



CONTRAT LOCAL DE SANTE

MEDICO-SOCIAL

du PAYS de SAVERNE PLAINE et PLATEAU

2020-2024



SOMMAIRE

Préambule :

- Mot du Président du PETR Pays de Saverne Plaine et Plateau
- Présentation du territoire et du PETR du Pays de Saverne Plaine et Plateau

Partie 1 : Le contexte du projet de CLS-MS.....7

- 1.1. La politique de l'Agence Régionale de Santé Grand Est.....8
- 1.2. Le CLS-MS, un outil innovant co-porté conjointement par l'ARS, le CD 67 et le PETR.....9
- 1.3. Les enjeux en matière de santé.....10
- 1.4. L'articulation avec les autres démarches du territoire.....15

Partie 2: Périmètre et modalités de gouvernance.....16

- 2.1. Périmètre du contrat.....17
- 2.2. Modalités de gouvernance.....17
- 2.3. Suivi et évaluation.....19

Partie 3: Axes stratégiques et actions prioritaires du CLS-MS.....21

Tableau récapitulatif des axes, actions prioritaires et pistes de travail retenus.....22-25

Partie 4 : Engagements des partenaires au CLS-MS.....26

- 3.1. Financements.....27
- 3.2. Engagements des partenaires.....27
- 3.3. Les signataires du CLS-MS.....33

ANNEXES

- Le diagnostic
- Fiches actions

Préambule

Le mot du Président du PETR Pays de Saverne Plaine et Plateau

La santé a pris une place particulière et importante dans les travaux du Pays de Saverne Plaine et Plateau depuis sa création en 2018 et qui se concrétise aujourd'hui par le contrat local de santé médico-social, et le projet « territoires de santé de demain » issu de l'appel à projets « territoire d'innovation ».

Les élus ont, en effet, pleinement conscience que les démarches territoriales et coordonnées de santé, tant pour l'organisation de l'offre sanitaire que pour le développement de la promotion de la santé, constituent des leviers essentiels d'attractivité du territoire pour les habitants mais aussi les professionnels de santé.

Les collectivités territoriales œuvrent au quotidien pour l'amélioration des conditions de vie et la qualité de vie en général des habitants de leur territoire, et participent ainsi à leur bonne santé.

Aussi les deux démarches portées par le PETR du Pays de Saverne Plaine et Plateau correspondent-elles à une ambition forte de faire évoluer notre vision de la santé et sa prise en charge en accentuant la prévention sur le territoire, avec une meilleure articulation entre les différents intervenants de santé publics et privés tout en mobilisant les technologies de l'information à bon escient, au bénéfice des habitants.

Au sein de cet écosystème territorial de santé, le Centre Hospitalier de Saverne en lien avec le Centre Hospitalier de Sarrebourg, a vocation à se renforcer et à être en quelque sorte le « vaisseau amiral » de cette démarche territoriale de santé en coordination avec l'ensemble des acteurs.

L'élaboration du Contrat Local de Santé 'médico-social', le premier de la Région Grand Est, a été le résultat d'un fructueux travail et a bénéficié du soutien actif de la délégation territoriale du Bas-Rhin de l'ARS et du Conseil Départemental du Bas-Rhin, que je tiens à remercier ainsi que l'ensemble des institutions et acteurs locaux qui ont contribué à son élaboration et qui dès à présent participeront à sa bonne mise en œuvre.

Stéphane LEYENBERGER

Président du Syndicat mixte du Pôle d'Equilibre Territorial et Rural
du Pays de Saverne Plaine et Plateau

→ Les dynamiques démographiques et socio-économiques

Le Pays de Saverne, Plaine et Plateau a perdu 600 habitants sur son territoire entre 2009 et 2014 alors que le département a connu une croissance de +1,7% sur la même période. Seule la CC Hanau – La Petite-Pierre voit sa population progresser (+0,8%) contre une baisse de -1,4% et -1,2% pour la CC de Saverne et de la CC de l'Alsace Bossue.

Les franges Est et Sud du Pays de Saverne, Plaine et Plateau présentent une croissance positive et plus importante que sur le reste du territoire. Ceci s'explique par la dynamique de la vallée du Rhin et de l'Eurométropole de Strasbourg à proximité.

Les deux principaux pôles d'emplois du territoire sont les communes de Saverne (8 923 emplois au LT – 195 ICE) et de Sarre-Union (2 748 emplois au LT- 248.5 ICE).

Le pôle principal, de Saverne comptabilise près de 28% des emplois du territoire ;

On constate une disparité entre les différents EPCI avec une concentration d'emploi moins importante de 16 pts sur la communauté de communes Hanau-La Petite-Pierre.

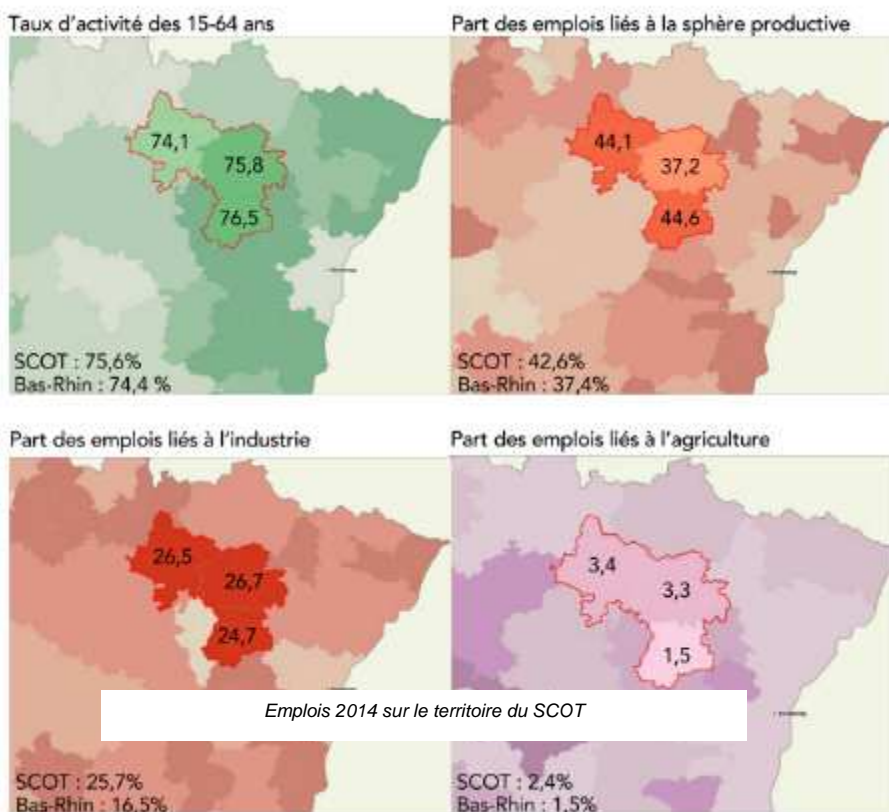
L'offre d'emploi est dominée par les activités liées à la sphère productive : industrie et agriculture. Le tissu industriel est dynamique sur le territoire et en développement avec la présence de grands comptes : Kuhn, Schneider Electric, JFA, Les Grands Chais de France, Laliq ...

→ Des ressources environnementales

Les espaces agricoles et les espaces forestiers représentent la majeure partie du territoire. Les espaces urbains sont très localisés sur 8% du territoire.

Le territoire compte de nombreux espaces naturels remarquables et protégés (plus de 55 000 ha), un corridor d'importance nationale et une biodiversité remarquable attachée à de nombreux milieux. La ressource en eau est abondante avec un chevelu hydrographique structurant et constituant un liant transversal pour l'ensemble du territoire.

Le Parc Naturel Régional des Vosges du Nord couvre, par ailleurs, en grande partie le périmètre du Pays de Saverne Plaine et Plateau.



➔ Le PETR Pays de Saverne Plaine et Plateau

Le pôle d'équilibre territorial et rural du Pays de Saverne Plaine et Plateau est composé de 3 communautés de communes : communauté de communes de l'Alsace Bossue, communauté de communes Hanau - La petite Pierre, communauté de communes du Pays de Saverne. Il a été créé le 1er avril 2018 et est issu des dissolutions de l'association de Pays et du syndicat mixte du SCOT de la Région de Saverne.

Sa création s'est ainsi appuyée sur près de 16 années de travail à cette échelle et qui se poursuit aujourd'hui sur les compétences « aménagement du territoire et urbanisme », « développement économique et emploi-formation », « transition énergétique », « programme européen leader », et « santé ».

Le PETR du Pays de Saverne Plaine et Plateau est aussi la structure reconnue pour porter et animer les différentes contractualisations d'aménagement et de développement durable du territoire (Région, Etat, Europe...) pour le compte des 3 intercommunalités.

Concernant le thème de la santé, l'accès à une offre de soins de qualité et plus globalement, le développement d'une politique territoriale de santé est incontestablement un facteur d'attractivité des territoires ruraux sur lequel le Pays de Saverne Plaine et Plateau souhaite agir.

C'est avec cette vision, et après un avis sur le Projet Régional de Santé formulé par le Pays de Saverne Plaine et Plateau, que les élus du territoire se sont engagés dans deux démarches complémentaires visant à mieux organiser l'offre de soins pour tous sur le territoire en valorisant le pôle d'expertise que représente le Centre Hospitalier de Saverne, second employeur du territoire et en s'appuyant sur l'hôpital de proximité du Neuenberg à Ingwiller :

- Le contrat local de santé
- Le projet « territoires de santé de demain » en réponse à l'appel à projets national « territoires innovation ».

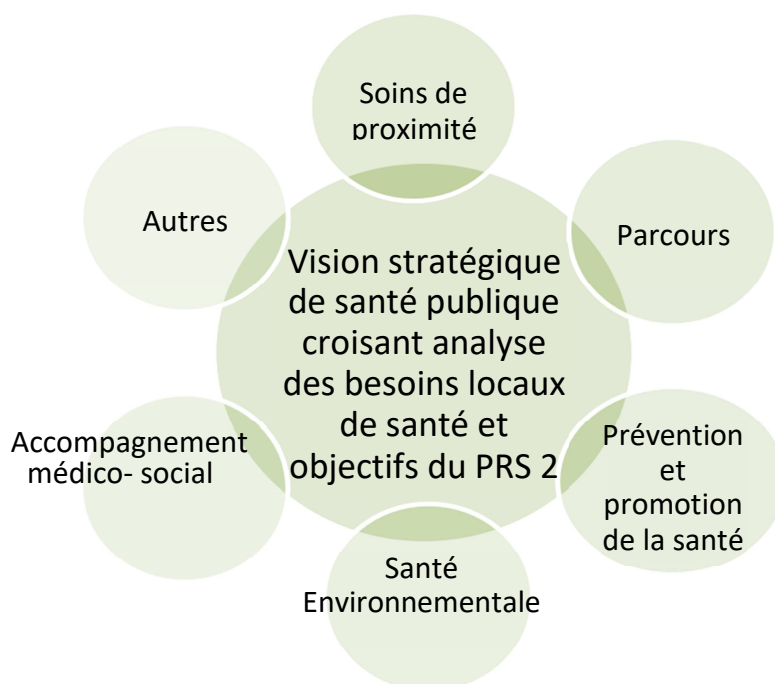
Partie 1

Contexte du Contrat

1.1. La politique de l'Agence Régionale de Santé Grand Est

Institué par la loi dite HPST de 2009, le contrat local de Santé (CLS) fait l'objet d'une disposition d'ordre général dans le cadre de la loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et est repris dans le Code de santé publique (Article L. 1434-10 IV et article L. 1434-2).

Il constitue un des outils privilégiés par l'ARS Grand Est pour la mise en œuvre du projet régional de santé 2018-2028, en transversalité de l'ensemble des champs inhérents à la santé et au médico-social :



La notion de parcours de santé vise la mise en place d'approches de santé plus globales et cohérentes articulant prévention, prise en charge sanitaire, médico-sociale et accompagnement social.

L'approche parcours doit permettre de répondre d'une manière plus pertinente à l'évolution des besoins de la population

Le CLS permet de mobiliser, autour d'un projet commun, les acteurs d'un territoire dans le but de créer des synergies et de réduire de manière plus efficace les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Il nécessite un engagement fort de l'ensemble des acteurs supposant ainsi une réelle articulation avec les différents dispositifs publics opérant, en parallèle, sur les territoires.

L'ambition est de participer au déploiement du plan « Ma Santé 2022 » dont l'objectif principal est le décloisonnement, qui correspond à l'esprit partenarial, transversal et de co-construction des Contrats Locaux de Santé.

Les 3 engagements du plan sont :

- Favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin
- Créer un collectif de soins au service des patients
- Adapter les métiers et les formations aux enjeux de la santé de demain

Autour de 5 chantiers prioritaires :

- Qualité des soins et pertinence des actes

- Organisation territoriale
- Modes de financement et de régulation
- Ressources humaines et formation
- Numérique

Ce plan Ma santé 2022 et ses priorités sont en cohérence avec les 18 parcours et projets prioritaires du Projet Régional de santé 2018 – 2028.

Les résultats visés sont l'amélioration de l'état de santé de la population, la qualité et la sécurité des prises en charge, la pertinence des soins et l'efficacité du système de santé.

Le PRS intègre et concrétise au niveau régional, les nouvelles priorités de santé établies par la Stratégie nationale de santé ainsi que par le plan national pour l'égal accès aux soins dans les territoires, la stratégie nationale de transformation du système de santé et les priorités nationales en matière de prévention et de promotion de la santé.

1.2. Le CLS-MS, un outil innovant co-porté conjointement par l'ARS, le CD 67 et le PETR

→ Premier CLS-MS du Bas-Rhin, au regard de la politique volontariste du Conseil Départemental du Bas-Rhin

Dans le cadre d'un partenariat renforcé entre l'ARS Grand Est, par le biais de sa délégation territoriale du Bas-Rhin et le Conseil Départemental du Bas-Rhin, une convention cadre a été mise en place et signée en juillet 2019.

Celle-ci prévoit que les CLS du territoire bas-rhinois se constituent en travaillant conjointement dans une optique de synergie entre ARS, CD et le porteur du CLS.

Cette innovation vise à avoir une meilleure approche croisée du territoire, en particulier sur les territoires ruraux ou semi-ruraux dans lesquels la problématique du vieillissement de la population, de la mobilité et de l'accessibilité aux services publics est parfois plus difficile.

Cette politique volontariste du Conseil Départemental de s'impliquer davantage sur les questions de santé en vue de contribuer à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, est marqué par une dénomination spécifique de ces CLS à savoir **Contrat Local de Santé Médico-Social, CLS-MS**.

Le Contrat Local de Santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau est ainsi le premier CLS-MS du Bas-Rhin et plus largement du Grand Est.

→ Co-portage ARS, CD et PETR, de l'étape du diagnostic à la construction du CLS-MS

Ainsi, l'ARS, le CD et le PETR ont piloté conjointement les travaux en lien avec ce CLS-MS notamment pour la réalisation du Diagnostic Local de Santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau confié à l'ORS et l'IREPS.

Dans une approche de concertation avec les territoires, le *triumvirat* ARS, CD, PETR a croisé les résultats du diagnostic et le regard des acteurs territoriaux sur ce diagnostic proposé par l'ORS-IREPS.

La mobilisation parallèle des cinq secteurs : sociétal, social, médico-social, sanitaire et politique, a permis d'élaborer une réponse multimodale aux enjeux de santé du territoire.

Le PETR a apporté sa connaissance du territoire, le CD sa connaissance des enjeux de la « politique » locale et du secteur social, en complément de l'approche médico-sociale existante du CD et de l'ARS.

Cette triple approche sur la santé a favorisé les synergies pour répondre de manière plus efficace et plus adaptée aux besoins de santé sur les territoires et réduire ainsi les inégalités sociales et territoriales.

Ainsi, ce contrat local de santé fédère, autour d'axes stratégiques, des acteurs d'horizons divers pour élaborer des actions transversales adaptées aux spécificités du territoire.

1.3. Les enjeux en matière de santé

Un diagnostic Local de Santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau (annexe 2) a été réalisé au cours de l'année 2019 par l'ORS et l'IREPS sur une approche à la fois quantitative (au regard des données objectives et chiffrées du territoire) et qualitative (par le biais de différents entretiens collectifs avec des élus, des professionnels, des représentants de la population et de micro-trottoirs sur chaque communauté de communes).

Les travaux ont été suivis dans le cadre d'un Comité de Pilotage dédié au Diagnostic Local de Santé (DLS).

La réalisation de cette étude couplée à une analyse menée conjointement par l'ARS et le CD notamment par le biais de concertations croisées avec les acteurs du territoire ont permis de partager de nombreux constats préoccupants :

- le risque d'altération de l'état de santé de la population liée à la désertification médicale ;
- un accroissement de la demande de soins liée au vieillissement de la population ;
- l'existence de fortes inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, de situations d'exclusion à la santé ;
- une souffrance psychique des jeunes et des femmes ;
- une prégnance des problèmes de santé liés aux comportements défavorables à la santé ;
- l'épuisement de certains acteurs locaux liés à des conditions d'exercice difficiles mais aussi à la géographie du territoire qui accentue le sentiment d'isolement ;
- une problématique de transports ;
- un déficit de discours et démarche communs des acteurs territoriaux pour répondre aux besoins en santé du territoire (collectivités, institutions sanitaires et médicosociales, professionnels libéraux professionnels hospitaliers, et travailleurs sociaux).

Dans cette partie, sont énoncés les principaux constats liés au territoire en matière d'environnement, de populations, d'état de santé et d'accès aux soins.

→ Un cadre de vie hétérogène en matière de qualité

❖ Un pôle urbain souffrant de pollution

La ville de Saverne (14 % des habitants du PETR) compte un QPV, le Quartier Est qui concerne 12 % de la population de la commune. La CC du Pays de Saverne (40 % des habitants du PETR) constitue avec la ville de Saverne le pôle urbain de ce territoire et 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. La CC du Pays de Saverne souffre de pollution atmosphérique et a des 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.

❖ Un territoire rural sensibilisé à l'écologie

Plus de la moitié de la population (58,7%) vit dans une commune rurale (selon la classification de l'Insee).

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. En terme d'émissions par habitants des principaux polluants atmosphériques, les niveaux observés au sein 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}. C'est globalement au sein de la CC de l'Alsace Bossue que les niveaux d'émissions par habitants sont les plus élevées (liée à la faible densité de population et au secteur agricole notamment).

❖ **Un risque Radon modéré**

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.

❖ **Un logement ancien en milieu rural**

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. 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. Le mode de chauffage parfois utilisé (poêle, cheminée) dans ces logements anciens, notamment en milieu rural, comme les difficultés d'aménagement, sont des déterminants de santé à considérer dès lors qu'apparaît une perte d'autonomie liée à la maladie, la vieillesse ou le handicap.

➔ **La présence de populations vulnérables**

❖ **Une précarité peu visible**

L'étude a permis d'identifier qu'à l'échelle des communes, il ressort une certaine précarité que l'on pourra qualifier de « précarité invisible ». En effet, selon l'indice de défaveur sociale utilisé par l'ORS (Fdep), le Pays de Saverne Plaine et Plateau compte 45 communes dont le Fdep est supérieur à 0,7, soit avec la précarité la plus élevée, ce qui correspond à 38% des communes du périmètre concerné contre 30% des communes du Grand Est. Des « poches » de précarité sont ainsi réparties sur le territoire. On note également une sur représentation des 15-29 ans en majorité inactifs, bénéficiaires de la CMU-C

L'offre de transport limitée renforce les inégalités et participe à l'isolement social de groupes de population précaire, et un accès limité à la santé.

La ville de Saverne comporte un QPV (quartier Est) dont la population a accès aisément à une offre de soins au Centre Hospitalier, proche géographiquement, mais qui reste éloignée d'une démarche de promotion et prévention en termes de santé. Le taux de bénéficiaire du RSA y est près de 2 fois plus faible qu'en moyenne dans les QPV du Grand Est (6,7 % vs 12,1 %).

❖ **La fragilité de la santé des jeunes**

Le territoire compte peu de familles monoparentales comparé au reste de la région. 3 521 enfants de moins de 25 ans 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 cependant 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 %).

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.

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 diagnostic territorial fait apparaître des éléments saillants sur la santé des jeunes.

Les enfants et les jeunes ont des comportements défavorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, écrans et nouvelles technologies, en lien avec un environnement pas toujours favorable à la pratique d'activité physique et à l'équilibre alimentaire.

De nombreux jeunes sont en souffrance psychique avec une prévalence importante d'hospitalisations pour tentatives de suicide : 24% des patients hospitalisés pour TS ont moins de 25 ans, avec un taux important chez les adolescents en résonance avec une situation de « mal être ».

De nombreuses situations d'addictions sont observées chez les jeunes (nombre de consultations en CSAPA dans le Bas-Rhin plus faible qu'en Grand Est et en France)
La précarité et les difficultés de transports pour les jeunes du territoire conduisent à un éloignement des structures de santé.

❖ **Des conditions de vie de personnes âgées peu favorables à leur santé**

Le territoire présente un vieillissement plutôt marqué avec près d'une personne sur cinq âgées de 65 ans et plus. Dix pour cent de la population a plus de 75 ans. 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.

Le diagnostic territorial fait apparaître plusieurs éléments saillants, déterminants de santé.

L'isolement des personnes âgées est fréquent notamment en raison de l'éloignement des familles, le niveau de dispositifs de soutien en proximité indispensable aux PA (SSIAD, Accueil de jour, Offre de répit) est particulièrement faible notamment dans les CC Alsace Bossue et Hanau La Petite Pierre.

Par ailleurs, de nombreuses personnes âgées sont en situation de précarité et rencontrent des difficultés pour faire face aux dépenses liées au vieillissement. La proportion de bénéficiaires du minimum vieillesse est plus faible qu'en moyenne dans le département, la région et la France Hexagonale, mais le taux de recours n'est pas connu. Le non recours aux droits semble ainsi être une des problématiques chez ce public, notamment en milieu rural. Le faible recours à l'APA à domicile est également problématique.

Les adaptations du logement non réalisées compromettent également la vie à domicile dans de bonnes conditions.

Les structures d'accueil du territoire sont surchargées (en moyenne 6 places en EHPAD pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus contre 10 dans le Bas-Rhin).

❖ **L'isolement des personnes en situation de handicap**

Près de 2 % de la population 20-64 ans du PETR bénéficie d'une Allocation Adulte Handicapé (AAH) versée, sous conditions de ressources, aux personnes handicapées pour leur garantir un revenu minimal. Soit une part proche de la valeur du Bas-Rhin. A noter cependant que 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.

Le diagnostic a mis en évidence un isolement social des personnes en situation de handicap avec également des difficultés de reconnaissance et de classification des handicaps.

S'y ajoute une méconnaissance des dispositifs d'aides et de soutien existants.

Les moyens et places des structures d'accueil sont faibles, avec une grande inégalité sur le territoire : on compte 45 places en FAM, 11 en Foyer de vie pour adultes handicapés, 64 en foyer d'hébergement pour adultes handicapés, 6 en Hébergement social pour enfants et adolescents, places majoritairement concentrées sur Saverne.

L'accès aux services est limité pour les personnes à mobilité réduite: topographie du territoire, adaptation des structures et transports limités

❖ **Des populations de femmes en situation de vulnérabilité face à la santé**

Les femmes représentent la moitié de la population du PETR et 44% d'entre elles sont âgées de 50 et plus. La CC de l'Alsace Bossue se démarque avec une forte part de femmes exerçant à temps partiel (42 % vs. 27 % en moyenne en France). Les CC de Hanau – La Petite Pierre et du Pays de Saverne présentent un accès à l'emploi des femmes proches de la situation nationale, mais ont également des part 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.

Le diagnostic a permis d'identifier des fragilités pour ce public particulier sur ce territoire.

L'accès à l'emploi est difficile, associé à faible qualification. Au sein de la CC Alsace Bossue : 67% des femmes ont un niveau de diplôme inférieur au Bac.

Beaucoup de femmes travaillent à temps partiel ou sont en inactivité du fait de l'éloignement des écoles en milieu rural. 43% des 6-10 ans sont scolarisés hors de leur commune de résidence

Les femmes, parfois en situation de monoparentalité, occupent fréquemment un rôle d'aidant auprès de personnes âgées ou handicapés de l'entourage, avec une offre très faible-voire nulle- de soutien/répit aux aidants sur le territoire

Ces fragilités ont été mises en lien avec un autre constat lié à la santé mentale puisque sur ce territoire

on observe plus de suicides et d'hospitalisations pour tentative de suicides chez les femmes âgées de plus de 50 ans dans le territoire (23% des hospitalisations pour tentatives de suicide sur le territoire concernent des femmes âgées de 50 ans et plus).

→ Un état de santé de la population à améliorer

❖ Une surmortalité importante et évitable

En matière d'état de santé, la situation sur le Pays de Saverne Plaine étudiée à travers les données de mortalité générale diffère peu des valeurs de références, départementales, régionales et nationales. Cependant, l'analyse par EPCI montre une hétérogénéité au sein du territoire avec au sein de la CC de l'Alsace Bossue, une surmortalité de + 14 % par rapport au Bas-Rhin.

Le nombre de décès prématurés (avant 65 ans) et évitable est élevé mais homogène sur le territoire du Pays de Saverne Plaine et Plateau. On estime ainsi que 189 décès seraient évitables par an soit 14 % du total des décès, dont 120 par une action sur les facteurs de risque individuels et 69 par une action sur le système de soins. Les deux principales causes de ces décès prématurés sont les affections de l'appareil circulatoire (cardiopathies ischémiques, et maladies neuro vasculaires) et respiratoire (BPCO, Cancer du Poumon), dans un contexte de surmortalité liée au diabète, alcool et tabac.

❖ Un taux de maladies chroniques élevé

Plus d'une personne sur quatre souffre d'affection de longue durée (ALD) sur le territoire. La prévalence d'ALD (28%) est plus importante qu'au niveau départemental (25%), qui est déjà elle-même beaucoup plus élevée qu'en région ou France, ce qui est cohérent avec les données de mortalité.

Les affections de longue durée concernent principalement les **maladies du cœur** (accident vasculaire cérébral invalidant, artériopathies chroniques et insuffisance cardiaque grave, trouble du rythme, etc.), **l'insuffisance respiratoire** chronique grave et **le diabète**.

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.

→ Une offre de soins en proximité fragile et inégale

❖ Une offre en médecine générale en berne

La densité de médecins généralistes est de 87 pour 100 000 habitants contre 127 en moyenne dans le Bas-Rhin.

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).

Le dernier zonage pour la profession de médecin classe plus de la moitié du territoire du PETR en zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. En effet, pour la CC d'Alsace Bossue, la totalité des communes de la CC d'Alsace Bossue est identifiée par le zonage soit en Zone d'intervention prioritaire (38 communes) soit en zone d'action complémentaire (62 communes). S'agissant de la CC de Hanau-La Petite Pierre, ce sont 70% des communes qui sont concernées par le classement en « ZAC ».

❖ Une offre en spécialités médicales restreinte et concentrée sur Saverne

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. L'offre en spécialités médicales libérales est faible, les ressources disponibles dépendant essentiellement du Centre Hospitalier de Saverne, et en partie le Centre Hospitalier de Sarrebourg et l'Hôpital de Proximité d'Ingwiller. A noter que l'attractivité médicale de ces centres hospitaliers s'est affaiblie ces dix dernières années, faisant craindre une réduction de l'offre en spécialités. Des spécialités comme l'ophtalmologie et la cardiologie sont d'ores et déjà déficitaires sur le territoire. L'offre libérale de spécialités est quasiment inexistante sur certaines spécialités au sein des CC de l'Alsace Bossue et de Hanau-La Petite Pierre.

❖ **Une offre libérale de soins non-médicaux maintenue**

L'offre libérale en soins non-médicaux (infirmier, masseur kinésithérapeute, orthophoniste) est quant à elle assez proche de la moyenne du Bas-Rhin et tend à augmenter sur l'ensemble du territoire. Cependant, les établissements médico-sociaux et d'aide à la personne souffrent d'une difficulté de recrutement sur le territoire, notamment au sein de la CC Alsace Bossue. Le diagnostic territorial fait également apparaître une absence de culture commune sur la promotion de la santé.

❖ **Un accès inégal aux soins non programmés**

Un service d'urgences générales et un service d'urgences pédiatriques sont disponibles à Saverne. 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.

❖ **Des ruptures dans le parcours de soin en territoire rural**

Pour les personnes atteintes de maladie chronique (une personne sur quatre), l'offre d'éducation thérapeutique est concentrée sur la ville de Saverne. Il en est de même pour les soins de support chez les patients atteints de cancer. L'absence de ce type d'offre en territoire rural combinée à une offre faible de spécialités médicales, conduit à des ruptures du parcours de soin sur les CC Alsace Bossue et Hanau-Petite Pierre. Ce qui est à mettre en parallèle du taux élevé de mortalité évitable. Les besoins des habitants et les attentes des acteurs locaux convergent vers l'organisation de l'offre de soins de proximité et une amélioration de la structuration du parcours de santé de la population

➔ **Une démarche de promotion et de prévention à développer**

Si le taux de dépistage des cancers au sein du territoire est globalement proche de la moyenne du Bas-Rhin, le dépistage du Cancer Colorectal reste problématique sur certains territoires ruraux. La couverture vaccinale est dans la moyenne du Bas-Rhin, et de l'Alsace, c'est-à-dire bien en de ça de la couverture vaccinale en Région.

Le diagnostic a permis de mettre en évidence de multiples actions de promotion de la santé sur le territoire, mais ces actions, initiatives locales, sont éparpillées et souvent ponctuelles ou limitées à un territoire restreint, sans une politique territoriale clairement affichée ; les acteurs n'ayant pas la connaissance du périmètre des actions de leurs partenaires.

Ainsi, le COPIL qui s'est tenu le 6 novembre 2019 a permis de valider comme étant prioritaires 7 axes stratégiques à ce CLS-MS, répondant à l'objectif général d'améliorer la santé de la population du territoire (**cf. Partie 3 : Axes stratégiques et actions prioritaires**).

- **Axe 1 : Coordination des acteurs sur les stratégies d'intervention en santé**
- **Axe 2 : Offre de santé, Prévention et Education Thérapeutique du Patient**
- **Axe 3 : Accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables**
- **Axe 4 : Santé des enfants, des adolescents et des jeunes**
- **Axe 5 : Sport santé, Sport bien-être, Alimentation**
- **Axe 6 : Santé psychique, Santé mentale**
- **Axe 7 : Environnement favorable à la santé**

1.4. L'articulation avec les autres démarches

D'une manière générale, il importe que la mise en œuvre des actions du CLS s'effectue en cohérence avec les différents dispositifs qui partagent des objectifs communs aux Contrats Locaux de Santé, au regard notamment de l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales et de santé :

Le Contrat Local de Santé médico-social du Pays de Saverne Plaine et Plateau s'articule avec d'autres démarches engagées par le PETR :

- Le **plan climat air énergie territorial** dans sa dimension santé-environnement
- Le **projet alimentaire territorial** porté avec le Parc Naturel Régional des Vosges du Nord pour la partie équilibre alimentaire et santé-environnement
- « **Territoire de santé de demain** » qui recouvre 34 projets portés par des acteurs publics et privés dont la démarche OPTIMEDIS est animée par le Pays de Saverne Plaine et Plateau pour le développement d'un territoire de santé intégrée

Conformément aux dispositions de la Convention-cadre relative à la collaboration entre l'ARS et le Département du Bas-Rhin, le présent Contrat s'articule avec les autres démarches en cours du Conseil Départemental.

En effet, pour le Conseil Départemental du Bas-Rhin, l'ensemble de ses compétences et politiques développées en santé pour ses aspects sociaux et médico-sociaux, sont concrétisées par le déploiement et la mise en œuvre en territoires des différents Schémas et Plans qui structurent l'action départementale, notamment :

- le Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP),
- le Plan départemental d'action sociale de proximité 2017-2021,
- le Schéma départemental de l'autonomie 2019-2023,
- le Plan d'actions enfance jeunesse famille 2018-2023.

notamment :

- le **Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP)**
- le **Plan départemental d'action sociale de proximité 2017-2021**
- le **Schéma départemental de l'autonomie 2019-2023**
- le **Plan d'actions enfance jeunesse famille 2018-2023**

Le CLS-MS s'articulera également avec :

- Les futurs projets de **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** ;
- Le **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** déployé à l'échelle départementale qui a vocation à se décliner dans les CLS (en cours d'élaboration dans le département du Bas-Rhin)

Il convient de noter que le CLS-MS représentera le volet santé des dispositifs : « Contrat de ville » ; « Contrat de ruralité » et autre dispositif transversaux, tels que les conventions « Action Cœur de Ville ».

Partie 2

Périmètre du Contrat et Modalités de gouvernance

2.1. Périmètre du contrat

→ Objet du contrat :

Ce contrat local de santé médico-social est constitué d'un plan d'actions, relevant des champs :

- du sanitaire
- du médico-social
- de la santé environnementale
- de la prévention et promotion de la santé

Il est co-construit avec les différents partenaires y prenant part. Issu d'un travail partenarial, fondé sur un diagnostic local de santé préalable, il est un dispositif cadre dont l'objectif est une meilleure adéquation entre les problématiques de santé repérées, le projet régional de santé et la politique de santé locale, mise en œuvre sur le territoire.

Le contrat local de santé valorise les actions existantes et tend à développer les actions de coordination entre acteurs tout en proposant des modes de prise de décision plus collaboratifs. Il ne comprend pas toutes les actions que les uns et les autres mènent sur le territoire, mais seulement les actions qui sont à la croisée des priorités de chacun.

Il impose cependant :

- un devoir d'information sur les politiques menées par chaque signataire ;
- un devoir de coordination sur les actions existantes concernant les orientations décidées de façon contractuelle ;
- un engagement pour la co-construction des éventuelles nouvelles actions

→ Périmètre géographique du contrat :

Le présent contrat local de santé vise le territoire du Pays de Saverne Plaine et Plateau composé de 3 communautés de communes :

- Communauté de communes de l'Alsace Bossue,
- Communauté de communes du Pays de Saverne,
- Communauté de communes Hanau-La Petite Pierre.

→ Durée du Contrat :

Le présent contrat prend effet à la date de la signature pour une durée de 5 ans.

→ Révision du Contrat :

Au cours de sa période de validité, le contrat local de santé médico-social peut être complété ou modifié par voie d'avenant à la demande de l'une ou l'autre des parties.

2.2. Modalités de gouvernance

→ Le comité de pilotage :

Le comité de pilotage mis en place dans la phase d'élaboration du CLS est composé des collectivités et institutions suivantes :

- ❖ Syndicat mixte du PETR du Pays de Saverne, Plaine et Plateau
- ❖ ARS Grand Est
- ❖ Conseil Départemental du Bas-Rhin

qui assurent la co-présidence,

- ❖ Communauté de communes de l'Alsace Bossue
- ❖ Communauté de communes Hanau-La Petite Pierre
- ❖ Communauté de communes du Pays de Saverne
- ❖ Maire de Saverne
- ❖ Sous-Préfet de Saverne
- ❖ Maire d'Ingwiller
- ❖ Maire de Sarre Union
- ❖ Maire de Bouxwiller
- ❖ Conseil Régional Grand Est
- ❖ Caisse d'allocations familiales du Bas-Rhin
- ❖ Caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin
- ❖ Régime Local d'assurance maladie Alsace Moselle
- ❖ CARSAT Alsace-Moselle
- ❖ Mutualité sociale agricole d'Alsace
- ❖ Centre Hospitalier Sainte-Catherine de Saverne
- ❖ Hôpital du Neuenberg d'Ingwiller
- ❖ Etablissement public de santé d'Alsace du Nord
- ❖ URPS des infirmiers du Grand Est
- ❖ URPS des masseurs-kinésithérapeutes du Grand Est
- ❖ URPS des médecins libéraux du Grand Est
- ❖ URPS des Sages-femmes du Grand Est
- ❖ URPS des chirurgiens-dentistes du Grand Est
- ❖ URPS des médecins libéraux du Grand Est
- ❖ Conseil départemental de l'ordre des médecins du Bas-Rhin
- ❖ URPS des Pharmaciens du Grand Est
- ❖ Direction Départementale de la Cohésion Sociale DDCCS
- ❖ Inspection de l'éducation nationale de Sarre Union
- ❖ Inspection de l'éducation nationale de Saverne

Le comité de pilotage se réunit **2 à 3 fois par an**.

Son rôle est de :

- Piloter le déroulement des actions en procédant à des ajustements si nécessaires.
- Prendre les décisions utiles à la réalisation du Contrat Local de Santé et de son programme d'actions,
- Suivre et évaluer les actions,
- Décider des révisions ou évolutions à apporter au Contrat Local de Santé.

→ **Le comité technique :**

Un comité technique sera mis en place. Il s'agit d'une instance de réflexion et de suivi des actions qui associe les représentants techniques des signataires du contrat et les partenaires mettant en œuvre les actions.

Il propose les actions au comité de pilotage, assure le pilotage opérationnel des actions, analyse les résultats au travers des indicateurs d'évaluation et propose, le cas échéant, de réadapter les orientations des actions.

→ **L'équipe projet :**

Composée de l'ARS (Cheffe de l'animation territoriale et médecin conseiller territorial), du syndicat mixte du PETR du Pays de Saverne Plaine et Plateau (Coordinateur du CLS) et du Conseil départemental du Bas-Rhin (RUTAMS), elle a pour mission de :

- Suivre l'évolution de la mise en œuvre des actions,
- Coordonner et veiller à la cohérence des interventions des différents partenaires,
- Proposer de nouvelles actions à inscrire dans le contrat local de santé

- **Le poste de coordinateur du CLS :**

Le coordinateur CLS veillera en s'appuyant sur ces instances à :

- Coordonner et mobiliser les moyens pour permettre la mise en œuvre du contrat local de santé ;
- Promouvoir le contrat local de santé en accompagnant les promoteurs d'actions ;
- Constituer un appui de proximité pour les porteurs d'action ;
- Favoriser les échanges entre les acteurs.

→ **Comité des acteurs :**

Il est prévu de mettre en œuvre annuellement une journée intitulé « Comité des acteurs » réunissant l'ensemble des acteurs concernés par la santé des habitants du territoire, collectivités, professionnels, secteur social, médico-social, sanitaire, libéraux, hospitaliers, associations et autres institutions ou organismes.

L'objectif étant de faciliter les échanges en matière de santé et autour du CLS-MS entre les acteurs du Pays quelque que soit la communauté de communes d'appartenance, de suivre l'évolution des actions du CLS-MS, de favoriser une culture commune et l'émergence de nouveaux partenariats.

Des représentants de la population et des usagers seront invités à participer à ce temps collectif dans un souci de démocratie participative.

2.3. Suivi et évaluation

La mise en œuvre du CLS-MS repose sur une implication de tous les partenaires intervenant dans des champs complémentaires du social, sanitaire, médico-social, éducatif, environnement, prévention. Certaines actions ou pistes d'actions sont ciblées sous maîtrise d'ouvrage de la Communauté du PETR Pays de Saverne Plaine et Plateau, les autres partenaires et acteurs locaux ont également vocation à concourir à la mise en œuvre de la stratégie en réalisant des projets s'inscrivant dans les orientations et objectifs stratégiques fixés.

Le CLS-MS est considéré comme un contrat vivant et évolutif. En effet, des actions ont pu être identifiées lors des travaux d'élaboration du CLS-MS, ainsi que des pistes d'actions. Les pistes d'actions devront être précisées et leur faisabilité vérifiée, avec l'organisation tout au long de la mise en œuvre du Contrat de groupes de travail thématiques restreints ou comités techniques de travail permettant d'approfondir certains axes et faciliter l'émergence d'actions. Ces travaux pourront également compléter le document actuel en mettant en évidence de nouvelles pistes d'actions pour la communauté de communes et/ou en valorisant les initiatives locales menées par d'autres partenaires et s'inscrivant dans les axes du CLS-MS de 2^{de} génération. Par ailleurs, le suivi régulier du CLS-MS par le Comité de Pilotage qui sera institué pourra amener à le préciser et le réorienter, au besoin.

La co-construction d'une démarche d'évaluation du CLS-MS et de ses objectifs est un préalable nécessaire pour garantir l'acceptabilité et la pérennité du contrat : l'évaluation est un outil de pilotage et d'aide à la décision qui permet à l'ensemble des co-contractants de s'entendre sur des critères et des indicateurs de résultats communs, et ce pour chacune des actions visant un même objectif.

C'est pourquoi, la mise en œuvre du CLS-MS et le suivi des actions devront intégrer, dès le départ et tout au long du contrat, les modalités d'évaluation de la stratégie établie par l'ensemble des co-contractants.

Les partenaires et les signataires contribueront au processus d'évaluation par la mise à disposition et le partage de données. L'évaluation devra faire l'objet de temps de travail dédiés avec l'ensemble des partenaires du CLS-MS : échanges autour des résultats attendus, mise en place d'outils, organisation du recueil des données...

Il s'agira de dresser un bilan global du dispositif et, en priorité, de s'intéresser aux changements produits en termes de prise en compte et d'amélioration de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

La stratégie d'évaluation devra également s'attacher à inclure à minima l'évaluation des résultats et de l'impact sur les territoires :

- évaluation des résultats : permet de vérifier que les actions prévues ont effectivement été réalisées et ont atteint les objectifs prévus ;
- évaluation de l'impact : permet d'apprécier les effets du CLS-MS sur le territoire au regard des inégalités sociales de santé.

Dans ce sens, des indicateurs de processus et de résultats devront être identifiés et associés à chacune des actions inscrites dans les CLS.

Ces indicateurs devront permettre d'évaluer pour chaque action du contrat les dimensions suivantes : la pertinence, l'efficacité, la cohérence des actions, l'efficacité des actions et l'impact.

Le processus global du CLS-MS fera également l'objet d'une évaluation finale. Elle portera sur :

- Le niveau d'engagement des signataires ;
- La réalisation d'un diagnostic ;
- La capacité à identifier les problématiques du territoire ;
- Le fonctionnement des instances de gouvernance (pilotage et animation) ;
- La communication régulière sur les actions du CLS-MS en direction des acteurs et des citoyens ;
- La planification opérationnelle des actions du CLS-MS.

Partie 3

Axes stratégiques et actions prioritaires

Les fiches actions du CLS-MS Pays de Saverne Plaine et Plateau en Annexe 1

Tableau récapitulatif des axes, actions et pistes d'actions retenues :

Axe 1 : Coordination des acteurs sur les stratégies d'intervention en santé	
Objectifs spécifiques	Actions et/ ou pistes d'actions
1.1. Faire monter en compétence les acteurs du territoire sur les enjeux de santé publique et promotion de la santé	FA 1 : Soutien et accompagnement des initiatives en santé des acteurs du territoire
1.2. Favoriser la coordination et les échanges des acteurs du territoire autour de la santé	FA 2 : E-santé, Promotion de la santé et Collectivités du Pays de Saverne Plaine et Plateau: mise en place d'une Plate-Forme Web Santé
1.3. Créer et identifier un réseau d'acteurs de la santé publique/promotion de la santé sur le territoire	FA 3 : Modélisation organisationnelle et économique d'un « territoire de santé de demain » (en lien avec Territoire de Santé de demain)

Axe 2: Offre de santé, Prévention et Education Thérapeutique du Patient	
Objectifs spécifiques	Actions et/ ou pistes d'actions
2.1. Favoriser l'accès aux soins en milieu à faible densité médicale	FA 4 : Développer l'éducation thérapeutique du patient au plus proche de son domicile <i>PT : Promouvoir et développer la télémédecine en médecine générale en milieu rural et semi-rural</i> <i>PT : Filière Ville-Hôpital en spécialité (cardiologie)</i>
2.2. Renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels des secteurs libéral, hospitalier, médico-social et aide à la personne	FA 5 : Offre de formation en alternance et VAE sur le territoire dans le secteur médico-social <i>PT : Kit Attractivité médicale</i>
2.3. Renforcer la couverture vaccinale	FA 6 : Déploiement territorial de la politique nationale vaccinale via l'information et la sensibilisation des acteurs et de la population

Axe 3: Accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables

Objectifs spécifiques	Actions et/ ou pistes d'actions
3.1. Améliorer le repérage et la prise en charge des personnes éloignées de la santé	FA 7 : Expérimenter le dispositif d'Appartements de Coordination Thérapeutique à Domicile en milieu rural <i>PT</i> : « <i>Soutien des femmes en situation de vulnérabilité</i> »
3.2. Réduire les conduites addictives et les conduites à risques	FA 8 : Déploiement d'une équipe mobile et d'une culture en Réduction des Risques et des Dommages sur le territoire
3.3. Faciliter la mobilité et/ou l'aller vers pour l'accès à la santé	FA 9 : Mise en place d'une Equipe Mobile Santé Précarité
3.4. Améliorer l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie au domicile	FA 10 : Mise en place d'une formation e-learning sur les maladies neurodégénératives des acteurs de proximité (soignants et aidants professionnels) en milieu rural <i>PT</i> : " <i>Soutien aux personnes en perte d'autonomie</i> "

Axe 4 : Santé des enfants, des adolescents et des jeunes

Objectifs spécifiques	Actions et/ ou pistes d'actions
4.1. Promouvoir la santé dès la petite enfance	FA 11 : Renforcement des antennes de la PMI pour un meilleur accompagnement et prévention précoce auprès des jeunes enfants et de leurs parents <i>PT</i> : <i>Nutrition et Education à la santé familiale</i>
	FA 12 : Accompagnement à la santé des enfants de 2 à 16 ans et de leurs familles identifiés en fragilité dans le cadre du Programme de Réussite Educative du QPV (en lien avec le Contrat de Ville Saverne)
4.2. Renforcer les aptitudes psychosociales et attitudes favorables à la santé	FA 13 : Elaboration d'un projet territorial de prévention "Vers un usage éclairé des écrans"
4.3. Développer des réponses adaptées aux problèmes de parentalité et/ou violences intra-familiales	FA 14 : Développer l'offre d'aide à la parentalité et à la médiation familiale sur le territoire
4.4. Développer des réponses adaptées aux besoins spécifiques des jeunes sur le territoire	FA 15 : Développer et animer le réseau territorial « santé-handicap » pour les enfants confiés <i>PT</i> : <i>Création d'un Réseau Territorial Santé des Adolescents</i>

Axe 5 : Sport santé, Sport bien-être, Alimentation	
Objectifs spécifiques	Actions et/ ou pistes d'actions
5.1. Promouvoir une alimentation saine auprès des habitants	FA 16 : Promouvoir une culture de nutrition saine (alimentation et activité physique) en lien avec les programmes nationaux PNNS et PNA
5.2. Développer la pratique de l'activité physique et sportive pour tous dans un objectif de prévention et de bien-être	<p>FA 17 : Mise en place d'une Maison du Bien-Etre Sport Santé Sport Santé pour tous et Prescri'mouv en milieu rural</p> <p>FA 18 : Activité sportive, Handicap et Inclusion sociale</p> <p><i>PT : Déploiement du programme expérimental « Dites non au diabète : DND »</i></p> <p><i>PT : Création d'un parcours santé inclusif au jardin Arth (en lien avec Action Cœur de Ville)</i></p> <p><i>PT : Mobilité active en milieu rural "parc à vélos" comme enjeu de promotion de la santé</i></p>
5.3. Favoriser la reprise d'une activité physique adaptée pour les patients ayant une maladie chronique dans un objectif de prévention et de bien-être	FA 19 : Sport Santé pour tous et Prescri'mouv en milieu rural

Axe 6 : Santé psychique, Santé mentale	
Objectifs spécifiques	Actions et/ ou pistes d'actions
6.1. Améliorer le repérage et la prise en charge des personnes dans le domaine de la santé mentale et/ou à risque de souffrance psychique	<p>FA 20 : Promouvoir sur le territoire l'utilisation l'outil MAPSY et la communication sur la Santé Mentale</p> <p><i>PT : Soutien aux aidants, café des aidants</i></p>
6.2. Améliorer le repérage et la prise en charge des personnes souffrant de problématiques psychiatriques et/ou psychologiques	FA 21 : Mise en place d'un accompagnement spécifique en santé mentale de proximité en milieu rural
6.3. Soutenir les personnes malades en développant les soins de support en proximité	FA 22 : Accompagnement et Soins de support en proximité pour les personnes atteintes de cancer

Axe 7 : Environnement favorable à la santé	
Objectifs spécifiques	Actions et/ ou pistes d'actions
7.1. Améliorer le repérage et la coordination des acteurs autour des situations d'habitat ancien, indigne ou inadapté à la santé	<i>A venir</i>
7.2. Améliorer la connaissance et les savoir-faire des publics sur la qualité de l'air intérieur/extérieur	<i>A venir</i>
7.3. Sensibiliser les collectivités locales et les habitants aux agents polluants et leur conséquence pour la santé	<i>A venir</i>

Dans cette première phase, 22 fiches actions sont recensées.
 Une seconde phase est d'ores-et-déjà prévue afin d'intégrer d'autres fiches actions dès 2020.
 Ces fiches seront intégrées au présent contrat par voie d'avenant.

Partie 4

Engagements des partenaires

4.1. Financements

Les signataires du CLS-MS s'engagent à mobiliser les moyens de leurs institutions respectives permettant la mise en œuvre opérationnelle des orientations et actions du présent contrat, dans le respect de leurs champs de compétence respectifs.

Cette mobilisation des moyens se fait dans le respect des décisions prises par chaque autorité signataire et selon leurs procédures respectives (autorisation, attribution de crédits...).

4.2. Les engagements des partenaires

→ Engagement de l'Agence Régionale Grand Est

L'Agence Régionale de Santé veille à la bonne articulation entre le CLS-MS et les projets des différents acteurs qu'elle soutient sur le Pays de Saverne Plaine et Plateau.

Elle veille à anticiper la mobilisation de moyens notamment financiers permettant d'accompagner les actions retenues dans son champ de compétence, dans la limite de sa dotation budgétaire annuelle et dans le cadre des dispositifs de demande de financement existants. La recherche de mutualisations est une priorité. Les dossiers seront instruits et étudiés en lien avec les co-financeurs

Par ailleurs, l'ARS s'engage à :

- nommer un référent au sein de l'ARS,
- participer au financement de l'animation du CLS-MS par le PETR, en particulier le poste de coordonnateur du CLS à hauteur de 0,25 ETP,
- participer aux différentes instances dédiées au Projet local de santé,
- mettre à disposition exclusive des signataires des CLS-MS, des services d'appui (internes à l'ARS) ou via des opérateurs financés à cet effet tels que l'IREPS,
- participer au financement de l'animation territoriale de matière d'observation, de conduite de projet et de formation,
- inviter l'élu référent du Pays de Saverne et le coordonnateur du CLS-MS à la conférence de territoire Santé.

Elle sera vigilante concernant la visibilité des actions CLS-MS du Pays de Saverne Plaine et Plateau en assurant notamment un retour sur les actions menées, sur les dynamiques d'acteurs et en valorisant les actions de prévention et de promotion de la santé financées par l'ARS Grand Est.

→ Engagement du syndicat mixte du PETR Pays de Saverne Plaine et Plateau

De plus, le projet de territoire du Pays de Saverne Plaine et Plateau fixe comme priorité de contribuer « à un état de bien-être social et physique de la population ».

Ainsi, le syndicat mixte du PETR dans le cadre de compétence "santé" et en tant que pilote du contrat local de santé s'engage :

- A piloter l'animation du contrat local de santé :
 - par le financement à parité avec l'ARS d'un demi-ETP en charge de la coordination du CLS-MS
 - par l'animation de la mise en réseau des acteurs,
 - par l'organisation d'une journée annuelle consacrée à la mise en œuvre du CLS-MS,
 - par l'organisation de la gouvernance du CLS-MS
- A porter des projets spécifiques du CLS-MS :
 - le développement d'un projet territorial de téléconsultation
 - l'animation d'une politique territoriale et transversale de promotion de la santé : nutrition, activité physique, conditions de vie (mobilité, habitat,...), santé environnement (qualité de l'air intérieur...)...
- A intégrer dans le CLS-MS ou faire le lien avec les projets du programme "territoire de santé de demain" pour lesquels le PETR est porteur comme l'e-santé, la domotique et l'expérimentation territoriale de la méthode « Optimédis »

→ Engagements du Département du Bas-Rhin

Le Département du Bas-Rhin est un acteur incontournable de santé publique notamment dans le domaine de la prévention, en raison de ses multiples politiques sociales, de développement et d'aménagement des territoires.

Aussi en matière de santé, il exerce :

- Des compétences obligatoires : dans les domaines de la politique de protection et de promotion de la santé de l'enfant et de la famille, dans la prise en charge, l'accès aux droits et l'accompagnement de l'autonomie et du handicap, dans la veille sanitaire et la gestion des crises sanitaires en lien avec l'Agence régionale de santé, dans l'épidémiologie et l'observation de la santé, dans la formation des professionnels de santé,
- Des compétences déléguées de l'Etat : dans les domaines de la lutte contre la tuberculose, la mise en œuvre de la politique de prévention vaccinale et la prévention primaire des cancers,
- Des compétences volontaires : dans le domaine des addictions, de la lutte contre les inégalités sociales de santé par une offre de soins pour les publics les plus précaires en situation d'insertion.

Par ailleurs, le Département du Bas-Rhin développe des politiques qui impactent la santé des populations et le bien-être des individus :

- Action sur les milieux de vie : aménagement du territoire, infrastructures et équipement, transports, qualité des milieux...,
- Actions sur les conditions de vie : action sociale, logement, insertion, éducation, culture, activités sportives, politiques jeunesse et aide sociale à l'enfance...

Les personnels du Conseil Départemental sont mis à disposition et sollicités pour assurer la traduction concrète des engagements de l'institution au CLSMS à hauteur d'un quart temps.

→ Engagements de la Caisse d'Allocation Familiales du Bas-Rhin

La Caf contribue à une offre globale de services aux familles au moyen du versement des prestations légales, du financement des services et des structures ainsi que de l'accompagnement des familles.

Par référence à la convention d'objectifs et de gestion 2018- 2022 signée entre l'Etat et la branche Famille, les objectifs et engagements prioritaires de la Caf pouvant s'inscrire dans le cadre de ce CLS-MS sont les suivants :

- Développer l'offre d'accueil du jeune enfant en luttant contre les inégalités sociales et territoriales et en améliorant son efficience :
- Accompagner les parcours éducatifs des enfants âgés de 3 à 11 ans
- Soutenir les jeunes âgés de 12 à 25 ans dans leur parcours d'accès à l'autonomie :
- Valoriser le rôle des parents et contribuer à prévenir les difficultés rencontrées avec ou par leurs enfants :
- Soutenir les politiques du logement
- Contribuer à l'accompagnement social des familles et développer l'animation de la vie sociale notamment dans les territoires prioritaires
- Garantir la qualité et l'accès aux droits et services.

→ Engagements de la Mutuelle Sociale Agricole Alsace

A venir La Mutualité Sociale Agricole (MSA) assure la couverture sociale de l'ensemble de la population agricole et des ayants droit : exploitants, salariés (d'exploitations, d'entreprises, de coopératives et d'organismes professionnels agricoles), employeurs de main-d'œuvre.

Par sa forte proportion de territoires ruraux, le CLS du Pays de Saverne et Plateau permettra à la MSA d'Alsace d'intervenir auprès des populations en vue d'améliorer leur état de santé. Les priorités porteront sur les axes :

- Offre de santé, Prévention et Education Thérapeutique du Patient
- Accès à la prévention et aux soins des personnes vulnérables
- Santé des enfants, des adolescents et des jeunes
- Santé psychique et mentale.

Pour ce faire, la MSA d'Alsace peut proposer de soutenir des actions avec des programmes adaptés comme l'éducation thérapeutique du patient poly-pathologique, l'éducation à la santé familiale, la prévention de la perte d'autonomie et un parcours santé des aidants.

La MSA d'Alsace s'engage à:

- Désigner au moins un représentant pour participer au comité de pilotage et comités opérationnels, de manière à être toujours représentée
- Participer à l'élaboration, la validation et le suivi d'un plan d'action
- Mobiliser ses ressources techniques dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions du contrat qui la concerne
- Dans le respect de ses compétences et dans la limite de ses possibilités budgétaires, mobiliser ses moyens financiers permettant d'accompagner les actions retenues. Les dossiers seront instruits et étudiés en lien avec les co-financeurs, dans le cadre des dispositifs de financement existants.

→ Engagements du Conseil Régional Grand Est

En cours de validation

→ Engagements du Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle (RLAM)

Le CLS du Pays de Saverne Plaine et Plateau est en accord avec la politique de prévention menée par le RLAM. Leurs priorités se rejoignent sur les axes suivants :

- Axe 3 : L'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables ;
- Axe 4 : Santé des enfants, des adolescents et des jeunes ;
- Axe 5 : Sport santé, sport bien-être, alimentation.

La dimension régionale du RLAM et sa volonté de s'inscrire dans un travail partenarial le conduisent à co-construire et cofinancer des projets avec les autres acteurs présents sur le territoire.

Toutes les actions qui peuvent être financées par le RLAM seront présentées en Conseil d'Administration.

Lors de sa séance du 16/12/2019, le Conseil d'Administration du RLAM a voté favorablement pour participer au CLS-MS du Pays de Saverne Plaine et Plateau.

Dans ce cadre, il s'engage à :

- Être représenté aux différentes instances (au minimum aux comités de pilotage et de suivi) ;
- Consacrer une part de son budget aux actions de prévention relevant de ses priorités et se déroulant sur le territoire du CLS ;
- Consacrer des moyens humains pour le suivi et l'évaluation du CLS-MS.

→ Les engagements de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin

La prévention et la promotion de la santé ainsi qu'un accès à tous à des soins de qualité sont les priorités majeures de l'Assurance maladie.

Ainsi, la caisse primaire du Bas-Rhin s'associe de manière volontaire à la démarche entreprise sur le territoire du Pays de Saverne Plaine et Plateau.

Elle pourra participer à l'enrichissement du diagnostic, au suivi et à l'évaluation du CLS à partir de ses bases de données dans le respect du règlement général sur la protection des données.

Elle peut financer des actions de prévention sur le Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire et prend en charge les soins tels que prévus par les codes et textes régissant l'Assurance maladie.

Elle propose des services et mène des actions permettant l'accès aux complémentaires Santé, la limitation du reste à charge et du renoncement aux soins. Elle accompagne les professionnels de santé vers un exercice plus coordonné des soins et vers la transformation numérique pour une réponse en proximité.

Les engagements de la Caisse d'Assurance Retraite et la Santé au Travail (CARSAT)



Le service social de l'Assurance Maladie, porté par la CARSAT, est spécialisé en santé. Il propose un accompagnement personnalisé :

- des assurés en difficulté de santé et/ou en situation de renoncement aux soins (pour des raisons économiques, sociales, psychosociales et/ou culturelles)
- des assurés qui pourraient voir leur santé impactée par leur situation sociale et/ou l'avancée en âge notamment lors de leur sortie d'hôpital
- des assurés souffrant d'une pathologie pouvant remettre en cause leur employabilité

Aussi, la CARSAT Alsace Moselle s'associe à la dynamique territoriale créée et maintient sa volonté d'être signataire du CLS du Pays de Saverne.

La CARSAT s'engage à prendre en compte tout signalement, émanant des acteurs du CLS-MS, de personnes relevant de leurs accompagnements spécialisés et des missions évoquées ci-dessus.

→ **Les engagements de la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt Grand Est**

La DRAAF s'engage à participer à la mise en œuvre du contrat local de santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau au regard des orientations de la politique publique de l'alimentation et des dispositifs qu'elle décline au niveau territorial.

La politique publique de l'alimentation est une politique incitative gouvernementale portée par le Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation et déclinée en région par la DRAAF. Elle participe au développement des territoires de façon équilibrée et durable, en prenant en compte les situations spécifiques à chaque région.

Il s'agit d'une politique interministérielle, pluri-acteurs, pluri-thématiques et donc multidimensionnelle que les territoires s'approprient de plus en plus.

Le PNA3 (Programme National pour l'Alimentation, déclinaison opérationnelle de cette politique) et le PNNS4 (Programme National Nutrition Santé) ont été élaborés en étroite concertation entre les deux ministères concernés (Agriculture et Santé). Trois axes (la justice sociale, l'éducation alimentaire, la lutte contre le gaspillage alimentaire) et deux leviers (la restauration collective, les Projets Alimentaires Territoriaux) structurent désormais la politique nationale de l'alimentation.

Pour mettre en œuvre ces actions, la DRAAF propose des outils pédagogiques et des dispositifs de formation élaborés en partenariat notamment avec les ministères de l'Education Nationale et de la Santé. Elle contribue également au soutien des actions s'inscrivant dans les priorités du PNA par le travail partenarial engagé et les subventions versées aux porteurs de projets.

Exemples de dispositifs portés par la DRAAF, et mis à disposition des acteurs :

«les Classes du Goût», «Plaisir à la Cantine» (un dispositif adapté aux EHPAD est en cours d'expérimentation).

→ **Les engagements du Centre Hospitalier Sainte Catherine**

Le Centre Hospitalier de Saverne, acteur majeur de santé sur le territoire de Saverne Plaine et Plateau, contribue à l'élaboration du contrat local de santé médico-social en lien avec tous les partenaires engagés dans cette démarche d'ampleur.

Le représentant légal de l'établissement participe aux instances de pilotage du contrat. Des représentants des professionnels médicaux et soignants contribuent aux ateliers thématiques et à l'élaboration du plan d'actions.

Le Centre Hospitalier s'engage à poursuivre sa contribution aux travaux du CLS-MS en participant aux évolutions du contrat et à la mise en œuvre des actions définies collégalement.

→ **Les engagements de l'Hôpital de proximité du Neuenberg**

L'hôpital du Neuenberg s'inscrit dans les objectifs du CLS-MS du Pays de Saverne Plaine et Plateau et s'engage à :

- Etre représenté aux différentes instances (aux comités de pilotage et comités techniques) ;

- A participer à la mise en œuvre du CLS-MS et plus particulièrement à la réalisation de l'action « développer et structurer l'offre de formation en alternance et la VAE sur le territoire dans le secteur médico-social ».

→ **Les engagements de l'Education Nationale ?**

A confirmer

4.3. Les signataires du CLS-MS du Pays de Saverne Plaine et Plateau

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-10 et L. 1434-2 ;
Vu le décret n°2010-2514 du 18 mai 2010 relatif au Projet Régional de Santé ;
Vu l'arrêté du 8 décembre 2016 portant nomination de Monsieur Christophe LANNELONGUE en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Grand Est ;
Vu l'arrêté ARS-DIRSTRAT-DG/2018/2103 du 18 juin 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé Grand Est 2018-2028 ;
Vu la délibération n°2018-VI-09 du Comité syndical du syndicat mixte du PETR du Pays de Saverne Plaine et Plateau en date du 12/10/2018 approuvant l'élaboration du Contrat Local de Santé médico-social et autorisant son Président à le signer

Le présent contrat est conclu le 10 mars 2020 entre :

Stéphane LEYENBERGER
Président du PETR Pays de Saverne
Plaine et Plateau

Virginie CAYRE
Directrice Générale Déléguée Est
représentant M. Christophe LANNELONGUE
Directeur Général de l'Agence Régionale de
Santé Grand Est

Frédéric BIERRY
Président du Conseil départemental
du Bas-Rhin

Joël DUBREUIL,
Sous-Préfet de Saverne
représentant Mme Josiane CHEVALIER
Préfet du Bas-Rhin

Jean ROTTNER
Président du Conseil Régional du Grand Est

Elisabeth LAPORTE
Rectrice de l'Académie de Strasbourg

xxxxxxx
Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance
Maladie

xxxxxxx
Directeur de la Caisse d'Allocations
Familiales du Bas-Rhin

xxxxxxx
Directeur Général de la Mutualité Sociale Agricole

xxxxxxx
Président du Régime Local d'Alsace Moselle

xxxxxxx
Directeur de la CARSAT

Mélanie VIATOUX
Directrice du Centre Hospitalier de Saverne

xxxxxxx
Directeur de l'Hôpital de proximité Neuenberg
d'Ingwiller

ANNEXES

- ***Annexe 1 : Les Fiches-Actions du CLS-MS Pays de Saverne Plaine et Plateau***
- ***Annexe 2 : Le Diagnostic Local de Santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau***

Annexe 1 :

Les Fiches-Actions du CLS-MS Pays de Saverne Plaine et Plateau

Action n°1	Soutien et accompagnement des initiatives en santé des acteurs du territoire
------------	---

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>PETR</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Céline Fourile</i>
Acteurs identifiés	ARS Conseil Départemental 67 IREPS	
Axe stratégique du CLS	Axe 1 : Coordination des acteurs sur les stratégies d'intervention en santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le diagnostic local de santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau a relevé un besoin d'accompagnement méthodologique des acteurs du territoire afin de porter des projets de santé.</p> <p>Les réponses aux appels à projets lancés par différentes institutions n'émargent pas toujours et peu souvent, ce qui nécessite de soutenir les acteurs dans les initiatives ou dynamiques qu'ils souhaiteraient entreprendre mais ne le peuvent pas faute de connaissance technique permettant le montage de projets santé.</p> <p>Ainsi, les besoins d'accompagnement s'orientent autour des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acculturation à la définition de la santé (Prévention primaire, prévention secondaire, promotion de la santé, charte d'Ottawa...); - Méthodologie de projet en santé : Etat des lieux, définition d'objectifs, programmation, évaluation; - Accompagnement à la réponse aux appels à projets. 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input checked="" type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Un cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien. Développer les connaissances et les compétences en santé environnement <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	

Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Favoriser la coordination des acteurs sur les stratégies d'intervention en santé	
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	Faire monter en compétence tous les acteurs du territoire sur les enjeux de santé publique et la promotion de la santé	
Objectifs opérationnels	Recenser les besoins d'accompagnement des porteurs de projets. Accompagner d'un point de vue méthodologique les porteurs de projets santé. Construire un relais territorial des ressources en matière de projets de santé.	
Etapes de mise en œuvre – Description	Recensement des porteurs de projets et évaluation de leurs besoins en accompagnement méthodologique Accompagnement par l'IREPS après validation par l'ARS.	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle : <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle : <input type="checkbox"/> Ponctuelle : Début : mars 2020 Fin : décembre 2020	
Partenaires de l'action	ARS PETR Conseil Départemental 67	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Adultes (>18 ans)	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input checked="" type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input checked="" type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Pays de Saverne Plaine et Plateau	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	10 journées IREPS Temps de travail de l'animateur CLS
	<i>Financeurs et montants</i>	
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	
Déterminants de santé visés	Système de soins <input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input checked="" type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique,...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	
	Conditions de vie <input checked="" type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>)	

	<input type="checkbox"/> Normes et climat social
	Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
	Autre(s)
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect du calendrier - Respect des actions prévues/actions réalisées - Financements prévus/financements obtenus <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre de projets suivis - nombre de projets qui ont répondu à des appels à projets - nombre de projets financés - Nombre de structures qui ont bénéficié de l'accompagnement <p>Indicateur d'impact :</p> <p>Satisfaction des professionnels Nombre de réponses aux appels d'offres en santé</p> <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <p>Evaluation en interne : questionnaire aux bénéficiaires de l'accompagnement</p>

Action n° 2	Collectivités, e-santé et promotion de la santé : Plate-forme WEB SANTE du Pays de Saverne Plaine et Plateau
-------------	---

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>PETR</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Céline FOURILE</i>
Acteurs identifiés	ARS Conseil Départemental 67 MSA CARSAT Assurance maladie	
Axe stratégique du CLS	Axe 1	
Contexte et enjeux locaux	Le diagnostic local de santé a relevé un besoin d'information à plusieurs niveaux : <ul style="list-style-type: none"> - sur l'offre territoriale existante en matière de santé tant pour les professionnels que pour les habitants ; - Sur les dispositifs en cours ou existants à destination des professionnels (promotion des appels d'offres de l'ARS, actions en cours, nouvelle offre, etc...) 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention : Objectif 03.0 - Améliorer l'information et la connaissance du public en s'appuyant sur les campagnes nationales de prévention pour les maladies chroniques <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input checked="" type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Développer les connaissances et les compétences en santé environnement <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Utiliser l'outil numérique, support de <ul style="list-style-type: none"> - la coordination et l'échange des acteurs du territoire - l'animation «santé sur le territoire» 	
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	Créer et identifier un réseau d'acteurs de la santé publique/promotion de la santé sur le territoire ; Apporter un premier niveau de réponse sur les questions de l'offre de santé, l'organisation des soins et la promotion de la santé sur le territoire ;	

	Relayer l'information «santé» auprès des acteurs du territoire.	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'une plateforme sécurisée par compte utilisateur, permettant de traiter collectivement des questions reçues et apporter une réponse unifiée au dépositaire ; - Création d'une page WEB d'actualités. 	
Etapas de mise en œuvre – Description	<p>Phase de création de l'outil 2020 (Pilote : PETR)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition d'un cahier des charges de la plate-forme avec les acteurs ; - Création de la plate-forme et de la page d'actualités ; - Communication sur le lancement de la plate-forme. <p>2021 – 2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animation auprès des utilisateurs ; - Relais numérique sur les appels d'offres santé auprès des utilisateurs ; - Mise en place d'une information/relais numérique public des campagnes nationales de prévention et promotion de la santé sur la page d'actualités. 	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle : <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle : <input type="checkbox"/> Ponctuelle : Début : 2020 Fin :	
Partenaires de l'action	ARS PETR Conseil Départemental 67	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Adultes (>18 ans)	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input checked="" type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input checked="" type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Pays de Saverne Plaine et Plateau	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	4 000 €
	<i>Financeurs et montants</i>	ARS : 4 000 € en 2020
	Autres ressources mobilisables (<i>Matériel, humaine</i>)	PETR : - Mise à disposition de l'hébergement du site internet ; - Temps de travail de l'animateur CLS.
Déterminants de santé visés	Système de soins <input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique,...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	

	<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p> <p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Normes et climat social</p> <p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p> <p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p> <p>Autre(s)</p>
<p>Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p>
<p>Politiques Publiques concernées</p>	
<p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)</p>
<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect du calendrier - Respect des actions prévues/actions réalisées - Financements prévus/financements obtenus <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement de la plate-forme Web santé PSPP - Nombre de questions posées/réponses obtenues - Nombre d'actions d'information-sensibilisaion organisées vers le public visé - Nombre de structures impliquées dans l'action <p>Indicateur d'impact :</p> <p>Pertinence des réponses Satisfaction des professionnels Nombre de réponses aux appels d'offres en santé</p> <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <p>Evaluation en interne : questionnaire aux utilisateurs de la plate-forme</p>

Action n°3	Modéliser un modèle organisationnel et économique d'un « territoire de santé de demain »
------------	---

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>Pays de Saverne Plaine et Plateau</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Frédéric Terrien (dans l'attente recrutement)</i>
Axes stratégiques du CLS	De manière principale : <ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Favoriser la coordination des acteurs sur les stratégies d'intervention en santé • Axe 2 : Offres de recours aux soins, offres d'accès à des soins spécialisés sur le territoire, éducation thérapeutique du patient De manière secondaire : <ul style="list-style-type: none"> • Axe 3 : L'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables et des « invisibles » • Axe 5 : Sport Santé, Sport bien-être, Alimentation 	
Contexte et enjeux locaux	<p>Cette action s'inscrit en réponse aux constats du diagnostic local de santé, notamment en termes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vieillesse de la population qui s'accroît • Intensité des maladies chroniques • Fragilité territoriale en termes d'offre de santé <p>Ceci interroge la soutenabilité financière de notre système de soins avec comme enjeu le passage à un modèle de territoire de santé intégrée où l'innovation – technologique et organisationnelle – permet de réinvestir une partie des économies réalisées par le système de santé pour financer de nouvelles actions de santé, en particulier les actions de prévention.</p> <p>Les grands enjeux du projet sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabiliser et impliquer les patients et les communautés • Renforcer la gouvernance et responsabiliser les acteurs • Coordonner de manière transversale les services • Changer le modèle de représentation du système de santé • Créer un environnement favorable à de nouvelles pratiques <p>Il y a également un fort enjeu d'attractivité pour le territoire - rural à dominante industrielle - à la fois pour faire venir des professionnels de santé mais plus généralement une population attentive à la qualité de l'offre de santé de son territoire de vie.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 02.1 - Développer l'éducation thérapeutique du patient : Améliorer l'accès à une offre d'éducation thérapeutique notamment pour les pathologies les plus fréquentes <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Objectif 02.0 - Promouvoir et accompagner la mise en œuvre des protocoles de coopération dans le champ ambulatoire <input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Objectif 07.0 - Renforcer les coopérations des professionnels de santé pour réduire les délais d'accès aux soins <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 02.0 - Développer et soutenir les prises en charge à domicile des patients atteints de pathologies neurodégénératives	

	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Objectif 03.0 - Développer la télémédecine pour faciliter l'accès aux soins spécialisés <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Objectif 03.0 - Être en capacité d'échanger et de partager des données structurées entre professionnels de santé <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Cette action a pour objectif de modéliser un modèle organisationnel et économique d'un "territoire de santé de demain" construit par coopération entre les les acteurs et les usagers des systèmes de santé à l'échelle du PETR Pays de Saverne, plaine et plateau (3 communautés de communes rurales - 90000 habitants).
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	Ce modèle - centré sur le patient - qui vise à "produire de la santé plutôt que soigner" repose sur : <ol style="list-style-type: none"> 1. l'amélioration de l'expérience du patient dans ses relations avec les systèmes de soins, 2. de plus grands avantages en matière de santé pour la population du territoire de santé concerné, 3. une amélioration de la structure des coûts de la santé 4. et la satisfaction des professionnels de santé.
Objectifs opérationnels	-
Etapes de mise en œuvre – Description	<p><u>Travaux déjà réalisés sur le sujet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Benchmarking réalisés par le Conseil Départemental du Bas-Rhin, notamment Outre-Rhin auprès du "Gesundes Kinzigtal" qui fonctionne sur un modèle de "shared savings contract". • Production d'une note méthodologique par les développeurs du "Gesundes Kinzigtal" afin de faciliter la transposition en France de leur démarche. • Participation au consortium « territoires de santé de demain » (territoires d'Innovation PIA), le Pays de Saverne, Plaine et Plateau étant le territoire rural de préfiguration d'une démarche santé intégrée. A ce titre, l'écosystème qui émerge de la candidature "territoire de santé de demain" comporte déjà de nombreuses actions matures qui sont autant d'opportunités dont notre territoire souhaite se saisir pour améliorer l'accès à l'offre de prévention et de santé sur la partie la plus rurale du Bas-Rhin. • Diagnostic local de santé • Séminaire de travail sur les étapes et la méthodologie création d'un « territoire de santé intégrée » (Optimedis – Hamburg – nov. 2019) <p>Description de la démarche Une démarche d'animation d'une communauté d'acteurs (professionnels et patients/usagers)...</p> <p>Il s'agit d'élaborer une stratégie globale pour le territoire. Elle aboutit à une stratégie marketing qui donne une orientation générale à la population, aux intervenants et aux partenaires. Elle sert également</p>

	<input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	<input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input checked="" type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input checked="" type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Pays de Saverne, Plaine et Plateau	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	721 500€ pour 4 ans
	<i>Financeurs et montants</i>	PIA : 360 750€ (50%) PETR : 180 750€ (25%) Autres à trouver : 180 000€ (25%)
	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	Autres actions du programme « territoires de santé de demain » dont : <ul style="list-style-type: none"> • La maison du bien-être du CD67 (47). Les deux contribuent à la mobilisation et l'animation de l'écosystème local "santé" - en intégrant les bénéficiaires - et rendent plus lisible l'offre de services au profit des habitants du territoire ; • Les autres actions du pilier B pour lesquelles la communauté locale agit en tant que facilitateur pour leur déploiement sur le territoire ; • Les actions des piliers D et E qui viennent en appui du territoire, en particulier : <ul style="list-style-type: none"> ○ pilier D : living lab (39), hackathon inclusif (10), Priesm (24) et Opérateur numérique territorial (23) ○ Pilier E : gouvernance fédératrice (55), évaluation des impacts (33), déploiement territorial (67)
Déterminants de santé visés	Système de soins <input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input checked="" type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input checked="" type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	
	Conditions de vie <input checked="" type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input checked="" type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social	
	Contexte économique et politique <input checked="" type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)	

	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
	Autre(s)
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	Mobiliser les professionnels de santé dans le pilotage de l'action → nombre de professionnels de santé impliqués qui s'organisent en réseau Impliquer les citoyens patients usagers dans l'action → nombre de patients touchés par le programme Faire baisser les coûts de la santé → La définition d'une batterie d'indicateurs fait partie intégrante de la première phase de l'action

Action n° 4	Développer l'éducation thérapeutique du patient au plus proche de son domicile : maladies chroniques (diabète et ses complications cardio-vasculaires) en milieu rural et semi-rural
-------------	---

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	REDOM/UPS
	<i>Personne référente</i>	Marion STAUFFER, chef de projets
Axe stratégique du CLS	Axe 2 : Offres de recours aux soins, offres d'accès à des soins spécialisés sur le territoire, éducation thérapeutique du patient	
Contexte et enjeux locaux	<p>Au 31 décembre 2016, au sein du Pays de Saverne et Plateau, un peu plus d'une personne sur quatre (28 %) était inscrite en affection de longue durée pour l'une des pathologies chroniques ; population un peu supérieure à ce qui est observé dans le Bas-Rhin (25 %) ou Grand-Est (23 %).</p> <p>La comparaison des Taux Comparatifs de mortalité par groupe de pathologies montre des taux significativement supérieurs pour le diabète, et les maladies cardio-vasculaires (notamment cardiopathies ischémiques et artériopathies).</p> <p>L'offre d'ETP est présente, mais il existe une grande hétérogénéité territoriale quant au suivi d'un programme ETP. Les patients de la ComCom de Saverne rejoignent aisément et fréquemment un programme d'ETP, ce qui n'est pas le cas en Alsace Bossue et Hanau-Petite Pierre.</p> <p>Depuis plusieurs années, deux structures REDOM et l'Unité de Prévention Spécialisée du Centre Hospitalier de Saverne proposent des programmes d'éducation thérapeutique sur le territoire pour accompagner les patients diabétiques, obèses ou atteints de maladies cardio vasculaires. Les deux structures ont ainsi des programmes autorisés et financés par l'agence régionale de santé.</p> <p>Afin de couvrir les zones blanches d'accès à l'ETP en proximité, en milieu rural du Pays de Saverne Plaine et Plateau et plus particulièrement en Alsace Bossue, les deux structures prévoient de coordonner leurs actions respectives afin de répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention : Objectif 02.1 - Développer l'éducation thérapeutique du patient : Améliorer l'accès à une offre d'éducation thérapeutique notamment pour les pathologies les plus fréquentes <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément.	

	<input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Permettre à des patients diabétiques, obèses ou atteints de maladies cardio vasculaires d'accéder à un programme d'éducation thérapeutique au plus proche de leur domicile
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	<p>Une facilitation de l'accès aux programmes d'ETP, sans alourdir les démarches administratives et la fluidité du parcours patient ;</p> <p>Une cohérence territoriale ;</p> <p>Une mutualisation des ressources en ETP du territoire ;</p> <p>Un déploiement d'antennes délocalisées sur les ComCom Alsace-Bossue et Hanau – Petite-Pierre.</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Convention REDOM/UPS du CH de Saverne de prise en charge partagée sur le territoire d'Alsace Bossue et de Hanau Petite-Pierre. - Rencontre avec les collectivités pour mise à disposition de locaux par les communes (bureau et/ou salle de réunion) - Identification des professionnels de santé ou partenaires pour l'animation des ateliers et suivis individuels. - Identification des professionnels dans le domaine du sport pour l'encadrement des activités physiques adaptées.
Etapas de mise en œuvre – Description	<p>1. Mise en place d'une cohérence territoriale de l'Offre.</p> <p>Actuellement, l'Unité Prévention Santé propose une prise en charge à Saverne dans les locaux du centre hospitalier.</p> <p>REDOM, qui propose uniquement des prises en charge en ambulatoire a vocation de prendre en charge les patients sur la majeure partie du Bas-Rhin dont le secteur couvert par l'UPS. L'entente actuelle entre les deux structures a amené REDOM à ne pas proposer de prise en charge sur le secteur déjà couvert par l'UPS.</p> <p>Le territoire de l'Alsace-Bossue est vaste et demande aux deux structures de s'organiser pour couvrir un plus large périmètre.</p> <p>Proposition : Afin de toucher davantage de patients sur le territoire de l'Alsace-Bossue, il est prévu d'expérimenter une prise en charge partagée sur les deux structures.</p> <p>2.. Le parcours du patient.</p> <p>La prise en charge et le parcours proposé sera spécifique et propre à chaque situation et aux besoins de chaque patient.</p> <p>Nous avons imaginé une prise en charge portée par les deux structures afin de faciliter l'accès aux programmes d'ETP, sans alourdir les démarches administratives et la fluidité du parcours patient.</p> <p>3. Mutualisation des équipes/échange d'information.</p> <p>Afin de proposer une prise en charge de qualité, plusieurs professionnels sont impliqués dans le projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de santé de l'UPS ; • Les professionnels de santé de REDOM ; • Les partenaires des deux structures, pour la plupart professionnels de santé libéraux.

	<input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
	Mode de vie <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention).
	Conditions de vie <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
	Environnement social <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input checked="" type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
	Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
	Autre(s)
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	X <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	X <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<u>Evaluation propre de l'action</u> Indicateurs de processus : <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients • Nombre de patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif • Nombre de séances d'ETP réalisées pour les patients (suivis individuels et ateliers collectifs) • Nombre de partenariats mis en place avec des professionnels de santé libéraux et des professionnels du monde sportif. • Nombre de professionnels de santé intervenants dans la prise en charge en ETP. Indicateurs de résultat : Indicateur d'impact : Satisfaction des participants A 5 ans, réduction du taux comparatif de patients hospitalisé (groupe de pathologies : maladies de l'appareil circulatoire, maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques)

Méthode d'évaluation envisagée :

Evolution des Indicateurs annuels 2022 et 2024 :

- *Taux comparatif de patient hospitalisé
(pour 100 000 habitants): Source Atih*
- *Taux de patients ayant bénéficié d'un programme ETP
(pour 100 000 ALD diabète, ALD cardiopathies ischémiques)*

Action n° 5	Développer et structurer l'offre de formation en alternance et la VAE sur le territoire dans le secteur médico-social
-------------	--

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>Institut de la Fondation de la maison du Diaconat site de l'Hôpital du Neuenberg</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Pierre HUIN : Directeur des instituts de Formation pierre.huin@diaconat-mulhouse.fr Tel : 06 22 78 40 51</i> <i>Chantal SCHMIDT BIDLING : Directrice Adjointe de l'Hôpital du Neuenberg, Ingwiller (Chantal.schmidt-dibling@diaconat-mulhouse.fr)</i>
Axe stratégique du CLS	Axe 2 : Offre de santé, Prévention et Education Thérapeutique	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le Diagnostic Local de Santé a mis en évidence un manque de personnel paramédical, médico-social , notamment en EHPAD et en service d'aide à domicile. Les difficultés de recrutement sont majeures dans les ComCom d'Alsace-Bossue et Hanau La Petite-Pierre.</p> <p>Le taux de chômage chez les 15-64 ans dans le pays de Saverne Plaine et Plateau (10,6%) est largement inférieur à celui du Bas-Rhin (12,4%) et de la France (14,1%) mais s'accompagne d'une très forte inégalité Hommes-Femmes. L'accès à l'emploi des femmes est dégradé et associé à de nombreux freins (part des femmes peu ou pas diplômées, emplois des catégories socio-professionnelles non-mixtes, part des 6-10 ans scolarisés hors de la commune de résidence). Le taux de chômage est élevé pour les jeunes 15-24 ans, peu diplômés, notamment en Alsace-Bossue.</p> <p>Le diagnostic met ainsi en évidence un paradoxe : difficultés de recrutement et chômage important chez les jeunes et les femmes, peu ou pas diplômés.</p> <p>L'enjeu est de développer une offre de formation des métiers médico-sociaux et sociaux, en proximité et adaptée aux contraintes du territoire.</p> <p>Dans ce contexte, et fort de l'expérience dans le Haut-Rhin, l'Institut de Formation de la Maison du Diaconat a initié sur le site d'Ingwiller une offre de formation qui pourrait répondre aux besoins du territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en œuvre d'une formation en apprentissage pour les métiers conduisant aux diplômes d'état d'aide-soignant et d'Accompagnant Educatif et Social (anciennement AVS, AMP) ; - mise en œuvre en partenariat avec la Région Grand-Est d'un dispositif d'accompagnement des salariés dans le cadre d'une VAE spécifique (dénommée VAE Hybride) afin de valoriser davantage l'expérience et la formation des candidats. <p>L'Institut de Formation du Diaconat a également conçu une formation ASH « EHPAD » pour les personnes sans expérience ou les demandeurs d'emploi.</p> <p>De surcroît, l'institut est agréé pour mettre en place la formation AES (anciennement AVS) tant en formation initiale, qu'en apprentissage et qu'en formation continue. Il est également autorisé à dispenser les 3 types de spécialités AES (collective, domicile, scolaire). Ces deux formations pourraient également être mise en place sur le territoire, selon les besoins identifiés.</p>	

<p>Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS</p> <p><input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS</p>
<p>Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3</p>	<p><input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3</p>
<p>Objectif général (si indiqué)</p>	<p>Renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels des secteurs libéral, hospitalier, médico-social et aide à la personne</p>
<p>Objectifs spécifiques (si indiqué)</p>	<p>Faciliter l'installation sur le territoire de professionnels du secteur médico-social / services d'aide à la personne</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<p>Promouvoir et mettre en place une offre de formation en sur le territoire pour les métiers « aide-soignant et accompagnant éducatif et social », en proximité, selon 2 voies de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'apprentissage pour les personnes de moins de 30 ans : - La validation des acquis pour les professionnels en exercicE (ASH, AVS...)
<p>Etapas de mise en œuvre – Description</p>	<p>Phase A : 2020</p> <p>Pour promouvoir l'ensemble des dispositifs qui pourraient être mis en place sur le Pays de Saverne Plaine et Plateau, l'Institut de Formation du Diaconat, site d'Ingwiller, a imaginé un important dispositif de sensibilisation et d'information.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des employeurs et plus particulièrement des EHPAD, SSIAD... Sur la formation en apprentissage et la VAE Hybride (ce type d'action a déjà été déployée sur le secteur 68 avec de bons résultats, notamment la mise place d'une formation d'AS en apprentissage spécifique aux EHPAD (25 apprentis), et la rencontre des professionnels pour expliquer le concept de VAE Hybride ; - Des jeunes en terminales Baccalauréat ASSP/SAPAT pour présenter les métiers et expliquer les différents dispositifs et plus particulièrement l'apprentissage ; - Une rencontre avec les agents de Pôle Emploi et/ou des missions pour expliquer les différents dispositifs de formation ; <p>L'Institut de Formation de la Maison du Diaconat est disposé à étudier la mise en place d'un numéro d'appel unique pour répondre aux demandes des candidats et/ou employeurs sur le dispositif VAE.</p>

		<p>métrage sur l'apprentissage Aide-soignant en territoire, Roll up de promotion Pays de Saverne Plaine et Plateau, Impression de Flyers)</p> <p>- Réunions des acteurs du territoire</p> <p>25 000 € Institut de Formation du Diaconat</p>
	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	Soutien logistique (PET, Hôpital Ingwiller), Locaux (Municipalités, ComCom, PETR), Humains (Fondation du Diaconat)
Déterminants de santé visés	<p>Système de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique)</p> <p><input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Efficacité et sécurité</p>	
	<p>Mode de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)</p>	
	<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p>	
	<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Normes et climat social</p>	
	<p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p>	
	<p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p>	
	<p>Autre(s)</p>	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	<i>Plan Grand-Age et Autonomie</i>	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez) Municipalités	

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions de communications réalisées - Nombre de réunions Comité de Pilotage <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes accedant à une formation - Nombre de personnes installées sur le territoire à l'issue de la formation <p>Indicateur d'impact :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de vacances d'emploi en EHPAD - Taux de vacances d'emploi Service d'Aides à Domicile - Taux de vacances d'emploi SSIAD <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <p>Bilan annuel des formations Enquête annuelle auprès des structures</p>
---	---

Action n° 6	Déploiement territorial de la politique nationale vaccinale via l'information et la sensibilisation des acteurs et de la population
-------------	--

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>PETR</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Celine Fourile</i>
Axe stratégique du CLS	Offre de santé, Prévention et Education Thérapeutique	
Contexte et enjeux locaux	<p>Renforcer la couverture vaccinale est un enjeu de santé publique.</p> <p>En territoire rural, qui représente une grande partie du Pays de Saverne Plaine et Plateau, l'isolement et la faible densité médicale représente un frein à une sensibilisation des populations à la vaccination.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.4 - Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé chez l'enfant et l'adolescent : Garantir le succès de la politique vaccinale nationale <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Renforcer la couverture vaccinale	
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>		
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Relayer en proximité les campagnes nationales sur la vaccination ; - Réaliser chaque année une ou plusieurs actions sur le thème de la vaccination en complément des campagnes nationales ; - Déployer l'expérimentation régionale sur la vaccination HPV. 	
Etapas de mise en œuvre – Description	<p>2020 : mise en place d'un groupe projet réunissant les partenaires.</p> <p>Phase A : 2020-2022 : Expérimentation vaccination HPV des jeunes filles de 11-13 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information/formation et sensibilisation des professionnels de santé ; - Envoi par l'assurance maladie d'une information aux parents ; - Organisation par la Ligue contre le Cancer et Centre Socio Culturel de 	

	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	Locaux, personnels des collectivités Bénévoles de la Ligue Contre le Cancer Professionnels de santé
Déterminants de santé visés	Système de soins <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	
	Conditions de vie <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input checked="" type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social	
	Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)	
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation	
	Autre(s)	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées		
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez) Evènements autour de la vaccination choisis et portés par les associations et les municipalités	

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p><i>Indicateurs de processus :</i> <i>Nombre d'acteurs du territoire ayant participé aux réunions d'informations</i> <i>Nombre de public ayant participé à la journée « Santé en Territoire »</i></p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i> <i>Nombre d'événements initiés en territoire</i> <i>Nombre de réunions d'informations</i> <i>Nombre de Collectivités ayant relayé les campagnes nationales</i></p> <p><i>Indicateur d'impact :</i> <i>Evaluation de la couverture vaccinale à 5 ans sur les 3 Communautés de Communes</i></p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> <i>Données Santé Publique France</i></p>
---	---

Action n°7	Expérimenter le dispositif d'Appartements de Coordination Thérapeutique à Domicile en milieu rural
------------	---

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input checked="" type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	ARSEA GALA
	<i>Personne référente</i>	Sami BARKALLAH et Florence KLEIN
Axe stratégique du CLS	Axe 3 : Accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables	
Contexte et enjeux locaux	<p>La zone de proximité de Saverne se caractérise par une part importante d'ouvrier et une part relativement faible de cadres. La proportion de foyers fiscaux non imposable est plus marquée que dans les autres zone de proximité du département. Pour autant, le taux de chômage de la zone est très faible. On constate par ailleurs un pourcentage de mères de moins de 20 ans assez important comparativement à la moyenne départementale.</p> <p>Selon le DLS du Pays de Saverne Plaine et Plateau, l'indicateur de défaveur social (fdep) met en évidence des disparités socio-économique sur le territoire.</p> <p>Au total, 45 communes ont un indice de défaveur social marqué avec une situation plus défavorable sur la Communauté de Communes d'Alsace Bossue.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Déploiement d'une offre d'ACT en milieu rural	
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	Améliorer le repérage et la prise en charge des personnes éloignées de la santé	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> La mise en place d'un réseau territorial concernant la prise en compte des situations de précarité et notamment les personnes souffrant de pathologie chronique ; L'information sur le territoire concernant la problématique précarité/santé/logement. 	

<p>Etapas de mise en œuvre – Description</p>	<p>1) Mise en œuvre de places d'expérimentation d'accompagnement à domicile :</p> <p>Proposition d'un accompagnement global de proximité via des visites à domicile à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La régularisation des droits, des prestations indispensables ; - L'organisation de l'accès aux soins et la coordination médicale ; - L'entretien du logement et la gestion des besoins de première nécessité ; - Le développement du lien social de proximité afin de créer des conditions de maintien et d'épanouissement stables dans l'habitat. <p>Différentes étapes dans l'étude, puis l'accompagnement des bénéficiaires (étude administrative du dossier, entretien Préalable, commission d'admission, l'admission, l'accueil, point médico-social et partenarial, préparation du projet personnalisé, mise en place de l'accompagnement).</p> <p>Mise en place d'une coordination pluridisciplinaire autour de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La coordination médicale (lien avec le réseau de soin, prise de rendez et accompagnement physique, observance...) ; - L'ouverture ou la restauration des droits sociaux ; - La gestion de la vie quotidienne (aide à domicile, portage des repas,...) - L'éducation thérapeutique ; <p>Les interventions auront lieu à domicile, dans les bureaux de GALA, par téléphone ou lors d'accompagnement extérieur.</p> <p>En outre, les usagers pourront bénéficier des activités collectives culturelles et de loisirs déjà organisées par le service pour les résidents des ACT.</p> <p>Au vu du secteur d'intervention rural et le fait que les lieux d'habitation peuvent se situer sur des secteurs actuellement non couverts et éloignés des bureaux des ACT généralistes (parc immobilier des ACT de Strasbourg pensé sur une logique de proximité), un minimum d'une visite à domicile par quinzaine sera assuré et adapté en fonction de chaque situation, en plus des entretiens aux bureaux possibles et des contacts téléphoniques.</p> <p>2) Mutualisation de locaux en lien avec des partenaires locaux.</p> <p>Afin d'optimiser au maximum nos déplacements tout en sécurisant et en garantissant la qualité de la prise en charge, GALA s'appuiera sur son antenne de Saverne et sur la recherche de mutualisation de locaux des partenaires de proximité (mairies, UTAMS, CCAS, autres établissements de l'ARSEA) dans certains villages (comme pour les autres services à GALA).</p> <p>Nous proposerons différentes étapes dans l'étude, puis l'accompagnement des bénéficiaires (étude administrative du dossier, entretien Préalable, commission d'admission, l'admission, l'accueil, point médico-social et partenarial, préparation du projet personnalisé, mise en place de l'accompagnement).</p> <p>La coordination pluridisciplinaire se mettra en place autour de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La coordination médicale (lien avec le réseau de soin, prise de rendez et accompagnement physique, observance...) - L'ouverture ou la restauration des droits sociaux
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - La gestion de la vie quotidienne (aide à domicile, portage des repas, ...) - L'éducation thérapeutique <p>Les interventions auront lieu à domicile, dans les bureaux de GALA, par téléphone ou lors d'accompagnement extérieur.</p> <p>En outre, les usagers pourront bénéficier des activités collectives culturelles et de loisirs déjà organisées par le service pour les résidents des ACT.</p> <p style="text-align: center;">1) Coordination d'un réseau local de professionnels en vue de la stabilisation de la personne</p> <p>L'équipe, en accord avec les souhaits du bénéficiaire, s'attachera à retisser un réseau local de professionnels bienveillant et soutenant, susceptible de conforter dans la durée la stabilisation de la situation de la personne : infirmier à domicile, médecin traitant, intervenants et prestataires médicaux et paramédicaux, travailleurs sociaux de secteur, aides à domicile, dispositifs de soutien spécifique, association caritative.</p> <p>La recherche d'une personne ressource, qu'elle soit professionnelle, familiale ou amicale sera favorisée et pourra être introduite dans l'accompagnement de l'utilisateur, avec son accord.</p> <p>La coordination de l'ensemble de ces acteurs et intervenants sera alors le fondement de l'action développée par les services.</p> <p style="text-align: center;">2) Communication et identification des besoins de ce territoire</p> <p>L'expérimentation du dispositif ACT à domicile n'étant pas fléchée sur le territoire du Pays de Saverne mais de manière générale sur les territoires de nature plutôt rurales en priorités (10 places au total), l'ARSEA GALA veillera à communiquer auprès de acteurs du territoire sur les possibilités de places et à être attentif aux besoins de ce territoire concernant ce dispositif.</p> <p>Il fera ainsi remonter les besoins en la matière auprès de l'Agence Régionale de Santé mais aussi de la DDCS dans le cadre de la remontée des besoins annuelle.</p>	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle : <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle : <input type="checkbox"/> Ponctuelle : Début : janvier 2020 Fin : Décembre 21	
Partenaires de l'action	CH, UTAMS et CCAS de Saverne, l'ARS et les associations locales	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Adultes (>18 ans)	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Pays de Saverne Plaine et Plateau	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	176 800 € ACT à domicile (financement pour 10 places sur le département 67) ACT généraliste à financer
	<i>Financeurs et montants</i>	ARS
	Autres ressources mobilisables	Mutualisation des emplois et des compétences du personnel d'encadrement, administratif et technique,

	(Matériel, humaine)	pour limiter les coûts et rationaliser les compétences. Les salariés bénéficieront de bureaux propres au sein du siège de l'établissement GALA et l'antenne de Saverne.
Déterminants de santé visés	Système de soins	<input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input checked="" type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input checked="" type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
	Mode de vie	<input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
	Conditions de vie	<input checked="" type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
	Environnement social	<input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input checked="" type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
	Contexte économique et politique	<input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
	Conditions socio-économiques	<input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
	Autre(s)	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées	PRAPS	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)	

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Mise en place d'éléments statistiques pour évaluer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de places créées • Le nombre de demandes déposées • Le nombre de personnes ayant bénéficié d'éducation thérapeutique • Le nombre de personnes accompagnées • Le profil des personnes accompagnées (sexe, typologie des ménages, situation initiales, pathologies) • L'origine de l'orientation • La situation socio-économique des ménages à l'entrée et à la sortie • Les conditions de logement • Le nombre de maintien dans le logement • Le nombre de personne accompagnée ayant un médecin traitant • L'accès aux droits sociaux à l'entrée et à la sortie • La durée moyenne de l'accompagnement • Les motifs de l'arrêt de l'accompagnement • La situation à la sortie du dispositif • Le nombre de conventions ou de partenariats signés avec le secteur hospitalier, des structures médico-sociales, des établissements sociaux, des associations caritatives, ou des administrations publiques • Le nombre d'entretien dans le cadre de l'accompagnement médico-social • Le nombre d'ateliers ou moments de convivialité organisé autour des bénéficiaires <p>Mise en place d'un questionnaire de satisfaction à destination des personnes accompagnées et des partenaires ; Rapport d'activité annuel.</p>
---	--

Action n°8	Déploiement d'une équipe mobile et d'une culture en Réduction des Risques et des Dommages sur le territoire
------------	--

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<ul style="list-style-type: none"> - CSAPA du centre hospitalier de Saverne - Association Ithaque
	<i>Personne référente</i>	<i>Marie-Louise BONNEWITZ</i> <i>Gauthier WAECKERLE</i>
Axe stratégique du CLS	Axe 3 : Accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables	
Contexte et enjeux locaux	<p>Selon le portrait de territoire réalisé par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la région Grand Est se démarque de la moyenne nationale par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une surconsommation féminine du tabac et une surmortalité globale liée au tabac ; • Une consommation d'alcool se situant dans la moyenne avec cependant de fortes disparités intra-égionales en terme de conséquences sanitaires ; • Une présence importante d'héroïne et de cocaïne dans la région avec des décès par surdose et des ventes de traitements de substitution beaucoup plus élevés que la moyenne nationale, notamment en Alsace et en Lorraine ; • Une absence de prise en charge coordonnée des personnes présentant des troubles addictifs. <p>Selon le Projet Régional de Santé Grand Est 2018-2028, une des priorités est de « renforcer la mobilité tant géographique (consultations avancées, équipes mobiles, pratiques hors les murs...) que psychologique des équipes (prise en compte de la personne là où elle en est de sa trajectoire et co-construction de son projet d'accompagnement sur la base de son expertise ; adaptation des dispositifs aux besoins et attentes des personnes ; impulsion de lieux d'accueil à haut seuil de tolérance ; interprétariat...) »</p> <p>Sur le périmètre du Pays de Saverne Plaine et Plateau, l'offre de soins en matière d'addiction est incomplète et peu adaptée aux particularités du territoire (densité médicale, transports, ruralité etc). Malgré la présence d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), présent à Saverne en intra-hospitalier et une microstructure avec les Dr NOOS et Dr WACK, présente à Hochfelden, l'offre est concentrée sur une partie du territoire (Saverne) et il n'y a pas d'offre de réductions de risques et de dommages (CAARUD) orientée vers la réduction des risque.</p> <p>La problématique de densité médicale présente sur une partie du territoire ne permet pas de développer les microstructures.</p> <p>Un diagnostic réalisé auprès des pharmacies du secteur sur le nombre de kits délivrés a ainsi permis de constater que les consommations sont existantes sur le territoire, également en zone plus rurale. Ainsi un public échappe au suivi du CSAPA et ne permet pas de bénéficier de l'offre de réduction des risques.</p> <p>Les résultats de cette enquête portent sur la distribution/vente de kit steribox, seringues et traitements de substitution aux opiacés (TSO).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pharmacie de la Gare à Saverne : 96 kits par mois et 80 seringues à 	

	<p>l'unité par mois, traitements de substitution aux opiacés (TSO) délivrés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pharmacie du Poisson à Saverne : 25 kits par mois et TSO ▪ Pharmacie du Lion à Saverne : 20 kits par mois et 2 000 gélules de méthadone 20 mg par an ▪ Marlenheim : plus de 10 kits par mois et des TSO ▪ Monswiller : pas d'activité de RdR ▪ Dettwiler : 6 kits par mois et 5 personnes sous TSO dont une sous méthadone ▪ Marmoutier : 10 kits par mois, 10 personnes sous TSO, ▪ Steinbourg : pas d'activité de RdR ▪ Westhoffen : pas de kits mais quelques personnes sous TSO ▪ Wasselonne : entre 6 et 7 kits par mois, des personnes sous TSO ▪ Sarre-Union : délivrait 100 kits par mois mais actuellement 3 par mois ▪ Drulingen : 2 pharmacies : l'une n'a pas d'activités RDR, l'autre délivre beaucoup de TSO mais pas de matériel de RdR ▪ Diemeringen : pas d'activité RdR <p>Les usagers sont souvent isolés, pas toujours motorisés et résident sur un territoire étendu, peu desservi par les transports en commun, de plus l'anonymat est difficile à préserver dans des villes de petite taille et dans les villages.</p> <p>Par ailleurs, parmi les usagers figurent également des publics insérés qui ne fréquentent pas ou très peu le CSAPA par crainte d'être stigmatisés dans des lieux fixes.</p>
<p>Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) <i>(lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
<p>Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3
<p>Objectif général <i>(si indiqué)</i></p>	<p>Afin de développer « l'aller vers » et dans une optique de RDRD, nous souhaitons intensifier le partenariat entre le CSAPA de Saverne et l'association Ithaque et étendre l'unité mobile RDRD de cette dernière sur le territoire de Saverne en développant une équipe mobile mixte (Ithaque et CSAPA de Saverne) itinérante, à travers 2 demi-journées par semaine. Les sites de Saverne et Wasselonne sont envisagés.</p> <p>Cette unité mobile aura pour mission d'aller au-devant des personnes qui ne viennent pas dans les structures existantes. Ces dernières sont, soit des personnes en grande précarité, soit des personnes insérées qui craignent la</p>

	<p>stigmatisation, soit des personnes qui n'ont pas connaissance ou n'ont pas la possibilité d'accéder à un CAARUD.</p> <p>L'étroite articulation des professionnels des CSAPA de Saverne et d'Ithaque nous paraît essentielle pour favoriser l'ancrage au niveau local, pour faciliter le travail en proximité et les parcours, notamment les relais vers les dispositifs de soins du territoire.</p> <p>Il s'agira également de développer une culture RDRD au sein de l'établissement hospitalier de Saverne et le travail en réseau ainsi que la coordination avec les différents partenaires rencontrant des usagers de substances psychoactives.</p>
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	Réduire les conduites addictives et les conduites à risques
Objectifs opérationnels	<p>Information et conseils en matière de consommations de substances psychoactives en vue de la réduction des risques et de dommages ;</p> <p>Avoir une démarche « d'aller vers » en allant à la rencontre des publics ;</p> <p>Accompagner vers les structures de soins le cas échéant ;</p> <p>Proposer le dépistage (VIH, VHB, VHC) ;</p> <p>Former à la réduction des risques et des dommages les acteurs du territoire.</p>
Etapes de mise en œuvre – Description	<p style="text-align: center;">1. Constitution d'une équipe mobile de Réduction des Risques et des Dommages</p> <p>Cette équipe sera constituée d'infirmiers, d'un travailleur social et d'un médecin, sillonnant le territoire, à raison de 2 demi-journées par semaine, pour rencontrer, dans le lieu de leur choix, les personnes en demande et les partenaires concernés. L'unité mobile stationnera régulièrement dans différents lieux. Il est envisagé de proposer un programme d'échange de seringues en pharmacie, et ainsi de mettre à disposition des usagers via les pharmaciens du matériel de RDRD et récupérer le matériel usagé le cas échéant.</p> <p>Cette intervention se fera selon différentes modalités, sur demande sur demande des usagers (appel téléphonique, internet,...) et sur orientation des partenaires.</p> <p>Les missions de l'Equipe mobile RdRD sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés aux usages de substances psycho-actives, dont notamment les contaminations VIH, VHB et VHC, par la dispensation d'information et de conseils, la mise à disposition de matériel de réduction des risques, le développement du dépistage et de la prévention. • Favoriser l'émergence d'une demande de soins et d'accompagner le cas échéant vers les dispositifs de soins du territoire, notamment le CSAPA de Saverne et la médecine de ville. • Instaurer de façon régulière des temps de rencontre et d'échanges autour de situations cliniques avec les différents acteurs et professionnels du territoire rencontrant des personnes usagères de substances psychoactives. • Une utilisation plus fréquente de matériel neuf pour l'injection, permettant ainsi de réduire les risques infectieux, • Une meilleure orientation des usagers vers le réseau de soins spécialisés,

- Un accès facilité au dépistage (VIH, hépatites...),
- La transmission de messages de prévention et la diffusion de supports d'information.

2. Identification de lieux de stationnement stratégiques

En fonction des besoins et en lien avec les collectivités locales (mairies, etc), l'équipe mobile veillera à stationner le camping-car de manière discrète et permettant d'assurer la confidentialité des passages des personnes. Il s'agit alors de trouver des lieux stratégiques permettant l'accessibilité et permettant ainsi un bouche à oreille des usagers favorisant l'utilisation du dispositif.

- **Mise en place de programmes d'échanges de seringues en pharmacies**

Le partenariat avec des pharmaciens permet de développer de nouveaux points de distributions d'outils de RDR mais aussi de travailler sur leurs liens avec les publics, de les sensibiliser à la RDR et de les valoriser comme acteurs de santé publique jouant un rôle de facilitateur d'accès aux soins et de prévention des transmissions de pathologies virales.

- **Travail de facilitation de l'accès aux dépistages, à travers :**

La passation de Fibroscan et de TROD (tests rapides à orientation diagnostique) dans l'unité mobile, ou l'orientation pour ce faire vers le CSAPA de Saverne.

Une prise de contact avec le médecin traitant du patient en cas de sérologie positive, ainsi que l'envoi des résultats de chaque Fibroscan aux médecins ayant adressé leurs patients à l'unité mobile ou au CSAPA. Les résultats seront remis également à chaque patient.

Un accompagnement par l'équipe mobile en pré test TROD, ainsi qu'en post test en cas de TROD positif.

- **Formation à la réduction des risques et des dommages des professionnels du territoire :**

Des sessions seront organisées au CSAPA de Saverne, mais aussi dans des lieux de proximité lors de soirées.

Ces formations sont destinées notamment aux professionnels du champ sanitaire et médico-social, et à tout autre partenaire du territoire qui en ferait la demande (champ de l'insertion, formation, social etc..), l'idée étant de sensibiliser et de former les professionnels au question de RDRD mais aussi à des thématiques liées aux addictions.

Les intervenants seront les professionnels du CSAPA de Saverne et d'Ithaque, et toute autre personne ressource nécessaire.

Dans une seconde phase, il s'agira de développer cette culture en matière de réduction des risques et des dommages en sensibilisant plus largement l'ensemble des acteurs de proximité du territoire au-delà des champs sanitaire et médico-social (collectivités territoriales, services sociaux, gendarmeries, entreprises,etc).

	<p>Conditions de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de travail</p> <p>Environnement social</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Normes et climat social</p> <p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p> <p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p> <p>Autre(s)</p>
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 PRS Grand-Est 2018-2028
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de contacts et de consultations réalisés par l'équipe mobile - Communes touchées - Caractéristiques du public rencontré - Nombre de passages/contacts - Nombre et types d'accompagnements réalisés - Quantité et nature du matériel distribué - Nombre de pharmacies participantes au PES - Nombre de TROD réalisés - Nombre d'usagers ayant accédé au fibroscan - Partenaires impliqués - Les orientations sociales et médicales réalisées - Les orientations abouties en terme d'accès aux droits et aux soins

Action n° 9	Mise en place d'une Equipe Mobile Santé Précarité (EMSP)
-------------	---

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	CD 67
	<i>Personne référente</i>	Nathalie THOMAS : Infirmière Cadre de Santé Responsable d'équipe
Axe stratégique du CLS	Axe 3 : Accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables	
Contexte et enjeux locaux	<p>20 % des personnes rencontrées dans les UTAMS sont confrontées à une problématique de santé.</p> <p>L'EMSP, composée de 8 professionnels infirmiers répartis sur l'ensemble des territoires du département, a été créée en 2018 et s'inscrit dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté pour améliorer la prise en compte des problématiques de santé des personnes en situation de précarité.</p> <p>Le diagnostic local de santé montre un taux élevé de bénéficiaires du Revenu de Solidarité notamment dans le QPV de Saverne, et le territoire d'Alsace Bossue. Le taux d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile est plus élevé dans les CC les plus rurales du département (6,6 %). Enfin, le taux de familles bénéficiaires d'une prestation de la CAF est de 10 à 15 % (selon les ComCom) supérieur à celui du Bas-Rhin.</p> <p>Ces personnes en situation de précarité sociale se retrouvent éloignées du système de santé dans un territoire où l'offre de soins est peu accessible en proximité (territoire rural, accessibilité géographique, densité médicale). Le principe de l'action Equipe Mobile Santé Précarité est d'aller vers cette population, et de les accompagner pour une prise en charge optimisée de leur problématique santé.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention - Objectif 03.0 - Améliorer l'information et la connaissance du public en s'appuyant sur les campagnes nationales de prévention pour les maladies chroniques <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social - Objectif 03.0 - Construire un cadre méthodologique pour développer les actions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux publics en difficulté <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément.	

	<input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Faciliter l'accès à la prévention, aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité au travers d'actions individuelles et collectives réalisées par une équipe infirmier(e)s dans les territoires
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	Faciliter la mobilité et/ou l'aller vers pour l'accès à la santé
Objectifs opérationnels	<p>1. Faciliter la mobilité ou l'aller vers pour l'accès à la santé</p> <p>Faciliter l'accès à la prévention, aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité au travers d'actions individuelles et collectives réalisées par une équipe infirmier(e)s dans les territoires</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> renforcer le partenariat entre le réseau social et le réseau sanitaire. <input type="checkbox"/> favoriser l'accès à la prévention, aux soins et aux droits. <input type="checkbox"/> apporter un soutien aux professionnels du champ social en matière de santé. <p>2. Réduire les conduites addictives et les conduites à risques : à l'occasion des consultations infirmières individuelles, l'infirmière aborde la question des conduites addictives et des conduites à risques et peut orienter les personnes vers des structures adaptées.</p> <p>3. Favoriser l'accès à l'éducation à la santé et à la prévention primaire</p>
Etapas de mise en œuvre – Description	<p>Depuis le 1^{er} juillet 2019, déploiement de l'activité sur le territoire. L'infirmière est présente 2 journées par semaine sur le territoire : le mardi à l'UTAMS de Saverne et le jeudi au CMS de Drulingen.</p> <p>La mobilité et « l'aller vers » sont des principes de fonctionnement de l'EMSP</p> <p><u>Phase A début 2020 : Développement de l' »aller vers » sur le territoire</u> Mise en place de consultations individuelles au sein des Centre Médicaux-Sociaux de proximité sur le territoire</p> <p>L'infirmière propose des consultations individuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'occasion de permanences dans les CMS (Saverne et Drulingen) mais pourra se déplacer dans des CMS secondaires, au plus proche des usagers. - sous la forme d'accompagnement physique de personnes sur des lieux de consultation, en cas de besoin, pour des personnes qui ont des difficultés physiques et/ou psychiques pour se déplacer : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> levier visant à enclencher une démarche de soin <input type="checkbox"/> peut permettre d'initier un parcours de soin <input type="checkbox"/> l'autonomisation de la personne étant favorisée et/ou travaillée - sous la forme de visites à domicile, si besoin, afin d'évaluer la situation de la personne dans son milieu de vie habituel et/ou pour les personnes qui ont des difficultés physiques et/ou psychiques pour se déplacer <p><u>Phase B début 2021 : Mise en place par l'EMSP d'actions collectives de promotion et d'éducation à la santé</u> auprès de groupes constitués en</p>

	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
	Autre(s)
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	<i>Stratégie Nationale contre la Pauvreté</i>
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de consultations infirmières : <ul style="list-style-type: none"> - au CMS - sous la forme de visites à domicile - sous la forme d'accompagnements physiques et nombre de personnes concernées • Nombre d'accompagnements physiques réalisés ; • Nombre de personnes ayant entamé des démarches de soins • Nombre d'actions collectives d'éducation à la santé réalisées et nombre de personnes concernées ; • Actions mises en œuvre pour échanger entre professionnels sur des situations ayant une problématique liée à la santé ; • Nouveaux réseaux/partenariats développés.

Action n° 10	Elaboration et mise en place d'une formation e-learning sur les maladies neuro-dégénératives des acteurs de proximité (soignants et aidants professionnels) en milieu rural
--------------	--

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>Croix-Rouge Alsace</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Madame HENCK, Directrice</i>
Axe stratégique du CLS	Axe 3 : L'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables : Accompagner les personnes en perte d'autonomie au domicile	
Contexte et enjeux locaux	<p>Les structures de prise en charge à domicile du territoire ont mis en évidence une difficulté à accompagner les patients atteints de maladies neurodégénératives (incidence élevée sur le territoire comme dans le Bas-Rhin) dans un territoire où la densité médicale et paramédicale est faible.</p> <p>Les difficultés sont liées à une faible connaissance sur les besoins spécifiques de ces maladies, une difficulté à mobiliser les médecins peu nombreux sur la montée en compétences, un isolement géographique des professionnels, notamment les aidants professionnels et un éloignement géographique des propositions de formation, propositions très sectorisées par type d'emploi.</p> <p>Pour répondre aux besoins locaux, les porteurs souhaitent élaborer et expérimenter un programme de formation adaptée aux contraintes du territoire rural.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 02.0 - Développer et soutenir les prises en charge à domicile des patients atteints de pathologies neurodégénératives <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectif général (si indiqué)	Elaborer et diffuser une offre de formation accessible facilement à distance (modules e-learning, réunion webinaire) en territoire rural aux professionnels accompagnant à domicile des patients atteints de maladies neurodégénératives.	
Objectifs spécifiques (si indiqué)	A l'issue de la formation le professionnel pourra prendre en charge de manière	

	<input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Adultes (>18 ans) aidants familiaux	<input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	ComCom Alsace-Bossue et Hanau La Petite-Pierre	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	10 000 €/an
	<i>Financeurs et montants</i>	Croix Rouge Française : 5 000 € euros/an sur trois ans PETR ARS : 5 000 €/an
	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	Locaux mis à disposition par collectivités
Déterminants de santé visés	Système de soins <input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input checked="" type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	
	Conditions de vie <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social <input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social	
	Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)	
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation	
	Autre(s)	
	Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées		
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)	

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Evaluation kirpratik de la formation Indicateurs de processus : Nombre de professionnels formés</p> <p><u>Méthode d'évaluation envisagée de l'accompagnement via la formation :</u></p> <p>Indicateurs résultat et impact : Baseline TO (avant formation, puis 3 mois, 6 mois et un an après la formation du professionnel)</p> <p><i>Indicateur de résultat :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Echelle de satisfaction des professionnels de l'apport de la formation <p><i>Indicateur d'impact :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Echelle de satisfaction des patients pris en charge - Echelle de satisfaction des familles de patients - Echelle de satisfaction du médecin traitant
---	---

Action n° 11	Renforcer l'antenne de la PMI de Saverne pour un meilleur accompagnement et prévention précoce auprès des jeunes enfants et de leurs parents
--------------	---

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>Département</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Cécile SIMON</i>
Axe stratégique du CLS	Axe Santé des enfants, des adolescents et de jeunes	
Contexte et enjeux locaux	<p>L'amélioration du taux de visites pré-natales constitue une priorité nationale (indicateur OVQ). De la même façon la promotion de la santé dès le plus jeune âge et le bien-être des enfants (0-2 ans) constitue un axe fort de la politique de protection maternelle et infantile.</p> <p>Le diagnostic local du conseil départemental montre la nécessité de renforcer la prévention précoce en général et de cibler notamment des populations plus en risque de vulnérabilité : jeunes mères dont on sait que 15 % sont concernées par une dépression post-partum, public aux droits incomplets, personnes vivant sur les aires d'accueil des gens du voyage, jeunes parents d'enfants en néonatalogie (prématurés).</p> <p>Le diagnostic local de santé montre un taux élevé de bénéficiaires du Revenu de Solidarité notamment dans le QPV de Saverne, et le territoire d'Alsace-Bossue. Enfin, le taux de familles bénéficiants d'une prestation de la CAF est de 10 à 15 % (selon les ComCom) supérieur à celui du Bas-Rhin. De surcroît, le pays de Saverne Plaine et Plateau est constitué d'un nombre importants de communes à indice de pauvreté élevé. Enfin, une nouvelle population émerge, les familles demandeurs d'asile ou à droits incomplets</p> <p>Or, le territoire dispose de peu de ressources médicales, notamment pédiatriques.</p> <p>L'enjeu local est ainsi de renforcer les moyens de l'équipe de Protection Maternelle et Infantile (PMI) localisée à Saverne, et couvrant le territoire du Pays de Saverne Plaine et Plateau.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.1 - Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé chez l'enfant et l'adolescent : Mettre en œuvre, dans les lieux de vie des enfants et des adolescents, un plan d'actions coordonnées visant leur bien-être et leur développement <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	

	<input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
	Mode de vie <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
	Conditions de vie <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
	Environnement social <input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input checked="" type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
	Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
	Autre(s)
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	<i>Enfance jeunesse famille, prévention et bien-être et santé des enfants (0-6 ans)</i>
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez) c'est un principe d'action de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus : <i>Evolution Equivalent Temps Plein du service de Protection Maternelle et Infantile de Saverne</i></p> <p>Indicateurs de résultat : - Evolution du taux de visites post-natales réalisées - Evolution du nombre de consultations (puériculture et médicales) et de bilans de santé</p> <p>Indicateur d'impact :</p> <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p>

Action n°12	Accompagnement à la santé des enfants de 2 à 16 ans et de leurs familles identifiés en fragilité dans le cadre du Programme de Réussite Educative du QPV
-------------	---

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>CCAS de Saverne – Programme de Réussite Educative</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Marianne PANEL Sandrine-Julie GHABI</i>
Axe stratégique du CLS	Axe 4 : Santé des enfants, des adolescents et des jeunes	
Contexte et enjeux locaux	<p>Saverne a un quartier prioritaire pour lequel un Contrat de Ville est en place dans le cadre de la Politique de la Ville, il s'agit des Quartiers Est de Saverne.</p> <p>Dans le cadre de la carte d'identité du QPV Quartiers Est réalisé par l'ORS en 2017, il en ressort que la situation des étrangers est plus dégradée encore que celle de la population du quartier. 93 % des étrangers non scolarisés de 15 ans ou plus sont sans diplôme ou avec un diplôme inférieur au BAC vs 82 de l'ensemble du quartier. C'est l'un des QPV d'Alsace avec la proportion la plus élevée d'étrangers peu diplômés.</p> <p>Or le niveau d'éducation est un déterminant de santé non négligeable ayant un impact sur l'accès au système de santé et sur l'adoption de comportements favorables à la santé par les habitants, ainsi que par les familles.</p> <p>L'absence de présence de professionnels de santé libéraux au sein du QPV peut aussi être de nature à décourager les démarches vers le système de santé. Il faut par exemple 15 minutes à pied pour accéder à un officine de pharmacie et une demi-heure pour un cabinet de pédiatre.</p> <p>Lorsque les familles sont fragilisées par un manque de connaissance du fonctionnement et de l'offre de soins, par un défaut de maîtrise de la langue, les enfants n'ont souvent pas accès à des soins pourtant nécessaires pour leur réussite éducative et développer des comportements favorables à la santé qui leurs seront nécessaire tout au long de leur vie.</p> <p>Par ailleurs, le Programme de Réussite Éducative (PRE) créé en 2005 et placé sous l'égide du ministère délégué à la Ville via l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) est un dispositif local et localisé qui a pour but la prise en charge individualisée à partir de 2 ans, d'enfants en « fragilité » repérés la plupart du temps en milieu scolaire sur la base de critères multiples (état de santé physique, développement psychique et psychologique, contexte familial, facteurs socio-économiques et environnementaux).</p> <p>Il s'étend ainsi de l'école maternelle au collège, voire au-delà dans certains cas. Le dispositif repose sur l'idée d'une approche globale des difficultés rencontrées par les enfants ainsi qu'une double volonté de placer la famille au centre de l'action et amener les différents acteurs du champ éducatif à coopérer. Son fonctionnement varie en fonction des municipalités malgré des caractéristiques communes prédéfinies.</p> <p>Le Programme de Réussite Educative de Saverne offre ainsi un cadre pour</p>	

	permettre un accompagnement vers la santé personnalisé et individualisé des enfants du QPV de 2 à 16 ans et de leur famille.
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Améliorer l'accès à la santé dès le plus jeune âge des enfants en situation sociale fragile
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	Améliorer l'accès aux soins et au droit commun Favoriser dès le plus jeune âge les comportements favorables à la santé
Objectifs opérationnels	Accompagner individuellement vers une démarche de soins Mise en place d'une réflexion pour mettre en place des ateliers collectifs permettant de renforcer les compétences psycho-sociales
Etapas de mise en œuvre – Description	<p>1. Accompagnement à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Repérage des enfants dans le besoin et mise en place d'un accompagnement en lien avec la famille <p>Il s'agit dans un premier temps de développer l'accompagnement à la santé dans le cadre du Programme de Réussite Educative de Saverne qui offre un cadre pour permettre un accompagnement personnalisé et individualisé aux enfants de 2 à 16 ans et de leurs famille.</p> <p>Les enfants en besoin sont repérés principalement par l'école mais aussi par tous les partenaires de terrain en contact avec les familles.</p> <p>L'Equipe Pluridisciplinaire de Soutien élabore pour chaque enfant un Parcours individualisé et personnalisé.</p> <p>Les parents, l'enfant et le référent de parcours s'engagent dans ce parcours en le co-signant. L'adhésion des parents est indispensable.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un accompagnement en santé <p>Dans le domaine de la santé, en fonction des besoins, le PRE propose l'accompagnement pour :</p>

- Mettre en œuvre une prise en charge spécialisée (orthophonie, dentaire, ophtalmologie, psychologie, ...)
- Accompagnement physique des enfants avec leur famille, aide à la prise de rendez-vous, aide à la compréhension des besoins de prise en charge, aide à la compréhension du système, suivi, ...
- Renforcer l'estime de soi (accompagnement vers des actions en partenariat avec la bibliothèque ou le service jeunesse, entretiens individuels,...)
- Améliorer le bien-être (activités sans écran, activités au jardin, accompagnement avec les outils de la CNV et gestion des émotions,...)
- Découvrir le champs du handicap (informations, orientation vers le référent MDPH, ...)

Le référent de parcours rencontre l'enfant et sa famille régulièrement à leur domicile si possible.

- Adaptation de l'accompagnement de l'enfant en vue de l'autonomisation de la famille

En fonction des besoins, il adapte son accompagnement pour, petit à petit, rendre la famille autonome.

Le parcours se déroule sur une année avec une reconduction en cas de besoin.

L'équipe pluridisciplinaire de soutien évalue le parcours régulièrement. Cette équipe se compose de partenaires de l'éducation (écoles et collège), de la santé (infirmière scolaire, psychologue scolaire), de l'animation (service jeunesse), du social (assistantes sociales, référentes familles).

2. Ateliers collectifs sportifs et mise en place d'une réflexion pour déployer d'autres d'actions visant l'amélioration des compétences psycho-sociales

Des ateliers collectifs autour du sport sont animés par REDOM Jeunes et vise à renforcer les comportements favorables à la santé dès le plus jeune âge.

Un groupe de travail permettra d'optimiser cet accompagnement mis en place dans ce cadre du PRE en vue d'une extension potentielle plus large aux autres enfants et familles du QPV.

Ce groupe de travail étudiera également les actions collectives à mettre en place pour atteindre les enfants et familles du QPV afin de renforcer les compétences psychosociales leur permettant ensuite d'adopter des comportements favorables à leur santé.

Il identifiera les partenariats locaux et institutionnels à mettre en place et à développer.

	<input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input checked="" type="checkbox"/> Niveau d'éducation
	Autre(s)
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	<i>Politique de la ville</i>
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <p><i>Mise en œuvre de parcours avec des objectifs liés à la santé.</i></p> <p>Indicateurs de résultat :</p> <p><i>Rendez-vous avec les professionnels de santé honorés par la famille, amélioration des résultats scolaires, du bien-être et de l'estime de soi.</i></p> <p>Indicateur d'impact :</p> <p><i>Nombre de bénéficiaires</i></p> <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <p><i>Entretiens avec les familles, entretiens avec les partenaires, concertation en Equipe Pluridisciplinaire de Soutien.</i></p>

Action n°13	Elaboration d'un projet territorial de prévention "Vers un usage éclairé des écrans"
-------------	---

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	Ville de Saverne
	<i>Personne référente</i>	Patricia LEYENDECKER : référente Famille du Centre socio culturel « Ilot du Moulin »
Axe stratégique du CLS	Axe 4 : Santé des enfants, des adolescents et des jeunes	
Contexte et enjeux locaux	<p>La question de l'usage des écrans est une préoccupation des parents, éducateurs, professionnels de santé et travailleurs sociaux sur tout le territoire ouest. De nombreuses initiatives locales se saisissent du sujet, avec un portage communal fort à l'instar de la Ville de Saverne (Mairie, CSC, periscolaire, établissements scolaires...), des réflexions lancées comme sur le périmètre de la CDC Hanau LPP, ou dans les établissements scolaires. « L'addiction » aux écrans est un facteur de désocialisation fréquemment observé dans les accompagnements éducatifs, les évaluations de situation dans le champ de la prévention et de la protection de l'enfance.</p> <p>La problématique relève tout autant de la question de la quantité d'usage et de l'addiction que de la qualité de l'usage notamment en rapport avec le respect élémentaire de règles de bonnes conduites numériques.</p> <p>L'enjeu est de pouvoir construire une stratégie territoriale, permettant d'identifier les actions qui fonctionnent, mutualiser les outils et développer une stratégie de communication adaptée à la prévention, aux bonnes pratiques et aux lieux d'accompagnement vers un usage éclairé des écrans.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectif général (si indiqué)	Promouvoir la santé dès la petite enfance	
Objectifs spécifiques (si indiqué)	Renforcer les aptitudes psycho-sociales et attitudes favorables à la santé	
Objectifs opérationnels	Mettre en place un projet territorial « Vers un usage éclairé des écrans »	

	<i>Financeurs et montants</i>	A définir
	Autres ressources mobilisables (<i>Matériel, humaine</i>)	Ressources propres à chaque structure participante (moyens humains, matériel, bâtiments, ...)
Déterminants de santé visés	Système de soins <input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input checked="" type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention) = <u>addictologie</u>	
	Conditions de vie <input checked="" type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social <input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social	
	Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)	
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input checked="" type="checkbox"/> Niveau d'éducation	
	Autre(s)	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non = politiques d'intervention primaires du CSC	
Politiques Publiques concernées	Politique de la Ville, orientations CAF, missions Conseil Départemental	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez) Comité des usagers, associations de parents, commissions du CSC	

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus : repérage des demandes et des besoins</p> <p>Indicateurs de résultat : nombre nature des actions mises en oeuvre</p> <p>Indicateur d'impact : retour des partenaires et des publics cible</p> <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <p>Réunions bilan avec les partenaires</p> <p>Questionnaires auprès des jeunes et des parents</p>
---	---

Action n° 14	Développer et faire connaître les dispositifs de soutien à la parentalité et de médiation familiale.
--------------	---

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>Département et CAF</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Emmanuelle KONE</i>
Axe stratégique du CLS	Axe Santé des enfants, des adolescents et de jeunes	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le nouveau schéma de service aux familles associe l'ARS à la CAF et au Département dans le pilotage de sa mise en œuvre.</p> <p>Différentes difficultés ou accident de la vie viennent fragiliser parents et enfants. Les séparations conflictuelles et conflits durables constituent un enjeu important d'impact sur la santé psychique pour l'enfant, dont il convient d'amoinrir l'impact défavorable sur son développement, sur les apprentissages scolaires, sur son bien-être et sa santé.</p> <p>Le territoire n'est pas totalement couvert par des lieux ressources facilement accessibles et une offre de services de proximité suffisante. Une première cible d'impact porte sur 1 281 enfants de moins de 6 ans sur ce territoire. Il convient à la fois de poursuivre le développement de cette couverture, et de favoriser un maillage progressif du territoire en matière d'offre et de synergie d'acteurs multiples et de coordination d'actions et du champ de l'accompagnement à la parentalité</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.2 - Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé chez l'enfant et l'adolescent : Développer une politique volontariste de soutien à la parentalité <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Favoriser des liens parents-enfants bienveillants et rendre les parents acteurs de la réponse aux besoins de leur(s) enfant(s)	
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	Soutenir la parentalité de tous les parents pour leur permettre de mieux répondre aux besoins de leur(s) enfant(s)	

	<input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité
	Mode de vie <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)
	Conditions de vie <input checked="" type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail
	Environnement social <input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input checked="" type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social
	Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation
	Autre(s)
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	<i>Enfance jeunesse famille, prévention et bien-être de la famille (enfants et parents)</i>
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <p>- Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement de services parentalité et de sites touchés (LAEP, actions REAAP) - Nombre de familles ayant recouru à la médiation - Actions communes des acteurs locaux (constitution d'un outil de recueil des données et d'un référent) <p>Indicateur d'impact : évolution du nombre ou du type de signalements</p> <p>Nombre d'enfants accueillis dans des nouveaux services ou actions sur la première cible des 1 281 enfants de moins de 6 ans ;</p> <p>Evolution du nombre d'information et de médiation familiale conventionnelle et judiciaire entre 2020 et 2021 puis 2022 à partir des données du plateau médiation et du nombre de séparations enregistrés par la CAF et du nombre de rendez-vous réalisés lors du parcours séparation proposé ;</p> <p>Evolution du nombre d'action commune réalisée par le Réseau des parents ou d'autres acteurs du secteur de la parentalité sur ce territoire.</p> <p>Méthode d'évaluation envisagée : à partir des rapports d'activité</p>
---	--

Action n° 15	Développer et animer le réseau territorial « santé – handicap » pour les enfants confiés
--------------	---

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>Département</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Conseiller territorial Autonomie en lien avec le médecin ASE départemental</i>
Axe stratégique du CLS	Axe Santé des enfants, des adolescents et des jeunes	
Contexte et enjeux locaux	<p>En septembre 2019, un état des lieux exhaustif des enfants en situation de handicap confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance a été finalisé. Dans le Bas-Rhin au 31 décembre 2017, ce sont 518 enfants confiés qui sont également reconnus en situation de handicap.</p> <p>Parmi les préconisations prioritaires pour proposer un accompagnement global de qualité à ces enfants figure la construction d'un accompagnement de l'enfant à l'échelle de son territoire de vie en améliorant la connaissance mutuelle et la coordination des acteur-ric-e-s.</p> <p>Faire se rencontrer et dialoguer tou-te-s les professionnel-le-s qui interviennent dans l'accompagnement de l'enfant, souvent avec des cultures et des logiques différentes, est un enjeu majeur pour l'amélioration de l'accompagnement des enfants en situation de handicap accompagnés ou confiés à l'ASE.</p> <p>Le territoire Ouest accueille un certain nombre de structures « santé handicap » implantées à Saverne, Ingwiller, Diemeringen, Scharrachbergheim, Bouxwiller, Drulingen, Marmoutier et Sarre-Union.</p> <p>6 structures d'accueil de la protection de l'enfance sont implantées sur ce territoire : Le Foyer Oberholz, Le Freihof à Wangen, une antenne de Louise de Marillac à Saverne, une maison territorialisée du Foyer de l'Enfance et un lieu de vie.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.0 - Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	

	<p>Environnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Normes et climat social</p> <p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population</p> <p><input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p> <p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p> <p>Autre(s)</p>
<p>Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Politiques Publiques concernées</p>	<p><i>Enfance jeunesse famille, aide sociale à l'enfance</i></p>
<p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)</p>
<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nombre de rencontres 'santé – handicap ASE » sur le territoire chaque année</i> - <i>Nombre de participants</i> <p>Indicateurs de résultat : résultats attendus</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Meilleure connaissance réciproque des professionnels</i> - <i>Amélioration des synergies de travail</i> - <i>Amélioration de la prise en compte de la santé des jeunes bas-rhinois</i> <p>Indicateur d'impact :</p> <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p>

Action n°16	Promouvoir une culture de nutrition saine (alimentation et activité physique) en lien avec les programmes nationaux (PNNS et PNA)
-------------	--

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	Structure :	<i>PETR Pays de Saverne Plaine et Plateau</i>
	Personne référente	<i>Frédéric TERRIEN ou Céline FOURILE</i>
Axe stratégique du CLS	Axe 5 : Sport santé, Sport bien-être, Alimentation	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) vise à améliorer l'état de santé de la population et à lutter contre les inégalités de santé. Alliant santé et plaisir, il replace de façon positive la nutrition, l'alimentation et l'activité physique au cœur de la vie quotidienne de chacun. Le PNNS 2019-2023 qui fixe les objectifs, principes et orientations de la politique nutritionnelle.</p> <p>Cette politique publique constitue une référence permettant de faciliter la mise en place d'actions dans le domaine de la nutrition.</p> <p>En complément, le Programme National de l'Alimentation (PNA), qui s'articule avec le nouveau PNNS, contribue à la finalité « d'assurer à la population l'accès à une alimentation sûre, saine, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante, produite dans des conditions économiquement et socialement acceptables par tous, favorisant l'emploi, la protection de l'environnement et des paysages et contribuant à l'atténuation et à l'adaptation aux effets du changement climatique ».</p> <p>Le Diagnostic Local de Santé réalisé sur le Pays de Saverne Plaine et Plateau a permis d'identifier un environnement et des comportements défavorables à l'équilibre alimentaire et à la pratique d'activité physique selon les professionnels et habitants du territoire.</p> <p>Selon les données des bilans infirmiers réalisés en classe de 6^{ème} sur la période 2014-2016, 26 % des élèves de la Communauté de Communes de Saverne étaient en surpoids dont obésité contre 23 % dans le Bas-Rhin.</p> <p>On constate par ailleurs une sur-prévalence des ALD par rapport au reste du Bas-Rhin (surtout sur les Communautés de Communes de Saverne et Hanau La Petite-Pierre) notamment concernant: maladies cardio-neurovasculaires et le diabète.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention : Objectif 02.1 - Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière : Doubler le nombre de collectivités territoriales adhérant à la charte « villes actives ou départements actifs du programme national nutrition santé » <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS	

	<input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - D'ici 5 ans, permettre l'intégration dans la démarche des collectivités territoriales des préconisations du Programme National sur la Nutrition et le Sport sur le territoire ; - Promouvoir une alimentation saine pour les habitants.
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Informer et former les acteurs locaux sur l'intérêt d'une bonne nutrition ; - Soutenir les projets en matière de nutrition ; - Favoriser l'émergence et la diffusion des bonnes pratiques au sein des collectivités ; - Favoriser l'engagement des collectivités en matière de bonne nutrition ; - Favoriser les projets de mobilité active ; - Agir sur la restauration hors domicile pour une alimentation équilibrée : périscolaires, collèges et EHPAD ; - Améliorer la connaissance sur l'équilibre alimentaire du public ; - Valorisation des produits-de proximité et de qualité dans la RHD (lien avec la démarche de projet alimentaire territorial).
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Relayer les messages et communications du PNNS sur le territoire ; - Créer et mettre en place des évènements permettant de partager une culture commune ; - Signer une charte PNNS et mettre en place un référent PNNS au sein du PETR ; - Encourager les collectivités du territoire à être signataire de la charte PNNS ; - Organiser des formations PNNS ; - Mener une politique volontariste et soutenir les projets en nutrition ; - Soutient le maillage territorial du dispositif PRESCRI'MOUV.
Etapes de mise en œuvre – Description	<p style="text-align: center;">1. Promouvoir les nouvelles recommandations du PNNS</p> <p>Le PETR diffusera les informations en lien avec le Programme National Nutrition Santé auprès de l'ensemble des collectivités (mairies, élus, acteurs locaux, Conseil de développement) afin d'avoir une culture commune sur la nutrition.</p> <p>Cela pourrait passer par l'organisation de conférences-débats en lien avec la nutrition afin de rassembler les acteurs locaux autour d'un projet pour le bien-être des habitants.</p> <p>En tant que garant de la culture PNNS, le PETR veillera à la promotion d'une alimentation équilibrée lors des évènements qu'il organise afin de diffuser les bonnes pratiques.</p> <p style="text-align: center;">2. Soutenir l'engagement de « collectivités actives » PNNS</p> <p>Pour développer la culture PNNS et permettre de rejoindre le réseau des collectivités, le PETR encourage et soutien les collectivités territoriales (mairies, comcom) à s'engager dans la démarche PNNS et à devenir signataire de la</p>

charte PNNS.

Cet engagement en tant que « Collectivité active » PNNS permet de valoriser les actions des Collectivités déjà menées pour leurs habitants, de profiter d'un label reconnu sur leurs outils de communication et de rassembler des acteurs locaux autour d'un projet pour le bien-être des habitants

Il s'agit de soutenir une politique nutritionnelle globale en encourageant les collectivités engagées à allier l'alimentation et l'activité physique dans les actions entreprises.

Les Collectivités qui souhaitent s'engager en tant que « Collectivités actives » du PNNS doivent :

- Désigner un référent PNNS au sein de leur collectivité ;
- Mettre en place chaque année des actions dans un ou plusieurs domaines d'intervention en fonction de la population qu'elle couvre :
 - Moins de 4 000 habitants : 1 action ou plus
 - De 4 000 à 20 000 habitants : 2 actions ou plus
 - De 20 000 à 75 000 habitants : 3 actions ou plus
 - Plus de 75 000 habitants : 4 actions ou plus

Les quatre domaines d'intervention sont les suivants :

- **Information, Communication**
- **Formation**
- **Aménagement du territoire**
- **Education à la santé**

Le PETR sera lui-même signataire de la charte « Collectivité active » PNNS.

3. Améliorer pour tous l'environnement alimentaire et physique pour le rendre favorable à la santé

Le PETR mène une politique volontariste en matière de nutrition notamment en soutenant notamment par le biais du Contrat Local de Santé les projets relatifs à l'activité physique et l'équilibre alimentaire.

Il soutient ainsi les projets du CLS permettant de favoriser le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des maladies chroniques, la prévention de la dénutrition, l'offre et recours à l'activité physique adaptée.

Il soutiendra ainsi en lien avec le porteur REDOM, la promotion du dispositif PRESCRI'MOUV afin de permettre une bonne couverture du territoire.

Il veille aussi à la diffusion de cette culture notamment dans le cadre d'autres démarches structurantes du territoire (Territoire d'innovation, SCOT, etc...)

En effet, cette politique volontariste en matière de nutrition passe également par le soutien aux projets favorisant la mobilité active sur le territoire ou les projets d'aménagements tels que par exemple la mise en place d'une signalétique piétonne ou cycliste, les parcours d'effort, les pistes sécurisées, l'aménagement d'aires de jeux ou de cours d'écoles, promotion de maison

Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Adultes (>18 ans) Collectivités territoriales	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Sur l'ensemble du territoire Pays de Saverne, Plaine et Plateau	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	Première estimation 10 000 euros/an
	<i>Financeurs et montants</i>	DRAAF ARS (8000 sur trois ans, FIR DM soutien à développement PNNS en milieu rural ?)
	Autres ressources mobilisables (<i>Matériel, humaine</i>)	Journées IREPS de sensibilisation/formation sur la nutrition (financement ARS) Réfèrent PNNS du PETR
Déterminants de santé visés	Système de soins <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	
	Conditions de vie <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social <input type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social	
	Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)	
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation	
	Autre(s)	

Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Politiques Publiques concernées	<i>Politique nationale de l'alimentation Programme national nutrition santé</i>
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de collectivités signataire de la charte PNNS - Nombre d'évènements réalisés par le PETR - Nombre d'actions soutenues en lien avec la nutrition - Nombre de personnels formés à la nutrition - Nombre d'actions de sport santé - Respect des différents calendriers - Respect des actions prévues/ actions réalisées - Financements prévus/financements obtenus <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'équilibre des plateaux à la cantine - Prise en compte de l'analyse de l'équilibre alimentaire dans la RHD visée - Modification de l'offre en RHD - Nombre d'actions d'information-sensibilisation organisées vers les publics visés <p>Indicateur d'impact :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Meilleure connaissance des acteurs locaux sur la nutrition</i> <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Evaluation en interne</i>

Action n° 17	Maison du bien-être / Sport santé
--------------	--

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>Département du Bas-Rhin</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Véronique KOEHREN</i>
Axe stratégique du CLS	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 5 : Sport santé, sport bien-être, alimentation 	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Des indicateurs de vigilance appuyant la démarche du projet <ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs de morbidité et de mortalité : + de 20 % des patients sont reconnus en ALD (diabète, maladies cardiovasculaires, insuffisances respiratoires.....) - Indicateurs de démographie de la population : <ul style="list-style-type: none"> - vieillissement de la population : en 2014, 26 % de la population du territoire avait plus de 60 ans (contre 22,5 % sur le département) - Une désertification médicale engagée et progressive : <ul style="list-style-type: none"> . Un personnel médical vieillissant et peu d'installation de jeunes médecins ; entre 2012 et 2016 : 8 départs pour 3 arrivées de médecins généralistes ; . 70 % des généralistes ont plus de 55 ans ; . Moins d'1/3 des communes sur ce territoire disposent de soins de santé de la vie courante • Des acteurs locaux déjà investis et porteurs d'innovation <ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital de Saverne qui dispose de l'unique unité de prévention santé en territoire rural dans le Bas-Rhin ; - Des associations engagées dans les programmes de prévention, notamment de sport sur ordonnance ; - Des collectivités locales convaincues des enjeux ; - Un tissu économique investi sur le champ de l'innovation ; - La mobilisation des acteurs de la démarche « territoires de sante de demain » : Agence Régionale de Santé, communautés de communes du territoire Ouest, start-ups, CHU, université, partenaires du domaine des technologies médicales et de la santé, Eurométropole et Ville de Strasbourg... • Un projet inscrit dans la demarche « territoires de sante de demain » <p>Pour répondre à l'Appel à Projet Territoire d'Innovation, lancé par l'Etat fin 2018, un consortium inter-territorial bas-rhinois s'est créé incluant les plus grands acteurs de l'innovation et du soin. Celui-ci a défini conjointement un projet de santé du territoire, mêlant problématiques urbaines et rurales.</p> <p>L'objectif de ce consortium est d'accélérer la diffusion des innovations dans le domaine de la santé, au service d'une meilleure réponse aux besoins de la population, en tirant profit de tout le potentiel du numérique et des</p> 	

	<p>collaborations ouvertes.</p> <p>Le projet de Maison du Bien-Etre et Sport Santé à Saverne constitue l'une des actions opérationnelles phares de cette démarche « territoires de sante de demain » visant à promouvoir un modèle territorial innovant de santé intégré, associant citoyens et acteurs du territoire avec l'ambition d'un modèle économique stable et pérenne pour un parcours citoyen de prévention.</p>
<p>Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS</p> <p><input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS</p>
<p>Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3</p>	<p><input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément.</p> <p><input type="checkbox"/> Hors PRSE 3</p>
<p>Objectif général <i>(si indiqué)</i></p>	<p>Participer activement à l'amélioration de l'état de santé global de la population à travers une politique de prévention renforcée et efficace</p>
<p>Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i></p>	<p>Contribuer activement à la transformation des modes de vie des habitants en impulsant une dynamique innovante, participative et transversale visant à fédérer les acteurs publics et privés ainsi que les citoyens/habitants du territoire autour des enjeux de la prévention et de la perte d'autonomie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la reprise d'une activité physique adaptée pour les patients ayant une maladie chronique ou un facteur de risques cardiovasculaires ; - Développer la pratique de l'activité physique pour tous dans un objectif de prévention et de bien-être ; - Promouvoir une alimentation saine auprès des habitants.
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Installer et organiser un lieu totem à Saverne dont les activités pourront être déployées via des satellites sur l'ensemble des 4 communautés de communes • Construire un véritable parcours de prévention « citoyen », à chaque étape de la vie et dans l'environnement de la personne : familial, scolaire, professionnel ; • Renforcer l'offre de soins de proximité en mobilisant fortement la médecine de ville et les professions libérales de santé ; • Développer une culture commune de la prévention et accompagner son appropriation par chacun • Renforcer la coordination des acteurs tant au niveau local que départemental ; • Fonder de nouvelles approches de prévention. Innover à travers une approche globale et pluridisciplinaire pour appréhender et tester les aspects scientifiques, économiques et financiers, sociaux et sociétaux ; • Développer un nouveau modèle économique pour optimiser les financements publics/privés en faisant la démonstration du rapport entre performance des actions et impacts sur la santé ; • Renforcer l'attractivité des territoires par le développement d'offres, vecteurs dynamiques de croissance économique, et assurer un équilibre du maillage de l'offre de service ;

	<ul style="list-style-type: none"> • Exploiter le potentiel de la donnée produite pour suivre en temps réel les indicateurs d'impact et de performance pour ajuster l'offre de services. 		
Etapas de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> • 2020 : assistance à maîtrise d'ouvrage pour la création d'une Maison du Bien-Etre et Sport Santé à Saverne : <ul style="list-style-type: none"> - Définition d'un concept global incluant une offre de santé de proximité telle que Maison de santé ; - Identification des acteurs potentiels parties prenantes du projet ; - Définition du modèle économique, de la forme juridique et la gouvernance ; - Définition des modalités de mise en œuvre du projet ; - Recueil des lettres d'engagement des partenaires ; - Plan d'action. • Fin 2020 / début 2021 : Mise en œuvre opérationnelle • 2021/2022 : construction de la Maison 		
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle : <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle : <input type="checkbox"/> Ponctuelle : Début : Avril 2020 Fin : /		
Partenaires de l'action	<p>Le projet est piloté par le Département du Bas-Rhin et nécessitera la mobilisation de plusieurs typologies d'acteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les services concernés du Département ; - Les 4 communautés de communes : Mossig-Vignoble, Pays de Saverne, Alsace Bossue et Hanau la Petite-Pierre ; - Les partenaires de la collectivité dans le domaine de la santé : l'Agence Régionale de Santé Grand Est, la Caisse primaire d'assurance maladie, l'Union Régionale des Professionnels de Santé – médecins libéraux, BioValley France... ; - Les professionnels de santé du territoire : l'hôpital de Saverne, les médecins et infirmiers libéraux et les professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, diététiciens...) - Les citoyens et usagers potentiels ; - Les partenaires privés, qu'ils soient associatifs ou issus du tissu économique (entreprises, Start up...) - Les partenaires de la démarche « Territoires de Santé de Demain » (pilotée par l'Eurométropole de Strasbourg) ; - Tout type d'investisseur potentiel. <p>La liste des acteurs est donnée à titre indicatif et n'est pas exhaustive, elle pourra être complétée tout au long de la démarche.</p>		
Public visé	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Adultes (>18 ans) salariés des entreprises implantées sur le territoire </td> <td style="vertical-align: top;"> * Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input checked="" type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input checked="" type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : </td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Adultes (>18 ans) salariés des entreprises implantées sur le territoire	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input checked="" type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input checked="" type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Adultes (>18 ans) salariés des entreprises implantées sur le territoire	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input checked="" type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input checked="" type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) :		

		de l'innovation au sens très large : numérique, domotique, robotique, organisation,
Territoire d'intervention	Périmètre des 4 communautés de communes Pays de Saverne, Alsace Bossue, Hanau la Petite-Pierre et de la Mossig et du Vignoble, composant un bassin de vie homogène avec 142 communes et 114 065 habitants.	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	3 265 000 € (investissement et fonctionnement)
	<i>Financeurs et montants</i>	Banque des territoires : 837 000 € Département du Bas-Rhin Recherche de co-financeurs dans le cadre de l'assistance à maîtrise d'ouvrage
	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)	
Déterminants de santé visés	Système de soins	
	<input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input checked="" type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie	
	<input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	
	Conditions de vie	
	<input checked="" type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social	
	<input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input checked="" type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social	
Contexte économique et politique		
<input checked="" type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)		
Conditions socio-économiques		
<input checked="" type="checkbox"/> Niveau de revenu <input checked="" type="checkbox"/> Niveau d'éducation		
Autre(s)		
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

inégalités sociales de santé ?	
Politiques Publiques concernées	<i>Politiques sanitaires, médico-sociales, sociales, de l'autonomie, culturelles et du sport</i>
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><u>Evaluation propre de l'action :</u></p> <p>Voir tableaux ci-dessous</p> <p>L'élaboration d'un système d'information ad-hoc permettra de collecter les données ; celles-ci pourront être stockées via la plateforme PRISm. D'autre part, l'impact de la Maison sera mesuré via les travaux du Comité de pilotage opérationnel avec l'appui de l'Université de Strasbourg.</p>

Résultat attendu	Indicateur choisi	Source & méthode de collection	Valeur initiale de l'indicateur	Cible de l'indicateur à horizon 1, 3, 5, 10 ans			
				1 an	3 ans	5 ans	10 ans
Développer la notoriété de la Maison auprès des populations et s'assurer de la satisfaction des usagers et des professionnels partenaires	Indice de notoriété et de qualité de l'offre de la Maison	Questionnaire de notoriété et de satisfaction diffusé auprès de la population et des partenaires	NA	Habitants Professionnels	Habitants Professionnels	Habitants Professionnels	Habitants Professionnels
Proposer un panel de services et d'actions au sein de la Maison et les déployer au plus près des habitants	Nombre et diversité des services et actions proposés par la Maison	Indicateurs de suivi de l'activité interne à la Maison, collectés et discutés en comité de pilotage	NA	Habitants Professionnels	Habitants Professionnels	Habitants Professionnels	Habitants Professionnels
Auprès des personnes âgées : Diminuer le nombre d'hospitalisations (urgence et gériatrie)	Nombre d'admissions à l'hôpital et aux urgences Nombre de personnes accueillies dans le logement de transition et accompagnées	Données patients de l'hôpital de Saverne et bases de données de l'ARS	15 % et 20 % des personnes vivant à domicile seraient fragiles donc soumis au risque de chute. (Donnée nationale 2014)	Personnes âgées de 60 et plus	Personnes âgées de 60 et plus	Personnes âgées de 60 et plus	Personnes âgées de 60 et plus
Auprès des Personnes âgées : Diminuer le nombre d'entrées ou retarder les entrées au sein des dispositifs dédiés à la prise en charge de la perte d'autonomie	Suivi des files actives de personnes au sein des dispositifs de prévention de la perte d'autonomie	Recueil des données des dispositifs de la perte d'autonomie (MAIA, PTA, programme PAERPA, réseau gériatrique, données patients des de l'hôpital) Données APA Département Données ARS Grand Est Données de la plateforme PRIeSM	Données du Département, de l'ARS et de la plateforme PRIeSM	Personnes âgées de 60 et plus	Personnes âgées de 60 et plus	Personnes âgées de 60 et plus	Personnes âgées de 60 et plus

<p>Pour toutes populations cibles :</p> <p>Prévenir l'apparition des maladies chroniques et améliorer le quotidien de la personne avec sa maladie</p>	<p>Quelque-soit le niveau de fréquentation de la Maison, nombre de personnes ayant participé à des activités</p>	<p>Données issues des réseaux de santé Suivi des parcours des personnes ayant fréquenté la Maison Sport-Santé Bien Etre via PRleSM</p>	<p>NA</p>	<p>Habitants</p>	<p>Habitants</p>	<p>Habitants</p>	<p>Habitants</p>
<p>Pour toutes populations cibles :</p> <p>Prévenir les conduites à risques et des complications santé chez les populations fragiles ((troubles alimentaires, maladies psychiatriques, stress, dépression...))</p>	<p>Evolution du nombre d'arrêts maladie des usagers de la Maison Sport Santé Bien Etre de catégorie 2 et 3</p> <p>Evolution prescription médicamenteuse chez les usagers de la Maison de catégorie 2 et 3</p> <p>Suivi des cas d'hospitalisation des usagers de la Maison catégorie 2 et 3</p>	<p>Données de santé de la CPAM et issues de la plateforme PRleSM</p> <p>Données partagées par les mutuelles partenaires du projet</p> <p>Données des hôpitaux HUS et CHU partagées via la plateforme PRleSM</p>	<p>NA</p>	<p>Habitants</p>	<p>Habitants</p>	<p>Habitants</p>	<p>Habitants</p>
<p>Pour les partenaires :</p> <p>Impliquer et faire adhérer les médecins généralistes du territoire</p>	<p>Evolution du nombre d'orientations par un médecin généraliste vers le programme de prévention conduit au sein de la maison</p>	<p>Suivi des orientations des personnes ayant fréquenté la Maison Sport-Santé Bien Etre</p>	<p>NA</p>				
<p>Pour les partenaires :</p> <p>Impliquer et faire adhérer les associations sportives, de loisirs et des aînés du territoire</p>	<p>Evolution du nombre et de la diversité des actions conduites au sein de la maison par des partenaires</p>	<p>Données issues de l'activité de la maison</p>					

Action n° 18	Accès à des activités physiques et sportives pour personnes ayant un handicap dans une logique inclusive
--------------	---

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)
Porteur	<i>Structure :</i> ASCADIE
	<i>Personne référente</i> Suzanne MULLER (Présidente)
Axe stratégique du CLS	Axe 5 : sport santé, sport bien-être, alimentation.
Contexte et enjeux locaux	<p>Le diagnostic local de santé met en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un isolement des personnes handicapées dans un contexte de situation économique précaire ; - Une insertion professionnelle compliquée participant à l'isolement ; - Des structures d'accueil en manque de moyens et de places conduisant à une prise en charge en famille ; - Une accessibilité physique des services limitées pour les personnes à mobilité réduite, liés à la nature du territoire essentiellement rural, et au manque de transports en commun adapté. <p>Dans ce contexte, l'association Ascadie a mis en place avec succès depuis de nombreuses années l'accès à des activités physiques et sportives adaptées au handicap sur le territoire d'ingwiller, en partenariat avec les établissements existants.</p> <p>L'objectif est maintenant de développer cette activité en étendant la couverture géographique (créneaux supplémentaires en partenariat avec les clubs sportifs) et de favoriser l'accès aux personnes plus isolées vivant en famille (partenariat avec les institutions).</p>
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention - Objectif 02.2 : Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière : Accompagner le déploiement de l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social - Objectif 07.0 : Reconnaître et valoriser l'expertise des personnes handicapées, des aidants et leur apporter le soutien nécessaire <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Préserver un environnement favorable à la santé <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Faire vivre le PRSE 3 en GE <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3

Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	142 000 €/an
	<i>Financeurs et montants</i>	C POM avec ARS 15 000 €/an Association, cotisations des membres, mécénat, subventions Collectivités territoriales, organismes sociaux
	Autres ressources mobilisables (<i>Matériel, humaine</i>)	- Bénévoles, - mise à disposition de locaux et de matériel par des collectivités et des associations.
Déterminants de santé visés	Système de soins	
	<input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input checked="" type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input checked="" type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input checked="" type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie	
	<input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	
	Conditions de vie	
	<input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social	
	<input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input checked="" type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social	
Contexte économique et politique		
<input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)		
Conditions socio-économiques		
<input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation		
Autre(s)		
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées		
Y-a-t-il une démarche participative associant	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez) Au moins une réunion-bilan annuelle avec les participants aux différentes	

<p>les citoyens ?</p>	<p>activités et les associations partenaires</p>
<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de créneaux déployés au sein et en dehors des institutions de vie <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séances annuelles par activité - Nombre et régularité des participants - La satisfaction des participants, leur évolution <p>Indicateur d'impact :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demandes de renseignements - Organismes partenaires <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Statistiques - Enquêtes de satisfaction - Tests de forme homologués

Action n° 19	Sport-santé pour tous et Prescri'Mouv en milieu rural
--------------	--

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>REDOM, Reseau Diabète, Obésité, Maladies cardio vasculaires</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Marion STAUFFER, chef de projets</i>
Axe stratégique du CLS	Axe sport santé, bien être, alimentation	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le pays de Saverne Plaine et Plateau est marqué par une forte occurrence de maladies métaboliques (diabète, obésité) et neurocardiovasculaires responsables d'une mortalité évitable par des actions de prévention axées notamment sur le sport comme sur la nutrition.</p> <p>Le taux d'ALD de ces pathologies y est important, touchant près d'une personne sur quatre).</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	D'ici 5 ans, diminuer la prévalence des pathologies chroniques sur territoire couvert par le CLS	
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	Harmonisation des discours et recommandations entre les structures ; Recenser l'offre en activité physique sur le territoire couvert ; Proposer des créneaux sport santé ; Rendre accessible financièrement les créneaux sport santé ; Rendre accessible les activités physiques.	
Objectifs opérationnels	Formation des encadrants en activité physique au sport santé (formation du CROS niveau 1 et 2) ; Prendre contact et rencontrer les clubs ou associations proposant du sport santé ou du sport loisir ; Organiser des rencontre entre structure associatives et sportives pour se faire connaître ; Création et diffusion large d'un annuaire de l'activité physique ; Diffuser une information sur la notion de sport santé auprès des associations, clubs, professionnels de santé ; Labelliser des créneaux sport santé selon les critères PRESCRI'MOUV ; Prendre contact avec les masseurs kinésithérapeutes et éducateur sportifs ;	

	<p>APA pour la réalisation de bilan en APA ; Contacter les mutuelle santé afin de connaître leur conditions de prise en charge de l'activité physique ; Ouverture de créneaux d'activité dans les zones où l'offre n'existe pas ; Mise en place de navette de ramassage pour se rendre aux activités physiques ; Mise en place d'activités physiques itinérantes (caravane de la santé, camion...).</p>
<p>Etapas de mise en œuvre – Description</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etat des lieux de l'existant. Une offre en activité physique est déjà présente sur une partie du territoire. Nous devons recenser l'offre et distinguer l'offre de sport loisir de l'offre en activité physique adaptée ; Prise de contact avec les mairies et les collectivité qui tiennent des listings des associations ; Recherches internet, réseau sociaux, partenaires ; Identification géographique de l'ensemble de l'offre. 2. Réalisation de supports visuels pour présenter le sport santé. Le sport santé se développe mais il y a encore une méconnaissance de ses principes. Une information sera faite auprès des associations et clubs qui proposent une offre sur le territoire afin de les inciter à ouvrir ou faire évoluer des créneaux déjà en place pour qu'ils soient accessibles par tous et notamment aux personnes qui souffrent de pathologies chroniques. Il est important d'investir les acteurs locaux avant de faire appel à des intervenants extérieurs. 3. Identification des partenaires du projet. Chaque association ou club peut être un partenaire pour maintenir ou développer des activités physiques de façon régulière. Les collectivités et autres associations peuvent également apporter une aide logistique pour la mise en place de créneaux. Après l'état des lieux, un courrier sera adressé aux acteurs identifiés afin de leur présenter le sport santé et les inciter à devenir partenaire de ce projet. Les masseurs kinésithérapeutes et les éducateurs sportifs de la filiaire APA vont également être des partenaires essentiels pour la réalisation des bilans en activité physique. Une information locale à leur destination sera réalisée pour les mobiliser. 4. Organisation de rencontres avec les partenaires potentiels. Les acteurs oeuvent sur le territoire dans le domaine du sport ou de l'activité physique mais ne se connaissent pas. Il est important d'organiser des rencontres minimum 1x par an afin d'échanger et d'identifier des points à mutualiser pour étoffer l'offre. La première rencontre sera l'occasion de refaire un point sur le sport santé et présenter l'ensemble du projet. 5. Formation des éducateurs sportifs au sport santé. Le CROS organise de façon régulière des formations sport santé reconnues par l'ARS. Cette formation est indispensable pour sécuriser des créneaux d'activité physique qui s'adresse entre autres aux patients atteints de pathologies chroniques. Cette formation permettra également de pouvoir obtenir le label PRESCRI'MOUV.

		<input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Sur l'ensemble du territoire Pays de Saverne, Plaine et Plateau	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	
	<i>Financiers et montants</i>	ARS : pour les patients qui peuvent bénéficier de PRESCRI'MOUV : 40 € par bilan et par patient
	Autres ressources mobilisables (<i>Matériel, humaine</i>)	Les municipalités : salles pour les activités physiques Les vendeurs d'articles de sport : matériel, petit équipement Les mutuelles : prise en charge d'une partie du coût des activités
Déterminants de santé visés	Système de soins <input type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	
	Conditions de vie <input checked="" type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social <input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social	
	Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)	
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation	
	Autre(s)	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées		
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)	

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <p><i>Satisfaction des usagers</i> <i>Nombre de partenaires contactés/rencontrés</i> <i>Nombre de créneaux d'activité identifié</i> <i>Nombre de nouveaux créneaux ouverts</i> <i>Nombre de professionnels formés au sport santé</i> <i>Nombre d'adressage de patients vers les créneaux d'activité</i> <i>Cohérence entre le budget prévisionnel et le budget réel</i> <i>Respect du planning mis en place</i></p> <p>Indicateurs de résultat :</p> <p><i>Typologie des acteurs rencontrés</i> <i>Typologie des partenaires engagés</i> <i>Typologie des professionnels du sport</i> <i>Intention de changement de comportement</i></p> <p>Indicateur d'impact :</p> <p><i>Nombre de patients ayant améliorés leurs capacités en activité physique</i></p> <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <p><i>Questionnaire de satisfaction</i> <i>Analyse des conventions de partenariat</i> <i>Analyse des tableaux de suivi</i> <i>Analyse des inscriptions aux formations/feuilles émargement</i> <i>Analyse de la base de données des activités</i> <i>Analyse des test en activite physique</i> <i>Analyse du budget de l'action</i></p>
---	---

Action n° 20	Promouvoir sur le territoire l'utilisation l'outil MAPSY et la communication sur la Santé Mentale
--------------	--

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	CLSM de Saverne
	<i>Personne référente</i>	Pierre BUCKEL, coordonnateur du CLSM
Axe stratégique du CLS	Axe Santé Mentale	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le territoire du pays de Saverne est un territoire où les besoins en santé mentale sont élevés ; les taux de recours en psychiatrie publique, analysés dans le cadre du PTSM, sont importants et soulignent les importants besoins du territoire. Dans un contexte où les besoins populationnels augmentent, la nécessité pour chacun d'être informé de l'offre existante mais également d'être sensibilisé et formé, en tant que professionnel ou autre, est d'autant plus importante qu'elle permet de prévenir les crises et les passages aux urgences.</p> <p>Le CLSM de Saverne existe depuis 2017 et est repéré par les acteurs locaux de la santé mentale. Son travail en terme de promotion de la santé mentale et pour les populations en difficulté et parmi les plus aboutis du Département. L'axe promotion de la santé est particulièrement travaillé.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectif général (si indiqué)	Améliorer la sensibilisation et le repérage de l'offre en santé mentale sur le territoire.	
Objectifs spécifiques (si indiqué)	Améliorer le repérage des personnes ayant un problème de santé mentale.	
Objectifs opérationnels	Mettre en valeur un outil de type cartographique ; sensibiliser les acteurs du territoire sur la santé mentale ; diminuer le recours aux soins de santé mentale en urgence	
Etapes de mise en œuvre – Description	<p>L'action repose sur trois éléments opérationnels :</p> <p>1) Pour le repérage de l'offre en santé mentale sur le territoire : Déploiement et campagne de promotion du site web MAPSY Alsace sur les territoires ciblés (affichage en mairie, officine, réalisation de flyers,</p>	

		<p>Pour le reste, la formation se ferait sans coût.</p> <p>Pour la promotion de la santé mentale, un budget annuel de 2 000 € serait nécessaire, principalement pour l'impression des supports locaux de communication et également pour les frais généraux afférents aux événements de promotion de la santé (réservation de salles, rémunération d'intervenants, etc...)</p>
	<i>Financeurs et montants</i>	ARS 4 500 €
	Autres ressources mobilisables <i>(Matériel, humaine)</i>	
Déterminants de santé visés	Système de soins <input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input checked="" type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	
	Conditions de vie <input checked="" type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social <input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input checked="" type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social	
	Contexte économique et politique <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input checked="" type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input checked="" type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)	
	Conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation	
	Autre(s)	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Politiques Publiques concernées		
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)	

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus : réunions réalisées, comptes-rendus, mise en place des actions, réalisation des supports de communication,...</p> <p>Indicateurs de résultat : nombre de flyers imprimés et distribués, mailing, rapport d'activité spécifique à l'action, nombre de formations dispensées</p> <p>Indicateur d'impact : nombre de connexions sur MAPSY, analyse des connexions et de leur provenance, analyse qualitative des formations dispensées</p> <p>Méthode d'évaluation envisagée : rapport d'activité du CLSM et spécifique à l'action, web-questionnaire sur MAPSY après chaque connexion, questionnaire de satisfaction après formation.</p>
---	---

Action n° 21	Mise en place d'un accompagnement infirmier spécifique en santé mentale de proximité en milieu rural
--------------	---

Typologie de l'action	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Action Innovante <input type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	Structure :	Association D-ESP67 (Equipe de Soins Primaires de Drulingen)
	Personne référente	Madame HENCK
Axe stratégique du CLS	Axe 6 Santé Psychique, Santé Mentale	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le diagnostic réalisé dans le cadre du Plan Territorial de Santé Mentale du Bas-Rhin met en évidence un taux d'hospitalisation prolongée importante pour les patients du Pays de Saverne Plaine et Plateau, que l'on peut corréler à l'absence d'offres de relais /hébergement (dispositif LAPY, Résidence accueil, appartement relais) et soins de suite adaptées sur le territoire.</p> <p>Le diagnostic local de santé montre une offre en psychiatrie libérale très faible, et une offre réduite en psychologue libérale et publique. En termes de pathologie, il ressort une prépondérance au sein du Pays de Saverne Plaine et Plateau comme au sein des zones rurales du Bas-Rhin, des troubles névrotiques.</p> <p>Les discussions du Centre de soins infirmiers de Drulingen, membre d'une équipe de soins primaires D-ESP67, avec les équipes des deux centres hospitaliers spécialisés de recours du territoire ont conduit à une proposition innovante de coupler l'accompagnement de la prise médicamenteuse prescrite par le psychiatre à un renforcement de la formation de ces infirmières en accompagnement à domicile d'un patient souffrant de maladie mentale.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	
Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3	
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Préserver la santé psychique dans un contexte de solitude/isolement social/violences conjugales (handicap, personnes âgées, femmes)	

Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Adultes (>18 ans)	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Alsace Bossue puis déploiement territoire ruraux du Pays de Saverne Plaine et Plateau	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	3 000 €/an (formation)
	<i>Financeurs et montants</i>	ARS 3 000 €
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	Accompagnement des équipes par Professionnels de Santé CH Lorquin et EPSAN
Déterminants de santé visés	<p>Système de soins</p> <input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input checked="" type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité <p>Mode de vie</p> <input type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention) <p>Conditions de vie</p> <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail <p>Environnement social</p> <input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social <p>Contexte économique et politique</p> <input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>) <p>Conditions socio-économiques</p> <input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation <p>Autre(s)</p>	
Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	

Politiques Publiques concernées	<i>Plan Santé Mentale</i>
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'infirmier(e)s formé(e)s - Nombre de situations de crise prise en charge à domicile en collaboration avec Equipe Mobile de Psychiatrie <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients suivis/an - Indice de satisfaction 1-4 des médecins traitants - Indice de satisfaction 1-4 des patients <p>Indicateur d'impact :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de réhospitalisation à un an - <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi d'indicateurs - Questionnaire à 6 mois et 1 an de prise en charge

Action n° 22	Accompagnement et Soins de Support en proximité pour les personnes et leur entourage (Cancer).
--------------	---

Typologie de l'action	<input type="checkbox"/> Nouvelle action <input type="checkbox"/> Action expérimentale <input type="checkbox"/> Action Innovante <input checked="" type="checkbox"/> Action existante (adaptation, extension)	
Porteur	<i>Structure :</i>	<i>Relais Ligue Contre le Cancer Alsace Bossue</i>
	<i>Personne référente</i>	<i>Monsieur SCHENAKER</i>
Axe stratégique du CLS	Santé Psychique, Santé Mentale	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le diagnostic local de santé a montré que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • ¼ de la population de plus de 60 ans. • Près de la moitié de la population vit seule, notamment les tranches d'âges au-delà de 55 ans. • La prévalence des cancers est supérieure dans la Communauté de Communes de Saverne. • L'offre de psychologue et psychiatre est très faible dans les CC de l'Alsace Bossue et de Hanau La Petite-Pierre ; <p>Les soins de support sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, tout au long de la maladie, conjointement aux traitements oncologiques ou oncohématologiques lorsqu'il y en a. Les soins de support se définissent comme une organisation coordonnée de différentes compétences impliquées conjointement aux soins spécifiques oncologiques. Les soins palliatifs sont une partie des soins de support.</p> <p>Actuellement, le CH de Saverne a développé une offre de soins de support, mais uniquement sur Saverne. Sur les territoires ruraux, aucune offre de soutien n'était proposée aux patients et à leur entourage jusqu'à il y a deux ans. Depuis 2017, la Ligue contre le Cancer soutient la mise en place d'un relais à Sarre-Union en Alsace Bossue.</p> <p>Le diagnostic effectué ainsi que la réponse aux ateliers déjà en cours montre que le besoin en soins de support sur les territoires ruraux est réel et que la réponse donnée actuellement doit être développée voire complétée par d'autres types d'ateliers que propose la Ligue contre le Cancer dans le Bas-Rhin notamment des soins de bien-être : nutrition, yoga, détente et un soutien psychologique via des groupes de paroles</p> <p><small>1. Circulaire DHOS/SDO/2005/101</small></p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Soins de Proximité Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Ressources humaines en santé Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.0 - Améliorer la prévention primaire des cancers et des récidives <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 6 : Efficience <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Organisation de l'offre Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Hors objectifs PRS <input type="checkbox"/> Coordination, animation et évaluation du CLS	

Lien avec le Plan Régional Santé Environnement 3	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Des activités humaines préservant l'environnement et la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 2 : Une cadre de vie et de travail favorable à la santé Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 3 : Les clés pour agir en faveur de la santé environnement au quotidien Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Hors PRSE 3
Objectif général <i>(si indiqué)</i>	Soutenir les personnes malades en développant les soins de support en proximité
Objectifs spécifiques <i>(si indiqué)</i>	
Objectifs opérationnels	Sensibiliser la population à la maladie cancer, son dépistage et sa prévention ; Informer les patients et leurs proches sur les comportements favorables pour vivre le traitement ; Accueillir sur demande des patients par un bénévole formé de la Ligue au relais de Sarre-Union ; Mettre en place un soutien psychologique par une psychologue ; Mettre en place des ateliers socio-esthétiques par une socio esthéticienne diplômée ; Mettre en place des ateliers d'Activités Physiques Adaptées animés par une éducatrice médico-sportive en proximité ; Mettre en place des ateliers de nutrition et de cuisine par une nutritionniste formée ; Mettre en place d'autres ateliers en réponse à des besoins déterminés.
Etapes de mise en œuvre – Description	Phase A 2020-2021 : <ul style="list-style-type: none"> - Partenariat à mettre en place avec le CH de Saverne dans le cadre de leur projet médical partagé avec le CH de Sarrebourg, sur l'axe soins de cancérologie - Partenariat à mettre en place avec l'Hôpital de Proximité d'Ingwiller Phase B 2020-2022 : 1. Renforcement des permanences (présentiel, téléphonique) au relais de Sarre-Union : accueil et écoute, information et orientation des personnes concernées par le cancer et de leurs proches au relais de Sarre-Union. 2. Développement en Alsace Bossue (Diemeringen et Drulingen) <ul style="list-style-type: none"> - des créneaux d'<u>activités physiques adaptées</u> actuellement accessibles uniquement à Sarre-Union ; - des séquences « <u>Expression libre</u> » : séances de conférence/débat sur les thèmes : nutrition, sexualité, etc... qui jusqu'à présent étaient localisées à Sarre-Union. 3. Mise en place de nouveaux soins de support en Alsace Bossue <ul style="list-style-type: none"> - <u>Soutien psychologique</u> : groupe de parole avec animation par psychologue sur le territoire d'Alsace Bossue Pour le moment, un soutien psychologique individuel est proposée sur demande spécifique (psychologue de la LCR venant de Strasbourg) <ul style="list-style-type: none"> - <u>Ateliers Socio-Esthétiques</u> - <u>Ateliers Nutrition et Cuisine</u>

	Phace C 2023-2024 : Déploiement sur la communauté de Hanau Petite-Pierre des soins de support en partenariat avec le CH de Saverne.	
Durée de l'action	<input type="checkbox"/> Annuelle : <input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle : <input type="checkbox"/> Ponctuelle : Début : 2020 Fin :	
Partenaires de l'action	ARS CH de Saverne PETR	
Public visé	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans) <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input checked="" type="checkbox"/> Autre (Précisez) : Adultes (>18 ans)	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Communauté de Communes Alsace Bossue et Hanau La Petite-Pierre	
Financement	<i>Budget global prévisionnel</i>	45 000 €/an
	<i>Financeurs et montants</i>	Ligue contre le cancer : 40 000 € ARS 2020 : 5 000 € financement Journée santé en territoire : le cancer en Alsace Bossue ARS : 5 000 €/an : 2021 / 2022 / 2023 / 2024 (pour développement ateliers et temps psychologue)
	<i>Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)</i>	Bénévoles de la LCR, mise à disposition de locaux par municipalités et ComCom, soutien logistique PETR Ressources psychologue (CH de Saverne)
Déterminants de santé visés	Système de soins <input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité (géographique, financière, socio-culturelle, ...) <input type="checkbox"/> Globalité (synergie des composantes, prise en compte des conditions sociales) <input checked="" type="checkbox"/> Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) <input type="checkbox"/> Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) <input type="checkbox"/> Efficacité et sécurité	
	Mode de vie <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition de comportements favorables à la santé (<i>consommation d'alcool, de tabac, alimentation, activité physique, ...</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Utilisation des services de santé (recours aux soins et à la prévention)	
	Conditions de vie <input type="checkbox"/> Accès aux ressources hors services de santé (<i>logement, loisir, services sociaux et éducatifs, alimentation ...</i>) <input type="checkbox"/> Environnement physique (<i>air, sol, eau, aménagement du territoire ...</i>) <input type="checkbox"/> Conditions de travail	
	Environnement social <input checked="" type="checkbox"/> Intégration sociale <input type="checkbox"/> Empowerment (<i>participation des habitants</i>) <input type="checkbox"/> Normes et climat social	

	<p>Contexte économique et politique</p> <p><input type="checkbox"/> Augmentation des richesses locales <input type="checkbox"/> Adaptation aux besoins de la population <input type="checkbox"/> La santé dans les politiques (<i>prise en compte des déterminants de santé dans les politiques</i>)</p> <hr/> <p>Conditions socio-économiques</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau de revenu <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation</p> <hr/> <p>Autre(s)</p>
<p>Les objectifs de l'action visent-ils directement la lutte contre les inégalités sociales de santé ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p>
<p>Politiques Publiques concernées</p>	<p><i>Plan cancer 2014-2019</i></p>
<p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (Précisez)</p>
<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Evaluation propre de l'action</u></p> <p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Nombre de permanences sur demande des patients par un bénévole formé de la Ligue au CH.</i> • <i>Typologie des participants aux permanences.</i> • <i>Nombre de soutiens psychologiques au CH par une psychologue.</i> • <i>Typologie des participants aux soutiens psychologiques.</i> • <i>Nombre d'ateliers socio-esthétiques au CH par une socio esthéticienne diplômée.</i> • <i>Typologie des participants aux ateliers socio-esthétiques.</i> • <i>Nombre d'ateliers d'Activité Physique Adaptée animés par une éducatrice médico-sportive au complexe sportif de Saint-Martin sur le Pré.</i> • <i>Typologie des participants aux ateliers d'Activité Physique Adaptée.</i> • <i>Nombre d'ateliers de nutrition et de cuisine par une nutritionniste formée.</i> • <i>Typologie des participants aux ateliers de nutrition et de cuisine.</i> • <i>Nombre et types d'ateliers supplémentaires.</i> <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Permanences</u> : <i>Satisfaction (1-4)</i> • <u>Soutien Psychologique</u> : <i>Bilan de la psychologue</i> • <u>Ateliers Socio-Esthétiques</u> : <i>Satisfaction (1-4)</i> <i>Effet sur la vie quotidienne</i>

- Ateliers d'APA :
Satisfaction (1-4)
Effet sur la vie quotidienne
Suite d'une activité physique (hors ateliers)
- Ateliers Nutrition et Cuisine :
Satisfaction (1-4)
Suite de l'atelier (choix multiple)
- Autres ateliers :
Satisfaction (1-4)
Effets sur la vie quotidienne
Poursuite de l'atelier

Indicateur d'impact :

Méthode d'évaluation envisagée :

Questionnaires
Bilan Psychologue

Annexe 2 :

Le Diagnostic Local de Santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau



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	39
Offre de soins et médico-sociale	57
Autres déterminants	70
VOLET QUALITATIF.....	76
Introduction	83
Idées phares par thématique et par territoire	87
Etat de santé de la population	122
Offre de soins	129
Télémédecine	139
Etat de santé des personnes âgées perçu	146
Contexte social des personnes âgées.....	149
Offre à destination des personnes âgées.....	152
Etat de santé des jeunes perçu	163
Contexte social des jeunes	171
Offre à destination des jeunes	175
Offre à destination des personnes en situation de handicap	182

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
Morbidité	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

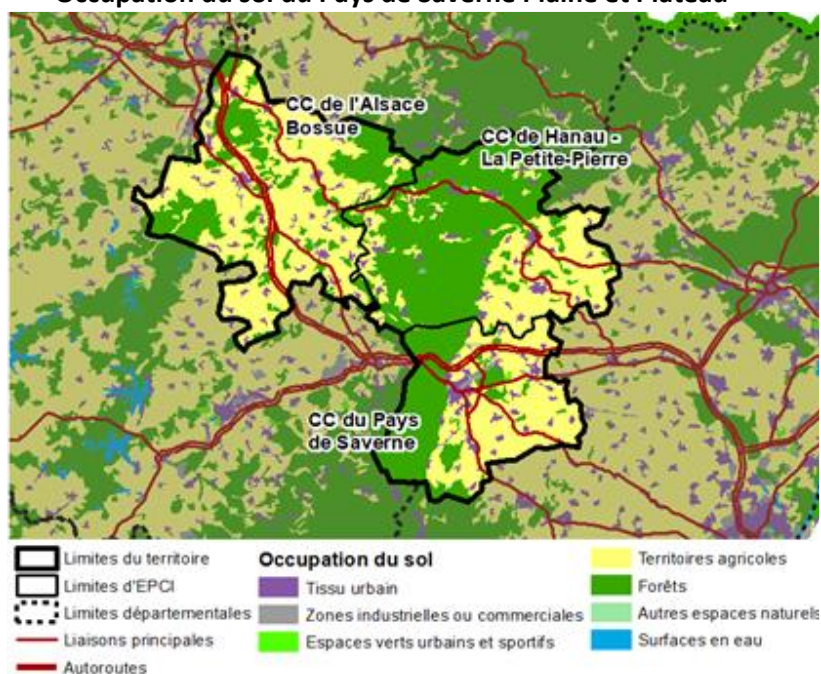
Le Pays de Saverne Plaine et Plateau est composé des 3 communautés de communes (CC) de l'Alsace Bossue, du Pays de Saverne et de Hanau-la Petite Pierre, qui regroupent au total 118 communes. Ces 3 CC sont rassemblées dans le Pôle d'équilibre territoriale et rural (PETR) du pays de Saverne. A noter que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

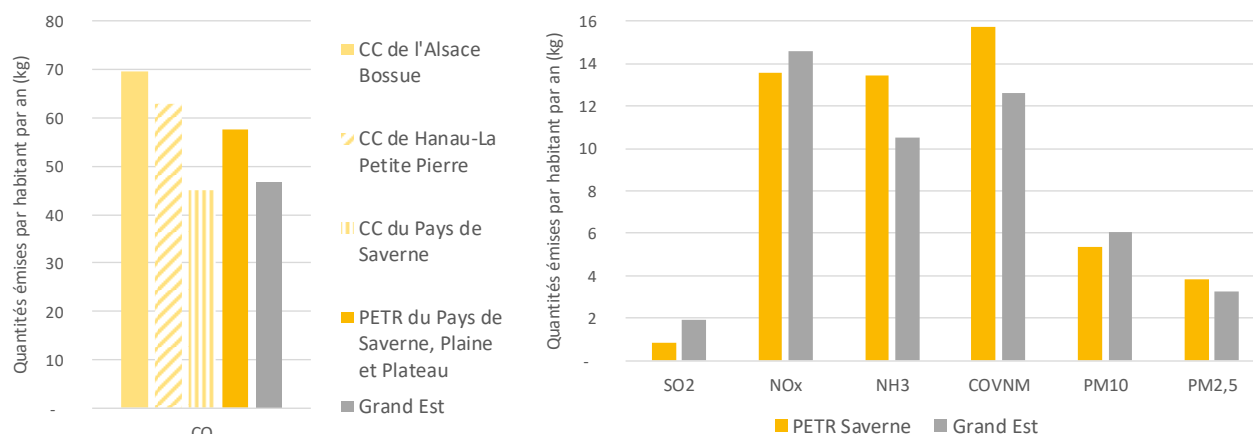
- Valeurs limites UE :
 - PM₁₀: 40 µg/m³ en moyenne annuelle ;
 - PM_{2,5}: 25 µg/m³ en moyenne annuelle ;
 - NO₂: 40 µg/m³ en moyenne annuelle ;
 - O₃: 120 µg/m³ sur 8 heures à ne pas dépasser plus de 25 jours par an en moyenne journalière.
- Valeurs guide OMS :
 - PM₁₀: 20 µg/m³ en moyenne annuelle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

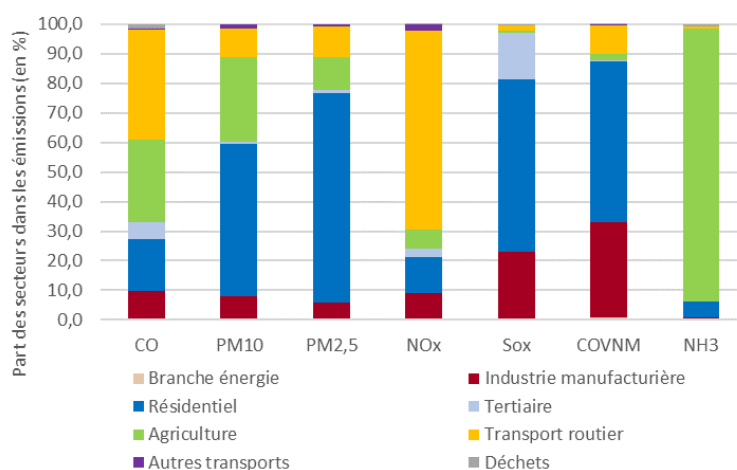


CO : monoxyde de carbone ; SO₂ : dioxyde de soufre ; NO_x : oxydes d'azote ; NH₃ : ammoniac ; COVNM : composés organiques volatils non méthaniques ; PM_{10/2,5} : particules de taille < 10 microns / 2,5 microns.

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

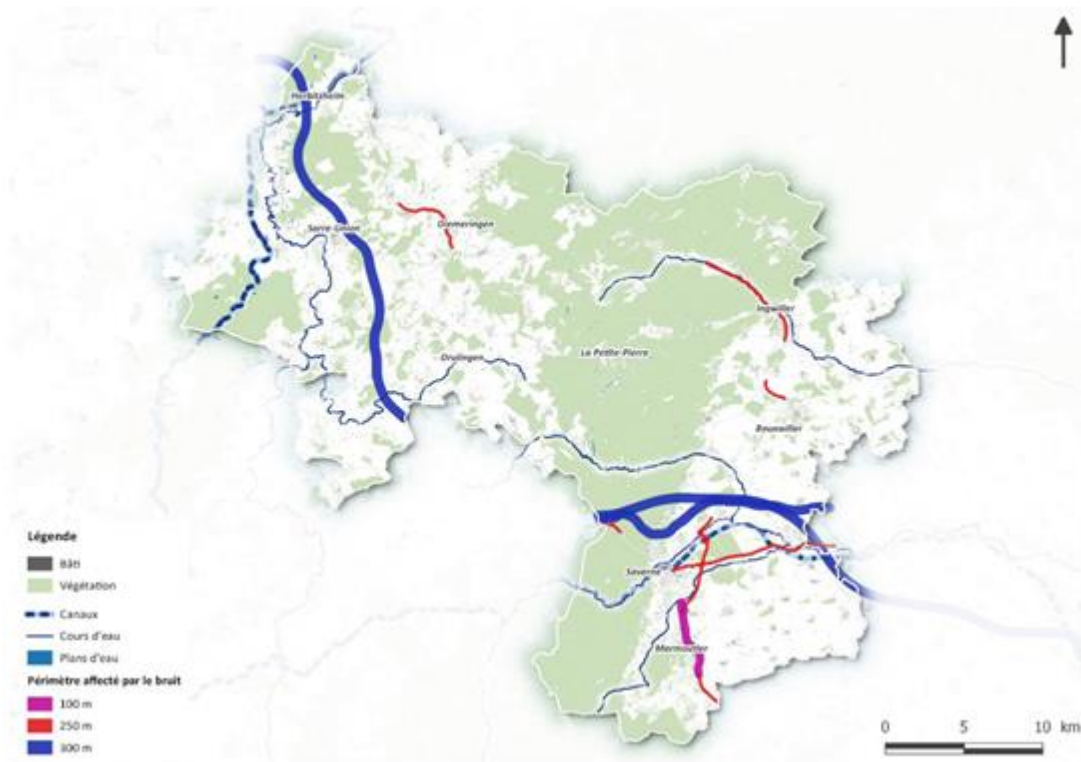
Les objectifs du PPBE sont de prévenir les effets du bruit, réduire, si nécessaire, les niveaux de bruit et protéger les zones calmes. Le PPBE recense les actions des dix dernières années et présente les actions pour les cinq ans à venir.

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

Diagnostic local de santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau – ORS/Ireps Grand Est

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.

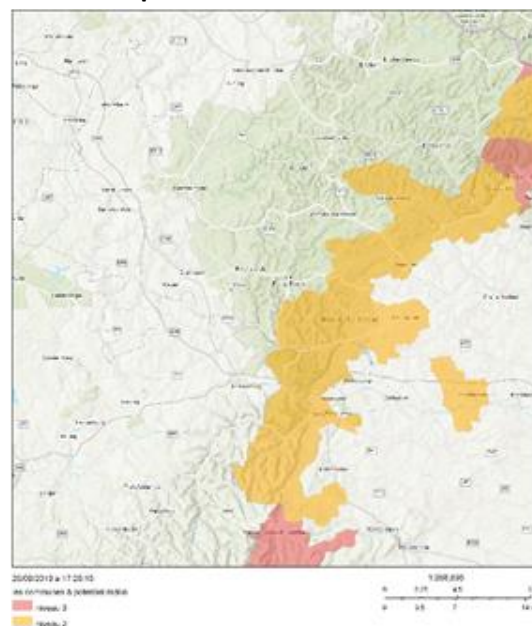
Le risque principal pour la santé est celui de cancer du poumon, mais représente toutefois un facteur de risque moindre que le tabac. Une évaluation quantitative de l'impact sanitaire de l'exposition domestique au radon en France, publiée en 2018 par l'IRSN et Santé publique France, permet de conclure 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

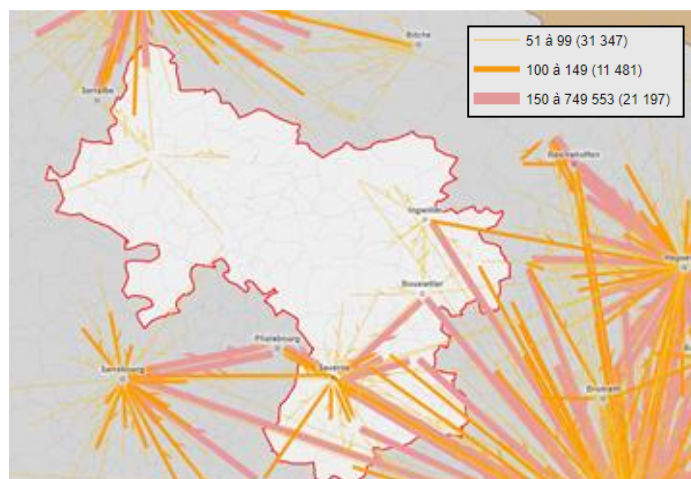


Source : DDT Bas-Rhin, 2019, IDE Environnement

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

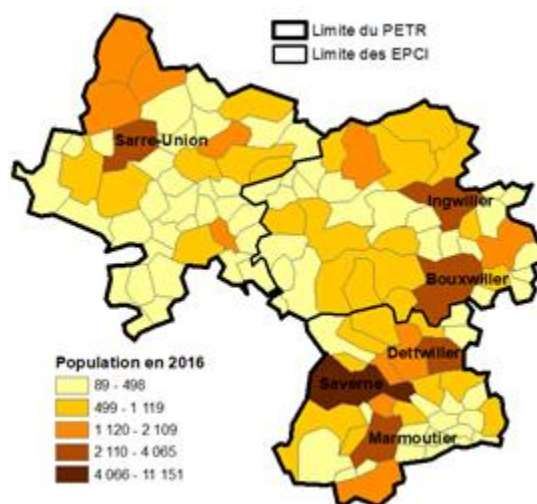
Le volume de la population, la manière dont elle se répartit géographiquement et les dynamiques du peuplement dans le temps esquisser les premiers contours du portrait de territoire. En lien aux questions de santé, ils permettent une première approche des besoins en matière d'offre de santé et surtout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



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
PÉTR 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

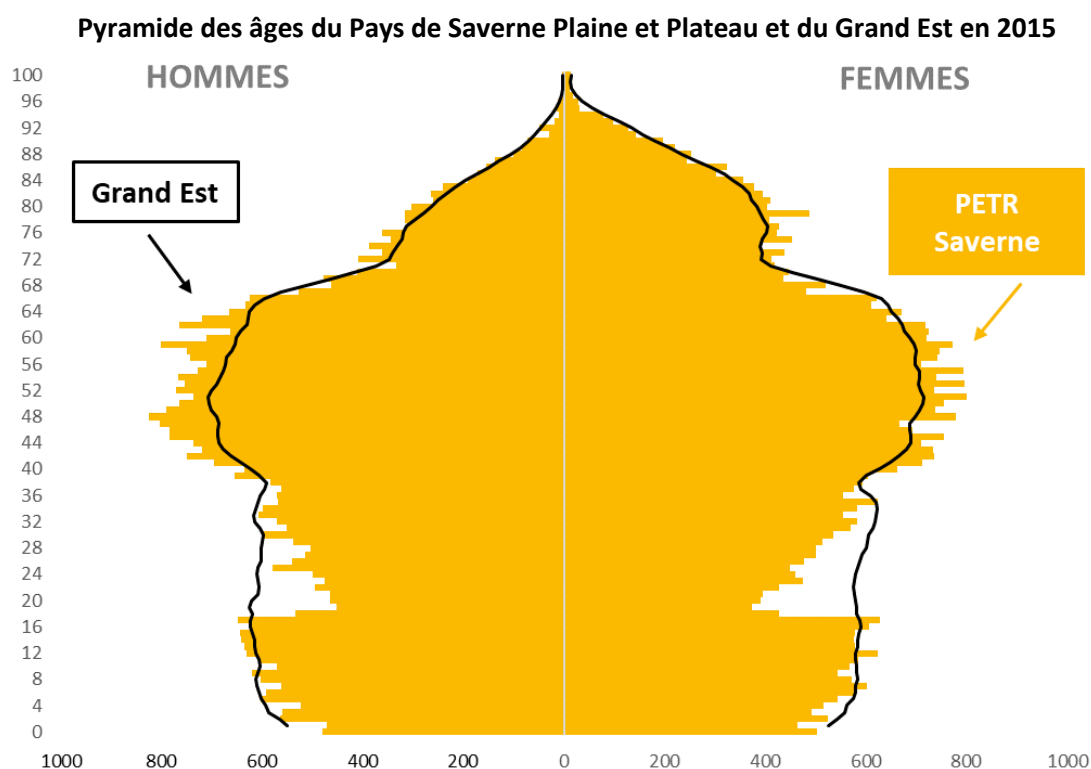
Source : Insee, Exploitation ORS

Structure de la population par âge

La pyramide des âges du territoire du PÉTR 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%

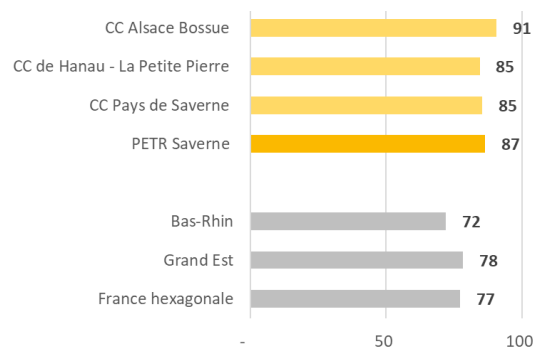
Pourcentages en vert : inférieurs à ceux du Grand Est - Pourcentages en rouge : supérieurs à ceux du Grand Est

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

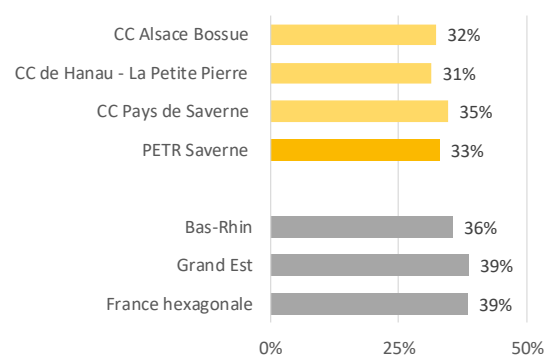
Sur le territoire du PETR de Saverne, parmi les 8 800 personnes âgées de 75 ans et plus, 2 900 vivent seules à domicile soit un tiers d'entre elles (33 %). La proportion de personnes âgées vivant seule est plus élevée au sein de CC du Pays de Saverne (34,7 %), mais est globalement plus faible au sein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

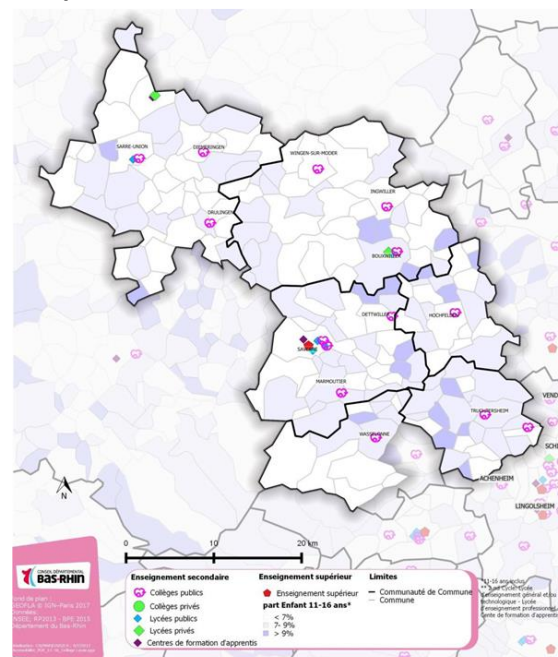
Le territoire du PETR de Saverne dispose d'un bon niveau de services en termes d'enseignement secondaire :

- 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

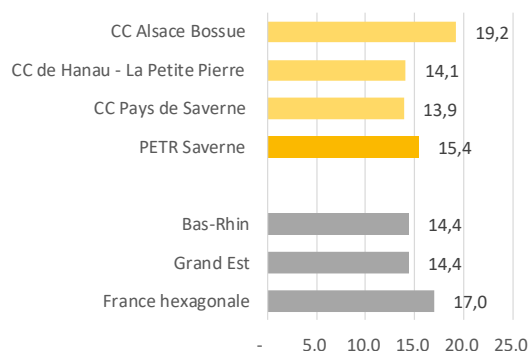
Source : Insee RP, Insee CLAP, exploitation ORS

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.

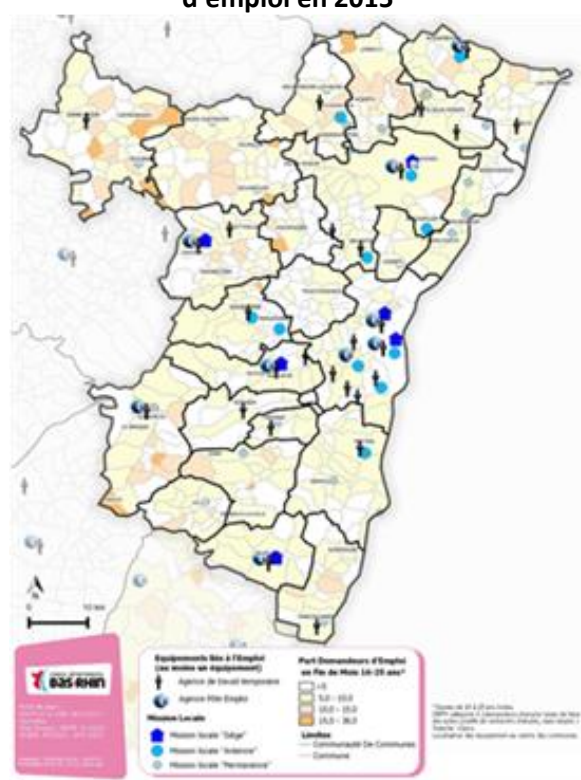
Indicateur NEET parmi les 15-24 ans en 2015



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

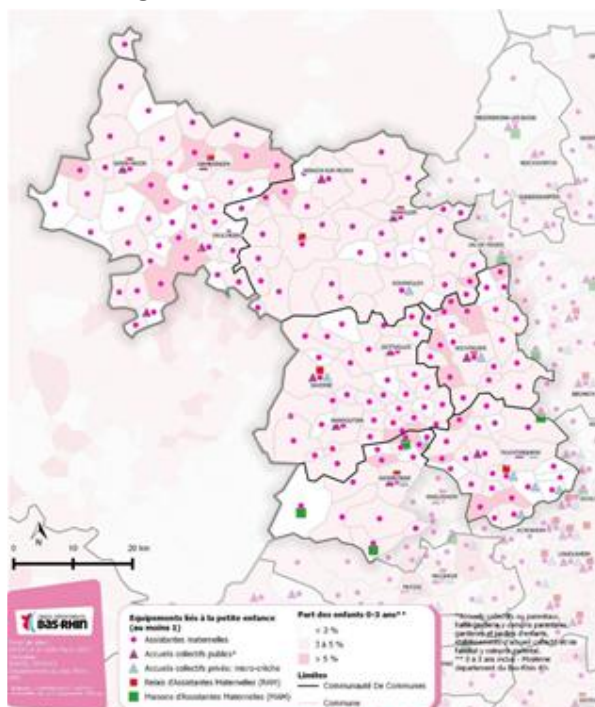
Source : CD67, Insee RP, exploitation ORS

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

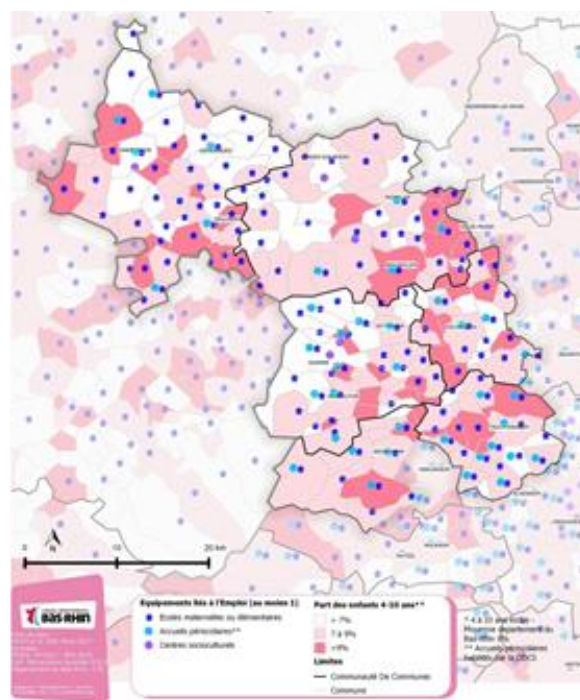
Source : Insee RP, exploitation ORS

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.

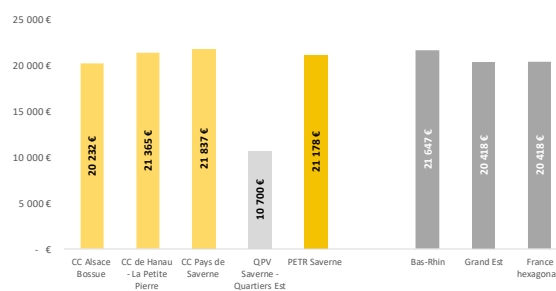
Ainsi, il a pu être démontré qu'une forte corrélation existe entre le revenu et la mortalité et que cela ne concerne pas uniquement une opposition pauvre / riche mais que plus le revenu est élevé, plus l'effet protecteur qu'il constitue est important. A partir de l'échantillon démographique permanent, 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

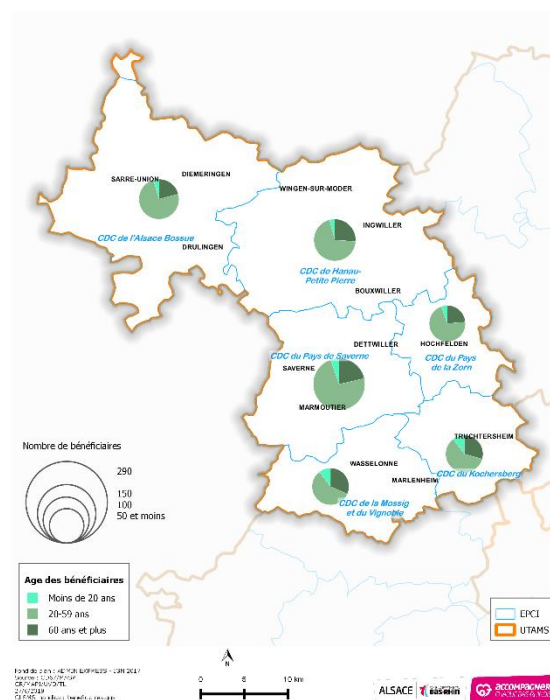
Source : CAF, MSA, CPAM, RSI, CARSAT Nord-Est, CARSAT Alsace Moselle, CCMSA, Cnaf Insee Filosofi, CD67 / Mission Action Sociale de Proximité, exploitation ORS

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



Source : CD67

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

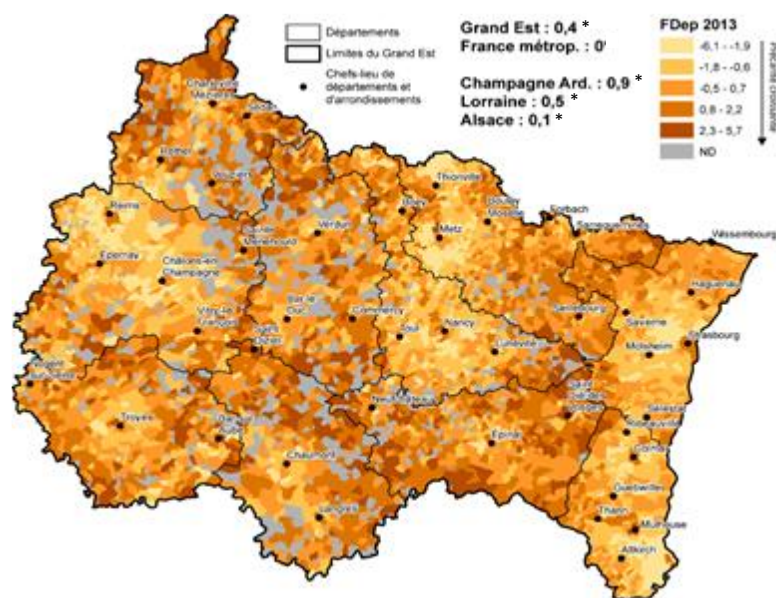
A l'échelle du Grand Est, l'indicateur Fdep montre un territoire contrasté en matière de défaveur sociale avec, d'une part, les grandes villes de la région qui présentent une défaveur sociale marquée, et d'autre part, les communes en périphérie des grandes agglomérations qui présentent des situations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

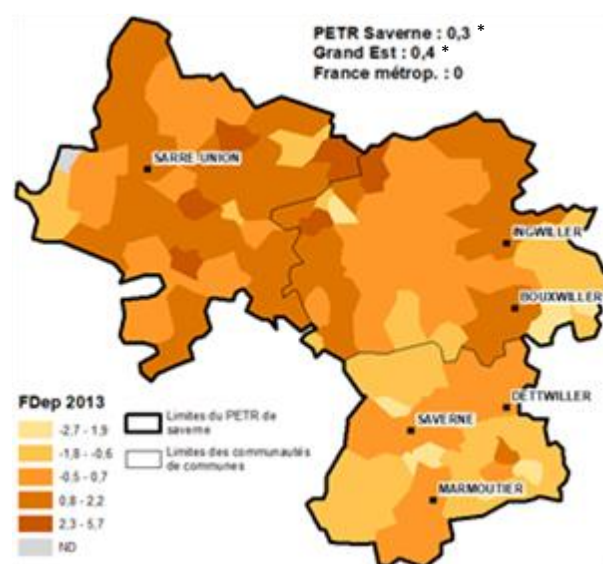
favorisés bénéficiaires notamment de la dynamique et de l'attractivité des pays frontaliers (majorité du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, sillon Lorrain).

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.

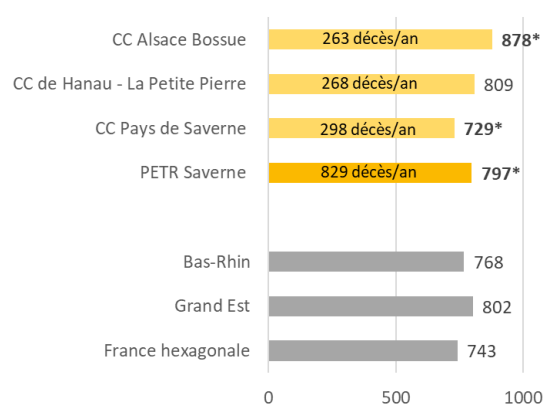
Mortalité générale toutes causes

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.

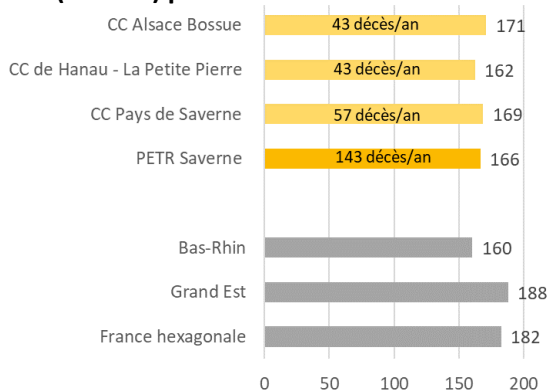
La mortalité prématurée se définit ici comme un décès survenant avant 65 ans. De 2011 à 2015, 143 décès prématurés ont été enregistrés en moyenne par an sur le territoire. Le taux comparatif de mortalité prématurée s'élève ainsi à 166 pour 100 000 habitants contre 161 pour le Bas-Rhin. La mortalité prématurée 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

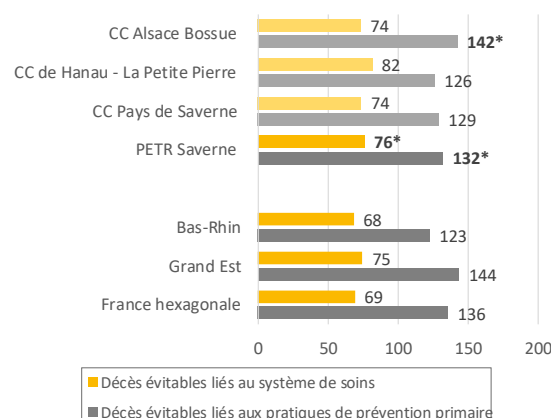


* Taux significativement différent du taux observé dans le Bas-Rhin ($p < 0,05$)

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 ».

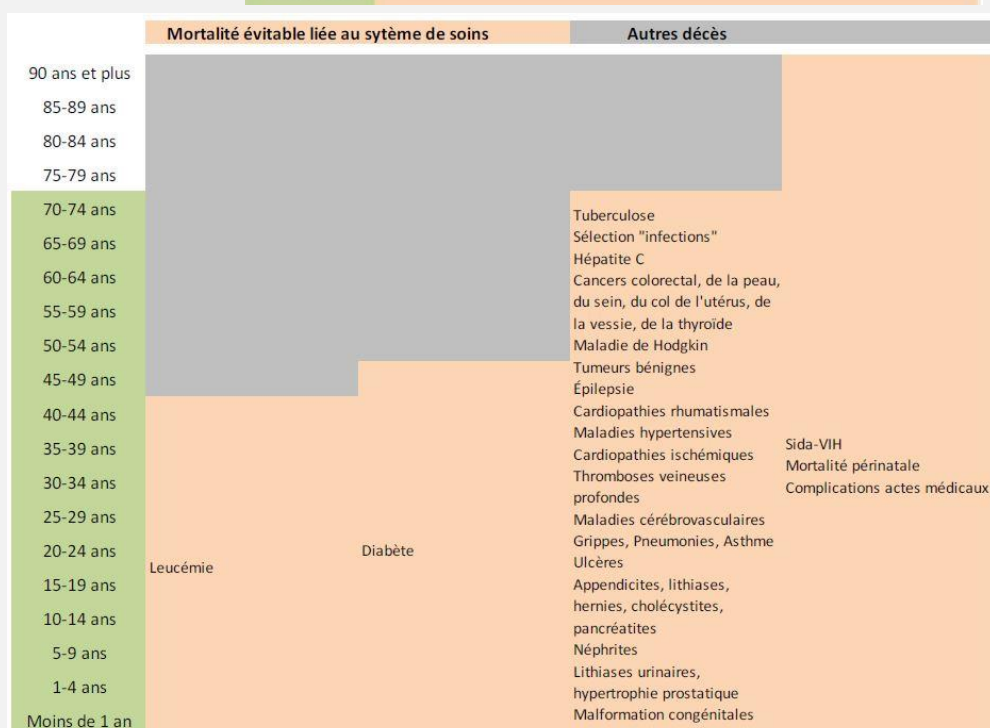
Causes de décès et âges retenus dans le calcul de la mortalité évitable par l'amélioration de la prévention primaire

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-laccidentalite-routiere-2018>

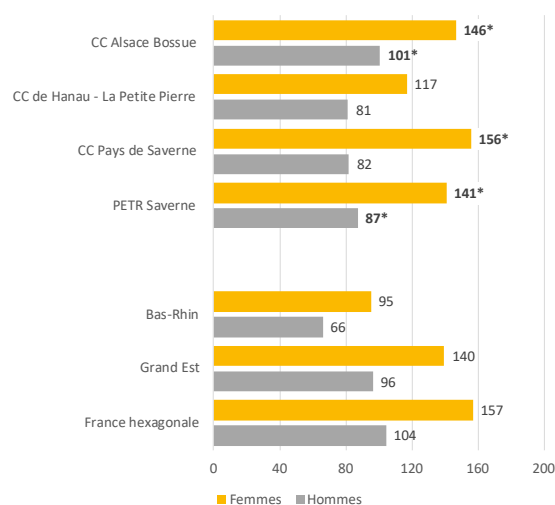
- **Focus tentative de suicide**

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.

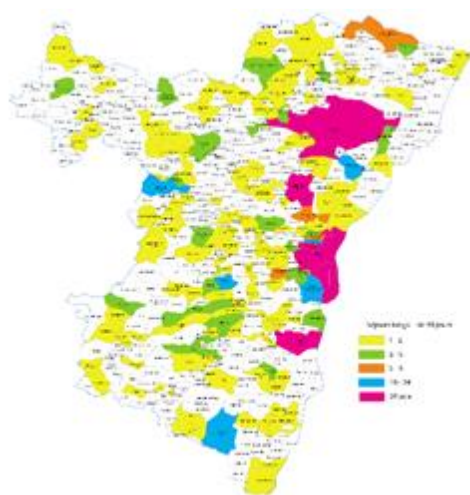
Le taux de recours en établissement sanitaire pour motif psychiatrique chez les 65 ans et plus en 2015 est également plus élevé dans le Bas-Rhin : 319 ‰ contre 245 en moyenne dans les départements français.

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

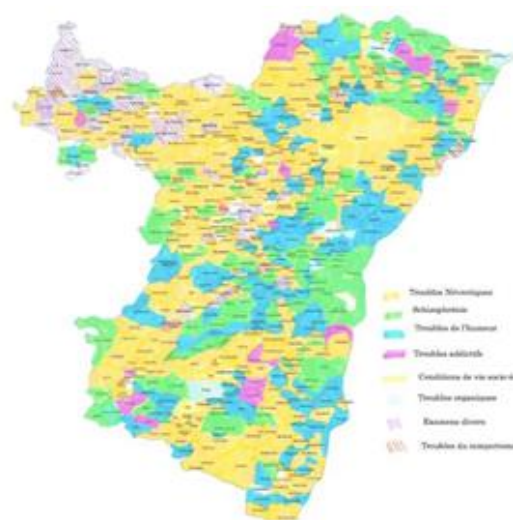
⁹ Diagnostic territorial de santé mentale du département du Bas-Rhin

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.

Diagnostics 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 dédiés 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 suivants : 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 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 LAPY, 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).

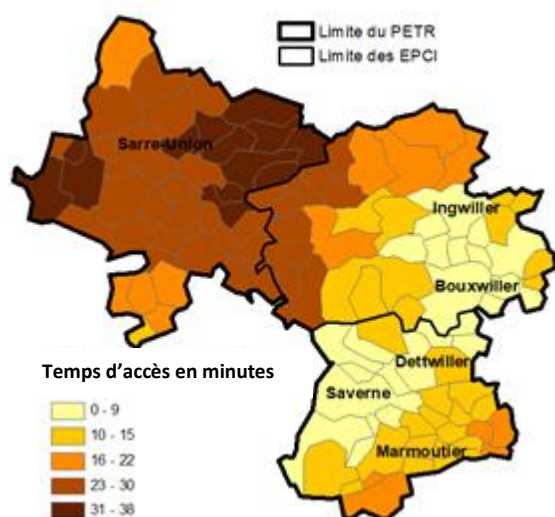
De plus, la moitié de ces professionnels sont âgés de 55 ans et plus, nécessitant probablement un renouvellement de ces professionnels dans les années qui viennent.

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

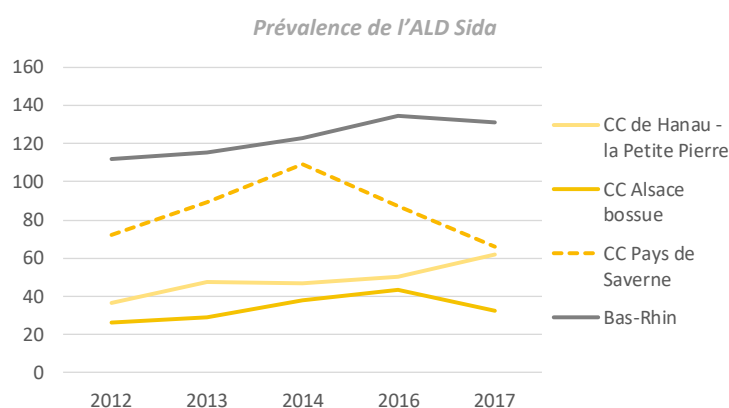
Au 31 décembre 2016, avec 55 cas, la prévalence ALD pour Sida au sein du PETR est significativement inférieure à celle du Bas-Rhin de 52 %. Cet écart varie de -35 % au sein de la CC de Saverne à -68 % au sein de la CC de l'Alsace Bossue. Ce sont majoritairement des hommes (78 %) dont 1/3 ont entre 25 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.

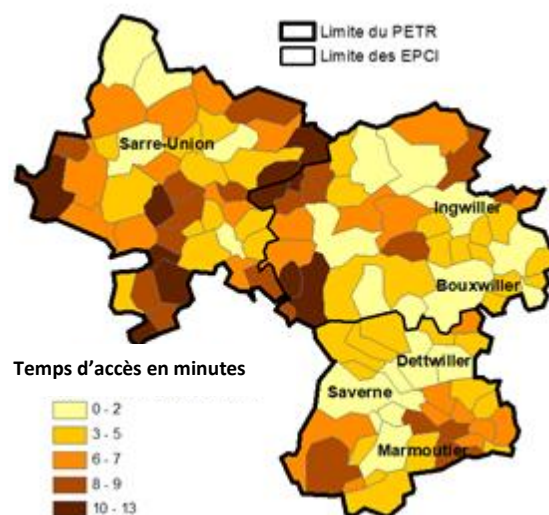
Les professionnels libéraux sont a priori les principaux acteurs de la prise en charge organisée des « soins primaires », dits aussi de premier recours ou de proximité, centrés autour des médecins généralistes, qui assurent également l'orientation de leurs patients, vers des soins de second recours dispensés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

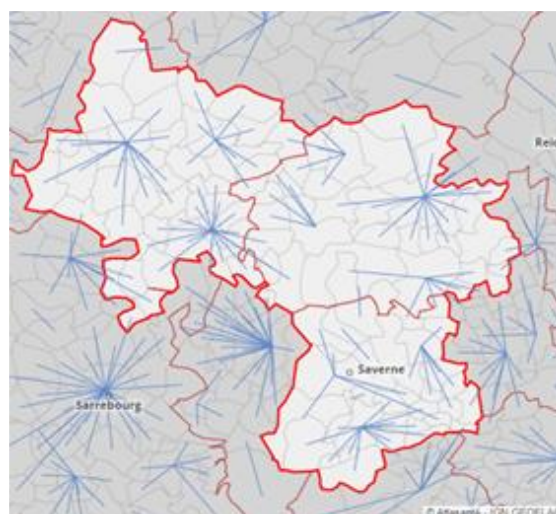
Les temps d'accès routier au professionnel le plus proche sont ainsi assez disparates sur le territoire, avec un temps moyen d'accès entre 5 et 6 minutes ce qui est supérieur à la moyenne du Bas-Rhin (3 minutes). Les principaux pôles d'attraction du territoire sont les communes de Sarre-Union, Diemeringen, 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

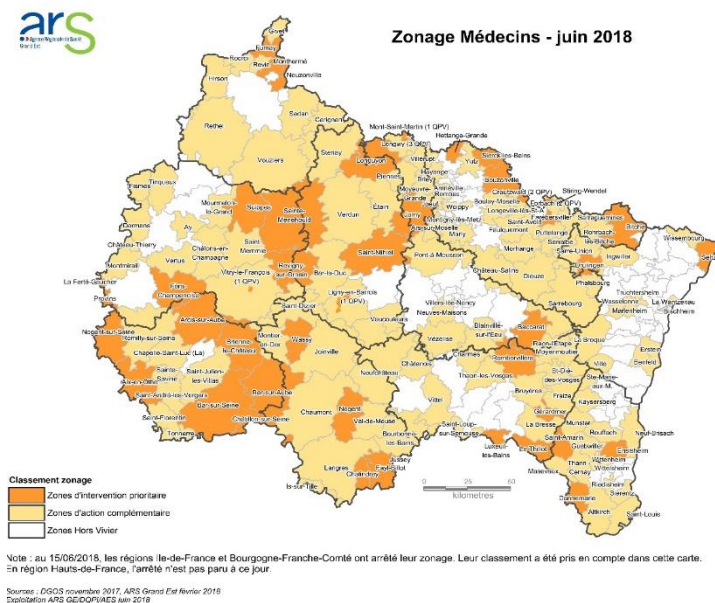
Le nombre de médecins généralistes a toutefois augmenté de 19 % sur la CC de l'Alsace Bossue entre 2012 et 2018 (+6 MG) et diminué sur celle de Saverne (-7 MG).

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.

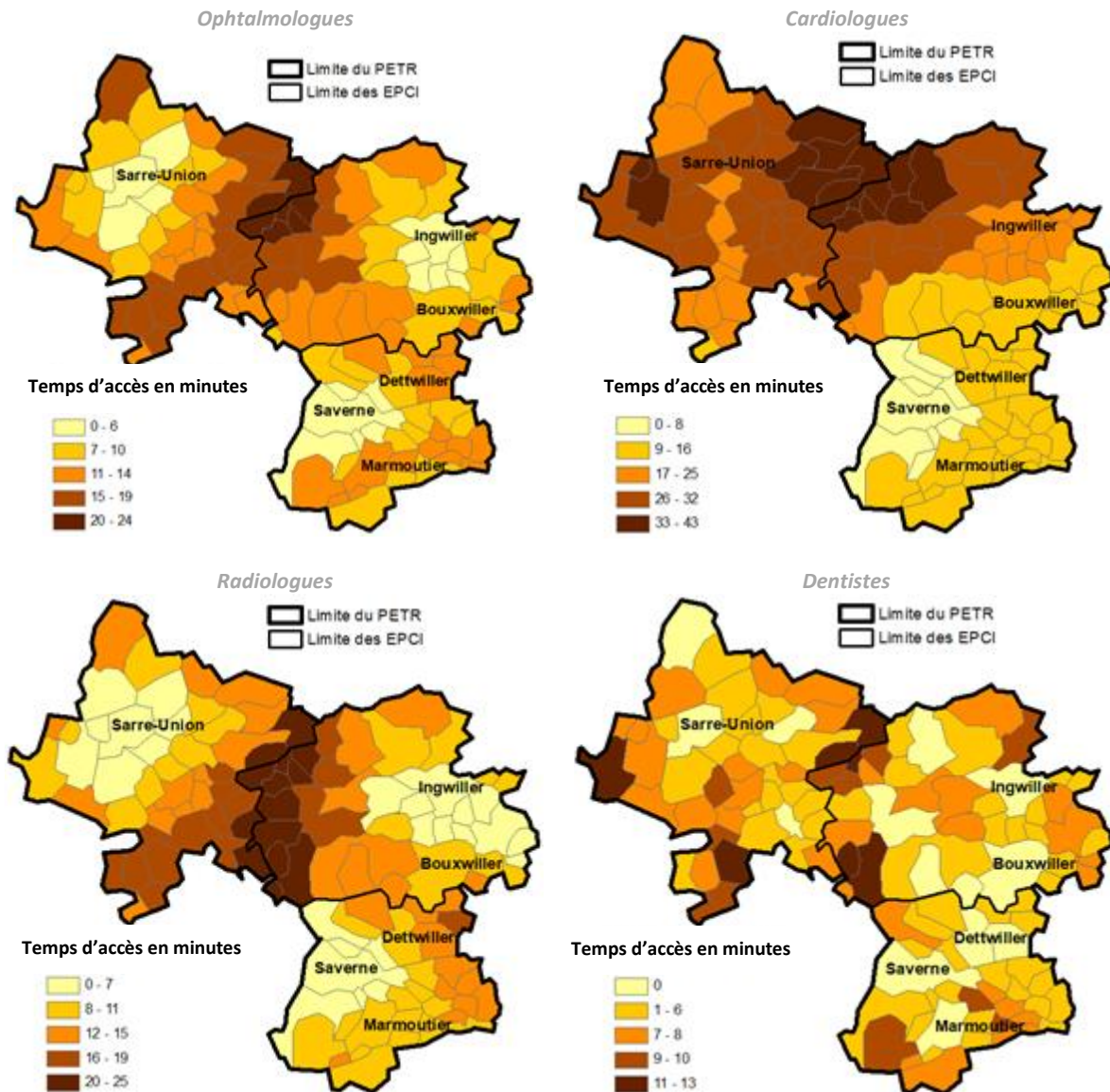
Le territoire présente une offre assez faible en pédiatres et gynécologues, (respectivement 2

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).

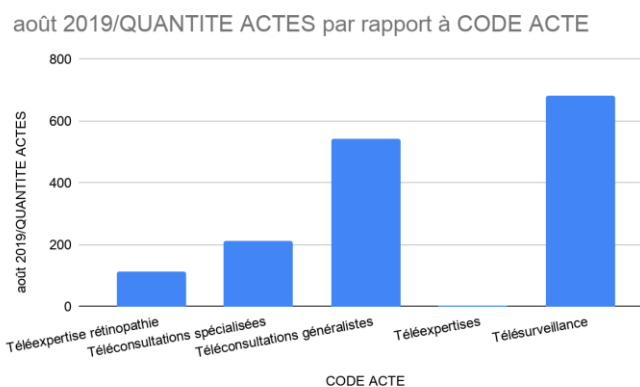
A l'échelle nationale, concernant le profil du médecin téléconsultant, il s'agit en majorité d'hommes (62 %) et de praticiens jeunes. La moitié d'entre eux a moins de 50 ans alors que cette classe d'âge ne représente que 37 % des médecins en activité. À l'inverse, les plus de 60 ans ne sont à l'origine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

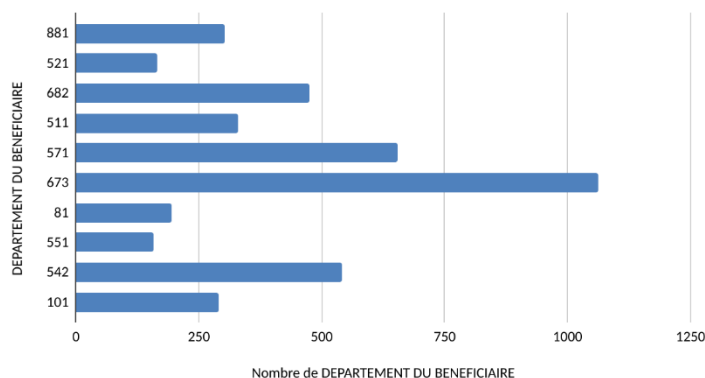
Répartition des types d'actes facturés en télémédecine en Grand Est



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.

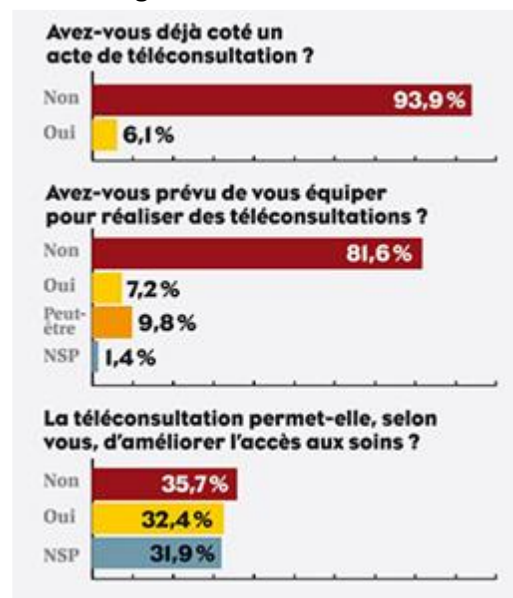
A l'échelle nationale, néanmoins, d'après un sondage¹⁸, huit médecins généralistes sur dix affirment ne pas avoir prévu de s'équiper pour en réaliser, tandis que 10 % hésitent encore. Seuls 7 % se disent prêts à investir¹⁹.

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.

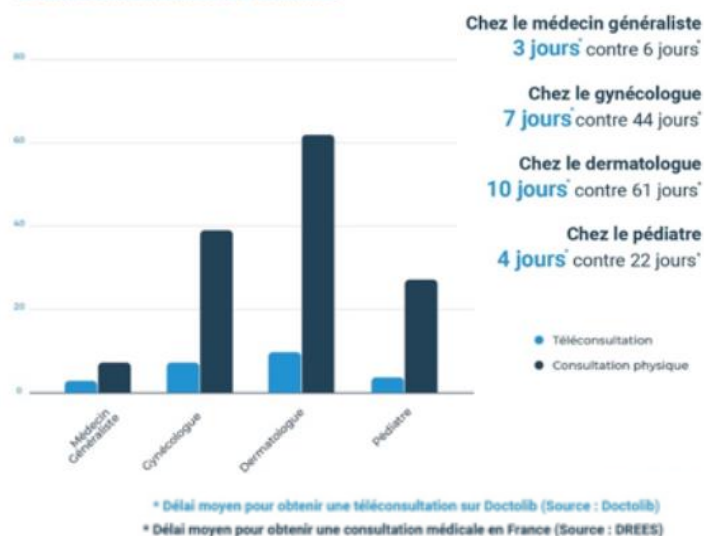
Résultat d'un sondage réalisé auprès de médecins généralistes¹⁸



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 (Hautepierre 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 ;

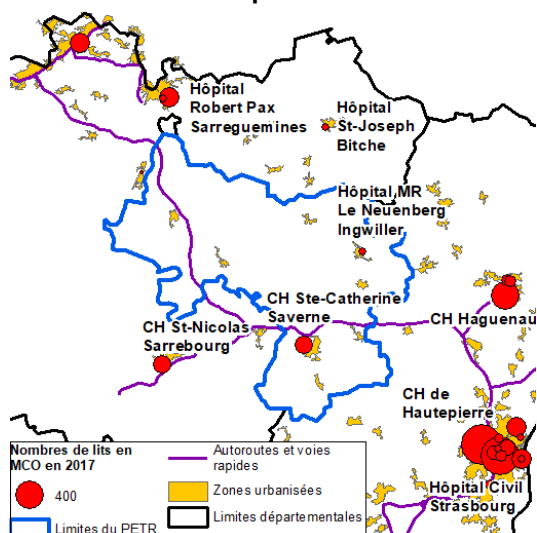
- 88 lits en hospitalisations complète en soins de suite et réadaptation (SSR) et 6 places en temps partiel.

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.

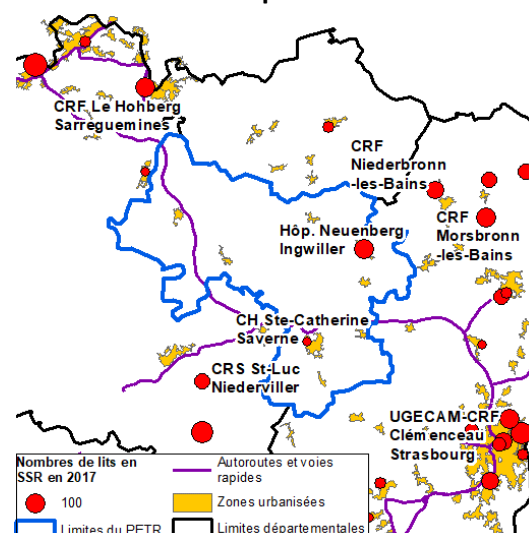
Pour rappel la répartition selon les établissements des séjours hospitaliers enregistrés pour les habitants du PETR a été présentée dans la partie Etat de santé – Morbidité.

Répartition des établissements hospitaliers du territoire et alentours en 2017

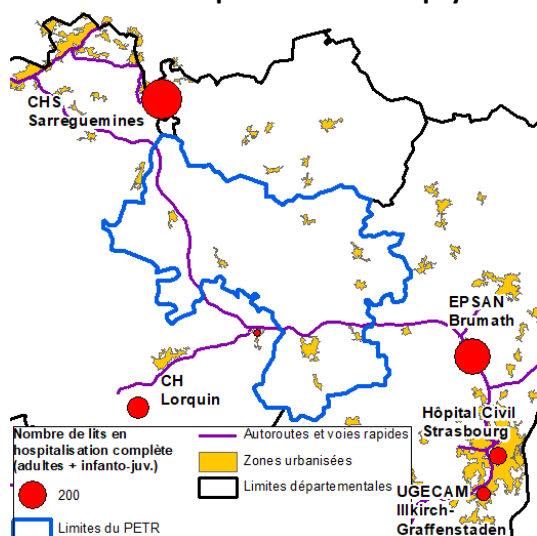
Etablissements disposant de lits en MCO



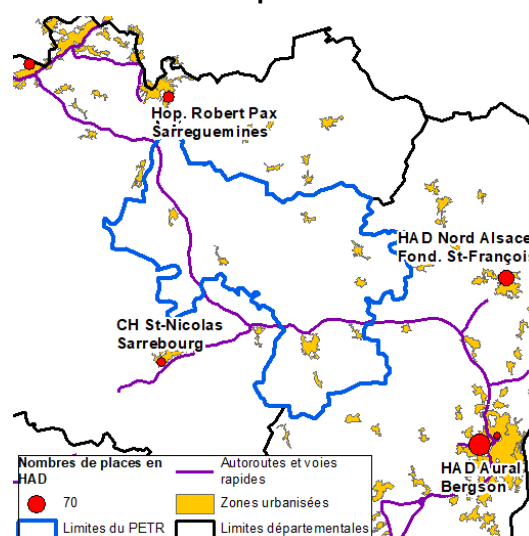
Etablissements disposant de lits en SSR



Etablissements disposant de lits en psychiatrie



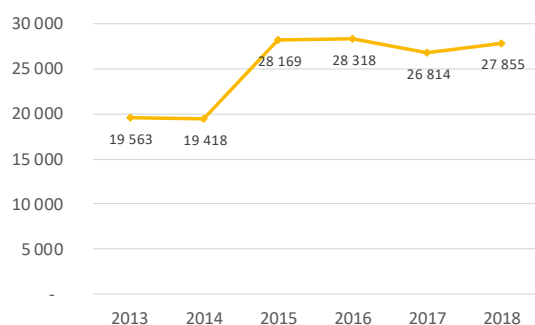
Etablissements disposant de lits en HAD



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

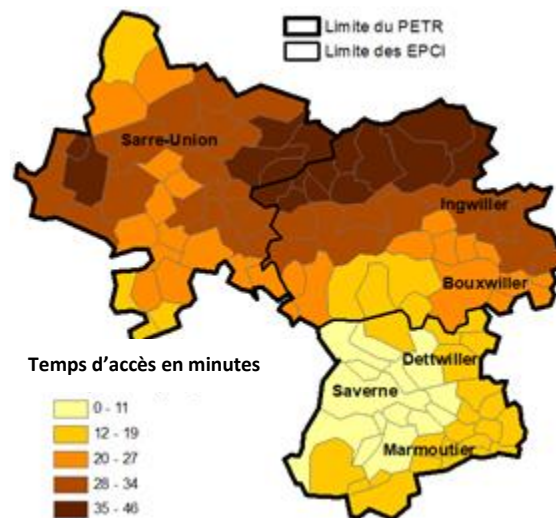
Le temps d'accès routier pour les communes de la CC de Saverne y est relativement faible (12 minutes en moyenne), en revanche pour les communes des CC de l'Alsace Bossue et Hanau La Petite Pierre il faut compter en moyenne 30 minutes, soit 7 de plus qu'en moyenne dans le Bas-Rhin et 5 de plus qu'en moyenne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

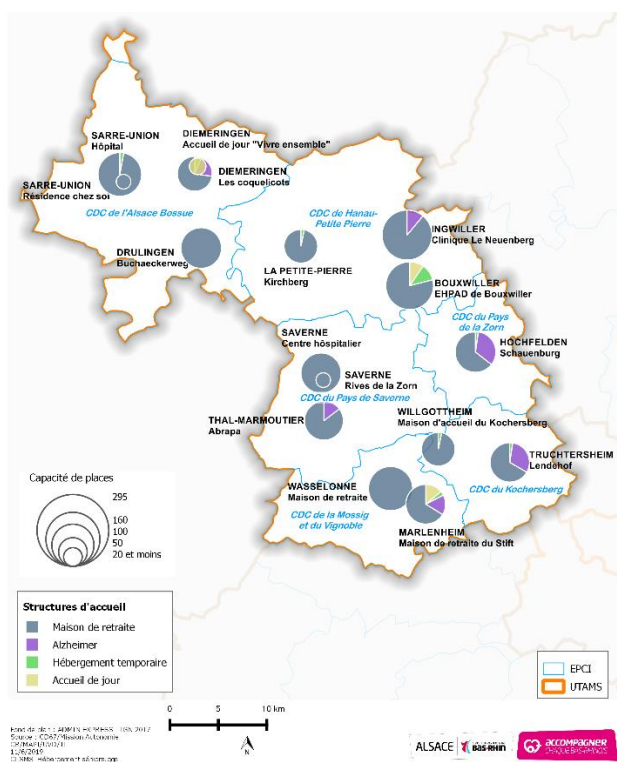
Offre et accompagnement médico-social

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.

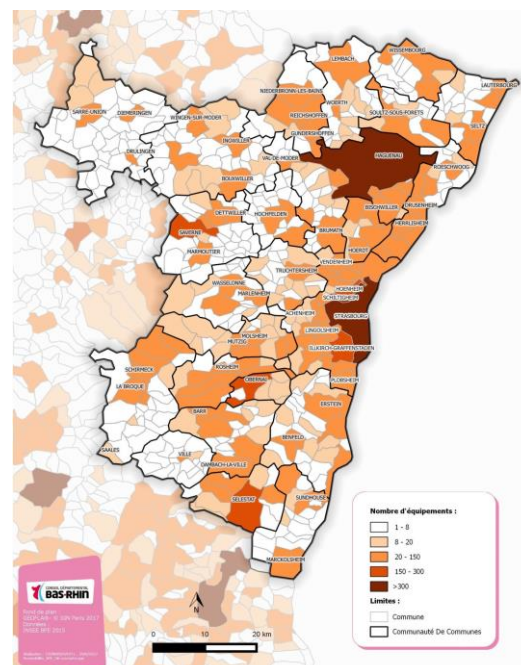
Le schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public du CD 67 met en exergue que dans les CC de l'Alsace Bossue, le Nord de Hanau-Petite Pierre, et l'Est de Saverne-Marmoutier-Sommerau, la concentration des équipements du panier courant sur les villes et bourgs-centres : Saverne, 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.....	83
Méthodologie du diagnostic local de santé	83
Recueil des besoins auprès des élus et professionnels	83
Recueil des demandes auprès des habitants	84
Mobilisation des habitants, des élus et des professionnels pour les entretiens.....	84
Outils de recueil	84
Un recensement des actions de prévention / promotion de la santé	85
Cadre d'analyse	85
IDEES PHARES PAR THEMATIQUE ET PAR TERRITOIRE	87
FOCUS THEMATIQUE	87
1. Offre sur le territoire	87
2. Environnement social.....	87
3. Précarité économique	87
4. Comportements et modes de vie	88
5. Accès et recours à l'offre de soins	88
6. Santé des jeunes	88
7. Santé des personnes âgées	88
8. Santé des personnes en situation de handicap	89
FOCUS TERRITORIAL	89
1. CC Alsace Bossue	89
2. CC Hanau-La Petite Pierre	89
3. CC Pays de Saverne.....	89
4. QPV Saverne	90
La nature comme élément essentiel à la qualité de vie	92
Des espaces et une densité de construction modérée à préserver	93
Un patrimoine historique qui contribue à l'attractivité touristique	94
Le logement.....	97
Un nombre de logements dégradés important en hyper-centre	97
Une accessibilité financière au logement limitée pour des publics en situation de précarité	98
Ressources existantes citées lors des entretiens	98
Les transports.....	99
Une offre de transports collectifs peu présente et peu adaptée	99

Une offre de transport limitée qui renforce les inégalités et participe à l'isolement social de groupes de population déjà vulnérables	101
Les services de proximité	103
Des services publics et des commerces de proximité jugés suffisants	103
Une offre sportive, culturelle et de loisirs jugée conséquente sur le territoire et diversifiée	104
Une lisibilité de l'offre associative à renforcer	106
Des infrastructures à renforcer et une offre à adapter à l'âge et aux contraintes professionnelles	107
Lors d'un entretien habitants, certains participants identifient des freins à l'accès aux activités du territoire, notamment l'âge et l'activité professionnelle :	107
Ressources existantes citées lors des entretiens	107
Pistes d'amélioration concernant l'offre en matière d'activités présentes sur le territoire	108
Un cadre de vie rural qui a aussi ses limites : sentiment d'éloignement des services publics pour certains et cités dortoirs pour d'autres	109
Pistes d'amélioration évoquées par les élus en termes de densification	109
Une offre en matière de garde d'enfants jugée insuffisante par les élus	110
L'emploi et l'insertion	110
Une offre d'emploi et de formation jugée insuffisante sur le territoire	110
Ressources existantes citées lors des entretiens	111
Ressources non exhaustives identifiées sur le territoire	111
L'environnement social, le lien social	113
Un lien social fort qui participe à la qualité de vie sur le territoire selon élus et habitants	113
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... ..	113
Des « poches » de précarité réparties sur le territoire	116
Ressources non exhaustives identifiées sur le territoire	117
Des comportements défavorables en matière d'alimentation et d'activité physique notamment	119
Pistes d'amélioration concernant l'alimentation et l'activité physique	119
Ressources non exhaustives identifiées sur le territoire	120
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	120
Pistes d'amélioration identifiées par les élus	120
ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION	122

Représentations quant à la santé globale mitigées.....	122
Des problèmes de santé touchant plus spécifiquement une population vieillissante	122
Des prises en charge qui deviennent plus complexes dues aux poly pathologies....	123
Une augmentation inquiétante des maladies métaboliques et psychiatriques sur le territoire	124
Un manque de repérage et de dépistage des maladies métaboliques telles que le diabète, l'obésité ou les maladies cardiovasculaires	124
Des problèmes psychiatriques en augmentation chez les jeunes et la population active	125
Quelques ressources identifiées	126
CONTEXTE SOCIAL ET ECONOMIQUE	127
Le contexte économique est un des facteurs qui augmentent les inégalités de prise en charge sur le territoire	127
Un public en situation de précarité entraînant un éloignement des démarches de soins	127
Un reste à charge important.....	128
Quelques ressources existantes	128
OFFRE DE SOINS	129
Une offre en médecine générale insuffisante avec une évolution des pratiques	129
Une offre de médecine générale insuffisante sur le territoire avec des médecins débordés qui n'acceptent plus de nouveaux patients	129
Des déplacements vers le domicile du patient qui diminuent	130
Une offre suffisante en soins infirmiers pour les élus et les habitants.....	131
Une offre de spécialistes satisfaisante en termes de diversité mais parfois difficilement accessible géographiquement.....	131
Des craintes évoquées quant aux situations d'urgence	132
Une forte volonté de garder l'offre de proximité	133
Une méconnaissance de l'offre par les professionnels et les habitants	133
Des difficultés de recrutement des professionnels de santé en lien avec l'attractivité du territoire	134
Un manque de personnel hospitalier repéré et des difficultés de recrutement.....	134
Des difficultés pour installer de jeunes médecins en milieu rural	134
Des représentations divergentes sur l'implantation de dispositifs de coordination sur le territoire	136
Quelques ressources présentes sur le territoire.....	137
Des pistes d'amélioration évoquées par les participants	138
TELEMEDECINE	139
Offre présente sur le territoire	139

Une offre qui n'est pas généralisée.....	139
Une offre développée à Saverne	139
Les intérêts de la technique	140
Un outil de prise en charge à distance.....	140
Les moyens d'utilisation	141
Des freins à la pratique	141
Un besoin de personnel formé.....	141
Des appréhensions de cette « nouvelle technologie »	142
Un manque de connaissance de la technique	143
ÉTAT DE SANTE DES PERSONNES AGEES PERÇU	146
Un nombre de personnes âgées en augmentation	146
Représentations quant à la santé des personnes âgées contrastées.....	146
Des personnes âgées « en forme »	146
Mais, des personnes âgées nécessitent des besoins de soins qui viennent avec l'âge	147
Un manque d'anticipation dans la prise en charge entraînant notamment des arrivées inadaptées en EHPAD	147
Quelques ressources existantes.....	149
CONTEXTE SOCIAL DES PERSONNES AGEES.....	149
Un isolement des personnes âgées, notamment lié à des familles éloignées	149
De nombreuses personnes âgées en situation de précarité ne pouvant pas faire face aux dépenses liés au vieillissement.....	151
Quelques ressources citées lors des entretiens.....	151
OFFRE A DESTINATION DES PERSONNES AGEES	152
Un manque d'activités à destination des personnes âgées sur le territoire	152
Pistes d'amélioration citées.....	152
Des difficultés de transport identiques à celle des autres tranches d'âges de la population mais aux conséquences renforcées par la dépendance	153
Un maintien à domicile précaire sur le territoire	153
Une volonté de rester à domicile	153
Des adaptations du logement non réalisées qui compromettent parfois le maintien à domicile.....	154
Les services d'aide à domicile conséquents sur le territoire.....	154
Des aidants épuisés.....	155
Pistes d'amélioration citées.....	156
Quelques ressources existantes.....	156
Les structures d'accueil.....	156

Des arrivées en EHPAD souvent non anticipées, non souhaitées, conséquence de la gestion d'une situation d'urgence	156
Des structures d'accueil pour personnes âgées couteuses et surchargées	157
Des personnels d'EHPAD épuisés et difficiles à recruter	158
Des outils trop nombreux et chronophages	158
Un manque de considération ressenti des EHPAD par les collectivités	159
Les résidences seniors, une solution d'avenir ?	159
La coordination de la prise en charge des personnes âgées	159
La place du médecin traitant dans la prise en charge questionnée au regard du manque de médecin généralistes	159
Le travail en partenariat	160
ÉTAT DE SANTE DES JEUNES PERÇU	163
Représentations quant à la santé des jeunes contrastées.....	163
Des inquiétudes quant à des jeunes présentant des maladies métaboliques.....	164
Des cas de cas de diabète diagnostiqués tardivement et d'obésité chez les jeunes du territoire, observés par les professionnels	164
Un environnement pas toujours favorable à l'équilibre alimentaire et à la pratique d'activité physique.....	164
Ressources existantes citées lors des entretiens	165
Des jeunes qui présentent des troubles psychiques	165
Quelques ressources existantes.....	166
Une consommation de pilule du lendemain importante et une recrudescence observée des MST	166
Quelques ressources existantes.....	166
De nombreuses situations d'addictions observées	167
Une consommation d'alcool, de tabac ou autres produits importante chez les jeunes du territoire	167
Des lieux de trafics identifiés sur le territoire.....	168
Des inquiétudes liées aux écrans et nouvelles technologies.....	168
Un environnement socio-économique et une prise en charge des addictions pas toujours accessible pour les habitants du territoire.....	169
Quelques ressources existantes.....	170
CONTEXTE SOCIAL DES JEUNES	171
Un contexte familial variable	171
Des perceptions des élus quant à des difficultés en lien avec l'éducation des jeunes .	171
Des liens familiaux privilégiés sur le secteur de Marmoutier	171
Des décrochages scolaires nombreux et une insertion professionnelle complexe sur le territoire	171

Des jeunes qui ne reviennent pas suite à leurs études	171
De nombreuses situations de décrochages observées	172
Des difficultés à trouver un emploi pour les jeunes	173
Ressources existantes citées dans les entretiens	173
Pistes d'amélioration citées lors des entretiens	174
Quelques ressources existantes	174
OFFRE A DESTINATION DES JEUNES	175
Une offre sportive et culturelle à développer	175
Une offre associative dédiées aux jeunes conséquente	175
...un constat qui ne semble pas unanime	175
Quelques ressources existantes	176
Des difficultés de transports pour les jeunes sur le territoire	176
Des difficultés d'accès aux soins semblables à l'ensemble de la population du territoire	177
Des difficultés de prise en charge	177
Des professionnels qui tentent de pallier à ces difficultés de prises en charge	178
SITUATION ET INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SUR LE TERRITOIRE	180
Des personnes en situation de handicap isolées	180
Une situation économique préoccupante des personnes en situation de handicap .	180
Des difficultés de reconnaissance et de classification des handicaps	181
Une insertion professionnelle compliquée par les employeurs	181
OFFRE A DESTINATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	182
Des structures d'accueil en manque de moyens et de places	182
Ressources existantes citées lors des entretiens	183
Une prise en charge sanitaire compliquée pour les soignants	183
Un accompagnement chronophage pour les soignants	183
Un besoin de formation des professionnels pour lever les craintes à l'accompagnement des personnes en situation de handicap	184
Une prise en charge complexes pour les patients	184
Une méconnaissance des dispositifs d'aides existants	184
Des difficultés et longueurs administratives	185
Une offre associative à destination des parents peu développée	185
Une accessibilité physique des services limitée pour les personnes à mobilité réduite : topographie du territoire, adaptation des structures et transports limités	185

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'accroche 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 ÉLUS (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 EXPRIMES PAR LES ELUS (1 ENTRETIEN)

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

BESOINS EXPRIMES 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 EXPRIMEES 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 EXPRIMÉS 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 EXPRIMÉS 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 ELUS (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 PROFESSIONNELLS (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'évènements 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 ELUS (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 EXPRIMES 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 ELUS (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'emmener 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 ELUS (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.

→ Prescimouv' :

Développement de Prescimouv' 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 ÉLUS (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 ÉLUS (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 ÉLUS (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 volo. »

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 ELUS (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 EXPRIMES 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 EXPRIMEES 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 ÉLUS (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 EXPRIMÉES 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 télémedecine 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 EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETIEN)

« Il y a de la place pour la télémedecine 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 télémedecine 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 ÉLUS (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 ÉLUS (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'étiole 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 EXPRIMES 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 EXPRIMES 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 sénior avec quelques projets en cours sur le territoire. Néanmoins ces résidences ne seraient accessibles que pour les personnes autonomes.

BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ELUS (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 présentent 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 ÉLUS (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 privilégié 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 démuni 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 Maisonnette

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 EXPRIMES 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 EXPRIMES 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 EXPRIMEES 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 EXPRIMES 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 ÉLUS (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 limitée 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 EXPRIMES 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 EXPRIMEES PAR LES HABITANTS (1 ENTRETEN)

« 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 EXPRIMES 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 EXPRIMES 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. »
