) de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules	Part (%) personnes âgées de 75 ans ou plus en établissement - EHPAD, USLD, résidence autonomie	Niveau d'équipements particulièrement indispensable aux personnes âgées - bas 100 pour la France hexagonale
CC Alsace Bossue	32,3	8,9	42
CC de Hanau - La Petite Pierre	31,4	10,9	60
CC Pays de Saverne	34,7	5,2	98
PETR Saverne	33,0	8,1	ND
Bas-Rhin	35,6	9,4	ND
Grand Est	38,7	9,3	79
France hexagonale	38,5	9,5	100

Source : Insee, exploitation ORS

Parmi les **équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées** : médecin omnipraticien, chirurgien-dentiste, infirmier, pharmacie, laboratoire d'analyses et de biologie médicales, services d'aide aux personnes âgées.

Adultes et enfants handicapés

Le territoire dispose d'une offre de plus de 140 places pour adultes handicapés (FAM, foyer de vie, foyer d'hébergements) et de plus de 190 places pour enfants handicapés (IME, CAMSP

et SESSAD). La majorité de l'offre est concentrée sur les communes de Saverne, Diemeringen, Ingwiller et Wingen-sur-Moder.

Offre d'accueil et d'hébergement pour adultes et enfants handicapés

	Nombre de places pour adultes handicapés			Nombre de places pour enfants handicapés		
	FAM	Foyer de vie pour adultes handicapés	Foyer d'hébergements pour adultes handicapés	IME	CAMSP	SESSAD
CC Alsace Bossue	-	-	9	30	-	6
CC de Hanau - La Petite Pierre	23	33	34	35	-	20
CC Pays de Saverne	-	25	19	51	30	20
PETR Saverne	23	58	62	116	30	46
Bas-Rhin	640	749	589	1 030	208	813

Source : Finess export en octobre 2019, exploitation ORS

Le foyer d'accueil médicalisé (Fam) est une structure d'hébergement qui accueille des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou d'un suivi médical régulier.

Le foyer de vie (ou foyer occupationnel) est un établissement qui accueille des adultes handicapés ayant une certaine autonomie pour leur proposer des animations, des activités en fonction de leur handicap. Certaines structures peuvent également proposer un hébergement.

Les Foyers d'hébergement pour adultes handicapés assurent l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT), ou dans une Entreprise Adaptée.

Les Institut médico-éducatifs (IME) sont des établissements médico-éducatifs qui accueillent les enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés.

Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ont pour missions le dépistage des handicaps, la prévention des accidents, la prise en charge et la rééducation des enfants. Un CAMSP est spécialisé dans la petite enfance, seuls les enfants de 0 à 6 ans peuvent y être accueillis. Les CAMSP peuvent être spécialisés dans la prise en charge d'une déficience : visuelle, motrice etc..., ils peuvent aussi être polyvalents et accueillir tous les enfants en situation de handicap.

Le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) apporte un soutien spécialisé aux enfants et adolescents dans leurs différents lieux de vie et d'activités (domicile, crèche, école, ...) et/ ou dans les locaux du service. Les enfants sont admis sur décision de la CDAPH. Les prestations sont prises en charge par la Sécurité sociale.

Autres déterminants

Equipements et services de la vie courante

Le seuil national qualifiant les populations les plus éloignées du panier de la vie courante depuis leur domicile est situé à 7 minutes.

En France, 10 % de la population accèdent aux principaux services de la vie courante en 7 minutes ou plus. Au niveau du Bas-Rhin, ce pourcentage est réduit à 3,6 % de la population totale.

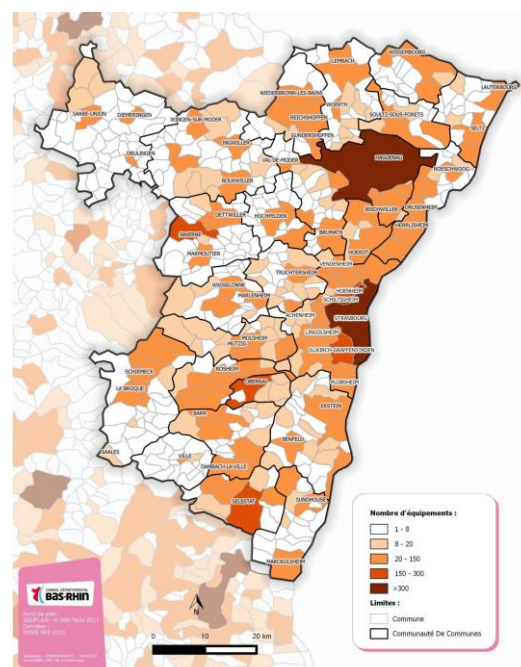
Le schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public du CD 67 met en exergue que dans les CC de l'Alsace Bossue, le Nord de Hanau-Petite Pierre, et l'Est de Saverne-Marmoutier-Sommerau, la concentration des équipements du panier courant sur les villes et bourgs-centres : Saverne, Drulingen, Sarre-Union, Ingwiller.

Près de 25 % de la population des bassins de vie de Drulingen, Sarre-Union et Ingwiller est éloignée de 7 minutes ou plus du panier d'équipements.

A l'inverse seule 10 % de la population du bassin de vie de Saverne est éloignée de 7

minutes ou plus du panier d'équipements de la vie courante.

Nombre d'équipements du panier de la vie courante



Source : schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public – CD67

L'Insee a retenu 22 équipements et services de la vie courante. En fonction de la proximité, de la mobilité qu'ils impliquent, de l'importance qui leur est donnée au quotidien et de leur fréquence d'usage. Ils comprennent une grande partie des équipements de la gamme dite de proximité. Dans la gamme « vie courante », les équipements qui ne sont pas d'usage quotidien ont été écartés (agences immobilières,) :

- épicerie-supérette, supermarché, boulangerie
- bureau de poste et assimilé
- garde d'enfants préscolaire, école maternelle, élémentaire, collège
- médecin, pharmacie, infirmier, chirurgien-dentiste, laboratoire d'analyses médicales
- service d'aide aux personnes âgées,
- station-service, écoles de conduite
- banques-caisses d'épargne
- police-gendarmerie
- librairie-papeterie
- salle ou terrain multisports
- salon de coiffure
- cafés-restaurants

Equipements culturels et sportifs

Le territoire du Pays de Saverne Plaine et Plateau dispose d'une offre satisfaisante en équipements culturels et sportifs, avec des densités d'offre globalement supérieures aux valeurs du département, de la région et de la France hexagonale.

A l'exception de la CC de l'Alsace Bossue, la part de licenciés sportifs parmi les 20-59 ans y est également supérieure. En revanche concernant la part de licenciés sportifs chez les 5-19 ans c'est au sein de la CC de Hanau La Petite Pierre qu'elle y est la plus faible.

Le QPV de Saverne est l'un des quartiers les mieux équipés en équipements sportifs accessibles en moins de 15 minutes de marche (indicateur du CGET). Les habitants du QPV ont accès en moins 15 minutes de marche à 11 équipements sportifs (de type : salle multisport, terrain de grands jeux, salle spécialisée, court de tennis et un bassin de

natation) vs 14 en moyenne dans les QPV du Grand Est et du Bas-Rhin. Le quartier a une offre variée car il dispose de 5 des 6 types d'équipements sportifs structurants retenus par le ministère des sports (absence de terrain d'athlétisme accessible en moins de 15 minutes de marche).

En terme d'accessibilité aux équipements culturels le quartier offre une accessibilité plutôt faible puisque 47 % de la population du QPV a accès à un équipement culturel en moins de 15 minutes de marche parmi ceux considérés par le CGET à savoir : les cinémas, les conservatoires, les théâtres, les musées de France, les fonds régionaux d'art contemporain (Frac), les centres d'art, les lieux labellisés du spectacle vivant et les bibliothèques, contre 63 % de la population des QPV du Bas-Rhin en moyenne et 59 % de la population des QPV du Grand Est.

Equipements culturels et sportifs, et licences sportives en 2015

	Equipements culturels - musée, cinéma, conservatoire, théâtre		Equipements sportifs		Licences sportives délivrées à des personnes de 20 à 59 ans		Licences sportives délivrées à des personnes de 5 à 19 ans	
	Effectifs	Part pour 10 000 habitants	Effectifs	Part pour 10 000 habitants	Effectifs	%	Effectifs	%
CC Alsace Bossue	-	-	159	64,0	2 156	17,0	3 135	73,5
CC de Hanau - La Petite Pierre	4	1,5	251	92,3	2 480	18,0	3 150	65,7
CC Pays de Saverne	3	0,8	250	70,0	3 963	21,5	5 705	92,6
PETR Saverne	7	0,8	660	75,2	8 599	19,2	11 990	78,8
Bas-Rhin	65	0,6	4 821	43,2	110 832	18,6	148 320	74,2
Grand Est	339	0,6	33 067	59,5	467 128	16,3	711 603	71,3
France hexagonale	4 747	0,7	332 458	52,0	5 492 339	16,8	8 487 318	71,8

Sources : Insee (BPE 2016), Insee (RP2015), Ministère en charge des sports RES (20/05/18), Insee (RP2015), MEOS 2015 - Injep - Exploitation ORS

La suite du document porte sur les résultats du volet qualitatif réalisé par l'Ireps Grand Est. Les principaux enjeux et axes stratégiques viendront ensuite compléter le rapport après avoir été présentés et discutés avec le comité de pilotage du diagnostic local de santé.



VOLET QUALITATIF

Table des matières du volet qualitatif

VOLET QUALITATIF	76
INTRODUCTION	78
Méthodologie du diagnostic local de santé	78
IDEES PHARES PAR THEMATIQUE ET PAR TERRITOIRE	82
Focus thematique	82
Focus territorial.....	84
UNE QUALITE DE VIE INHERENTE AU CADRE DE VIE	86
OFFRE DU TERRITOIRE	91
Le logement.....	91
Les transports.....	94
Les services de proximité	98
L'emploi et l'insertion	105
ENVIRONNEMENT SOCIAL	107
LA PRECARITE ECONOMIQUE	110
COMPORTEMENTS ET MODES DE VIE	113
ACCES ET RECOURS A L'OFFRE DE SOINS	116
Etat de santé de la population	116
Contexte social et économique.....	122
Offre de soins	124
Télémédecine.....	134
LA SANTE DES PERSONNES AGEES	140
Etat de santé des personnes âgées perçu.....	141
Contexte social des personnes âgées	144
Offre à destination des personnes âgées.....	147
LA SANTE DES JEUNES	157
Etat de santé des jeunes perçu	158
Contexte social des jeunes	166
Offre à destination des jeunes	170
LA SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	174
Situation et intégration sociale des personnes en situation de handicap sur le territoire	175
Offre à destination des personnes en situation de handicap.....	177

INTRODUCTION

Méthodologie du diagnostic local de santé

La méthode retenue pour réaliser ce diagnostic comportait plusieurs étapes :

Recueil des besoins auprès des élus et professionnels

Les élus ont été rencontrés lors de 3 entretiens collectifs ; tandis que 4 entretiens collectifs et 3 entretiens individuels ont été menés auprès des professionnels ont été réalisés. Les entretiens ont été réalisés entre le mois de juillet et le mois de septembre 2019. Ils ont permis de rencontrer **31 professionnels et 66 élus** pour un total de 24 structures, 2 médecins généralistes libéraux, un pharmacien libéral et une infirmière scolaire.

Ces entretiens ont permis :

- De recueillir les besoins exprimés par les professionnels et les élus du territoire
- De lister les réponses identifiées par les professionnels et élus sur le territoire
- De recueillir les pistes d'actions proposées par les professionnels et les élus du territoire

Les structures qui ont été rencontrées sont :

- L'Unité Territoriale d'Action Médico-Sociale de Saverne
- La direction du Centre Hospitalier de Ingwiller
- La direction du Centre Hospitalier de Saverne
- Les 2 Centres Sociaux Culturels (CSC) de Sarre-Union et de Saverne
- 2 médecins généralistes libéraux
- Un pharmacien libéral
- Une infirmière scolaire
- La Mission locale de Saverne
- La Croix Rouge Alsace Moselle
- L'Action Sociale et famille de la Ville de Saverne
- Le service animation de Hanau-La Petite Pierre
- La pilote MAIA de Saverne
- Le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) de Sarre-Union
- Le SSIAD Saverne
- L'ABRAPA de Saverne et de Drulingen
- Le SESSAD des Vosges du nord
- La plateforme de répit de Bischwiller
- La directrice de l'EHPAD de Bouxwiller
- Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) « Pierre Valdo »
- Le Centre Communal d'Action Social de Saverne
- La psychologue de l'équipe mobile PAEJ
- La directrice de l'association ALT
- Le CPE du lycée Leclerc à Saverne
- Le conseiller pédagogique en EPS à l'inspection – Saverne
- La responsable des sports à la mairie de Saverne
- Le directeur de Entraide Emploi

Recueil des demandes auprès des habitants

Les demandes de la population ont été recueillies par la réalisation de **2 entretiens collectifs** auprès des membres du Conseil de développement du PETR Pays de Saverne, Plaine et Plateau, ainsi que par la réalisation de 121 micro-trottoirs réalisés sur le 3 CC du territoire.

Ces temps de recueil auprès de la population ont permis :

- De recueillir les demandes exprimées par les habitants
- De lister les réponses identifiées par les habitants sur le territoire
- De recueillir les pistes d'actions proposées par les habitants

Pour mobiliser des habitants autour de questions relatives à la santé, le choix a été fait de passer par le conseil de développement, instance de démocratie participative, de consultation et de proposition sur les orientations majeures des politiques publiques locales, regroupant des habitants des 3 communautés de communes du territoire.

La technique des micro-trottoirs a également été utilisée afin d'aller à la rencontre des habitants sur les lieux de la vie quotidienne, pour recueillir des avis spontanés sur leur perception de la qualité de vie sur leur territoire. Pour ce faire, l'équipe de l'Ireps s'est mobilisée ½ journée par communauté de communes dans des lieux identifiés : marchés de quartier, piscines, centre-ville).

Ces entretiens auront permis de recueillir les demandes en matière de santé auprès de **138 habitants**.

Mobilisation des habitants, des élus et des professionnels pour les entretiens

La référente locale du Pays de Saverne, Plaine et Plateau a mobilisé les professionnels, les élus et les habitants sur le territoire. L'Ireps leur avait remis un document de présentation de la démarche de diagnostic afin de faciliter la mobilisation. Le choix des acteurs (professionnels, élus et habitants) s'est fait en concertation entre l'Ireps, l'ARS et la communauté d'agglomération.

La référente locale du Pays de Saverne Plaine et Plateau a réservé les salles nécessaires aux entretiens. Pour chaque entretien, l'Ireps a pris un contact avec la personne chargée de l'accueil sur place afin de finaliser l'organisation.

Outils de recueil

3 outils ont été élaborés :

- Une grille d'entretien à destination des élus
- Une grille d'entretien auprès des professionnels
- Une grille d'entretien auprès des habitants

Chaque grille était structurée autour de 4 parties :

- Une introduction permettant de resituer le cadre et le contexte du diagnostic
- Une partie générale questionnant les représentations sur la qualité de vie du territoire, les facteurs l'impactant positivement ou négativement sur le territoire, les spécificités éventuelles en fonction des communautés de communes...
- Lors des échanges précédents le diagnostic, l'équipe projet a souhaité que l'Ireps interroge différents éléments qu'elle avait identifié comme enjeux prédominants. Une partie des entretiens a donc été consacrée à chacun des enjeux identifiés par l'équipe projet :
 - L'accès et le recours à l'offre de soins sur le territoire
 - La santé des jeunes
 - La santé des personnes âgées
 - La santé des personnes en situation de handicap

Une grille de micros-trottoirs :

- Une introduction permettant de resituer le cadre et le contexte du diagnostic
- Une partie générale questionnant les représentations sur la qualité de vie du territoire, les facteurs l'impactant positivement ou négativement sur le territoire, les spécificités éventuelles en fonction des communautés de communes...

Un recensement des actions de prévention / promotion de la santé

Pour procéder au recueil des actions, structures et dispositifs existants sur le territoire, trois types de recherches ont été effectuées :

- Les **temps de rencontres avec les professionnels, élus et habitants** ont permis comme évoqué ci-dessus d'identifier un certain nombre de réponses existantes sur le territoire.
- Un **recensement des actions via la base de données Oscars** (Outil de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) a aussi permis de lister des actions financées par l'ARS réalisées sur le territoire en 2017 et de repérer les promoteurs de ces actions. Il est à noter que, dans cette base Oscars pour le Grand Est, ne sont enregistrées que les actions financées par l'Agence Régionale de Santé.
- Un **recensement par l'envoi d'un questionnaire** en ligne à destination des structures du territoire relayé par la référente locale du Pays de Saverne, Plaine et Plateau. A ce questionnaire, 10 structures et professionnels ont répondu.

Les résultats présentés ne reflètent donc pas l'exhaustivité des actions réalisées sur le territoire. L'identification des réponses existantes pourra se poursuivre dans les étapes suivantes : réflexion sur les priorités à retenir et objectifs à fixer, élaboration du plan d'actions...

Cadre d'analyse

L'analyse des entretiens s'est faite au travers d'une démarche d'analyse thématique de contenu des retranscriptions.

L'ensemble des entretiens ont été retranscrits. Des thématiques redondantes ont été identifiées au sein des propos des élus, professionnels et habitants. Au sein de chaque thématique, des axes plus précis ont été identifiés.

IDEES PHARES PAR THEMATIQUE ET PAR TERRITOIRE

FOCUS THEMATIQUE

1. Offre sur le territoire

LOGEMENT

- Un nombre de logements dégradés important en hyper-centre
- Une accessibilité financière au logement limitée pour des publics en situation de précarité

TRANSPORTS

- Une offre de transports collectifs peu présente et peu adaptée
- Une offre de transport limitée qui renforce les inégalités et participe à l'isolement social de groupes de population déjà vulnérables

SERVICES DE PROXIMITE

- Des services publics et des commerces de proximité jugés suffisants
- Une offre sportive, culturelle et de loisirs jugée conséquente sur le territoire et diversifiée
- Une lisibilité de l'offre associative à renforcer
- Des infrastructures à renforcer et une offre à adapter à l'âge et aux contraintes professionnelles
- Un cadre de vie rural qui a aussi ses limites : sentiment d'éloignement des services publics pour certains et cités dortoirs pour d'autres
- Une offre en matière de garde d'enfants jugée insuffisante par les élus

EMPLOI ET INSERTION

- Une offre d'emploi et de formation jugée insuffisante sur le territoire

2. Environnement social

- Un lien social fort qui participe à la qualité de vie sur le territoire selon élus et habitants
- Mais un constat d'isolement de certaines populations par des élus et des professionnels : personnes venant de l'extérieur sans famille sur le territoire, jeunes en rupture familiale et population émigrée, notamment turque, ne maîtrisant pas la langue...

3. Précarité économique

- Des « poches » de précarité réparties sur le territoire

4. Comportements et modes de vie

- Des comportements défavorables en matière d'alimentation et d'activité physique notamment
- Des situations de violence intrafamiliales sur Saverne en augmentation selon des élus et des problématiques sociales à l'origine de ces violences selon des professionnels

5. Accès et recours à l'offre de soins

- Des problèmes de santé touchant plus spécifiquement une population vieillissante
- Un manque de repérage et de dépistage des maladies métaboliques telles que le diabète, l'obésité ou les maladies cardio-vasculaires
- Des problèmes psychiatriques en augmentation chez les jeunes et la population active
- Une offre de médecine générale insuffisante sur le territoire avec des médecins débordés qui n'acceptent plus de nouveaux patients
- Des déplacements vers le domicile du patient qui diminuent
- Une offre suffisante en soins infirmiers
- Une offre de spécialistes satisfaisantes en termes de diversité mais parfois difficilement accessible géographiquement
- Des craintes évoquées quant aux situations d'urgence
- Un manque de personnel hospitalier repéré et des difficultés de recrutement
- Des difficultés pour installer des jeunes médecins en milieu rural
- Des représentations divergentes sur l'implantation des dispositifs de coordination
- La télémédecine, des représentations encore contrastées sur son fonctionnement et utilité

6. Santé des jeunes

- Un environnement pas toujours favorable à la pratique d'activité physique et à l'équilibre alimentaire
- Des jeunes qui présentent des troubles psychiques
- De nombreuses situations d'addictions observées chez les jeunes
- Des lieux de trafics de drogues identifiés sur le territoire
- Des inquiétudes liées aux écrans et nouvelles technologies
- Des jeunes qui doivent partir pour faire leurs études ou pour trouver un travail
- Une offre d'activités sportives et culturelles pas assez développées
- Des difficultés de transports pour les jeunes du territoire

7. Santé des personnes âgées

- Un isolement des personnes âgées ; notamment liées à des familles éloignées
- De nombreuses personnes âgées en situation de précarité ne pouvant pas faire face aux dépenses liées au vieillissement
- Des adaptations du logement non réalisées qui compromettent parfois le maintien à domicile
- Des structures d'accueil coûteuses et surchargées

8. Santé des personnes en situation de handicap

- Des personnes en situation de handicap isolées
- Des difficultés de reconnaissance et de classification des handicaps
- Une insertion professionnelle compliquée par les employeurs
- Des structures d'accueil en manque de moyens et de places
- Une méconnaissance des dispositifs d'aides existants
- Une accessibilité physique des services limitées pour les personnes à mobilité réduite : topographie du territoire, adaptation des structures et transports limités

FOCUS TERRITORIAL

Ci-dessous quelques éléments identifiés plus particulièrement sur les différents territoires du diagnostic. A noter que de nombreux éléments ont été constatés sur la communauté de Communes Alsace Bossue au regard du nombre de personnes plus important interrogé sur ce territoire.

NB : Les éléments ci-dessous ont été retenus car ils semblaient plus présents sur les territoires identifiés. Cela ne signifie pas que les problématiques identifiées ne sont aucunement présentes sur les autres territoires.

1. CC Alsace Bossue

- Manque de transports
- Peu d'offre de proximité (commerces qui ferment)
- Eloignement de l'offre de soins
- Manque de personnel hospitalier
- Manque de médecins
- Manque d'activités pour les jeunes
- Peu d'offre d'emploi
- Pas d'offre d'enseignement supérieur
- Personnes âgées éloignées des familles
- Difficulté dans l'accessibilité des personnes en situation de handicap
- Peu d'offres de prise en charge des personnes âgées

2. CC Hanau-La Petite Pierre

- Manque de transport
- Manque de personnel hospitalier
- Manque de médecins
- Peu d'offre d'emploi
- Personnes âgées éloignées des familles

3. CC Pays de Saverne

- Bonne offre associative

- Patrimoine important et tourisme
- Un bon système d'enseignement
- Des « poches » de précarité
- La présence de marchands de sommeil
- Observation de violences intrafamiliales

4. QPV Saverne

- Des personnes en précarité éloignées des soins

UNE QUALITE DE VIE INHERENTE AU CADRE DE VIE

Idées phares :

- La nature comme élément essentiel à la qualité de vie
- Des espaces et une densité de construction modérée à préserver
- Un patrimoine historique qui contribue à l'attractivité touristique

La nature comme élément essentiel à la qualité de vie

Les élus, les professionnels et les habitants déclarent une bonne qualité de vie sur le territoire de Saverne, en lien avec l'environnement naturel, l'espace, la qualité de l'air et la tranquillité (6 entretiens).

DEFINITION DE LA QUALITE DE VIE PAR LES ELUS (3 ENTRETIENS)

« Donc la qualité de vie, c'est beaucoup de chose chez nous, c'est la nature, c'est l'espace, c'est la tranquillité. Mais bon il faut croire que la tranquillité n'attire plus puisque tout le monde s'accrole à la ville. »

« La première chose qui vient à l'esprit c'est la qualité de l'environnement, de l'habitat, etc. C'est un point positif. Les pâtures, le grand air. »

« C'est la proximité de la nature environnante, bon, Saverne est une petite ville, de taille moyenne, avec beaucoup de verdure et notamment une belle et grande forêt à, allez, 5 minutes du centre-ville »

DEFINITION DE LA QUALITE DE VIE PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTretien)

« Ben je dirais déjà l'environnement, tout simplement, la proximité de la plaine, la proximité des plateaux, la proximité des forêts et le cours d'eau qui traverse la ville. Donc ça, ça apporte déjà, avec toutes les animations qui sont organisées autour de ça. Ça participe déjà au cadre de vie agréable qu'est celui qu'offre Saverne et environ. »

DEFINITION DE LA QUALITE DE VIE PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« C'est la qualité de vie au point de vue environnement, l'air pur, énormément de paysans sont bio, voilà, je trouve que c'est quelque chose à faire connaître »

« On a le meilleur air d'Europe, ici dans le parc régional des Vosges du Nord. Un des meilleurs airs d'Europe. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 36 personnes sur 121 interrogées ont exprimé que la nature contribuait à leur qualité de vie :

« Eh bien elle est agréable ! C'est un joli environnement, il y a beaucoup de verdure moi j'aime la nature j'aime marcher donc pour moi c'est très bien. »

« On est bien entouré de nature, on n'est pas loin si on veut se balader, moi j'aime bien »

- 89 personnes sur 121 ont associé la vie à la campagne à une bonne qualité de vie :

« C'est un peu la campagne, c'est très agréable. Les gens sont tous plus ou moins aimables les uns avec les autres. Pour rien je quitterai la campagne pour la ville. »

« C'est pas la ville. J'aime bien tout ce qui est nature tout ça donc c'est surtout ça. Puis bon on a quand même pas mal de choses des activités autour de chez nous donc c'est bien, quand on a des enfants c'est bien. »

Des espaces et une densité de construction modérée à préserver

Un territoire qui offre encore beaucoup d'espace, que les acteurs ont à cœur de préserver via une maîtrise de l'urbanisation, en opposition à la densification des grandes agglomérations. Cette thématique a été abordée dans 2 entretiens. Ce point va être plus spécifiquement abordé sur les territoires de l'Alsace Bossue et de Hanau-La Petite Pierre.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Ne pas reproduire à la campagne, ce qui est fait dans les grosses agglomérations par rapport à l'urbanisme, la densification des maisons. Avoir des espaces de vie extérieurs suffisants entre les constructions, un peu d'espace pour les jardinages, c'est ça aussi la qualité de vie. »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« On n'est pas dans des endroits sur-industrialisés. En fait le vide ça fait du bien de voir du vide encore, des choses qui ne sont pas dans des immenses zones industrielles où pendant des kilomètres et des kilomètres on ne voit que du béton ou des choses comme ça. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 10 personnes sur 121 ont exprimé le souhait de préserver la nature de toute forme de pollution :

« Sur La Petite Pierre, c'est plutôt l'environnement naturel. Le fait de ne pas être surexposé à la pollution, de ne pas être près des champs pleins de pesticides. Enfin d'être en pleine forêt, donc le côté naturel est vraiment sympa. En plus sur La Petite Pierre, sur ce qui est environnement, il y a sur le paysagisme, il y a une attention à rester sur du naturel. »

Un patrimoine historique qui contribue à l'attractivité touristique

Lors de 3 entretiens, a été soulevée la présence d'un patrimoine bâti, un cadre historique qu'il serait essentiel de valoriser, notamment en matière d'attractivité et d'offre touristique. Ce point concerne essentiellement le territoire de Hanau-La Petite Pierre et la ville de Saverne.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Le patrimoine bâti, parce qu'on a quand même un joli patrimoine bâti, qui est intéressant, qui fait partie du cadre de vie, assez typique. »

« Il y a le cadre historique de Saverne au niveau du centre-ville, le cadre naturel et tous les services de proximité voilà c'est ça les éléments phares »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Elles ont des avantages, ces deux villes (Saverne et Haguenau) qui sont aussi très touristiques. Quand on a une ville très touristique, on attire aussi tout de suite plus de monde. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 12 personnes interrogées ont parlé du patrimoine qui est un point positif et qui devrait être valorisé pour développer le tourisme :

« Moi tout me plaît, les gens, tout. Il y a des beaux patrimoines. »

OFFRE DU TERRITOIRE

Idées phares :

LOGEMENT

- Un nombre de logements dégradés important en hyper-centre
- Une accessibilité financière au logement limitée pour des publics en situation de précarité

TRANSPORTS

- Une offre de transports collectifs peu présente et peu adaptée
- Une offre de transport limitée qui renforce les inégalités et participe à l'isolement social de groupes de population déjà vulnérables

SERVICES DE PROXIMITE

- Des services publics et des commerces de proximité jugés suffisants
- Une offre sportive, culturelle et de loisirs jugée conséquente sur le territoire et diversifiée
- Une lisibilité de l'offre associative à renforcer
- Des infrastructures à renforcer et une offre à adapter à l'âge et aux contraintes professionnelles
- Un cadre de vie rural qui a aussi ses limites : sentiment d'éloignement des services publics pour certains et cités dortoirs pour d'autres
- Une offre en matière de garde d'enfants jugée insuffisante par les élus

EMPLOI ET INSERTION

- Une offre d'emploi et de formation jugée insuffisante sur le territoire

Le logement

Un nombre de logements dégradés important en hyper-centre

Au cours de 3 entretiens, les participants ont traité de l'état des habitations sur le territoire. Il y a des habitations, souvent en hyper-centre, dégradées et qui ne sont pas rénovées. La quantité de travaux à réaliser dans les logements proposés décourage jeunes et seniors. De plus certains logements habités restent insalubres et il y a encore des cas d'intoxication au monoxyde de carbone dans des logements sur le territoire.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« En revanche, nous avons une poche en hyper centre-ville d'habitats anciens plutôt dégradés, voire très dégradés. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Vous avez un problème de logement et de chauffage par ex. les intoxications au monoxyde de carbone existent encore et il y a encore des logements insalubres avec des chauffages au charbon »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Il y a 140 logements vacants à Sarre-Union. Dans tous les bleds il y en a tout plein. C'est l'offre et la demande. C'est-à-dire que on cherche quelque chose, mais ici il n'y a pas la recherche. Vis-à-vis des seniors, il n'y a pas, vis-à-vis des jeunes qui s'installent. On peut acheter des maisons, tout plein. Mais il faut faire des travaux énormes dedans. Une maison où on peut vivre dedans, allez disons dans deux semaines ou 3 semaines, il faut juste un peu rafraîchir, il n'y en a pas beaucoup. Donc il y a des maisons en vente depuis des années et des années, qui ne sont pas vendues. Le bien déperit d'année en année. Ça ne se vend pas, ça ne correspond pas »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 4 personnes sur 121 parlent d'habitations qui se dégradent et ne sont pas rénovées, avec des difficultés de trouver l'offre qui convient :

« Malheureusement il y a aussi beaucoup de maisons à l'abandon, c'est un patrimoine alsacien protégé mais délabré. »

Une accessibilité financière au logement limitée pour des publics en situation de précarité

Professionnels et habitants constatent une précarité autour du logement qui concerne, notamment, le maintien dans le logement ou l'acquisition d'un logement.. Il y a également la présence de marchands de sommeil qui abusent de la confiance de certaines familles en situation de précarité et de certains bailleurs sociaux qui ne les aident pas. Cela a été traité lors de 3 entretiens avec un focus sur la ville de Saverne.

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Il y a de façon récurrente et prédominante une problématique de logements. Soit la problématique du maintien dans le logement, parce que financièrement ce logement n'est plus adapté à une réalité qui a changé, pas mal de logements énergivores. »

« (Centre-ville de Saverne) On a une vraie précarité dans de l'habitation privée chez les marchands de sommeil ou des petits immeubles »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« (Saverne) Parce qu'au centre-ville en appartement c'est peut-être quand même pas la même qualité de vie »

Ressources existantes citées lors des entretiens

Afin de résoudre les problématiques d'habitats dégradés en hyper-centre, la commune de Saverne a intégré le dispositif Opah-RU :

« C'est la raison pour laquelle nous sommes rentrés dans le dispositif « Opah-RU »

→ Le dispositif Opah RU¹ :

« L'Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat – Renouvellement Urbain a pour objectif de résoudre, en priorité, les situations urbaines et sociales les plus difficiles, les problèmes liés à l'habitat insalubre, vétuste et aux logements vacants. Elle vise le développement d'un territoire par la requalification de l'habitat privé ancien. Elle bénéficie d'ingénierie et d'aides majorées de l'Etat en contrepartie d'engagements volontaristes des collectivités locales. Elle se matérialise par une convention signée entre l'Etat, l'Anah et la collectivité en question, pour une durée de 3 à 5 ans. »

¹ Source : Agence nationale de l'habitat (Anah)

Source : <https://www.anah.fr/collectivite/les-operations-programmees/quest-ce-quune-operation-programmee/>)

Les transports

NB : Ces points seront spécifiquement abordés dans les autres parties lorsqu'ils concernent les différents types de publics identifiés : jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap

Une offre de transports collectifs peu présente et peu adaptée

Sur l'ensemble du territoire le moyen de déplacement principal est la voiture, pour les personnes en ayant les moyens. Seules les personnes qui résident dans une commune desservie par une gare ont une alternative possible. Cela a été abordé lors de 4 entretiens.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Sachant que le déplacement sur notre territoire c'est la voiture individuelle sauf pour ceux qui ont la chance d'être dans une commune desservie par une gare ou ceux qui sont sur la liaison Sarre-Union-Saverne. En dehors de ça, il n'y a plus rien en termes d'offre de déplacement sur notre territoire. »

« À Sarre-Union, on peut vivre sans bagnole. Allez vivre à Berg sans voiture, quand on a des enfants de 6 ans et 10 ans et on a potentiellement un RSA et on n'a pas de voiture. Parce qu'encore faut-il les moyens pour se payer une bagnole. »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« L'Alsace Bossue Saverne ça ne peut être qu'en voiture, Il y a une ligne structurante mais avec des horaires qui ne conviennent pas »

LA VOITURE COMME PRINCIPAL MODE DE DEPLACEMENT CITE PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« En ayant le permis et une voiture, c'est vrai que l'espace est beaucoup moins contraint et du coup on peut aller un peu partout »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 27 personnes sur 121 ont relevé des difficultés de déplacement, notamment lié à la nécessité d'avoir une voiture et du trafic que cela engendre :

« Les déplacements, tout ce qui est déplacement. Si tu n'as pas de voiture, tu ne vis pas. Bus et train, c'est super compliqué et il n'y en a pas beaucoup. »

- D'un autre côté 12 personnes sur 121 qui utilisent la voiture comme mode de transport expriment une bonne situation géographique de Saverne avec une certaine proximité de services :

« Oui il y a la proximité de beaucoup de services, que ce soit de santé ou autre ouais on n'a pas à se plaindre, on est bien desservi on a le train on a l'autoroute, on a ... on est quand même bien situés. »

L'offre en matière de transports en commun apparaît donc très limitée sur le territoire. Au cours de 6 entretiens, la nécessité de les développer a été soulignée.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ÉLUS (2 ENTRETIENS)

« Les transports : Ligne de bus Sarre-Union-Saverne et train Oermingen-Diemeringen jusqu'à Strasbourg ou Sarreguemines et c'est tout. Sortie de ça, même pour aller vers le train, au vu des horaires, il faut la voiture. »

« Le réseau 67 a été réduit ou supprimé même. Il ne dessert plus beaucoup de communes, il n'y a plus beaucoup d'arrêt. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« En fait, ça fait un an que je bosse ici et en toute sincérité, je n'ai pas souvenir d'avoir vu un bus. »

« Il n'y a plus de liaison entre Diemeringen et Drulingen »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Ils ont refait les lignes, depuis hier le 1er. On est à Diemeringen, on entend à nouveau les trains, on est trop contents. »

« Cette année était catastrophique pour le train parce qu'on n'avait pas de train, on avait l'autobus. Et je suis complètement opposée à prendre un autobus qui met 1h30 »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 17 personnes sur 121 expriment des manques autour de l'offre disponible sur le territoire en matière de transports en commun :

« Pas assez de transports en commun. Je trouve c'est vraiment LE point noir. Enfin là où j'habite, où à part les transports scolaires, il n'y a rien d'autre.. »

Une offre de transport limitée qui renforce les inégalités et participe à l'isolement social de groupes de population déjà vulnérables

Ce point a été traité dans 6 entretiens. L'absence de transport entraîne des difficultés comme l'isolement des personnes qui sont obligées de rester chez elles et subissent une désocialisation. Cela dégrade plus ou moins la qualité de vie perçue selon les tranches d'âge. De plus, cela pose un problème aux populations âgées et/ou en situation de handicap qui se trouvent face à des difficultés notamment pour avoir accès à l'offre de soin. Par ailleurs la présence d'un relief vallonné amène quelques difficultés pour alterner avec des déplacements doux. Ce constat est partagé par élus, professionnels et habitants.

D'un autre côté, favoriser l'accessibilité via les transports en commun permettrait de pouvoir travailler sur des grandes villes comme Strasbourg et représenterait un facteur d'attractivité.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« On est encore plus démunie si on vit chez nous. Quand on n'a pas de boulot c'est encore plus compliqué, on est 2 fois pénalisée »

« Après pour les personnes âgées ou handicapées, il se pose le problème du transport pour aller chez le médecin, et ça c'est pas évident. Il faut compter sur le voisin pour le transporter et c'est pas toujours facile. »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Il y a souvent deux bus à prendre et il met 2h à venir. »

« Ensuite ils n'ont plus de moyen de transport, ils sont souvent aussi désocialisés et isolés »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Il y a une barrière en fonction des âges et des modes de transport qu'on peut emprunter »

« Diemeringen a toujours été très très commerçant. [...] Vous savez pourquoi ? Le premier truc, élément déclencheur, c'est la gare. Diemeringen est relié à Strasbourg. Depuis combien de temps les gens vont travailler à Strasbourg ? Depuis beaucoup plus longtemps que Sarre-Union. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- **8 personnes** sur 121 ont relevé les conséquences que l'offre de transport pouvait entraîner, telles que les nuisances sonores associées à certains modes de déplacement ou l'isolement, mais également l'attractivité que le développement de transports en commun pouvait entraîner

« C'est les transports qui manquent de mon point vers ... il n'y a rien. Bon c'est le commerce hein, mais s'il y a les transports, le commerce il vient tout seul. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- Par ailleurs, **26 personnes** sur 121 ont cité plusieurs pistes d'amélioration comme :
 - Le développement de l'offre de transport en commun
 - Mise en place de navettes
 - Mettre en place un contournement
 - Développer les pistes cyclables

Les services de proximité

Des services publics et des commerces de proximité jugés suffisants

Concernant les services publics et commerces de proximité, au cours de 5 entretiens, il a été évoqué que ces derniers étaient suffisants et relativement bien implantés selon professionnels et habitants : la proximité de l'offre évite de faire des longues distances pour avoir une réponse aux différents besoins.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (3 ENTRETIENS)

« Sinon en termes de service, à priori, il y a tout ce qu'il faut. »

« C'est quand même un périmètre où les services publics sont encore relativement bien implantés sur le territoire »

« Un des éléments positifs c'est la proximité, à savoir les gens ont besoin de ne pas avoir à faire de longues distances pour avoir une réponse à leurs besoins au quotidien que ce soit au niveau alimentaire ou au niveau prise en charge médicale, c'est quelque chose qui ressort vraiment de façon importante dans les discours je trouve »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Pour moi c'est facile, je réside à Saverne. On a choisi cette petite ville justement pour la qualité de vie qu'on pouvait y trouver, à savoir avoir un maximum de services à portée de pied, majoritairement. Mais services de tous types, que ce soit scolaires, liés à la santé, c'est à dire les médecins présents, la présence de l'hôpital, des lycées, c'est à dire la scolarité

depuis tout petit jusqu'au bac, voire même plus. La qualité de vie par rapport à la proximité avec la forêt et les espaces naturels, les commerces. »

« On s'installe à Sarre-Union parce qu'à Sarre-Union, il y a tous les services qui sont là, Aldi, Lidl, docteur, collège, lycée, école primaire, il y a une multitude de trucs. Pas de voiture, pas besoin de voiture en fait. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 46 personnes sur 121 expriment une bonne qualité de vie associée à l'offre de services suffisante :

« Ben il y a toutes les infrastructures, euh en termes de commerce, en termes d'école, en termes de loisirs, c'est bien fourni je trouve par rapport à la taille de la ville. »

« Déjà il y a tous les commerces, on peut tout faire à pied ce qui est très pratique, voilà. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- **9 personnes** sur 121 ont exprimé des **difficultés liées à la vie à la campagne** :

« On est des ruraux, on est un peu loin de tout. Strasbourg, les hôpitaux c'est loin. Et il n'y a pas trop de médecins. »

Une offre sportive, culturelle et de loisirs jugée conséquente sur le territoire et diversifiée

Il y a sur tout le territoire la présence d'une offre associative dans plusieurs communes qui permet un accès aux sports, aux loisirs et à la culture à tous les âges. Une dynamique associative diversifiée répartie pour accompagner tous les types de population et qui concourt à un bien-être social. Cet aspect a été cité lors de 5 entretiens par élus, professionnels et habitants.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ÉLUS (2 ENTRETIENS)

« L'accès aux loisirs et à la culture : beaucoup de gens qui n'habitent pas par ici pensent qu'on est mal lotis mais en fait non. Avec mes enfants, j'avais plein de possibilités d'activités. Il y a beaucoup d'efforts qui ont été faits dans les années précédentes »

« Il y a vraiment une dynamique associative et diversifiée, là on ne peut que s'en féliciter, c'est vrai qu'on a beaucoup d'associations dans plusieurs de nos villages. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Un partenariat associatif assez développé, pas mal d'organismes caritatifs aussi, qui font leur job. Donc c'est tout un maillage qui entoure les familles de manière proche. Ça c'est quand même important. Et qui concourt quand même à un relatif bien-être social. »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Sur le secteur, on a quand même beaucoup d'associations. C'est aussi une spécificité. Je ne sais pas si c'est purement sur le secteur ou si c'est alsacien mais on a quand même toujours relevé le nombre d'associations qui étaient présentes sur le territoire »

« Avoir des accès à la culture, dans différents points, musique, danse, scrabble, gymnastique, enfin toutes ces choses-là. On a ça sur le territoire donc ça c'est une qualité de vie. »

De plus, lors d'un entretien avec les habitants, une personne a exprimé le fait que des personnes venaient quelque fois de loin pour profiter de l'offre :

« Quand on regarde les personnes qui viennent à l'espace Rohan, pour le programme culturel. Mais je me suis déjà fait la remarque, il y a énormément de gens qui viennent d'ici (AB). Enfin comment on dit nous, qui descendent le col et j'ai rencontré des gens et j'ai dit mais vous avez une demi-heure pour rentrer sur la route le soir à 23h30, mais ils viennent. C'est-à-dire il y a un attrait pour cet espace culturel. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 20 personnes sur 121 ont associé leur bonne qualité de vie à l'offre associative et les équipements sur le territoire :

« Il y a beaucoup de choses à faire aux alentours ouais, il y a quand même beaucoup d'animations un peu plus maintenant, avant c'était un peu plus calme maintenant ça fait 15 ans que je suis du côté-là, donc il y a quand même beaucoup d'animations. » « Les activités pour les enfants, les aires de jeu, la piscine, les activités sportives, pour les adultes les pistes cyclables, les circuits de VTT ou de course à pieds en forêt. »

- 5 personnes sur 121 ont exprimé des difficultés d'accès à l'offre culturelle et sportive :

« Les activités, il faut sortir du village si vous voulez aller au cinéma ou à un concert, même pour faire du sport. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- **16 personnes** sur 121 ont cité plusieurs pistes d'amélioration comme :
 - La création d'événements culturels (cinéma, musique, théâtre)
 - L'amélioration de certaines infrastructures comme la piscine de Diemeringen
 - La création d'une piscine à Wingen-sur-Moder et en Alsace Bossue
 - Créer des lieux de rencontre
 - Un camping avec des activités familiales
 - ...

Une lisibilité de l'offre associative à renforcer

Lors d'un entretien habitants, certains ont exprimé des difficultés en termes de connaissance des différentes activités présentes et du manque de communication sur cette offre :

« On a quand même une richesse au niveau des associations, mais quand on ne connaît pas assez, qui se font pas à se connaître et elles sont là les associations, elles font des choses mais elles se font pas connaître. »

Des infrastructures à renforcer et une offre à adapter à l'âge et aux contraintes professionnelles

Lors d'un entretien habitants, certains participants identifient des freins à l'accès aux activités du territoire, notamment l'âge et l'activité professionnelle :

« Après c'est plus des contraintes. Ça dépend de l'âge, de l'activité professionnelle »

Dans 2 entretiens, élus et habitants indiquent que les horaires des services publics, notamment administration, crèches et des commerces ne sont pas suffisamment adaptés à la vie active :

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Les horaires ne collent pas à vos heures de sortie du travail. Il faut des fois attendre 3-4 jours pour trouver le créneau pour aller dans l'administration ou pour aller au magasin ou pour aller au pressing chercher l'affaire qu'il vous manque ou aller vite courir chercher autre chose. »

« Moi j'ai des collègues au centre de soins à Diemeringen, il y a une crèche à côté de chez nous. Ils commencent à bosser à 6h45, il y en a plein des enfants d'infirmiers. Ils ne peuvent pas les déposer, on ne peut pas en bénéficier de cette crèche parce que la crèche ouvre à 7h30. Trois quart d'heure. »

Ressources existantes citées lors des entretiens

Quelques ressources présentes sur le territoire ont été citées lors des 2 entretiens avec les habitants :

→ Les activités disponibles :

- **Le Club Temps Libre et Loisirs** à Ingwiller :

« C'est une association du temps libre. Il y a beaucoup de gens de Wingen qui y vont. Ils emmènent aussi les gens à Caracalla, la piscine en Allemagne »

- **La piscine de Diemeringen :**

« Moi je n'habite pas loin du tout, il y a tout le temps du monde. Franchement, elle fonctionne bien, ils ont fait des soirées à la piscine, on pouvait manger là-bas. »

→ En matière de communication autour des différentes activités :

- Un **forum des associations** à Ingwiller :

« Nous organisons à Ingwiller un forum des associations. Il y a sur Ingwiller tout confondu 24 associations. [...] Donc on peut trouver son bonheur. »

- L'agenda en ligne de **l'office du tourisme et de la Grange des paysages** à Lorentzen :

« Des outils sont en place au niveau de la grange des paysages ou de l'office du tourisme. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- Des exemples de ressources qui ont été cités :
 - La piscine de Diemeringen
 - Université Populaire du Rhin de Saverne

Pistes d'amélioration concernant l'offre en matière d'activités présentes sur le territoire

Les habitants ont cité quelques pistes d'amélioration dans les 2 entretiens :

→ Un site internet pour connaître l'offre en matière d'activités sur le territoire :

« S'il y avait un site internet qui répertorie tout ce qui se passe sur l'Alsace Bossue, que ce soit les associations sportives, les manifestations. »

→ Mettre en place des infrastructures sportives pour les jeunes :

« Mais les jeunes demandent des skate-parks, des bike-parks, des city stades »

Les élus ont cité une piste d'amélioration dans 1 entretien :

→ Concernant les horaires d'ouverture des commerces :

- Les élus de Saverne sont en train de réaliser un travail afin que les horaires d'ouverture des commerces coïncident avec les contraintes de vie des personnes actives :

« On travaille aussi en étroite concertation avec les commerçants, notamment aux horaires, l'amplitude d'ouverture ou des choses comme ça,

ça c'est important quand on sort de son travail à midi, midi et quart, il faut pas que tout soit fermé quoi. »

Un cadre de vie rural qui a aussi ses limites : sentiment d'éloignement des services publics pour certains et cités dortoirs pour d'autres

D'un autre côté, dans 3 entretiens, élus et habitants indiquent que la ruralité implique malgré tout un éloignement des services publics et un manque de vie en journée, certaines communes n'étant plus que des cités dortoirs.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Ça c'est un désavantage d'être retiré, ça a ses avantages et ses inconvénients, on est un peu loin, même si je crois qu'on a fait, dans les dernières années, plein d'efforts pour avoir des équipements mais bon il y a quand même des choses qui nous échappent en l'occurrence aussi les services publics. »

« On est aussi face à un paradoxe, c'est-à-dire que les gens sont attirés par la campagne mais d'un autre côté, ils voudraient avoir les mêmes services qu'en ville et ça ce n'est pas toujours faisable. Et parfois, ils ont du mal à comprendre surtout quand il s'agit de néo-ruraux, par exemple. »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Moi j'habite dans un village où il y avait aussi beaucoup de restaurants. Aujourd'hui, moi les villages, comme je vous les entends dire, on a juste besoin de services. Les services machins, les services transports... Mais la qualité de la vie dans les villages autant que vous passiez le soir à 18h, c'est des cités dortoirs »

Pistes d'amélioration évoquées par les élus en termes de densification

Lors d'un entretien élus, les participants ont proposé une densification de l'existant plutôt que d'aller vers de l'étalement urbain.

« Réduire l'étalement urbain, puisqu'à un moment il y a quand même eu un étalement urbain qui s'est fait de façon assez conséquente sans forcément avoir une progression de la population du même équivalent. Et donc là il faut être raisonnable quelque part, il faut arrêter cet étalement urbain et puis arrêter cette consommation foncière, ou en tout cas la réduire et aller dans la densification de l'existant. »

Une offre en matière de garde d'enfants jugée insuffisante par les élus

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Des modes de garde pour les jeunes enfants qui sont peut-être insuffisants »

PISTE D'AMELIORATION CONCERNANT L'OFFRE DE CRECHES

→ Concernant le manque de dispositifs de garde pour les enfants :

- Les habitants ont proposé lors d'un entretien la **création de crèches accolées aux entreprises** afin de faciliter la garde pour les personnes actives :

« Vous vous rendez compte, si demain une entreprise comme certaines start-up mettait des crèches à proximité de leur entreprise qu'ils financeraient. Ce que ce serait comme atout. »

L'emploi et l'insertion

Une offre d'emploi et de formation jugée insuffisante sur le territoire

Sur le territoire de l'Alsace Bossue, se pose la question de l'emploi : il n'y a pas assez d'offres pour tous les demandeurs d'emploi, et particulier les femmes. Les élus et les habitants l'ont abordé lors de 2 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Il y a pleins de monde et il faut leur trouver du travail, leur donner un avenir et ne pas les laisser à l'insertion. Mais pour ça il faut créer des emplois »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Et en fait le territoire là, il n'y a pas de grandes entreprises qui avaient besoin, qui ont eu besoin dans les années passées, de main d'œuvre féminine. Les femmes souvent, sur le territoire de l'Alsace Bossue, restent à la maison. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 6 personnes sur 121 ont exprimé un accès à l'emploi compliqué sur le territoire et une nécessité de créer des emplois :

« Vivre bien, si on n'a pas de travail ici ce n'est pas possible. Il n'y a pas beaucoup de ressources. Manque d'opportunités professionnelles sur le territoire. Mettre en place plus d'emploi pour tout le monde, pour les personnes qui en ont besoin et pas aller mendier chez l'assistante sociale. »

Ressources existantes citées lors des entretiens

→ Le centre de détention d'Oermingen : dispose d'un dispositif d'insertion avec des formations professionnelles

« A l'insertion, il y a actuellement à peu près 80 personnes, ils assurent un emploi au 25-35ieme. Les personnes qui y travaillent ne sont pas des flemmards »

Ressources non exhaustives identifiées sur le territoire

→ Relais Emploi Santé Insertion :

Ils interviennent sur des thématiques autour de la santé et de l'insertion. Ils accompagnent des bénéficiaires de minima sociaux pour retrouver un emploi et/ou une vie sociale. Leur territoire d'action est Saverne.

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Idées phares :

- Un lien social fort qui participe à la qualité de vie sur le territoire selon élus et habitants
- Mais un constat d'isolement de certaines populations par des élus et des professionnels : personnes venant de l'extérieur sans famille sur le territoire, jeunes en rupture familiale et population émigrée, notamment turque, ne maîtrisant pas la langue...

L'environnement social, le lien social

NB : Ces points seront spécifiquement abordés dans les autres parties lorsqu'ils concernent les différents types de publics identifiés : jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap

Un lien social fort qui participe à la qualité de vie sur le territoire selon élus et habitants

Dans 3 entretiens des élus et des habitants observent une population qui se sent bien sur le territoire avec des populations âgées qui s'installent dans le secteur et s'impliquent dans la vie de la cité et un milieu rural favorisant le maintien de liens sociaux :

Constats d'élus : « Plusieurs retraités qui se sont installés dans la commune eux, ils cherchent le contact avec le voisinage et ils s'impliquent beaucoup plus que les actifs. »

« Globalement sur les contacts qu'on peut avoir avec la population, la population se sent bien sur notre territoire »

Constat d'habitants : « Mais je pense qu'il y a encore ce genre de lien qui existe mais surtout dans nos territoires plus ruraux. Ça a tendance à s'amenuiser plus la ville est grande »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 22 personnes sur 121 expriment une intégration sociale forte et des relations sociales positives:

« Les gens sont sympathiques, tout le monde connaît tout le monde. Je travaille dans le milieu des enfants et je suis aimée partout et j'aime tout le monde ! » « Ça va être à titre perso aussi, moi j'ai tous mes amis ici, ça y contribue énormément beaucoup de connaissances oui. »

Mais un constat d'isolement de certaines populations par des élus et des professionnels : personnes venant de l'extérieur sans famille sur le territoire, jeunes en rupture familiale et population émigrée, notamment turque, ne maîtrisant pas la langue...

Dans 3 entretiens, il a été question de l'isolement de la population plus ou moins ressenti par certains types de population. Une solitude qui était moindre à la campagne mais qui a tendance à s'accroître.

CONSTAT EXPRIME PAR DES ÉLUS (1 ENTRETIEN)

« Il y a des gens de l'extérieur qui se sont installés dans nos villages, avant c'était quand même plutôt des gens qui étaient en relation, qui avaient de la famille. Maintenant c'est plutôt des gens complètement de l'extérieur qui s'installent dans nos communes et qui n'ont aucun lien avec la population, qui ne se sont pas intégrés non plus, qui n'ont pas rejoint le tissu associatif et puis qui sont carrément un peu décalés. »

CONSTATS EXPRIMÉS PAR DES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Je n'ai pas l'impression que ce soit le propre d'une catégorie particulière [l'isolement] c'est des choses qu'on trouve parfois chez des gens jeunes. Mais avec d'autres phénomènes, des gens jeunes qui sont en rupture avec leurs proches. Mais des gens qui se plaignent de leur isolement. »

« Il y a aussi des populations qui sont moins bien intégrées pour des raisons de culture, pour des raisons de langues. Chez nous on a une population turque par ex, où ça pose quelques petits problèmes et ce n'est pas des réfugiés. Beaucoup sont sur le territoire depuis des années, travaillent depuis des années chez nous, mais ils ont du mal »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- 4 personnes sur 121 ont exprimé un isolement social de personnes « étrangères » non natives du territoire :

« Les relations avec les gens, avec les anciens, parce que dans certains villages, il a des étrangers qui viennent, ils ne disent plus bonjour, ils n'ont plus de sympathie. »

LA PRECARITE ECONOMIQUE

Élément phare :

Des « poches » de précarité réparties sur le territoire

Des « poches » de précarité réparties sur le territoire

Certains élus considèrent que la population en situation de précarité financière augmente sur le territoire suite à la création de logements sociaux. Cette pauvreté s'accroît avec l'âge chez certaines personnes avec une population travaillant dans le secteur ouvrier ou agricole et qui se retrouve avec des petites retraites. La précarité financière a été abordée lors de 6 entretiens et concerne l'ensemble du territoire.

CONSTAT EXPRIME PAR DES ÉLUS (1 ENTRETIEN)

« Les gens qui partent, leurs logements pour les remplacer, on refait des logements et on fait venir des gens de l'extérieur mais aussi des gens en difficulté et c'est comme ça qu'on accumule plein de choses, il y a un déséquilibre depuis 30 ans »

CONSTATS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (4 ENTRETIENS)

« La précarité existe aussi mais avec peut-être de moindres difficultés d'accès aux soins notamment de moindres freins concernant la mobilité, aussi. Je dis bien de moindre, ils existent mais de moindre »

« Sur la ville de Saverne on a des poches de pauvreté au centre-ville »

« Nous on accueille énormément de personnes âgées, ce qui ressort c'est une forme de précarité, on quand même pas mal de personnes qui sont au minimum vieillesse »

« Le canton de la petite pierre est un canton qui contrairement aux apparences est relativement pauvre. On a des hôtels restaurants etc. donc on a l'impression qu'il y a beaucoup d'argent mais pas du tout. Les habitants de la petite pierre n'ont pas de moyens »

CONSTAT EXPRIME PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Sarre-Union c'est hyper pauvre. »

Ressources non exhaustives identifiées sur le territoire

→ Association France Horizon SAS d'Accueil de Thal-Marmoutier

Le SAS est un établissement habilité à accueillir 55 personnes (familles avec enfants et isolé(e)s dans le cadre du programme de réinstallation en France. Les missions sont notamment de l'hébergement et une alimentation, un accompagnement dans les démarches administratives, un accompagnement sanitaire global, apporter une aide à la scolarisation des enfants. Mais ils organisent également des animations et des séances d'information sur les démarches administratives.

→ UTAMS:

Ils interviennent dans de l'action sociale de proximité. Territoire couvert : la cc Alsace Bossue, la cc Hanau Petite Pierre et la cc Saverne Marmoutier Sommerau.

COMPORTEMENTS ET MODES DE VIE

Idées phares :

- Des comportements défavorables en matière d'alimentation et d'activité physique notamment
- Des situations de violence intrafamiliales sur Saverne en augmentation selon des élus et des problématiques sociales à l'origine de ces violences selon des professionnels

Des comportements défavorables en matière d'alimentation et d'activité physique notamment

Des comportements de santé défavorables : alimentation déséquilibrée et manque d'activité physique, ont été mis en lien avec la précarité, le faible niveau de revenus, les difficultés d'insertion qui apparaissent dans les entretiens comme des freins majeurs l'adoption de ces comportements (2 entretiens)

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ÉLUS (1 ENTRETIEN)

« La manière dont on mange et dont on fait du sport, quand je regarde dans le village et ailleurs, je suis étonné de voir le nombre de gens qui ne font pas de sport. Et quand on regarde le résultat de la façon dont les gens mangent, on voit à quoi ils ressemblent à partir d'un certain âge. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« C'est sûr que la précarité du boulot fait qu'on va accepter des choses. Il faut partir loin, soit on va manger au resto soit on va s'emmenner des trucs et puis ça ne va pas forcément être très équilibré. »

Pistes d'amélioration concernant l'alimentation et l'activité physique

Les élus et professionnels ont proposé au cours de 2 entretiens, quelques pistes d'actions pour agir sur l'alimentation et l'activité physique :

→ Mettre en place des actions autour de l'alimentation à destination des enfants plus spécifiquement pour qu'il y ait une meilleure efficacité d'action :

« Donc peut-être que si on faisait des actions comme ça auprès des enfants plus qu'auprès des adultes ça serait intéressant pour faire de l'éducation. En plus c'est l'avenir en fait quelque part. »

→ Mettre en place des ateliers cuisine pour apprendre aux personnes à se faire à manger

« Pouvoir bien se nourrir et pouvoir créer des ateliers de cuisine. On a quand même le grenier de Joseph à Diemeringen et il y a énormément de personnes qui vont chercher des colis alimentaires et il faudrait aussi se pencher sur la problématique pour apprendre, réapprendre à ne pas que chercher un colis alimentaire mais à cuisiner par des ateliers de cuisine »

Ressources non exhaustives identifiées sur le territoire

→ *La route de la santé :*

Interviennent auprès du grand public. Ils mettent en place des ateliers de promotion de l'équilibre alimentaire vers les personnes en situation de précarité dans les épiceries sociales des CCAS et des CSC, dans les mairies et les missions locales. Ils interviennent sur Saverne.

Des situations de violences intrafamiliales sur Saverne en augmentation selon des élus et des problématiques sociales à l'origine de ces violences selon des professionnels

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ÉLUS (1 ENTRETIEN)

« Un des indicateurs aussi c'est que chaque année, les violences intrafamiliales au niveau des statistiques de la gendarmerie augmentent »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Le problème c'est que 95 % des gens qu'on accueille, ils ne sont juste pas nés dans la bonne famille, ils n'ont juste pas eu les bons exemples, ils ont juste été mal entourés depuis leur plus jeune âge. Donc je pense que ce sont des problématiques sociales qui sont latentes depuis des décennies et en fait c'est aujourd'hui qu'on comprend vraiment les conséquences de tout ça [phénomènes de violences familiales]. »

Pistes d'amélioration identifiées par les élus

Pour répondre à ces problématiques, des élus ont soulevé, lors d'un entretien, la nécessité de mettre en place des dispositifs d'accompagnement à la parentalité intégrant une approche sanitaire et pas seulement éducative auprès de certaines familles du QPV de Saverne :

« Des dispositifs d'aide à la parentalité ? Oui, mais avec une approche de santé publique c'est-à-dire qu'un gamin de 14 ans qui tous les jours pète les plombs, c'est un problème de santé ce n'est pas qu'un problème éducatif. »

ACCES ET RECOURS A L'OFFRE DE SOINS

Idées phares ressortant tant des discours des professionnels/élus que des habitants :

- Des problèmes de santé touchant plus spécifiquement une population vieillissante
- Un manque de repérage et de dépistage des maladies métaboliques telles que le diabète, l'obésité ou les maladies cardio-vasculaires
- Des problèmes psychiatriques en augmentation chez les jeunes et la population active
- Une offre de médecine générale insuffisante sur le territoire avec des médecins débordés qui n'acceptent plus de nouveaux patients
- Des déplacements vers le domicile du patient qui diminuent
- Une offre suffisante en soins infirmiers
- Une offre de spécialistes satisfaisantes en termes de diversité mais parfois difficilement accessible géographiquement
- Des craintes évoquées quant aux situation d'urgence
- Un manque de personnel hospitalier repéré et des difficultés de recrutement
- Des difficultés pour installer des jeunes médecins en milieu rural
- Des représentations divergentes sur l'implantation des dispositifs de coordination
- La télémédecine, des représentations encore contrastées sur son fonctionnement et utilité

ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

Représentations quant à la santé globale mitigées

Sur le territoire, lors de 2 entretiens, les élus ont évoqué une santé plutôt bonne auprès de la population.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Il y a une prise en compte de la santé qui est relativement intéressante. Ce qui a un impact sur la santé de manière générale de la population. »

« Globalement elle me semble plutôt bonne. »

Tandis que lors d'un entretien, il a été relevé par les habitants que la population avait une santé dégradée spécifiquement sur le territoire d'Alsace Bossue.

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« La santé est très moyenne pour l'Alsace Bossue. »

Des problèmes de santé touchant plus spécifiquement une population vieillissante

Lors de 4 entretiens, il a été indiqué que la population vieillissante était celle la plus touchée par des problèmes de santé.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« C'est une population vieillissante. Ce sont les problèmes de vieillissement de la population d'une manière générale. »

« Il y a un vieillissement général de la population dans les communes moyennes et même les petites communes »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« On a tout âge confondu, et c'est certainement une évolution peu frappante, moi qui travaille depuis 30 ans, que les problématiques de santé sont maintenant trans-générationnelles. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

Il y a une problématique de vieillesse, autant il y a une installation de "jeunes" qui ont entre 18 ou 19 ou 20 ans et 25 ans, il n'y en a pas beaucoup qui viennent.

Un des professionnels a affirmé que bien qu'il y ait une population vieillissante en augmentation, c'est parce qu'il y a un système de soin de qualité :

« Globalement, il y a beaucoup de personnes âgées. Si il y a pas mal de seniors, c'est qu'il y a une offre de soins de qualité sur le territoire. Après Saverne est réputé comme étant un territoire riche, donc ça peut expliquer aussi ce phénomène. »

Des prises en charge qui deviennent plus complexes dues aux poly pathologies

Au cours de 2 entretiens, il a été abordé, qu'aujourd'hui, les patients ont des pathologies de plus en plus lourdes, sont plus âgés et poly-pathologiques. Cela nécessite, de la part des professionnels, une prise en charge pluridisciplinaire et un suivi constant à domicile.

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« C'est qu'on a des patients de plus en plus lourds qui nécessitent des prises en charge pluridisciplinaires. L'avis du pneumologue, l'avis du cardiologue, l'avis du médecin interniste et puis ensuite des suivis à domicile et une bonne articulation avec les praticiens et les soignants libéraux. »

« Mais le problème aujourd'hui, c'est que les patients sont poly-pathologiques. Vous avez un patient qui va être diabétique, hypertendu et cancéreux, c'est hyper compliqué à prendre en charge. Vous avez votre petit DE, vous avez fait 3 ans et demi d'études. Et quand on est infirmière à domicile, on est seul avec notre patient. C'est vous qui appelez le médecin de famille. Au bout d'un moment on est fermé. Mais le médecin traitant, il a déjà lui tellement de boulot, qu'il va vous dire « Ben essaye ça, essaye ça ». S'il vous fait confiance, il vous donne des pistes, mais vous aujourd'hui vous avez le souci, vous êtes entre les familles, si vous faites une bourde, souvent les enfants, vous avez peur de la procédure du truc. Vous ne vous mouillez pas non plus, vous finissez par appeler les pompiers ou le 15 pour rien. »

Une augmentation inquiétante des maladies métaboliques et psychiatriques sur le territoire

Un manque de repérage et de dépistage des maladies métaboliques telles que le diabète, l'obésité ou les maladies cardiovasculaires

Une augmentation des maladies métaboliques, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires, a été observée et citée lors de 5 entretiens, avec manque de dépistage dans la population. De plus, ils ont évoqué des problèmes importants d'obésité chez les jeunes mais aussi chez les adultes. D'après les professionnels, ces problématiques sont associées, entre autre, au contexte culturel du territoire mais aussi les habitudes alimentaires en émanant.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« La deuxième chose c'est la montée en puissance des problèmes d'obésité, où là on a déjà aussi essayé de se rapprocher du REDOM par exemple, essayer d'aider mais on fait des actions ponctuelles, on essaye de faire des ateliers de sensibilisation à l'hygiène alimentaire, mais force est de constater que chez les populations les plus précaires, l'obésité et également chez les mamans, ça reste un problème important. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (3 ENTRETIENS)

« Je trouve que les maladies métaboliques aussi, il y en a de plus en plus, c'est devenu de plus en plus important en terme de volume de consultations »

« Si on sait que les maladies cardio-vasculaires sont plus prégnantes sur le territoire alsacien par exemple qu'ailleurs. »

« On fait plusieurs dépistages en interne pour faire un dépistage gratuit et on a toujours pas mal de monde, une trentaine de personnes qui se présentent et on découvre toujours un diabète même si c'est qu'une ou deux personnes dans ces journées là on trouve toujours des gens qui n'ont pas été détectés pour le fait en moyenne 2 fois dans l'année on le fait avec REDOM. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Dans mes proches voisins, d'abord il y a beaucoup de retraités, donc peu de jeunes. Ils ont presque tous le diabète, ils ont des gros soucis de santé. Je ne sais pas si c'est dû à la nourriture, la façon dont on mangeait »

Des problèmes psychiatriques en augmentation chez les jeunes et la population active

Les troubles psychiatriques ont été définis dans les entretiens comme des problèmes de dépression, de détérioration des fonctions cognitives. Il y a également beaucoup de jeunes avec des problèmes psychiatriques souvent non-diagnostiqués. A cela, s'associent des difficultés de prise en charge de ces personnes qui ne se déplacent pas facilement. Un lien est fait notamment avec une souffrance due au travail. Cette thématique a été abordée lors de 4 entretiens.

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« En ce qui me concerne je trouve que les problèmes psychiatriques sont plus importants. Les problèmes de dépression, les problèmes aussi de détérioration des fonctions cognitives. »

« Beaucoup de jeunes avec des soucis de santé, troubles psy. Ce n'est pas l'apanage des publics les plus âgés. Avec une prédominance des troubles psychiatriques souvent non-diagnostiqués d'ailleurs. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Peut-être juste encore parlé un peu de la santé au travail, tout ce qui est la problématique des burnout, le stress au travail, qui n'est pas considéré comme une maladie à part entière, encore aujourd'hui. On veut de la rentabilité mais ce n'est pas des machines qu'on a en face de nous, c'est des êtres humains. »

« Il y a aussi la santé mentale des actifs, avec tout ce qui est dépression et autre. »

Quelques ressources identifiées

→ Le réseau REDOM adultes et jeunes :

Ils interviennent pour de la prévention du dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire et promotion de l'activité physique. Il y a aussi le développement d'antennes ETP à Drulingen en lien avec le groupe médical et à Sarre-Union en lien avec le CSI de Drulingen. Et il y a un projet de développement d'activités et/ou de permanences de REDOM dans le Centre socio-culturel de Sarre-Union.

→ Prescrimouv' :

Développement de Prescrimouv' en lien sur le territoire avec l'association ASCADIE et REDOM sur Drulingen, Sarre-Union, Diemeringen avec une recherche active d'éducateurs sportifs à impliquer dans la démarche.

→ ETP au CH de Saverne :

Ils font de la prévention des maladies cardio-vasculaires, BPCO, asthme.

→ Manifestation annuelle « Journée Santé en territoire Alsace-Bossue » :

Organisation d'une journée grand public d'information et de sensibilisation avec une conférence, des animations et des ateliers. Et une soirée d'informations et d'échanges consacrée aux professionnels de santé, élus et associations autour de la prise en charge en proximité. Cette manifestation est organisée par l'ARS et les communes et/ou l'intercommunalité. Les thématiques abordées étaient le diabète en 2018 et l'AVC en 2019.

→ Ligue nationale contre le cancer :

Ils interviennent dans de l'aide à la vie quotidienne pour les malades atteints de cancer et ils organisent des activités sur le secteur de Saverne.

→ ADEMAS :

Mise en place de campagnes de dépistage du cancer du sein.

→ ADECA :

Mise en place de campagnes de dépistage du cancer colorectal.

CONTEXTE SOCIAL ET ECONOMIQUE

Le contexte économique est un des facteurs qui augmentent les inégalités de prise en charge sur le territoire

Il a été évoqué dans 2 entretiens la fracture entre certaines classes sociales : celles qui ont les moyens financiers d'avoir recours à l'offre de soins et certaines populations qui se retrouvent avec des difficultés d'accès aux soins.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Selon nos observations, selon le public, selon la tranche d'âge, selon parfois aussi la catégorie socio-professionnelle, elle peut être très très hétérogène »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Donc c'est qu'il y a clairement une fracture entre ces 2 populations. »

Un public en situation de précarité entraînant un éloignement des démarches de soins

Lors de 2 entretiens, a été abordé l'éloignement des démarches de soins des populations en situation de précarité. Elles présentent différents problèmes de santé comme le manque d'hygiène bucco-dentaire mais également dans les soins optiques ou généraux qui s'expliquent par une question de coût (cf. partie relative au reste à charge). D'après les échanges lors des entretiens, ces problématiques s'observaient déjà chez les parents et s'observent de plus en plus chez les enfants.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Et les parents eux aussi ont des dents en très très mauvais état, et cette peur se reporte sur l'enfant, ça c'est vraiment une difficulté »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« On a que des publics précaires et par contre chez ces publics-là, clairement, il y a une exclusion des soins et à ce sens on voit que ces personnes-là ne sont pas en capacité de se soigner. A tous niveaux, que ce soit dentaire, optique ou classique. [...] Tout simplement une question de moyens économiques adaptés aux soins. »

Un reste à charge important

Lors de 2 entretiens, il a été évoqué la problématique du reste à charge important pour certaines populations entraînant des non recours aux soins : des personnes qui n'ont pas les moyens et ne peuvent pas prendre de mutuelle, des difficultés d'observance médicamenteuse et pour certains, une prise de médicaments seulement en dernier recours.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Faut qu'on adapte nos prestations en fonction de ça ; exemple même si on a des chambres seules parfois quand les gens n'ont pas de mutuelle alors fais cadeau du régime particulier alors que quelqu'un qui n'a pas de mutuelle avec un reste à charge ce n'est pas gérable. »

« Moi je remarque surtout une moins bonne prise en charge médicamenteuse, tout simplement parce qu'il y a un reste à charge [...] Ça c'est vraiment dégradé, c'était très souvent les gens prenez tous, après on se rendait compte qu'ils ne consommaient pas forcément et l'observance n'était pas toujours optimale. Mais aujourd'hui c'est vraiment un problème économique »

« L'ALD à un moment donné on compensait un petit peu en faisant supporter à l'assurance maladie ce manque de moyen en les inscrivant facilement dans les ALD. C'est de plus en plus difficile, parce que les médecins conseil doivent avoir des consignes de plus en plus importantes et le reste à charge est de plus en plus important c'est à dire que dire à quelqu'un qu'il est à 100% ça ne veut pas dire grand-chose actuellement. Il aura la prise en charge d'un certain nombre de soins très onéreux mais il aura à côté de ça un reste à charge de plus en plus important »

Quelques ressources existantes

→ L'UFSBD :

L'UFSBD 67 intervient dans les écoles primaires et collèges pour faire de la prévention. Ils sont intervenus en 2017 à Saverne, Bouxwiller et Drulingen

→ Migrations Santé Alsace :

Accompagne les publics immigrés dans les démarches de soins par de l'interprétariat médical et social. Ils interviennent sur les secteurs de Saverne et de Bouxwiller.

OFFRE DE SOINS

NB : Ces points seront spécifiquement abordés dans les autres parties lorsqu'ils concernent les différents types de publics identifiés : jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap

Une offre en médecine générale insuffisante avec une évolution des pratiques

Une offre de médecine générale insuffisante sur le territoire avec des médecins débordés qui n'acceptent plus de nouveaux patients

L'offre en médecine générale sur le territoire est présente mais celle-ci va en se dégradant. En effet, il a été évoqué des difficultés de remplacements des départs à la retraite de médecins. Certains médecins ne prennent plus de patientèle. Ces éléments ont été relevés dans 5 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« La difficulté du départ à la retraite des médecins généralistes qui sont insérés depuis toutes ces années et leur remplacement qui est difficilement assuré »

« Le médecin à la Petite-Pierre ne prend plus de nouveau patient. Il est saturé, il faut qu'ils aillent voir ailleurs. A la petite pierre, il prend plus. Au lieu de faire 5km, ils sont obligés d'en faire 15.»

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« J'ai des gens qui ont pleuré au comptoir en disant qu'ils n'ont plus de médecin et qu'ils n'arrivent à trouver personne »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Du coup, il nous reste un médecin qui est totalement débordé parce qu'en plus on a une population qui est quand même assez vieillissante et c'est vrai qu'elle est débordée la médecin. »

« À Saverne, c'est pareil. Il y a un certain nombre de médecins. Mon médecin de référence est parti à la retraite, elle n'a trouvé personne pour

rouvrir le cabinet et après les autres médecins autour n'acceptaient plus de nouveaux patients. »

Des déplacements vers le domicile du patient qui diminuent

En plus de la désertification, s'ajoute une évolution des pratiques des jeunes médecins. Il y a de plus en plus de médecins qui souhaitent travailler avec des horaires plus restreints ou qui se déplacent moins à domicile voire plus du tout. Cela a pour effet de créer des créneaux qui ne sont plus couverts par des consultations. Cela a été abordé lors de 5 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ÉLUS (2 ENTRETIENS)

« Est-ce qu'un jeune médecin est prêt à avoir les conditions de travail de nos médecins. Je ne suis pas sûr que commencer à 7h du matin et à finir à 23h, tous les jours de la semaine ça conviennent aux médecins d'aujourd'hui. »

« Ils en font quand même beaucoup moins, le résultat à la fin de l'année est bien moindre et on entend quand même toujours dire que l'installation est coûteuse pour un médecin et donc finalement s'installer en milieu urbain et puis enchaîner les clients ça leur permet quand même de [rembourser rapidement] »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Mais c'est vrai que c'est un très gros problème avec des périodes où on n'a pas de médecin. Le mercredi après-midi on n'a pas de médecins. Il y a des moments où on sent le gros manque. C'est assez catastrophique »

« C'est négatif, il y a des plages d'accès plutôt restreinte aujourd'hui en médecine de ville, on a l'impression qu'on est au bureau de poste c'est un peu l'administration quoi qui fait que vous avez des délais d'attente relativement longs »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Derrière il y a peu de médecins qui se déplacent. Enfin il y a encore des médecins qui se déplacent à domicile mais c'est quand même »

Une offre suffisante en soins infirmiers pour les élus et les habitants

Lors de 2 entretiens, il a été indiqué que le territoire est plutôt bien desservi en ce qui concerne les soins infirmiers.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Au niveau des soins infirmiers, ça va relativement bien. Il y a beaucoup d'infirmiers libéraux. Ça, ça marche assez bien. »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Les infirmières il y en a à volé. »

Une offre de spécialistes satisfaisante en termes de diversité mais parfois difficilement accessible géographiquement

Lors de 7 entretiens, il a été souligné la présence d'une offre diversifiée sur Saverne. Néanmoins ont été exprimées certaines difficultés d'accessibilité géographique à cette offre.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Problème d'accès aux spécialistes, si on veut voir un spécialiste on est obligé de se déplacer. Et en plus il y a de l'attente »

« Globalement bonne, globalement complète, le maillage est bien fait, il y a des partenariats avec les hôpitaux voisins que ce soit Haguenau, Sarrebourg qui commence à se développer aussi, notamment pour les offres en matière de cardiologie enfin les spécialités où les partenariats se font avec des hôpitaux »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (3 ENTRETIENS)

« Globalement le maillage, il est pas trop mal. Le maillage est plutôt intéressant. »

« Moi je suis en charge dans un centre hospitalier, plusieurs centres hospitaliers qui ont vocation à se rapprocher pour organiser l'offre de soins

la plus optimale possible pour la population et pour répondre à ses besoins »

« Le REDOM c'est compliqué parce que leurs actions sont sur tout le territoire et donc les personnes que j'avais orienté, en particulier pour des enfants, c'était super compliqué parce que de toute façon ils ne peuvent pas aller le samedi à Dettwiller et le jeudi soir à Marmoutier et donc du coup ils avaient laissé tomber parce que c'était pas assez proche »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Et sur Saverne particulièrement il y a aussi une pédiatre qui est installée depuis longtemps et elle a fait comme une maison de santé où elle a pu accueillir des psychologues, psychothérapeutes, orthoptistes en audiovisuel, psychomotricité, sage-femme aussi. Et il y en a quelques-uns qui se sont installés sur Saverne. C'était un peu comme une pépinière d'entreprise quelque part mais pour la santé. »

« Il y a de quoi faire, on a de la radiologie, on a des médecins, on a même un ophtalmo à Sarre-Union. On peut faire des choses, mais aujourd'hui. Demain, est-ce que ce sera encore possible ? »

Des craintes évoquées quant aux situations d'urgence

En revanche, lors de 3 entretiens les craintes et difficultés de prise en charge des situations d'urgence sur le territoire ont été évoquées.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ÉLUS (2 ENTRETIENS)

« Il y a aussi un point négatif c'est la distance en terme de temps par rapport aux hôpitaux en cas d'urgence. Faire un infarctus chez nous c'est beaucoup plus dur que faire un infarctus à l'EMS, les chances de s'en sortir sont moindres. »

« Le problème des secours à travers le CODIS, SAMU de Sarreguemines. [...] Aujourd'hui il y a quand même de plus en plus les mosellans qui interviennent. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Ben il faut aller loin. 30 min dans un sens, 30 min dans l'autre, Sarreguemines et Saverne. Vous avez le temps de mourir. »

Une forte volonté de garder l'offre de proximité

Il a été abordé l'importance de maintenir une offre de santé de proximité, au plus proche de la population pour éviter une mauvaise prise en charge voire aucun recours aux soins. Il y a une volonté de mettre l'accent sur une offre de proximité comme l'hôpital de Saverne ou celui de Ingwiller. Ce point a été traité lors de 2 entretiens.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Il faudrait garder les hôpitaux de proximité comme celui de Saverne »

« Il y a eu la fermeture de la maternité à Ingwiller. Ça c'était un coup dur, qui a été regrettable pour toute la population. »

Une méconnaissance de l'offre par les professionnels et les habitants

La question de la méconnaissance de l'offre existante sur le territoire a été abordée dans 3 entretiens.

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (3 ENTRETIENS)

« Parce que ça ça a été une de mes difficultés lorsque je suis arrivée dans votre région il y a un an. Alors pour retrouver qui fait quoi comment pour trouver l'information c'était juste l'horreur je ne sais pas comment vous vous faites. »

Je crois qu'il faudrait aussi un peu renforcer cette information. Un message pour qu'il passe, il faut souvent répéter le message. Par exemple, dans le domaine des personnes âgées, on a, dans le cadre de l'aide aux aidants, il y a souvent des manifestations qui se font où on propose un petit peu, de faire de la communication sur ce qui existe.

« Moi ce que je constate c'est qu'aujourd'hui la population va chercher des soins ailleurs qu'ici. Il y a une grosse partie de la population qui va chercher ses soins en clinique ou à Strasbourg, alors même qu'il y a une offre de

soins complète dans toutes les filières médicales, chirurgicales, et obstétricales sur le territoire de Saverne. »

Des difficultés de recrutement des professionnels de santé en lien avec l'attractivité du territoire

Un manque de personnel hospitalier repéré et des difficultés de recrutement

Une problématique importante a été soulevée lors de 3 entretiens. Il y a un manque considérable de personnel hospitalier, des difficultés de recrutement et des formations à ces métiers qui ne se remplissent pas. Ces problèmes impliquent une augmentation de la charge de travail des personnes qui sont en poste avec des services qui sont débordés et, en découlent une augmentation des arrêts de travail.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Les pompiers c'est reparti à la maison de retraite, c'est un vrai signe qu'il y a un manque de personnels. Quand il y a besoin d'aide la nuit parce que l'aide-soignante est toute seule, ils sont de nouveau obligés d'appeler les pompiers systématiquement. Les pompiers vont une fois par semaine à la maison de retraite la nuit, encore une fois ce matin. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« On a des postes qui ne sont pas pourvus de façon régulière, on fait appel à de l'intérim en permanence depuis le début de l'année parce qu'on arrive pas à trouver du personnel qualifié ou alors on propose même des BAE, des accompagnements. Mais même avec ces solutions là on n'est pas assez attractifs »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Mais pour l'hôpital le dimanche c'est jour de foot, donc il y a des matchs partout dans la région. Et quand il y a un blessé. Souvent ça arrive une entorse de la cheville ou quelque chose, il n'y a pas forcément l'envie d'aller à l'hôpital à Saverne parce que c'est débordé de chez débordé. »

Des difficultés pour installer de jeunes médecins en milieu rural

Le manque d'attractivité du territoire a été cité dans 6 entretiens : avec un manque de médecins assez général dans le pays, les jeunes médecins ne font pas forcément le choix d'aller à la campagne et préfèrent la ville et cela pour différentes raisons.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (3 ENTRETIENS)

« C'est sur Bouxwiller et Ingwiller qu'il faut renforcer l'attractivité, ce n'est pas dans les villages. »

« On a eu une réunion avec l'ARS et tous les professionnels de santé et ces messieurs prétendent que est impossible de vivre chez nous, on est trop dans la brousse »

« Le maintien de l'offre sur le territoire il est indispensable parce que déjà statistiquement, quand on voit combien notamment cet hôpital est fréquenté on voit que c'est un recours nécessaire »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« C'est peut être que c'est un manque d'attractivité »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Après, c'est une autre chose, on ne forme pas assez de médecins. Et ceux qui sont formés ne viennent pas à la campagne »

« Ils ne veulent pas venir parce qu'ils n'ont pas un cadre de vie avec théâtre, cinéma et compagnie. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- **9 personnes** sur 121 ont soulevé que l'offre de soins était suffisante et accessible sur le territoire :

« Alors déjà il y a un hôpital qui est pas loin, ça c'est un grand facteur quoi, qui est rassurant quoi on va dire ça. Oui il y a la proximité de beaucoup de services, que ce soit de santé ou autre ouais on a pas à se plaindre. »

- **14 personnes** sur 121 ont exprimé des difficultés quant à l'offre de soins, notamment, un manque de médecins généralistes et de spécialistes sur le territoire, une faible offre de services hospitaliers et des délais d'attentes trop longs (rendez-vous, salle d'attente) :

« Euh ben, si on n'est pas du coin, on reste pas. Voilà. Parce que tout est compliqué, tout est éloigné, on est très éloigné de toutes les structures, on est très éloignés de tout ce qui est culturel, santé, faut prendre une demi-journée dès qu'on veut voir un spécialiste, les médecins ici si c'est pour la santé, les médecins ici il y a plus de 4h d'attente quand on a quelque chose, si il peut nous recevoir dans la

Des représentations divergentes sur l'implantation de dispositifs de coordination sur le territoire

Les dispositifs d'exercices coordonnés ont été évoqués lors de 4 entretiens et les opinions divergent :

- Une volonté des élus de pouvoir accueillir des spécialistes et de multiplier les dispositifs sur le territoire.
- Une ambivalence des professionnels, voulant travailler en équipe et à plusieurs, mais craignant une augmentation de la charge administrative, de la concurrence ou encore l'intégration à un projet immobilier, plus qu'à un projet de santé.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« L'ARS a un dispositif de financement de Maison de santé avec un cahier des charges que je ne connais pas dans le détail autour de la coordination des soins et ça n'intéresse pas tous les professionnels libéraux parce qu'il y a une partie administrative, d'évaluation, de coordination qui ne les

intéresse pas parce que c'est beaucoup d'administratif et ils n'ont pas le temps de faire de l'administratif. »

« Une des propositions qui pourrait être faite c'est la multiplication des maisons de santé, qui pourraient accueillir des rotations de spécialistes de temps en temps. Ça se serait, à mon avis, intéressant. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Et a contrario les Communautés professionnelles Territoriales de Santé ou à l'échelon plus restreint les maisons de santé ou les équipes de soins primaires font trop peur. C'est-à-dire qu'on s'imagine qu'il y a une surcharge de travail énorme et on se dit on ne va pas rentrer dans une usine à gaz, à faire des rencontres, des études de cas, etc. Alors qu'on le fait dans la pratique, mais je pense que le fait que ce soit sur structuré et ça fait peur »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« J'ai voulu créer une maison médicale en 2011 à Diemeringen, le maire était d'accord mais ses administrés et les médecins avaient peur d'avoir trop de concurrence. »

Quelques ressources présentes sur le territoire

→ *Les centres hospitaliers :*

- Le **centre hospitalier de Saverne** : avec un rapprochement avec le CH de Sarrebourg pour un projet d'offre de santé territoriale. De plus, il y a une réflexion en cours sur un partenariat CH Sarrebourg/Saverne pour le déploiement de l'offre PASS de Sarrebourg sur le territoire du PETR.
- Le **centre hospitalier de Ingwiller**

→ *Les maisons de santé :*

- Maison de santé pluri-professionnelle de **Herbitzheim**
- Maison médical du Poisson à Saverne : qui regroupe 5 médecins généraliste

Des pistes d'amélioration évoquées par les participants

→ *Améliorer l'offre de proximité :*

- Développer l'offre déjà existante sur le territoire. Lors d'un entretien, il a été question, par exemple, de mettre en place une antenne chimio dans le secteur pour éviter les déplacements

- La télémédecine permettrait d'éviter certains déplacements trop compliqués pour certains patients et d'avoir un premier diagnostic pour éventuellement éviter une hospitalisation.
- La télémédecine permettrait de permettre un suivi à distance et de disposer de la compétence des spécialistes qui ne sont pas présents.

→ Améliorer l'attractivité :

- Mettre en place des dispositifs qui permettent de faire venir des médecins en augmentant les subventions aux médecins quand ils pratiquent dans les secteurs où l'offre est faible
- Mettre à disposition du matériel et des locaux pour faire venir les médecins
- Développer l'attractivité du territoire en mettant en place des zones avec des pôles santé

→ Améliorer la connaissance :

- Faire évoluer les parcours en facilitant le dialogue ville-hôpital

→ Manque de personnel hospitalier

- Développer des formations auprès des personnes en décrochage scolaire

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- Par ailleurs, 5 personnes sur 121 ont cité plusieurs pistes d'amélioration comme :
 - Plus de médecins généralistes
 - Plus de spécialistes avec plus de permanences
 - Des services hospitaliers en plus

TELEMEDECINE

Offre présente sur le territoire

Une offre qui n'est pas généralisée

La télémédecine est présente sur le territoire mais n'en est encore qu'aux prémices de son développement et l'offre n'est pas encore connue de tout le monde. Cet aspect a été abordé dans 4 entretiens.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Ce n'est pas trop trop fréquent, ce n'est pas généralisé »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Et mon voisin de l'EHPAD de Drulingen a la télémédecine mais pour lui ça ne marche pas il n'y a pas de demande en plus l'infirmière qui était formé est parti »

« On peut dire qu'actuellement c'est vraiment encore balbutiant. Parce que c'est très dépendant de la forme de télémédecine ça veut dire que la personne qui va être avec le patient il faut qu'elle sache ce qu'elle doit faire pour optimiser la chose. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Dans le centre de soins où je travaille, [...] On a une patiente qui vient une fois par semaine faire de la télémédecine avec un médecin de Bouxwiller, c'est tout. Pour plaie et cicatrisation. C'est la seule qu'on a. »

Une offre développée à Saverne

La télémédecine devrait être particulièrement développée en lien avec le centre hospitalier de Saverne ainsi qu'avec son groupement hospitalier. Elle a été notamment, mise en place pour raccourcir les délais de prise en charge en neurologie.

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Puis on s'inscrit pleinement dans la volonté de développer des systèmes de télémédecine. Par exemple en EHPAD, [...] on pourrait mettre en place de la télémédecine pour le suivi de certaines pathologies ou pour le recours

à un médecin par exemple la nuit. Pour éviter les déplacements et les passages aux urgences. »

« Bon ça s'est mis en place à Saverne pour la neurologie pour raccourcir des délais de prise en charge et pour éviter des trajets par exemple sur Strasbourg, faire rapidement une IRM ou éventuellement savoir si on fait une thrombolyse, des actes quand même très très ciblé. »

Les intérêts de la technique

Un outil de prise en charge à distance

Lors de 5 entretiens, les participants ont pu expliquer que la télémédecine permettait :

- un suivi à distance
- de disposer de la compétence des spécialistes qui ne sont pas présents sur le territoire
- d'éviter certains déplacements jugés compliqués pour certains patients
- d'avoir un premier diagnostic pour éviter éventuellement une hospitalisation

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« C'est positif. Ça apporte de la compétence au médecin généraliste qui par définition qui n'est pas spécialiste »

« Néanmoins, je pense que ça peut avoir un intérêt c'est-à-dire si des gens sont inquiets pour leur santé ou celle de leurs enfants, ça peut permettre d'avoir un premier diagnostic plus rapidement, et d'être rassuré ou au contraire d'être orienté d'une façon plus radicale, vers une prise en charge quoi »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Déjà on a du mal quand on voit les gens longtemps après, à savoir ce qui s'est passé tout au début. Là vous faites une photo, ils ont des logiciels d'interprétation de la photo et le dermato il est capable de dire, finalement ça peut attendre le rendez-vous plus tard, ou il faut que je le vois parce qu'il faut que je fasse une biopsie, ou alors il faut qu'il soit impérativement suivi »

« Pour éviter une hospitalisation c'est toujours bien. »

DEMANDES EXPRIMES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Parce que pour moi c'est vraiment accès à des services médicaux qui ne sont pas disponibles localement. Ça peut être accès à des spécialistes »

Les moyens d'utilisation

Par ailleurs, au cours de 3 entretiens, les professionnels ont souligné :

- l'intérêt de cibler particulièrement certaines spécialités (dermatologie – suivi du patient notamment)
- l'importance de l'encadrement technique que requiert cette pratique

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« En ce qui concerne le dermato, vous avez 2 dermatos à Saverne qui font partie d'un réseau de télé-médecine et l'avantage pour le dermato, c'est d'avoir par exemple, des rendez-vous qui valent mieux à la pathologie »

« Alors moi je pense que oui pour certains corps de métiers comme l'ophtalmo. Pour la pénurie des médecins »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Il y a de la place pour la télé-médecine mais uniquement pour ce que moi j'appelle être la technicité en médecine. »

Des freins à la pratique

Un besoin de personnel formé

Le recours à la télé-médecine nécessite des compétences techniques, toutefois, il est à noter un manque de personnel formé sur le territoire. Cette problématique a été abordée dans 3 entretiens.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Là aussi puisqu'on en parle, on a un appareil à l'EPHAD pour 30 000€ et personne n'est formé pour s'en servir et quand on demande aux infirmières

de se former, ils disent « c'est du boulot en plus » donc on a personne. Donc ça fait 2 ans que l'appareil traîne dans un bureau et on n'a personne pour faire la formation. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Donc ça veut dire d'une part qu'il faut former les gens qui sont de l'autre côté et d'autre part qu'il faut cibler les situations dans lesquels on peut utiliser ce genre de chose »

« Parce qu'en tant qu'infirmière tu n'as pas le droit d'utiliser des sondes donc tout ça c'est réglementairement un peu oublié dans la télémédecine, nous on a pris le simple, tu peux visualiser la personne, tu peux regarder une plaie et parler mais on a pris une option le stéthoscope pour écouter un peu le cœur. »

Des appréhensions de cette « nouvelle technologie »

Une technique ressentie comme une mise à distance entre le patient et son médecin. Plusieurs personnes interrogées (élus, professionnels et habitants) expriment la nécessité et le besoin de bénéficier d'une prise en charge/échange physique. Par ailleurs, le praticien doit se trouver dans le territoire du patient, ce qui ne semble pas répondre à la problématique de la démographie médicale. Ces limites ont été citées lors de 7 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Et on a besoin d'avoir des interlocuteurs physiques. A un moment donné ça a aussi ses limites. Ça marche pour certaines choses, mais ça doit être pris en charge localement par des professionnels de santé qui fassent les intermédiaires »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (3 ENTRETIENS)

« En théorie ça doit être dans le territoire de santé du patient même encore plus restreint je crois. Alors je ne vois pas l'intérêt de la télémédecine si d'un endroit à 5 km à côté, je ne vois pas l'intérêt. »

« Et certains de mes publics ont du mal à s'ouvrir aux autres, alors parler à quelqu'un qui est derrière un écran, non. Ce n'est pas réalisable. »

« Le risque aujourd'hui c'est qu'on pallie à un manque de spécialistes et prise en charge qui soit moins sympa pour certaines personnes parce qu'en fin de compte à 90 ans ce n'est pas aussi important qu'à 40 ans. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Les gens ils ont avant tout besoin d'un contact avec les gens, de parler avec les gens. Et on ferait mieux de payer mieux un généraliste parce qu'après les gens ils vont se tourner vers les naturopathes et autres. »

« Et la télémédecine ne peut pas nous apporter ça. Et on sait bien que psychologiquement le médecin et parfois bien plus efficace que médicalement. C'est à dire que moi j'avais ma grande, elle me disait ça c'est mon médecin à Wingen. Il arrivait même qu'il reparte pratiquement sans l'avoir auscultée et elle se sentait mieux. Il a fallu parfois que je dise Dr il faudrait lui regarder les oreilles, on vous a appelé pour ça ! Mais la petite était contente. Et la télémédecine ne peut pas nous apporter ça. »

Un manque de connaissance de la technique

A tout cela, s'ajoute des barrières au niveau de la technologie et des publics qui ne sont absolument pas familiarisés avec ces techniques. Ce qui a été cité lors de 4 entretiens.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Je vous donnerai c'est bon effectivement sans doute porteur d'avantages pour l'avenir, néanmoins, les personnes qui sont en âge un petit peu plus avancé et qui ne sont pas forcément à l'aise avec un ordinateur et une connexion internet, là je pense que ce sera plus difficile. »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Il y a des prérequis qu'il faudrait travailler avant d'imaginer que cette réponse puisse être valable pour des publics aussi éloignés de l'outil informatique. »

« Mes publics ne sont pas familiarisés avec l'outil informatique et mes public ne savent, certains même pas allumer un ordinateur. Même pas mettre à jour leur espace Pôle emploi. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Il y a un problème technologique aussi. Pour les personnes âgées, comment elles vont faire ? »

LA SANTE DES PERSONNES AGEES

Idées phares ressortant tant des discours des professionnels/élus que des habitants :

- Un isolement des personnes âgées ; notamment liées à des familles éloignées
- De nombreuses personnes âgées en situation de précarité ne pouvant pas faire face aux dépenses liées au vieillissement
- Des adaptations du logement non réalisées qui compromettent parfois le maintien à domicile
- Des structures d'accueil coûteuses et surchargées

ETAT DE SANTE DES PERSONNES AGEES PERÇU

Un nombre de personnes âgées en augmentation

Il est évoqué un nombre important de personnes âgées sur le territoire lors de 3 entretiens.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

Disons que nous avons beaucoup de personnes âgées sur notre ville »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« C'est vraiment très compliqué et on sait très bien que c'est une branche de population qui va augmenter en crescendo »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Le problème du nombre de personnes âgées, ils ne peuvent pas s'aider entre voisins, il n'y a que ça. Les rues sont pleines de personnes qui ont plus de 80 ans. Vous n'avez aucun jeune couple ou moins jeune, de 60 ans, qui pourraient un peu aider. »

Représentations quant à la santé des personnes âgées contrastées

Des personnes âgées « en forme »

Lors de 4 entretiens, il est évoqué une qualité de vie perçue des personnes âgées plutôt bonne sur le territoire avec la présence de centenaires dans certains villages.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (3 ENTRETIENS)

« Sinon ils vivent vieux, plutôt. Des centenaires ont en a quand même. On en a presque un dans chacun de nos villages. Ils vieillissent bien finalement. »

« Il y a quand même des personnes âgées qui sont en bonne santé, il y a des quartiers entiers où ils sont retraités depuis 15 ans mais ils ont toujours un truc à raconter ils sont en forme ils bougent, ils voyagent, tout n'est pas noir. »

« Alors la qualité de vie des personnes âgées elle est plutôt très bonne »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Il y a aussi une vision un peu tronquée des choses parce que 90 % des gens vont bien et ils vont de mieux en mieux, ils sont en meilleure forme, ils ne sont pas dépendant autant que ça »

Mais, des personnes âgées nécessitent des besoins de soins qui viennent avec l'âge

Lors de 4 entretiens, les professionnels et élus ont évoqué que cette population âgée nécessite des besoins de soins plus importants en lien avec l'installation progressive de la dépendance.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« La population vieillissante a plus besoin de soins »

« Et puis il y a également maintenant le 4ème âge, les personnes qui deviennent dépendantes, face à la diminution de leur mobilité ou au niveau de leurs compétences physiques dirais-je et là, il y a un écart qui se creuse. »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Les parents qui sont en dépendance et à un moment donné un accident de vie fait qu'ils ne peuvent plus rester seuls et donc la difficulté de gérer ces urgences-là »

« Maintenant en proportion, on a quand même une population qui vieillit donc ça veut dire qu'il y a plus de vieux dépendant avec vraiment des gros problèmes »

Un manque d'anticipation dans la prise en charge entraînant notamment des arrivées inadaptées en EHPAD

Lors de 5 entretiens, il a été relevé qu'il y a un manque d'anticipation pour les personnes âgées entraînant notamment des arrivées en urgence en EHPAD ou plus largement des situations de santé difficiles à reprendre par la suite.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Il y a des unités Alzheimer, mais les familles attendent trop longtemps pour placer les personnes, des fois c'est déjà trop tard. La structure n'est pas faite pour les Alzheimer qui sont très lourds. Il y en a qui viennent avec des fauteuils roulants et la structure n'est pas faite pour les fauteuils roulants »

« Quand on parle de personnes âgées, si plus de personnes âgées avait prévu à temps d'adapter leur logement, ils pourraient rester beaucoup plus longtemps à la maison. Il y en a qui vont en EPHAD, juste parce que la maison n'est plus adaptée. Donc on aurait beaucoup moins de personnes en EPHAD jusqu'à un certain âge si le logement était adapté. »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (3 ENTRETIENS)

« Pour les personnes âgées dites normales il manque ça, ce petit diagnostic d'avant parce qu'en général ils nous appellent quand c'est trop tard ou quand ils sont passés par la case hôpital ou quand ils sont à l'EHPAD et qu'ils ne revoient plus jamais leur maison parce que avant il n'y a pas eu d'alerte et parce qu'avant il n'y a pas eu d'alerte parce que les familles sont loin. »

« Il y a de plus en plus d'aides qui font que les personnes peuvent rester dans leur milieu de vie de plus en plus longtemps mais malheureusement du coup il y a un manque d'anticipation vous savez un moment donné on arrive au bout des solutions là on se retrouve à gérer des situations alors qui fait qu'on est pratiquement dans l'urgence tout le temps »

« On a des difficultés en termes de dépistage de l'aggravation d'une dépendance. Je m'explique, les PA, certaines sont fragiles, elles risquent à l'occasion d'une grippe ou d'une chute, c'est ce qu'il y a de plus fréquent, de perdre leur autonomie, en tout cas une partie »

Quelques ressources existantes

→ [Atout Age Alsace](#) :

Organisent des ateliers notamment un atelier « Du peps pour ma mémoire » pour aider les personnes âgées à stimuler leur mémoire. Ces ateliers sont organisés à Drulingen.

→ [Groupe Médical Drulingen et ASALEE](#)

Organisent des actions pour la prévention des chutes « troubles cognitifs et après AVC ». Avec un soutien de l'ARS

CONTEXTE SOCIAL DES PERSONNES AGEES

Un isolement des personnes âgées, notamment lié à des familles éloignées

L'isolement des personnes âgées est très prégnant, il a été abordé dans 6 entretiens. Les personnes vivent de plus en plus seules et cela engendre plusieurs problématiques comme l'éloignement des démarches de soins.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Isolées, de plus en plus seules, parce qu'elles habitent seules alors que dans le temps elles étaient dans les maisons, il y avait une, deux, trois générations, c'est plus le cas. »

« L'isolement qui devient de plus en plus important : des personnes âgées de plus en plus nombreuses qui vivent l'isolement, qui vivent recluses chez elles »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« L'isolement est un problème et surtout le sentiment de solitude. Et alors en étant isolé, ils n'ont pas non plus quelqu'un pour les emmener faire des consultations ou faire des examens complémentaires »

« Je vois il dépose les repas on dépose le plateau et des fois nous on arrive dans le plateau il est pas touché parce que la personne est toute seule elle a juste pas envie de manger. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Il y a un isolement réel, d'un certain public notamment dans les villages avoisinants. »

« Parce qu'entre 80 et 85 ans, être à Zittersheim, c'est pas une vie. Je vais encore assez régulièrement à Wingen à pied. A pied, il me faut 50 minutes par la forêt [...] Alors, si vous êtes à Zittersheim, vous pouvez toujours être à la fenêtre... vous verrez de temps en temps passer des voitures, et puis c'est tout. Et les marcheurs parce qu'il y a le circuit des sources. »

Cet isolement peut être expliqué d'une part, par un éloignement fréquent de la famille. Ce sont des personnes qui se retrouvent éloignées de tout contact social. Cette difficulté a été relevée dans 4 entretiens.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Les jeunes quand ils ont un certain âge, ils s'installent ailleurs et puis les gens se retrouvent seuls souvent dans des grandes bâtisses. »

« Là où les enfants ne sont pas loin, les vieux ne sont pas tout seul, si les enfants habitent le village à côté, les vieux ne sont pas laissés tout seul. Ceux qui sont tout seul, effectivement, ils n'ont personne, les enfants sont loin. »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« C'est que l'EHPAD les isole un peu de leur famille car les familles aujourd'hui n'habitent plus à côté et du coup c'est les soignants qui deviennent leur famille, eux ils ne sont pas mécontents mais il y a des ruptures inévitablement parce qu'ils sont en EHPAD. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Au niveau des personnes âgées, on a beau dire qu'on est à la campagne, qu'il y a à la famille, qu'il y a les enfants qui sont encore là. Moi je vois beaucoup de personnes isolées quand même. »

De nombreuses personnes âgées en situation de précarité ne pouvant pas faire face aux dépenses liés au vieillissement

Par ailleurs, il est également évoqué chez les personnes âgées, de grosses difficultés financières dans 5 entretiens et qui implique des difficultés de recours aux soins et de prise en charge (en EHPAD par exemple).

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Les personnes âgées ont des revenus très bas et souvent c'est des femmes donc après elles ont beaucoup de mal à pouvoir payer un EPHAD. »

« Tout le monde ne veut pas aller dans ces structures, il y a pas mal de personnes qui étaient agriculteurs et qui n'ont pas des revenus qui leur permettent d'intégrer ces structures ; ils sont coincés chez eux. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Au niveau des services d'aide à domicile on n'a pas ce souci de places mais les personnes qu'on a, on est dans du très rural, on a des moyens qui sont limités et au niveau des aides c'est parfois pas suffisant [...] et elle ne peut pas non plus partir en EHPAD parce que financièrement c'est pas possible, donc c'est compliqué aussi. »

« Alors d'un côté on voit une population qui a des moyens, qui arrive. Mais on voit de plus en plus de personnes qui sont dans des situations très précaires et on n'a pas de solution intermédiaire »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« On vit quand même avec une population de personnes âgées qui n'ont pas, pour une bonne partie, des grosses retraites. C'est-à-dire on sort la des périodes d'âges où les retraites ne sont pas trop importantes. »

Quelques ressources citées lors des entretiens

→ [*Mise en place d'un plan sénior à Saverne :*](#)

Ce plan recouvre différents aspects tel que l'accès au logement, de la prévention et de la lutte contre l'isolement avec l'association Reliance Seniors Saverne et aussi faciliter l'accès aux activités et aux loisirs.

« Je pense que quand j'ai évoqué le plan senior c'est une approche globale et que on va dans ce sens-là. Aussi bien autour de la mobilité que pour lutter contre l'isolement, que pour garder un accès à la culture ou aux animations »

OFFRE A DESTINATION DES PERSONNES AGEES

Un manque d'activités à destination des personnes âgées sur le territoire

Il a été évoqué lors de 3 entretiens, un manque d'activités à destination des personnes âgées. De plus, ils représentent une population qui n'a eu l'habitude de faire des activités. Il y a un travail nécessaire à réaliser de la part des professionnels pour les accompagner vers ce type de démarche.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Rares sont les clubs de personnes du 3ème âge, sinon à Bouxwiller et Ingwiller mais dans les villages il n'y en a pas ou très peu. »

« On a de moins en moins de groupe d'animation parce que le bénévolat s'étiolle à vitesse grand V. »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« C'est une génération qui ne connaissait pas trop l'aspect loisirs en tout cas les hommes, c'était en famille qu'on s'amusait c'était pas avec le voisins »

Pistes d'amélioration citées

- Mettre en place des temps de rencontre
- Privilégier les activités intergénérationnelles
- Organiser des temps de partage d'expérience
- Mettre en place des ateliers à destination des professionnels « comment amener les personnes âgées à sortir à faire une animation »

Des difficultés de transport identiques à celle des autres tranches d'âges de la population mais aux conséquences renforcées par la dépendance

La problématique du transport est la même que pour les autres tranches d'âge. Les difficultés liées au transport sont d'autant plus renforcées chez les personnes âgées qui ne prennent pas la voiture.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Il n'y a pas de système de transport à la demande. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Nous on propose du transport éventuellement quand les personnes ont un rendez-vous mais après il y a cette histoire de coût car il n'y a pas de prise en charge donc c'est du temps et ce temps se transforme en salaire etc. »

« C'est vrai que tout est compliqué et à Saverne encore plus quand on est vieillissant l'accès au centre-ville quand on ne marche pas est compliqué pour le moindre soin il faut regarder si c'est accessible s'il n'y a pas d'escalier »

Un maintien à domicile précaire sur le territoire

Une volonté de rester à domicile

Lors de 4 entretiens, il est évoqué le fait que les personnes âgées expriment de plus en plus le souhait de rester à domicile.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (3 ENTRETIENS)

« Ils veulent rester chez eux ils se sont bien chez elles »

« Statistiquement il y a seulement 17% des gens du secteur qui sont à l'EPHAD, les autres restent à la maison. »

« Il y a une solidarité villageoise que tu ne retrouves pas forcément en milieu urbain. [...] C'est de moins en moins vrai aussi. C'est de plus en plus chacun pour soi. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Le souhait de rester à domicile est quand même très souvent entendu comme étant le projet de vie des personnes la plupart du temps »

Des adaptations du logement non réalisées qui compromettent parfois le maintien à domicile

Lors de 3 entretiens, il a été évoqué les difficultés liées à l'adaptation du logement questionnant le maintien au domicile des personnes âgées.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Il faudrait que les personnes avant qu'elles arrivent à ce stade, prennent leur disposition et anticipent. Ce n'est pas dans la culture. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Il y a vraisemblablement beaucoup de propriétaires mais dans du logement qui s'est un peu dégradé au fil du temps et ça c'est aussi le problème des personnes âgées qui ont à un moment donné investi dans une maison et n'ont pas pu au fil du temps aménager...qui viennent contrecarrer le maintien à domicile quand la salle de bain est à l'étage avec un escalier. »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Les personnes âgées sont confrontées à un problème c'est qu'ils vivent dans des maisons d'habitation qui sont de plus en plus du tout adaptées »

Les services d'aide à domicile conséquents sur le territoire

Le maintien à domicile nécessite des services d'aide qui ont été cités dans 3 entretiens avec les élus. Il est exprimé une offre conséquente sur le territoire et de qualité.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (3 ENTRETIENS)

« Pour le maintien à domicile des personnes âgées, ça marche relativement bien. Il y a plein de structures »

« Je parle de ce que je sais à côté de moi, deux personnes qui sont en état de santé assez mal en point, ils sont à la maison. Toute la journée, il y a quelqu'un, que ce soit infirmière, porteur de repas. Ils ne sont jamais seuls. Et les voisins qui viennent encore chez eux. »

« Ben l'aide à domicile c'est ce qui coûte le moins cher et ce qui convient le mieux surtout à la personne, on sait très bien que quand elle reste le plus longtemps chez elle, elle n'est pas déracinée, pour son équilibre à elle, c'est ce qu'il y a de mieux donc effectivement le maintien à domicile. »

Des aidants épuisés

Dans le maintien à domicile, le rôle de l'aidant est essentiel. Cependant, c'est une population qui vieillit également et il est constaté un épuisement des aidants. Les solutions de répit ont disparu et il y a un manque de valorisation de l'aidant autant financière que sous la forme d'un soutien morale. Par ailleurs, il est également observé un isolement subit par l'aidant. Cette situation a été abordée dans 4 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Mais il faudrait peut-être davantage valoriser les personnes qui aident, parce que, souvent, ce n'est pas trop reconnu pour que ça compte pour la retraite »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (3 ENTRETIENS)

« C'est un problème des aidants également. Il sont dans un carcan d'aide à donner. Ils ont peur d'autres dispositifs comme la maison de retraite. »

« On a de plus en plus d'hospitalisations pour épuisement des aidants, ça c'est aussi un élément à prendre en compte. »

« Alors les solutions de répit, on en parle beaucoup. Par exemple, il y a 20 ans, ou moins de 20 ans, je ne sais plus quand ça a été changé. Tu vois cette histoire des moyens séjours, c'était une soupape qui permettait à des familles de souffler 2 semaines dans l'année »

Pistes d'amélioration citées

→ Améliorer l'offre d'accueil des PA ou les solutions de répit

Quelques ressources existantes

→ CSI Croix Rouge de Drulingen :

Développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) avec une mise à disposition d'un local par Ville de Sarre-Union pour permettre stockage du matériel. Organisation de soins à domicile et un accompagnement spécialisé en santé mentale.

→ Collaboration entre les trois opérateurs HAD Sarreguemines/Haguenau/Sarrebourg :

Hospitalisation A Domicile sur les 3 CC avec un pilotage ARS.

Les structures d'accueil

Des arrivées en EHPAD souvent non anticipées, non souhaitées, conséquence de la gestion d'une situation d'urgence

Il est évoqué dans 3 entretiens, des situations d'arrivée EHPAD non anticipée ; lorsque le maintien à domicile n'est plus possible.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Il y a des unités Alzheimer, mais les familles attendent trop longtemps pour placer les personnes, des fois c'est déjà trop tard. La structure n'est pas faite pour les Alzheimer qui sont très lourds. Il y en a qui viennent avec des fauteuils roulants et la structure n'est pas faite pour les fauteuils roulants »

« Quand on parle de personnes âgées, si plus de personnes âgées avait prévu à temps d'adapter leur logement, ils pourraient rester beaucoup plus longtemps à la maison. Il y en a qui vont en EPHAD, juste parce que la maison n'est plus adaptée. Donc on aurait beaucoup moins de personnes en EPHAD jusqu'à un certain âge si le logement était adapté. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Pour les personnes âgées dites normales il manque ça, ce petit diagnostic d'avant parce qu'en général ils nous appellent quand c'est trop tard ou quand ils sont passés par la case hôpital ou quand ils sont à l'EHPAD et qu'ils ne revoient plus jamais leur maison parce que avant il n'y

a pas eu d'alerte et parce qu'avant il n'y a pas eu d'alerte parce que les familles sont loin. »

Des structures d'accueil pour personnes âgées couteuses et surchargées

Concernant les maisons de retraite et EPHAD présents sur le territoire, il est exprimé, dans 6 entretiens, le prix élevé et les démarches pour pouvoir entrer dans ce type de structures qui sont difficilement accessibles pour les personnes âgées. De plus, il y a un réel manque de place dans ces structures d'accueil et certains dispositifs nécessiteraient d'être rénovés.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ÉLUS (3 ENTRETIENS)

« Il faut rénover les EPHAD [...] C'est vieillissant, des bâtiments vieillissants. Il nécessiterait d'humaniser les chambres. »

« Actuellement, pour aller en maison de retraite, c'est une bataille pas simple. Il y a des gens qui ont besoin de mettre leurs parents en maison de retraite et c'est une bataille administrative et financière. »

« Les personnes âgées ont des revenus très bas et souvent c'est des femmes donc après elles ont beaucoup de mal à pouvoir payer un EPHAD. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Et c'est vrai que ça fait mal à dire moi j'ai pas de lit libre. On est tous dans le maximum de ce que l'on peut donner et on est arrivés à un virage où il faudra qu'on réfléchisse autrement pour les prises en charge. »

« Elle ne peut pas non plus partir en EHPAD parce que financièrement c'est pas possible, donc c'est compliqué aussi. »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Disons 1500-1800 € qui part par mois ça va très vite. Et quand vous voyez les chiffres qui tombent au bout de 12 mois. Vous faites 1800 x 12, c'est quand même des sommes d'argent, tout le monde n'a pas épargné. Maintenant c'est les enfants qui doivent payer et il y a des situations où les enfants ne peuvent pas et ça fait des discordes familiales, parce que chacun ne peut pas donner dans le porte-monnaie la même chose que le frère ou la sœur. »

Des personnels d'EHPAD épuisés et difficiles à recruter

Le manque de personnel dans les structures d'accueil des personnes âgées a été abordé dans 5 entretiens. Ce manque implique d'autres problématiques qui en découlent, notamment des difficultés de prise en charge des patients mais également un épuisement des équipes, ce qui crée encore plus de manques.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Et évidemment ça manque de personnel dans ces structures. Il y a un vrai manque de personnel. Il y a un manque évident de personnel »

« Le relationnel et l'humain n'est plus tout à fait pris en considération. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (3 ENTRETIENS)

« On a des maisons de retraite qui sont là mais beaucoup de difficultés de recrutement aussi d'infirmières, de personnel soignant, d'aide-soignante dans ces EHPAD »

« Le problème c'est le remplacement le personnel qui est tellement oppressé, fatigué, épuisé, dans notre structure on ne peut pas remplacer au pied levé. »

« Ben c'est pas assez payé, il y a une pression, il faut qu'elles courent, ça sonne, elles doivent sonner quand elles arrivent là, elles doivent passer une heure à tel endroit, mais en une heure elles n'ont pas le temps de tout faire. Elles ont des situations incroyables à gérer »

Des outils trop nombreux et chronophages

Les professionnels, ont relevé lors d'un entretien une augmentation des outils de suivi et d'évaluation qui prennent et nécessitent du temps d'appropriation.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Ce qui est difficile c'est qu'on est en train de multiplier les supports, on est en train de grappiller de droite à gauche de l'argent c'est surtout ça pour aider la personne à domicile en EHPAD, en IME etc. On multiplie tellement les supports que au final on perd une énergie, le sens de pourquoi on le fait alors que peut-être on devrait rassembler un peu tout ça. A réfléchir. »

Un manque de considération ressenti des EHPAD par les collectivités

Lors d'un entretien, il est évoqué le manque de considération ressenti par les professionnels d'EHPAD sur le territoire.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Moi ça m'a fendu le cœur parce que hier j'ai lu le bulletin de Bouxwiller il n'y a pas un seul mot sur là, sur l'EHPAD alors que le 13 septembre on a porte ouverte à l'EHPAD. »

Les résidences seniors, une solution d'avenir ?

Lors de 4 entretiens, il a été soulevé que la réponse qui pouvait être apporté, était le développement de résidence senior avec quelques projets en cours sur le territoire. Néanmoins ces résidences ne seraient accessibles que pour les personnes autonomes.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ÉLUS (2 ENTRETIENS)

« Ce qu'il faudrait c'est réussir à mettre des petites résidences seniors. Ce serait pas mal. »

« On a prévu une résidence pour seniors d'ici l'an prochain ou dans 2 ans sous forme de mini appartement des T1 ou des T2. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Les Résidences est-ce que ça peut être une réponse ? Mais c'est pour des gens qui ont quand même une certaine autonomie »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« C'est un système où c'est moins dépendant. Les gens ont leur propre local et ils prennent de temps en temps le repas ensemble »

La coordination de la prise en charge des personnes âgées

La place du médecin traitant dans la prise en charge questionnée au regard du manque de médecin généralistes

Lors de 2 entretiens, il a été question de la place du médecin traitant dans la prise en charge des personnes âgées. Aujourd'hui, il y a nécessité de renforcer la place du médecin

généraliste car il a une place importante dans la connaissance des problématiques rencontrées par les personnes et peut représenter une aide dans la prise en charge anticipée des patients. Néanmoins, il y a un manque de médecins généralistes pour pouvoir optimiser la prise en charge et la prévention et, de plus, ils se déplacent de moins en moins et il y a un manque d'informations de la part des médecins sur les structures présentes sur le territoire.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« De moins en moins. Dans le temps on ne se posait pas la question, on n'allait pas voir le médecin, c'était le médecin qui venait vous voir. Et là, il ne peut plus, il n'y arrive plus. Ça dépend des médecins »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Il y a un acteur qui ne joue pas forcément toujours son rôle c'est le médecin traitant. Le médecin traitant a des choses à faire et qu'il ne fait pas, lui il pourrait alerter "Une infirmière vient passer". [...] C'est quand même un acteur principal aujourd'hui il doit être le décisionnaire d'un parcours de vie d'une personne. »

« La coordination c'est soit le toubib qui la fait, soit quelqu'un de la famille, soit des fois une infirmière. Et avec ces gens-là, il faut faire une espèce de projet de vie, comment faire au mieux pour les maintenir à la maison »

Le travail en partenariat

La prise en charge coordonnée est soutenue grâce à un travail de la MAIA et du PRAG. Ce point a été soulevé dans 2 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Il y a des choses qui se sont développées là aussi. La MAIA, magnifique outil, le PRAG. Le développement de ses services-là, a vraiment apporté une réponse aux situations complexes et c'est un vrai soutien et un véritable appui et c'est une vraie ressource pour les équipes de terrain. »

« Il y a une certaine forme d'entraide parce qu'on arrive bien à travailler tous ensemble et ça contribue vraiment au bien-être de la personne qui reste à son domicile »

RESSOURCES EXISTANTES CITEES LORS DES ENTRETIENS

→ *La MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)*:

Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

→ *Le PRAG (Plateforme Territoriale d'Appui d'Alsace)*:

Ce dispositif permet un appui aux professionnels dans le cadre de parcours complexes, quelque soit l'âge, la pathologie ou le handicap du patient.

LA SANTE DES JEUNES

Idées phares ressortant tant des discours des professionnels/élus que des habitants :

- Un environnement pas toujours favorable à la pratique d'activité physique et à l'équilibre alimentaire
- Des jeunes qui présentent des troubles psychiques
- De nombreuses situations d'addictions observées chez les jeunes
- Des lieux de trafics de drogues identifiés sur le territoire
- Des inquiétudes liées aux écrans et nouvelles technologies
- Des jeunes qui doivent partir pour faire leurs études ou pour trouver un travail
- Une offre d'activités sportives et culturelles pas assez développées
- Des difficultés de transports pour les jeunes du territoire

ETAT DE SANTE DES JEUNES PERÇU

Représentations quant à la santé des jeunes contrastées

Sur le territoire, lors de 3 entretiens, professionnels et habitants évoquent une santé des jeunes plutôt dégradée.

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Énormément de jeunes avec énormément d'addictions. Des jeunes qui s'alimentent très mal, des jeunes qui ne font pas de sport des jeunes qui n'ont pas envie de faire des efforts, on a énormément de mal à les motiver à se former, à se qualifier. »

« C'est des jeunes qui ne prennent pas soin d'eux, donc ça va être au niveau dentaire, au niveau optique, au niveau santé générale. Ça va être du manque d'hygiène, de la mauvaise alimentation, enfin voilà, toutes ces choses-là. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Nos jeunes, on voit qu'ils perdent la santé avant l'âge, c'est-à-dire ils sont assez inconscients de combien ils grignotent leur capital santé, que ce soit par un peu des drogues et qu'ils touchent, par la malbouffe. »

Tandis que lors de 2 entretiens, il a été relevé par les professionnels et élus que les jeunes allaient globalement bien notamment grâce à un cadre de vie en lien avec la ruralité.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Sinon ils vont bien. Ils se nourrissent bien. Ils sont au plein air, c'est vivifiant. Ils sont moins exposés aux particules. Ils sont invités aux travaux de la ruralité, ça entretient la forme »

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Globalement ils vont bien les jeunes »

Les éléments ci-dessous apportent des précisions quant aux différents déterminants impactant la santé des jeunes sur le territoire.

Des inquiétudes quant à des jeunes présentant des maladies métaboliques

Des cas de cas de diabètes diagnostiqués tardivement et d'obésité chez les jeunes du territoire, observés par les professionnels

Il a été évoqué, lors de 2 entretiens avec les professionnels la question des maladies métaboliques chez les jeunes du territoire :

- La problématique de cas de diabètes avec des diagnostics tardifs et des difficultés de prises en charge a été évoquée.
- L'augmentation observée de cas d'obésité en lien souvent avec le contexte socio-économique a également été soulignée.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Concernant les prises en charge diabétiques, il semble que ce soit quand même une des difficultés au niveau sur le territoire. Il y a pas mal de diabète et la prise en charge, on a régulièrement des gens qui viennent des jeunes avec un diabète qui est détecté tardivement ou alors effectivement une prise en charge qui est très aléatoire et qui nécessite des hospitalisations récurrentes. »

« Sur l'hygiène de vie aussi en termes d'alimentation, l'obésité, ce sont des choses que l'on constate au fil des années ce sont des choses qui évoluent en termes de problématique. »

Un environnement pas toujours favorable à l'équilibre alimentaire et à la pratique d'activité physique

Plus spécifiquement, au cours de 2 entretiens, les participants ont exprimé :

- Des temps trop courts pour déjeuner pour les scolaires (lycéens et collégiens)
- Des infrastructures sportives pas toujours présentes dans les villages.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« En termes de santé, l'éducation physique et sportive occupe 3h par semaine or dans les faits il n'y a jamais 3 heures par semaine. On a 3h sur le papier, c'est une matière très importante et en fait c'est deux si ça va, voire 1h30. Des fois il n'y a pas les infrastructures dans les petits villages ça peut jouer »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Il y a aussi le problème de la malbouffe, ça a déjà été évoqué notamment des fois quand on a cours entre midi et 2 ou bien quand on n'a pas beaucoup de temps pour manger entre les cours des fois le snack ou bien. En tant qu'étudiant mais des fois au lycée, si on a 30 minutes quand on a des options on n'a pas beaucoup de temps, c'est un peu moins cher que le resto. »

Ressources existantes citées lors des entretiens

→ *Alimentation :*

- **Groupement d'intérêt public formation continue et insertion professionnelle Alsace** : ils interviennent dans le cadre du projet CAAPS et mettent en place dans les établissements scolaires dans le secteur de Saverne et Bouxwiller, des activités, des formations et des temps d'échange sur la promotion de la santé par l'alimentation et l'activité physique.
- **NUTRILIBRE - équilibre et plaisir** : interviennent dans les établissements scolaires collèges et lycées. Ils s'adressent aux élèves, aux enseignants et aux professionnels encadrants. Ils organisent des formations et permettent aux élèves de s'impliquer dans l'élaboration des repas.

Des jeunes qui présentant des troubles psychiques

Il est relevé dans 4 entretiens, une population jeune qui présente des troubles psychiques.

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (3 ENTRETIENS)

« Psychiquement mal. Ils ne sont pas bien dans leur peau. »

« Et pour les plus jeunes, je pense aux mineurs, une jeunesse qui très souvent a besoin de prise en charge psy. Chez les plus jeunes, dans des contextes de rupture familiale, des jeunes qui sont perdus, entre des parents qui se séparent, qui continuent à se faire la guerre des enfants, qui sont pris dans des conflits de loyauté et dont la santé psychique est impactée. »

« On a effectivement des enfants qui ont des problèmes de santé réels qui relèvent de psychiatrie ou du handicap psychique mais ils ne sont pas si nombreux que ça. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« C'est plus la santé mentale notamment chez les jeunes. C'est ça je pense le plus grand problème. »

Quelques ressources existantes

→ *Projet d'accompagnement original (PACOR)*

Il s'adresse à des jeunes de 13 à 18 ans placés dans un cadre administratif ou judiciaire. C'est un appartement à Saverne qui est partagé par des jeunes majeurs présentant des difficultés psychiques avec accompagnement médico-social renforcé. Ce projet a pour objectif leur permettre de se réinsérer socialement.

Une consommation de pilule du lendemain importante et une recrudescence observée des MST

Lors de l'entretien avec les professionnels libéraux, il a été évoqué des problématiques autour de la sexualité des jeunes. Il y a des manques d'utilisation de moyens de contraception, les pharmaciens vendent très peu de préservatifs mais il y a une augmentation de la demande en pilule du lendemain. De plus, il est observé une augmentation des MST chez les - de 30 ces dernières années. Cependant, ils observent une diminution des IVG.

« Mais je n'ai jamais eu autant de pilule du lendemain que ces derniers temps, 2 ans. Un dimanche de garde j'ai vendu 7 pilules sur 10 personnes qui sont venus en garde. »

« Beaucoup moins d'IVG de jeunes, beaucoup beaucoup moins. »

« Il y a une recrudescence des MST. Clairement. [...] Plus chez les jeunes chez moins de 30 ans »

Quelques ressources existantes

→ *Santé Info Solidarité Animation :*

Mise en place d'actions pour prévenir les risques de transmission du VIH, des hépatites, des IST et aider à réduire les conduites à risque sexuel chez les jeunes. Intervention dans le

milieu pénitentiaire et le milieu scolaire. Leurs secteurs d'intervention sont Oermingen, Sarre-Union et Saverne.

→ [Mouvement français pour le planning familial](#)

Ils mettent en place des interventions de prévention et réduction des risques liés à la sexualité auprès de groupes d'âge scolaire à Bouxwiller.

→ [AIDES](#)

Ils interviennent sur des questions liées à la sexualité dans des structures d'accueil pour migrants à Saverne.

De nombreuses situations d'addictions observées

Une consommation d'alcool, de tabac ou autres produits importante chez les jeunes du territoire

La consommation d'alcool, de tabac ou d'autres produits est soulignée lors de 6 entretiens par les habitants, les élus et les professionnels sur le territoire. Il est particulièrement relevé la consommation plus importante le week-end.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Également les conduites et les prises de produits stupéfiants et j'inclue là-dedans également la consommation d'alcool chez certains jeunes notamment les week-ends qui est très forte »

« Evolution de la consommation d'alcool et de drogue, ça c'est sûr. Du lundi au vendredi ça va mais du samedi au dimanche. Autant qu'en ville, il ne faut pas rêver. Dans la campagne on était un peu préservé mais maintenant ce n'est plus le cas, pour l'alcool et drogues »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (3 ENTRETIENS)

« Elles fument plus par contre les filles. Après maintenant comme ils sont jeunes disons que je trouve que le message de prévention il ne me semble pas hyper compliqué à passer »

« Et la consommation, quand je discute avec certains chefs d'établissements de collège, la consommation débute maintenant au collège. »

« On a on a quand même pas mal de jeunes qui sont soit en recherche de logement, qui sont donc domiciliés au CCAS et on n'a pas de jeunes qui soient domiciliés par l'intermédiaire de la mairie, logés chez nous, et qui n'aient pas d'addiction drogue ou alcool où les deux. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Le gros problème aussi c'est l'alcool, certains qui en ramènent en cours ou bien dès la sortie, qui font leur petit apéro. »

Des lieux de trafics identifiés sur le territoire

Lors de 2 entretiens, il a été abordé que des lieux identifiés où se déroulent les trafics de produits.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« Alors il y a quelques poches comme ça qui sont des secteurs d'échanges et de consommation sur le territoire, des petits îlots comme ça qui sont un petit peu cachés, pas forcément en plein centre-ville, mais où les jeunes se regroupent et où ça deal et où ça prend des produits stupéfiants. Il y a comme ça quelques îlots en ville et un petit peu excentré du centre-ville. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Tous les trocs et toutes les stations de bus sont envahis par les trafiquants de drogue, des petits trucs que les gamins achètent à 1 ou 2 €. »

Des inquiétudes liées aux écrans et nouvelles technologies

Lors de 6 entretiens, il a été évoqué la problématique liée aux écrans : consommation importante, isolement engendré...

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (3 ENTRETIENS)

« D'un autre côté, on déplore aussi des jeunes qui s'isolent de plus en plus, parce qu'avec les nouvelles technologies de l'information donc ils restent plutôt reclus chez eux, ils sont derrière un écran, c'est virtuel. Ça devient des relations virtuelles, ils ne se voient plus. »

« Les conduites addictives chez les jeunes, nous posent également beaucoup question et beaucoup soucis. J'entends par là, le temps que les

jeunes et quand je dis jeunes ça va de 6 à parfois 25 ans, enfants, ados et jeunes adultes, par rapport au temps qu'ils passent devant les jeux vidéo, jeux vidéo ou écrans en général hein, que ce soit téléphone, ou ordinateur, etc. »

« À 8 ans ils ont déjà un téléphone pour appeler les parents s'il y a un problème on a la modernité »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Les problèmes d'hygiène de vie et dans l'hygiène de vie c'est la place des écrans, ça fait des années qu'on fait un travail autour des écrans, parce qu'on va pas les interdire, on fait un travail de prévention avec une flopée de partenaires notamment dans le milieu scolaire parce que ça a beaucoup d'incidence sur plein d'écrans (smartphone, télé...). »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Ok, ils restent quand même pas mal de temps devant les écrans. Mais je pense qu'avec toutes les informations qu'ils ont au travers de la sensibilisation à l'école, de l'expérience qu'ils peuvent en avoir aussi finalement, je crois qu'ils sont assez lucides et qu'ils sont conscients que le téléphone et échanger avec les copains c'est pas la même chose que d'échanger et de le voir, de voir la personne, de la rencontrer et de faire un truc avec elle. »

Un environnement socio-économique et une prise en charge des addictions pas toujours accessible pour les habitants du territoire

Lors de 2 entretiens, il a été évoqué par les habitants deux éléments importants :

- Des addictions qui peuvent être en lien avec la situation économique
- Une prise en charge en addictologie éloignée pour certains jeunes

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Et plus on va dans la précarité, plus on a des enfants qui font moins d'activité, qui font plus sur de la consommation, y en a beaucoup qui sont limite, manque d'activité, sédentarité, plus devant les écrans, moins d'accès à la culture ou autre. Et là, je pense qu'il y a vraiment un lien ou autre »

La consultation addicto la plus proche, si vous n'allez pas chez votre médecin, c'est Saverne. Sarre-Union Saverne c'est faisable en transport en commun mais ça vous prend une demi-journée. Le temps d'y aller, d'avoir le rendez-vous, vos parents vous ont gaulé.

Quelques ressources existantes

→ Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) :

C'est une structure pluridisciplinaire qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction. Il y en a un au centre de cure du CH de Saverne.

→ Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances (CIRDD) :

Mise en place d'actions d'information, de communication et de documentation dans le champ des conduites à risques et appui méthodologique à l'élaboration d'actions de prévention des conduites addictives et formation en direction d'intervenants auprès de jeunes dans et hors milieu scolaire. Ils interviennent sur le secteur de Saverne.

→ PAEJ mobile ALT :

Les Points d'Accueil et d'Ecoute pour les Jeunes ont pour objectif de prévenir le mal-être, la marginalisation, les addictions et la délinquance chez les jeunes. Il y a des permanences fixes à Sarre-Union et Saverne et ils interviennent également au sein des collèges de Dettwiller, Drulingen, Diemeringen et Saverne, dans les lycées, dans la maison des services de Drulingen, au CSC de Sarre-Union et dans les UTAMS de Saverne, Bouxwiller et Drulingen. Par ailleurs, ils organisent des Consultations Jeunes Consommateurs où des psychologues reçoivent en consultation des jeunes exposés à des situations à risque ainsi que les adultes (parents et professionnels) de leur entourage proche. Elles sont organisées notamment à Sarre-Union et à Saverne.

→ Comité Départemental du Bas-Rhin contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose :

Ils interviennent dans de la prévention des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites) auprès des jeunes scolarisés, de leurs parents, du personnel d'encadrement et formation et des infirmiers scolaires. Ils sont intervenus sur le secteur de Bouxwiller.

→ Amis de la santé du Bas-Rhin :

C'est une association qui a pour but de venir en aide aux malades alcooliques et à leurs familles et de faciliter le recours au soin et une réinsertion dans la société. Ils organisent des permanences au CSAPA de Saverne.

→ Les Passeurs d'Ondes :

Ils organisent des actions autour de la prévention sur les risques auditifs. Ils interviennent dans le milieu scolaire et agissent sur le secteur de Saverne.

CONTEXTE SOCIAL DES JEUNES

Un contexte familial variable

Des perceptions des élus quant à des difficultés en lien avec l'éducation des jeunes

Lors de 2 entretiens, il a été exprimé par les élus des éléments à propos de l'éducation des enfants et des difficultés en émanant.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Ah oui mais c'est malheureux. De toute façon ce qui trainent dehors à partir d'un certain âge c'est les parents. Souvent l'éducation des parents, ça passe par les enfants »

« La vérité c'est qu'il faut d'abord éduquer les parents mais les parents se font agresser s'ils veulent éduquer les enfants qui leur disent on n'est pas au Moyen-Âge. Et les parents ne peuvent même plus leur donner une petite fessée. »

Des liens familiaux privilégiés sur le secteur de Marmoutier

Lors de l'entretien avec les professionnels libéraux, il a été exprimé des liens familiaux plutôt privilégiés pour les jeunes du secteur de Marmoutier.

« Les jeunes que je vois, dans le secteur de Marmoutier ils sont bien insérés dans leur famille donc je trouve que les liens familiaux sont quand même bons. »

Des décrochages scolaires nombreux et une insertion professionnelle complexe sur le territoire

Des jeunes qui ne reviennent pas suite à leurs études

Sur le territoire, il y a une faible offre d'enseignement supérieur. Aussi, les jeunes sont obligés de quitter le secteur après le bac et partent vers Strasbourg pour trouver un plus grand choix d'études supérieures. Il y a été exprimé, lors de 4 entretiens, que ces jeunes qui partent ne reviennent pas par la suite.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Les jeunes qui font des études ne reviennent plus sur le territoire ou très peu. »

« Sachant que les jeunes, souvent après le bac, ils partent vers Strasbourg ou d'autres grandes villes »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Les jeunes en fait ont de plus en plus de mal à revenir, ils reviennent de moins en moins. Quelque part ils mesurent le contraste entre la vie qu'ils mènent dans leur vie active dans les villes plus grandes où ils doivent habiter ou à proximité. Mais en même temps, ils ne font pas l'effort de venir ici développer leurs compétences et travailler. »

« Généralement, les étudiants sont plutôt dans la ville où ils font leurs études supérieures »

De nombreuses situations de décrochages observées

Lors de 4 entretiens, il a été relevé des situations courantes de décrochages, plus particulièrement pour les jeunes en situation de précarité se retrouvant sans diplôme et en difficultés pour trouver un emploi.

BESOINS EXPRIMES PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Chez nous dans le village on a certains qui vont au lycée à Saverne mais on a aussi une tranche qui décroche et qui à 15, 16 ans ne fait rien et qui part effectivement plus dans la drogue et dans la délinquance et c'est là qu'il faut se poser la question : Qu'est-ce qu'on peut faire pour les raccrocher à des activités sportives sur le centre ? Et là on est un peu démunis dans les petits villages parce que bien souvent on est mis au courant quand le problème arrive. »

« Selon la population également et selon les catégories socioprofessionnelles notamment pour les familles qui sont en situation de précarité, il y a certains jeunes qui sont des décrocheurs à 14-15 ans et on les retrouve sans formation et sans cursus scolaire. Il y en a quelques-uns notamment dans le secteur QPV mais pas que, voilà »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Oui c'est l'exclusion sociale, très très jeune. C'est des jeunes qui sont déscolarisés. C'est des jeunes qui évoluent dans des familles à problèmes. Voilà, c'est l'environnement direct du jeune qui l'influence. »

« On en a beaucoup qui n'ont rien ils ont quitté le système scolaire avec pas de brevet ils ont été en 6e ou en 5e aucun diplôme et ils veulent travailler. »

Des difficultés à trouver un emploi pour les jeunes

Ces difficultés d'emploi des jeunes sur le territoire ont été confirmées, au-delà des situations de décrochages lors de 3 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

« La difficulté c'est de trouver du boulot »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Il y a cette problématique effectivement du travail qui est important et de l'avenir, du manque de moyens »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Moi j'ai ce problème là en recrutement, quand je recrute des graphistes, qui est un métier relativement jeune, c'est très compliqué. »

Ressources existantes citées dans les entretiens

→ La mission locale de Saverne :

Ils interviennent auprès des jeunes de 16 à 25 ans. C'est une structure d'accueil où les bénéficiaires sont suivis autour de questions liées à l'emploi, à la formation mais aussi lié au logement ou à la santé.

→ Programme de Réussite Educative au Centre Communal d'Action Sociale à Saverne :

Ils interviennent auprès des enfants de 2 à 16 ans qui habitent dans le QPV de Saverne et également de leurs parents. C'est un accompagnement pluridisciplinaire pour soutenir les élèves lorsqu'il apparaît qu'ils auront des difficultés dans l'apprentissage des connaissances et des compétences du socle commun.

→ Education Nationale :

L'EN met en place un projet de renforcement des compétences psychosociales dans les écoles primaires de l'Alsace-Bossue avec la collaboration d'infirmières scolaires

Pistes d'amélioration citées lors des entretiens

→ Volonté de développer un Lieu d'Accueil Parents Enfants (LAPE) à Ingwiller :

« De développer des lieux d'accueil en quelque sorte. Ben c'est ce qu'on est en train de préparer un lieu d'accueil enfant-parent à Ingwiller, on va le mettre en place à partir du 1er septembre. Ça existe déjà en Alsace Bossue. C'est un lieu d'accueil parent-enfant qui permet pour les parents qui ont des difficultés avec des enfants d'être accueillis par des professionnels. Retisser les liens entre les parents et les enfants. »

→ Développer la MDA sur le territoire :

« La MDA c'est un outil magnifique qui mériterait d'être déployé davantage sur les territoires parce que Strasbourg c'est loin. »

→ Développer des lieux d'accueil

« Il faudrait des lieux de rencontre, d'animation officiel, il faudrait qu'on s'occupe des jeunes. »

Quelques ressources existantes

→ Nez à Nez

LAPE de Sarre-Union qui se situe au centre socio-culturel

→ La Maisonnnette

LAPE de Drulingen

OFFRE A DESTINATION DES JEUNES

Une offre sportive et culturelle à développer

Une offre associative dédiées aux jeunes conséquente

Il a été évoqué une offre sportive et culturelle conséquente à destination des jeunes, sur le territoire. Ce point a été soulevé lors de 5 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (3 ENTRETIENS)

« On a un territoire qui est dynamique, on a je ne sais combien d'associations sportives sur ce territoire : 46 associations sportives sur Saverne : 6000 licenciés. »

« Donc l'offre sportive, culturelle elle est vraiment bien présente et développée »

« Après ils n'ont certainement pas les mêmes possibilités de loisirs que l'on peut trouver à Strasbourg ou à la proche banlieue de Strasbourg, ça c'est certain. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Mais globalement les jeunes vont bien globalement ne serait-ce que par rapport à tout ce que la ville propose en terme socio-culturel sportif. »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Il y a tellement d'associations sportives ici »

...un constat qui ne semble pas unanime

Lors de 3 entretiens et lors des micro-trottoirs, ce constat a été fortement nuancé. Il a par ailleurs été évoqué des difficultés d'accessibilité sur le quartier Est.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« On les occupe pas assez, ils sont livrés à eux-mêmes, on manque peut-être effectivement de choses pour les distraire »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Sur le quartier Est c'est pas évident de trouver pour les petits une activité sportive parce que souvent elle se passe à l'autre bout de la ville. »

DANS LES MICROS-TROTTOIRS

- **11 personnes** sur 121 interrogées ont cité **le manque d'activités pour les jeunes et les enfants** sur le territoire comme point négatif qui perturbe leur qualité de vie. De même, **13 personnes** sur 121 citent une **nécessité d'avoir plus d'activités et de lieux pour les enfants et les jeunes** dans les points à améliorer :

« Ça manque un peu d'activités, pour les jeunes ouais ça manque un peu d'activités parce qu'il y a le sport mais sinon il n'y a pas grand-chose. »

« Peut-être des aires de jeux pour enfants un peu plus grands, une piscine un peu plus grande aussi, bon elle est bien mais, quelque chose d'un peu plus grand quand même hein et un parc pour enfant, des aires de jeux oui. »

Quelques ressources existantes

→ [Le centre socio-culturel de Sarre-Union :](#)

Le centre socio-culturel intervient auprès de chaque tranche d'âge en proposant différentes activités culturelles et de loisirs mais aussi des temps d'échange, d'information et de sensibilisation.

→ [Rdv Sport Femmes à Saverne :](#)

Promouvoir l'accès au sport pour des femmes, qui pour des raisons culturelles sont mises à l'écart ou se mettent à l'écart de ce type d'activité. Ces activités sont développées sur Saverne

Des difficultés de transports pour les jeunes sur le territoire

Il est observé un manque de transport sur le territoire. Cela implique des difficultés de mobilité pour les jeunes et des défauts de prise en charge dans une démarche de soins

(évoquées ci-après). De plus, il y aurait un intérêt de développer les transports pour permettre ainsi aux jeunes, un accès facilité notamment aux grandes métropoles. Cette difficulté a été abordée dans 2 entretiens. Ces problématiques sont notamment prégnantes sur la CC de l'Alsace Bossue, sur la CC de Hanau-La Petite Pierre et à l'extérieur de Saverne.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

La mobilité sur le territoire est compliquée, un collègue avait calculé que pour venir sur Saverne il fallait deux bus il fallait partir le matin et rentrer le soir comment voulez-vous gérer ça sans que les parents soit au courant c'était impossible

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

Après ce qu'il faudrait faire notamment dans la région, le transport. J'ai compris que ici à Sarre-Union, pour aller à Strasbourg c'est un peu compliqué.

Des difficultés d'accès aux soins semblables à l'ensemble de la population du territoire

Des difficultés de prise en charge

Lors de 4 entretiens, il a été remarqué que pour l'accès à l'offre de soins, les jeunes étaient confrontées aux mêmes problématiques qui touchent le restant de la population, un manque de praticiens, une offre restreinte sur le territoire engendrant des déplacements des jeunes et des délais de rendez-vous longs.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

Mais pour la santé, ils sont confrontés aux mêmes problématiques que tout le monde : l'absence de spécialistes, l'insuffisance d'orthophonistes, l'insuffisance d'ophtalmologiste

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

On a beau avoir un centre mutualiste sur Saverne ça reste quand même très compliqué pour les familles et c'est surtout les délais d'attente et se rajoutent à ça des prises en charge orthophoniques qui vont aller grandissantes.

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

La consultation addicto la plus proche, si vous n'allez pas chez votre médecin, c'est Saverne. Sarre-Union Saverne c'est faisable en transport en commun mais ça vous prend une demi-journée. Le temps d'y aller, d'avoir le rendez-vous, vos parents vous ont gaulé.

« Il n'y a pas assez d'offres et surtout les gens n'osent pas y aller. »

Des professionnels qui tentent de pallier à ces difficultés de prises en charge

Lors de 2 entretiens, les professionnels évoquent 2 points forts dans la prise en charge des jeunes sur le territoire : le travail en partenariat et l'équipe mobile santé précarité.

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« On a des partenaires : on travaille avec l'hôpital de Saverne le CMP, les psy, je les ai tous dans mon carnet d'adresses. »

« On attend plus le jeune dans son bureau, on propose d'aller vers et quel que soit l'endroit où il se trouve. Il y a des innovations à trouver sur les modalités de l'entrée en contact. L'équipe mobile elle rencontre là où le jeune propose d'être rencontré ça peut être au café du coin, ça peut être à domicile, voilà. Le côté un peu hors-les-murs pour s'adapter finalement aussi à la vie des jeunes et pour faciliter parfois cette prise de contact. Clairement c'est un frein en moins de proposer de venir vers lui, pour peu qu'on ait un tant soit peu un oui sur le principe d'une démarche vers les soins ça peut finir de convaincre. »

LA SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Idées phares ressortant tant des discours des professionnels/élus que des habitants :

- Des personnes en situation de handicap isolées
- Des difficultés de reconnaissance et de classification des handicaps
- Une insertion professionnelle compliquée par les employeurs
- Des structures d'accueil en manque de moyens et de places
- Une méconnaissance des dispositifs d'aides existants
- Une accessibilité physique des services limitées pour les personnes à mobilité réduite : topographie du territoire, adaptation des structures et transports limités

SITUATION ET INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SUR LE TERRITOIRE

Des personnes en situation de handicap isolées

L'isolement social des personnes en situation de handicap, a été abordé dans 3 entretiens et ont soulevé la nécessité de changer le regard de la société sur le handicap ou scolaire.

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Souvent ces personnes se retrouvent seules chez elles isolées est livrées à elles-mêmes. »

« Peut-être qu'il faudrait renforcer ça aussi et faire en sorte que les personnes soient mieux intégrées dans la société, que l'image du handicap soit aussi différente parce que là c'est quand même encore un petit peu caché et ça, ça manque peut-être un petit peu. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Quand elles sont jeunes, ça se passe encore assez bien. Mais d'un point de vue scolaire dès qu'elles commencent à grandir c'est compliqué. L'intégration est très difficile, il y a très peu de structures spécialisées. »

Une situation économique préoccupante des personnes en situation de handicap

La situation de précarité des personnes en situation de handicap a été évoquée lors de 2 entretiens avec des professionnels.

BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Ils font partie, encore la plupart, des publics les plus précaires avec des ressources qui certes sont au-dessus du RSA, mais qui restent en dessous du seuil de pauvreté. »

« La PCH c'est encore autre chose c'est une aide en plus alors il s'appuie sur le diagnostic mais la PCH concerne vraiment le quotidien »*

*PCH : Prestation de Compensation du Handicap

Des difficultés de reconnaissance et de classification des handicaps

La prise en charge des personnes en situation de handicap relève de différentes difficultés. Parmi elles, les problématiques de reconnaissance et de classification des handicaps, qui ont été abordées dans 3 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Des handicaps psychique et psychiatrique on en a énormément on a des jeunes qui sont reconnus avec une reconnaissance MDPH et qui relèveraient du milieu protégé mais il y a surtout tous les autres qui ne peuvent pas travailler dans le milieu ordinaire qui ne relève pas du milieu protégé et qui sont là dans un no man's land et on en a à l'heure actuelle énormément »

« Il y a un gros excès de faux handicapés. Donc tous les handicapés reconnaissance qualité de travailleur handicapé, donc c'est toutes les personnes qui ont mal au dos, etc. qu'on va être obligé de déclarer comme travailleur handicapé parce que sinon, comme ils vont perdre leur job, si ils n'ont pas ça quand ils seront à Pôle emploi, ils vont être coincés. »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Et le problème, l'état, la santé reconnaît facilement un handicap physique, moteur, mais un trouble psychologique est beaucoup moins reconnu et ces gens n'ont pas accès à l'emploi. Donc il y a beaucoup de gens qui souffrent de troubles psychologiques qui sont au RSA pendant des années et des années et qui ne sortent pas de ça parce que tout simplement on ne reconnaît pas le statut d'handicapé psychologique »

Une insertion professionnelle compliquée par les employeurs

Certains employeurs sont remis en cause lors de 3 entretiens dans lesquels des professionnels et des habitants dénoncent un non-respect de la loi et des abus concernant l'emploi des personnes en situation de handicap.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Il y a des entreprises qui utilisent la vitrine de l'emploi de ces travailleurs là parce que ça fait partie de leur communication »

Je dirais qu'on a un gros travail à faire sur le handicap et que le handicap est encore trop souvent marginalisé lors d'un recrutement. »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Oui mais certains préfèrent encore payer des amendes. »

OFFRE A DESTINATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Des structures d'accueil en manque de moyens et de places

Dans 7 entretiens la question de la capacité d'accueil des structures a été soulevée. Le nombre de places limités contraint les personnes en situation de handicap de se déplacer loin et / ou de patienter de plusieurs mois voire plusieurs années sur les listes d'attente des structures.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (2 ENTRETIENS)

« Mais bon c'est vrai que pour tous les jeunes handicapés à part l'IME à Diemeringen, plateforme d'écoute autiste, l'ESAT, ... Pour les enfants grandement handicapés il faut qu'ils se déplacent à Strasbourg au centre Clémenceau. »

« Il y a un nombre limité, 20 places de FAM, elles sont toujours occupées. Il y a des listes d'attente qui ont plutôt tendance à se rallonger. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Nous on fonctionne, on n'a pas de moyens pour rémunérer un médecin, les professionnels de santé ne veulent pas venir chez nous parce qu'on est

en dessous de la limite. Et du coup on fonctionne avec le médecin traitant du village qui prend des heures sur son cabinet et qui vient à telle heure il ne sait pas quand il repartira. »

« Il y a vraiment un manque de structure de prise en charge adapté pour les personnes handicapées. »

DEMANDES EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Dès que vous êtes un peu plus âgé, que vous avez un handicap un peu plus lourd, il y a très peu de places dans un CAT ou des structures qui acceptent des personnes handicapées. »

Ressources existantes citées lors des entretiens

→ Le Groupe d'Entraide Mutuelle GEM :

« Dans un groupe d'entraide mutuelle, on ne s'occupe pas de la partie médicale, on accueille des personnes en souffrance psychique pour passer la journée, passer du bon temps on évite de parler des maladies on essaye vraiment de le redonner goût à la vie et donc l'aspect médical soit ils en parlent entre eux de leur pathologie soit ils en parlent pas c'est comme ils veulent »

→ L'IME à Diemeringen

Accueille 30 enfants et adolescents, demi-pensionnaires âgés de 6 à 20 ans, porteurs d'une déficience intellectuelle. Ils accompagnent les jeunes à tous les niveaux de la vie

→ Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) de Diemeringen :

Ils interviennent dans l'insertion sociale et professionnelle des adultes handicapés

« Mais bon c'est vrai que pour tous les jeunes handicapés à part l'IME à Diemeringen, plateforme d'écoute autiste, l'ESAT, ... Pour les enfants grandement handicapés il faut qu'ils se déplacent à Strasbourg au centre Clémenceau. »

Une prise en charge sanitaire compliquée pour les soignants

Un accompagnement chronophage pour les soignants

Une autre difficulté liée à la prise en charge des personnes en situation de handicap est le temps nécessaire pour prendre en charge et accompagner les personnes en situation de handicap. Cet élément a été souligné lors de 2 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Ils ont leur handicap ils vivent avec ils ont besoin d'énormément d'accompagnement dans tous les gestes du quotidien beaucoup de choses qui ne se chronomètrent pas qui ne se cochent pas sur une case: l'accompagnement quotidien »

« C'est aussi le cas pour le handicap, les personnes jeunes, le problème c'est que pour les maintenir à la maison, il faut un soutien à domicile, donc avoir par ex. des passages, l'infirmière qu'on peut faire passer plusieurs fois, mais il y a des limites parce que les infirmières sont aussi surbookées »

Un besoin de formation des professionnels pour lever les craintes à l'accompagnement des personnes en situation de handicap

Lors de 2 entretiens avec des professionnels, un besoin de formation des professionnels en général sur les questions du handicap a été exprimé.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Vous parliez de la prise en charge des personnes handicapées par les professionnels, mais ils ont peur, il y a un manque de formation. »

« Par contre à l'opposé cardiologie neurologie le moindre petit bilan, l'urgence le SAMU vous demandez et si vous leur parlez trisomique, autistes s'ils avaient le droit de raccrocher au nez ils nous raccrocheraient au nez. Ils ont peur ils ne savent pas ce que c'est, ils savent que c'est certainement compliqué et donc l'accès aux soins n'est pas du tout garanti nous on est dans un monde un peu clôt. »

Une prise en charge complexes pour les patients

Une méconnaissance des dispositifs d'aides existants

Cependant, des difficultés heurtent le parcours de soin des personnes en situation de handicap ainsi que sa coordination. Un manque d'information est évoqué dans 2 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« On se rend compte que là il y a une immense méconnaissance des gens sur les solutions qui pourraient leur apporter une qualité de vie meilleure en matière de domicile, etc. »

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Il faut être bien informé aussi pour bien comprendre tous les dispositifs qui existent »

Des difficultés et longueurs administratives

A ce manque d'information s'ajoutent des difficultés administratives importantes et des délais qui freinent des démarches. Ils sont abordés dans 2 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (2 ENTRETIENS)

« Le problème c'est surtout par rapport au handicap lourd. Ça c'est vraiment un problème. Par exemple, j'ai un patient, c'est un tétraplégique, tout ce qu'il bouge c'est les yeux. Ça a été galère pour mettre les choses en place à la maison, plein de paperasseries, on demande aux gens de venir, de signer, ils ne peuvent pas signer des documents. »

« Après il y a les délais de la MDPH qui sont un frein: vous ne pouvez pas espérer avoir une réponse avant minimum 6 mois et c'est vraiment minimum 6 mois même pour une situation d'urgence; il s'agit d'avoir des réponses concrètes, sur les possibilités d'aide, sur les prestations »

Une offre associative à destination des parents peu développée

Il a été évoqué lors d'un entretien auprès des habitants que l'offre à destination des parents était trop peu développée.

« Il manquerait une association de parents sur le territoire sur ce sujet-là »

Une accessibilité physique des services limitée pour les personnes à mobilité réduite : topographie du territoire, adaptation des structures et transports limités

L'accessibilité pour les personnes en situation de handicap sur le territoire du Pays de Saverne reste compliquée. Des obstacles liés à la nature du territoire sont soulignés dans un entretien avec des élus.

« Là aussi, déjà on respecte les règles, on a déployé dans le cadre de l'ADAPT, un plan de travaux d'accessibilité sur l'ensemble des bâtiments

communaux, mais à Saverne, ce qui rend aussi les choses un peu compliquées, c'est que c'est une ville qui donc comme le disait Mr K. qui a la chance d'avoir un cadre naturel, et du coup nous sommes adossés aux Vosges et on a beaucoup de déclivité. Donc ça, ça ne s'affine pas c'est sûr pour les personnes à mobilité réduite quand vous avez des rues qui montent beaucoup, c'est compliqué. Ca, malheureusement on n'a pas prise sur la géographie »

Un manque d'adaptation des infrastructures au niveau de leur accessibilité pour les personnes à mobilité réduite ainsi qu'un manque de transports en commun sont également évoqués dans 3 entretiens.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS (1 ENTRETIEN)

« Sur le territoire il y a deux médecins et c'est compliqué pour eux car effectivement quand ils doivent aller faire des prises de sang il manque du transport il n'y a pas de bus il n'y a rien ils n'ont pas le permis donc ça c'est assez compliqué »

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LES HABITANTS (2 ENTRETIENS)

« Moi j'avais rencontré, quand j'étais infirmière libérale à l'Esplanade à Strasbourg, une dame handicapée moteur, on discutait et j'ai appris qu'elle venait de Folksberg et je lui ai dit mais comment vous êtes arrivée ici ? Elle me dit "mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse à Folksberg avec mon fauteuil, il y a rien qui est adapté" et elle était jeune, elle avait la quarantaine. Elle me dit que le seul moyen pour elle de continuer à vivre c'était de venir en ville, de tout avoir à proximité, d'avoir des trottoirs qui lui permettent de se déplacer. Elle avait un fauteuil électrique, elle est partie parce qu'en Alsace Bossue ce n'était pas possible, elle était seule en fauteuil. »

« La vie d'une personne handicapée est extrêmement compliquée. De par le regard des autres. Mais parce qu'elle rencontre des tas de difficultés, pour se mouvoir, se déplacer, pour les fauteuils roulants ou autre malvoyants. Les choses ne sont pas construites pour elles et aujourd'hui encore on voit des choses qui se construisent neuves, il y a quand même des obligations maintenant mais ça fait pas si longtemps que ça qu'on est obligé de construire en respectant des normes pour les personnes handicapées, malvoyantes, malentendantes de manière générale. »



ANNEXES

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE DU PAYS DE SAVERNE PLAINE ET PLATEAU

Croisement des principaux constats issus de l'analyse qualitative de l'Ireps et de l'analyse bibliographique et quantitative de l'ORS.

ENVIRONNEMENT GENERAL

- ➔ Territoire à cheval sur 3 régions naturelles : le Piémont des Vosges, le Massif Vosgien et le Plateau Lorrain. 1/3 du territoire fait partie du PNRVN. Présence de site Natura 2000 (p9).
- La nature apparaît comme un élément essentiel à la qualité de vie (p14)
- ➔ Qualité de l'air extérieur : sur la CC de Saverne des concentrations de fond en PM supérieures à ceux de la CA de Metz (p11-12).
- ➔ Des pressions notamment agricoles, résidentielles et liées aux transports

LOGEMENT

- Un nombre de logements dégradés important en hyper-centre
- ➔ De nombreux propriétaires sur le PETR (75% vs 57 % dans le Bas-Rhin) - des logements anciens (30 % ont été construits avant 1949 vs 22 % dans le département) – programme Renov'habitat et action cœur de ville à Saverne + nouvelles constructions dans le secteur Saverne, entre 3 et 6 % du parc privé potentiellement indigne, (p19-20).
- Une accessibilité financière au logement limitée pour des publics en situation de précarité
- ➔ Peu de locataires HLM (4% CC Saverne, 1% CC Alsace Bossue et Hanau LPP), le parc social de logements est inégalement réparti (1000 logements dont 42 % à Saverne), –1/3 des propriétaires sous le plafond ANAH (ménages modestes – dont 63% sont âgés de 60 ans et +) (p19-20).
- ➔ Quelques communes concernées par un potentiel radon de niveau faible mais avec risque de transfert

TRANSPORTS

- Une offre de transports collectifs peu présente et peu adaptée
- Une offre de transport limitée qui renforce les inégalités et participe à l'isolement social de groupes de population déjà vulnérables

- ➔ Des bus à la demande sur la CC de Saverne sinon quelques lignes jusqu'à Saverne ou trains sur le reste du territoire (suppression de deux lignes de bus sur l'Alsace Bossue). Des offres de lignes de train difficiles à organiser du fait d'une utilisation principalement en heures de pointe. 7 % des trajets domicile travail se font en transports en commun (3 % dans la CC Hanau LPP) et 81 % en voiture. 88 % des habitants ont au moins 1 voiture (p22-23).

SERVICES DE PROXIMITE

- Des services publics et des commerces de proximité jugés suffisants
- Une offre sportive, culturelle et de loisirs jugée conséquente sur le territoire et diversifiée
- ➔ Une part d'équipements sportifs et culturels pour 10 000 habitants supérieure aux valeurs départementales, régionales et nationales (p70).
- Une lisibilité de l'offre associative à renforcer
- Des infrastructures à renforcer et une offre à adapter à l'âge et aux contraintes professionnelles
- Un cadre de vie rural qui a aussi ses limites : sentiment d'éloignement des services publics pour certains et cités dortoirs pour d'autres
- ➔ Le panier d'équipements de services de la vie courante est concentré dans les villes et bourgs-centres. Près de 25 % de la population des bassins de vie de Drulingen, Sarre-Union et Ingwiller est éloignée de 7 minutes ou plus du panier d'équipements. (p69).
- Une offre en matière de garde d'enfants jugée insuffisante par les élus
- ➔ En moyenne 66 places en accueil de jeunes enfants pour 100 enfants de moins de 3 ans vs 64 dans le Bas-Rhin. Offre plus faible sur les CC de Alsace Bossue et Hanau LPP. Beaucoup d'assistantes maternelles, peu d'accueils collectifs publics et privés comparativement au reste du département, pas de maison d'assistantes maternelles (MAM).
- ➔ Eloignement des écoles primaires et maternelles comme principal frein dans l'accès à l'emploi des femmes notamment (p33-34).

EMPLOI ET INSERTION

- Une offre d'emploi et de formation jugée insuffisante sur le territoire
- ➔ Formation supérieure : seul un IFSI sur Saverne. 77% des actifs occupés du Pays travaillent dans une autre commune que leur commune de résidence dont 11% en dehors du territoire du PETR. Le territoire emploie 32 000 personnes. Les principaux pôles d'emploi sont les villes de Saverne (entreprise Kuhn notamment) et Sarre-Union (p30).

ENVIRONNEMENT SOCIAL

- Un lien social fort qui participe à la qualité de vie sur le territoire selon élus et habitants

- Mais un constat d'isolement de certaines populations par des élus et des professionnels : personnes venant de l'extérieur sans famille sur le territoire, jeunes en rupture familiale et population émigrée, notamment turque, ne maîtrisant pas la langue...

PRECARITE ECONOMIQUE

- Des « poches » de précarité réparties sur le territoire
- ➔ Disparités masquées à l'échelle des EPCI (revenu médian disponible moyen, peu d'allocataires d'aides liées à un bas revenu). Le QPV de Saverne présente une situation moyenne comparé aux autres QPV alsaciens (p35-36).
- ➔ En revanche à l'échelle des communes, l'indicateurs du FDEP 2013 (indice de défaveur sociale (Rey *et al*, 2009) construit sur 4 variables issues du recensement de la population : le pourcentage d'ouvriers dans la population active, le pourcentage de bacheliers chez les 15 ans et plus non scolarisés, le pourcentage de chômeurs dans la population active et le revenu médian disponible fait ressortir une précarité assez marquée (38 % des communes du PETR présentent un indice élevé signe d'une défaveur sociale importante, contre 30 % en moyenne dans le Grand Est).
- ➔ Beaucoup de jeunes non insérés (ni étudiants, ni stagiaires, ni en emploi (p31).
- ➔ Des difficultés liées à l'emploi chez les femmes notamment dans la CC de l'Alsace Bossue qui présente beaucoup de femmes à temps partiel, principal frein identifié : éloignement des écoles (p32).

COMPORTEMENTS ET MODES DE VIE

- Des comportements défavorables en matière d'alimentation et d'activité physique notamment
- ➔ Le territoire présente une surmortalité (surtout CC Alsace Bossue) et une sur-prévalence d'affection longue durée (surtout CC de Hanau LPP et CC Pays de Saverne) sur les maladies cardio-neurovasculaires et diabète (p42-45).
- Des situations de violence intrafamiliales sur Saverne en augmentation selon des élus et des problématiques sociales à l'origine de ces violences selon des professionnels

ACCES ET RECOURS A L'OFFRE DE SOINS

- Des problèmes de santé touchant plus spécifiquement une population vieillissante
- ➔ On observe une surmortalité générale (toutes causes, tous âges) mais pas de surmortalité prématurée (avant 65 ans) (p39-40).
- Un manque de repérage et de dépistage des maladies métaboliques telles que le diabète, l'obésité ou les maladies cardio-vasculaires
- ➔ Surmortalité (diabète et maladies cardio-neurovasculaires MCNV), sur-prévalence ALD (MCNV) par rapport au Bas-Rhin. Pas de sur-prévalence des patients hospitalisés sur ces pathologies mais tout de mêmes des valeurs supérieures à celles du Grand Est (p42-45).

- Des problèmes psychiatriques en augmentation chez les jeunes et la population active
- ➔ A priori tendance à une surmortalité par suicide même si cela concerne de très faibles effectifs (13/an) et une sur-prévalence des hospitalisations (97/an) pour tentatives de suicide sur le territoire (p42, 48). La CC de Saverne présente une sur-prévalence d'affections longue durée pour affections psychiatriques de longue durée (troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles schizothymiques et troubles délirants, retard mental et troubles de la personnalité et du comportement) (p44). Le Pman territorial de santé mentale (PTSM) fait état d'un nombre important de séjours d'hospitalisations en psychiatrie de plus de 250 jours (notamment à Saverne). Le motif principal d'hospitalisations en psychiatrie sur le PETR est le trouble névrotique (p51-52).
- Une offre de médecine générale insuffisante sur le territoire avec des médecins débordés qui n'acceptent plus de nouveaux patients
- ➔ Une densité de l'offre inférieure à celle du Bas-Rhin et une offre inégalement répartie. Le zonage des médecins de l'ARS a ciblé la totalité de la CC de l'Alsace Bossue et une grande partie de la CC de Hanau LPP pour inciter davantage de médecins à venir s'installer dans ces territoires (p57-59).
- Des déplacements vers le domicile du patient qui diminuent
- Une offre suffisante en soins infirmiers
- ➔ Des densités proches de la moyenne du Bas-Rhin. Des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) implantés (p66-67).
- Une offre de spécialistes satisfaisante en termes de diversité mais parfois difficilement accessible géographiquement
- ➔ Offre en spécialistes libéraux relativement faible notamment en gynécologie, pédiatrie, cardiologie et ophtalmologie - des temps d'accès assez longs pour certaines communes. De plus ces professions sont marquées par le vieillissement des professionnels (p59-60).
- Des craintes évoquées quant aux situations d'urgence
- ➔ Des temps d'accès routiers aux services des urgences assez élevés dans les CC de l'Alsace Bossue et de Hanau LPP (p65)
- Un manque de personnel hospitalier repéré et des difficultés de recrutement
- Des difficultés pour installer des jeunes médecins en milieu rural
- ➔ Le zonage des médecins de l'ARS a ciblé la totalité de la CC de l'Alsace Bossue et une grande partie de la CC de Hanau LPP pour inciter davantage de médecins à venir s'installer dans ces territoires (p58-59).
- ➔ De nouvelles installations depuis 2012 en médecine générale (CC Hanau LPP), en ophtalmologie (CC de Saverne) et en psychiatrie (CC de Hanau LPP)
- Des représentations divergentes sur l'implantation des dispositifs de coordination
- La télémédecine, des représentations encore contrastées sur son fonctionnement et son utilité
- ➔ En progression dans le Grand Est malgré des freins identifiés (déploiement 4G et fibre, acculturation des médecins, dossier médical partagé, échanges sécurisés, ...) (p61-63).
- Un reste à charge important pour certaines populations entraînant des non recours aux soins

ETAT DE SANTE

- Surmortalité générale (surtout CC Alsace Bossue) versus le Bas-Rhin, et notamment sur les pathologies suivantes : diabète, cardiopathies ischémiques, AVC, BPCO, pathologies liées au tabac (p39-43).
- Sur-prévalence des affections longues durée (surtout CC Saverne) versus le Bas-Rhin, et notamment sur les pathologies suivantes : maladies neuro-cardiovasculaires, cancers, affections psychiatriques mais aussi diabète au regard de la France (p44-45).
- Sur-prévalence hospitalisations (surtout CC Saverne) versus le Bas-Rhin et notamment pour cancers (p45-46).

SANTE DES JEUNES

- Des comportements défavorables en matière d'alimentation et d'activité physique notamment, en lien avec un environnement pas toujours favorable à la pratique d'activité physique et à l'équilibre alimentaire
- Une part importante de jeunes de 5 à 19 ans licenciés sportifs dans la CC de Saverne (93% vs 74% dans le BR), moyenne en Alsace Bossue (73,5%) et faible dans la CC Hanau LPP (66%).
- Une offre sportive, culturelle et de loisirs jugée conséquente sur le territoire et diversifiée, mais qui apparaît peu adaptée et accessible aux jeunes
- Parmi les équipements retenus, 7 culturels et 660 sportifs recensés dans le Pays plaçant le territoire au-dessus des valeurs départementales en nombre d'équipements pour 100 000 habitants. Le QPV de Saverne est aussi parmi les QPV les mieux équipés en équipements sportifs du Grand Est (p70).
- Des difficultés de transports pour les jeunes du territoire
- Des jeunes qui présentent des troubles psychiques
- Une prévalence d'hospitalisations pour tentatives de suicide (24% des patients hospitalisés pour TS concernent des moins de 25 ans) (p48). Dans le Bas-Rhin des taux d'hospitalisation en psychiatrie chez les 0-11 ans et 12-17 ans plus élevés que dans les autres départements français (p51).
- De nombreuses situations d'addictions observées chez les jeunes
- Le nombre de consultations en CSAPA pour addictions dans le Bas-Rhin est plus faible qu'en Grand Est et France (p54-55).
- Des « secteurs d'échanges et de consommation » de produits stupéfiants identifiés sur le territoire
- Des inquiétudes liées aux écrans et nouvelles technologies
- Le nombre de consultations en CSAPA pour addictions sans substances dans le Bas-Rhin est plus élevé qu'en Grand Est et France (p54-55).
- Selon les données des bilans infirmiers réalisés en classe de 6^{ème}, sur la période 2014-2016, 58% des élèves de la circonscription Vosges du Nord en classe de 6^{ème} des établissements publics ont déclaré avoir un équipement média dans leur chambre, et 50% de la circonscription de Saverne contre 53% en moyenne dans le Bas-Rhin.
- Des jeunes qui doivent partir pour faire leurs études ou pour trouver un travail

- Sous-représentation des 15-29 ans (p26). Ceux qui restent sont peu diplômés, en majorité inactifs, et nombreux à bénéficier de la Cmu-c. Beaucoup de 15-24 ans sont non insérés (ni étudiants, ni stagiaires, ni en emploi (p31).

SANTE DES PERSONNES AGEES

- Territoire vieillissant, avec de plus en plus de personnes âgées et de moins en moins de jeunes (p26).
 - Un isolement des personnes âgées ; notamment liées à des familles éloignées
- Le territoire compte moins de personnes âgées de « 75 ans et plus » vivant seules à domicile et vivant en établissement, qu'en moyenne dans le Bas-Rhin, et le niveau d'équipements particulièrement indispensables aux personnes âgées est faible, notamment dans les CC de l'Alsace Bossue et de Hanau LPP (p27, 66-67).
 - De nombreuses personnes âgées en situation de précarité ne pouvant pas faire face aux dépenses liées au vieillissement
- Mais des proportions plus faibles de bénéficiaires du minimum vieillesse qu'en moyenne dans le département, la région et la France hexagonale (p36) (taux de recours non connu)
 - Des adaptations du logement non réalisées qui compromettent parfois le maintien à domicile
 - Des structures d'accueil coûteuses et surchargées
- En moyenne 6 places en EPHAD pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 10 dans le Bas-Rhin) (p66-67).

SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- Des personnes en situation de handicap isolées
- Des difficultés de reconnaissance et de classification des handicaps
- Une insertion professionnelle compliquée par les employeurs
- Des structures d'accueil en manque de moyens et de places
- 45 places en Foyers d'accueil médicalisés (FAM), 11 en Foyer de vie pour adultes handicapés, 64 en foyer d'hébergement pour adultes handicapés et 6 en Hébergement social pour enfants et adolescents, la grande majorité sur Saverne.
- Une méconnaissance des dispositifs d'aides existants
- Une proportion de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) équivalente à la moyenne du Bas-Rhin mais plus faible que dans le Grand Est et la France hexagonale (p36).
 - Une accessibilité physique des services limitée pour les personnes à mobilité réduite : topographie du territoire, adaptation des structures et transports limitée

Diagnostic local de santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau

Réorganisation des résultats en fonction des objectifs identifiés

Axe 1 : Favoriser la coordination des acteurs sur les stratégies d'intervention en santé			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
1.1	Faire monter en compétence tous les acteurs du territoire sur les enjeux de santé publique et la promotion de la santé (Collectivités, professionnels, etc)	<ul style="list-style-type: none"> - Une offre d'emploi et de formation jugée insuffisante lors des entretiens élus et habitants sur le territoire - Une offre associative pour certains peu lisible selon les habitants - Des services parfois pas adaptés (âge, horaires) selon les élus et les habitants - Un environnement pas toujours favorable à l'équilibre alimentaire et à la pratique d'activité physique selon les professionnels et habitants (Des temps jugés trop courts pour déjeuner pour les jeunes scolarisés (collégiens/lycéens) / Des infrastructures sportives pas toujours présentes dans les villages) - Une méconnaissance de l'offre par les professionnels et les habitants - Des situations courantes de décrochages et une insertion professionnelle complexe : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des jeunes peu diplômés : 40% des 25-34 ans pas ou peu diplômés – également relevé par les élus et les professionnels, parfois en situation de décrochages scolaire ▪ En recherche d'emploi - non insérés : près de 1400 jeunes NEET (15,4 % des 15-24 ans) dont autour 500 en Alsace Bossue ▪ En difficultés financières (CMU-C) : 49% des moins de 20 ans - Des comportements défavorables en matière d'alimentation et d'activité physique 	<p>→ Un site internet pour connaître l'offre en matière d'activités sur le territoire</p>

Axe 1 : Favoriser la coordination des acteurs sur les stratégies d'intervention en santé			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<p>notamment, en lien avec un environnement pas toujours favorable à la pratique d'activité physique et à l'équilibre alimentaire selon les professionnels et les habitants (temps trop courts pour déjeuner, infrastructures sportives pas toujours présentes dans les villages</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des fragilités identifiées (offre d'emploi insuffisante, niveaux de diplômes bas, beaucoup de femmes à temps partiel ou en inactivité, situation de monoparentalité et/ou occupant un rôle d'aidant auprès de personnes âgées de l'entourage) - Une accessibilité physique des services limitée pour les personnes à mobilité réduite : topographie du territoire, adaptation des structures et transports limités selon les élus, les professionnels et les habitants 	
1.2	Favoriser l'émergence de projets pour répondre aux enjeux par un appui méthodologique	<p>Une offre associative pour certains peu lisible selon les habitants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une méconnaissance de l'offre par les professionnels et les habitants - Des représentations divergentes sur l'implantation des dispositifs de coordination (Volonté des élus de pouvoir accueillir des spécialistes et de multiplier les dispositifs sur le territoire, ambivalence des professionnels voulant travailler en équipe et à plusieurs, mais craignant une augmentation de la charge administrative, de la concurrence ou encore l'intégration à un projet immobilier, plus qu'à un projet de santé). - La télémédecine doit être structurée collectivement sur un territoire 	<p>→ Un site internet pour connaître l'offre en matière d'activités sur le territoire</p>

Axe 1 : Favoriser la coordination des acteurs sur les stratégies d'intervention en santé			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<ul style="list-style-type: none"> - Une faible offre d'enseignement supérieur ce qui oblige les jeunes à partir vers Strasbourg après le Bac - Des jeunes qui partent, ne reviennent pas par la suite - Des situations courantes de décrochages et une insertion professionnelle complexe : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des jeunes peu diplômés : 40% des 25-34 ans pas ou peu diplômés – également relevé par les élus et les professionnels, parfois en situation de décrochages scolaire ▪ En recherche d'emploi - non insérés : près de 1400 jeunes NEET (15,4 % des 15-24 ans) dont autour 500 en Alsace Bossue ▪ En difficultés financières (CMU-C) : 49% des moins de 20 ans - Des fragilités identifiées (offre d'emploi insuffisante, niveaux de diplômes bas, beaucoup de femmes à temps partiel ou en inactivité, situation de monoparentalité et/ou occupant un rôle d'aidant auprès de personnes âgées de l'entourage) - Une accessibilité physique des services limitée pour les personnes à mobilité réduite : topographie du territoire, adaptation des structures et transports limités selon les élus, les professionnels et les habitants 	
1.3	Créer et identifier un réseau d'acteurs de la santé publique/promotion de la santé sur le territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Une offre d'emploi et de formation jugée insuffisante lors des entretiens élus et habitants sur le territoire (Ex : disparité de Fdep à l'échelle des communes) - Des services présents et diversifiés (commerces, offres sportives, culturelles, places de garde jeunes enfants, écoles) mais concentrés surtout 	→ Un site internet pour connaître l'offre en matière d'activités sur le territoire

Axe 1 : Favoriser la coordination des acteurs sur les stratégies d'intervention en santé			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<p>dans les villes-pôles selon les élus, les professionnels et les habitants - 1/4 population des bassins de vie de Drulingen, Sarre-Union et Ingwiller à 7 min ou plus du panier d'équipements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une offre associative pour certains peu lisible selon les habitants. - Une accessibilité financière au logement limitée pour des publics en situation de précarité (difficultés de maintien dans le logement, logements énergivores, marchands de sommeil) selon les professionnels et les habitants. - Un environnement pas toujours favorable à l'équilibre alimentaire et à la pratique d'activité physique selon les professionnels et habitants (Des temps jugés trop courts pour déjeuner pour les jeunes scolarisés (collégiens/lycéens) / Des infrastructures sportives pas toujours présentes dans les villages) - Une méconnaissance de l'offre par les professionnels et les habitants - Des situations courantes de décrochages et une insertion professionnelle complexe : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des jeunes peu diplômés : 40% des 25-34 ans pas ou peu diplômés – également relevé par les élus et les professionnels, parfois en situation de décrochages scolaire ▪ En recherche d'emploi - non insérés : près de 1400 jeunes NEET (15,4 % des 15-24 ans) dont autour 500 en Alsace Bossue ▪ En difficultés financières (CMU-C) : 49% des moins de 20 ans - Des comportements défavorables en matière d'alimentation et d'activité physique 	

Axe 1 : Favoriser la coordination des acteurs sur les stratégies d'intervention en santé			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<p>notamment, en lien avec un environnement pas toujours favorable à la pratique d'activité physique et à l'équilibre alimentaire selon les professionnels et les habitants (temps trop courts pour déjeuner, infrastructures sportives pas toujours présentes dans les villages</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des fragilités identifiées (offre d'emploi insuffisante, niveaux de diplômes bas, beaucoup de femmes à temps partiel ou en inactivité, situation de monoparentalité et/ou occupant un rôle d'aidant auprès de personnes âgées de l'entourage) - Une insertion professionnelle compliquée selon les professionnels et les habitants 	

Axe 2 : Offres de recours aux soins, offres d'accès à des soins spécialisés sur le territoire, éducation thérapeutique du patient			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
Un éloignement des services d'urgence : 30 min en moyenne pour accéder par la route à un service d'urgence – de 35 à 49 min dans certaines zones			
2.1	<p>Renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé (Secteur libéral, Secteur hospitalier, Secteur Médico-social / Services d'aide à la personne)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un manque de personnel hospitalier repéré et des difficultés de recrutement identifiés lors des entretiens auprès des élus, des professionnels et des habitants (Des formations à ces métiers qui ne se remplissent pas, Une augmentation de la charge de travail des personnes qui sont en poste avec des services qui sont débordés, Une augmentation des arrêts de travail) - Une offre de médecine générale insuffisante sur le territoire avec des médecins débordés qui n'acceptent plus de nouveaux patients selon les élus, les professionnels et les habitants. - Des libéraux inégalement répartis sur le territoire (majoritairement sur la CC de Saverne) – des temps d'accès très variables selon les communes de résidences - Une offre qui évolue en fonction des pratiques des jeunes médecins selon les élus, les professionnels et les habitants (De plus en plus de médecins qui souhaitent travailler avec des horaires plus restreints, des créneaux qui ne sont plus couverts par des consultations). - Des représentations divergentes sur l'implantation des dispositifs de coordination (Une volonté des élus de pouvoir accueillir des spécialistes et de multiplier les dispositifs sur le territoire, une ambivalence des professionnels voulant travailler en équipe et à plusieurs, mais craignant une augmentation de la charge administrative, de la 	<ul style="list-style-type: none"> → Mettre en place des dispositifs qui permettent de faire venir des médecins en augmentant les subventions aux médecins quand ils pratiquent dans les secteurs où l'offre est faible. → Mettre à disposition du matériel et des locaux pour faire venir les médecins. → Développer l'attractivité du territoire en mettant en place des zones avec des pôles santé. → Manque de personnel hospitalier

Axe 2 : Offres de recours aux soins, offres d'accès à des soins spécialisés sur le territoire, éducation thérapeutique du patient			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<p>concurrence ou encore l'intégration à un projet immobilier, plus qu'à un projet de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des offres en structures médico-sociales mais coûteuses, surchargées et avec un délais d'attente long selon les professionnels, les habitants et les élus. - La place du médecin traitant dans la prise en charge questionnée au regard du manque de médecins généralistes par les élus et les professionnels - Des structures d'accueil en manque de moyens et de places selon les élus, les professionnels et les habitants 	
2.2	<p>Organiser les filières Ville-Hôpital d'accès aux soins spécialisés sur le territoire et développer leur lisibilité (Cardiologie, Filière gériatrie domicile-médico-social-Hôpital, Filière télémédecine, Ophtalmologie, Education thérapeutique du patient diabétique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maladies neurocardiovasculaires (240 décès/an – 7 500 personnes en ALD – 1 800 hospit/an) : cardiopathies ischémiques – AVC - Obésité – diabète (83 décès/an – 5 150 personnes en ALD – 150 hospit/an) - Maladies respiratoires : BPCO (39 décès/an) - Des décès évitables (notamment accidents route, chutes, cancers poumon, sein, cardiopathies ischémiques, suicide) : 189 décès par an soit 14% des décès - Des problématiques de dépistage des maladies métaboliques telles que le diabète, l'obésité ou les maladies cardiovasculaires selon les élus, les professionnels et les habitants - Des places en MCO et SSR mais pas en HAD et psychiatrie au sein du territoire - La télémédecine doit être structurée collectivement sur un territoire - Avec des problèmes de santé associés à l'âge selon les élus et les professionnels. - Des prises en charge qui deviennent plus complexes dues aux poly pathologies selon les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> → Mettre en place une antenne chimio dans le secteur pour éviter les déplacements. → Faire évoluer les parcours en facilitant le dialogue ville-hôpital

Axe 2 : Offres de recours aux soins, offres d'accès à des soins spécialisés sur le territoire, éducation thérapeutique du patient			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<p>(pathologies plus lourdes, patients plus âgés et poly-pathologies, Nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et un suivi constant à domicile)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un manque d'anticipation dans la prise en charge entraînant notamment des arrivées en urgence en EHPAD ou plus largement des situations de santé difficiles à reprendre par la suite selon les élus et les professionnels. - La place du médecin traitant dans la prise en charge questionnée au regard du manque de médecins généralistes par les élus et les professionnels 	

Axe 3 : L'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables et des « invisibles »			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
3.1	Améliorer le repérage et l'orientation des personnes éloignées de la santé (aller vers)	<ul style="list-style-type: none"> - Mais un constat d'isolement pour certaines populations selon les élus et les professionnels : personnes venant de l'extérieur sans famille sur le territoire, jeunes en rupture familiale et population émigrée, notamment turque, ne maîtrisant pas la langue... - Plus spécifiquement, des cas de diabète diagnostiqués tardivement et d'obésité chez les jeunes du territoire, observés par les professionnels (La problématique de diabète avec des diagnostics tardifs et des difficultés de prises en charge / L'augmentation observée de problèmes d'obésité mis en lien avec le contexte socio-économique) - Une méconnaissance de l'offre par les professionnels et les habitants - Un reste à charge important pour certaines populations entraînant des non recours aux soins selon les professionnels - Des inquiétudes quant à des jeunes présentant des maladies métaboliques (des cas de diabète diagnostiqués tardivement et d'obésité chez les jeunes du territoire, observés par les professionnels) - De nombreuses personnes âgées en situation de précarité ne pouvant pas faire face aux dépenses liées au vieillissement selon les professionnels, les élus et les habitants Parallèlement peu de bénéficiaires du minimum vieillesse (1,3% des retraités vs 2,1% BR) -> manque de connaissance des aides, limites supérieures au-dessus du seuil. 	

Axe 3 : L'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables et des « invisibles »			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<ul style="list-style-type: none"> - Problématiques de santé en particulier repérées (surmortalité générale, notamment dans la CC de l'Alsace) - Des personnes isolées et dans une situation économique préoccupante selon les professionnels 	
3.2	Accompagner les personnes en perte d'autonomie au domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Des places en MCO et SSR mais pas en HAD et psychiatrie au sein du territoire - Un nombre de personnes âgées en augmentation selon les élus, les professionnels et les habitants. - Avec des problèmes de santé associés à l'âge selon les élus et les professionnels. - Des prises en charge qui deviennent plus complexes dues aux poly pathologies selon les professionnels (pathologies plus lourdes, patients plus âgés et poly-pathologies, Nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et un suivi constant à domicile) - Un manque d'anticipation dans la prise en charge entraînant notamment des arrivées en urgence en EHPAD ou plus largement des situations de santé difficiles à reprendre par la suite selon les élus et les professionnels. - Des difficultés liées à l'adaptation du logement questionnant le maintien au domicile des personnes âgées selon les professionnels, les élus et les habitants (des logements anciens, mal isolés, ...) - Moins de personnes âgées vivants seules à domicile et de personnes en établissements qu'en moyenne dans le BR et le GE (Beaucoup de bénéficiaires de l'APA domicile (6,4 % des 60 ans et plus) 	

Axe 3 : L'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables et des « invisibles »			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<ul style="list-style-type: none"> - Des offres en structures médico-sociales mais coûteuses, surchargées et avec un délais d'attente long selon les professionnels, les habitants et les élus. - La place du médecin traitant dans la prise en charge questionnée au regard du manque de médecins généralistes par les élus et les professionnels. - Des difficultés de transport identiques à celles des autres tranches d'âges de la population mais aux conséquences renforcées par la dépendance selon les élus et les professionnels 	
3.3	Faciliter la mobilité ou l'aller vers pour l'accès à la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Les transports collectifs peuvent apparaître non suffisants et non adaptés selon les élus, les professionnels et les habitants - L'offre de transport limitée renforce les inégalités et participe à l'isolement social de groupes de population déjà vulnérables selon les élus, les professionnels et les habitants - Un éloignement des services d'urgence : 30 min en moyenne pour accéder par la route à un service d'urgence – de 35 à 49 min dans certaines zones - Des déplacements vers le domicile du patient qui diminuent selon les élus, les professionnels et les habitants - Des difficultés de mobilité pour les jeunes impliquant des défauts de prise en charge dans une démarche de soins. - Un intérêt de développer les transports pour permettre ainsi aux jeunes, un accès facilité notamment aux grandes métropoles (CC de l'Alsace Bossue, sur la CC de Hanau-La Petite Pierre et à l'extérieur de Saverne) 	<ul style="list-style-type: none"> → Mettre en place des ateliers à destination des professionnels : « Comment amener les personnes âgées à sortir, à participer à une animation » → Le développement de l'offre de transport en commun pour remédier à l'enclavement des territoires ruraux. → Mise en place de navettes. → Développer les pistes cyclables. → Aménagement des routes départementales pour circuler à pied comme à vélo.

Axe 3 : L'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables et des « invisibles »			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<ul style="list-style-type: none"> - De nombreuses personnes âgées en situation de précarité ne pouvant pas faire face aux dépenses liées au vieillissement selon les professionnels, les élus et les habitants Parallèlement peu de bénéficiaires du minimum vieillesse (1,3% des retraités vs 2,1% BR) -> manque de connaissance des aides, limites supérieures au-dessus du seuil. - Problématiques de santé en particulier repérées (surmortalité générale, notamment dans la CC de l'Alsace) - Des difficultés de transport identiques à celles des autres tranches d'âges de la population mais aux conséquences renforcées par la dépendance selon les élus et les professionnels. - Des personnes isolées et dans une situation économique préoccupante selon les professionnels. - Une accessibilité physique des services limitée pour les personnes à mobilité réduite : topographie du territoire, adaptation des structures et transports limités selon les élus, les professionnels et les habitants 	
3.4	Réduire les conduites addictives et les conduites à risques (dont violences conjugales)	<ul style="list-style-type: none"> - Des inquiétudes liées aux écrans et nouvelles technologies par les élus, les professionnels et les habitants - Une consommation d'alcool, de tabac ou autres produits importante chez les jeunes du territoire (pas que le problème des villes, comportements observés dès le collège, l'enquête HBSC montre progression expérimentation/consommation au cours du collège) - Des accidents de la route : 40% des hospitalisations pour AR concernent des moins de 25 ans (34 h/an) 	

Axe 3 : L'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables et des « invisibles »			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<ul style="list-style-type: none"> - Vie affective et sexuelle (moins d'IVG mais une consommation de pilule du lendemain importante, peu de préservatifs vendus par les pharmaciens, une recrudescence des MST selon les professionnels). 	
3.5	Favoriser l'accès à l'éducation à la santé et à la prévention primaire (dépistages)	<ul style="list-style-type: none"> - Maladies neurocardiovasculaires (240 décès/an – 7 500 personnes en ALD – 1 800 hospit/an) : cardiopathies ischémiques – AVC - Obésité – diabète (83 décès/an – 5 150 personnes en ALD – 150 hospit/an) - Maladies respiratoires : BPCO (39 décès/an) - Des cancers (230 décès/an – 4 100 personnes en ALD – 2 000 hospit/an) - Problématiques de santé mentale (affections psychiatriques et souffrances psychologiques) pour différents publics (1 900 personnes en ALD – 500 hospit/an) - Des décès évitables (notamment accidents route, chutes, cancers poumon, sein, cardiopathies ischémiques, suicide) : 189 décès par an soit 14% des décès - Plus spécifiquement, des cas de diabète diagnostiqués tardivement et d'obésité chez les jeunes du territoire, observés par les professionnels (La problématique de diabète avec des diagnostics tardifs et des difficultés de prises en charge / L'augmentation observée de problèmes d'obésité mis en lien avec le contexte socio-économique) - Des inquiétudes quant à des jeunes présentant des maladies métaboliques (des cas de diabète diagnostiqués tardivement et d'obésité chez les 	

Axe 3 : L'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables et des « invisibles »			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		jeunes du territoire, observés par les professionnels) - Vie affective et sexuelle (moins d'IVG mais une consommation de pilule du lendemain importante, peu de préservatifs vendus par les pharmaciens, une recrudescence des MST selon les professionnels).	

Axe 4 : Santé des enfants, des adolescents et des jeunes			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
4.1	Renforcer les aptitudes psycho-sociales et les attitudes favorables à la santé, en suscitant et en soutenant l'initiative des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Des difficultés de mobilité pour les jeunes impliquant des défauts de prise en charge dans une démarche de soins - Vie affective et sexuelle (moins d'IVG mais une consommation de pilule du lendemain importante, peu de préservatifs vendus par les pharmaciens, une recrudescence des MST selon les professionnels). 	
4.2	Développer des réponses adaptées aux problèmes du mal être des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Mais un constat d'isolement pour certaines populations selon les élus et les professionnels : personnes venant de l'extérieur sans famille sur le territoire, jeunes en rupture familiale et population émigrée, notamment turque, ne maîtrisant pas la langue... - Santé mentale : Des jeunes qui présentent des troubles psychiques selon les professionnels et habitants et en souffrances psychologiques (tentatives de suicides) : ¼ des TS sur le PETR concernent des moins de 25 ans (24 h/an) - Des inquiétudes liées aux écrans et nouvelles technologies par les élus, les professionnels et les habitants - Une consommation d'alcool, de tabac ou autres produits importante chez les jeunes du territoire (pas que le problème des villes, comportements observés dès le collège, l'enquête HBSC montre progression expérimentation/consommation au cours du collège) 	<ul style="list-style-type: none"> → Déployer des antennes de la Maison Des Adolescents (MDA) sur le territoire. → Développer des lieux d'accueil, de rencontre. → Mettre en place des infrastructures sportives pour les jeunes. → Créer des lieux de rencontre.
4.3	Favoriser l'accès aux soins et à des actions de prévention pour les jeunes (16-25 ans) en difficulté d'insertion sociale et/ou professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Plus spécifiquement, des cas de diabète diagnostiqués tardivement et d'obésité chez les jeunes du territoire, observés par les professionnels (La problématique de diabète avec des diagnostics tardifs et des difficultés de prises en charge / L'augmentation observée de problèmes d'obésité mis en lien avec le contexte socio-économique) 	

Axe 4 : Santé des enfants, des adolescents et des jeunes			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<ul style="list-style-type: none"> - Un reste à charge important pour certaines populations entraînant des non recours aux soins selon les professionnels - Des situations courantes de décrochages et une insertion professionnelle complexe : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des jeunes peu diplômés : 40% des 25-34 ans pas ou peu diplômés – également relevé par les élus et les professionnels, parfois en situation de décrochages scolaire ▪ En recherche d'emploi - non insérés : près de 1400 jeunes NEET (15,4 % des 15-24 ans) dont autour 500 en Alsace Bossue ▪ En difficultés financières (CMU-C) : 49% des moins de 20 ans - Des inquiétudes quant à des jeunes présentant des maladies métaboliques (des cas de diabète diagnostiqués tardivement et d'obésité chez les jeunes du territoire, observés par les professionnels) - Des difficultés de mobilité pour les jeunes impliquant des défauts de prise en charge dans une démarche de soins - Un environnement socio-économique et une prise en charge des addictions pas toujours accessible pour les jeunes du territoire selon les habitants - Vie affective et sexuelle (moins d'IVG mais une consommation de pilule du lendemain importante, peu de préservatifs vendus par les pharmaciens, une recrudescence des MST selon les professionnels). 	
4.4	Développer des réponses adaptées aux problèmes de parentalité et violences intra familiales	<ul style="list-style-type: none"> - Des violences intrafamiliales en augmentation selon les élus et des problématiques sociales à l'origine de ces violences selon les professionnels 	→ Volonté de développer un Lieu d'Accueil Parents Enfants (LAPE) à Ingwiller.

Axe 4 : Santé des enfants, des adolescents et des jeunes			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
			<ul style="list-style-type: none"> → Déployer des antennes de la Maison Des Adolescents (MDA) sur le territoire. → Développer des lieux d'accueil, de rencontre. → Créer des lieux de rencontre
4.5	Promouvoir la santé dès la petite enfance	<ul style="list-style-type: none"> - Plus spécifiquement, des cas de diabète diagnostiqués tardivement et d'obésité chez les jeunes du territoire, observés par les professionnels (La problématique de diabète avec des diagnostics tardifs et des difficultés de prises en charge / L'augmentation observée de problèmes d'obésité mis en lien avec le contexte socio-économique) - Des inquiétudes quant à des jeunes présentant des maladies métaboliques (des cas de diabète diagnostiqués tardivement et d'obésité chez les jeunes du territoire, observés par les professionnels) 	<ul style="list-style-type: none"> → Volonté de développer un Lieu d'Accueil Parents Enfants (LAPE) à Ingwiller

Axe 5 : Sport Santé, Sport bien-être, Alimentation			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
5.1	Favoriser la reprise d'une activité physique adaptée pour les patients ayant une maladie chronique ou un facteur de risques cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> - Des problématiques de dépistage des maladies métaboliques telles que le diabète, l'obésité ou les maladies cardiovasculaires selon les élus, les professionnels et les habitants 	
5.2	Développer la pratique de l'activité physique et/ou sportive pour tous dans un objectif de prévention et de bien-être	<ul style="list-style-type: none"> - Un environnement pas toujours favorable à l'équilibre alimentaire et à la pratique d'activité physique selon les professionnels et habitants (Des temps jugés trop courts pour déjeuner pour les jeunes scolarisés (collégiens/lycéens) / Des infrastructures sportives pas toujours présentes dans les villages) - Des comportements défavorables (alimentation et activité physique notamment, en lien avec un environnement pas toujours favorable à la pratique d'activité physique et à l'équilibre alimentaire selon les professionnels et les habitants (temps trop courts pour déjeuner, infrastructures sportives pas toujours présentes dans les villages) 	<p>→ Mettre en place des infrastructures sportives pour les jeunes</p>
5.3	Promouvoir une alimentation saine auprès des habitants	<ul style="list-style-type: none"> - Un environnement pas toujours favorable à l'équilibre alimentaire et à la pratique d'activité physique selon les professionnels et habitants (Des temps jugés trop courts pour déjeuner pour les jeunes scolarisés (collégiens/lycéens) / Des infrastructures sportives pas toujours présentes dans les villages) - Des comportements défavorables (alimentation et activité physique notamment, en lien avec un environnement pas toujours favorable à la pratique d'activité physique et à l'équilibre alimentaire selon les professionnels et les habitants (temps trop courts pour déjeuner, 	

Axe 5 : Sport Santé, Sport bien-être, Alimentation			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		infrastructures sportives pas toujours présentes dans les villages	

Axe 6 : Santé Psychique, Santé mentale			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
6.1	Soutenir les aidants et les solutions de répit en proximité	<ul style="list-style-type: none"> - Moins de personnes âgées vivants seules à domicile et de personnes en établissements qu'en moyenne dans le BR et le GE (Réseau d'entraide familiale et de voisinage très développé) - Des fragilités identifiées (offre d'emploi insuffisante, niveaux de diplômes bas, beaucoup de femmes à temps partiel ou en inactivité, situation de monoparentalité et/ou occupant un rôle d'aidant auprès de personnes âgées de l'entourage) 	<p>→ Améliorer l'offre d'accueil des PA ou les solutions de répit</p>
6.2	Soutenir les personnes malades en développant les soins de support en proximité (cancers)	<ul style="list-style-type: none"> - Des cancers (230 décès/an – 4 100 personnes en ALD – 2 000 hospit/an) - Des décès évitables (notamment accidents route, chutes, cancers poumon, sein, cardiopathies ischémiques, suicide) : 189 décès par an soit 14% des décès 	<p>→ Mettre en place une antenne chimio dans le secteur pour éviter les déplacements.</p>
6.3	Préserver la santé psychique dans un contexte de solitude/isolement social/violences conjugales (handicap, personnes âgées, femmes)	<ul style="list-style-type: none"> - La ruralité du territoire est appréciée mais ressentie comme facteur d'éloignement, d'isolement selon les habitants et les élus. - Mais un constat d'isolement pour certaines populations selon les élus et les professionnels : personnes venant de l'extérieur sans famille sur le territoire, jeunes en rupture familiale et population émigrée, notamment turque, ne maîtrisant pas la langue... - Problématiques de santé mentale (affections psychiatriques et souffrances psychologiques) pour différents publics (1 900 personnes en ALD – 500 hospit/an) - Des décès évitables (notamment accidents route, chutes, cancers poumon, sein, cardiopathies) 	<p>→ Organiser des temps de partage d'expérience.</p> <p>→ Privilégier les activités intergénérationnelles.</p>

Axe 6 : Santé Psychique, Santé mentale			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<p>ischémiques, suicide) : 189 décès par an soit 14% des décès</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des places en MCO et SSR mais pas en HAD et psychiatrie au sein du territoire. - Des difficultés de transport identiques à celles des autres tranches d'âges de la population mais aux conséquences renforcées par la dépendance selon les élus et les professionnels. - Des fragilités identifiées (offre d'emploi insuffisante, niveaux de diplômes bas, beaucoup de femmes à temps partiel ou en inactivité, situation de monoparentalité et/ou occupant un rôle d'aidant auprès de personnes âgées de l'entourage) - Une problématique liée à la santé mentale (plus de suicides et d'hospitalisations pour tentative de suicides chez les femmes âgées de plus de 50 ans dans le territoire). - Des personnes isolées et dans une situation économique préoccupante selon les professionnels 	
6.4	Améliorer le repérage et l'orientation des personnes souffrant de problématiques psychiatriques et/ou psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Mais un constat d'isolement pour certaines populations selon les élus et les professionnels : personnes venant de l'extérieur sans famille sur le territoire, jeunes en rupture familiale et population émigrée, notamment turque, ne maîtrisant pas la langue... - Problématiques de santé mentale (affections psychiatriques et souffrances psychologiques) pour différents publics (1 900 personnes en ALD – 500 hospit/an) - Des décès évitables (notamment accidents route, chutes, cancers poumon, sein, cardiopathies) 	

Axe 6 : Santé Psychique, Santé mentale			
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic	Pistes d'amélioration
		<p>ischémiques, suicide) : 189 décès par an soit 14% des décès</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une méconnaissance de l'offre par les professionnels et les habitants - Santé mentale : Des jeunes qui présentent des troubles psychiques selon les professionnels et habitants et en souffrances psychologiques (tentatives de suicides) : ¼ des TS sur le PETR concernant des moins de 25 ans (24 h/an) - Une problématique liée à la santé mentale (plus de suicides et d'hospitalisations pour tentative de suicides chez les femmes âgées de plus de 50 ans dans le territoire). - Des personnes isolées et dans une situation économique préoccupante selon les professionnels 	

Axe 7 : Santé Environnement		
Axe	Objectifs	Extraits des résultats du diagnostic
7.1	Améliorer le repérage et la coordination des acteurs autour des situations d'habitat ancien, indigne ou inadapté à la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Des pressions existent : qualité de l'air impactée par résidentiel (mode de chauffage), transports, activités (agriculture, industrie) – 20 communes concernées par une problématique radon - Beaucoup de logements anciens : 30 % construits avant 1949 - Un nombre important de logements dégradés en hyper-centre selon les élus, professionnels et habitants - 1 ménage sur 3 chauffe son logement au poêle, cheminée, etc. - Des cas d'intoxication au monoxyde de carbone dans des logements évoqués lors des entretiens - Une accessibilité financière au logement limitée pour des publics en situation de précarité (difficultés de maintien dans le logement, logements énergivores, marchands de sommeil) selon les professionnels et les habitants - Des difficultés liées à l'adaptation du logement questionnant le maintien au domicile des personnes âgées selon les professionnels, les élus et les habitants (des logements anciens, mal isolés, ...) - Moins de personnes âgées vivants seules à domicile et de personnes en établissements qu'en moyenne dans le BR et le GE (Beaucoup de bénéficiaires de l'APA domicile (6,4 % des 60 ans et plus)
7.2	Améliorer la connaissance et les savoir-faire des publics sur la qualité de l'air intérieur/extérieur	<ul style="list-style-type: none"> - 1 ménage sur 3 chauffe son logement au poêle, cheminée, etc. - Des cas d'intoxication au monoxyde de carbone dans des logements évoqués lors des entretiens
7.3	Sensibiliser les collectivités locales et les habitants aux agents polluants et leur conséquence pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Des pressions existent : qualité de l'air impactée par résidentiel (mode de chauffage), transports, activités (agriculture, industrie) – 20 communes concernées par une problématique radon. - 1 ménage sur 3 chauffe son logement au poêle, cheminée, etc. - Des cas d'intoxication au monoxyde de carbone dans des logements évoqués lors des entretiens