CARTES D'IDENTITÉ TERRITORIALES DE SANTÉ

NOUVEAUX QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE

QP068005

MULHOUSE — PÉRICENTRE

Les cartes d'identité territoriales de santé des QPV alsaciens

Avec la nouvelle politique de la ville[1], une seule carte remplace les anciens zonages et dispositifs (ZUS, CUCS, ZRU....). L'identification des nouveaux quartiers prioritaires se fonde sur les critères uniques du revenu et de la taille (plus de 1 000 habitants (avec quelques dérogations) c'est-à-dire la concentration des populations ayant des ressources inférieures à 60 % du revenu médian.

En France métropolitaine, près de 1 300 quartiers ont ainsi été identifiés, dont 31 sont situés en Alsace[2].

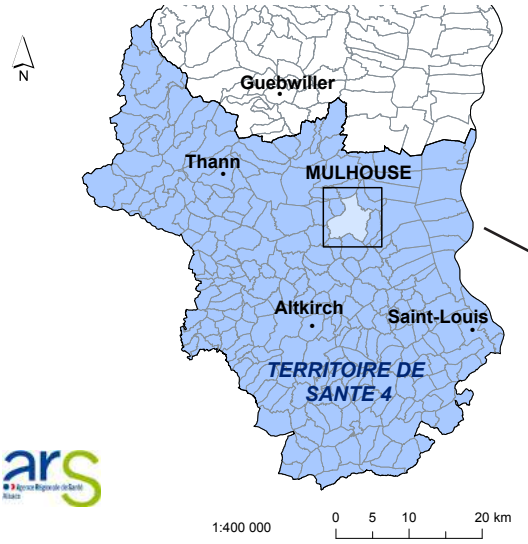
Dans le cadre de l'élaboration et la signature des contrats de ville pour les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), il a été demandé aux Agence Régionale de Santé (ARS) de réaliser un diagnostic local de santé partagé sur ces territoires, portant principalement sur l'état de santé de la population, l'offre existante et les besoins couverts ou non en matière de santé.

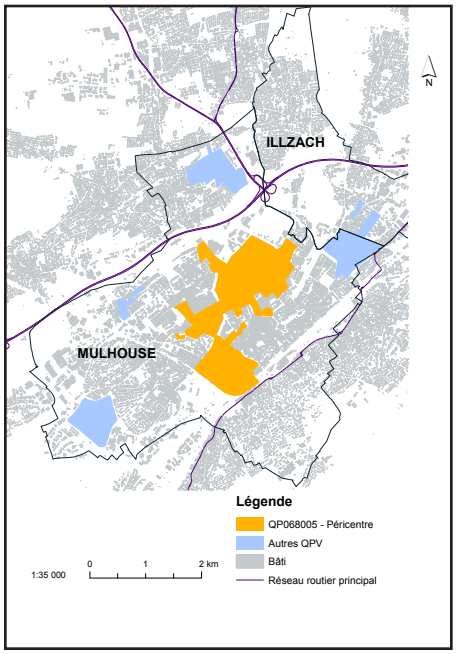
C'est dans ce cadre que l'ARS Alsace a mandaté l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace (ORS Alsace) afin de réaliser des cartes d'identité territoriales de santé, de 29 des 31 QPV alsaciens qui comportent un volet santé dans leur nouveau contrat de ville[3].

[1] La nouvelle géographie de la politique de la ville _ Dossier de presse mardi 17 juin 2014 _ ville.gouv.fr

[2] Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014

[3] Hormis le quartier Bel-Air de Cernay et le quartier de la Gare de Saint-Louis





Réalisation — Conception : ARS Alsace \ OADS \ CR
Sources : Arrêté n° 2010/826 en date du 7 octobre 2010 portant définition des nouveaux territoires de santé en Alsace ;
Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains
© IGN 2012 Scan 25®; BD Ortho®; BD Parcellaire®;BD Topo®;BD Alti®;BD Adresse®

Novembre 2015

SOMMAIRE DU FASCICULE

I. DÉMOGRAPHIE ET CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE 02
II. ÉTAT DE SANTÉ 10
III. OFFRE DE SOINS : PROFESSIONS LIBÉRALES 14
IV. OFFRE DE SOINS : OFFRE HOSPITALIÈRE ET AUTRE 17
V. OFFRE MÉDICO-SOCIALE 18
VI. RECOURS AUX SOINS DE MÉDECINE DE VILLE 19
VII. DISPOSITIFS DE PRÉVENTION 20
VIII. ENVIRONNEMENT 20
ANNEXES 21
SYNTHÈSE 40

I. DÉMOGRAPHIE ET CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

Tableau 1 : Indicateurs démographiques et socio-économiques 2010-2011

		QPV : Mulhouse - Péricentre	Valeurs moyennes des QPV alsaciens *	Commune de Mulhouse	Alsace	France hexagonale
DÉMOGRAPHIE	Population totale	30 450	12 117	110 351	1 852 325	63 070 344
	Densité de population (hab./km²)	11 685	14 127	4 975	224	116
	Part des étrangers dans la population totale (%)	28,80	23,95	19,98	7,67	5,98
MÉNAGES ET LOGEMENT	Part des ménages de 6 personnes ou plus (%)	5,10	6,41	3,57	1,69	1,67
	Part des ménages d'une personne (%)	42,00	32,13	41,25	31,56	34,26
	Part des ménages d'une personne de 75 ans ou plus (%)	6,50	5,90	7,85	7,06	8,09
	Part des ménages monoparentaux (%)	13,00	16,18	11,67	8,42	8,72
	Médiane de la surface du logement par personne (en m² par personne)	29,00	29,18	ND	ND	ND
	Part des ménages locataires (%)	77,50	86,14	62,96	37,52	38,00
EMPLOI ET REVENUS	Revenu médian par unité de consommation	9 500 €	9 342 €	13 443 €	20 603 €	19 218 €
	Part de la population ayant un emploi parmi les 15-64 ans (%)	42,50	43,82	50,49	65,07	62,70
	Part de la population ayant un emploi précaire parmi ceux ayant un emploi (%)	21,70	22,94	18,65	13,57	14,83
	Part des ménages recevant au moins une allocation de chômage (proprement dite, donc à l'exclusion du RSA) (%)	26,80	27,95	ND	ND	ND
DIPLÔMES ET SCOLARITÉ	Part de la population sans diplôme ou un diplôme inférieur au Bac parmi la population non scolarisée ayant 15 ans ou plus (%)	75,70	78,57	66,95	60,46	57,85
	Taux de scolarisation des 16-24 ans (%)	48,10	50,08	56,13	62,77	64,90

* Mis à part la population totale, qui est une moyenne arithmétique des populations des QPV, les valeurs présentées dans cette colonne sont des moyennes pondérées par la population de chaque QPV.
ND : Donnée non disponible à cet échelon.
Sources : CGET 2011, Insee Source fiscale 2011, Insee Estimations mixtes de population 2010, RP 2011 (voir ci-dessous) – Exploitation ORS Alsace

Sources détaillées des indicateurs démographiques et socio-économiques à l'échelon des QPV

Insee Estimations mixtes de population 2010
- Part des étrangers dans la population totale
- Part des ménages d'une personne
- Part des ménages d'une personne de 75 ans ou plus
- Part des ménages monoparentaux
- Part de la population ayant un emploi parmi les 15-64 ans
- Part de la population ayant un emploi précaire parmi ceux ayant un emploi
- Part de la population sans diplôme ou un diplôme inférieur au BAC parmi la population non scolarisée ayant 15 ans ou plus
- Taux de scolarisation des 16-24 ans

Insee Source fiscale 2011
- Part des ménages de 6 personnes ou plus
- Médiane de la surface du logement par personne (en mètres carrés par personne)
- Part des ménages locataires (Part des résidences principales occupées par des locataires)
- Part des ménages recevant au moins une allocation de chômage (proprement dite, donc à l'exclusion du RSA)

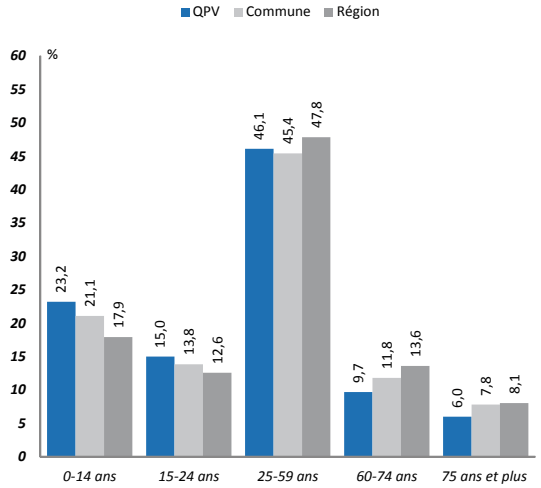
Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) 2011
- Population totale
- Densité de population
- Revenu médian par UC

DÉMOGRAPHIE

Une population légèrement plus âgée qu'en moyenne dans les QPV alsaciens

- La population de Mulhouse Péricentre est plus jeune que celles de l'ensemble de la région et de la commune Mulhouse, ville qui elle-même, comme Strasbourg, se caractérise par la jeunesse de sa population. La jeunesse de la population est une caractéristique que partagent la plupart des QPV, avec une surreprésentation des moins de 15 ans.
- La structure par âge du quartier Péricentre est comparable à celle de l'ensemble des QPV, si ce n'est une part des 75 ans ou plus (6,0 %) légèrement plus importante qu'en moyenne dans les QPV alsaciens (4,6 %).

Figure 1 : Structure par âge du QPV en 2010, au regard des valeurs communale et régionale en 2011

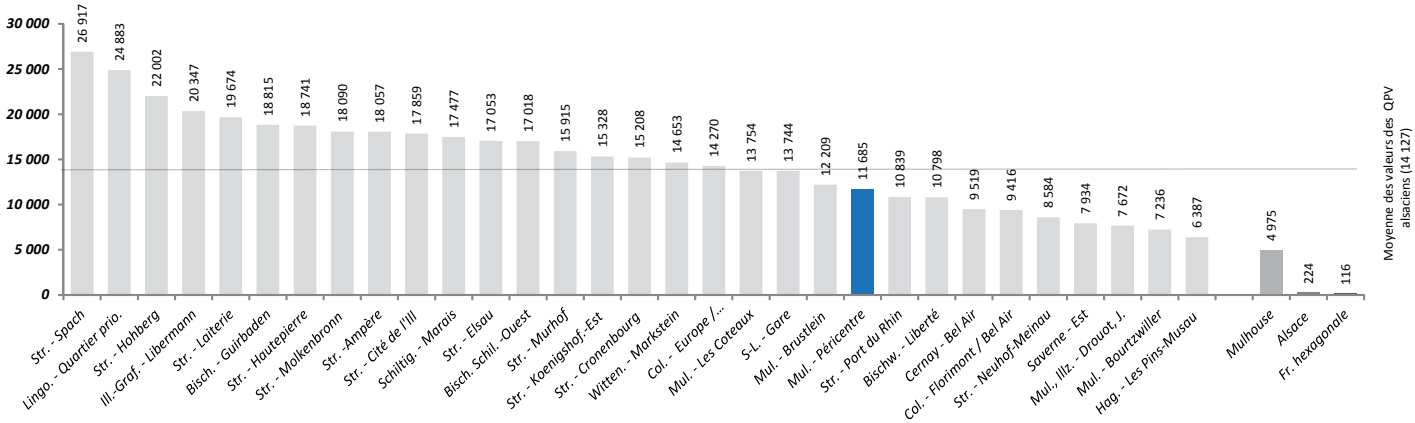


Sources : Insee Estimations mixtes de population 2010, RP 2011 - Exploitation ORS Alsace

Une densité de population moyenne pour le plus grand QPV d'Alsace

- Mulhouse Péricentre est le plus grand QPV en termes de population et de superficie : avec 30 450 habitants, le quartier regroupe à lui seul 28 % de la population mulhousienne et 21 % de la population alsacienne résidant dans un QPV.
- À titre de comparaison, le deuxième plus grand QPV de la région, Strasbourg — Neuhof-Meinau, ne compte « que » 15 700 habitants et 20 des 31 QPV alsaciens ont une population de moins de 3 000 habitants.
- La densité de population de Mulhouse Péricentre (nombre d'habitants par km²) est plus faible que la densité moyenne des QPV d'Alsace, mais reste supérieure à celle de l'ensemble de la commune de Mulhouse.

Figure 2 : Densité de population des QPV alsaciens (hab./km²), au regard des valeurs communale, régionale et hexagonale en 2011



Sources : CGET 2011, Insee RP 2011 - Exploitation ORS Alsace

Étrangers : Un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides).

Unité de consommation : Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

Emploi précaire : Sous le terme emplois précaires sont regroupés les statuts d'emploi qui ne sont pas des contrats à durée indéterminée. Ce sont l'intérim, les contrats à durée déterminée, l'apprentissage et les contrats aidés.

EMPLOI ET REVENUS

Une situation sociale très défavorable par rapport à l'ensemble de la région, bien que comparable à la moyenne des QPV

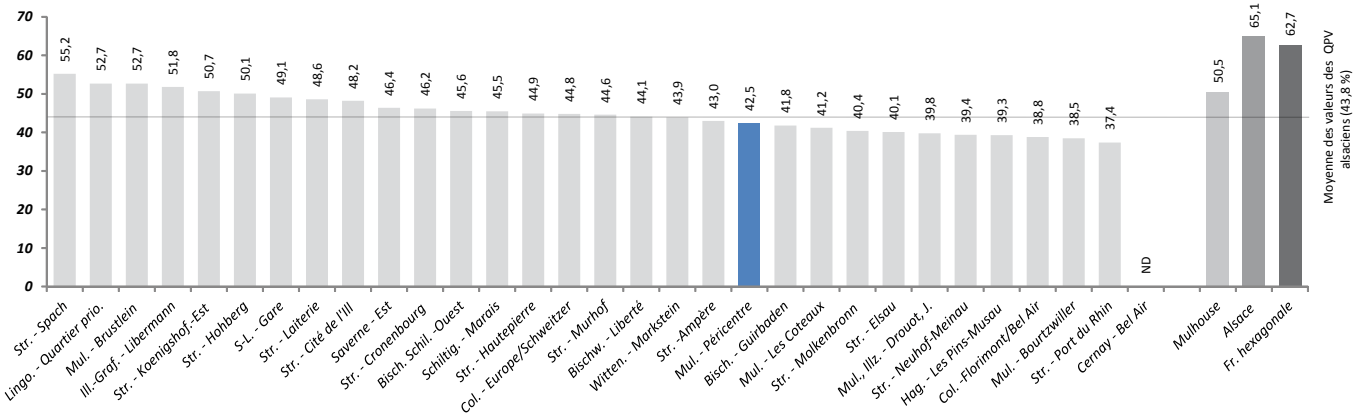
- Au regard des indicateurs sociaux et de l'emploi, la situation du quartier Péricentre est très proche de celle observée en moyenne dans les QPV de la région.
- Les indicateurs relatifs aux allocations chômage, au revenu de solidarité active (RSA) et aux emplois précaires sont légèrement plus favorables qu'en moyenne inter-QPV, alors que les indicateurs de taux d'emploi et de poids des prestations sociales dans les revenus sont eux plus défavorables. Le revenu médian par unité de consommation (UC) est légèrement plus faible qu'en moyenne inter-QPV (inférieur de près de 300 € à cette moyenne). Les revenus des habitants du quartier sont cependant assez hétérogènes, comme le montre l'indice de dispersion des revenus, qui est nettement plus élevé qu'en moyenne inter-QPV (120 *vs.* 107).
- Cette situation socio-économique est néanmoins, comme dans l'ensemble des QPV, très défavorable par rapport à la situation alsacienne : par exemple, seuls 43 % des 15-64 ans ont un emploi *vs.* 65 % en Alsace, 22 % des emplois sont précaires *vs.* 14 % en Alsace, 38 % des allocataires de la Caf perçoivent le revenu de solidarité active (RSA) *vs.* 23 % en Alsace.

Une situation sociale qui tend à se dégrader, mais de manière moins prononcée que dans l'ensemble de la région

- Sur une période récente, la situation sociale du quartier tend à se dégrader : au 1er trimestre 2015, Pôle emploi enregistrait 5 913 demandeurs d'emploi résidant dans le QPV, soit une augmentation de 3 % par rapport au 1er trimestre 2014. La hausse enregistrée pour cette période s'élevait à 6 % pour la ville de Mulhouse et dans l'ensemble de l'Alsace.

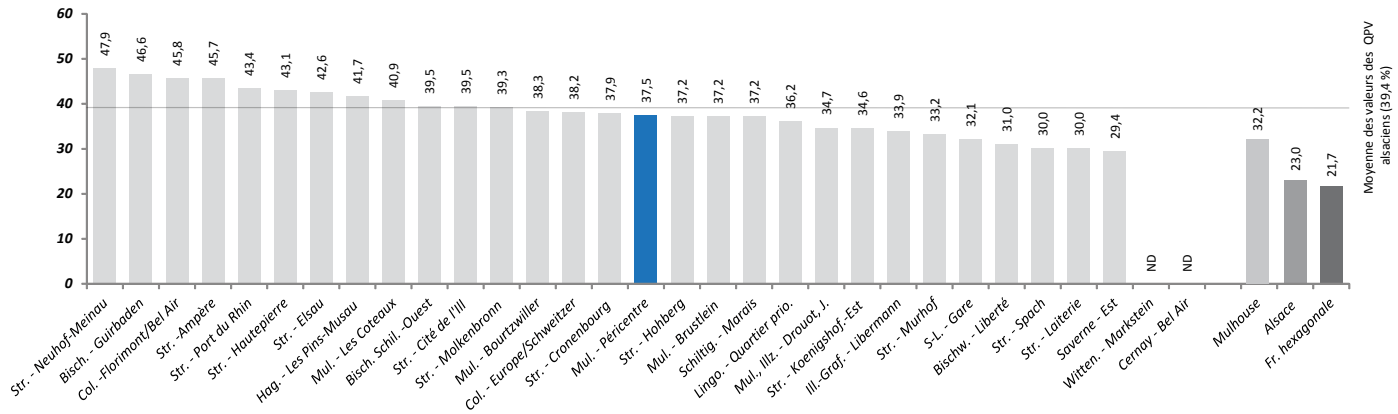
Indicateur de dispersion du revenu (déclaré) par unité de consommation : correspond à l'intervalle interquartile du revenu (déclaré) par unité de consommation, rapporté à la médiane et exprimé en pourcentage.

Figure 3 : Part (%) de la population ayant un emploi parmi les 15-64 ans des QPV Alsaciens en 2010, au regard des valeurs communale, régionale et hexagonale en 2011



ND : Donnée non disponible à cet échelon.
Sources : Insee Estimations mixtes de population 2010, RP 2011 - Exploitation ORS Alsace

Figure 4 : Part (%) des allocataires Caf bénéficiant du RSA, au regard des valeurs communale, régionale et hexagonale au 31-12-2014



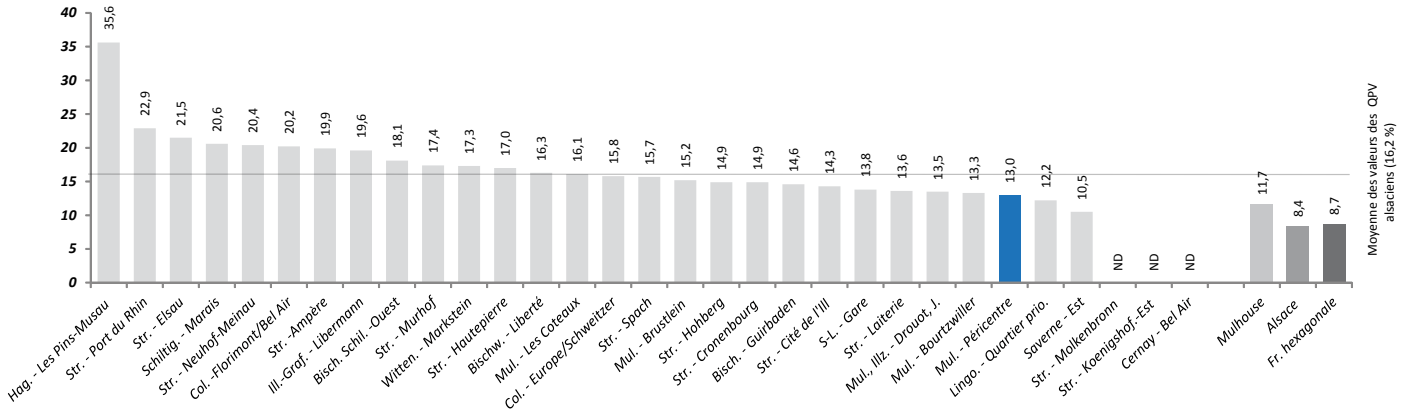
ND : Donnée non disponible à cet échelon.
Sources : Insee RP 2011, Bénéficiaires Caf 2014 - Exploitation ORS Alsace

MÉNAGES ET LOGEMENTS

Des ménages de moins grande taille que la moyenne des QPV alsaciens

- La structure des ménages de Mulhouse Péricentre est assez atypique comparativement à celle des autres QPV : le quartier compte bien plus de ménages d'une personne, mais relativement peu de ménages monoparentaux et de ménages de six personnes ou plus.
- Le QPV est en cours de renouvellement urbain et est constitué d'habitat ouvrier ancien : peu de logement appartenant à des adresses de 20 logements ou plus (grands immeubles) en comparaison aux autres QPV alsaciens.
- Les superficies assez faibles de ces logements peuvent expliquer au moins en partie la structure des ménages : on y retrouve par rapport à la plupart des autres QPV beaucoup de logements d'une ou deux pièces et peu de cinq pièces ou plus, la part des logements vacants (15 %) est la plus élevée de l'ensemble des QPV.

Figure 5 : Part (%) des ménages monoparentaux des QPV Alsaciens en 2010, au regard des valeurs communale, régionale et hexagonale en 2011



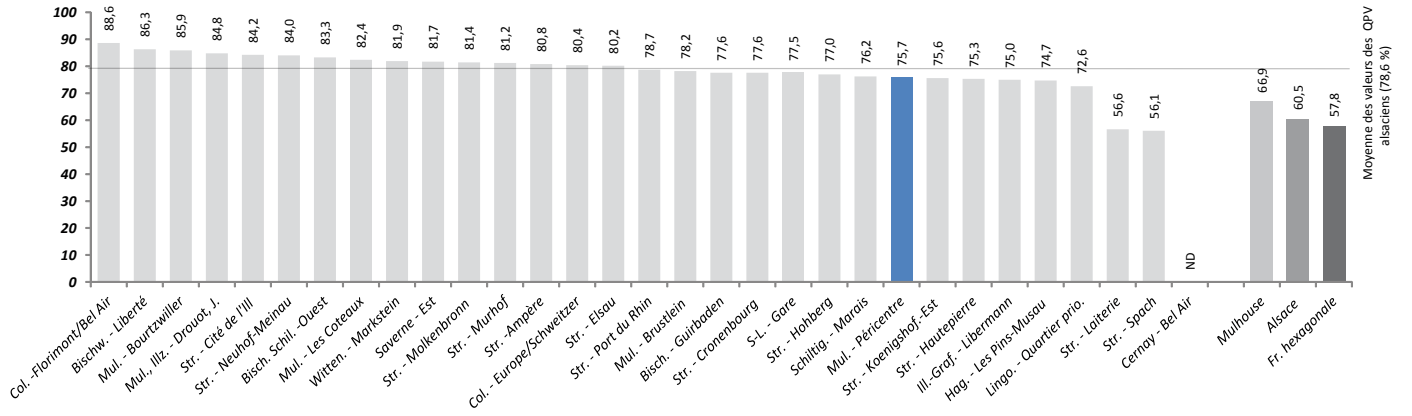
ND : Donnée non disponible à cet échelon.
Sources : Insee Estimations mixtes de population 2010, RP 2011 - Exploitation ORS Alsace

DIPLÔMES ET SCOLARITÉ

Un quartier où coexistent des populations aux niveaux de diplômes disparates

- Dans le QPV, au sein de la population sortie du système scolaire (les 15 ans ou plus non scolarisés), trois personnes sur quatre (76 %) n'ont pas de diplôme ou ont un diplôme inférieur au Bac dans le QPV, contre 61 % en Alsace. Ce taux est proche, bien que légèrement inférieur, à la moyenne des QPV alsaciens (79 %).
- Pour autant, 13 % des personnes sorties du système scolaire ont un diplôme de niveau Bac +2 ou supérieur à Mulhouse Péricentre, soit 3 points de plus que la moyenne dans l'ensemble des QPV alsaciens. Ce taux reste néanmoins nettement inférieur à ce que l'on observe dans l'ensemble de la région (24 % de Bac +2 ou supérieur) et de la ville de Mulhouse (21 %).

Figure 6 : Part (%) de la population sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au Bac parmi la population non scolarisée de 15 ans ou plus des QPV Alsaciens en 2010, au regard des valeurs communale, régionale et hexagonale en 2011



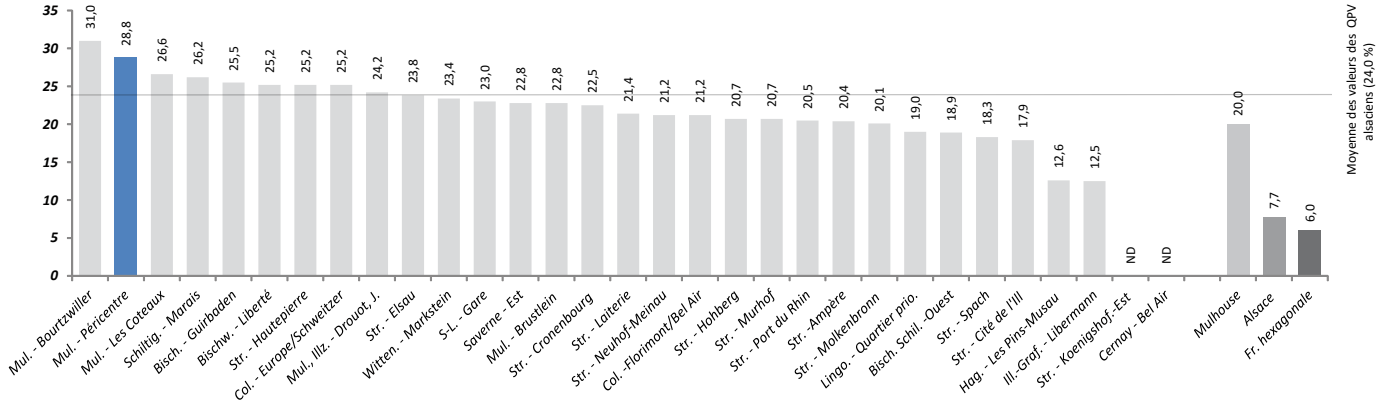
ND : Donnée non disponible à cet échelon.
Sources : Insee Estimations mixtes de population 2010, RP 2011 - Exploitation ORS Alsace

POPULATION ÉTRANGÈRE

Une des plus fortes proportions d'étrangers parmi les QPV, population présentant des indicateurs d'emploi et de niveau d'étude particulièrement défavorables

- Mulhouse Péricentre compte une forte proportion d'étrangers comparée à la moyenne des QPV alsaciens (29 % *vs.* 24 %), ce qui est nettement supérieur aux valeurs communale (20 %) et surtout régionale (8 %). Après Mulhouse Bourtzwiller, c'est le QPV comptant le plus d'étrangers.
- Les étrangers du QPV sont en très grande majorité des hommes (72 %) comme c'est le cas pour l'ensemble des QPV alsaciens (77 %), alors que globalement, le quartier compte autant d'hommes que de femmes. La structure par âge des étrangers est comparable à celle du quartier, si ce n'est une part des moins de 25 ans un peu moins élevée (33 % *vs.* 38 %).
- Comme pour la plupart des QPV de la région, la population étrangère du quartier présente des indicateurs d'emploi et d'études plus défavorables encore que ceux de l'ensemble de la population du quartier. Plus précisément, les étrangers de 15-64 ans ont un taux d'emploi plus faible que l'ensemble du quartier (32 % *vs.* 43 %) et sont davantage concernés par un emploi précaire (28 % *vs.* 22 %). Au sein de la population des 15 ans ou plus non scolarisés, 85 % des étrangers sont sans diplôme ou avec un diplôme inférieur au Bac (*vs.* 76 % en moyenne dans le quartier), alors que seuls 7 % d'entre eux ont un diplôme niveau Bac (*vs.* 11 %) et 8 % un niveau d'étude égal ou supérieur au Bac+2 (*vs.* 13 %). Le taux de scolarisation des étrangers de 16-24 ans est aussi bien plus faible que dans l'ensemble du quartier (39 % *vs.* 48 %).

Figure 7 : Part (%) des étrangers dans la population totale des QPV Alsaciens en 2010, au regard des valeurs communale, régionale et hexagonale en 2011



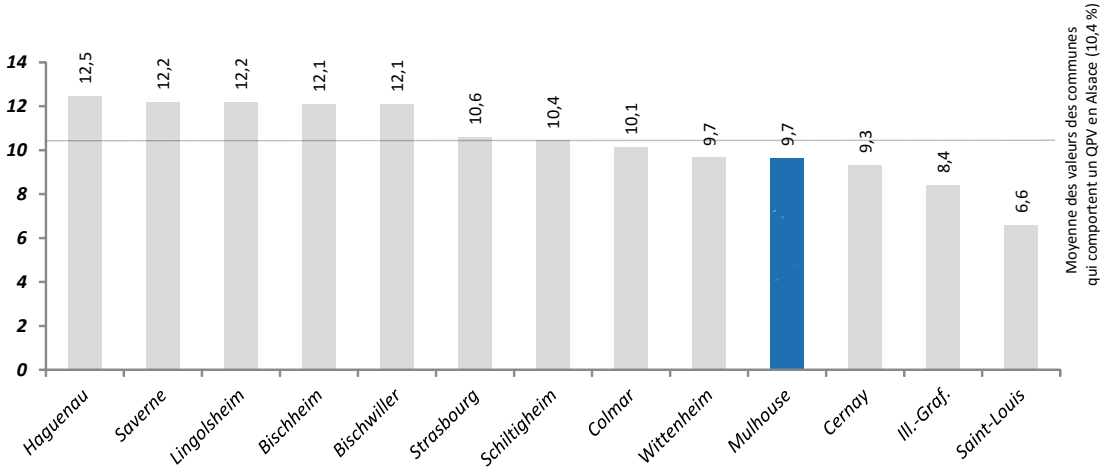
ND : Donnée non disponible à cet échelon.
Sources : Insee Estimations mixtes de population 2010, RP 2011 - Exploitation ORS Alsace

BÉNÉFICIAIRES DE L'APA

À Mulhouse[(1)] au 31/12/2014, 9,7 % des 75 ans et plus bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 0,7 point de moins qu'en moyenne dans les autres communes qui comportent un QPV en Alsace.

[(1)] Les données ne sont pas disponibles à l'échelon infracommunal.

Figure 8 : Part (%) de bénéficaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) chez les 75 ans et plus, par commune au 31/12/2014



Sources : Conseil Départemental 67 et 68, 2014 - Exploitation ORS Alsace

TYPOLOGIE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE DES QUARTIERS

Cette typologie des quartiers a été réalisée en collaboration avec l'Eurométropole de Strasbourg, à partir de données démographiques et socio-économiques (cf. encadré ci-dessous). Selon cette classification, 5 types de QPV peuvent être distingués en Alsace.

Le QPV Mulhouse — Péricentre est un QPV de type 2. Cela ne signifie pas que l'on y retrouve toutes les caractéristiques de ce type de quartier, mais que c'est le type de quartier dont il se rapproche le plus.

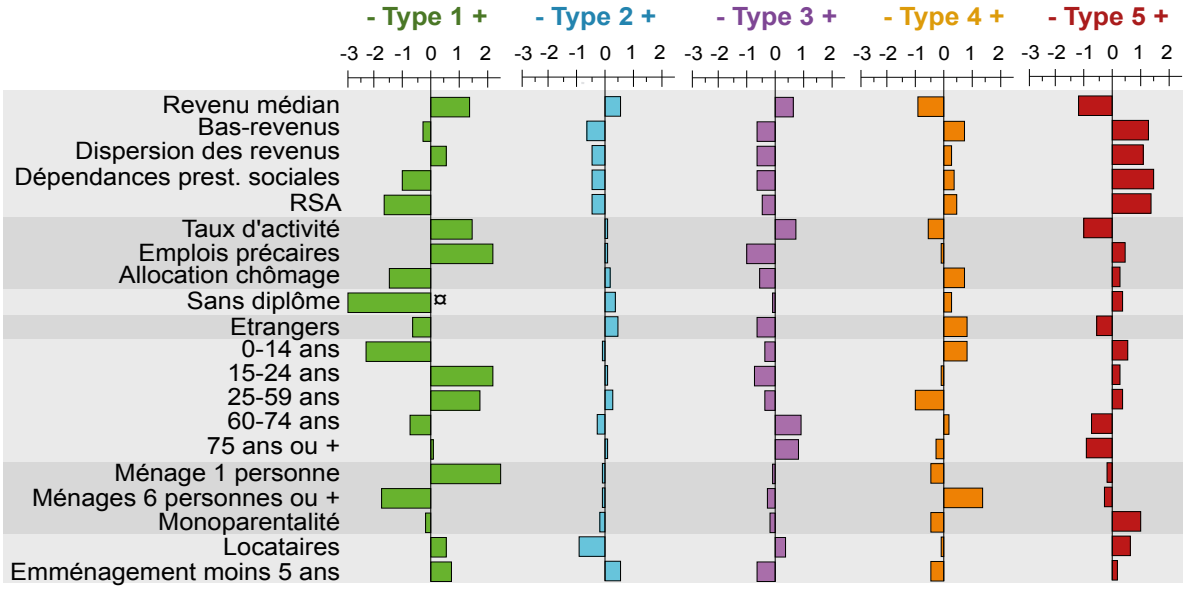
Caractéristiques des profils démographiques et socio- économiques (cf. Figures 9, 10 et Carte 1)

- Le type 1 est composé de 2 QPV, situés à Strasbourg, pour une population totale de 4 860 habitants. Cette classe est atypique et se distingue fortement des 4 autres. Les QPV de cette classe sont notamment composés de petits ménages (ménages d'une personne, peu d'enfants au sein du quartier), étudiants ou actifs (forte représentation des 15-59 ans, peu de « sans diplôme », faible proportion d'inactifs et d'emplois précaires) avec une faible ancienneté d'aménagement dans le quartier. Les quartiers de ce type présentent le niveau de précarité le plus faible.
- Le type 2 est composé de 9 QPV, situés dans l'Eurométropole de Strasbourg (EmS), Mulhouse Alsace Agglomération (M2A), Colmar, Saverne et Haguenau/Bischwiller, pour une population totale de 54 361 habitants. Les quartiers de cette classe ont une situation démographique et socio-économique assez proche de celle du profil moyen des QPV alsaciens. Les quartiers de ce type présentent des niveaux de précarité moyens.
- Le type 3 est composé de 8 QPV, situés dans l'EmS, M2A et Saint-Louis, pour une population totale 24 079 habitants. Les quartiers de cette classe peuvent être qualifiés d'âgés, autant du point de vue démographique (forte proportion de 60 ans ou plus) que d'ancienneté d'emménagement (proportion plus faible d'emménagements récents que dans les autres QPV d'Alsace en moyenne). Les quartiers de cette classe présentent des niveaux de précarité moyens.
- Le type 4 est composé de 6 QPV, situés dans l'EmS, M2A et Cernay, pour une population totale de 38 068 habitants. Cette classe se caractérise par une forte précarité sociale avec un revenu médian faible (inférieur au profil moyen) et une part importante de bas revenus, plus de chômeurs (ménages percevant une allocation chômage), plus de familles nombreuses (ménages de 6 personnes ou plus) et plus d'étrangers.
- Le type 5 est composé de 6 QPV, situés dans l'EmS, Colmar et Haguenau/Bischwiller, pour une population totale de 22 330 habitants. Les quartiers de cette classe se caractérisent par une très forte précarité sociale : des niveaux de revenus très bas (revenu médian nettement inférieur au profil moyen, et forte part de bas revenus), une forte dépendance aux prestations sociales, une population plutôt jeune et une part importante de monoparentalité.

Les profils sociodémographiques des QPV alsaciens ont été déterminés à partir d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) réalisée sur 20 variables sociodémographiques (cf. Figure 9). L'analyse produit une typologie des quartiers selon un critère d'agrégation (critère de Ward) répartissant les QPV en groupes homogènes du point de vue des indicateurs retenus, de telle sorte que les QPV d'une même classe soient les plus ressemblants possible et que les classes soient les plus différentes entre elles. (Figure 9 et Carte 1).

La figure 10 présente une analyse en composante principale (ACP) réalisée sur les mêmes variables que la CAH, permettant de situer d'un point de vue sociodémographique les QPV d'Alsace autour de deux axes principaux, en fonction de leur niveau de précarité d'une part et de l'ancienneté de leur ménage d'autre part (autant en terme de construction du ménage, d'âge ou d'installation).

Figure 9 : Caractérisation des types par l'écart au profil moyen des QPV d'Alsace

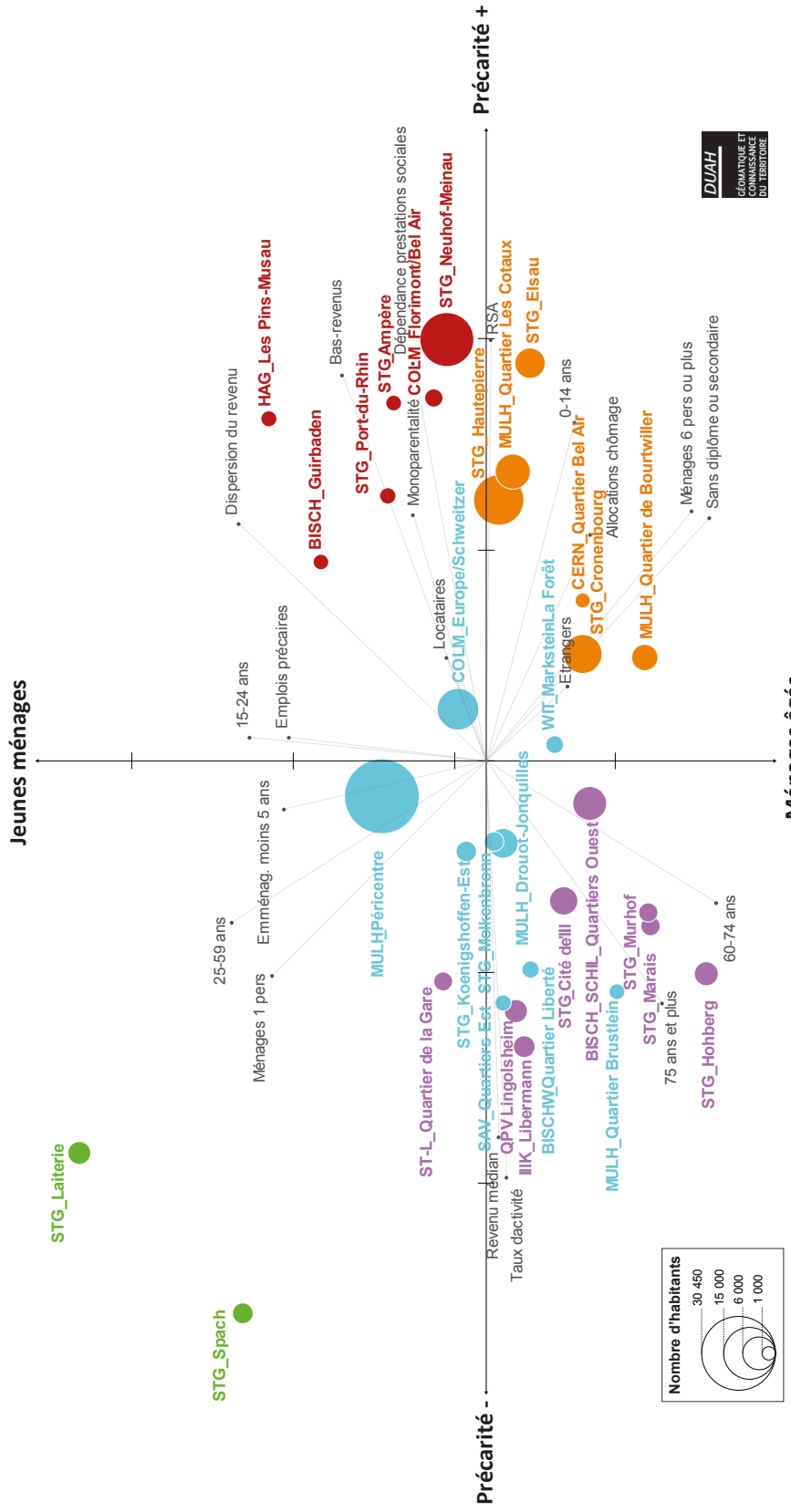


DUAH GÉOMATIQUE ET CONNAISSANCE DU TERRITOIRE

Chaque bâton représente la distance de la moyenne de chaque type à la moyenne générale des QPV Alsace. Cette distance est exprimée en nombre d'écarts-types de chaque variable.
¤ : bâton coupé à + ou - 3 écart-types

Sources : Insee Source fiscale 2011, Insee Estimations mixtes de population 2010, Bénéficiaires Caf 2014 - Exploitation : Eurométropole de Strasbourg/DUAH/GCT/B.Soulet

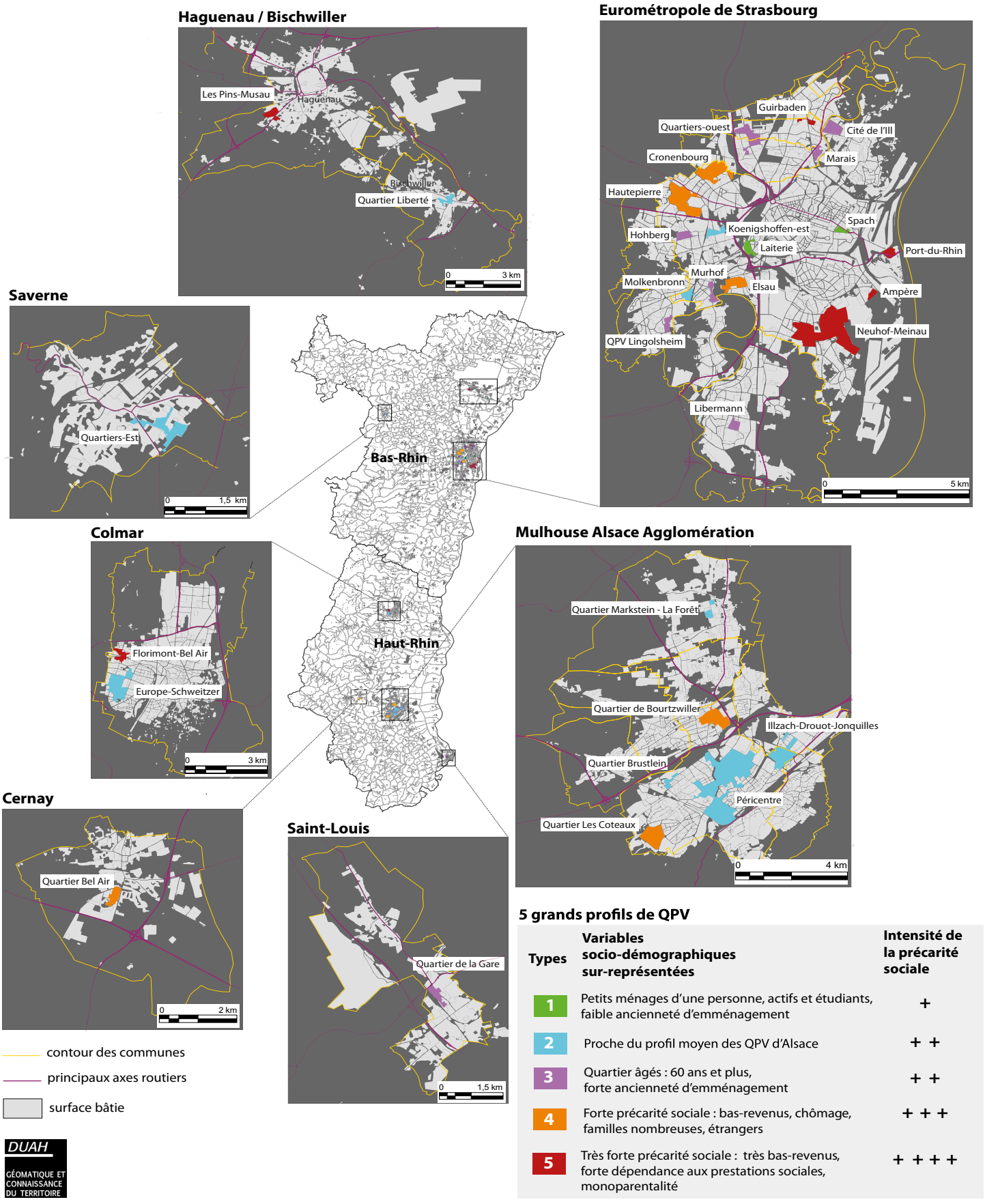
Figure 10 : Profils démographiques et socio-économiques comparés des QPV d'Alsace



Axes 1 (29,1%) et 2 (21,1%) d'une analyse en composantes principales (ACP) produite sur 20 variables socio-démographiques. Les couleurs représentent l'appartenance des QPV aux 5 classes mises en évidence par une typologie (CAH) effectuée sur le même ensemble de variables.

Sources : Insee Source fiscale 2011, Insee Estimations mixtes de population 2010, Bénéficiaires Caf 2014 — Réalisation : Eurométropole de Strasbourg/DUAH/GCT/B.Soulet

Carte 1 : Profils démographiques et socio-économiques des QPV d'Alsace



DUAH
GÉOMATIQUE ET CONNAISSANCE DU TERRITOIRE

5 grands profils de QPV

Types	Variables socio-démographiques sur-représentées	Intensité de la précarité sociale
1	Petits ménages d'une personne, actifs et étudiants, faible ancienneté d'emménagement	+
2	Proche du profil moyen des QPV d'Alsace	+ +
3	Quartier âgés : 60 ans et plus, forte ancienneté d'emménagement	+ +
4	Forte précarité sociale : bas-revenus, chômage, familles nombreuses, étrangers	+ + +
5	Très forte précarité sociale : très bas-revenus, forte dépendance aux prestations sociales, monoparentalité	+ + + +

Sources : Insee Source fiscale 2011, Insee Estimations mixtes de population 2010, Bénéficiaires Caf 2014, CGET, IGN BD TOPO 2014 — Réalisation : Eurométropole de Strasbourg/DUAH/GCT/B.Soulet

II. ÉTAT DE SANTÉ

MORTALITÉ

Tableau 2 : Indicateurs de mortalité de la ville de Mulhouse (moyennes annuelles 2006-2012)

	Nombre moyen annuel de décès	Taux standardisés pour 100 000 habitants		
	Commune de Mulhouse	Commune de Mulhouse	Ecart à l'Alsace	Ecart à la France hexagonale
Générale (toutes causes, tous âges)	**925**	**883**	**+10%**	**+12%**
Tumeurs	243	243	NS	NS
Maladies de l'appareil circulatoire	254	238	+5%	+15%
Maladies de l'appareil respiratoire	62	58	+17%	+21%
Causes externes de mortalité (1)	62	58	+18%	NS
Diabète (2)	81	79	+12%	+61%
Prématurée (toutes causes, moins de 65 ans)	**211**	**248**	**+40%**	**+25%**

NS : Ecart non significatif.
(1) Accidents de la vie courante, suicides, accidents de la circulation, empoisonnement, homicides...
(2) Diabète (tout type) codé en cause initiale, cause associée ou comorbidité. Pour les autres causes de décès seules les causes principales sont prises en compte.
Sources : Inserm CépiDC, Insee 2006-2012 - Exploitation ORS Alsace

Ville de Mulhouse : une mortalité prématurée (avant 65 ans) particulièrement élevée

- Les analyses de la mortalité selon les causes de décès ne peuvent être réalisées, pour des raisons de disponibilité de données, à l'échelon des quartiers. Il est cependant possible de les analyser au niveau communal.
- Avec près de 925 décès annuels, la mortalité générale (toutes causes et tous âges confondus) à Mulhouse dépasse de 10 % la moyenne régionale et de 12 % la moyenne hexagonale.
- De plus, si l'Alsace est une région qui se caractérise par une faible mortalité prématurée (décès avant 65 ans, -11 % par rapport à la France hexagonale), Mulhouse, comme d'autres territoires urbains et vosgiens, se démarque négativement dans ce contexte régional favorable. Sa mortalité prématurée est nettement supérieure à la moyenne alsacienne (+40 %) et hexagonale (+25 %).
- Cette surmortalité mulhousienne s'observe pour les principales causes de décès, excepté les tumeurs (pas de différence aux moyennes alsacienne et hexagonale).
- D'une façon générale, l'Alsace souffre d'une mortalité élevée par diabète comparativement à l'ensemble de la France hexagonale. La situation est encore plus défavorable pour la ville de Mulhouse où la mortalité par diabète dépasse de 12 % la moyenne alsacienne et de 61 % la moyenne hexagonale.

MORTALITÉ INFRACOMMUNALE

Mortalité infracommunale
Les analyses de mortalité infracommunale ont été réalisées à partir des données des services d'état civil. Cette démarche n'a été menée que pour les QPV de Strasbourg et de Mulhouse. Les décès pris en compte sont ceux des personnes domiciliées dans ces deux communes, quel que soit le lieu de décès, sur la période 2005-2012. Pour des raisons de disponibilité de données et de taille des territoires, le choix a été fait de calculer pour les QPV des indices comparatifs de mortalité prématurée avant 75 ans et non, comme c'est habituellement le cas, avant 65 ans (cf. explications en annexe méthodologique).

Une mortalité avant 75 ans nettement supérieure à la moyenne régionale dans les QPV de Strasbourg et de Mulhouse

- Les analyses de mortalité prématurée (avant 75 ans) n'ont pu être réalisées que pour les QPV de Strasbourg et de Mulhouse.
- La mortalité prématurée avant 75 ans est, dans la ville de Strasbourg, légèrement supérieure à celle de l'Alsace (+7 %). La situation de Mulhouse est nettement plus défavorable : la mortalité des moins de 75 ans dépasse de 27 % la moyenne régionale.
- Les quartiers prioritaires de ces deux communes se démarquent de façon encore plus négative : la mortalité des moins de 75 ans est supérieure de 52 % à la moyenne alsacienne dans les QPV de Strasbourg et de 39 % dans les QPV de Mulhouse.

Tableau 3 : Indicateurs de mortalité prématurée (toutes causes, moins de 75 ans) des QPV (moyennes annuelles 2005-2012)

	QPV : Mulhouse - Péricentre	Ensemble des QPV de Mulhouse	Ensemble des QPV d'Alsace (1)	Commune de Mulhouse
Nombre moyen annuel de décès avant 75 ans	101	150	368	345
Ecart à l'Alsace	*+48%*	*+39%*	*+46%*	*+27%*

NS : Ecart non significatif.
(1) Ensemble des QPV d'Alsace des communes pour lesquels la mortalité infracommunale a été calculée, à savoir : Strasbourg et Mulhouse.
Sources : Etat civil de Strasbourg et Mulhouse, Inserm CépiDC, Insee 2005-2012, Géoréférencement « web service du CGET» - Exploitation ORS Alsace

Mulhouse-Péricentre : un risque de décéder avant 75 ans une fois et demi plus élevé qu'en moyenne en Alsace

- Avec 101 décès de personnes de moins de 75 ans en moyenne par an, les décès prématurés représentent près de la moitié (48 %) de l'ensemble des décès du QPV Mulhouse-Péricentre, contre 36 % dans l'ensemble de la région.
- Le risque de décéder avant 75 ans est dans ce QPV 1,5 fois plus élevé qu'en moyenne en Alsace (+48 %) et 1,2 fois plus élevé que dans l'ensemble de la ville de Mulhouse (+16 %).
- La mortalité prématurée du QPV Mulhouse-Péricentre est comparable à celle de l'ensemble des QPV de Mulhouse et Strasbourg.

AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD)

Tableau 4 : Indicateurs de prévalence des ALD de la ville de Mulhouse en 2013

	Nombre d'ALD	Taux standardisés pour 100 000 habitants		
	Commune de Mulhouse	Commune de Mulhouse	Ecart à l'Alsace	Ecart à la France hexagonale
Générale (toutes ALD confondues)	**25 020**	**25 504**	**+ 4%**	**+23%**
Tumeurs	3 146	3 235	- 14%	- 9%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (1)	5 851	6 072	+26%	+54%
Maladies de l'appareil circulatoire (sans hypertension artérielle sévère)	5 678	5 770	NS	+15%

NS : Écart non significatif.
(1) En Alsace, en 2013, 91,9 % des bénéficiaires de l'ALD n°8 « Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » étaient pris en charge pour un diabète de type II, 8,0 % pour un diabète de type I et 0,1 % pour une autre pathologie.
Sources : CNAM, CCMSA, RSA, Insee 2013 — Exploitation ORS Alsace

Ville de Mulhouse : une prévalence d'ALD pour maladies endocriniennes supérieure de 50 % à la moyenne nationale

- Les données d'ALD ne sont pas disponibles à l'échelon infracommunal. C'est pour cette raison que leur analyse n'a été effectuée qu'à l'échelle communale.
- En 2013 les trois principaux régimes d'assurance maladie (le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants) comptabilisaient 25 020 ALD dans la population mulhousienne. Il ne s'agit pas du nombre d'habitants reconnus en ALD, une même personne pouvant bénéficier de plusieurs ALD. Selon les données du régime général, au niveau national, un bénéficiaire d'ALD bénéficie en moyenne de 1,19 ALD. Sous réserve que cette valeur soit identique à Mulhouse, la ville compterait environ 21 000 bénéficiaires d'ALD.
- La prévalence d'ALD (toutes affections confondues) dépasse légèrement la moyenne régionale et nettement la moyenne nationale. Parmi les communes alsaciennes disposant d'un QPV, Mulhouse ne présente pour autant pas la situation la plus extrême. Des prévalences d'ALD encore nettement supérieures sont enregistrées dans certaines de ces autres communes avec QPV et notamment à Bischwiller et Bischheim.
- La prévalence d'ALD pour tumeurs est à Mulhouse inférieure aux moyennes régionales et hexagonales.
- À l'opposé, la ville se caractérise par une prévalence d'ALD particulièrement élevée pour les maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques (pour l'essentiel des diabètes de type II).

Les affections de longue durée (ALD) : Une ALD est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Cela ouvre droit à une prise en charge intégrale des soins liés à cette pathologie. Les pathologies concernées sont en nombre réduit (30 affections) et présentes sur une liste établie par le ministre de la Santé. Il est également possible de bénéficier d'une ALD pour des affections « hors liste » (maladies graves évolutives ou invalidantes avec un traitement d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse) et pour plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (polypathologies).

Il est possible de construire une représentation de l'état de santé d'une population à partir des données d'ALD fournies par l'Assurance Maladie pour une liste donnée de pathologies. Il s'agit néanmoins de données médicoadministratives et non de données strictement épidémiologiques : la vision que ces données proposent reste parcellaire. Il existe en effet une quantité indéterminée d'individus souffrant d'une pathologie sur la liste des ALD, mais pour lesquels aucune demande de reconnaissance n'a été effectuée. Ces individus ne sont pas comptabilisés dans ces données. Il n'est cependant pas possible de bénéficier d'une ALD sans souffrir d'une des pathologies de la liste : les données des ALD nous fournissent donc une vision a minima de la prévalence des pathologies concernées.

DIABÈTE TRAITÉ

Tableau 5 : Indicateurs de recours aux antidiabétiques et de surveillance médicale du diabète traité en 2014

	Indice comparatif d'assurés sous traitement antidiabétique (1) Ecart à l'Alsace	Proportion de personnes ayant bénéficié d'examens de suivi du diabète parmi les assurés ayant eu au moins trois remboursements d'antidiabétiques dans l'année					
		Créatinine (2)	Electrocardiogramme (ECG) ou consultation cardiologique (2)	Fonds d'œil ou consultation ophtalmologique (2)	Hémoglobine glyquée (3)	Lipides (2)	Microalbuminurie (2)
QPV : Mulhouse - Péricentre	**+41%**	**91%**	**43%**	**43%**	**76%**	**80%**	**46%**
Ensemble des QPV de Mulhouse	+55%	91%	44%	44%	75%	81%	46%
Ensemble des QPV du Bas-Rhin	+79%	88%	44%	37%	69%	79%	46%
Ensemble des QPV du Haut-Rhin	+60%	90%	43%	42%	75%	80%	47%
Ensemble des QPV d'Alsace	+71%	89%	43%	39%	72%	80%	47%
Mulhouse	+24%	90%	47%	47%	76%	80%	45%
Bas-Rhin	+3%	90%	45%	46%	75%	81%	39%
Haut-Rhin	- 4%	91%	45%	50%	79%	81%	44%
Alsace	0	90%	45%	48%	76%	81%	41%

(1) Assurés du régime général ayant bénéficié en 2014 d'au moins trois remboursements d'antidiabétiques oraux ou d'insuline.
(2) Proportion de personnes ayant eu au moins un remboursement de créatinine, ECG, etc. parmi les assurés ayant eu au moins trois remboursements d'antidiabétiques dans l'année.
(3) Proportion de personnes ayant eu au moins deux remboursements de contrôle glycémique parmi les assurés ayant eu au moins trois remboursements d'antidiabétiques dans l'année.
Source : CPAM du Bas-Rhin, Insee 2014, Géoréférencement « web service du CGET » — Exploitation : CPAM du Bas-Rhin, ORS Alsace

Dans le QPV, un recours aux antidiabétiques oraux et à l'insuline supérieur de 41 % à la moyenne régionale

- En Alsace, 73 131 assurés du régime général bénéficient d'au moins trois remboursements d'antidiabétiques ou d'insuline, soit 4,9 % des assurés.
- Après standardisation sur l'âge, la part d'assurés traitée est, dans les QPV alsaciens (tous QPV confondus), supérieure de 71 % à la moyenne régionale.
- Le QPV Péricentre de Mulhouse compte 1 565 assurés du régime général bénéficiant d'un traitement pour diabète.
- Bien que le recours aux antidiabétiques du QPV Péricentre de Mulhouse soit supérieur de 41 % à la moyenne régionale de 14 % à la moyenne mulhousienne, il reste inférieur à celui de l'ensemble des QPV du département et de la région.

Une surveillance médicale du diabète comparable à celle de l'ensemble des Alsaciens

- Globalement, quel que soit le territoire considéré (région, départements, communes, QPV), les recommandations de suivi médical du diabète sont plutôt bien respectées en ce qui concerne le contrôle glycémique (dosage de l'hémoglobine glyquée HbA1c), le bilan lipidique et le dosage de la créatinine. Certains examens de dépistage précoce des complications rénales (microalbuminurie), ophtalmologiques (examen du fond d'œil ou consultation ophtalmologique) et cardiovasculaires (électrocardiogramme de repos ou consultation cardiologique) du diabète sont en revanche moyennement réalisés.
- Concernant la surveillance médicale du diabète traité, nous n'observons globalement pas de différences marquées entre les QPV (tous QPV confondus) et l'ensemble du territoire alsacien, sauf en ce qui concerne la microalbuminurie, qui est plus fréquemment réalisée dans les QPV, et le suivi ophtalmologique qui, à l'inverse, est sensiblement moins satisfaisant dans les QPV.
- Les indicateurs de surveillance médicale du QPV Péricentre de Mulhouse ont des valeurs très proches des moyennes communale, départementale et régionale. Seul le taux de dépistage précoce des complications rénales (microalbuminurie) est légèrement supérieur à celui de l'ensemble de l'Alsace (46 % *vs.* 41 %), alors que le contrôle ophtalmologique (examen du fond d'œil ou consultation ophtalmologique) est un peu moins fréquemment réalisé que dans l'ensemble de la région (43 % *vs.* 48 %).

Taux d'assurés sous traitement antidiabétique (ADO et insuline) et prévalence du diabète
La proportion d'assurés ayant bénéficié de prescriptions d'antidiabétiques oraux (ADO) ou d'insuline n'est pas représentative de la prévalence du diabète. Ainsi, certains diabétiques, notamment de type 2 (diabète non insulinodépendant, qui représente de l'ordre de 90 % des cas de diabète), ne sont pas diagnostiqués et d'autres ne sont pas pris en charge par un traitement médicamenteux, mais par un traitement hygiéno-diététique, qui constitue la première ligne du traitement de cette pathologie. Ainsi, selon l'Étude nationale nutrition santé (ENNS), en 2006 en France hexagonale, 4,9 % [3,9-6,2] des 18-75 ans étaient diabétiques, dont 3,4 % [2,5-4,4] de personnes diagnostiquées et traitées pharmacologiquement, 0,6 % [0,3-1,3] de personnes diagnostiquées et traitées par régime seul et 1,0 % [0,6-1,7] de diabétiques non diagnostiqués.

SANTÉ DES ENFANTS

Tableau 6 : Résultats des bilans infirmiers réalisés par les personnels de l'Education Nationale auprès des élèves de 6ème des établissements publics en 2014

	Effectifs d'élèves de 6ème interrogés	Absence de petit déjeuner le matin (1)	Prise de collation matinale (2)	Grignotage entre les repas (3)	Moins de 5 fruits et légumes par jour (4)	Boissons sucrées à table (5)	Trajets maison/école actifs (6)	2 h. ou + d'activité sportive hebdomadaire (7)	Surpoids (y compris obésité) (8)	Avis de vision non corrigée (9)	Brossage des dents irrégulier ou absent (10)	Temps de sommeil court (< 10 h.) (11)
QPV : Mulhouse - Péricentre	**347**	**26%**	**46%**	**42%**	**90%**	**23%**	**51%**	**38%**	**30%**	**14%**	**20%**	**43%**
Ensemble des QPV de Mulhouse	553	26%	50%	43%	91%	24%	63%	39%	30%	14%	20%	43%
Ensemble des QPV d'Alsace	1 612	23%	47%	43%	86%	25%	64%	39%	30%	14%	20%	44%
Mulhouse	934	22%	49%	38%	91%	21%	55%	42%	28%	16%	19%	41%
Hors QPV ou sans adresse	11 087	12%	32%	24%	88%	15%	35%	56%	21%	9%	9%	38%
Alsace	12 699	14%	34%	27%	88%	16%	39%	54%	22%	10%	10%	39%

(1) Proportion d'élèves déclarant ne pas prendre un petit déjeuner le matin, les jours d'école.
(2) Proportion d'élèves déclarant prendre un goûter à l'école le matin.
(3) Proportion d'élèves déclarant grignoter entre les repas.
(4) Proportion d'élèves déclarant manger aucun ou de 1 à 4 fruits et légumes par jour.
(5) Proportion d'élèves déclarant boire principalement des boissons sucrées à table.
(6) Proportion d'élèves déclarant la marche à pied ou le vélo comme principal moyen de locomotion pour aller à l'école.
(7) Proportion d'élèves déclarant pratiquer au moins deux heures d'activités sportives en club ou UNSS en dehors de l'école.
(8) Statut pondéral déterminé à partir de l'IMC (rapport poids/taille), le sexe et l'âge de l'élève, selon les références de l'International Obesity Task Force.
(9) Examen réalisé avec lunettes si l'enfant est déjà équipé. Il ne s'agit pas tant de vérifier la vue de l'enfant que la qualité de sa correction, lorsqu'il en a une, ou le besoin de correction.
(10) Proportion d'élèves déclarant ne jamais se brosser les dents ou de façon irrégulière.
(11) Temps calculé à partir de l'heure de coucher et de l'heure de réveil les jours d'école déclarés par les élèves.

Sources : Rectorat de l'Académie de Strasbourg 2014, Géoréférencement « web service du CGET » — Exploitation ORS Alsace

Des indicateurs de santé des élèves de 6ème plus défavorables à Mulhouse-Péricentre que dans l'ensemble de l'Alsace, mais proches de ceux de l'ensemble des QPV de la région

- L'alimentation des élèves peut être appréhendée grâce à cinq questions (absence de petit-déjeuner, prise de collation matinale, grignotage entre les repas, consommation quotidienne de moins de 5 fruits et légumes, consommation de boissons sucrées à table). Au regard de la plupart de ces indicateurs, les élèves de 6ème des QPV alsaciens ont une alimentation nettement moins bonne que l'ensemble des collégiens de 6ème d'Alsace. Seule la proportion d'élèves consommant moins de 5 fruits et légumes est comparable, ce qui n'est en rien satisfaisant, tant cette proportion est élevée en Alsace (90 %) comme dans les QPV (88 %). Le QPV de Mulhouse-Péricentre a une situation très proche de celle de l'ensemble des QPV mulhousiens et alsaciens.
- L'activité physique est appréhendée dans cette analyse au travers de deux questions : les trajets domicile-école actifs (à pied ou à vélo) et l'activité sportive de 2 heures ou plus hebdomadaire (en club ou UNSS). Les trajets actifs sont bien plus fréquents pour les élèves des QPV (64 %) que pour ceux de l'ensemble de l'Alsace (39 %). C'est notamment lié au caractère urbain des QPV, il est plus évident de se rendre à l'école à vélo ou à pied lorsque la proximité maison-école le permet. La tendance est inverse pour la pratique sportive : 39 % des collégiens de 6ème des QPV alsaciens déclarent pratiquer au moins 2 heures d'activité sportive par semaine contre 54 % pour l'ensemble de la région. Dans le QPV Mulhouse-Péricentre, les trajets actifs (51 %) sont certes bien plus fréquents qu'en moyenne alsacienne, mais assez faibles en comparaison à la moyenne mulhousienne (64 %) ou à celle de l'ensemble des QPV de la région (64 %). L'indicateur d'activité sportive (38 %) est lui comparable à la moyenne des QPV et donc nettement plus faible que dans l'ensemble de la région.
- Le surpoids (y compris l'obésité) peut être considéré, en partie, comme la conséquence des deux premiers éléments. Alors que le taux d'enfants en surpoids est déjà élevé pour l'ensemble de l'Alsace (22 %), il l'est encore plus au sein des QPV (30 %). Le taux d'enfants en surpoids du QPV Mulhouse-Péricentre est équivalent à cette moyenne inter-QPV.
- Les infirmiers peuvent être amenés à émettre un « avis vision » lorsqu'un élève ne bénéficie pas d'une correction visuelle adaptée. Ces avis sont sensiblement plus fréquents dans l'ensemble des QPV (14 %) qu'en moyenne alsacienne (10 %).
- De même, les QPV présentent une situation défavorable concernant la part d'enfants ne se brossant pas ou irrégulièrement les dents (20 % contre 10 %) ou encore la part d'enfants dont la durée de sommeil est inférieure à 10 heures. L'écart pour ce dernier indicateur est cependant assez modéré (44 % contre 39 %).
- Pour ces trois indicateurs, le QPV Mulhouse Péricentre présente une situation comparable à celle de l'ensemble des QPV alsaciens.

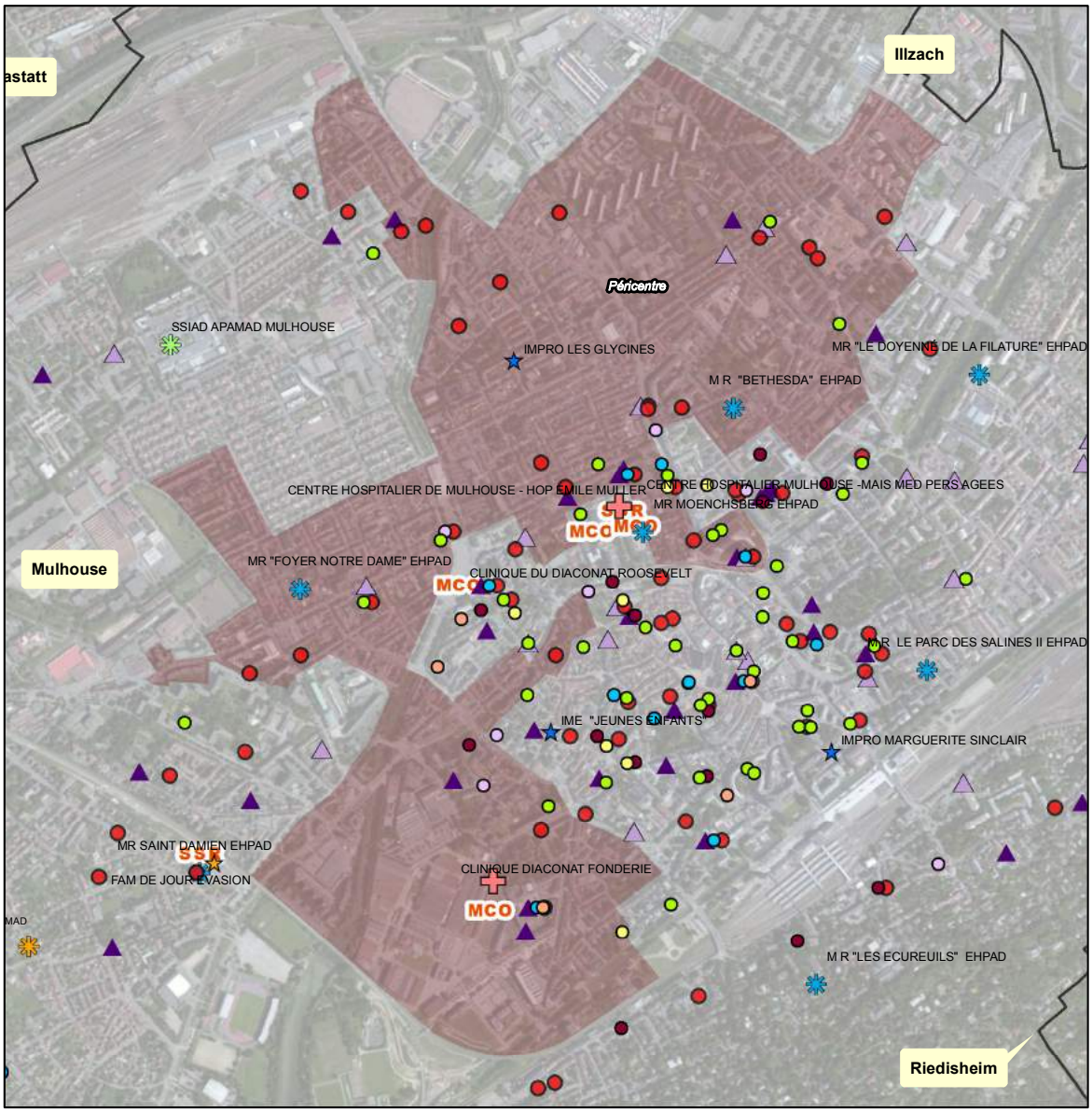
Dispositif d'informatisation des bilans de santé réalisés par les personnels infirmiers de l'Académie de Strasbourg

Depuis la rentrée scolaire 2014, les bilans réalisés dans les collèges publics auprès des élèves de 6ème 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 et l'ORS. Au total, en Alsace, les bilans de 12 755 enfants de 6ème ont ainsi pu être exploités pour l'année scolaire 2014-2015, dont 1 612 concernent des enfants domiciliés dans l'un des QPV. Cependant, dans 25 des 31 QPV de la région, les effectifs de dossiers informatisés sont trop faibles pour en autoriser une exploitation (entre 1 et 71 dossiers).

À la lecture des résultats présentés, il convient également de garder à l'esprit que la plupart des données recueillies reposent sur les déclarations des élèves (alimentation, activités physiques, brossage des dents, sommeil), exception faite de celles relatives au statut pondéral et à la vision.

III. OFFRE DE SOINS : PROFESSIONS LIBÉRALES

Carte 2 : Représentation de l'implantation de l'offre sanitaire, médico-sociale et de médecine de ville dans le quartier en 2015 (1) (2)



Légende

- Urgences
- SSR Activité SSR
- MCO Activité MCO
- Généraliste
- Pédiatre
- Dentiste
- Ophtalmologue
- Gynécologue
- Cardiologue
- Psychiatre
- Infirmière
- Masseur-kiné
- EHPAD
- Centres d'accueil de jour PA
- SSIAD/ESA
- Hébergement enfants handicapés
- MAS
- FAM
- Quartiers prioritaires (QPV)
- Contours communes

(1) cf. détail de la carte en annexe (cartes 3 à 6).
(2) Sur les cartographies d'offre de soins (cartes 2, 3, 4, 5, et 6), un symbole (point, triangle, étoile…) peut correspondre à plusieurs professionnels (exerçant leur activité dans le même cabinet par exemple). De plus, un professionnel qui a plusieurs activités libérales au sein du quartier sera représenté par plusieurs symboles.

Sources : ARS/OADS 2015, CGET, IGN Geofla 2014 — Réalisation ARS Alsace

PRÉSENCE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX AU SEIN DU QUARTIER OU TEMPS D'ACCÈS AU PROFESSIONNEL LE PLUS PROCHE

Tableau 7 : Temps d'accès en minutes et distance d'accès en kilomètres à différents professionnels libéraux, à pied et en voiture au 1er janvier 2015

	Nombre d'activité au sein du quartier (2)	Temps à pieds (min)	Distance à pied (km)	Temps en voiture (min)	Distance en voiture (km)
Médecins généralistes	42	NC	NC	NC	NC
Pédiatres	8	NC	NC	NC	NC
Psychiatres	2	NC	NC	NC	NC
Gynécologues (1)	7	NC	NC	NC	NC
Ophtalmologues	8	NC	NC	NC	NC
Cardiologues	12	NC	NC	NC	NC
Infirmiers	11	NC	NC	NC	NC
Masseurs-kinés.	17	NC	NC	NC	NC
Chirurgiens-dentistes	10	NC	NC	NC	NC
Officines de pharmacie	12	NC	NC	NC	NC

NC : Non concerné : lorsqu'une profession est représentée au sein du quartier, les temps et distances d'accès au professionnel le plus proche n'ont pas été calculés.
(1) Gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux.
(2) Pour les effectifs des activités, le dénombrement d'activités libérales a été comptabilisé. Ainsi :
• lorsque plusieurs professionnels exercent à une même adresse, l'effectif total de ces professionnels est comptabilisé,
• lorsqu'un professionnel a plusieurs activités au sein d'un même quartier, le dénombrement de ces activités est comptabilisé.
Sources : ARS/OADS — ARS/PHABIO 2015 - Exploitation ORS Alsace

L'ensemble des professions libérales étudiées sont présentes au sein du quartier péricentre

- Le quartier péricentre est le seul QPV dans lequel l'ensemble des professions libérales étudiées sont représentées. Il compte également 12 officines de pharmacie. Pour cette raison, les temps d'accès à pied ou en voiture à ces professions n'ont pas été calculés (les distances et temps sont calculés pour les autres QPV de la région à partir du centroïde du quartier).
- Le quartier péricentre est de plus situé à proximité du centre-ville de Mulhouse où l'offre de soins libérale est très développée.

DENSITÉS LISSÉES COMMUNALES

Tableau 8 : Densités lissées de professionnels de santé libéraux dans un rayon de 15 ou 30 minutes (temps de déplacement routier), pour 100 000 habitants au 1er janvier 2015

	Médecins généralistes *15 min.*	Pédiatres *30 min.*	Psychiatres *30 min.*	Gynéco-logues (1) *30 min.*	Ophtalmo-logues *30 min.*	Cardiologues *30 min.*	Infirmiers *15 min.*	Masseurs-kiné. *15 min.*	Chirurgiens-dentistes *15 min.*	Officines de pharmacie *15 min.*
Mulhouse	120,7	5,7	13,8	14,9	15,6	16,9	120,3	62,5	57,8	31,6
Alsace	99,6	4,8	9,2	8,2	7,7	7,4	114,6	93,7	67,4	25,4
Ecart Mulhouse / Alsace	*+21%*	*+19%*	*+50%*	*+81%*	*+103%*	*+128%*	*5%*	*-33%*	*-14%*	*24%*

(1) Gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux.
Sources : ARS/OADS - ARS/PHABIO 2015 - Exploitation ORS Alsace

À Mulhouse, la densité lissée de la plupart des professions libérales étudiées (et des officines de pharmacie) dépasse nettement la moyenne régionale

- Comme dans les autres grandes villes alsaciennes telles que Strasbourg, la densité lissée de professionnels de santé libéraux est, pour la plupart des professions étudiées sensiblement plus importante à Mulhouse qu'en moyenne régionale. L'écart est particulièrement marqué pour certaines spécialités telles que les psychiatres, les gynécologues, les ophtalmologues et les cardiologues.
- Les densités mulhousiennes de masseurs-kinésithérapeutes et de chirurgiens dentistes sont en revanche inférieures aux moyennes alsaciennes.
- Une densité d'offre supérieure à la moyenne alsacienne ne signifie pas nécessairement une adéquation entre offre et besoins de la population. Ainsi, une étude réalisée en 2013 par l'ORS Alsace à la demande de l'ARS Alsace montre que pour les ophtalmologues libéraux, le délai médian d'obtention d'un rendez-vous dans le territoire de santé 4 (Mulhouse) s'élève à 110 jours (3,7 mois). Dans ce territoire, six des vingt ophtalmologues enquêtés indiquaient même ne plus prendre de nouveaux patients pour des examens de contrôle, sachant de plus que les délais enregistrés dans les consultations externes hospitalières du territoire sont également élevés et ne peuvent localement compenser la saturation des cabinets libéraux.
- Pour une vision plus globale de la répartition géographique en Alsace de ces offres, il est possible de se reporter aux cartes 7 à 16 en annexe.

Temps d'accès, densités et densités lissées

La présence, dans ou à proximité d'un quartier, de professionnels de santé libéraux permet de se faire une idée de l'accessibilité géographique à ces professions, mais ne permet pas d'estimer l'adéquation entre offre de soins et besoin de la population. À l'extrême, imaginons un QPV (situé dans une grande commune) disposant d'un médecin généraliste, médecin qui serait cependant le seul de ladite commune. Dans ce quartier, la population serait certes géographiquement très proche d'un cabinet de médecine générale, mais ce dernier serait totalement saturé et dans l'incapacité de répondre aux besoins de la population du QPV et de la commune. C'est la raison pour laquelle les indicateurs d'accessibilité géographique ont été complétés d'indicateurs de densité d'offre communale.

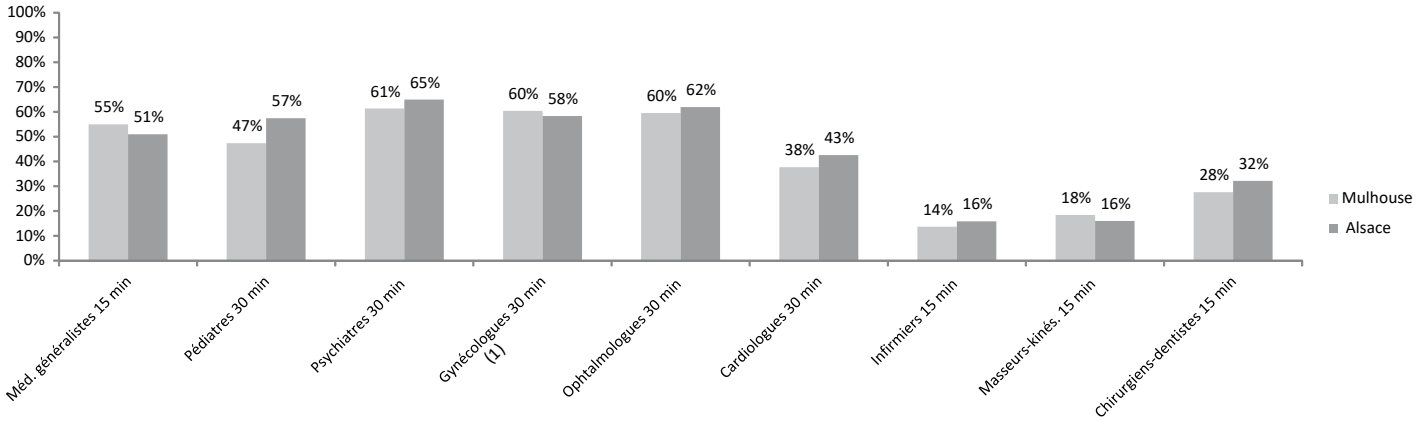
Les densités brutes habituellement utilisées sont calculées en divisant l'offre d'un territoire (nombre de médecins d'une commune par exemple) par la population de ce territoire. Cet indicateur présente une importante limite, dans la mesure où, il suppose implicitement que les personnes ne se déplacent pas hors de leur commune pour consulter un médecin, se rendre à une pharmacie... Les densités communales lissées (cf. cartes en annexe et tableau précédent) contournent cette difficulté en prenant en compte, pour le calcul de la densité d'une commune, l'offre disponible dans la commune elle-même et dans les communes alentours, rapportée à la population vivant dans ce territoire. Ont ainsi été prises en compte l'offre de soins et la population des communes situées à 15 minutes ou moins de la commune (déplacements routiers en heures creuses) pour les médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et officines de pharmacie et à 30 minutes ou moins pour les pédiatres, psychiatres, gynécologues, ophtalmologues et cardiologues.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX DE 55 ANS OU PLUS

Globalement, le vieillissement des professionnels de santé libéraux installés à Mulhouse ou à proximité est comparable à la moyenne régionale

- La part des 55 ans ou plus est ainsi comparable à la moyenne alsacienne pour la plupart des professions étudiées. Le vieillissement des médecins généralistes à Mulhouse et alentours est cependant légèrement plus marqué qu'en moyenne régionale alors qu'à l'opposé les pédiatres affichent une relative jeunesse.
- Au-delà de ces comparaisons à la moyenne régionale, il convient de souligner que plus de la moitié des généralistes, psychiatres, gynécologues et ophtalmologues libéraux installés à Mulhouse ou à proximité sont âgés de 55 ans ou plus.

Figure 11 : Proportions de professionnels de santé âgés de 55 ans ou plus dans un rayon de 15 ou 30 minutes de la commune du QPV selon la profession considérée, au regard de la valeur régionale au 1er janvier 2015



(1) Gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux.
Source : ARS/OADS 2015 – Exploitation ORS Alsace

MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES ET PRATICIENS TERRITORIAUX DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Ni MSP, ni PTMG dans un rayon de 15 minutes autour de Mulhouse

- La commune de Mulhouse ne dispose pas de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans un rayon de 15 minutes (temps de déplacement en voiture), la commune équipée la plus proche étant Bartenheim (à 26 minutes).
- Tous les QPV alsaciens, ainsi que certains territoires ruraux et vosgiens, sont éligibles au dispositif de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). Pour autant, le QPV, comme l'ensemble des quartiers prioritaires alsaciens, ne dispose pas de PTMG. La commune « équipée » la plus proche est Altkirch (à 24 minutes).

Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : Les maisons de santé pluridisciplinaires visent à offrir à la population, en un même lieu, un ensemble de services de santé de proximité tant en matière de soins que de prévention et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels de santé.

Praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) : Le dispositif du praticien territorial de médecine générale (PTMG), a pour objet de favoriser l'installation des jeunes médecins et de faciliter l'exercice médical libéral dans les territoires fragiles.

IV. OFFRE DE SOINS : OFFRE HOSPITALIÈRE ET AUTRE

TEMPS D'ACCÈS AUX SERVICES D'URGENCES, DE MATERNITÉ, DE PÉDIATRIE ET D'USLD

L'ensemble des services de soins étudiés sont présents à Mulhouse

Dans le cadre de cette étude, les temps d'accès routiers à la commune la plus proche équipée des services de soins de soins ont été calculés : services d'urgence, accueil pédiatrique spécifique aux urgences, services ou unités de court séjour pédiatrique, maternités et unités de soins de longue durée (USLD).

Ces temps d'accès n'ont pas été calculés pour Mulhouse, dans la mesure où la commune dispose de l'ensemble de ces services d'offre de soins, à savoir :

- trois services d'urgences : à la clinique Diaconat Fonderie, à l'hôpital du Hasenrain, et à l'hôpital Émile Muller,
- un accueil pédiatrique spécifique aux urgences à l'hôpital du Hasenrain,
- deux services ou unités de court séjour pédiatrique : à l'hôpital du Hasenrain, et à l'hôpital Émile Muller,
- trois maternités : à la clinique Diaconat Fonderie, à l'hôpital du Hasenrain, et à l'hôpital Émile Muller,
- trois unités de soins longues durées : une maison médicale pour personnes âgées (Ehpad), l'hôpital du Hasenrain (Ehpad), le pole gérontologie St Damien (Ehpad).

DENSITÉS LISSÉES D'OFFRE DE COURT ET MOYEN SÉJOURS

À Mulhouse, des densités lissées de lits et places de court séjour inférieures aux moyennes régionales

- Les densités lissées de lits et places en médecine chirurgie obstétrique (hôpital de jour et hospitalisation complète) et de lits en hospitalisation complète de soins de suite et de réadaptation sont plus faibles à Mulhouse qu'en moyenne régionale.
- La densité mulhousienne de places en hôpital de jour - soins de suite et de réadaptation est en revanche très nettement supérieure à la moyenne alsacienne.
- Pour une vision plus globale de la répartition géographique en Alsace de ces offres, il est possible de se reporter aux cartes 17 à 20 en annexe.

Tableau 9 : Densités lissées du nombre de lits et de places dans des établissements sanitaires dans un rayon de 30 minutes (temps de déplacement routier), pour 100 000 habitants en 2015

	HC MCO [1] *30 min.*	HDJ MCO [2] *30 min.*	HC SSR [3] *30 min.*	HDJ SSR [4] *30 min.*
Mulhouse	140,4	13,6	66,7	41,6
Alsace	184,5	20,8	102,6	11,0
Ecart Mulhouse / Alsace	*-24%*	*-34%*	*-35%*	*+278%*

Sources : ARS/OADS 2015 – Exploitation ORS Alsace

[1] HC MCO : Hospitalisation complète - médecine chirurgie obstétrique.
[2] HDJ MCO : Hôpital de jour - médecine chirurgie obstétrique.
[3] HC SSR : Hospitalisation complète - soins de suite et de réadaptation.
[4] HDJ SSR : Hôpital de jour - soins de suite et de réadaptation.

PRÉSENCE DE DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES PRÉCARITÉ

Six dispositifs spécifiques précarité dans la commune de Mulhouse

Il y a six dispositifs spécifiques précarité implantés dans la ville de Mulhouse : un dispositif d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), deux dispositifs de lits halte soins santé (LHSS), une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), une équipe mobile psychiatrique précarité (EMPP) et une maison des adolescents (MDA).

Dispositif d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) : Institutions médico-sociales financées par l'Assurance-Maladie, ouvertes à l'accueil de toute personne en situation de précarité touchée par une pathologie chronique invalidante (Sida, hépatite, cancer, sclérose en plaques…).

Dispositifs de lits halte soins santé (LHSS) : Les lits halte soins santé ont été créés dans la continuité des lits infirmiers pour répondre aux besoins de prise en charge sociale et sanitaire de personnes sans domicile dont l'état de santé ne nécessitait pas non plus une hospitalisation.

Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) : Les permanences d'accès aux soins de santé sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Équipe mobile psychiatrique précarité (EMPP) : L'équipe mobile de psychiatrie et précarité répond à l'objectif initial fixé par l'ARS de « mettre en œuvre une véritable politique départementale dans le domaine de la psychiatrie et de la précarité ». Elle assure un travail de prévention et d'éducation en renforçant le partenariat entre sanitaire et social.

Maison des adolescents (MDA) : Les maisons des adolescents sont des lieux polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative. Pour ces raisons, elles travaillent en réseau avec l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur un territoire donné.

V. OFFRE MÉDICO-SOCIALE

DENSITÉS LISSÉES D'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

Tableau 10 : Densités lissées d'offre médico-sociale dans un rayon de 30 minutes (temps de déplacement routier) selon la spécialité, pour 100 000 habitants en 2015

	HP médicalisé classique et Alzheimer [1] *30 min.*	HT médicalisé classique et Alzheimer [2] *30 min.*	AJ médicalisé classique et Alzheimer [3] *30 min.*	MAS [4] *30 min.*	FAM [5] *30 min.*	ESAT [6] *30 min.*	SESSAD [7] *30 min.*	Etab. pour enfants handicapés *30 min.*
Mulhouse	836,7	15,9	20,4	14,9	30,9	171,4	148,1	155,0
Alsace	829,5	17,2	23,4	46,8	50,2	189,1	75,8	174,2
Mulhouse / Alsace	*+1%*	*- 7%*	*- 13%*	*- 68%*	*- 38%*	*- 9%*	*+95%*	*- 11%*

Source : ARS/OADS 2015 - Exploitation ORS Alsace

À Mulhouse, l'offre médico-sociale est très variable selon le dispositif considéré

- Concernant l'offre médico-sociale dédiée aux personnes âgées, la ville de Mulhouse présente une densité lissée de places en HP médicalisée équivalente à la moyenne régionale.
- Concernant les autres dispositifs dédiés aux personnes âgées, on peut souligner que les offres en AJ et HT médicalisés sont légèrement inférieures aux moyennes régionales. est par ailleurs couvert par trois SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile).
- L'offre dédiée aux adultes et enfants handicapés est à Mulhouse et dans ses environs, très variable selon la catégorie d'établissements considérée. Elle est très faible pour les FAM et MAS, légèrement inférieure aux moyennes régionales pour les ESAT et les établissements pour enfants handicapés et particulièrement élevée pour les SESSAD. Qui plus est, la commune est couverte par un SSIAD pour adultes handicapés.
- Pour une vision plus globale de la répartition géographique en Alsace de ces offres, il est possible de se reporter aux cartes 21 à 30 en annexe.

[1] HP médicalisé : Hébergement permanent médicalisé (places installées classiques & Alzheimer).
[2] HT médicalisé : Hébergement temporaire médicalisé (places installées classiques & Alzheimer).
[3] AJ médicalisé : Accueil de jour médicalisé (places installées classiques & Alzheimer).
[4] MAS : Maison d'accueil spécialisée.
[5] FAM : Foyers d'accueil médicalisé.
[6] ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail.
[7] SESSAD : Service de soins et d'éducation spécialisée à domicile.

PRÉSENCE DE DISPOSITIFS EN ADDICTOLOGIE, DE PÔLES GÉRONTOLOGIQUES ET DU DISPOSITIF MAIA

Trois dispositifs spécifiques en addictologie, un pôle gérontologique et un dispositif MAIA au sein de la commune de Mulhouse

- La ville de Mulhouse compte trois dispositifs spécifiques en addictologie : deux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).
- La ville de Mulhouse compte également un Pôle gérontologique, deux permanences ainsi qu'un dispositif MAIA.

Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) : Les centres d'addictologie accueillent lors de consultations toute personne en difficulté avec ses consommations (alcool, tabac, cannabis, opiacés et autres) ou ayant une conduite addictive (jeux, internet, etc.) ainsi que leurs proches (conjoints, parents, enfants, amis, etc.). Une équipe pluridisciplinaire composée de médecin, psychologue, professionnel socio-éducatif propose une écoute, des informations, une évaluation et un accompagnement personnalisés, et, si besoin, une orientation vers un établissement de soins adapté.

Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) : Les centres pour usagers de drogues accueillent en collectif et en individuel toute personne en difficulté avec son usage actif de drogues : ils proposent de l'information, des conseils personnalisés, un soutien dans l'accès aux soins, la mise à disposition de matériel de prévention des risques et de réduction des dommages, l'incitation au dépistage des infections transmissibles, le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.

Pôle gérontologique : Le pôle gérontologique est un centre d'informations, un lieu d'accueil et d'écoute, de conseils et d'aides pour les retraités, les personnes âgées et leurs familles.

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) : Dispositif destiné à faciliter l'orientation et l'accompagnement des personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie quelle que soit la nature de leurs besoins.

VI. RECOURS AUX SOINS DE MÉDECINE DE VILLE

INDICATEURS DE CONSOMMATION DE SOINS EN MÉDECINE DE VILLE

Tableau 11 : Indices comparatifs de consommation de soins de médecine de ville en 2014, en écarts à l'Alsace

	Médecins Généralistes (1)	Médecins Spécialistes (hors médecine générale) (2)	Cardiologues (3)	Gynécologues (3)	Ophtalmologues (3)	Pédiatres (3)	Psychiatres (3)	Radiologues (3)
QPV : Mulhouse - Péricentre	**+4%**	**+3%**	**+119%**	**+20%**	**- 14%**	**- 58%**	**- 29%**	**+29%**
Ensemble des QPV de Mulhouse	+8%	+6%	+126%	+26%	- 11%	- 56%	- 32%	+33%
Ensemble des QPV du Bas-Rhin	+41%	+37%	+8%	+2%	+1%	+33%	+23%	+71%
Ensemble des QPV du Haut-Rhin	+9%	+4%	+98%	+24%	- 13%	- 52%	- 39%	+29%
Ensemble des QPV d'Alsace	+27%	+22%	+49%	+11%	- 5%	- 4%	- 4%	+53%
Mulhouse	- 4%	- 4%	+107%	+16%	- 14%	- 50%	- 20%	+17%
Bas-Rhin	+10%	+11%	- 22%	- 6%	+5%	+17%	+28%	+10%
Haut-Rhin	- 13%	- 16%	+30%	+9%	- 7%	- 24%	- 40%	- 14%
Alsace	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

(1) Unité : Consultations et visites. - (2) Autres médecines spécialisées (toutes spécialités confondues hors médecine générale). Unité : Consommation d'actes exécutés.
(3) Unité : Consommation d'actes exécutés. - Source : CPAM du Bas-Rhin, Insee 2014, Géoréférencement « web service du CGET » - Exploitation : ORS Alsace

Ensemble des QPV alsaciens : une consommation de soins libéraux globalement élevée, qui peut s'expliquer par l'état de santé dégradé des habitants des QPV

- Il apparait que la consommation de soins libéraux (médecine générale et autres spécialités) est globalement plus importante dans les QPV (tous QPV d'Alsace confondus) que dans l'ensemble de la région. Ce fort recours aux soins libéraux concerne en particulier la médecine générale (+27 %), la cardiologie (+49 %) et la radiologie (+53 %). Les niveaux élevés de consommation de soins de médecine générale et de radiologie s'observent d'ailleurs dans pratiquement tous les QPV de la région, ce qui n'est pas le cas de la cardiologie (consommation très variable selon les QPV). Cette tendance à un fort recours aux soins libéraux dans les QPV n'est cependant pas systématique. Ainsi, le recours à certaines spécialités (psychiatrie, ophtalmologie et pédiatrie) est légèrement plus faible dans les QPV qu'en moyenne régionale (de -4 à -5 %).
- Si on limite l'analyse aux seuls assurés pharmacologiquement traités pour diabète (cf. page 12), il apparait que les consommations de soins des habitants des QPV sont comparables à celles des habitants de l'ensemble de l'Alsace (cardiologie libérale), voire sensiblement inférieures (ophtalmologie libérale). Ceci tend à démontrer qu'à besoin de prise en charge comparable, la consommation de soins libéraux est plutôt modérée, voire faible dans les QPV. Le niveau globalement élevé de recours aux soins libéraux dans les QPV (toutes populations confondues, diabétiques et non diabétiques) s'expliquerait donc essentiellement par l'état de santé dégradé de ses habitants (cf. pagesCet état de santé n'est cependant pas le seul facteur susceptible d'influencer la consommation de soins et d'autres éléments, dont en particulier l'offre locale de soins libéraux, doivent être considérés. Il est pour cette raison, intéressant de comparer les recours aux soins libéraux des habitants d'un QPV donné à ceux de l'ensemble des Alsaciens, mais également à ceux des habitants de la commune à laquelle le QPV appartient (les habitants du QPV et de l'ensemble de la commune bénéficient globalement de la même offre de proximité de soins libéraux).
- Outre ces éléments relatifs aux QPV, il est également possible de souligner que d'une manière générale, les femmes ont une consommation de soins plus importante que les hommes, et ce, quelle que soit la spécialité, à l'exception de la cardiologie. Pour cette spécialité, la plus forte consommation de soins masculine ne s'observe néanmoins qu'à compter de 45 ans. De même, les bénéficiaires de la CMU-C consomment davantage de soins libéraux que les non bénéficiaires, tous âges confondus, tant en médecine générale que pour les spécialités.

Mulhouse Péricentre, une consommation de soins libéraux de médecine générale comparable à la moyenne régionale, mais un recours important à la cardiologie et faible à la psychiatrie et à la pédiatrie

- Les données de consommation de soins libéraux du QPV sont analysées en comparaison à celle de l'ensemble de l'Alsace, mais également de Mulhouse, les niveaux de consommations observés au sein des quartiers pouvant être liés à des phénomènes locaux (offre de soins, état de santé…).
- Le niveau de consommation de soins libéraux en médecine générale des habitants de Mulhouse-Péricentre, bien que légèrement plus élevé, est comparable à celui observé pour l'ensemble des habitants de la ville de Mulhouse (+7 %) et de la région (+ 4 %). Ces écarts sont cependant peu très marqués comparativement à ce que l'on peut observer dans d'autres QPV, faisant de ce territoire l'un des QPV aux plus faibles recours de consommation en médecine générale.
- Le recours à la gynécologie des habitants du quartier dépasse sensiblement la moyenne alsacienne (+20 %), ce qui est également le cas du recours à la radiologie (+29 %). Mais c'est avant tout le recours tout particulièrement important à la cardiologie qui est frappant (+119 %). Ces niveaux élevés de consommation doivent être replacés dans le contexte mulhousien. La ville se caractérise en effet par des niveaux élevés de consommation de soins pour ces trois spécialités. Ce phénomène pourrait s'expliquer en partie au moins par l'importante offre de soins libéraux pour ces spécialités à Mulhouse (cf. page 15), mais également par les indicateurs épidémiologiques défavorables de la ville (forte mortalité prématurée, importante mortalité et prévalence du diabète). De plus le QPV Péricentre se situe à proximité de plusieurs établissements de soins qui viennent renforcer cette offre de soins : la clinique Diaconat Fonderie, la clinique Diaconat Roosevelt, et le centre hospitalier de Mulhouse Émile Muller.
- À l'opposé, les recours à la pédiatrie, à la psychiatrie et dans une moindre mesure à l'ophtalmologie sont plus faibles à Mulhouse-Péricentre que dans l'ensemble de la région (respectivement -58 %, -29 % et -14 %). Ces faibles niveaux de consommation ne concernent pas uniquement le quartier, mais plus globalement l'ensemble de la ville de Mulhouse (respectivement -50 %, -20 % et -14 %) et ce, malgré une offre de soins libéraux comparable (pédiatrie) ou supérieure (psychiatrie et ophtalmologie) à celle de l'ensemble de l'Alsace. Signalons qu'il existe à l'Hôpital du Hasenrain à Mulhouse un service d'urgence pédiatrique, et que le recours à ce service n'est pas comptabilisé dans les données ici analysées.

VII. DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

COUVERTURE DU TERRITOIRE

La ville de Mulhouse est couverte par l'ensemble des dispositifs étudiés

- Mulhouse est couverte par 29 programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dont 16 implantés dans la commune.
- Elle est également couverte par 7 réseaux de santé (toutes thématiques confondues) dont 2 y sont implantés.

Programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) : L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cette démarche a pour finalité de permettre aux patients (ainsi qu'à leur famille) de mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, à collaborer avec les soignants et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. L'éducation thérapeutique se distingue des informations et des conseils que dispensent les soignants à leurs patients.

Réseaux de santé : Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.) qui ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients.

VIII. ENVIRONNEMENT

EXPOSITION À LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

La population du quartier Péricentre de Mulhouse est concernée par des pollutions atmosphériques, mais de manière très modérée

- Contrairement aux autres QPV de la région, le quartier Péricentre de Mulhouse a été, sur la période 2012-2014, concerné par des dépassements de valeurs limite ou cible de la pollution de l'air tant pour le NO2 (dioxyde d'azote), que pour les PM10 (particules en suspension) et l'O3 (ozone). Les proportions de populations concernées restent cependant faibles, voire très faibles.
- Sur ces trois années, le taux moyen de population exposée à un dépassement de la valeur limite annuelle [(1)] en NO2 est extrêmement faible (1 %) dans le quartier et est équivalent à la moyenne régionale. Ce dépassement atteint son maximum en 2014 (1,4 %) et est plus faible pour les années 2012 et 2013 (0,4 %). Sur l'ensemble des 31 QPV de la région, 5 ont été concernés par de tels dépassements et un seul, la Laiterie à Strasbourg, de façon notable (taux moyen d'exposition en 2012-2014 de 65 %).
- Par ailleurs, 2 % de la population du quartier a été concernée par un dépassement de la valeur limite annuelle [(2)] en PM10 sur la période 2012-2014, soit légèrement plus qu'en moyenne régionale (1 %). Ce dépassement de la valeur limite a été observé en 2012 et 2013 (respectivement 3,5 % et 3 % de la population concernée), mais pas en 2014 (0 % de la population concernée). Sur l'ensemble des 31 QPV de la région, 3 ont été concernés par de tels dépassements et seule la Laiterie à Strasbourg de façon significative (taux moyen d'exposition en 2012-2014 de 18 %).
- Sur la période 2012-2014, le taux moyen de population exposée à un dépassement de la valeur cible de protection humaine [(3)] en O3 est de 6 % dans le quartier, ce qui est nettement inférieur à la moyenne régionale (29 %).
- Pour une vision plus globale des indicateurs de dépassements, il est possible de se reporter aux cartes 31 à 39 en annexe.

Exposition à la pollution atmosphérique

Les données de l'air extérieur ont été fournies par l'Association pour la surveillance et l'étude de la pollution atmosphérique en Alsace (Aspa - 15080602 - TD). 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. Ces données portent sur trois polluants majeurs que sont le dioxyde d'azote (NO2), les particules PM10 et l'ozone (O3). En matière de qualité de l'air extérieur, trois dimensions peuvent être prises en considération : les émissions, les concentrations de polluants et l'exposition des populations (i.e. le nombre d'habitants vivant dans des zones dépassant une valeur limite pour la qualité de l'air). Les teneurs en polluants étant variables d'une année sur l'autre en raison notamment des conditions météorologiques, il a été convenu avec l'Aspa de travailler sur les données de trois années (2012, 2013, 2014). Une moyenne arithmétique de la part de la population exposée à un dépassement de valeur limite ou cible sur trois ans a ainsi été effectuée pour chaque polluant. Les valeurs seuils retenues correspondent à la part de la population de chaque commune exposée à :

[(1)] Un dépassement de la valeur limite annuelle de 40 µg/m3 en NO2 ;
[(2)] Un dépassement de la valeur limite journalière de 50 µg/m3 en PM10, à ne pas dépasser plus de 35 jours par an ;
[(3)] Un dépassement de la valeur cible de protection humaine de 120 µg/m3 sur 8 heures en O3, à ne pas dépasser plus de 25 jours par an.

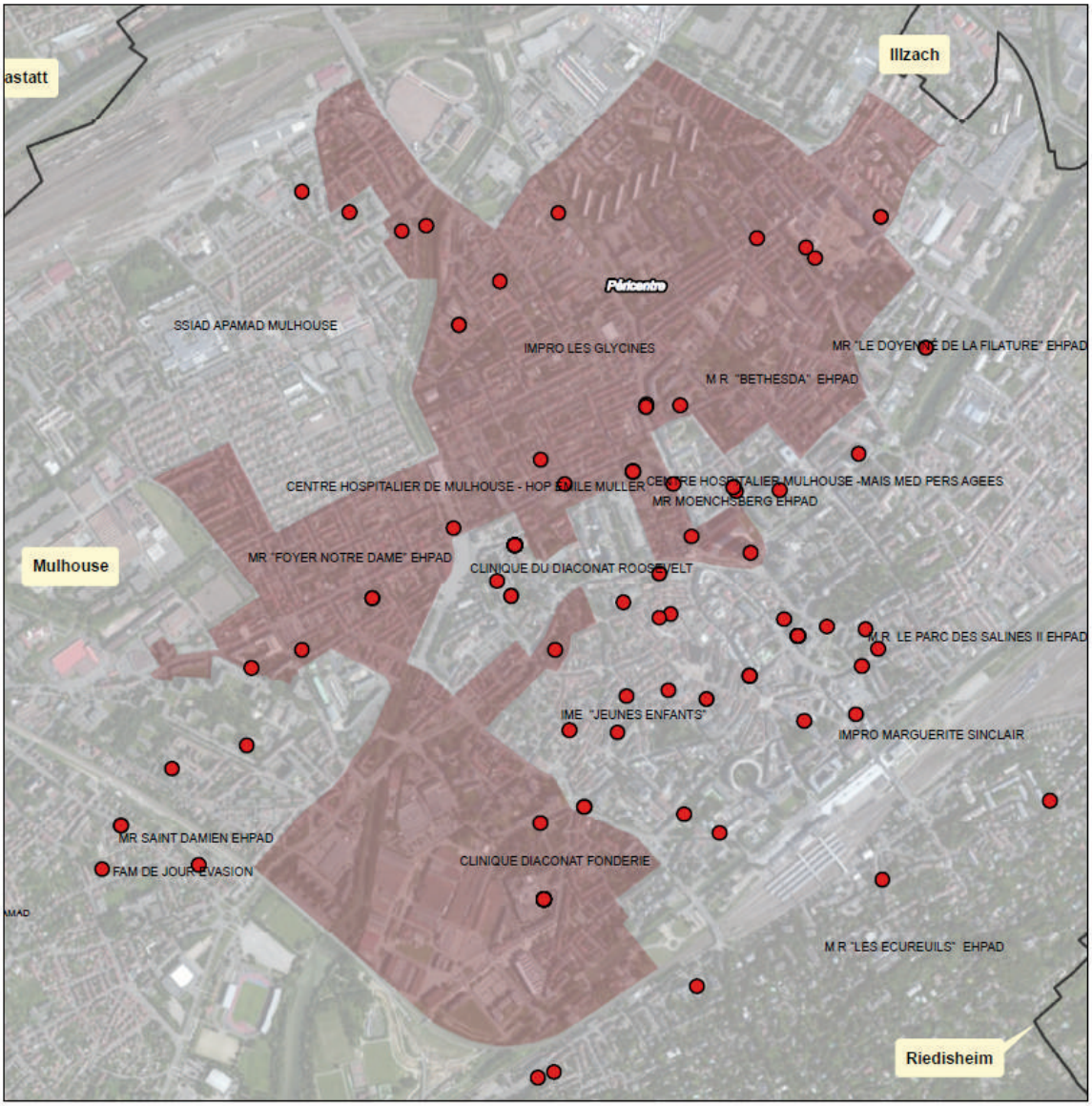
Dioxyde d'azote : Le NO2 provient essentiellement des combustions d'énergies fossiles (véhicules, industries, chauffage). Ses impacts sur la santé concernent principalement des affections de l'appareil respiratoire, notamment des irritations des bronches, crises d'asthme et infections pulmonaires infantiles.

Particules : Les PM10 sont issues d'activités industrielles et domestiques, des transports (en particulier des véhicules diesel) et des activités agricoles. Elles sont responsables entre autres d'irritations respiratoires, d'altération de la fonction respiratoire, d'augmentation de la mortalité pour causes respiratoires et cardiovasculaires, d'effets cancérogènes.

Ozone : L'ozone est un polluant secondaire résultant de réactions entre oxyde d'azote, monoxyde de carbone et composés organiques volatils (COV) sous l'effet du rayonnement solaire. Ses effets sur la santé sont des gênes à la diminution de la capacité respiratoire, irritations des yeux, de la gorge à une augmentation de la mortalité lors des pics de pollution.

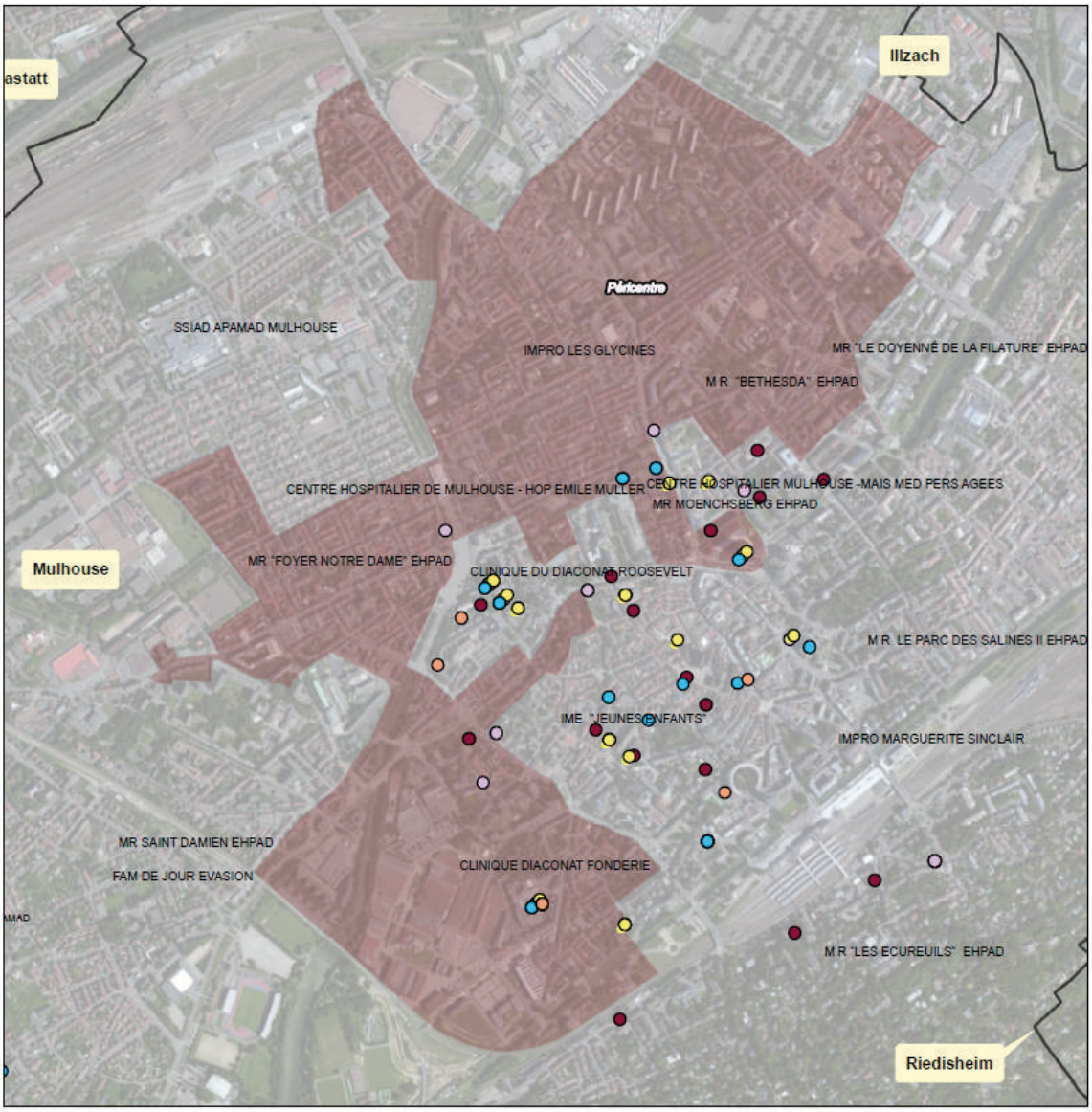
ANNEXES

Carte 3 : Représentation de l'implantation de l'offre de médecine générale dans le quartier en 2015



Sources : ARS/OADS 2015, CGET, IGN Geofla 2014 - Réalisation ARS Alsace

Carte 4 : Représentation de l'implantation de l'offre de médecine spécialisée dans le quartier en 2015

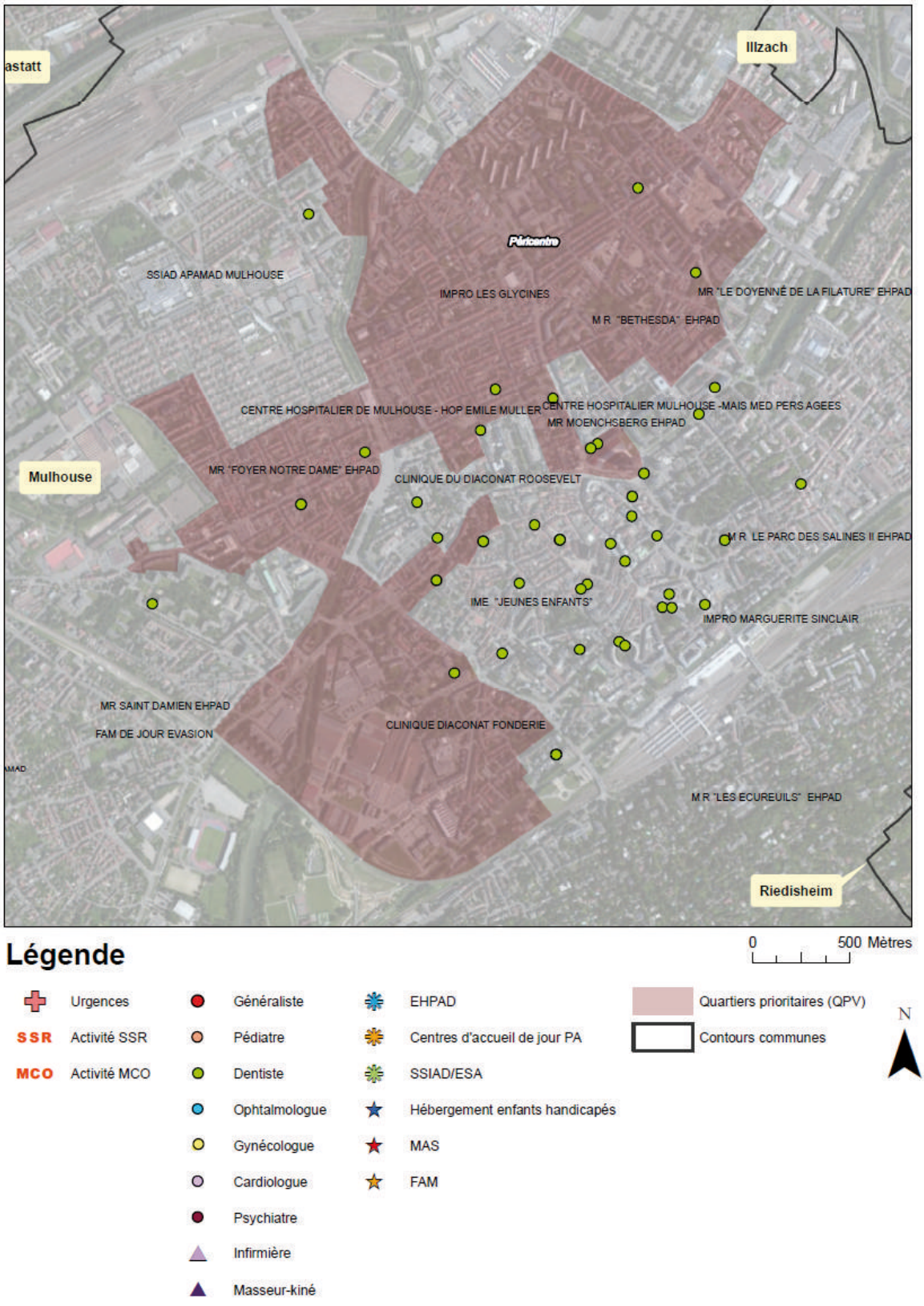


Légende

- Urgences
- SSR Activité SSR
- MCO Activité MCO
- Généraliste
- Pédiatre
- Dentiste
- Ophtalmologue
- Gynécologue
- Cardiologue
- Psychiatre
- Infirmière
- Masseur-kiné
- EHPAD
- Centres d'accueil de jour PA
- SSIAD/ESA
- Hébergement enfants handicapés
- MAS
- FAM
- Quartiers prioritaires (QPV)
- Contours communes

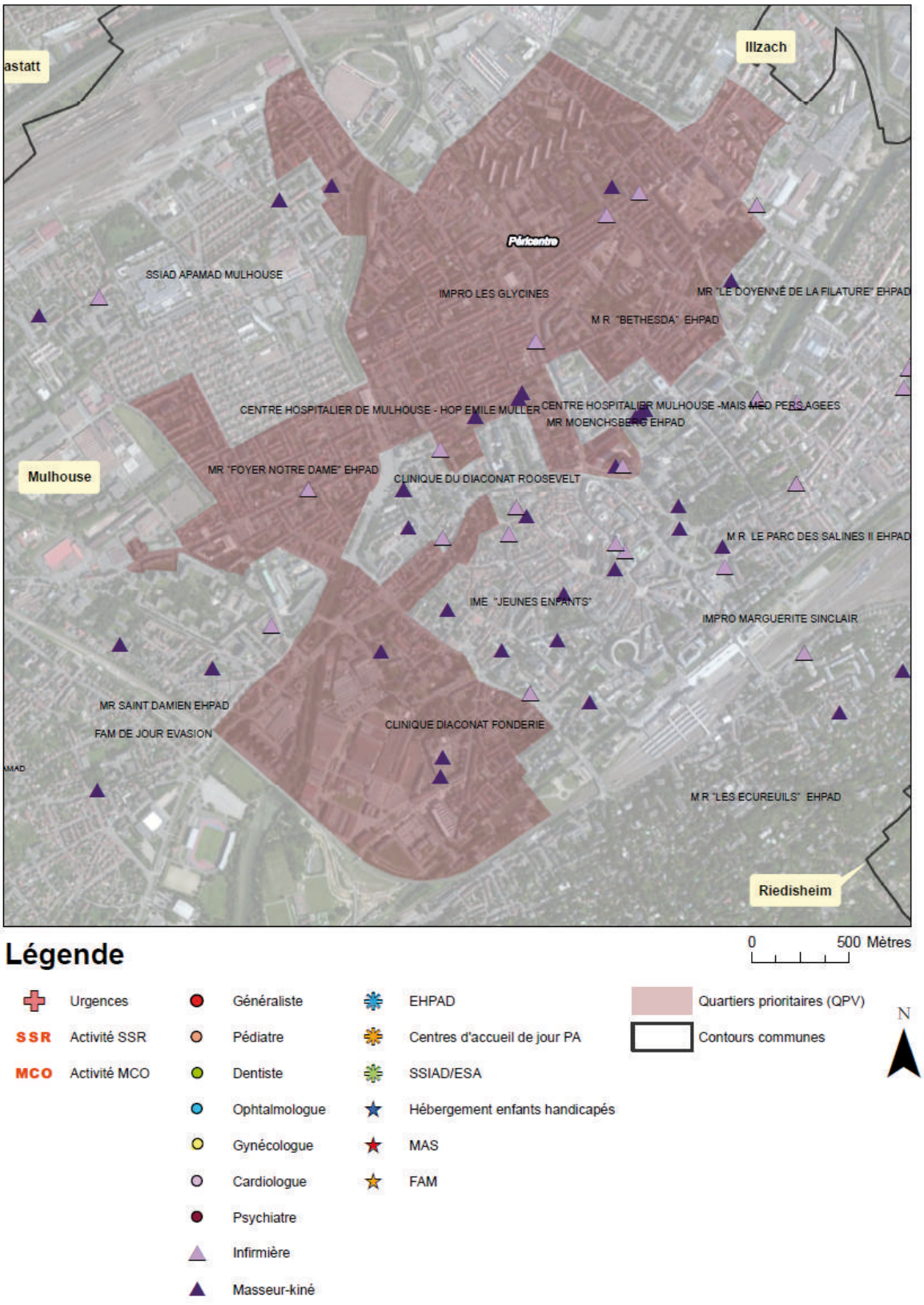
Sources : ARS/OADS 2015, CGET, IGN Geofla 2014 - Réalisation ARS Alsace

Carte 5 : Représentation de l'implantation de l'offre de chirurgiens-dentistes dans le quartier en 2015



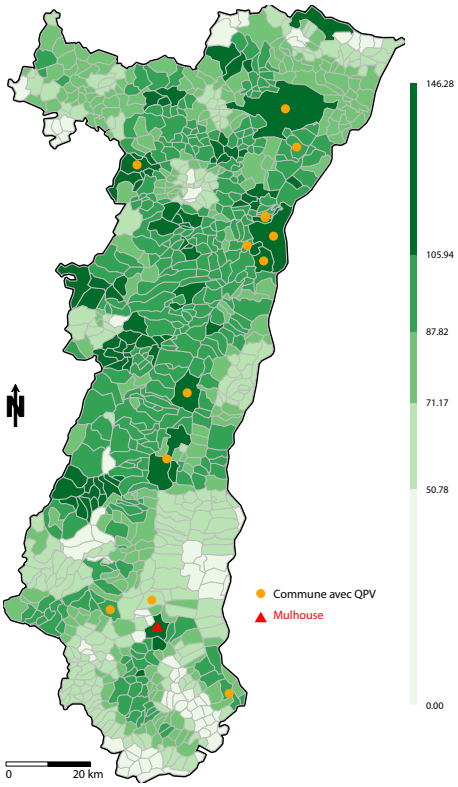
Sources : ARS/OADS 2015, CGET, IGN Geofla 2014 - Réalisation ARS Alsace

Carte 6 : Représentation de l'implantation de l'offre de masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers dans le quartier en 2015



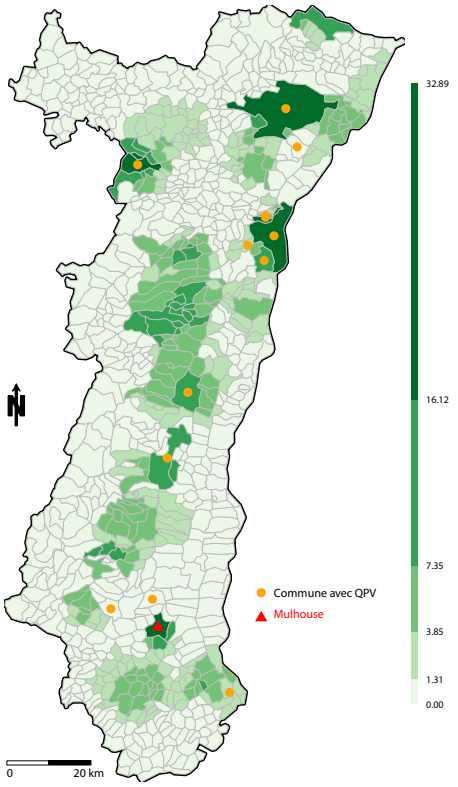
Sources : ARS/OADS 2015, CGET, IGN Geofla 2014 - Réalisation ARS Alsace

Carte 7 : Densité lissée de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 15 minutes (heures creuses)



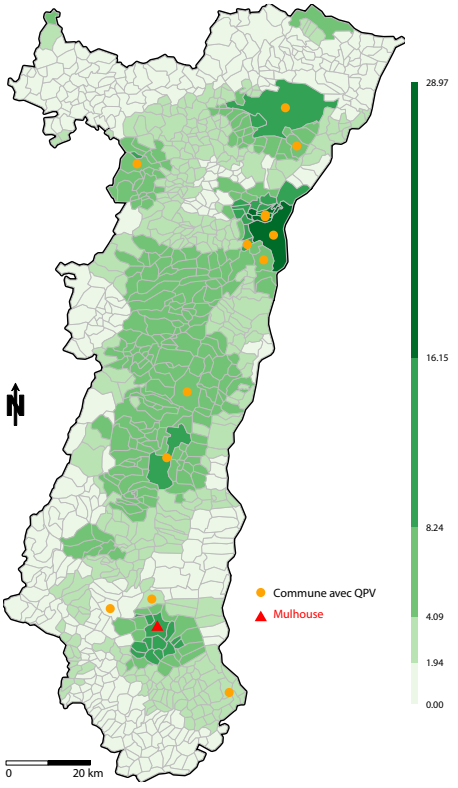
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 8 : Densité lissée de médecins pédiatres libéraux pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 15 minutes (heures creuses)



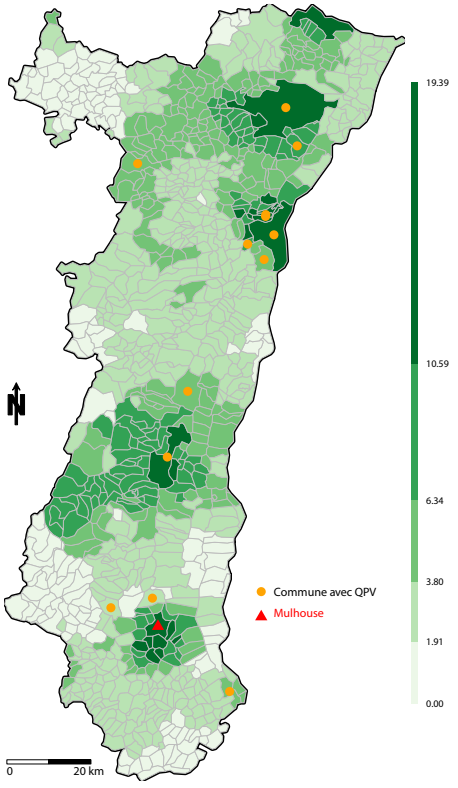
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 9 : Densité lissée de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



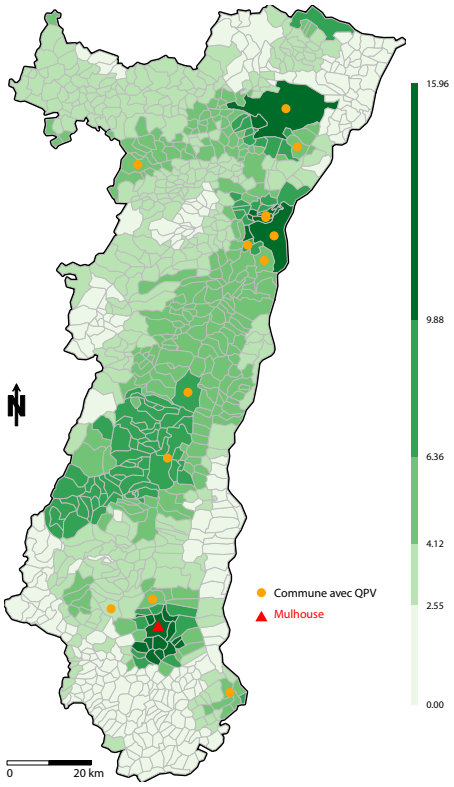
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 10 : Densité lissée de gynécologues libéraux pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



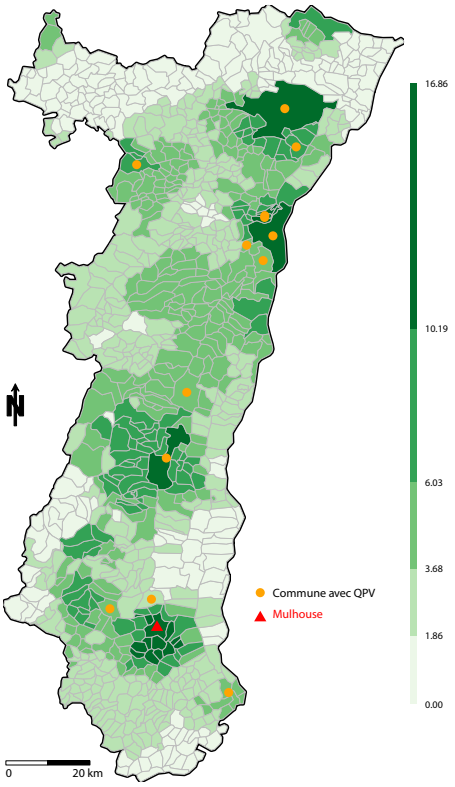
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 11 : Densité lissée d'ophtalmologues libéraux pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



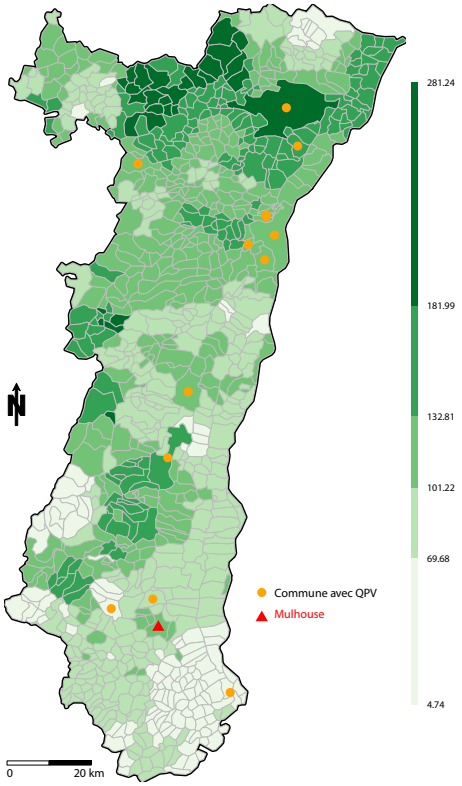
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 12 : Densité lissée de cardiologues libéraux pour 100 000 habitants en 2015 , dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



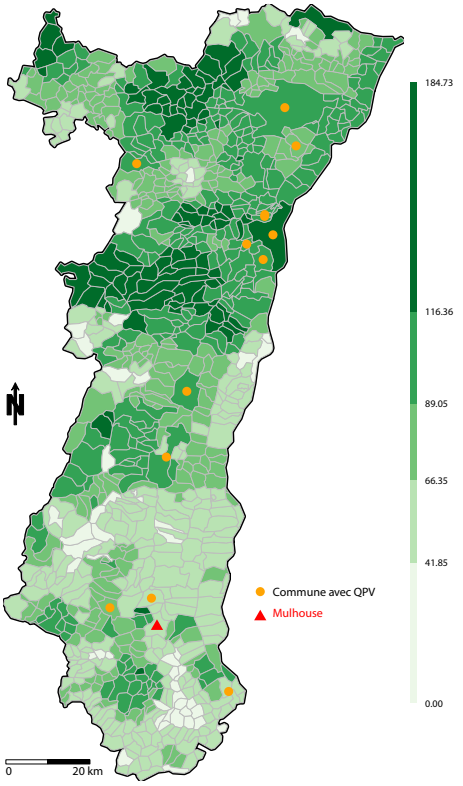
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 13 : Densité lissée d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 15 minutes (heures creuses)



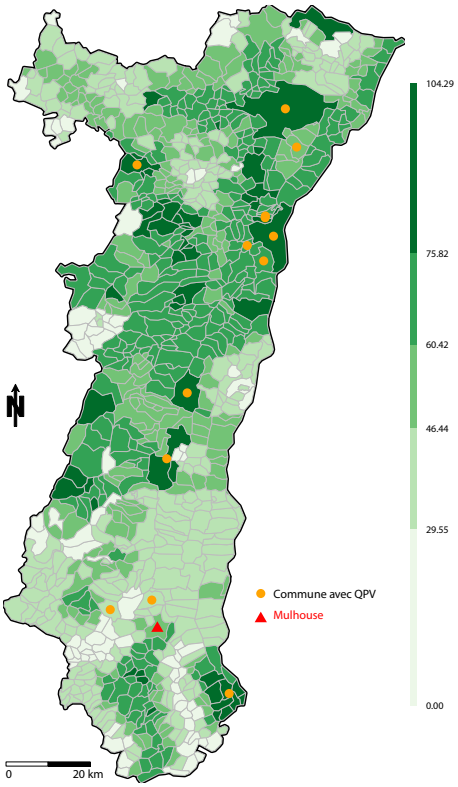
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 14 : Densité lissée de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 15 minutes (heures creuses)



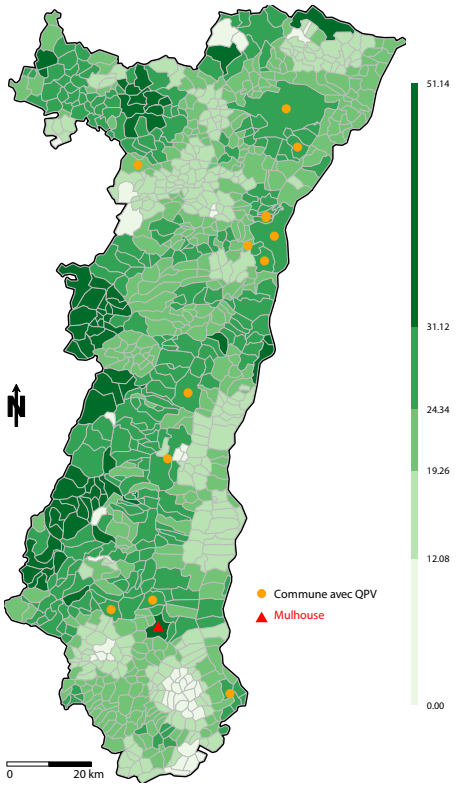
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 15 : Densité lissée de chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 15 minutes (heures creuses)



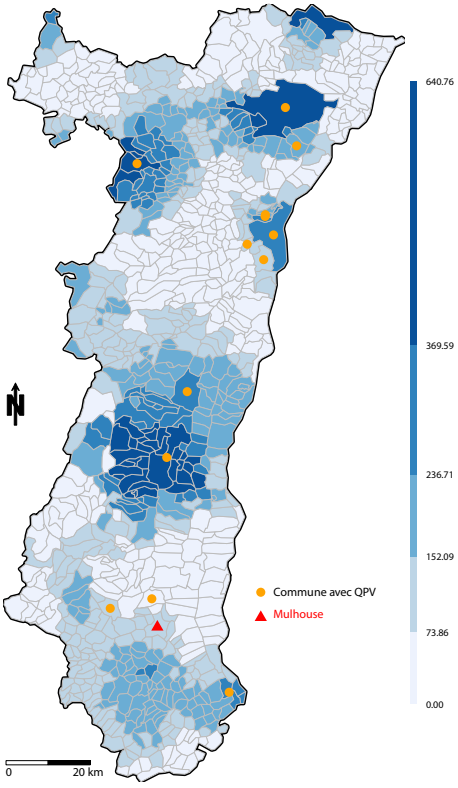
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 16 : Densité lissée d'officines de pharmacie pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 15 minutes (heures creuses)



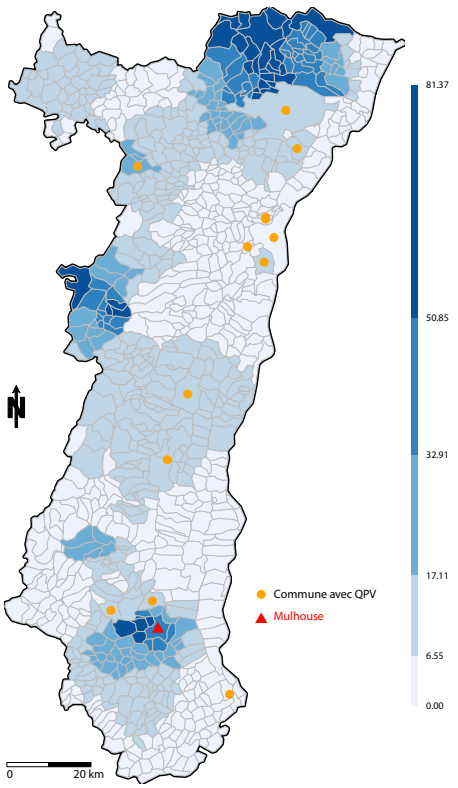
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 17 : Densité lissée du nombre de places en hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



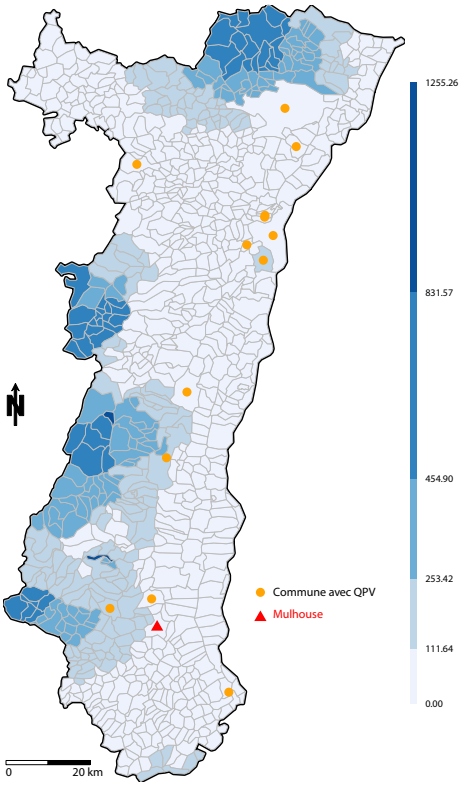
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 18 : Densité lissée du nombre de places en hospitalisation de jour en soins de suite et de réadaptation pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



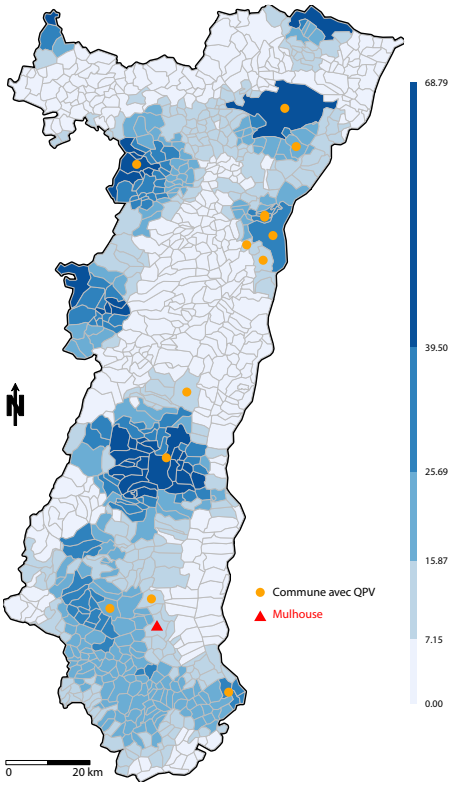
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 19 : Densité lissée du nombre de places en hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



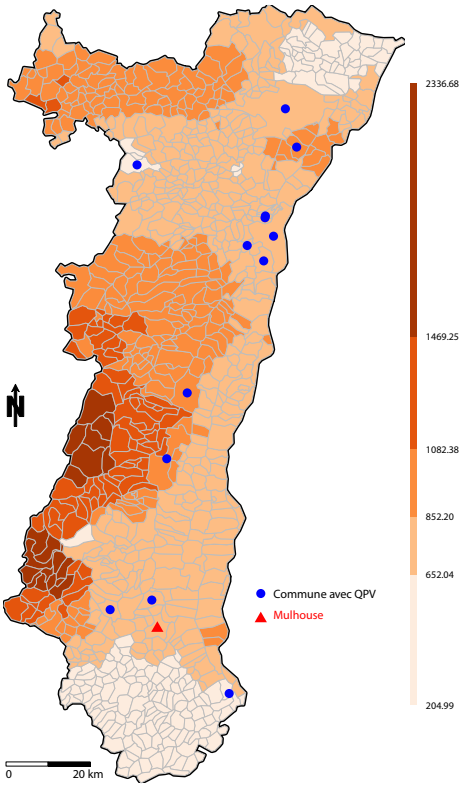
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 20 : Densité lissée du nombre de places en hospitalisation de jour en médecine, chirurgie, obstétrique pour 100 000 habitants en 2015 , dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



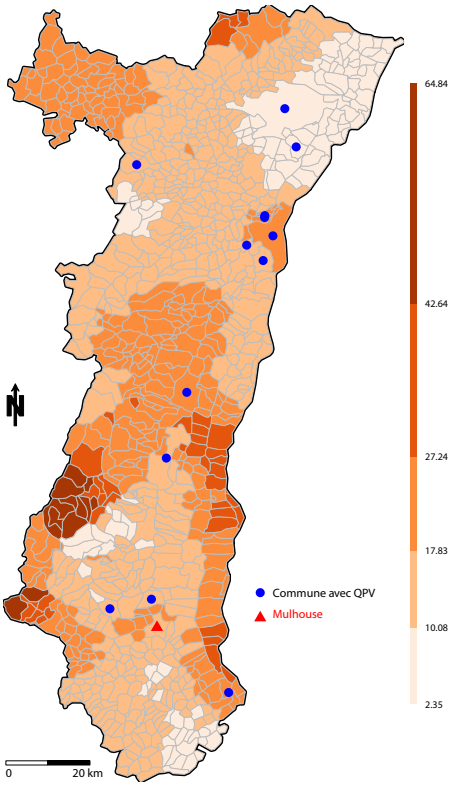
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 21 : Densité lissée du nombre de places en hébergement permanent médicalisé (places installées classiques & Alzheimer) pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



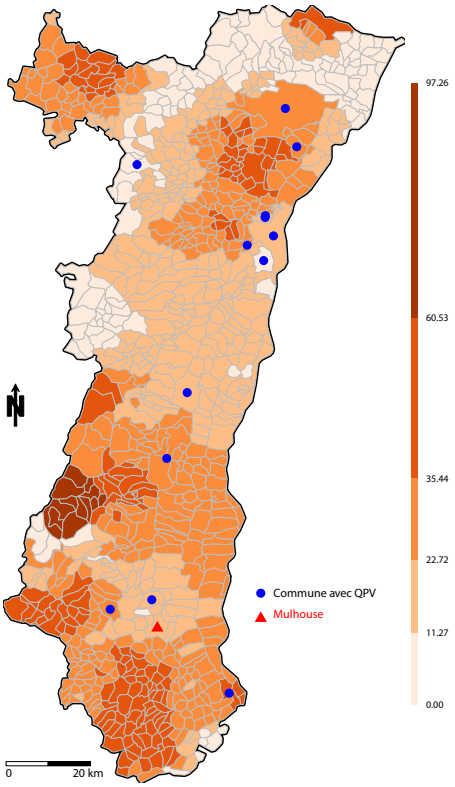
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 22 : Densité lissée du nombre de places en hébergement temporaire médicalisé (places installées classiques & Alzheimer) pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



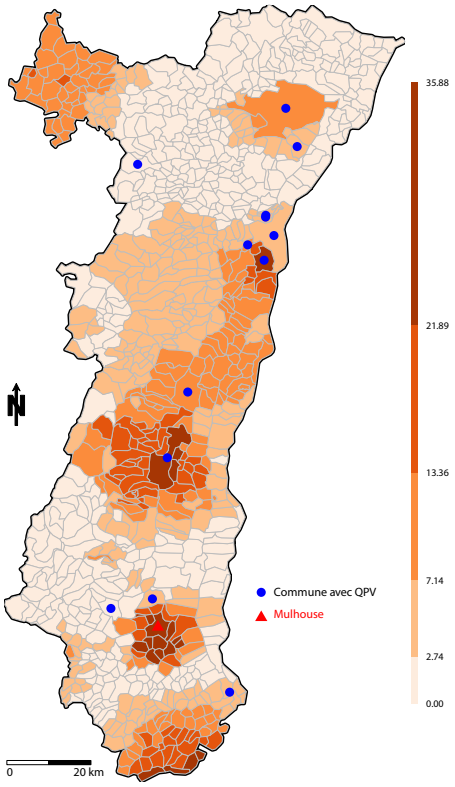
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 23 : Densité lissée du nombre de places en accueil de jour médicalisé (places installées classiques & Alzheimer) pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



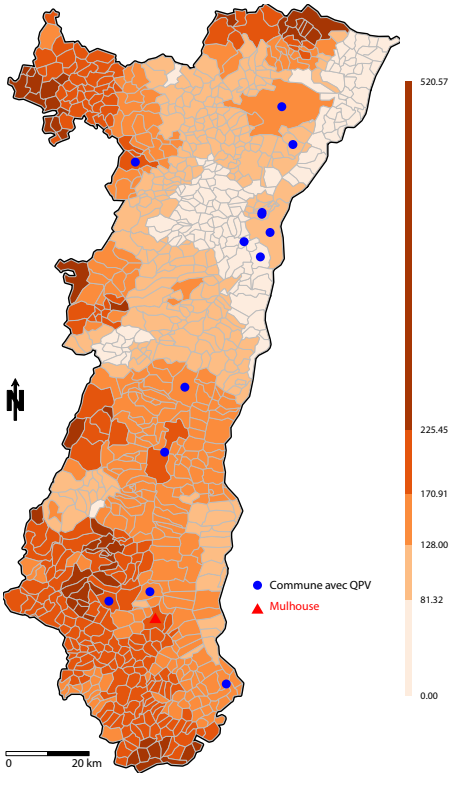
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 24 : Densité lissée du nombre de places en services de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



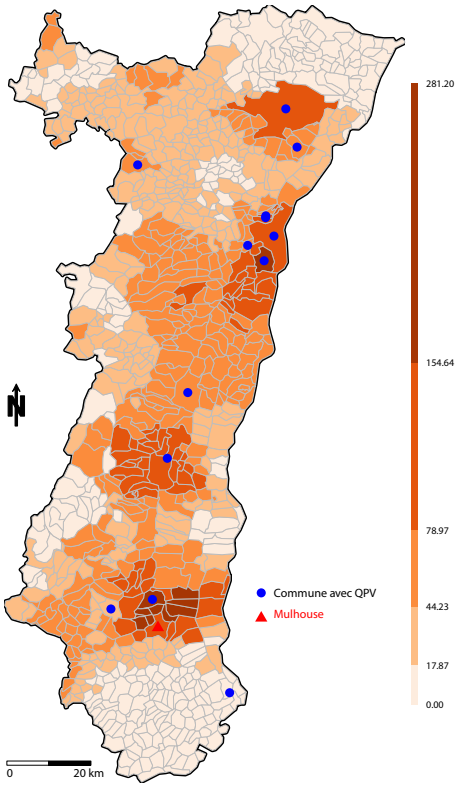
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 25 : Densité lissée du nombre de places en service de soins infirmiers à domicile et équipe spécialisée Alzheimer pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



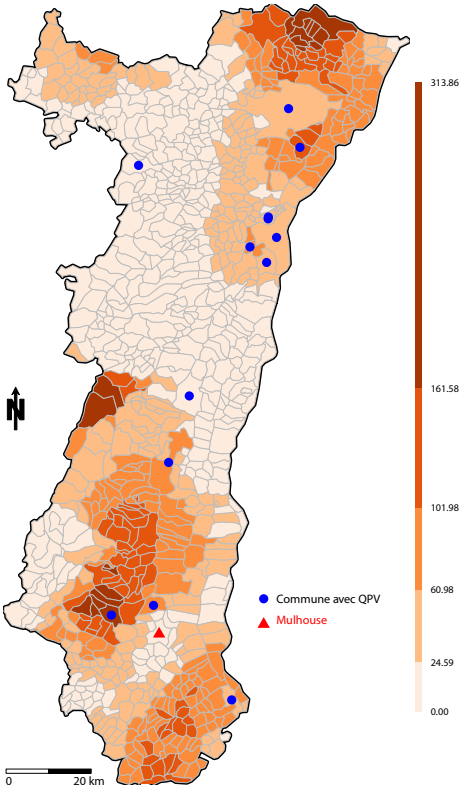
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 26 : Densité lissée du nombre de places en service de soins et d'éducation spécialisée à domicile pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



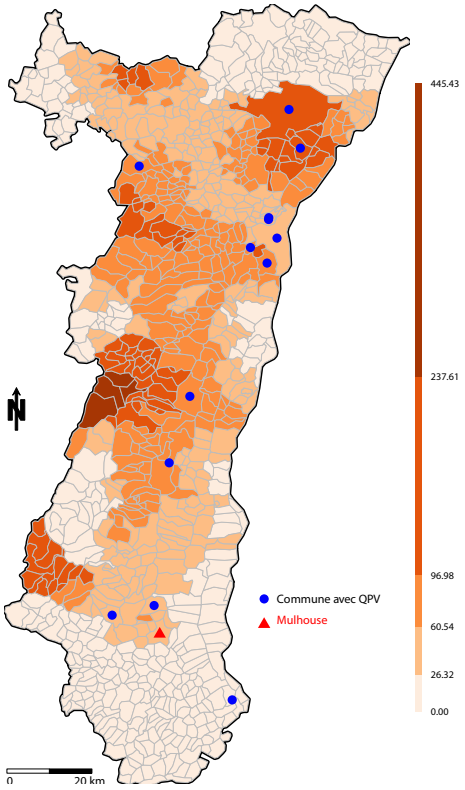
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 27 : Densité lissée du nombre de places en maison d'accueil spécialisé pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



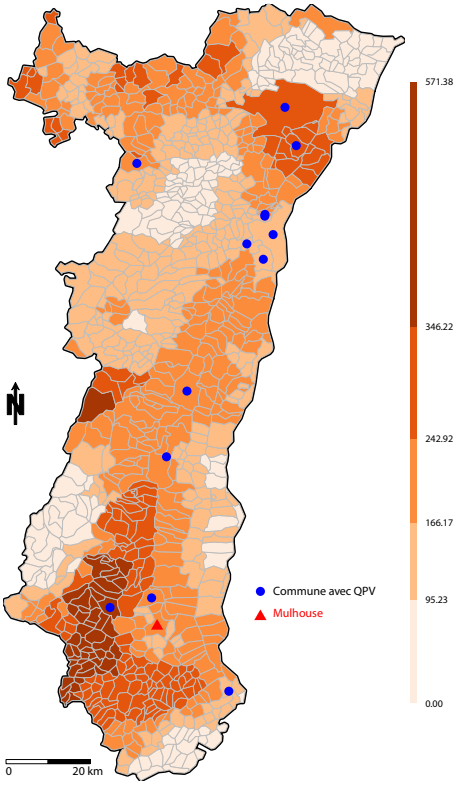
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 28 : Densité lissée du nombre de places en foyers d'accueil médicalisé pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



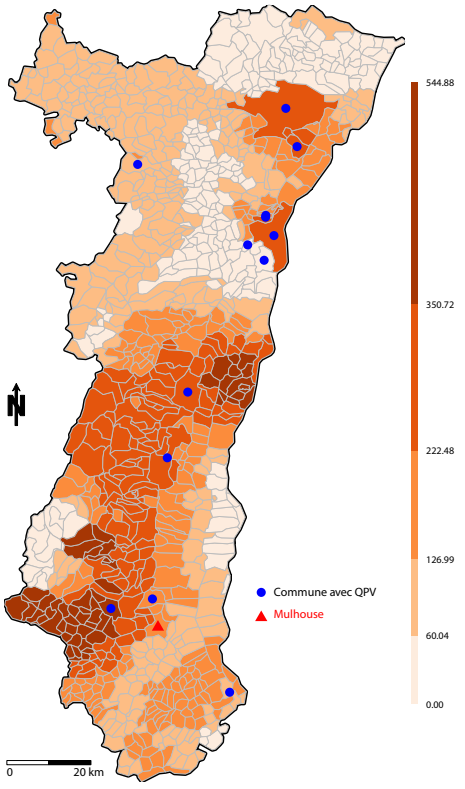
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 29 : Densité lissée du nombre de places en établissement et service d'aide par le travail pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



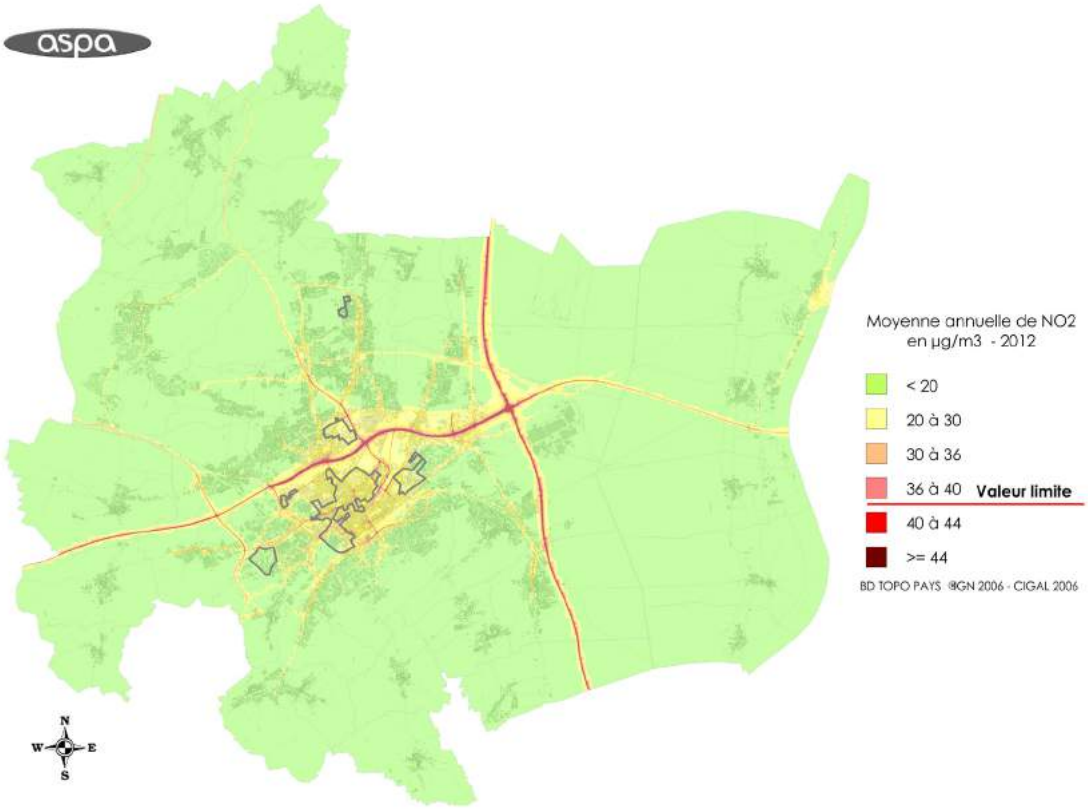
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 30 : Densité lissée du nombre de places en établissement pour enfants handicapés pour 100 000 habitants en 2015, dans un rayon de 30 minutes (heures creuses)



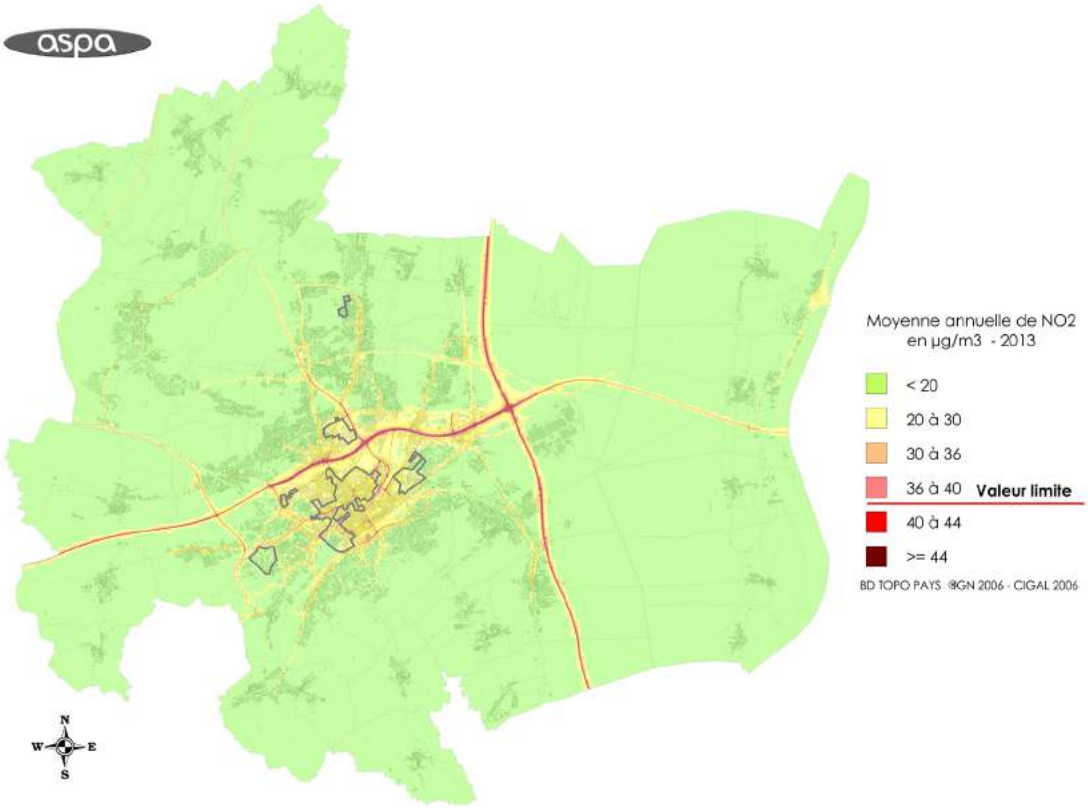
Sources : ARS, Insee, IGN (GéoFla), Odomatrix Inra UMR 1041, d'après Route500®, DB ALTI 500, RGC - Exploitation : ORS Alsace

Carte 31 : Moyenne annuelle de NO2 en µg/m3 en 2012



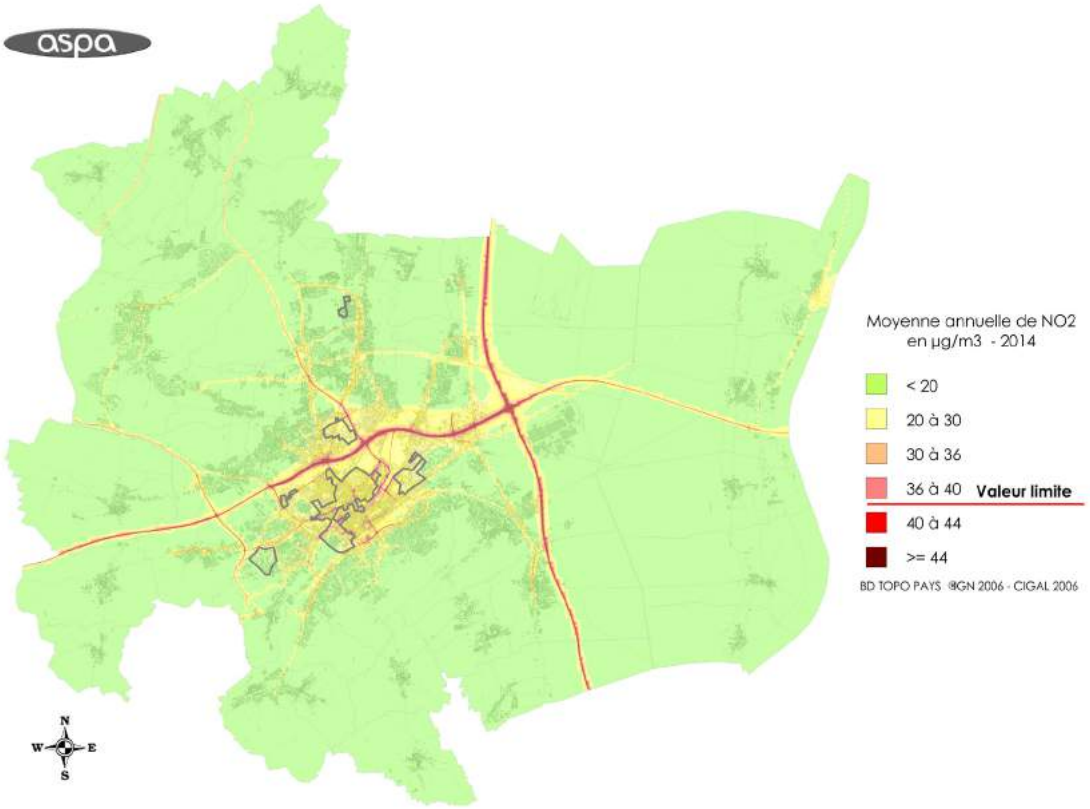
Source : ASPA - 15 080 602 - TD

Carte 32 : Moyenne annuelle de NO2 en µg/m3 en 2013



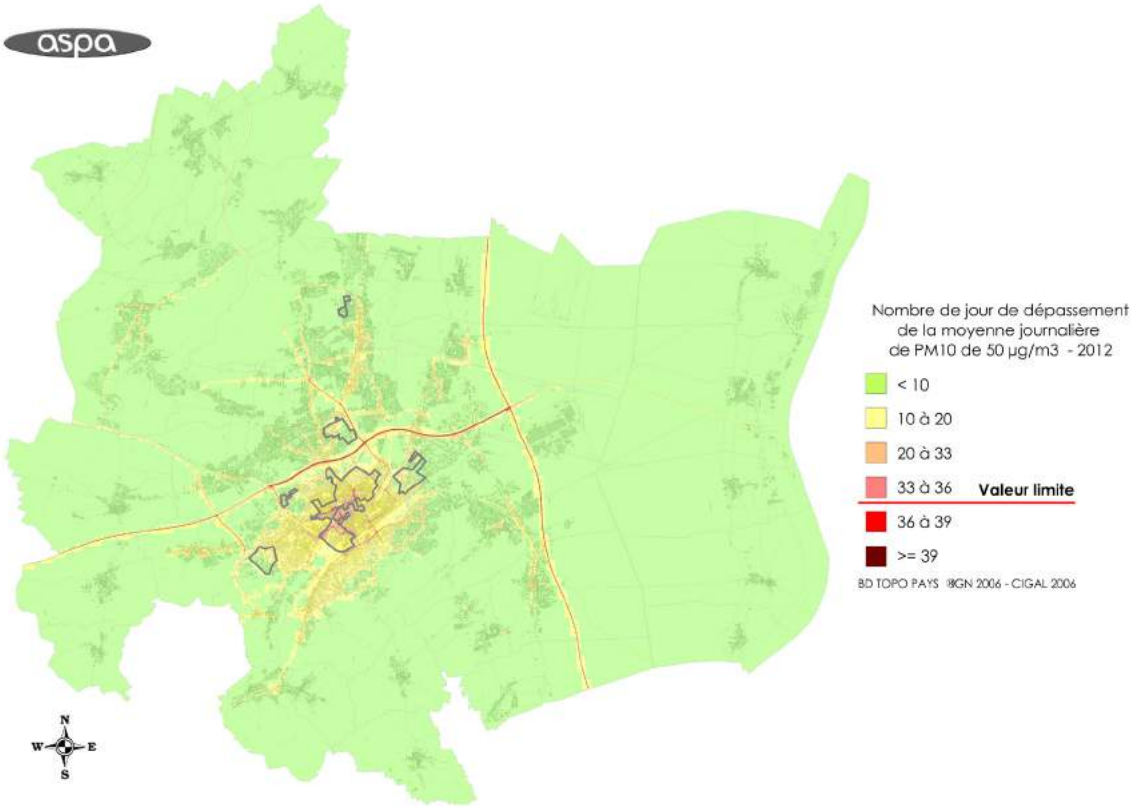
Source : ASPA - 15 080 602 - TD

Carte 33 : Moyenne annuelle de NO2 en µg/m3 en 2014



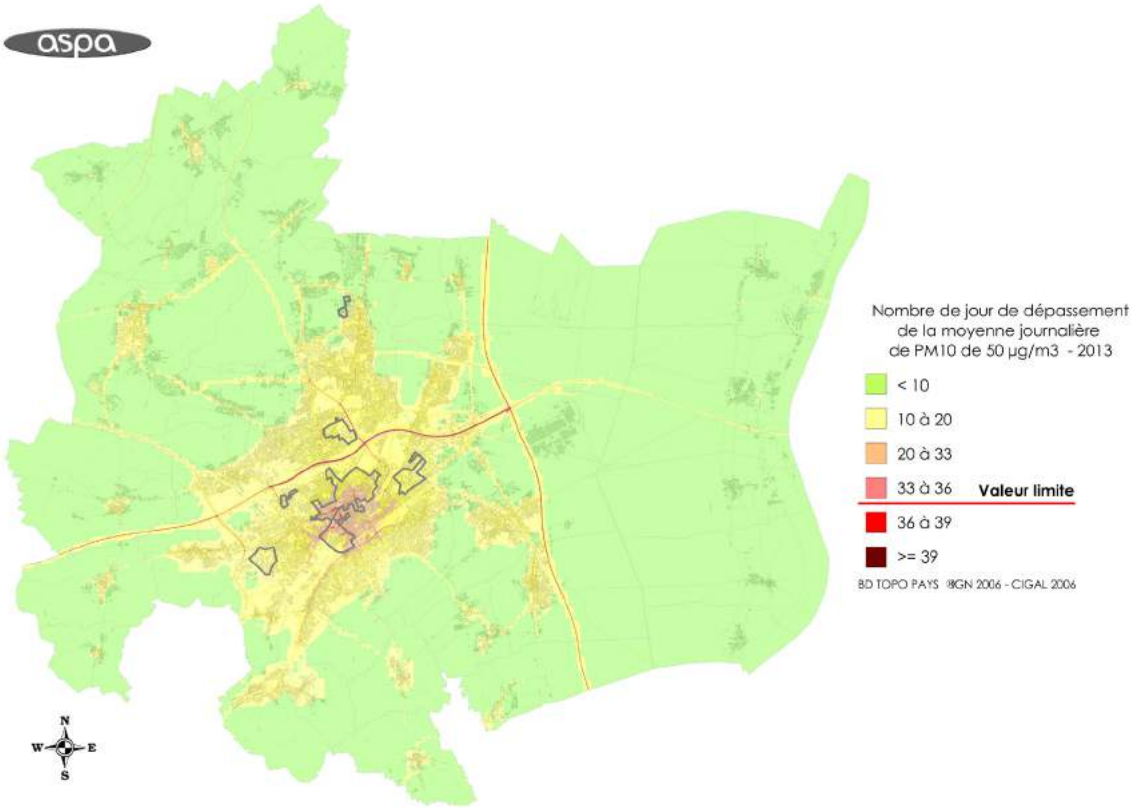
Source : ASPA - 15 080 602 - TD

Carte 34 : Nombre de jours de dépassement de la moyenne journalière de PM10 de 50µg/m3 en 2012



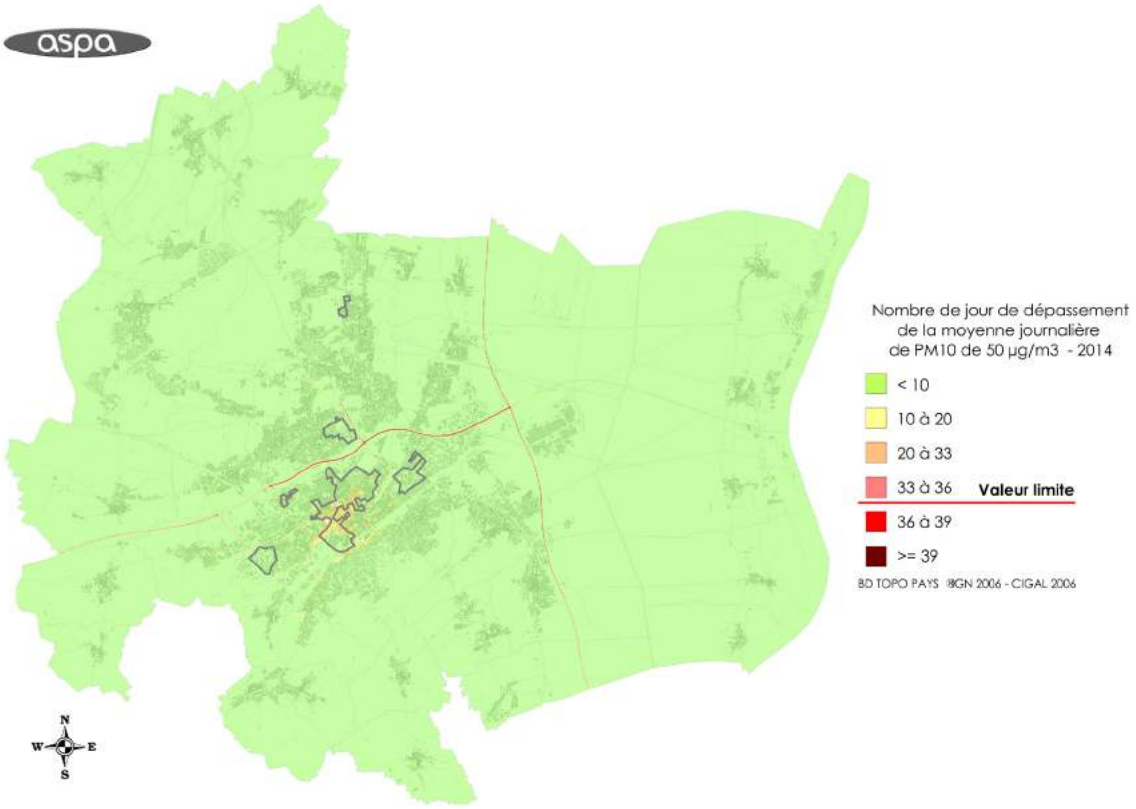
Source : ASPA - 15 080 602 - TD

Carte 35 : Nombre de jours de dépassement de la moyenne journalière de PM10 de 50µg/m3 en 2013



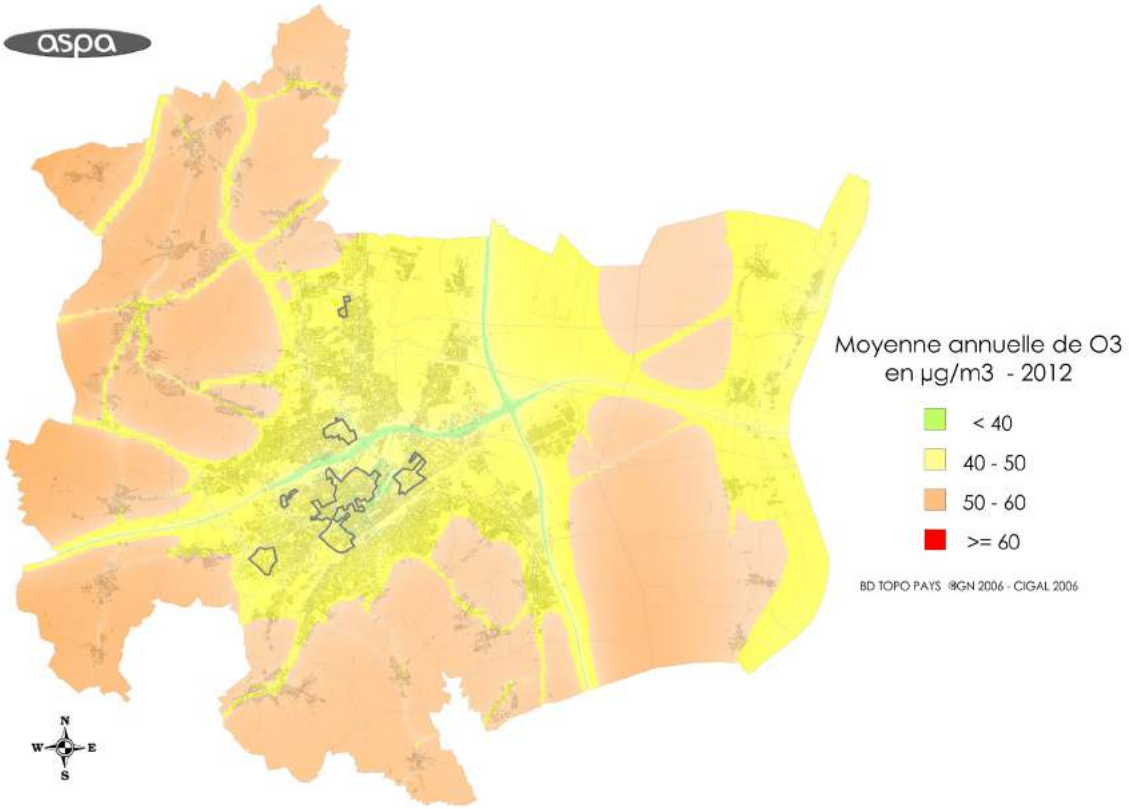
Source : ASPA - 15 080 602 - TD

Carte 36 : Nombre de jours de dépassement de la moyenne journalière de PM10 de 50µg/m3 en 2014



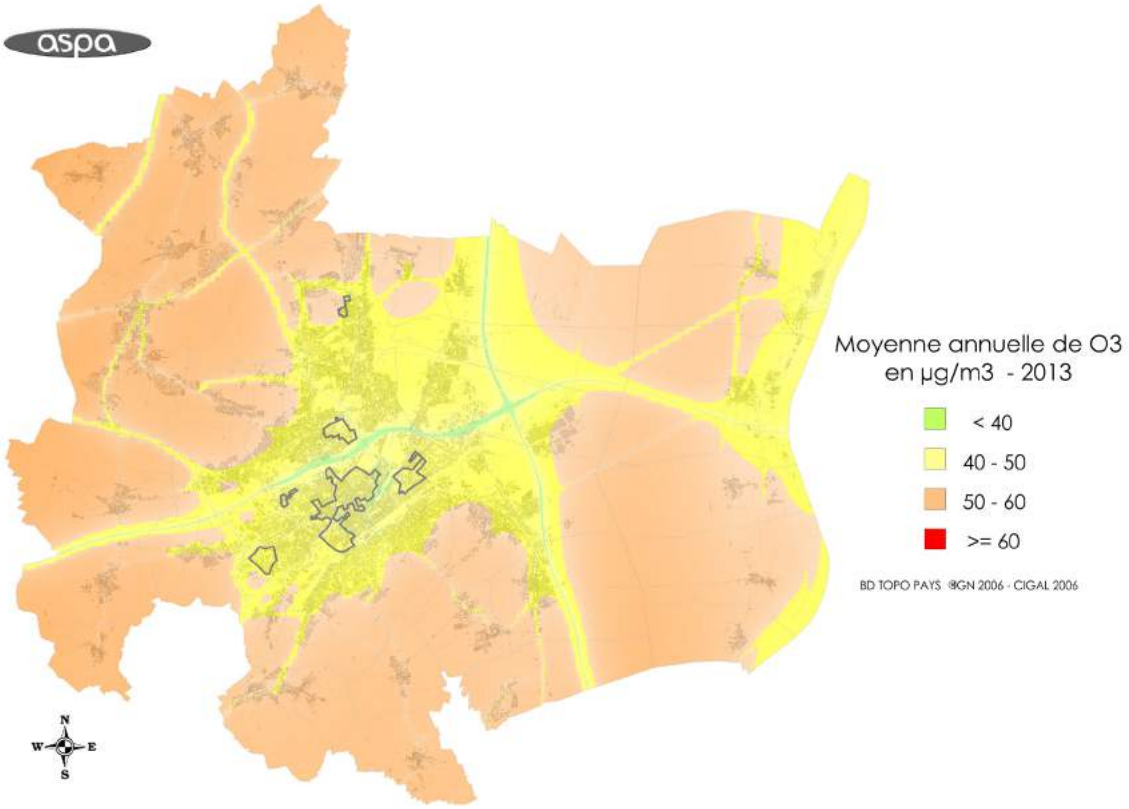
Source : ASPA - 15 080 602 - TD

Carte 37 : Moyenne annuelle de O3 en µg/m3 en 2012



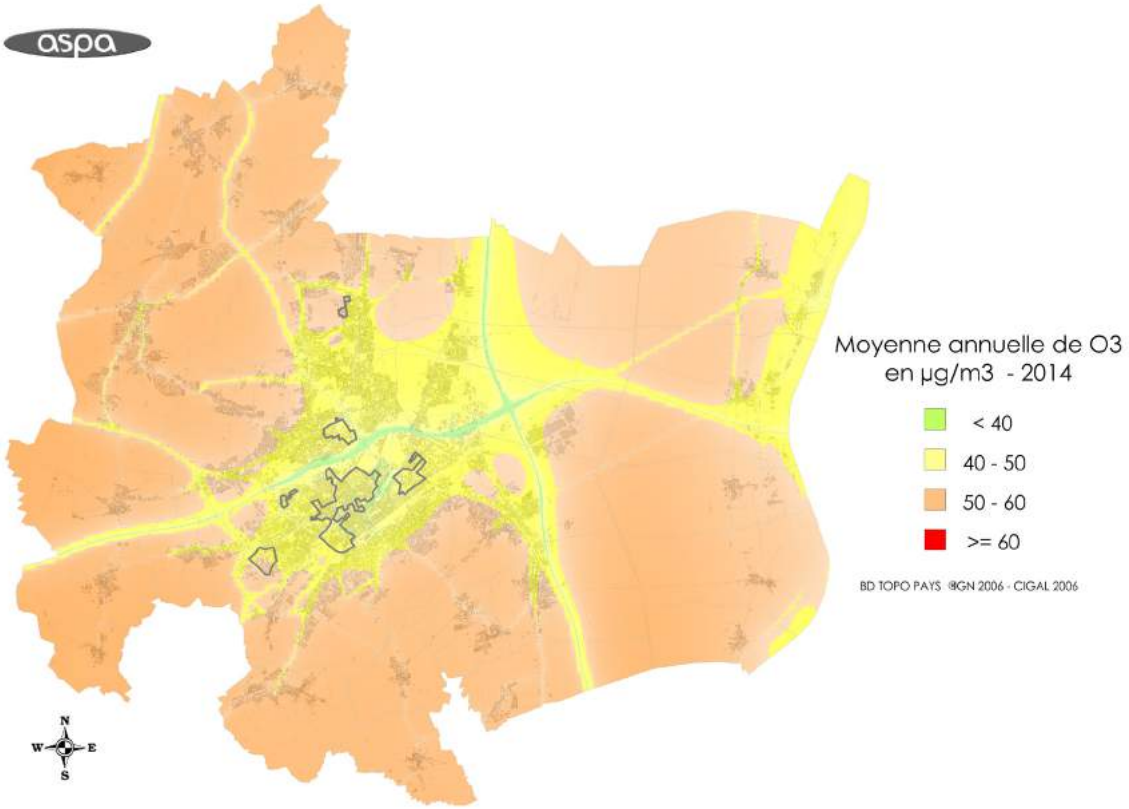
Source : ASPA - 15 080 602 - TD

Carte 38 : Moyenne annuelle de O3 en µg/m3 en 2013



Source : ASPA - 15 080 602 - TD

Carte 39 : Moyenne annuelle de O3 en µg/m3 en 2014



Source : ASPA - 15 080 602 - TD

ANNEXES TECHNIQUES

1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES

Données du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET)

Le CGET met à disposition des données statistiques pour l'analyse de la situation des quartiers prioritaires, construites à partir du zonage statistique de l'Insee : les îlots regroupés pour l'information statistique (Iris). Il s'agit de données brutes par quartiers de population et revenu médian par unité de consommation.

La population correspond à la population des ménages fiscaux et le revenu médian au revenu fiscal médian par unité de consommation. Ces données sont issues des revenus fiscaux localisés au 31/12/2011 de l'Insee et de la DGFip et ont ensuite été traitées par le CGET.

Données de l'Insee

Les données fournies sont construites par rapprochement des contours numérisés des quartiers avec les informations géographiques issues des sources utilisées, notamment les références cadastrales en ce qui concerne la source fiscale. Les quartiers de moins de 50 logements sont exclus du processus pour respecter le secret individuel.

- Estimations mixtes de population

Les estimations démographiques pour les quartiers de la politique de la ville proposent des indicateurs calculés à partir de données 2010 du recensement de la population sur la répartition par âge, par activité, par diplôme et par nationalité ainsi que la répartition des ménages et des logements. Elles utilisent des méthodes d'estimation adaptées aux caractéristiques de la collecte des données du recensement. Ce sont de premières données élaborées sur les QPV.

La mise à disposition de résultats statistiques issus du recensement de la population sur les quartiers de la politique de la ville demande des travaux spécifiques, qui diffèrent selon que les communes disposent ou non d'un répertoire d'immeubles localisés (RIL).

- Données source fiscale

Cette base fournit les indicateurs clés de la politique de la ville. Ces indicateurs sont issus du dispositif Revenus fiscaux localisés 2011. Afin de garantir la confidentialité des données, la diffusion des indicateurs vérifie la règle de secret fiscal qui impose qu'une statistique soit toujours calculée à partir d'au moins 11 ménages fiscaux. La variable touchée dans ce rapport par le secret fiscal est la variable reposant sur le comptage des ménages locataires.

2. DONNÉES À L'ADRESSE

Les QPV ne respectant pas le contour des Iris (plus petite entité géographique pour laquelle la plupart des données statistiques sont accessibles), et seules certaines données sociodémographiques étant disponibles à cet échelon, différentes données présentées dans ce rapport ont été dans un premier temps récupérées à l'adresse afin d'être attribuées et agrégées par QPV.

Cette démarche a notamment été adoptée pour les données de mortalité infracommunale en partenariat avec les services d'État civil des communes de Strasbourg et Mulhouse, pour les données de santé scolaire en partenariat avec le Rectorat de l'Académie de Strasbourg et pour les données de consommation de soins et de surveillance médicale du diabète traité en partenariat avec la CPAM du Bas-Rhin.

Ces différents échanges de données ont été mis en place dans le cadre de partenariats, selon des procédures visant à préserver le secret statistique. Le géoréférencement a pu être réalisé grâce à la licence d'utilisation du Web service de géoréférencement d'adresses (WSA) fournie à l'ORS par le CGET.

Pour l'ensemble de ces données, les modalités de traitement et d'échange des informations ont suivi la même procédure visant à ce qu'aucune donnée individuelle nominative ne soit transmise à l'ORS Alsace :

- Les différents partenaires ont fourni à l'ORS Alsace un fichier contenant uniquement les adresses avec, pour chacune d'entre-elles, un numéro d'anonymisation ;
- L'ORS a complété ce fichier en ajoutant pour chaque adresse, via le logiciel de géoréférencement du Web service du CGET, l'intitulé de son QPV d'appartenance ou de la mention «hors QPV» et a transmis le fichier résultant à chaque partenaire ;
- Les partenaires ont ensuite extrait les données demandées en les agrégeant par QPV et les ont transmises à l'ORS, de sorte que l'on dispose de données au QPV et non de données individuelles. Les données concernant moins de 10 individus n'ont pas été communiquées à l'ORS par ces partenaires afin de respecter le secret statistique. De plus, en raison des petits effectifs en jeu, certaines données, en accord avec chacun des partenaires, n'ont pas été diffusées pour tous les QPV. Dans ce cas les données de l'ensemble des QPV d'une commune ou d'un département, voire de l'ante-région Alsace sont présentées.

3. MORTALITÉ

- **MORTALITÉ INFRA COMMUNALE TOUTES CAUSES DE DÉCÈS CONFONDUES**

Décès domiciliés : Les décès pris en compte sont ceux des personnes domiciliées à Strasbourg et Mulhouse, quel que soit le lieu de décès, sur la période 2005-2012. Ces données sont fournies par les services d'état civil de ces deux communes.

Population domiciliée : La population utilisée pour le calcul des Indices comparatifs de mortalité (ICM) est celle fournie par l'Insee à l'échelon des QPV, soit la population de 2011. Les tranches d'âge disponibles et utilisées pour les calculs des ICM sont les suivantes : 0-14 ans, 15-24 ans, 25-59 ans, 60-74 ans, 75 ans ou plus.

Standardisation indirecte/Indices comparatifs de mortalité (ICM) : Afin de comparer certains indicateurs entre territoires, il convient de supprimer les effets liés à la structure par âge des populations. Pour la mortalité infracommunale, c'est l'indice comparatif de mortalité (ICM) qui a été retenu. Il est obtenu en divisant le nombre de décès observés au sein du territoire étudié par le nombre de décès théoriquement attendu, si pour chaque tranche d'âge, la mortalité du territoire étudié avait été celle observée dans la population de référence (ici l'Alsace).

$$\textbf{Décès attendus} = \sum_{i=1}^{n} (\text{Ti} * \text{Ni})$$

i : indice de la classe d'âge considéré - n : nombre de classes d'âge - Ti : taux de mortalité de classe d'âge i dans la population de référence (ou mortalité-type)
Ni : effectif de la classe d'âge i dans la population analysée

$$\textbf{Indice comparatif de mortalité} = \frac{\text{Nombre de décès observés}}{\text{Nombre de décès attendus}} * 100$$

Si l'indice est supérieur à 100, la mortalité du territoire étudié est supérieure à celle de la zone de référence. Si l'indice est inférieur à 100, elle est inférieure. Des valeurs proches de 100 indiquent une proximité entre la mortalité sur le territoire étudié et celle de la population de référence.

La mortalité de référence prise en compte pour calculer la standardisation indirecte (ou ICM) est celle de l'Alsace sur l'année 2011.

Test de significativité : le test de significativité utilisé est le suivant :

$Si\ M \geq E$ alors $9M \times \left(1 - \frac{1}{9M} - \left(\frac{E}{M}\right)^{1/3}\right)^2$

sinon $9(M+1) \times \left(1 - \frac{1}{9(M+1)} - \left(\frac{E}{(M+1)}\right)^{1/3}\right)^2$

M représente les décès observés.
E représente les décès attendus (correspondant à la formule du nombre de décès attendus par âge). Si E est inférieur à 5 et que la statistique de test est supérieure à 3,84, le test n'est pas valide.
Si valeur de test > 3,84, l'(les) ICM de(des) zone(s) à comparer diffère(nt) de celui(ceux) de la zone géographique prise en référence.

- **MORTALITÉ COMMUNALE TOUTES CAUSES DE DÉCÈS CONFONDUES ET PAR CAUSES**

Décès domiciliés : Les décès pris en compte sont ceux des personnes domiciliées dans la commune, quel que soit le lieu de décès, sur la période 2006-2012. Ces données sont fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm.

Standardisation directe/Taux comparatifs de mortalité (TCM) : Pour la mortalité communale, le taux comparatif de mortalité a été retenu pour effectuer la standardisation. Il est défini comme le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ici la France hexagonale). On le calcule en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence.

$$\textbf{Taux comparatif de mortalité} = \sum_{i=1}^{n} (\text{Pi} * \text{Tji})$$

i : indice de la classe d'âge considéré j : indice de la sous-population n : nombre de classes d'âge Pi : part de la classe d'âge i dans la population de référence (ou population-type)
Tji : taux de mortalité observé dans la population analysée j pour la classe d'âge i

Population de référence : La population de référence prise en compte pour calculer la standardisation directe (ou TCM) est celle de la France hexagonale de l'année 2006. Les tranches d'âge retenues sont les suivantes : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans… 79-80 ans, 85 ans ou plus.

Test de significativité : le test de significativité utilisé est le suivant :

$$\frac{|TCM_A - TCM_B|}{\sqrt{\left(1 - \frac{Pop\ A}{Pop\ B}\right) \times \sum_{i=1}^{n} \left\{{P_i}^2 \times \left(\frac{T_iA}{Pop_iA}\right) - \left(\frac{T_iB}{Pop_iB}\right)\right\}}}$$

i : indice de la classe d'âge considérée.
n : nombre de classe d'âge considérée.
Pi : part des individus de la classe d'âge i dans la population de référence (population de la classe d'âge i / population totale)
TCMA : taux standardisé sur l'âge de la zone géographique A (la commune).
Pop A : population totale de la zone géographique A (la commune).
TiA : taux brut observé pour les individus de la classe d'âge i, pour la zone géographique A et une période donnée.
PopiA : part des individus de la classe d'âge i dans la population de la zone géographique A et pour une période donnée.
TCMB : taux standardisé sur l'âge de la zone géographique B (l'Alsace ou la France).
Pop B : population totale de la zone géographique B (l'Alsace ou la France).
TiB : taux brut observé pour les individus de la classe d'âge i, pour la zone géographique B (l'Alsace ou la France) et une période donnée.
PopiB : part des individus de la classe d'âge i dans la population de la zone géographique B (l'Alsace ou la France) et pour une période donnée.
Si valeur de test > 1,96, le(les) TCM de(des) zone géo A diffère(nt) de celui de(des) zone géo B.

Les causes de décès étudiées :

- Tumeurs (Chapitre 2 de la CIM 10), qui correspondent à l'ensemble des tumeurs malignes, in situ, bénignes et tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue.
- Maladies de l'appareil circulatoire (Chapitre 9 de la CIM 10), qui correspond aux cardiopathies ischémiques, aux autres cardiopathies (hors insuffisance cardiaque), aux maladies vasculaires cérébrales, aux maladies hypertensives, à l'insuffisance cardiaque et aux autres maladies de l'appareil circulatoire.
- Maladies de l'appareil respiratoire (Chapitre 10 de la CIM 10), qui correspond à la grippe, la pneumonie et la bronchopneumonie, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'asthme et les autres maladies de l'appareil respiratoire.
- Causes externes de mortalité (Chapitre 20 de la CIM 10), qui correspond aux accidents de la circulation, aux chutes accidentelles, aux noyades et submersions accidentelles, aux intoxications accidentelles, aux suicides, aux homicides, aux évènements dont l'intention n'est pas déterminée et aux autres causes externes de morbidité et de mortalité.
- Diabète (tout type - E10-E14 de la CIM 10) codé en cause initiale, cause associée ou comorbidité.

4. ALD

Affections de longue durée (ALD) : Les ALD prises en compte sont celles de l'année 2013, quel que soit l'âge.

Regroupement des ALD : Les ALD présentées dans ce document sont les suivantes :

- Tumeurs (ALD 30), qui correspondent à l'ensemble des tumeurs malignes, affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique.
- Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques qui se rapportent à trois pathologies : le diabète de types 1 et 2 (ALD 8) et les maladies métaboliques héréditaires (ALD 17) nécessitant un traitement prolongé et spécialisé ; la mucoviscidose (ALD 18).
- Maladies de l'appareil circulatoire (hors hypertension artérielle). Il s'agit d'un regroupement de quatre ALD : les accidents vasculaires cérébraux invalidant (ALD 1) ; les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD 3) ; l'insuffisance cardiaque grave, les troubles du rythme graves, les cardiopathies valvulaires graves, les cardiopathies congénitales (ALD 5) ; les maladies coronaires (ALD 13).

Standardisation directe/Taux comparatifs d'ALD : Pour standardiser les ALD afin de supprimer les effets de la structure par âge de la population, c'est le taux comparatif qui a été retenu. La méthode de calcul est semblable à celle des taux comparatifs de mortalité communale.

Population de référence : La population de référence prise en compte pour calculer la standardisation directe (ou Taux comparatifs d'ALD) est celle de la France hexagonale de l'année 2006. Les tranches d'âge disponibles correspondent à la répartition par âges quinquennaux, jusqu'aux plus de 85 ans.

5. DIABÈTE TRAITÉ ET CONSOMMATION DE SOINS DE MÉDECINE DE VILLE

Les indicateurs suivants portent sur la consommation de soins durant l'année 2014 des assurés présents dans un QPV au 10/10/2015 ou, concernant l'ante-région Alsace, les départements et les communes, sur la consomation de soins durant l'année 2014 des populations consommantes.

Indicateurs de recours aux antidiabétiques

Les indicateurs de diabète traité correspondent aux indices comparatifs d'assurés ayant eu au moins trois remboursements d'antidiabétiques dans l'année, selon la classification ATC : A10A (antidiabétiques oraux ; voies digestives et métabolisme) et A10B (insuline et analogues ; sang et organes hématopoïétiques).

Indicateurs de surveillance médicale du diabète traité

Parmi les assurés ayant eu au moins trois remboursements d'antidiabétiques dans l'année, ont été calculés les parts :

- de personnes ayant eu dans l'année au moins un remboursement de créatinine, Codes BIO «0592» créatinine + «0593» urée et créatinine,
- de personnes ayant eu dans l'année au moins un remboursement d'ECG ou consultation cardiologique, ECG = acte « DEQP003» (CCAM) et consultation cardio = code «CSC» (NGAP),
- de personnes ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour fond d'œil ou consultation ophtalmologique, acte «BGQP002» + «BGQP003» (CCAM),
- de personnes ayant eu dans l'année au moins deux remboursements d'hémoglobine glyquée, Code BIO «1577» HBA1c,
- de personnes ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage de lipides, Codes BIO «0590» Triglycérides + «0580» Cholestérol total + «0996» Exploration d'une anomalie lipidique,
- de personnes ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour microalbuminurie, Codes BIO «1133» microalbuminurie + «2004» protéinurie.
- Indicateurs de consommation de médecine libérale

Les indicateurs de consommation de soins de médecine libérale correspondent aux indices comparatifs de consommation pour huit spécialités :

- Médecine générale. Unité de mesure : Consultation+Visite,
- Autres médecines spécialisées (toutes spécialités confondues hors médecine générale). Unité de mesure : base remboursements,
- Cardiologie. Unité de mesure : base remboursements,
- Gynécologie. Unité de mesure : base remboursements,
- Ophtalmologie. Unité de mesure : base remboursements,
- Pédiatrie. Unité de mesure : base remboursements,
- Psychiatrie. Unité de mesure : base remboursements,
- Radiologie. Unité de mesure : base remboursements.

Standardisation indirecte/Indices comparatifs de consommation de soins

Les données de consommation de soins de médecine de ville en 2014 ont été standardisées selon la méthode indirecte, la méthode de calcul demeure la même que celle utilisée pour la mortalité infracommunale. La standardisation a été effectuée sur les tranches d'âges quinquennales jusqu'aux plus de 75 ans et la population de référence retenue est celle de la France entière 2006.

6. DENSITÉS LISSÉES

Lissage en cartographie : Le lissage géographique consiste à représenter non pas la densité brute d'un territoire, mais une moyenne pondérée des valeurs observées dans un rayon de x km ou minutes. En effet, les densités brutes habituellement utilisées sont calculées en divisant l'offre d'un territoire (nombre de médecins d'une commune par exemple) par la population de ce territoire. Cet indicateur présente une importante limite, dans la mesure où il suppose implicitement que les personnes ne se déplacent pas hors de leur commune pour consulter un médecin, se rendre à une pharmacie... Les densités communales lissées (cf. cartes en annexe et tableau page 15) contournent cette difficulté en prenant en compte, pour le calcul de la densité d'une commune, l'offre disponible dans la commune elle-même mais également dans les communes alentour, rapportée à la population vivant dans ce territoire. Ont ainsi été prises en compte l'offre de soins et la population des communes situées à 15 minutes ou moins de la commune (déplacements routiers en heures creuses) pour les médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et officines de pharmacie et à 30 minutes ou moins pour les pédiatres, psychiatres, gynécologues, ophtalmologues et cardiologues.

De plus, ont été appliquées aux offres et populations des pondérations décroissantes en fonction du temps de déplacement par rapport à la commune centrale (voir formule ci-dessous), jusqu'à s'annuler à la distance appelée distance d'intérêt du lissage (ici les 15 ou 30 minutes de déplacement routiers en heures creuses).

$$p = \left[1 - \left(\frac{d}{D}\right)^2\right]^2 \quad \text{avec d} < D$$

p = pondération D = Distance d'intérêt du lissage d = distance par rapport à la commune centrale

7. LOCALISATION DE L'OFFRE DE SOINS LIBÉRAUX AU SEIN DES QUARTIERS

Présence de professionnels libéraux au sein du quartier et centroïdes des QPV

L'ARS Alsace a réalisé les cartes représentant l'implantation de l'offre sanitaire, médico-sociale et de médecine de ville dans les QPV (carte 2) à partir du logiciel Arcview®, à partir du fond de carte IGN Geofla 2014 et de la limite des QPV fournit par le CGET. Ce logiciel a également permis d'extraire le nombre d'activités au sein du quartier (le dénombrement des activités libérales a été comptabilisé de la sorte : lorsque plusieurs professionnels exercent une activité à une même adresse, l'effectif total de ces professionnels est comptabilisé, lorsqu'un professionnel a plusieurs activités au sein d'un même quartier, le dénombrement de ses activités est comptabilisé), ainsi que d'attribuer les coordonnées géographiques (X,Y) du centroïde des QPV (en gérant le centroïde d'un polygone).

8. CALCUL DES DISTANCES ET TEMPS D'ACCÈS

Temps d'accès et distances d'accès aux offres de soins libéraux

Les temps d'accès aux professionnels de santé libéraux ont été calculés via le logiciel de calcul d'itinéraire du site https://www.google.fr/maps. Le temps d'accès en minutes ainsi que la distance en km ont été calculés pour le trajet à pied et en voiture, entre l'adresse correspondant aux coordonnées géographiques du centroïde du QPV et l'adresse des professionnels les plus proches.

Distances intercommunales utilisées pour le calcul des densités lissées et pour la détermination des communes dans les rayons de 15 et 30 minutes

Pour le calcul des densités lissées, les communes présentes dans un rayon de 15 ou 30 minutes (temps de déplacements routier), ainsi que les temps d'accès entre communes ont été calculées via le logiciel Odomatrix®. Ce logiciel prend en compte pour définir les vitesses des véhicules, les caractéristiques physiques des routes (nombre et formes des tronçons, nœuds…), leurs caractéristiques fonctionnelles (nombre de voies, vocation de liaison), mais aussi la nature géographique de l'environnement traversé (type de zone urbaine, zone périurbaine ou zone rurale) et les formes du relief (sinuosité planimétrique et altimétrique). Les plus courts chemins sont calculés en utilisant l'algorithme de Dijkstra avec tas de Fibonacci. Les calculs ont été effectués aux heures de pointe. Cet outil présente cependant deux limites : les transports en commun ne sont pas intégrés dans le calcul des temps d'accès, et le temps d'accès entre deux communes est calculé entre les deux centroïdes qui sont les centres géographiques de chacune des communes. La localisation précise des établissements professionnels, dispositifs… à l'intérieur de la commune n'est pas non plus prise en compte. Au sein d'une commune, le temps de déplacement sera considéré comme nul.

9. CONTRIBUTION DES PARTENAIRES

La réalisation de ce travail n'aurait pas été possible sans la collaboration et l'investissement de nombreux partenaires :

- L'Association de surveillance de la pollution atmosphérique d'Alsace (Aspa) qui a fourni des données d'expositions de la population à l'échelon de chacun des quartiers et produit les cartographies correspondantes,
- Le service statistiques de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Bas-Rhin avec laquelle un très important travail d'extraction, de traitement et d'analyse de données de consommation de soins a été réalisé,
- Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) qui nous a apporté son expertise sur l'analyse et l'exploitation des données sociales et démographiques à l'échelon des QPV et nous a gracieusement autorisé à utiliser leur Web service de géoréférencement d'adresses (WSA),
- Le pôle Observation et analyse des données de santé (OADS) de l'Agence régionale de santé (ARS) Alsace, qui a produit les cartes d'offre de soins libéraux, la carte figurant en couverture de ce document et mis à disposition l'ensemble des données d'offres sanitaires et médico-sociales,
- Le service Géomatique et connaissance du territoire (GCT) de la Direction de l'urbanisme, de l'aménagement et de l'habitat (DUAH) de l'Eurométropole de Strasbourg, qui a réalisé la typologie démographique et socio-économique,
- Les services d'État civil des villes de Mulhouse et de Strasbourg, qui ont mis à notre disposition des données permettant d'analyser les mortalités des QPV de ces deux communes,
- Les personnels infirmiers de l'Académie de Strasbourg, avec lesquels nous collaborons depuis plusieurs années à l'informatisation des bilans de santé des élèves des établissements publics de la région.

Les cartes d'identité territoriales de santé sont réalisées grâce...

... au financement de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Alsace et du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET)

■ Réalisation

Ce fascicule a été réalisé à l'ORS Alsace par Florence Schwarz, Sabrina Boime, Hervé Polesi, Fanny Bornert, sous la direction de Frédéric Imbert.

La mise en page par Sylvie Droesch-Clauss.

■ Collaboration

Ce travail a été réalisé avec la collaboration de Joseph Kleinpeter, Charles Schillinger et Cyril Pallares (Aspa), Catherine Geiger, Charlène Dossing et Élodie Staub (CPAM Bas-Rhin), Noémie Oswalt et Pierre-Alban Bonin (CGET), Peggy Gibson, Charlotte Rossé et Jérome Lamouche (ARS Alsace), Benjamin Soulet, Thibault Mutel, Raymonde Abadie, Carine Moog, et Isabelle Deslis (Eurométropole de Strasbourg), Pascal Gallardo (Ville de Mulhouse), et l'auto-entreprise Philippe Enderlin.

Décembre 2016

Observatoire Régional de la Santé d'Alsace
Hôpital civil - Clinique ophtalmologique - 1er étage
1, Place de l'Hôpital - BP 426
67 091 Strasbourg - Cedex
Tél. + 33 (0)3 88 11 69 80
orsal@orsal.org
www.orsal.org

SYNTHÈSE

Mulhouse, 34ème ville la plus peuplée de France hexagonale (110 755 habitants en 2012), compte 5 des 31 QPV alsaciens, qui représentent 42 % de sa population. À titre de comparaison, « seuls » 23 % de la population strasbourgeoise vit dans un quartier prioritaire. Le QPV Mulhouse Péricentre est, avec 30 450 habitants, de loin le QPV le plus peuplé d'Alsace et le 11ème plus peuplé des 1 294 QPV de l'hexagone. Il représente à lui seul 28 % de la population mulhousienne et partage nombre de caractéristiques communes à la plupart des QPV de la la région, avec tout de même quelques spécificités :

- une population plus jeune que celle de l'ensemble de la région, même si le quartier est plutôt âgé en comparaison aux autres QPV alsaciens ;
- une précarité économique et sociale importante, plus marquée encore que celle de la ville de Mulhouse qui se distingue déjà négativement sur ce point. Pour autant, Péricentre ne fait pas partie des quartiers prioritaires les plus défavorisés d'Alsace et affiche une situation socio-économique dans la moyenne des QPV. On peut tout de même noter la présence d'une importante population étrangère, dont la situation sociale et le niveau d'étude sont particulièrement défavorables ;
- un état de santé dégradé de sa population, au regard des quelques indicateurs qui ont pu être exploités à cet échelon infra-communal. Ainsi, la mortalité des moins de 75 ans ou encore la part d'assurés traités pour diabète dépasse largement les moyennes alsaciennes (respectivement +48 % et +41 %). Cet état de santé défavorable ne concerne pas uniquement les adultes et s'observe déjà chez les élèves de 6ème, qui sont pour 30 % d'entre eux en situation de surpoids ou d'obésité, contre 21 % dans l'ensemble de l'Alsace ;
- une exposition modérée à la pollution atmosphérique avec très peu d'habitants exposés à des dépassements de seuils ou de valeur limite pour les NO2 et les PM10, et même pour l'ozone (O3) (contrairement à la plupart des autres QPV). Notons néanmoins que dans ces travaux, nous nous sommes avec l'Aspa référés à la législation européenne et nationale. La situation apparaîtrait bien moins favorable si nous nous référions aux recommandations de l'OMS, notamment en ce qui concerne les particules.

En termes d'offre de soins libéraux, Mulhouse Péricentre est plutôt bien couvert globalement et la ville de Mulhouse bénéficie d'une offre de soins libéraux supérieure à la moyenne alsacienne, même si elle est confrontée, comme le reste de la région, au vieillissement de ses praticiens et en particulier de ses médecins spécialistes. Soulignons néanmoins que l'accès à certaines spécialités (dont l'ophtalmologie en particulier) peut y poser problème.

Sur le plan de la consommation de soins libéraux, Mulhouse Péricentre est plutôt atypique en comparaison aux autres QPV. Globalement, la consommation de soins des QPV alsaciens tend à dépasser celle de leur commune d'appartenance et de l'ensemble de la région, ce qui peut, en partie au moins, s'expliquer par l'état de santé des habitants de ces quartiers. Mulhouse Péricentre suit cette tendance, mais de manière nettement moins marquée que la plupart des autres QPV. La consommation de médecine générale ne dépasse en effet que très légèrement la moyenne alsacienne (+4 % contre +27 % tous QPV confondus). Le même constat peut être fait concernant les autres spécialités (+3 % contre +22 %). Certaines spécialités se démarquent tout de même, telles que la cardiologie (recours très élevé des habitants du quartier) et à l'opposé, la pédiatrie et la psychiatrie (recours sont faibles).

Cette étude, qui fait suite à de premiers travaux sur la santé dans les quartiers de Mulhouse et de Strasbourg, permet pour la première fois d'explorer de façon large les enjeux de santé dans l'ensemble des quartiers les plus fragiles de la région. Elle démontre à quel point les inégalités sociales de santé sont marquées au sein des QPV d'Alsace. Elle confirme également que ces inégalités s'expriment dès le plus jeune âge et, par conséquent, que le risque de reproduction de génération en génération de ces inégalités sans action collective et concertée sur les différents déterminants de santé est réel. Pour autant, tout et de loin n'est pas négatif dans le constat qui peut être dressé. Par exemple, l'offre de soins de premier recours, si elle n'est pas systématiquement représentée au sein des QPV, dont certains sont très petits, reste en général accessible à proximité. Le constat est moins positif pour les spécialistes et la question du renouvellement des médecins, profession vieillissante, risque de se poser dans certains quartiers. Les indicateurs de suivi des patients diabétiques montrent de plus que la prise en charge médicale de cette pathologie, même si elle peut encore s'améliorer sur certains points, est dans les QPV globalement comparable à celle dont bénéficie l'ensemble des Alsaciens (sauf en ce qui concerne le suivi ophtalmologique), ce qui n'était a priori en rien évident.

L'approche statistique proposée dans ces Cartes d'identité des QPV alsaciens, constitue, nous l'espérons, un socle solide de travail pour les acteurs locaux et régionaux de la santé et de la politique de la ville. Elle ne peut cependant suffire à elle seule à déterminer des priorités locales de santé pour chacun des quartiers prioritaires de la région. En effet, l'analyse des indicateurs qui ont pu être mobilisés à l'échelon des quartiers se heurte parfois à des limites statistiques (faibles effectifs) et ne permet pas d'éclairer de façon complète la santé de la population et ses déterminants. Il ne nous a ainsi pas été possible d'éclairer des sujets tels que la santé des personnes âgées, la santé mentale, la qualité de vie, les addictions... Le diagnostic proposé méritera donc, sans aucun doute, d'être complété et enrichi de la connaissance des habitants, professionnels et élus, tant en ce qui concerne les réalités de terrain que les ressources locales sur lesquelles il sera possible de s'appuyer pour développer et mettre en œuvre des actions de santé adaptées au mieux aux besoins de chaque quartier.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail n'aurait pas été possible sans la collaboration et l'investissement de nombreux partenaires. Nous tenons tout particulièrement à remercier l'Aspa, la CPAM du Bas-Rhin, le CGET, le pôle OADS de l'ARS Alsace, le service DUAH/GCT de l'Eurométropole de Strasbourg, les services d'État civil des villes de Mulhouse et de Strasbourg, les personnels infirmiers de l'Académie de Strasbourg. Pour plus de détails sur ces contributions, voir page précédente.