

Schéma de Cohérence Territoriale Bresse-Val de Saône

1.3.1 RAPPORT DE PRESENTATION

ANNEXE

Urbanisme favorable à la santé

Diagnostic sanitaire

Version Approbation



even
Conseil

**SCoT approuvé par délibération en Comité
Syndical du 18 juillet 2022 :**

Scot Bresse - Val de Saône



Rapport de présentation

Diagnostic sanitaire

Mai 2020



PLAN RÉGIONAL SANTÉ-ENVIRONNEMENT AUVERGNE-RHÔNE-ALPES 2017-2021

POUR UN ENVIRONNEMENT
FAVORABLE À LA SANTÉ

« Comprendre, réagir, prévenir »

Sommaire

1. Contexte	3
2. Définitions : Vers un urbanisme favorable à la santé	4
2.1 La santé au sens de l'OMS	4
2.2 Les déterminants de santé	5
3. Profil sanitaire du territoire	9
3.1 Contexte socio-économique	9
3.2 Offre de soins	12
3.3 Etat de santé des populations	13
3.3.1 Admissions en Affection Longue Durée (ALD)	13
3.3.2 Consommations de médicaments	16
3.3.3 Séjours et hospitalisations MCO	18
3.3.4 Santé mentale : soins spécialisés en psychiatrie	20
3.3.5 Mortalité	22
3.4 Zoom sur les jeunes	23
3.5 Zoom sur les personnes âgées	26
4 Atouts et contraintes du territoire au regard des déterminants de santé	29
Synthèse	35

1. Contexte

La démarche en « *Urbanisme Favorable à la Santé* » (UFS) conduite par le Syndicat Mixte du Scot Bresse – Val de Saône s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de l'action 17 du troisième Plan Régional Santé Environnement 2017-2021 (PRSE3) « **Intégrer les enjeux de santé environnementale dans l'aide à la décision sur les documents de planification et les projets d'aménagement** ».

Porté par la Préfecture de Région et l'Etat (Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement-DREAL) et l'Agence régionale de santé (ARS), le PRSE 3 vise à renforcer la prise en compte des enjeux de santé environnementale par l'ensemble des acteurs du territoire. Il fait du développement des actions de proximité un axe stratégique. Pour l'Etat et l'ARS, les collectivités disposent de nombreux leviers d'actions, et le PRSE 3 doit les aider à les mettre en œuvre.

Le pilote stratégique de l'action 17 est assuré par la DREAL en partenariat avec l'ARS.

Les partenaires opérationnels sont le réseau des 4 agences d'urbanisme d'Auvergne Rhône-Alpes (Urba4) avec l'appui technique de l'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes (ORS).

Les objectifs de l'action 17 du PRSE 3 sont :

- Identifier et hiérarchiser les déterminants de santé à prendre en compte dans le cadre d'actions expérimentales conduites dans les territoires,
- Caractériser la manière dont les enjeux de santé-environnement sont ou seront pris en compte dans les documents de planification et les projets d'aménagement,
- Sensibiliser et accompagner les collectivités dans la réalisation des diagnostics et l'élaboration d'orientations et d'actions permettant de prendre en compte les enjeux de santé.

Pour cela, le réseau des agences d'urbanisme accompagne des **territoires volontaires** dans la mise en œuvre d'expérimentations sur l'élaboration des documents d'urbanisme portés par la maîtrise d'ouvrage locale.

Cette expérimentation porte ainsi sur l'élaboration de Scot Bresse – Val de Saône.

2. Définitions : vers un urbanisme favorable à la santé

Depuis toujours, les territoires se sont saisis de différents outils d'organisation et de gestion (trame urbaine, gestion des eaux, végétalisation, offre de soins...) pour améliorer la santé des habitants.

Dans un contexte d'urbanisation croissante et de changement climatique, les inégalités de santé et l'augmentation des maladies chroniques (affections cardio-vasculaires, tumeurs, diabète et pathologies psychiatriques)¹ constituent les premiers enjeux de santé publique auxquels doivent faire face les pouvoirs publics. La sédentarité et l'obésité sont particulièrement mises en avant parmi les multiples facteurs comportementaux et constitutionnels pouvant expliquer ces pathologies chroniques. Répondre à ces enjeux de santé publique, tout en tenant compte des changements globaux, nécessite la compréhension de ce qu'est la santé, de ce qui fait ou ne fait pas santé.

2.1 La santé au sens de l'OMS

La santé d'un individu ne se résume pas à « *l'absence de maladie ou d'infirmité* » comme le précise l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dès 1946, mais un « **état de complet bien-être physique, social et mental** ». Cette approche globale et positive de la santé est une notion complexe à apprécier en raison de son caractère multidimensionnel à la fois physique et psychique, le tout étant étroitement lié. Les indicateurs les plus communément utilisés (espérance de vie, taux de mortalité prématurée, causes de décès...) pour rendre compte de l'état de santé d'une population ne reflètent qu'un aspect de ces dimensions.



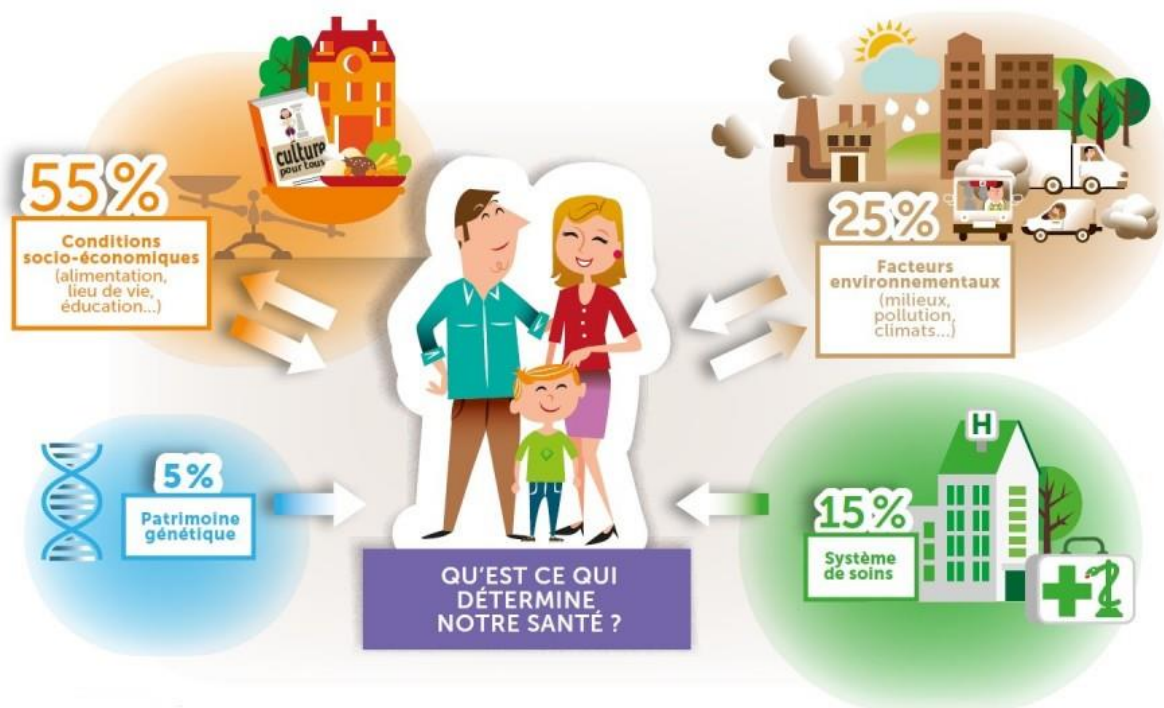
¹ État de santé de la population en France, rapport 2017, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques & Santé Publique France, 436 p., 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

2.2 Les déterminants de santé

Plusieurs facteurs peuvent influencer positivement et/ou négativement la santé. En effet, notre santé dépend à la fois de nos styles de vie et capacités (niveau d'activité physique, type d'alimentation, rythmes de vie...), au cumul d'expositions à un large panel de facteurs de risque (pollution de l'air, nuisances sonores, isolement social...), mais aussi de facteurs de protection (accès aux soins, accès à l'emploi, à l'éducation, interaction sociale, exposition à des espaces verts...). Ces facteurs sont appelés déterminants de la santé, regroupés en quatre grandes familles (Tableau suivant) :

Cadre de référence pour une conception globale de la santé selon 4 catégories de déterminants		
Famille de déterminants	Exemples de déterminants	Principales caractéristiques
Biologie humaine	Facteurs individuels, génétiques et biologiques : âge, sexe, caractéristiques héréditaires.	Facteurs généralement non modifiables
Environnements	Facteurs environnementaux liés à l'état des milieux dans lesquels évoluent les populations : qualité de l'air, de l'eau, des sols, ...	Facteurs non modifiables individuellement mais qui constituent des leviers d'action pour promouvoir la santé via des politiques publiques adaptées
	Facteurs environnementaux liés au cadre de vie : habitat, aménagement du territoire, transports, équipements et services publics, ...	
	Facteurs environnementaux liés à notre entourage social : famille, amis, emploi, pauvreté, soutien social, ...	
Habitudes de vie	Facteurs comportementaux relevant de décisions individuelles : comportements à risque, addictions, alimentation, travail, culture, éducation, activités physiques, comportement sécuritaire, ...	Facteurs qui relèvent de décisions individuelles mais fréquemment influencées par l'environnement socio-culturel et le cadre de vie
Organisation des soins de santé	Facteurs liés au système de soins : accessibilité et qualité de l'offre de soins tant préventifs que curatifs. Soins de santé primaire, services spécialisés, ...	Facteurs influencés par la politique de santé et l'environnement socio-culturel.

Chaque famille de déterminants influent plus ou moins fortement sur la santé des habitants (cf. illustration ci-dessous). Les facteurs environnementaux et les conditions socio-économiques pèsent ainsi pour 70 % dans notre état de santé :



L'urbanisme constitue les règles et les outils par lesquels sont dessinés les espaces, les volumes, les infrastructures, les flux de personnes, les lieux de vie, etc. d'un territoire². Ainsi, l'urbanisme, à travers les documents de planification et les outils associés, dispose de nombreux leviers pour promouvoir la santé des habitants et l'améliorer. Actuellement, même si les évolutions réglementaires conduisent à une amélioration de l'évaluation de l'impact d'un projet/plan/programme sur quelques déterminants environnementaux de la santé, les pratiques actuelles en matière d'évaluation environnementale ne s'inscrivent pas dans une étude systématique de l'ensemble des déterminants. Pourtant les documents de planification peuvent traiter de nombreux enjeux spécifiques de l'urbanisme favorable à la santé, susceptibles d'influencer les déterminants de la santé, lesquels génèrent des effets ayant des impacts positifs ou négatifs sur la santé (Figure 1)³. De plus, les différences d'exposition des individus à l'ensemble de ces facteurs, dans le temps et dans l'espace, sont susceptibles de générer des inégalités de santé.

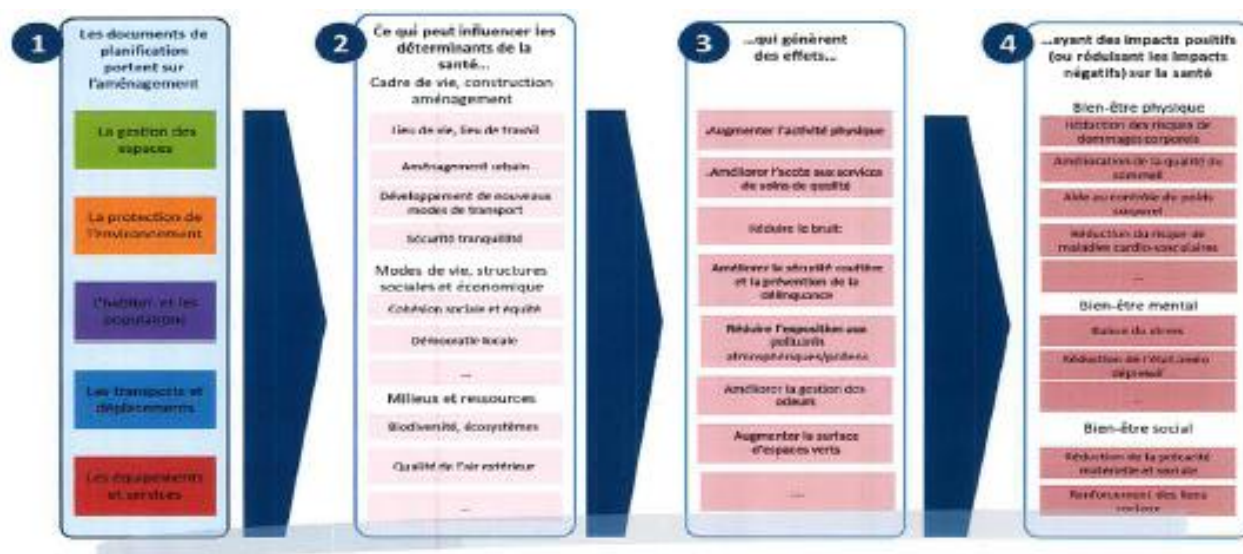
² Roué-Le Gall A., Le Gall J., Potelon J-L. et Cuzin Y. 2014. Guide EHESP/DGS, 2014, « Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts et outils », 160 p.

³ Haut conseil de santé publique. Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale. Avis et rapport Avril 2018

Les **facteurs favorables** existent sous la forme de facteurs producteurs de santé comme la mixité générationnelle, les espaces verts urbains, les outils numériques... et sous la forme de **facteurs protecteurs** de santé comme l'activité physique, le bien-être, la qualité de vie, une alimentation saine...

Il existe d'autres facteurs dits défavorables à la santé, ce sont les **facteurs d'agression** comme la sédentarité, l'isolement social, le stress, les dérives d'usage des outils numériques, les pollutions, les pesticides... Enfin, un dernier groupe est constitué par les **facteurs de réparation** comme le soin, la prévention, la compassion, l'empathie, la dépollution...

Figure 1 : Représentation possible des liens de cause à effet entre déterminants et impacts sur la santé et bien-être



Source : Haut conseil de santé publique

Agir pour notre santé relève donc à la fois de décisions individuelles, mais aussi de politiques publiques adaptées et, notamment, urbaines et environnementales.

La clarification des concepts et des mécanismes de *ce qui fait ou ne fait pas santé* permet de mettre en exergue la multitude de voies qu'offrent les choix d'aménagement et d'urbanisme pour faire face à l'épidémie croissante des maladies chroniques et réduire les inégalités de santé à différentes échelles du territoire. Cependant, au regard des pratiques actuelles en matière d'urbanisme et d'aménagement, et malgré une prise en compte de plus en plus effective du développement durable, la constante augmentation des preuves scientifiques des liens entre urbanisme et santé ne suffit pas à convaincre de placer les enjeux de santé au cœur des décisions. Pour agir pour un urbanisme favorable à la santé et inclure durablement la santé dans les pratiques d'urbanisme et d'aménagement, il nous faut changer d'attitude intellectuelle, développer de nouveaux cadres et argumentaires pour accompagner une évolution des pratiques de tous les acteurs impliqués dans les décisions urbaines.

Si par exemple on s'intéresse à l'influence de l'activité physique sur l'état de santé, plusieurs revues scientifiques s'accordent à dire que la pratique d'activités physiques permet de réduire la survenue de pathologies chroniques graves comme les maladies cardiovasculaires (- 45%), le diabète de type 2 (-17 %), mais aussi la mortalité (-30%), les AVC (-25 %), les cancers (-23%), les symptômes dépressifs (-31%) et les troubles de l'anxiété (-35%).

De la même manière, si on augmente de 10% la quantité d'espaces verts à moins d'un kilomètre, ce seraient 94 millions d'euros de dépenses de santé économisés⁴. Enfin, l'outil HEAT développé par l'OMS⁵ montre que le fait de marcher 30 min par jour réduirait le risque de mortalité de 14%.

Ainsi, plus qu'un état, la santé est une ressource et un processus dynamique et global qui doit permettre à chaque individu « d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter... » (Charte d'Ottawa, 1986)

Les "déterminants de santé" conditionnent la santé et le bien-être des populations. Beaucoup de ces facteurs relèvent directement des aménagements et des conditions de vie en milieu urbain.

LES MOINS "Santé" ↓

- Particules émises par les véhicules, émissions du chauffage et des industries...
- Plantes allergisantes, moustiques, chenilles urticantes...
- Qualité des eaux dégradée...
- Bruits de la circulation, des travaux...
- Habitat indigne, absence de lien social...
- Présence de friches industrielles et de sites et sols pollués...



LES PLUS "Santé" ↑

- Zones piétonnières, pistes cyclables, transports en commun, déviation des voies à fort trafic...
- Réhabilitation urbaine, construction et rénovation de bâtiments économes en énergie, réduction des émissions de gaz à effet de serre, maîtrise de l'énergie...
- Gestion des eaux respectueuse des ressources et garante de la qualité de l'eau distribuée...
- Espaces verts, lieux conviviaux, végétalisation des surfaces...
- Actions de lutte contre le bruit...

Source : ARS centre Val de Loire

⁴ Les espaces verts urbains, Rapport Astéres, 2017

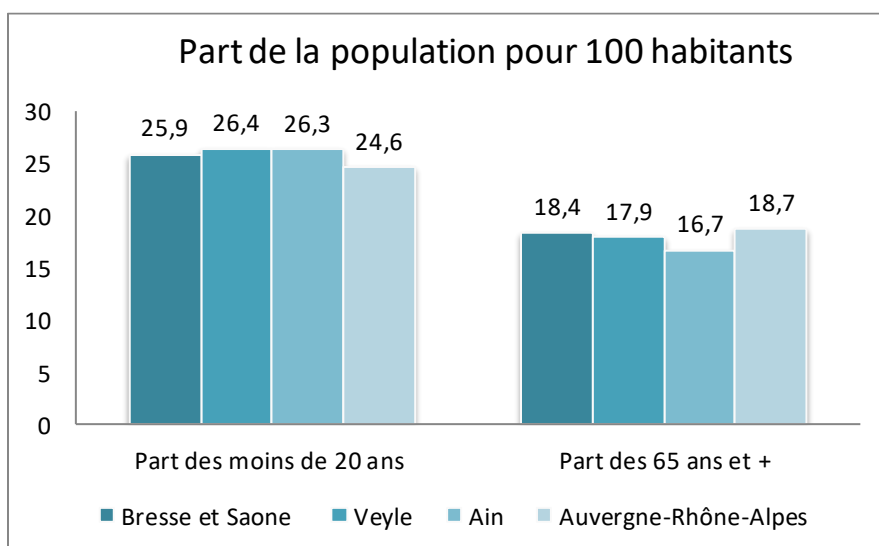
⁵ Outil d'évaluation économique des effets sanitaires (HEAT) liés à la pratique du vélo et de la marche, Méthodologie et guide de l'utilisateur sur l'évaluation de l'activité physique, de la pollution atmosphérique, des traumatismes et de l'impact carbone. OMS, 2017

3. Profil sanitaire du territoire

3.1 Contexte socio-économique

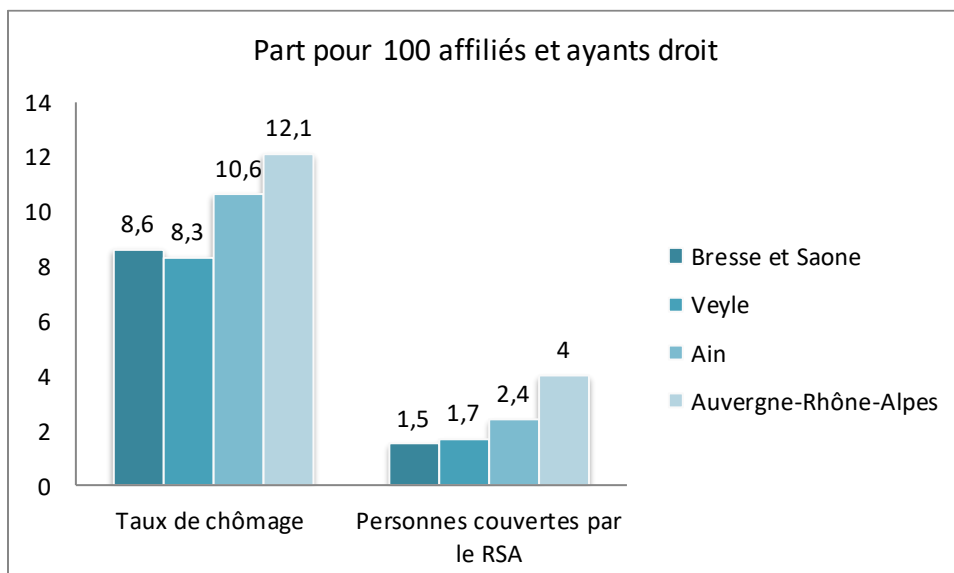
Au regard d'une approche en santé du territoire, plusieurs indicateurs sont à considérer. D'un point de vue démographique, on note :

- ✓ Part des femmes de 50% dont 24,7 % ont moins de 20 ans (**Bresse et Saône**)
- ✓ Part des femmes de 50% dont 25,4 ont moins de 20 ans (**Veyle**)
- ✓ Une part plus élevée de **personnes âgées** de 65 ans et plus que sur le Département de l'Ain mais inférieure à la moyenne régionale (18,4% pour Bresse-et-Saône, 17,9% pour Veyle)
- ✓ Un indice de jeunesse plus élevé à Bresse-et-Saône (1,4) ainsi que Veyle (1,4) qu'en région Auvergne-Rhône-Alpes (1,3)



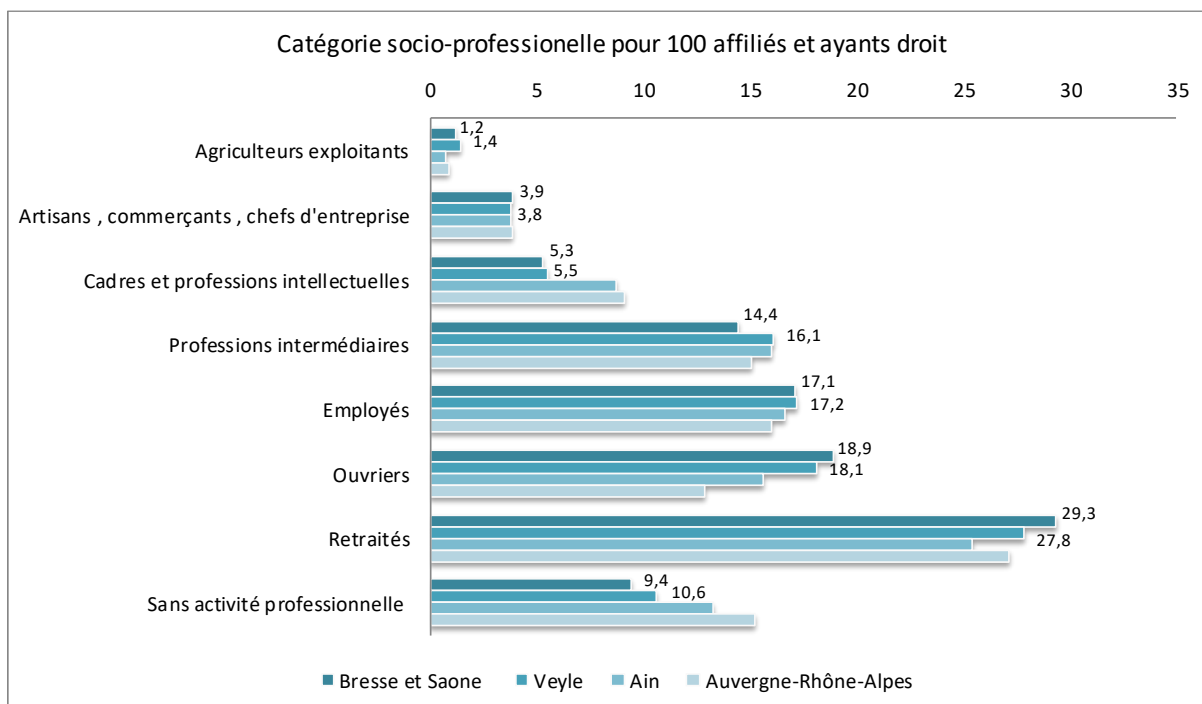
Source(s) : Insee (Recensements – 2015) Exploitation ORS

D'un point de vue économique, on note un taux de chômage et une part des personnes couvertes par le RSA plus faible sur le Scott Bresse Val de Saône que pour le département de l'Ain et la région Auvergne-Rhône-Alpes.



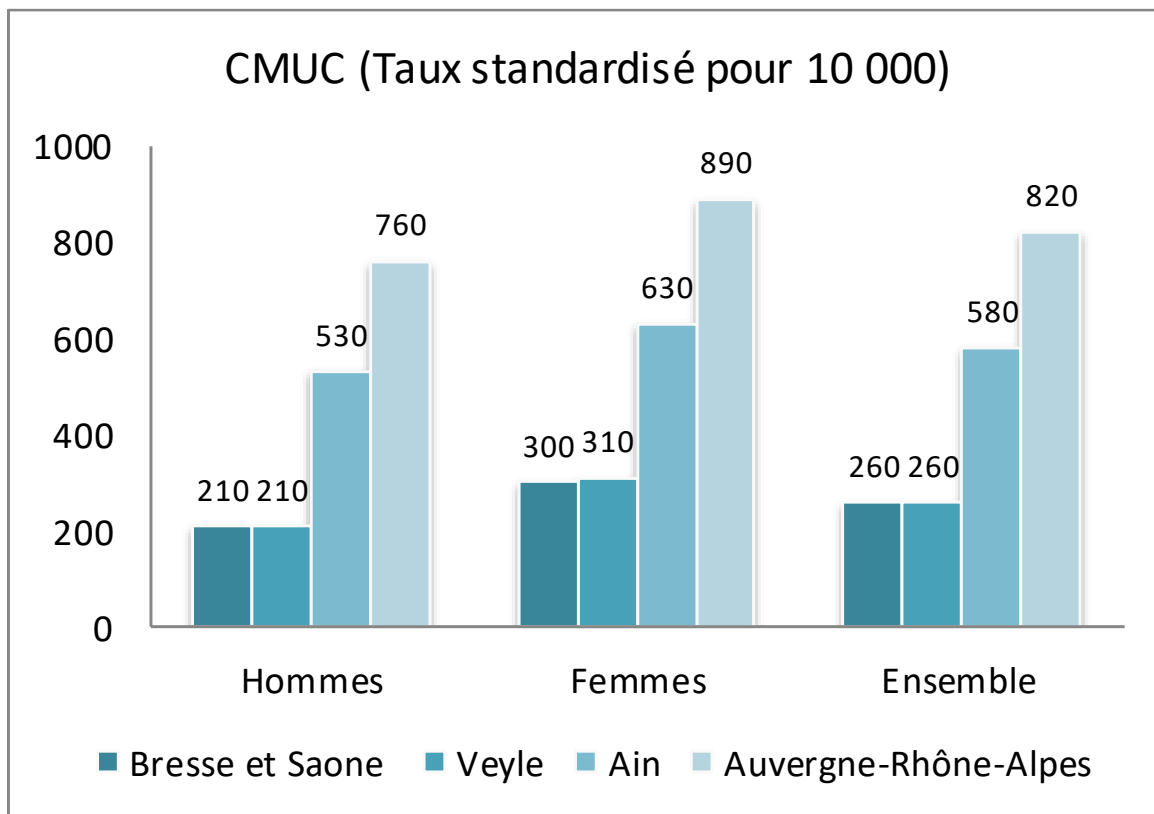
Source(s) : - Insee (Recensement 2015) ; Cnaf, CCMSA (2016) , Insee (Recensement -2015)

Le territoire se caractérise également par une plus forte part des retraités et des ouvriers :



Source : Insee (Recensement 2015)

On observe enfin que le territoire compte significativement moins de bénéficiaires de la CMUC que l'ensemble du département et de la Région :



Source(s) : Cnam (SNIRRAM DCIRS-2017), Insee (Recensement - 2012 et 2015)

3.2 Offre de soins

Comme le souligne le diagnostic territorial, le territoire du SCOT « *reste déficitaire en offre de soins et est classé par l'ARS soit en zone d'intervention prioritaire soit en zone d'action complémentaire dans le nouveau zonage arrêté par le directeur général de l'ARS en 2018* ».

Il met également en avant que le territoire « *a une offre de santé majoritairement de proximité avec quelques services de la gamme intermédiaire et supérieure mais qui ne suffisent pas à répondre à l'ensemble des besoins* ». En effet, à l'exception des orthophonistes, la densité de l'offre de soins est inférieure aux moyennes du département et de la région (pour 100 000 hab.) :

	Bresse et Saône		Veyle		Ain	Auvergne-Rhône-Alpes
	Effectif	Densité*	Effectif	Densité*	Densité*	Densité*
Médecins généralistes	15	59,8	14	64,2	70	93
Psychiatres	0	0	0	0	1,6	9,4
Chirurgiens-dentistes	9	35,9	8	36,7	47,8	54,4
Infirmiers libéraux	35	139,5	34	155,8	128,7	143,6
Kinésithérapeute	13	51,8	9	41,3	70,6	112,8
Orthophonistes	9	51,8	6	27,5	25,6	34,1
Gynécologues	0	0	0	0	13	31,4

Source(s) : Cnam (SNIRRAM DCIRS-2017), Insee (Recensement - 2015)

L'offre est même inexistante pour la gynécologie et la psychiatrie. Ainsi, le recours à ces praticiens est significativement inférieur (taux standardisé ou brut d'habitant ayant eu recours au moins une fois à un praticien dans l'année pour 100 affiliés ou ayants droit) :

	Recours à un médecin généraliste	Recours à un dentiste	Recours à un psychiatre	Recours à un ophtalmologue	Jeunes de -15 ans ayant recours à un orthophoniste *	Femme de 15 à 49 ans ayant recours à un gynécologue	Jeunes de moins de 15 ans ayant recours à un pédiatre *
Bresse et Saône	72,8	32,7	1,1	22,5	10,3	23,1	7,4
Veyle	78,2	34,1	1	23,5	10,8	23,5	10,2
Ain	74,1	35,5	1,2	23,7	8,1	26,5	16,8
Auvergne-Rhône-Alpes	77,6	39,1	2,1	23,8	9,8	27,8	18,8

Source(s) : Cnam (SNIRRAM DCIRS-2017), Insee (Recensement - 2015)

Le recours aux soins libéraux est également moindre mais moins significativement.

3.3 État de santé des populations

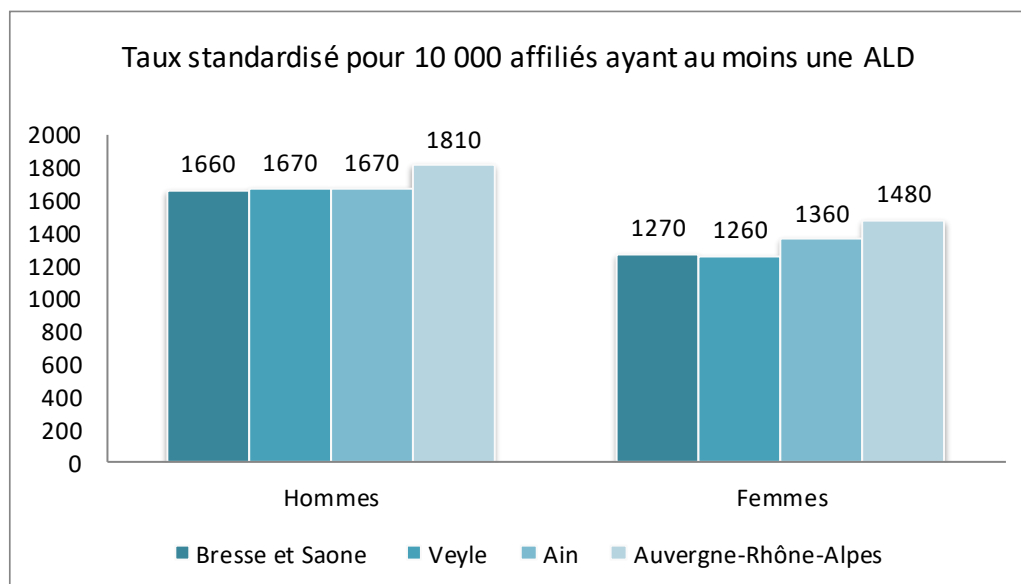
L'état de santé de la population peut être caractérisé par un certain nombre d'indicateurs. On parle ainsi de « profil sanitaire ». L'ensemble des indicateurs présentés sont issus de la base de données BALISES (**BA**se **L**ocale d'**I**nformations **S**tatistiques **E**n **S**anté) développée par l'ORS et permettent de qualifier l'état général de santé de la population du territoire du Scot au regard des moyennes départementales et régionales (<http://www.balises-auvergne-rhone-alpes.org/>).

En revanche, si ce « profil sanitaire » peut mettre en avant des spécificités (écart importants aux moyennes), il n'est pas possible d'en identifier la cause, notamment l'impact des facteurs environnementaux.

3.3.1 Admissions en Affection Longue Durée (ALD)

Le taux de prévalence d'admissions en ALD constitue un premier indicateur de l'état de santé. Il permet d'évaluer les « *maladies qui imposent un suivi ainsi que des soins prolongés (au moins 6 mois) et comprennent des traitements coûteux qui sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale* » (ORS). Il caractérise ainsi le nombre de personnes affectées par une maladie chronique. La quasi-totalité des affections ayant un caractère habituel de gravité (cancers, maladies cardiovasculaires, infection par le VIH, diabète, troubles graves de la santé mentale...) est couverte par le champ des ALD.

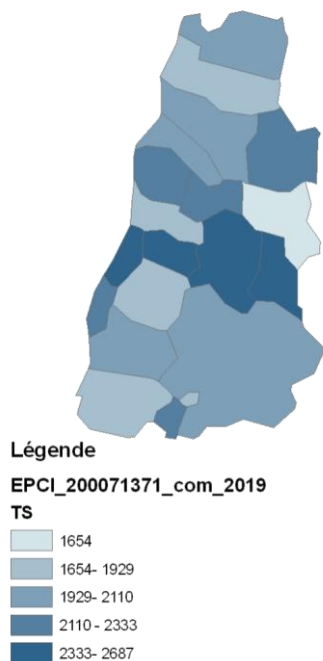
Sur le territoire de BVS, ce taux est significativement plus faible que la moyenne régionale, ce en particulier pour les femmes.



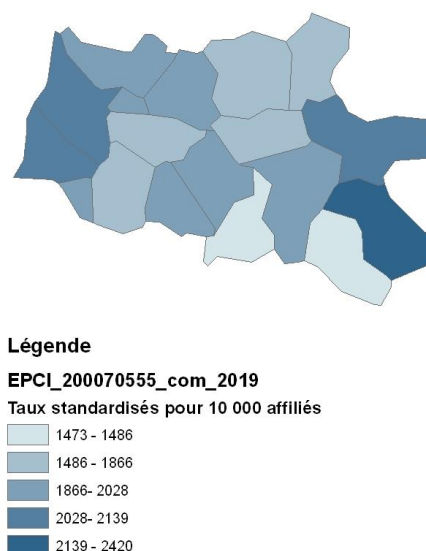
Source(s) : CnamTS, CCMSA, RSI (2016), Insee (Recensement - 2015 et 2012)

A l'échelle des 2 EPCI, on observe en revanche des disparités communales significatives :

CC Bresse et Saône



CC Veyre

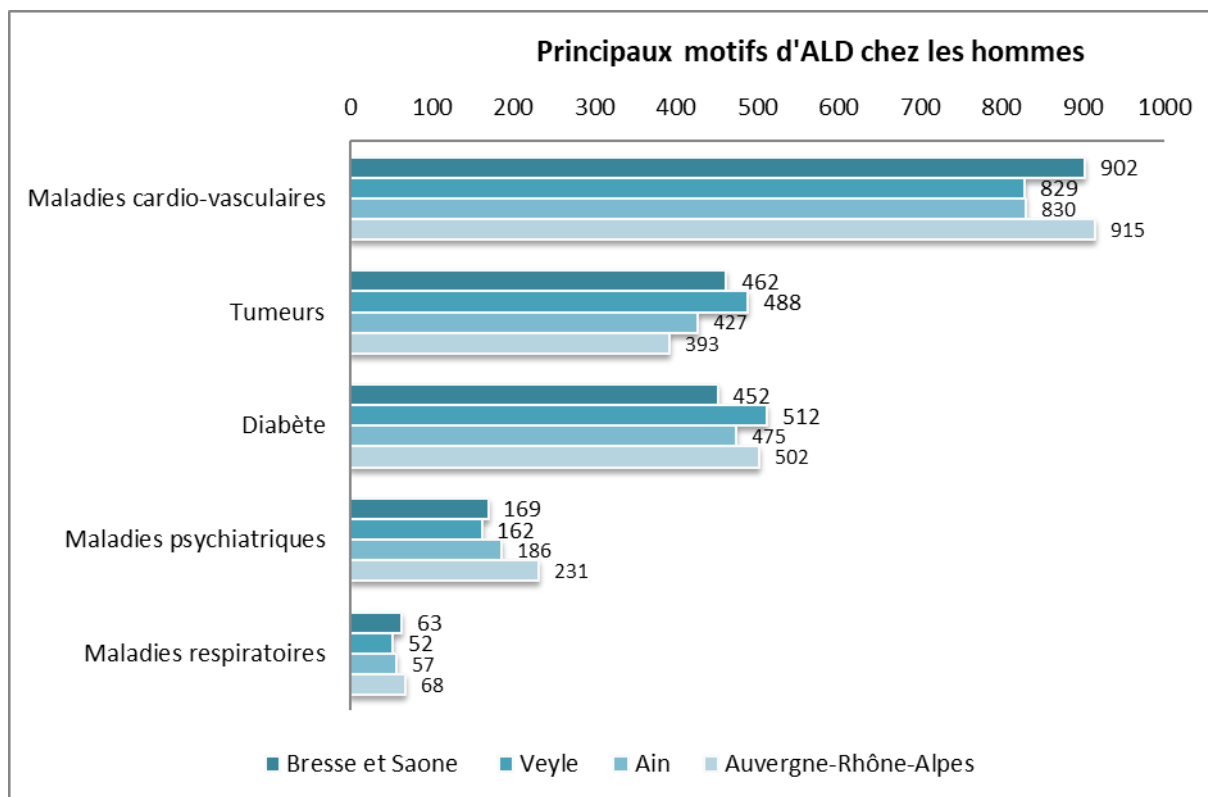


Taux standardisés (pour 10 000 habitants)

Source(s) : CnamTS, CCMSA, RSI (2016), Insee (Recensement - 2015 et 2012)

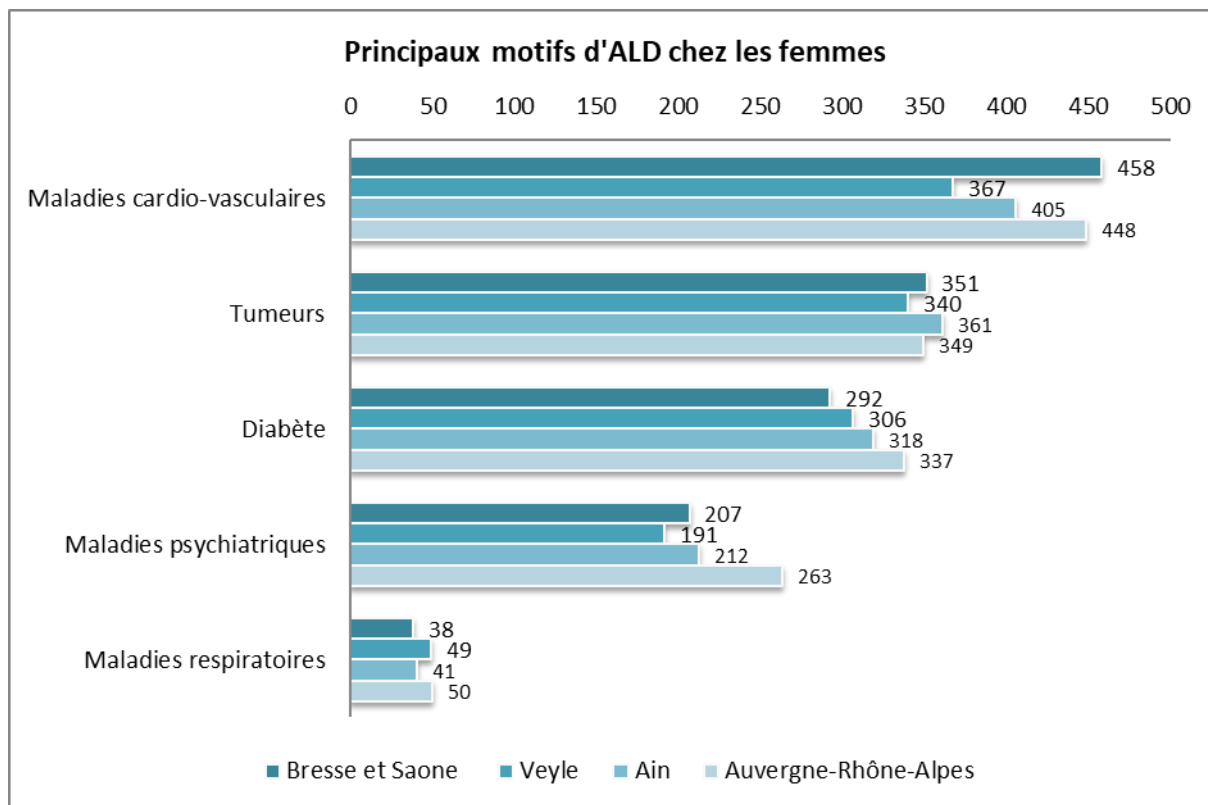
Les principaux motifs d'admissions en ALD sont les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs et le diabète aussi bien pour les hommes que pour les femmes :

En revanche, les taux de prévalence en ALD sont significativement plus élevés chez les hommes, toute maladie confondue. Ceci est particulièrement le cas des maladies cardio-vasculaires où le taux est, chez les hommes, le double de celui des femmes.



Source(s) : CnamTS, CCMSA, RSI (2016), Insee (Recensement - 2015 et 2012) – Taux standardisés pour 10 000

On observe des différences entre les 2 communautés de communes selon les maladies considérées. Les taux sont généralement inférieurs aux moyennes régionales à l'exception des tumeurs en nombre significativement plus élevés pour les 2 intercommunalités.



Source(s) : CnamTS, CCMSA, RSI (2016), Insee (Recensement - 2015 et 2012) – Taux standardisés pour 10 000

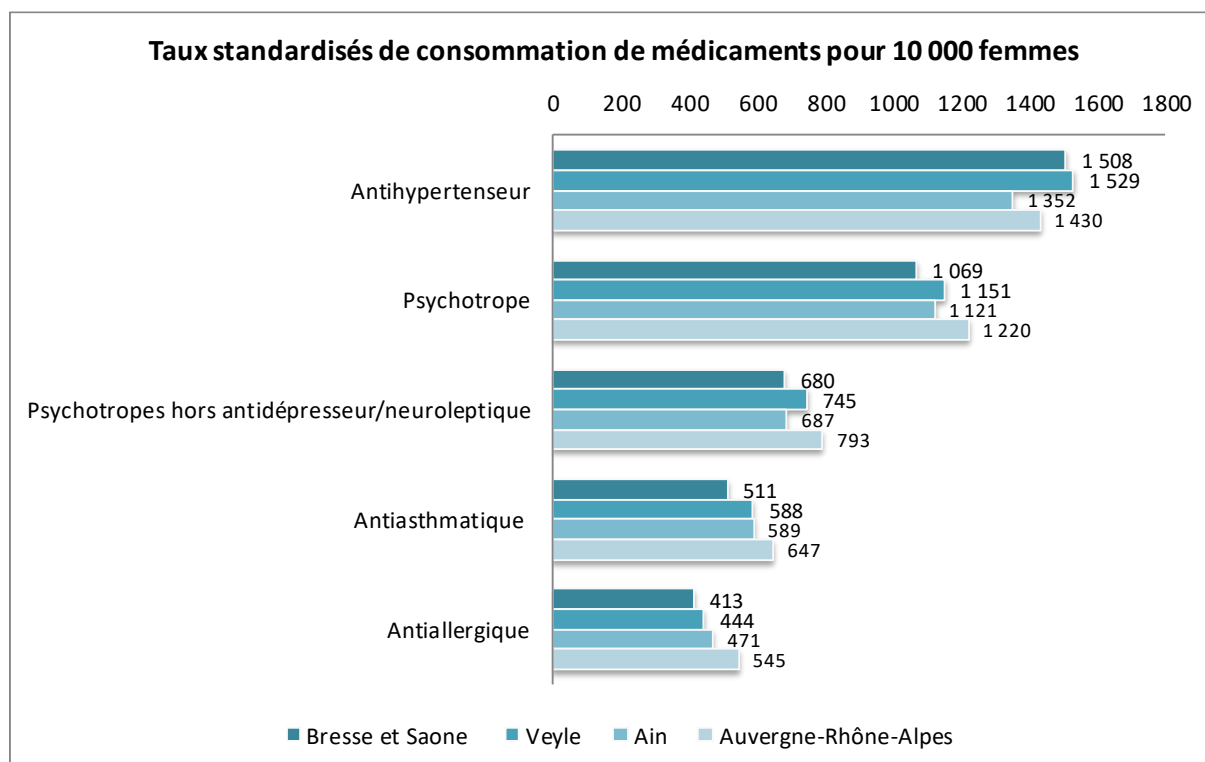
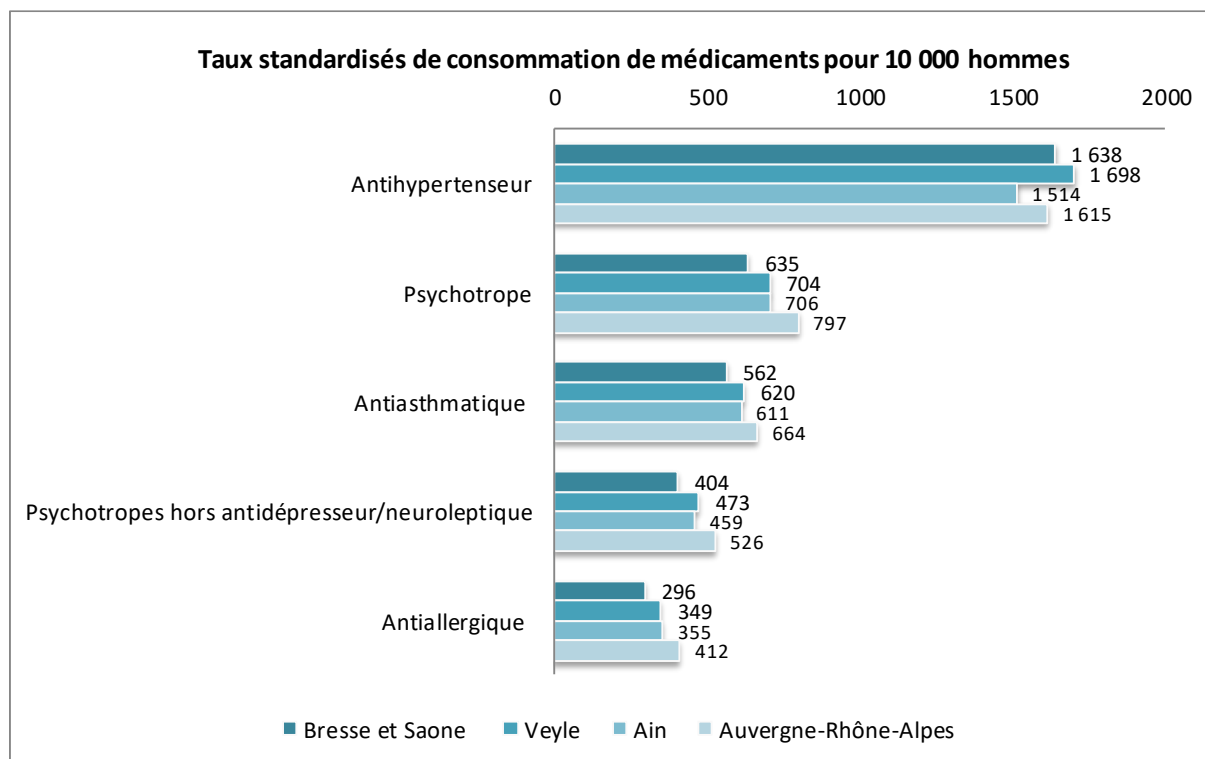
On note également des différences selon les maladies et les intercommunalités chez les femmes, avec un taux de maladies cardiovasculaires supérieur à la moyenne régionale pour la CC de Bresse et Saône.

En revanche, les taux de prévalence pour le diabète sont significativement moins élevés.

3.3.2 Consommations de médicaments

Les principaux médicaments consommés sont les antihypertenseurs, psychotropes, antiasthmatiques, psychotropes hors antidépresseurs et neuroleptiques, et les antiallergiques.

On observe également des différences entre hommes et femmes :



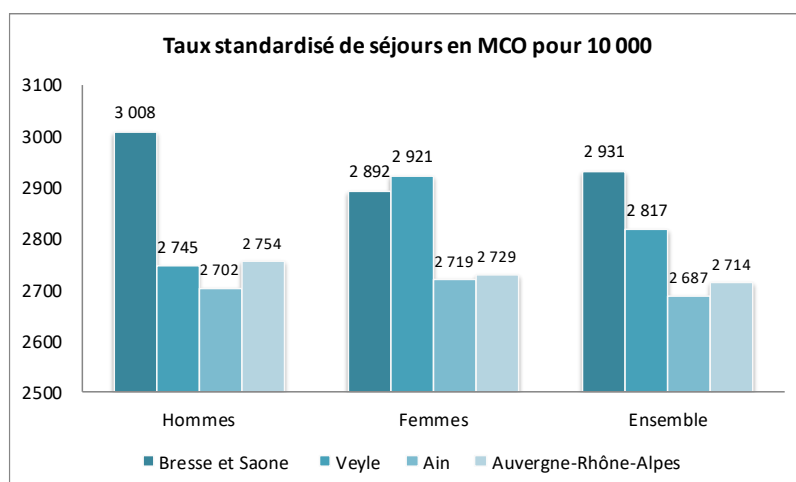
Source(s) : Cnam (SNIIRAM DCIRS - 2017), Insee (Recensement - 2017 et 2012)

Hommes et femmes consomment plus d'antihypertenseur que la moyenne régionale. Pour les autres médicaments, la consommation est inférieure à la moyenne régionale, hommes et femmes confondus.

Cependant, les femmes consomment significativement plus de psychotropes (tous types) et d'antiallergiques alors que les hommes consomment plus d'antiasthmatiques.

3.3.3 Séjours et hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)

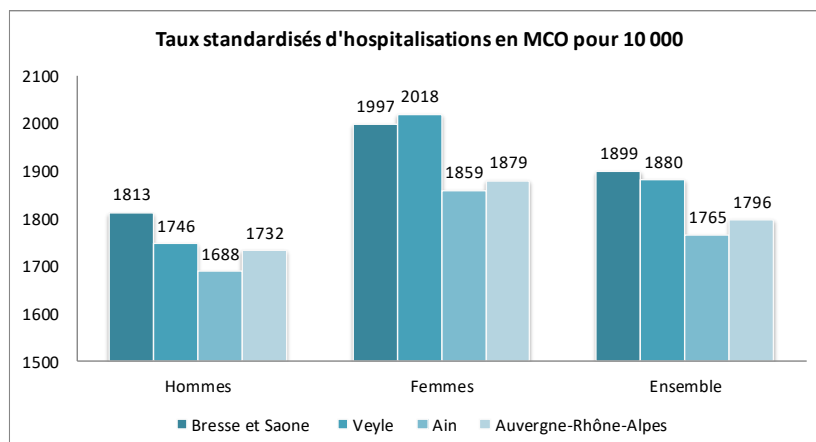
On observe sur les 2 intercommunalités des taux de séjours hospitaliers toutes causes (pour 10 000 hab) plus élevés que la moyenne régionale :



Source(s) : ATIH (PMSI - 2017), Insee (Recensement - 2015 et 2012)

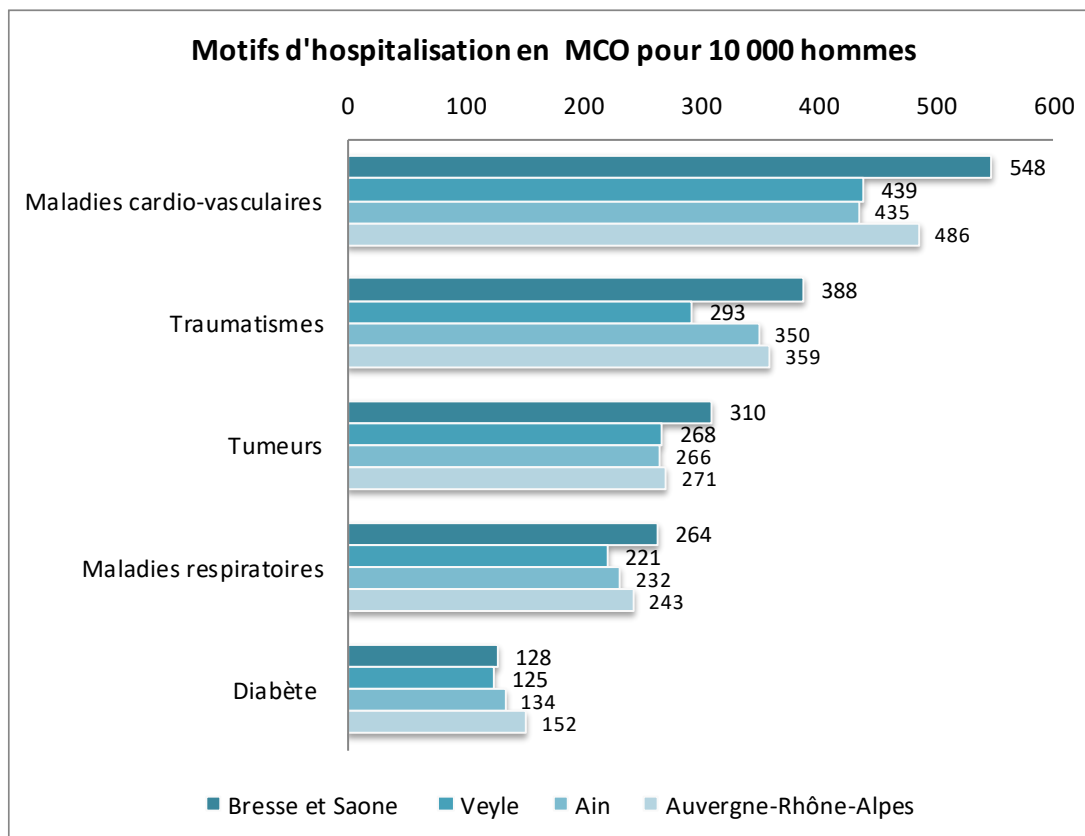
La différence est significative chez les femmes pour les deux communautés de communes alors que pour Bresse et Saône, cette différence n'est significative que chez les hommes.

Concernant les taux d'hospitalisations en MCO toutes causes confondues, on constate les mêmes différences avec significativement des taux pour 10 000 hab. plus élevés, notamment chez les femmes :



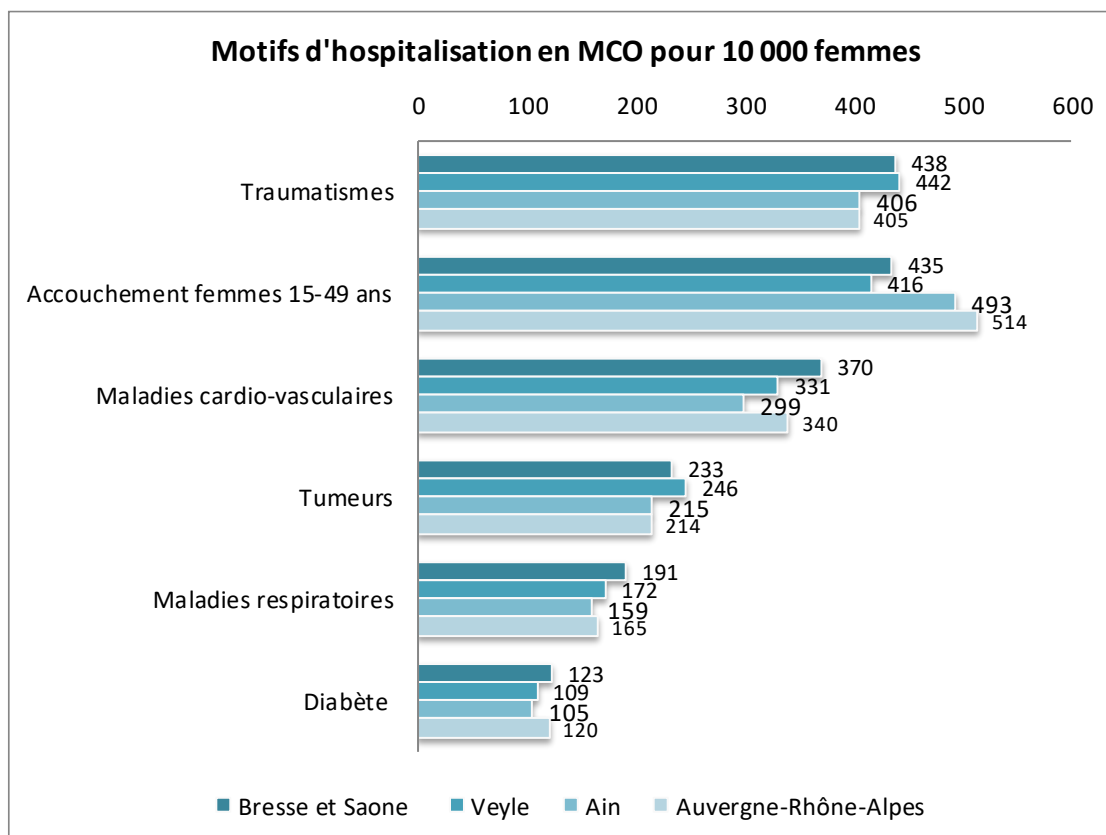
Source(s) : ATIH (PMSI - 2017), Insee (Recensement - 2015 et 2012)

Concernant les motifs d'hospitalisations et séjours MCO, ceux-ci diffèrent entre les hommes et les femmes.



Source(s) : ATIH (PMSI - 2017), Insee (Recensement - 2015 et 2012) – Taux standardisés

On observe qu'à l'exception du diabète, les hospitalisations sont supérieures aux moyennes régionales sur le territoire de Bresse et Saône, en particulier pour les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs. Les traumatismes constituent la seconde cause d'hospitalisation



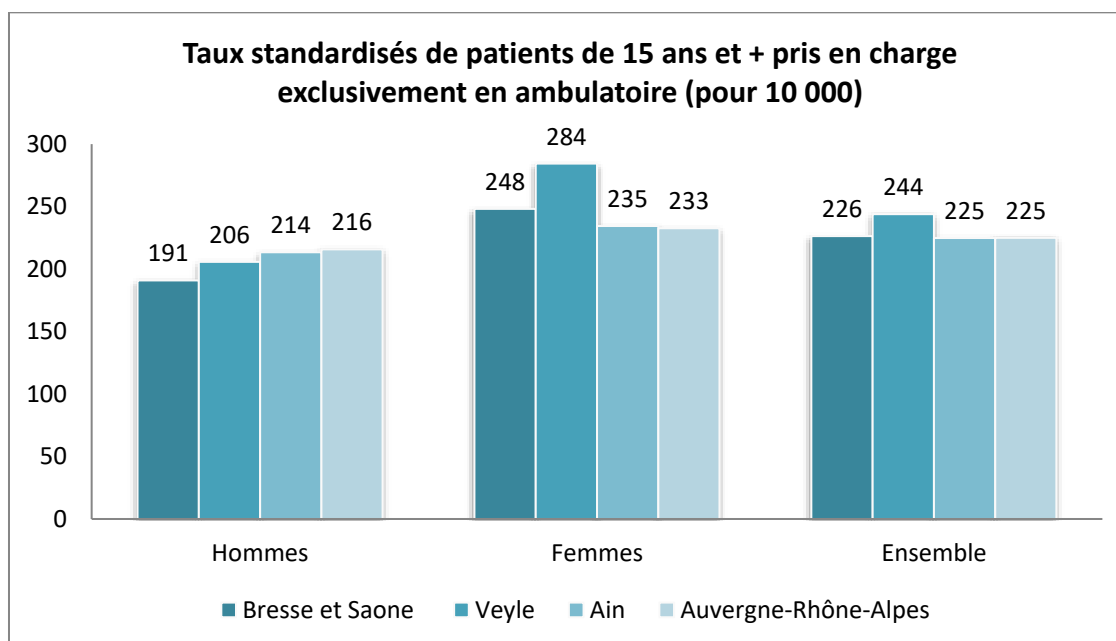
Source(s) : ATIH (PMSI - 2017), Insee (Recensement - 2015 et 2012) – Taux standardisés

Les traumatismes et les accouchements sont les principaux motifs d'hospitalisations pour le Scot de Bresse Val de Saône, les premiers étant supérieurs à la moyenne régionale. Ces taux sont également supérieurs pour les tumeurs et maladies respiratoires.

3.3.4 Santé mentale : soins spécialisés en psychiatrie

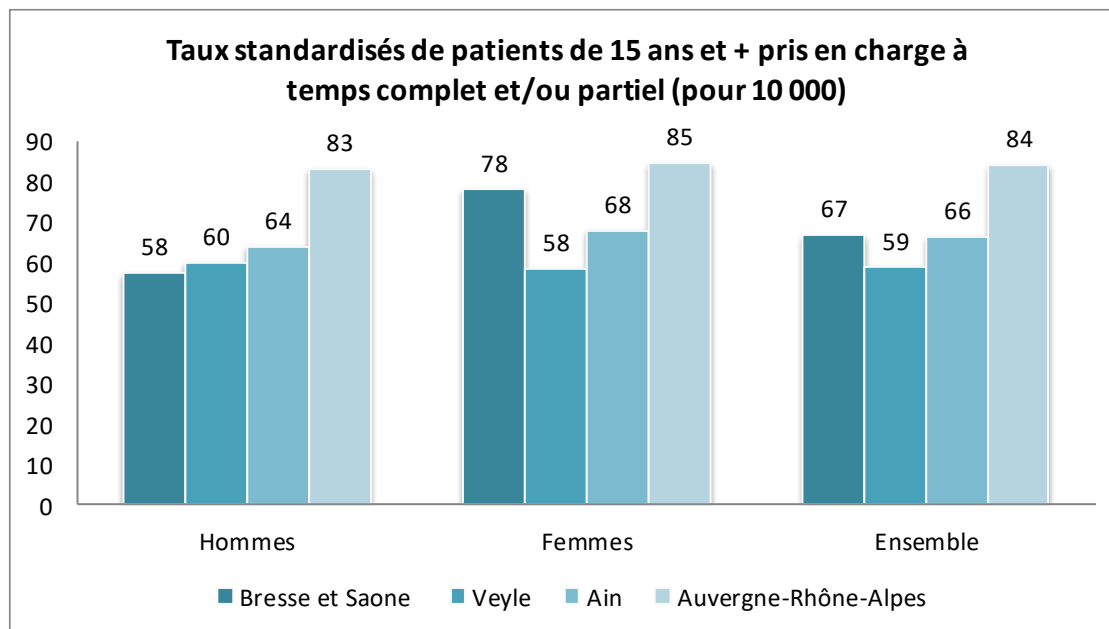
On observe globalement des taux moins élevés sur le territoire, hommes et femmes confondus, pour les deux indicateurs de référence :

Taux standardisés de patients de 15 ans et + pris en charge exclusivement en ambulatoire (pour 10.000 hab.)



Source(s) : ATIH (PMSI - 2017), Insee (Recensement - 2015)

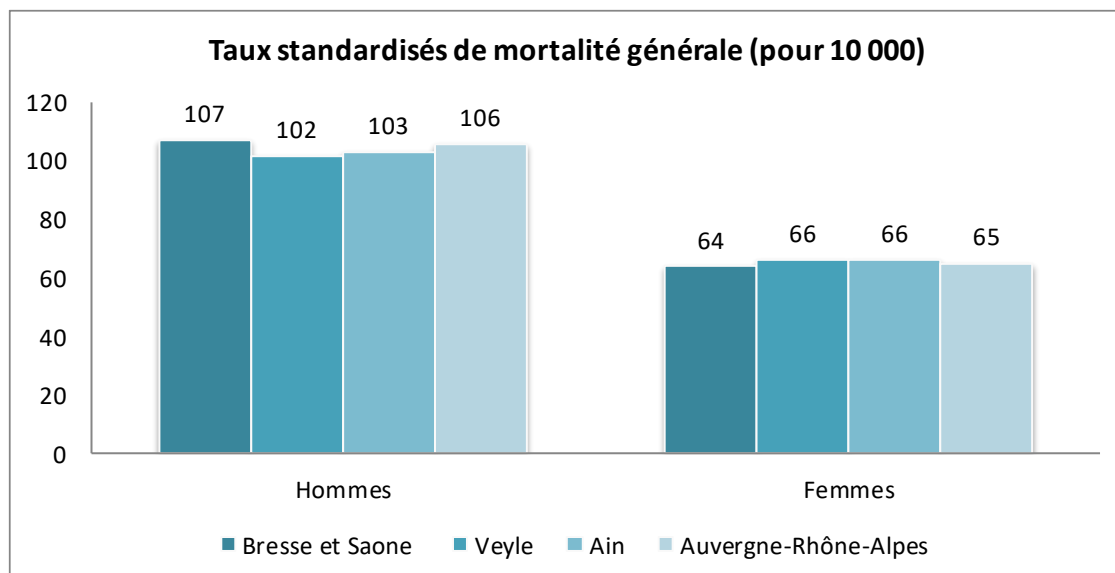
Taux standardisés de patients de 15 ans et + pris en charge à temps complet et/ou partiel (pour 10.000 hab.)



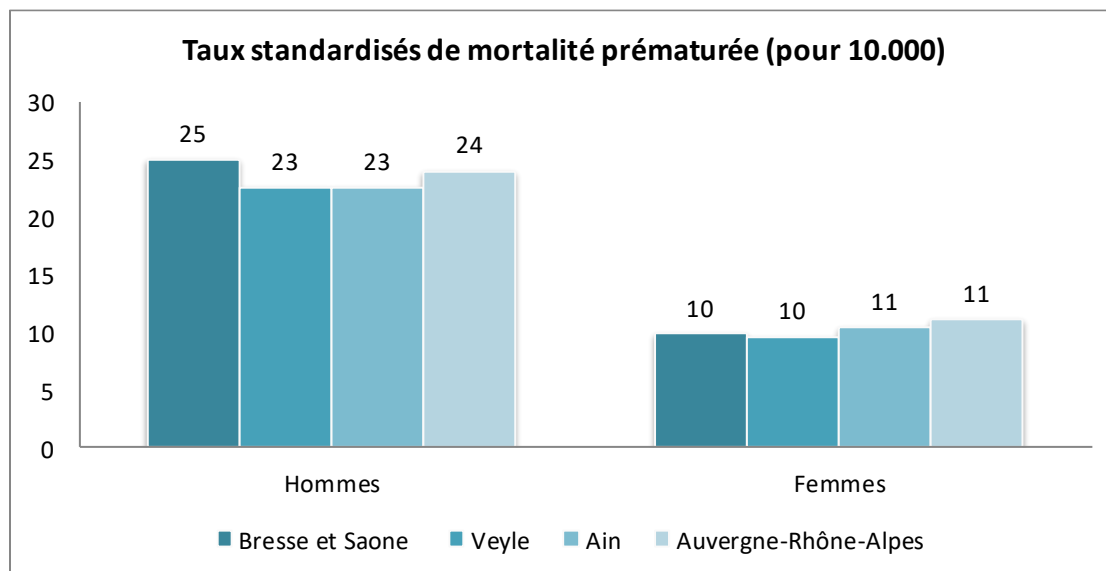
Source(s) : ATIH (PMSI - 2017), Insee (Recensement - 2015)

3.3.5 Mortalité

On n'observe pas de taux significativement différents par rapport à la région pour les 2 indicateurs de mortalité, que ce soit pour les hommes ou les femmes :



Source(s) : Inserm (CépiDC – DCMD- 2011-2015), Insee (Recensement - 2012 et 2013)

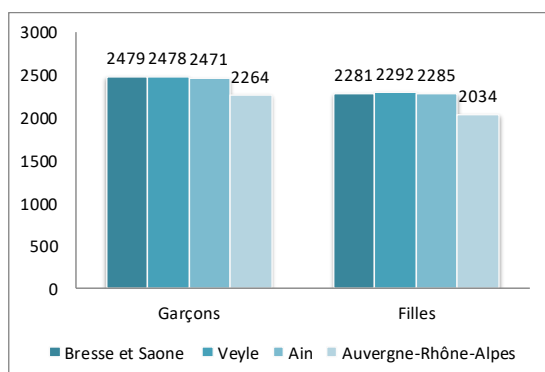


Source(s) : Inserm (CépiDC – DCMD- 2011-2015), Insee (Recensement - 2012 et 2013)

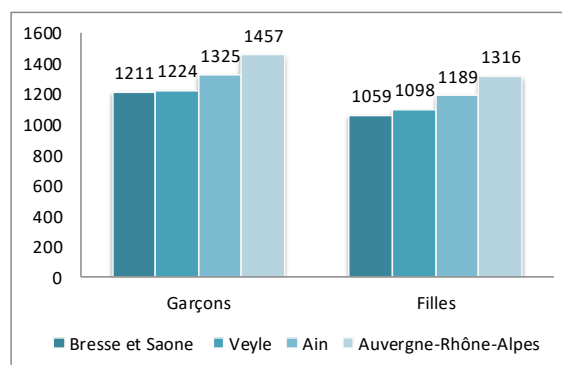
3.4 Zoom chez les jeunes

La population des jeunes affiliés ayants droit reste proche de la moyenne régionale. On doit néanmoins nuancer ce constat en fonction de la classe d'âge : elle est légèrement plus élevée pour les moins de 15 ans alors qu'elle l'est moins pour les 15-24 ans :

Taux bruts des moins de 15 ans (pour 10 000 affiliés et ayants droit)



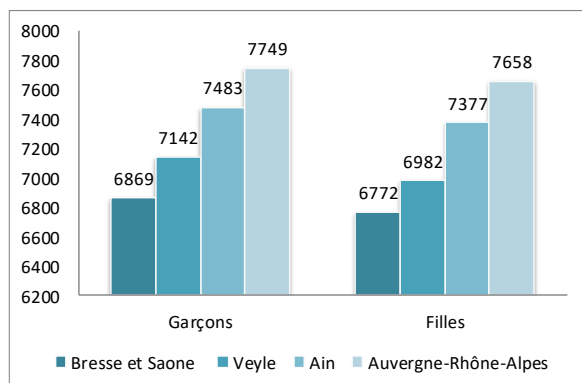
Taux bruts des 15-24 ans (pour 10 000 affiliés et ayants droit)



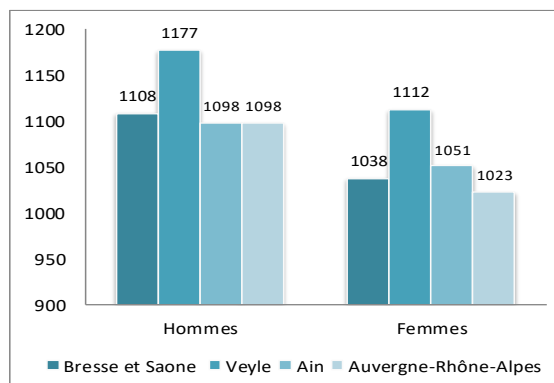
Source(s) : ARS (Rég. gén. De l'Ass. mal. - 2017), Insee (Recensement - 2012)

Les enfants de moins de 15 ans ont significativement moins recours à un médecin généraliste. Cette tendance est inverse pour les 15-24 ans, en particulier sur le territoire de Veyle avec des taux plus élevés que la moyenne régionale.

Taux bruts de recours au médecin généraliste des moins de 15 ans (pour 10 000 affiliés et ayants droit)



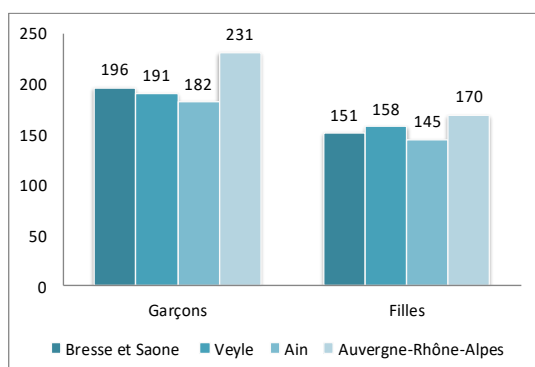
Taux bruts de recours au médecin généraliste des 15-24 ans (pour 10 000 affiliés et ayants droit)



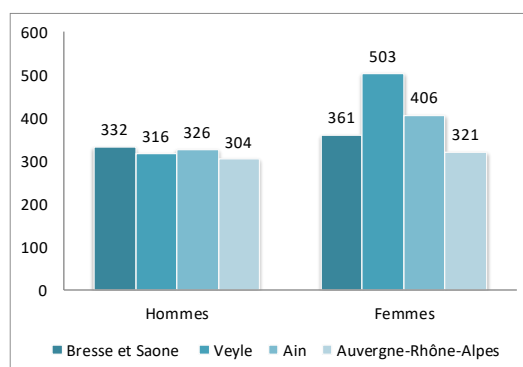
Source(s) : ARS (Rég. gén. De l'Ass. mal. - 2017), Insee (Recensement - 2012)

On observe cette même différence entre les classes d'âges concernant les taux de prévalence en ALD, ceux-ci étant moins élevés que la moyenne régionale pour les moins de 15 ans et à l'inverse supérieurs pour les 15-24 ans. Mais ce propos est à nuancer, ces différences demeurant peu significatives.

Taux bruts de prévalence d'admission en ALD des moins de 15 ans (pour 10 000 affiliés et ayant droit)



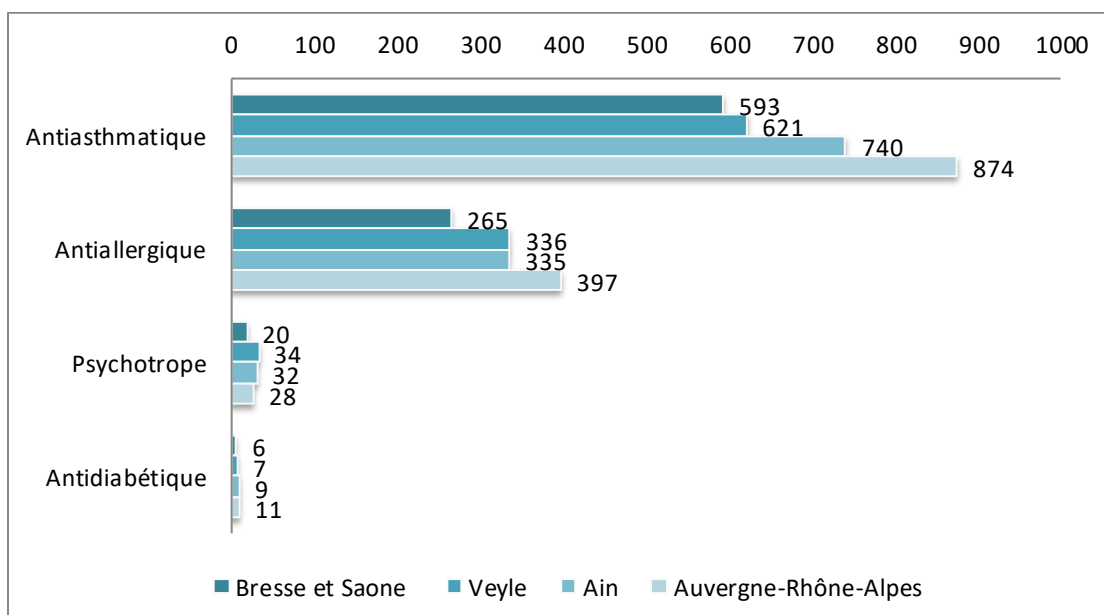
Taux bruts de prévalence d'admission en ALD des 15-24 ans (pour 10 000 affiliés et ayant droit)



Source(s) : CnamTS, CCMSA, RSI (2016), Insee (Recensement - 2015)

Chez les moins de 15 ans, les 1^{ers} types médicaments consommés régulièrement sont les antiasthmatiques ainsi que les antiallergiques. Mais ceux-ci sont consommés en moins grande quantité que dans le département et la région, et ce pour les 2 EPCI.

Taux bruts de consommation médicamenteuse chez les moins de 15 ans (pour 10 000 affiliés et ayants droit)

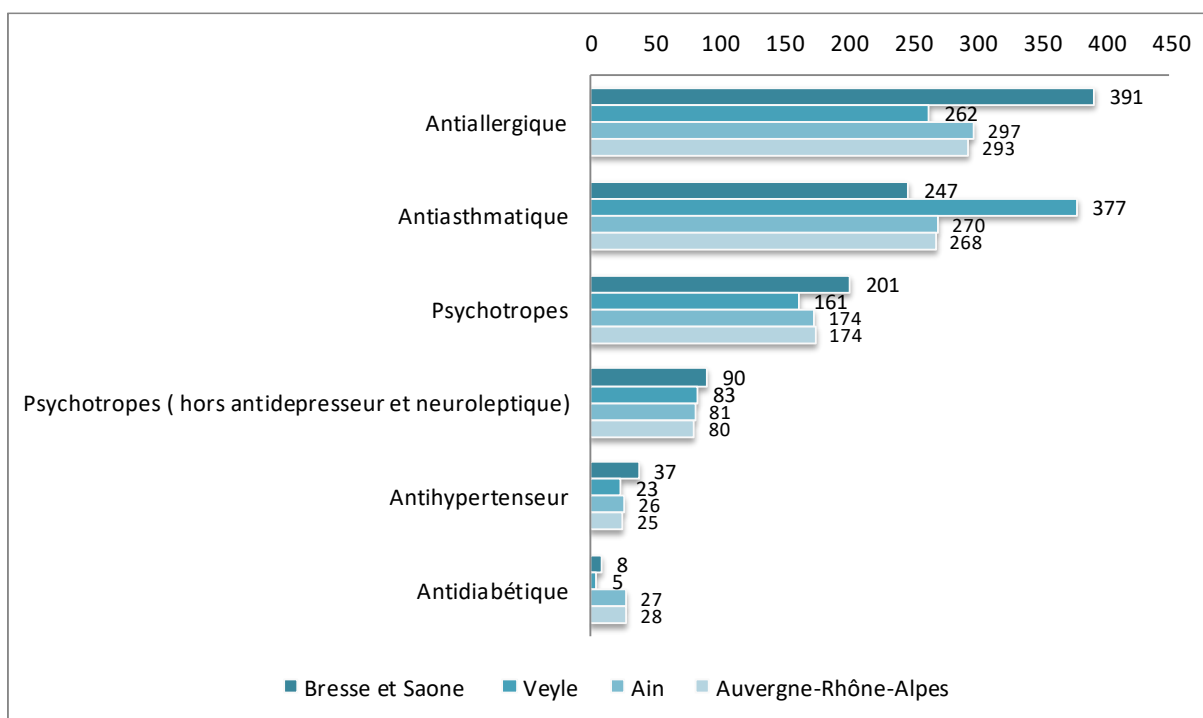


Source(s) : Cnam (SNIIRAM DCIRS - 2017), Insee (Recensement - 2017)

Chez les 15-24 ans, les antiallergiques et antiasthmatiques sont les médicaments les plus consommés. Mais leurs taux de consommation sont significativement différents selon les EPCI :

- ✓ Pour les antiallergiques, les taux sont nettement supérieurs à la moyenne régionale pour la CC de Bresse et Saône et nettement inférieurs pour la CC de Veyle
- ✓ Pour les antiasthmatiques, les taux sont nettement supérieurs à la moyenne régionale pour la CC de Veyle et nettement inférieurs pour la CC de Bresse et Saône

Taux bruts de consommation médicamenteuse chez les 15-24 ans (pour 10 000 affiliés et ayants droit)

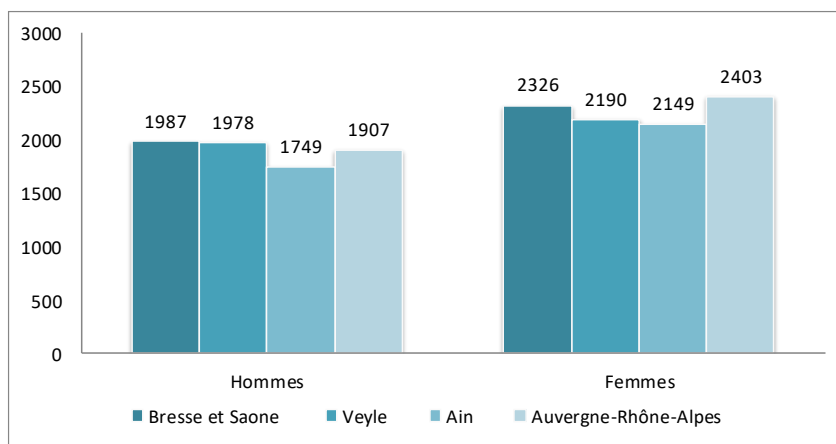


Source(s) : Cnam (SNIIRAM DCIRS - 2017), Insee (Recensement - 2017)

Pour cette tranche d'âge, les taux de consommations de psychotropes (tous types confondus) sont plus importants mais proches de la moyenne régionale.

3.5 Zoom chez les personnes âgées

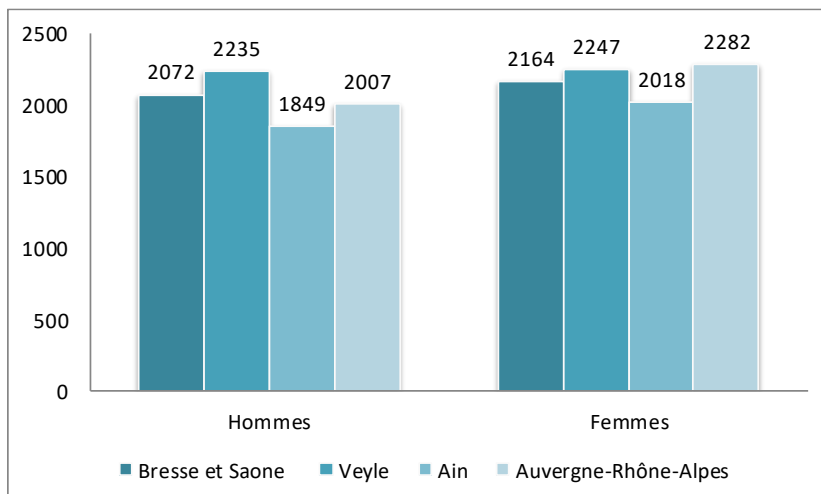
La population des personnes âgées de plus de 65 ans affiliées reste proche de la moyenne régionale, avec une légère différence entre les hommes et les femmes par rapport à la moyenne régionale.



Source(s) : ARS (Rég. gén. De l'Ass. mal. - 2017), Insee (Recensement - 2012)

Le recours à un médecin généraliste est également proche de la moyenne régionale :

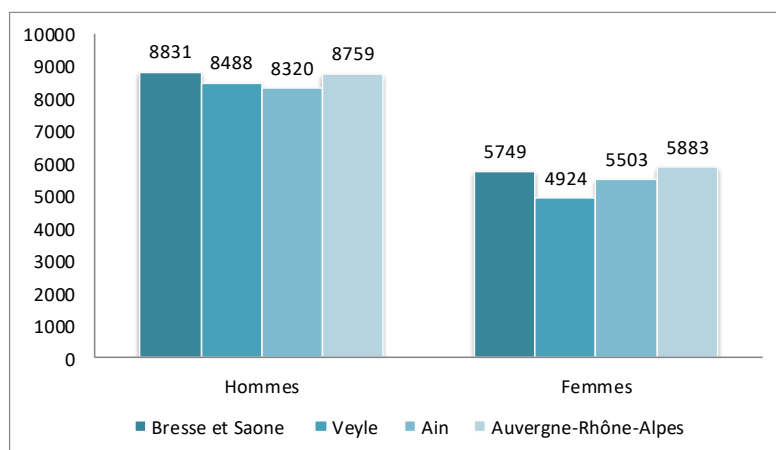
Taux bruts pour 10 000 affiliés et ayants droit du régime général, ayant eu recours à un médecin généraliste



Source(s) : ARS (Rég. gén. De l'Ass. mal. - 2017), Insee (Recensement - 2012)

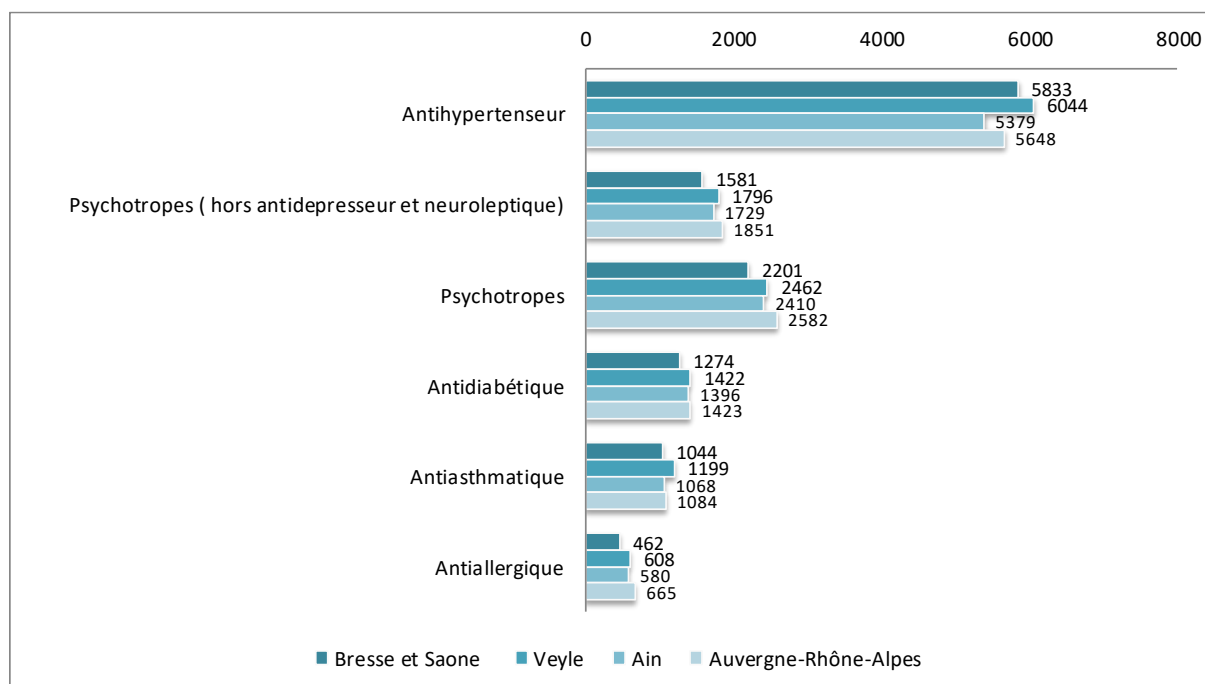
Les personnes âgées du territoire du Scot ne font pas l'objet d'un plus grand nombre d'admissions que les moyennes départementale et régionale.

Taux de prévalence d'admission en ALD chez les personnes de 65 ans et plus (pour 10.000 hab.)



Source(s) : CnamTS, CCMSA, RSI (2016), Insee (Recensement - 2015 et 2012)

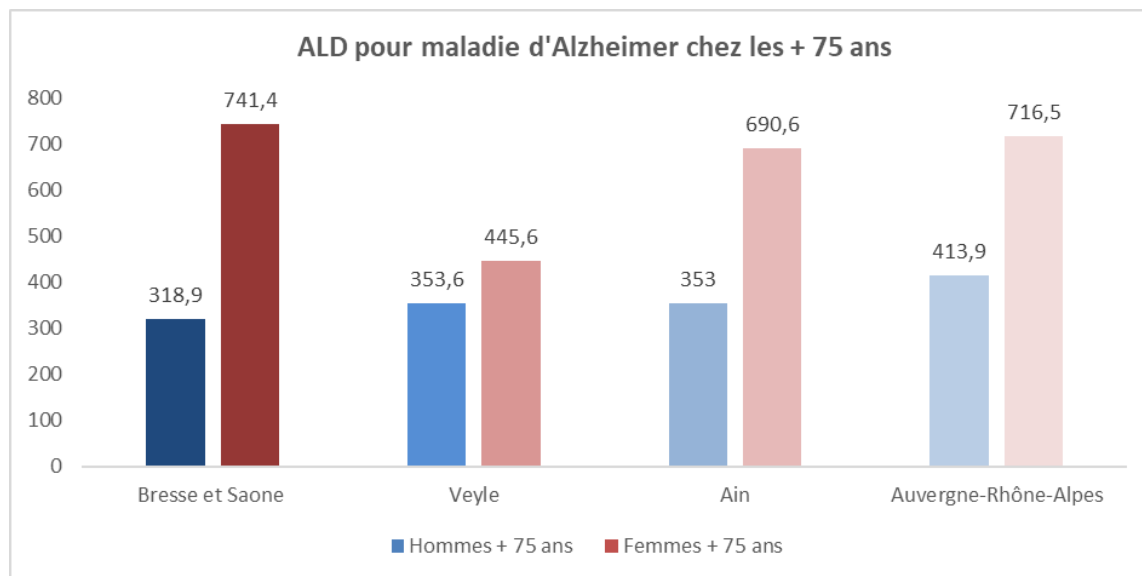
Les médicaments les plus consommés à Bresse de Saône sont les antihypertenseurs ainsi que les psychotropes. A l'exception de ces premiers, les consommations de médicaments sont légèrement inférieures à la moyenne régionale.



Source(s) : Cnam (SNIIRAM DCIRS - 2017), Insee (Recensement - 2017 et 2012)

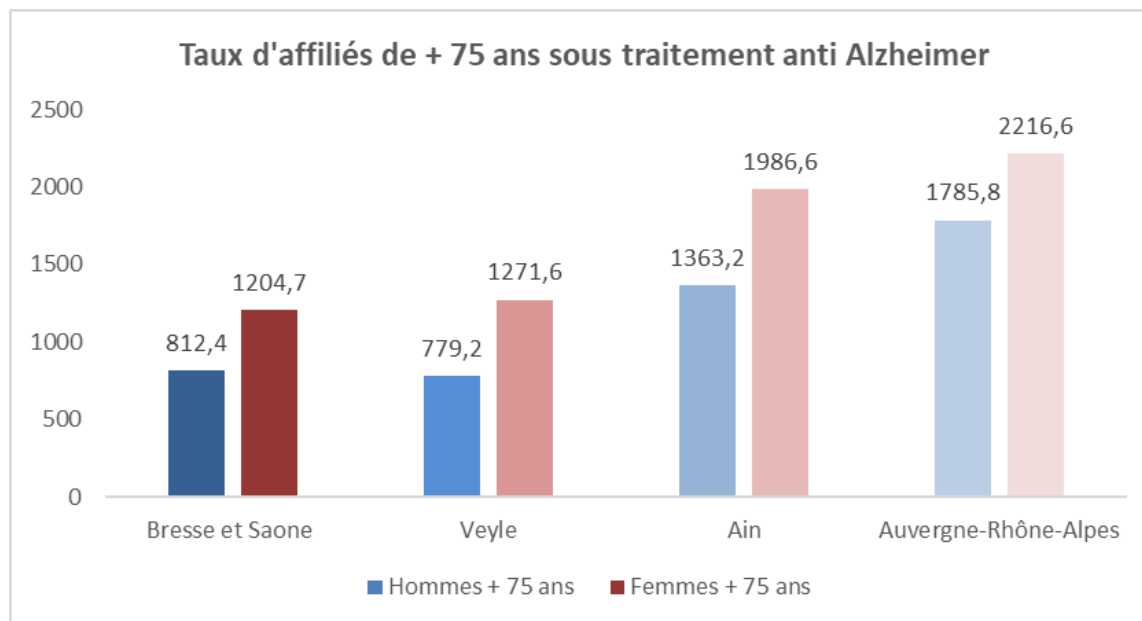
Maladie d'Alzheimer

Le taux de personnes de plus de 75 ans admis en affection longue durée pour maladie d'Alzheimer n'est pas significativement différent selon les territoires. On note toutefois qu'il est deux fois plus important chez les femmes que chez les hommes sauf pour Veyle, ce qui est généralement observé à l'échelle de la France.



Source(s) : CnamTS, CCMSA, RSI (2016), Insee (Recensement - 2015 et 2012) – Taux bruts pour 10 000

Concernant les consommations de médicaments contre la maladie d'Alzheimer, on observe les mêmes tendances entre hommes et femmes. Les taux sur le territoire de Bresse Val de Saône sont inférieurs à ceux du département et de la région.



Source(s) : Cnam (SNIIRAM DCIRS - 2017), Insee (Recensement - 2017 et 2012)

Atouts et contraintes du territoire au regard des déterminants de santé

Sur la base de l'analyse bibliographique des études existantes (diagnostic territorial, EIE, PCAET) peuvent être identifiés les principaux atouts (facteurs de protection) et contraintes (facteurs d'agression) du territoire par famille de déterminants au regard des enjeux de santé environnementale.

Ces facteurs influencent directement ou indirectement la santé des populations résidentes.

Le Scot, en tant qu'outil d'aménagement du territoire, ne peut à l'évidence influencer sur la famille des déterminants liés à la biologie humaine.

En revanche, des marges de progression sont possibles pour les autres familles.

Le tableau ci-dessous dresse un état des lieux des caractéristiques du territoire pouvant influencer positivement ou négativement sur la santé des populations :

Famille de déterminants	Facteurs de protection	Facteurs d'agression
Environnements – état des milieux Dans lesquels évoluent les populations : qualité de l'air, de l'eau, des sols, ...	<u>Nature et paysages</u> : Territoire à dominante rurale et agricole : prégnance des espaces naturels et forte présence de zones humides qui représentent + 20% de la superficie du territoire Faible densité du territoire caractéristique d'un espace rural, puisque 40% de la population est concentrée dans 6 communes du territoire Richesse du patrimoine naturel mis en valeur par les itinéraires de découverte	Forte pression sur la ressource en eau (avec de surcroît un solde migratoire fortement positif) Développement d'espèces exotiques invasives (<i>Aedes aldopictus</i> -moustique tigre)
	<u>Biodiversité</u> : Prégnance des réservoirs de biodiversité des zonages environnementaux qui représentent près de 30% de la superficie du territoire Présence d'un réseau bocager propice au maintien de la biodiversité dans les espaces agricoles	Développement des plantes invasives (renouée du Japon) Faible qualité de la sous-trame forestière de Artificialisation du réseau hydrographique soumis à de nombreuses tensions Risque de mis en péril du réseau bocager par le changement des pratiques agricoles

	<u>Air</u> : Qualité de l'air globalement bonne MAIS	PM 10 : niveau recommandé par l'OMS dépassé pour 2,4% de la population PM 2,5 : totalité de la population exposée à un dépassement de la valeur fixée par l'OMS NO2 : valeur limite dépassée le long des axes routiers importants concernant environ 1000 personnes contre 500 en 2016 O3 : valeur cible pour la protection de la santé dépassée environ 15 jours dans l'année – augmentation constante de la concentration en O3 Episodes de pollution : 10 jours d'activation du dispositif préfectoral dont 7 d'alerte
	<u>Bruit</u> : Territoire doté de nombreuses zones de calmes	Des axes de transport majeurs traversant le territoire qui concentrent les nuisances Nuisances sonores le long des principaux axes de transport (A40 – A406 – RD1079 – RD933)
	<u>Changement climatique</u> : Rareté des phénomènes d'îlots de chaleur urbain	Augmentation prévue de la température moyenne annuelle (+ 2,4° en 2070) Nombre de journées estivales estimées à 73 d'ici 2050 et 90 d'ici 2070 Entre 1976 et 2005, 13 jours de vague de chaleur, 30 estimés à horizon proche et 55 d'ici 2070 Le nombre de jours où l'indice IFM est élevé est passé de 10,7 entre 1959 et 1988 à 13,2 entre 1986 et 2015 Raréfaction de la ressource en eau Augmentation du taux d'allergène dans l'air ambiant Développement de certaines espèces porteuses de maladies vectorielles (moustiques tigres, tiques)
	<u>Risques naturels et industriels</u> : Faible risque de radon	Des risques d'inondations importants, sous forme de crues soudaines sur les petits affluents de la Saône 3 sites industriels recensés dans BASOL Une pollution lumineuse forte à proximité de Macon et le long des axes routiers
	<u>Agriculture</u> :	Pollution agricole avérée aux nitrates

	Une production agricole de qualité Secteur de la Bresse : production agricole très diversifiée et à haute valeur ajoutée Présence de plusieurs filières de qualité (AOP Crème et Beurre de Bresse, Volaille de Bresse) 720 ha étaient déclarés en AB en 2016, soit 2% des surfaces agricoles du territoire 24 exploitations engagées en agriculture biologique, soit environ 7,5% du nombre total	Absence de données quant au recours aux pesticides
Environnements – cadre de vie Habitat, aménagement du territoire, transports, équipements et services publics, ...	<u>Habitat</u> : Un territoire résidentiel : prédominance de maisons individuelles et de grands logements, une forte représentation de la propriété dans le parc de résidences principales Un parc caractérisé par le nombre important de grands logements (5 pièces et plus) qui représentent soit 51% du total Un territoire très attractif pour les couples, notamment pour les couples avec enfants qui représentent plus de la moitié des entrants	Une urbanisation qui suit les axes routiers structurants (A40 – A406 – RD1079 – RD933) Un bâti qui s'organise de manière linéaire le long de la rue accueillant un trafic routier dense Un parc de logement plus vieillissant qu'à l'échelle du département (32% contre 25% construits avant 1946), surtout présents dans les bourgs-centres Des forts besoins de réhabilitation du parc ancien Une faible part des logements de petite taille qui interroge la capacité du territoire en matière d'accueil de personnes seules, familles monoparentales, couples sans enfants vieillissants et jeunes actifs Une faible part du parc de logements sociaux : 1 599 logements locatifs sociaux (LLS) soit environ 8% de son parc de résidences principales contre 14,2% dans le Département de l'Ain Des besoins en réhabilitation des logements sociaux des centres-bourgs (qualité thermique, remise aux normes et amélioration du cadre de vie : création de jardins privatifs, de balcons/loggias, etc., accessibilité et adaptation au vieillissement de la population) Un prix moyen de l'immobilier assez élevé Une faible diversité de l'offre de logements tandis que la capacité d'accession des ménages tend à diminuer

		Des prix du foncier assez élevés à proximité des agglomérations et au sud du territoire diminuant les capacités d'accès des ménages Manque de disponibilité foncière, voire phénomène de dévitalisation des centres pour leur périphérie
	<u>Mobilité :</u> Des infrastructures de transport irrigant l'ensemble des communes et celles desservant les pôles d'emplois Potential de développement de report modal et développement des mobilités douces (atouts touristiques sur le territoire ou à proximité, présence de bassin de proximité concentrant les centralités génératrices de déplacements) Un développement du covoiturage 45% de la population potentiellement captive aux transports en commun, soit plus de 21 000 personnes, proportion en augmentation	Des infrastructures de transport qui supportent un trafic routier quotidien conséquent (engorgement) Un territoire marqué par une hypermobilité surtout externe avec des mouvements pendulaires quotidiens importants souvent réalisés en voiture Des temps de trajets domicile-travail ou domicile-étude longs (> 20 minutes) se faisant essentiellement en voiture Une facture énergétique qui pèse sur les ménages (une part importante impactée par une situation de précarité énergétique (dépenses > 15% des revenus), liée à la fois à la mobilité, mais aussi aux logements Une circulation peu pacifiée au sein des centres bourgs et villages et accidentologie : conflits d'usage entre les déplacements piétons/vélos (confort et sécurité) et le trafic routier Un traitement des espaces publics qui manque parfois de qualité et laisse peu de place au piéton Forte dépendance à l'automobile (80% des déplacements) Faible offre en transports en commun et aménagements cyclables Une offre en TER peu concurrentielle à la route (4 allers-retours par jour, offre de train est quasiment inexistante en période de vacances scolaires)
	<u>Economie :</u> Un bassin d'emplois plutôt stable Des créations d'emplois dans le secteur présentiel (20%) Un taux de chômage plutôt bas des résidents en 2015 (8,5%), en deçà des moyennes	59% des actifs résidents travaillent hors du territoire du Scot, ce qui génère des déplacements pendulaires majoritairement en VP Des destructions d'emplois dans le secteur productif (19%) Un taux de chômage des résidents en augmentation depuis 2010 Un taux de chômage des 15-24 ans supérieur à la moyenne nationale (16,7 % contre 13,2%)

	nationale et régionale (14 et 12%) Un tissu d'entreprises diversifié Une économie sociale et solidaire très présente exerçant une activité respectant les principes d'équité sociale Un territoire qui offre de multiples attraits essentiellement liés au tourisme vert : terre, eau, gastronomie et identité bressanne.	Un faible taux de qualification des jeunes actifs : 35,5% des jeunes (25 à 34 ans) sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur contre 41,5% à l'échelle nationale, 11% des 20-24 ans ne sont pas diplômés, Une évolution de la population active deux fois plus rapide que celle des emplois Instabilité des grandes et moyennes surfaces Fragilité des commerces indépendants
	<u>Equipements :</u> Un territoire bien équipé avec un taux de 31,4 équipements pour 1000 habitants Un territoire qui bénéficie globalement d'un bon maillage de l'offre en équipements scolaires avec des écoles élémentaires et des collèges Une bonne offre en équipements de sports et de loisirs	Une offre de service pour la petite enfance et jeunesse qui ne permet pas de répondre aux besoins Une offre d'équipements scolaires diffuse facteur de fragilité notamment en milieu rural Un manque d'assistantes maternelles Une couverture numérique inégale du territoire
Environnements – entourage social Famille, amis, emploi, pauvreté, soutien social, ...	Un territoire attractif pour les couples, notamment avec enfants (plus 50% des entrants sur le territoire : 3 597 couples avec enfants et 1747 couples sans enfants accueillis)	Une population vieillissante (cf. profil sanitaire) Baisse du nombre d'habitants de moins de 60 ans – augmentation de la part des plus de 60 ans – doublement des personnes de plus de 80 ans d'ici 2050 Phénomène de résidentialisation Une part non négligeable des sortants concerne les jeunes de 15 à 24 ans qui quittent massivement le territoire De fortes hétérogénéités des revenus
Habitudes de vie Facteurs comportementaux relevant de décisions individuelles : comportements à	Une offre en circuits-court dynamique et en développement : 143 exploitations en 2010 soit 24% du total	Un recours quasi-systématique à la voiture individuelle, même pour les courtes distances

risque, addictions, alimentation, travail, culture, éducation, activités physiques, comportement sécuritaire, ...	30 exploitations proposent de la vente directe à la ferme en 2018 Croissance de la demande des consommateurs en produits issus de l'agriculture biologique	
Organisation des soins de santé Facteurs liés au système de soins : accessibilité et qualité de l'offre de soins tant préventifs que curatifs. Soins de santé primaire, services spécialisés, ...	Présence de deux centres de soins de proximité dont les services sont à orientation gériatrique et permettent un hébergement de court à moyen et long séjour (Centre Hospitalier Michel Poisat à Pont-de-Vaux et le Centre Hospitalier de Pont-de-Veyle) Bonne densité des médecins en 2019 (6 médecins généralistes pour 10 000 habitants)	Une offre de santé à renforcer : ne suffit pas à répondre à l'ensemble des besoins (offre majoritairement de proximité avec quelques services de la gamme intermédiaire et supérieure), manque de certaines spécialités Offre d'hébergement concernant le secteur du grand âge jugée plus ou moins satisfaisante (3 EHPAD et 5 MARPA ou résidences en autonomie) Une accessibilité à améliorer, notamment pour les personnes âgées Vieillesse de la population des médecins

Synthèse

Globalement, l'état de santé général des habitants du territoire du Scot Bresse-Val de Saône est relativement bon. Toutefois, on note des disparités dans le nombre de maladies chroniques entre le territoire de Bresse et Saône et celui de Veyle. Quelques particularités sont également à relever :

- ✓ Les taux d'hospitalisation sont plus élevés, particulièrement sur le territoire de Bresse et Saône, les traumatismes (la plupart du temps liés à des accidents de circulation et à des chutes) sont un des principaux motifs.
- ✓ Chez les 15-24 ans, les antiallergiques et antiasthmatiques sont les médicaments les plus consommés, avec des disparités entre Bresse et Saône et Veyle.

Au regard du profil de la population, des points de vigilance sont à soulever :

- ✓ Le vieillissement de la population amène à des besoins de mobilités et d'accessibilités plus importants qui doivent être adaptés : trottoirs, bancs, espaces verts à proximité, accessibilité aux soins et aux services...
- ✓ Une attention particulière sera nécessaire pour les personnes seules et familles monoparentales, particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie.
- ✓ L'amélioration des mobilités actives est un facteur protecteur des maladies cardio-vasculaires et du diabète, pathologies présentes sur le territoire.
- ✓ Le territoire reste déficitaire en offre de soins, avec une offre de santé majoritairement de proximité qui n'est pas suffisante pour répondre à l'ensemble des besoins et qui souffre de l'absence de certaines spécialités.

L'analyse des déterminants de santé met en avant la question centrale de la mobilité et, dans une moindre mesure, celle du logement. Le territoire est marqué par son « hypermobilité » et sa dépendance à la voiture particulière. Il souffre également d'un manque d'aménagements pour les modes actifs et d'une sécurisation des ceux-ci dans les polarités urbaines et les villages (source de conflits d'usages). Il est nécessaire d'impulser de réels changements de comportements vis-à-vis de la mobilité grâce à une offre alternative de qualité. Ce d'autant que l'habitat s'organise le long des axes routiers sources de nuisances et pollutions.

L'offre en logement n'est pas assez diversifiée pour répondre à la diversité des profils de ménages et des tensions apparaissent sur le marché immobilier.

Le territoire bénéficie de nombreux atouts pour son cadre de vie : prégnance des espaces naturels et agricoles, proximité à la nature, production agricole de proximité et de qualité, ... Ces atouts demeurent néanmoins fragiles en raison de la pression urbaine et des risques de pollution d'origine agricole. La pérennisation de ces aménités constitue ainsi un réel enjeu de santé et d'attractivité pour le territoire.



Rédaction : **Damien Saulnier**, Agence d'urbanisme pour le
développement de l'agglomération lyonnaise,