



# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ

Pays de Bray

2019/2021





# SOMMAIRE

---

	SOMMAIRE _____	3
	PRÉAMBULE _____	7
	INTRODUCTION _____	8
<b>1</b>	<b>CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC _____</b>	<b>10</b>
	1.1. Les données quantitatives -----	12
	1.2. Les données qualitatives -----	13
<b>2</b>	<b>PRÉSENTATION DU TERRITOIRE _____</b>	<b>14</b>
	2.1. Le PETR du Pays de Bray -----	15
	2.2. La santé en milieu rural, une spécificité -----	17
<b>3</b>	<b>DONNÉES DE CADRAGE _____</b>	<b>18</b>
	3.1. Portrait sociodémographique du territoire -----	19
	3.2. Logement -----	25
	3.3. Données relatives au revenu et à la précarité financière -----	28
	3.4. Éducation/formation -----	32
	3.5. Emploi sur le territoire des communautés de communes -----	34
<b>4</b>	<b>ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS _____</b>	<b>39</b>
	4.1. La mortalité sur le territoire -----	40
	4.2. Les principales causes de décès par cancer sur le territoire -----	42
	4.3. Autres causes de décès sur le territoire -----	44
	4.4. Les grandes causes de mortalité sur le territoire -----	45
	4.5. Le suicide -----	46
	4.6. Les différences de mortalité entre hommes et femmes sur le territoire ----	48
	4.7. Prévention/dépistage -----	50
	4.8. Sexualité/contraception -----	55
	4.9. Affection de longue durée (ALD) -----	58
	4.10. Santé mentale -----	61
	4.11. Addictions -----	63

<b>5</b>	<b>ACCÈS AUX DROITS ET SOINS</b>	<b>69</b>
	5.1. Accès aux droits	70
	5.2. Accès aux soins	74
	5.3. Focus personnes âgées	78
<b>6</b>	<b>OFFRE DE SERVICES</b>	<b>85</b>
	6.1. L'offre de soins libérale	86
	6.2. Offre hospitalière	101
	6.3. La filière gériatrique du territoire	104
	6.4. Structures pour les personnes en situation de handicap	110
	6.5. Offre sociale/medico-sociale	112
	6.6. Offre éducative	116
	6.7. Offres spécifiques	119
<b>7</b>	<b>LA PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES HABITANTS ET USAGERS</b>	<b>122</b>
	7.1. Méthodologie du questionnaire	123
	7.2. Informations sociodémographiques des répondants	124
	7.3. La qualité de vie	126
	7.4. Les droits en santé	132
	7.5. Les accès aux soins de santé	134
	7.6. La prévention en santé	141
<b>8</b>	<b>TRAVAUX DES GROUPES THÉMATIQUES</b>	<b>144</b>
	8.1. Agir pour la santé des personnes âgées	146
	8.2. Lutter contre les addictions et promouvoir la santé mentale	151
	8.3. Prévenir, dépister et promouvoir la santé	156
	8.4. Soutenir l'accès aux droits et aux soins	161
	<b>GLOSSAIRE</b>	<b>169</b>
	<b>TABLES DES MATIÈRES</b>	<b>173</b>
	<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>178</b>
	<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>182</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>185</b>





# PRÉAMBULE

Le Contrat Local de Santé (CLS) est relié à la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS). Il vise à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé sur le territoire, en agissant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social, mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale, etc.). Ce contrat concerne exclusivement les territoires particulièrement vulnérables (population précarisée, accès aux droits et soins complexe, etc.) et volontaires pour un engagement contractuel.

## Le CLS peut répondre à deux logiques de mise en place, en concertation avec les collectivités territoriales

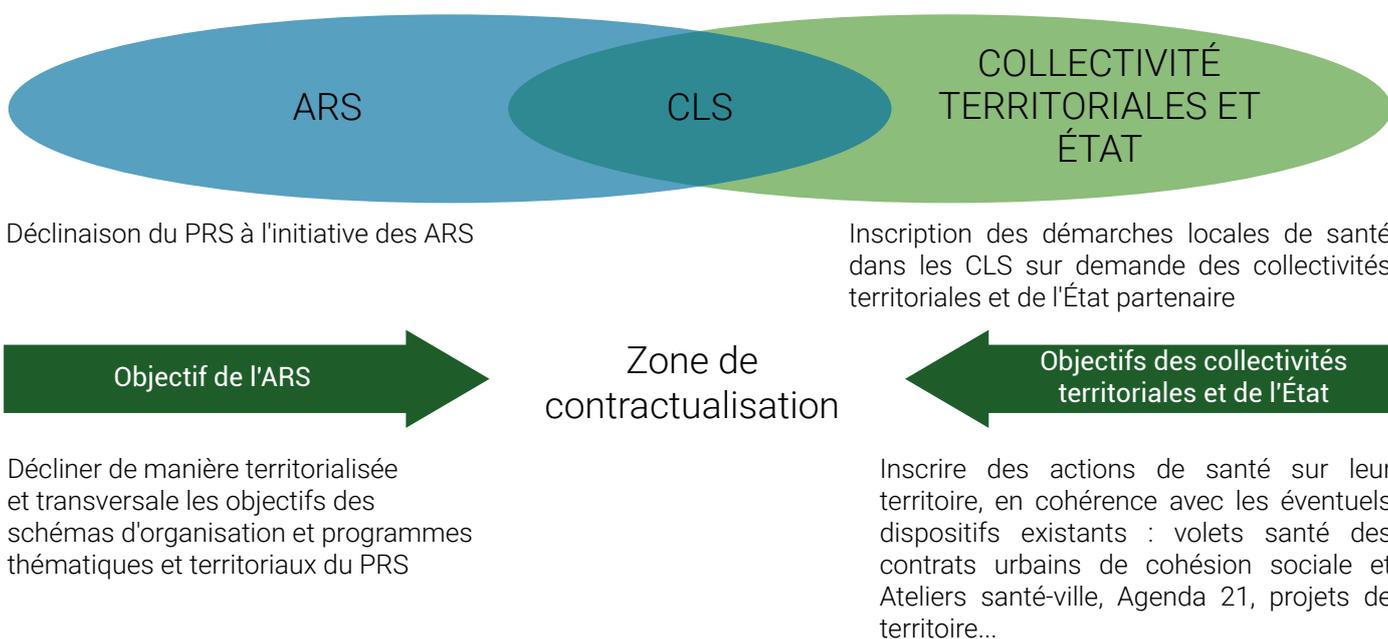


Figure 1 - Schéma de contractualisation du CLS

Le diagnostic local de santé est un des outils au service d'une stratégie locale de santé publique et participe à l'identification des grandes priorités d'action à mener sur le territoire sur les champs de la santé et du social en partenariat avec les ressources professionnelles et associatives du territoire.

Il a pour objectif de mettre en évidence les grandes caractéristiques du territoire en matière sanitaire et sociale et sert à l'élaboration du Contrat Local de Santé.

L'enjeu de cette démarche de diagnostic est de dépasser les approches sectorielles pour adopter une approche globale. Elle associe l'ensemble des acteurs (services de l'État, collectivités locales, acteurs locaux, professionnels, usagers) afin de mieux évaluer les besoins en termes de santé, de social et d'accompagnement pour construire une vision territorialisée et alimenter les futurs appels à projets.

Ce document s'attelle à dresser, en premier lieu, une photographie de la situation sanitaire et sociale du territoire que couvre le Pôle d'Équilibre Territorial et Rural du Pays de Bray (PETR) à l'aide d'indicateurs quantitatifs puis, dans un second temps, en une analyse de données qualitatives issues de l'expérience des acteurs locaux.

Le dernier chapitre présente une synthèse de ces informations, les thématiques définies comme prioritaires, ainsi que les pistes d'actions identifiées au cours des groupes de travail thématiques composés d'acteurs du territoire.

# INTRODUCTION

---

## Objectifs du diagnostic local de santé

L'objectif général de ce Diagnostic Local de Santé (DLS) est de permettre la définition des priorités de santé en vue de l'élaboration d'un programme d'actions.

Pour autant le DLS est également un outil de mobilisation et d'analyse de situation qui ne se limite pas à un simple état des lieux. Il doit encourager une démarche participative et fédérer les acteurs institutionnels, professionnels et la population. L'objectif étant d'aboutir à une identification partagée des enjeux de santé et des actions à mettre en place en concordance avec les moyens présents sur le territoire.

Ce diagnostic est une étape fondatrice de l'animation territoriale de santé sur le territoire, les résultats obtenus ayant pour objectif d'orienter les actions à mettre en place. Le diagnostic est ainsi une base commune de réflexion en matière de santé pour les acteurs locaux qu'ils soient élus, professionnels ou bénévoles, mais également les différents organismes départementaux ou bien régionaux.

Le diagnostic peut être décliné selon les objectifs suivants :

- Approfondir la connaissance des problématiques de santé et d'accès au système de santé de la population
- Détecter les ressources d'intervention mobilisées et mobilisables sur le territoire en vue de rendre visible et accessible le panier de services
- Identifier les besoins prioritaires de santé de la population

Pour répondre à ces objectifs, la santé ne peut être observée sous le seul prisme des besoins de soins. Ainsi, les déterminants de l'état de santé de la population seront eux aussi interrogés dès que cela sera possible.

## Méthodologie de la contractualisation d'un CLS

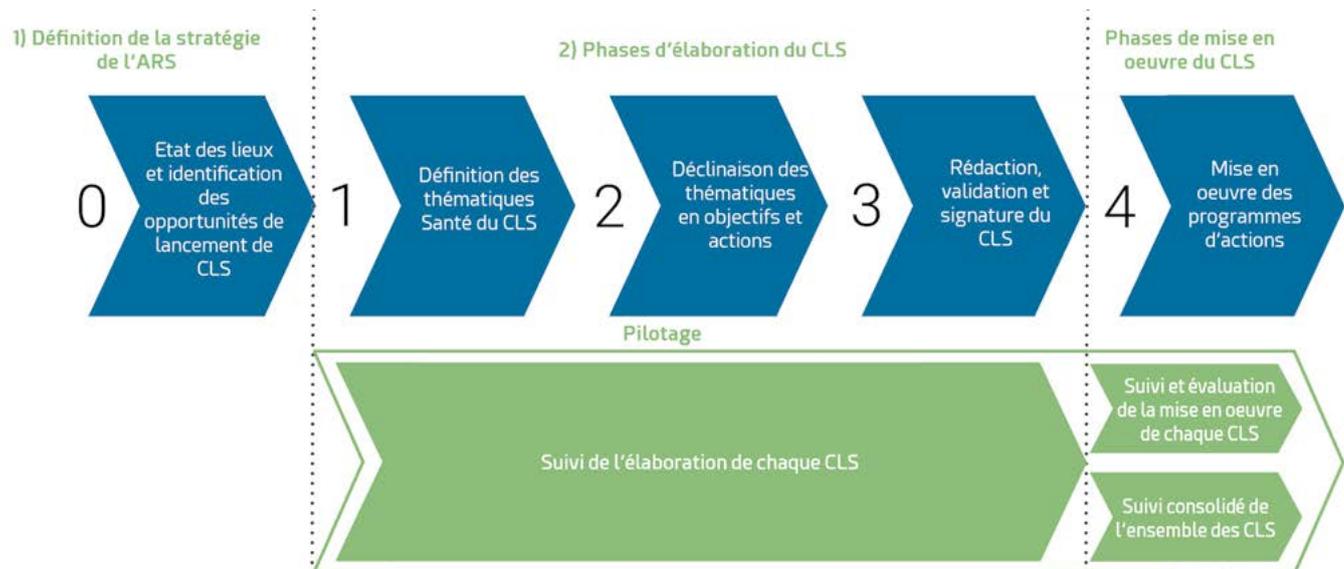


Figure 2 - Méthodologie de contractualisation du CLS

## Gouvernance du contrat local de santé

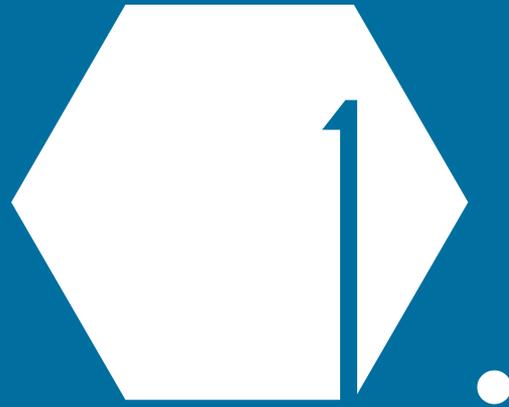
Il est attendu de cette instance trois fonctions :

- Tout d'abord comme son nom l'indique, son rôle est de piloter le Contrat Local de Santé, notamment par une validation des orientations et actions pour le mener à bien.
- Le Comité de Pilotage est aussi un garant de la bonne articulation du CLS et des autres dispositifs et service proches.
- De par sa composition, le Comité de Pilotage a aussi une capacité d'interpellation des institutions, ou services présents sur le territoire.

Le DLS est une étape qui fait partie intégrante de la démarche CLS.

Les institutions envisagées pour intégrer le comité de pilotage du DLS :

- Des élus représentants du PETR du Pays de Bray
- Des élus représentants des communautés de communes (C.C.) qui constituent le PETR
- De l'ARS Normandie
- De la Préfecture
- Du Conseil Départemental de Seine-Maritime
- De la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Normandie
- De la Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- De l'Education Nationale
- De représentants du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)
- De l'union des professionnels
- De la Caisse d'Allocation Familiale (CAF)



# CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC

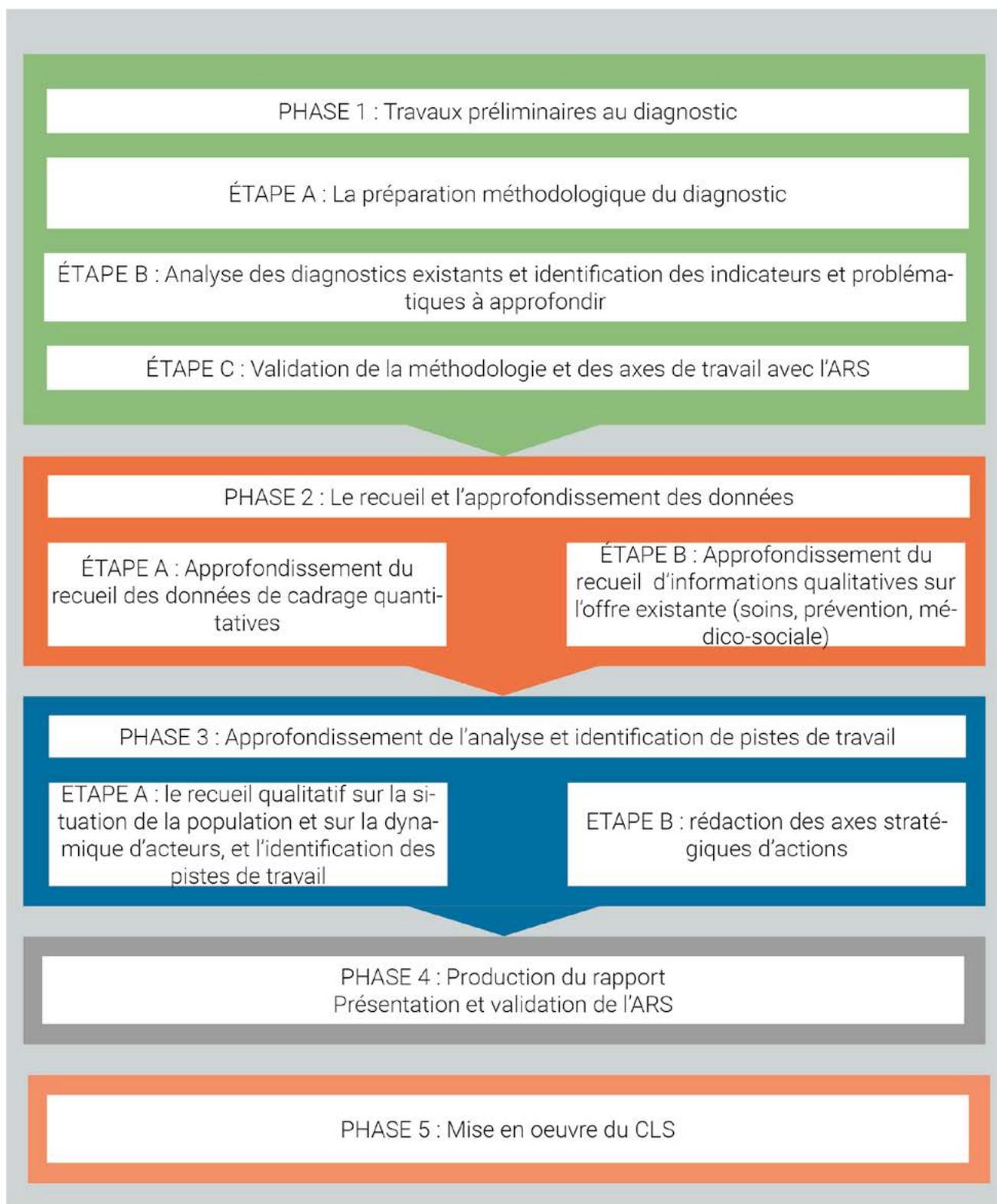


Figure 3 - Méthodologie du DLS

## 1.1. Les données quantitatives

---

La première partie de ce document a comme objectif de dresser une photographie de la situation sanitaire et sociale des C.C. qui composent le territoire du PETR et d'en faire ressortir certaines caractéristiques. Cette étape permet également d'objectiver par des données quantitatives des problématiques ressenties par les différents acteurs et d'affiner leurs analyses. Ces éléments recueillis seront également des indicateurs de référence qui pourront servir de base à certaines démarches d'évaluation des actions qui seront engagées. Les questions relatives à l'offre de soins, de l'accès aux soins, de la consommation de soins, des démarches de prévention et des trajectoires des patients ont été également posées.

Les principales données quantitatives mobilisées pour ce diagnostic sont :

- Les données sociodémographiques
- Les données de mortalité
- Les rapports d'activités obtenus auprès des structures
- Les données de recours aux soins ambulatoires
- Une description de l'offre sanitaire, médicosociale et sociale, de prévention ...

La fusion depuis le 1er janvier 2017 des 7 C.C. du PETR du Pays de Bray en 3 C.C. a pour effet que bon nombre d'indicateurs ne sont pas disponibles ou bien actualisés pour dresser un portrait statistique de ces 3 nouvelles C.C.

Pour autant, afin de garantir l'intelligibilité et l'intégration d'une dynamique territoriale, tout en respectant les particularités locales présentes sur le territoire de l'étude, le choix a été opéré de retenir les anciennes C.C. comme échelon pour la présentation des données statistiques.

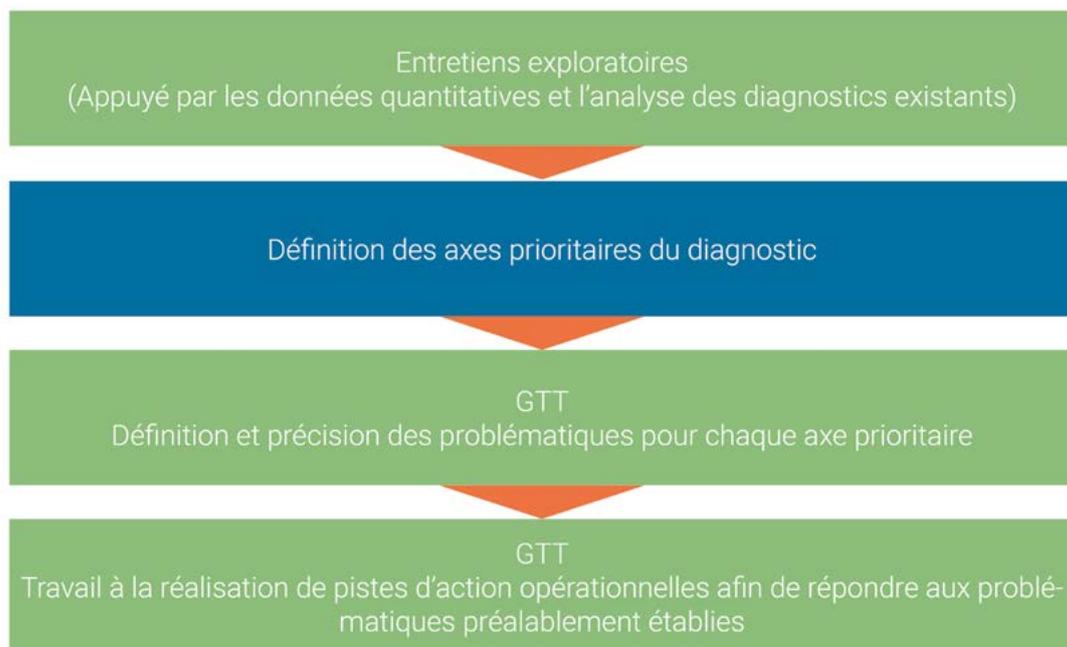
Cependant, dès lors qu'une situation, une réflexion ou bien un questionnement l'exigeait et le permettait, une focale plus réduite a été employée. Pour des raisons techniques de systèmes d'informations et de confidentialité (effectif limité), une grande part des indicateurs ne peut être extrait des systèmes d'informations statistiques à une échelle infracommunale ou être disponible à cette échelle.

## 1.2. Les données qualitatives

La seconde phase d'étude de ce diagnostic local de santé a pour objectif de recueillir des informations qualitatives tant de la situation sanitaire que de la situation sociale présente sur la communauté de communes (C.C.). Il s'agit plus précisément de recenser les actions et projets mis en place, ou qui le seront par les acteurs travaillant dans le champ du sanitaire et du social. Cela nous permettra également, d'obtenir une connaissance affinée et précise de l'offre préalablement répertoriée et des manques ou difficultés repérés par ces acteurs de terrain dans l'exécution de leur travail, mais aussi les difficultés présentes sur le territoire.

Pour ce faire ont été menées :

- Des rencontres des acteurs clefs du territoire en entretien individuel
- Des rencontres des acteurs clefs du territoire au cours de GTT (Groupe de Travail Thématique) pour une définition précise des problématiques et un travail en commun sur les pistes d'actions pour



participer à une meilleure offre de service auprès des administrés du territoire

**Figure 4 - Méthodologie qualitative du DLS**

Tout au long du diagnostic local de santé, il sera porté une attention particulière aux dynamiques partenariales présentes sur le territoire des acteurs de la santé.

En effet, la mise en œuvre d'une politique locale de santé est fondée sur un système d'acteurs multiples et complexe. Il est primordial que l'ensemble des acteurs parviennent à des compromis permettant la mise en place d'actions.

Le présent document s'attèle donc à mettre en exergue une compréhension des logiques et stratégies d'acteurs avec pour objectif une amélioration des synergies territoriales en matière de santé.

L'analyse des interactions entre institutions, collectivités, professionnels et la population est fondamentale. Elle dévoile la flexibilité de l'organisation locale de ces acteurs et permet d'appréhender au mieux les facteurs permettant une mobilisation de ces derniers.



# PRÉSENTATION DU TERRITOIRE

## 2.1. Le PETR du Pays de Bray

Le Pôle d'Équilibre Territorial et Rural (PETR) du Pays de Bray a été créé en 2004 (alors nommé SMAD – Syndicat Mixte d'Aménagement et de Développement) pour regrouper les missions assumées alors au sein de deux associations distinctes et simplifier la mise en place d'actions collectives sur le Pays.

Dans ses statuts, seules les compétences « animation du territoire » et « Schéma de Cohérence Territoriale » apparaissent, mais le PETR peut, à la demande de ses membres, intervenir sur des actions collectives communes aux trois ou à quelques C.C. qui le composent.

Il s'agit donc d'un « outil collectif » souple qui s'adapte à la volonté de ses membres. Sans se substituer aux actions des C.C., le Pays accompagne les trois intercommunalités brayonnes.



Figure 5 - Périmètre du PETR du Pays de Bray en 2019

Le PETR porte sept types de missions principales :

- L'accompagnement des porteurs de projets : le PETR est un relais local qui peut être à la fois technique sur le fond du projet, mais également financier ou administratif.
- La promotion du territoire : travail partenarial pour des actions coordonnées qui valorisent le Pays, réalisation du guide touristique et de l'agenda culturel Goûts et Couleurs.
- La mobilisation de fonds sur des appels à projets ou des projets à dimension « pays » : LEADER sur le patrimoine naturel et culturel, et aujourd'hui sur les questions économiques et de services à la personne, les Mesures Agro-Environnementales et Climatiques.
- La contractualisation : elle permet d'obtenir un engagement financier des partenaires pour

des projets structurants à l'échelle du Pays. Outre l'obtention des fonds dédiés au territoire, la contractualisation permet d'inscrire des fonds de droit commun conditionnés à un projet de territoire (friches, zones d'activité, fibre optique, maisons de santé...).

- La prospective : le Pays assure une veille et initie des réflexions sur des sujets tels que le SCoT, les produits du terroir, la santé, l'urbanisme ou encore le tourisme qui doivent être étudiés à l'échelle d'un bassin de vie.
- La prestation de service : le PETR propose aux collectivités de son territoire d'assurer la mission d'instruction du droit des sols (ADS), au Pays entre Seine et Bray un accompagnement à l'ingénierie LEADER...
- L'animation : le Pays a mis en place une ingénierie de treize personnes notamment au service des communes, des C.C., des agriculteurs, des acteurs associatifs sur diverses thématiques.

Avant 2016, le Pôle d'Équilibre Territorial et Rural du Pays de Bray regroupait 7 C.C. au nord-est de l'ancienne région Haute-Normandie, qui sont les suivantes :

- C.C. du Bray Normand (18 communes),
- C.C. du Canton de Forges-les-Eaux (21 communes),
- C.C. des Monts et de l'Andelle (15 communes),
- C.C. du Pays Neufchâtelois (23 communes),
- C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray (15 communes),
- C.C. du Canton de Londinières (17 communes),
- C.C. du Bosc d'Eawy (15 communes).

Depuis le 1er janvier 2017, le nombre de Communautés de Communes est de 3 :

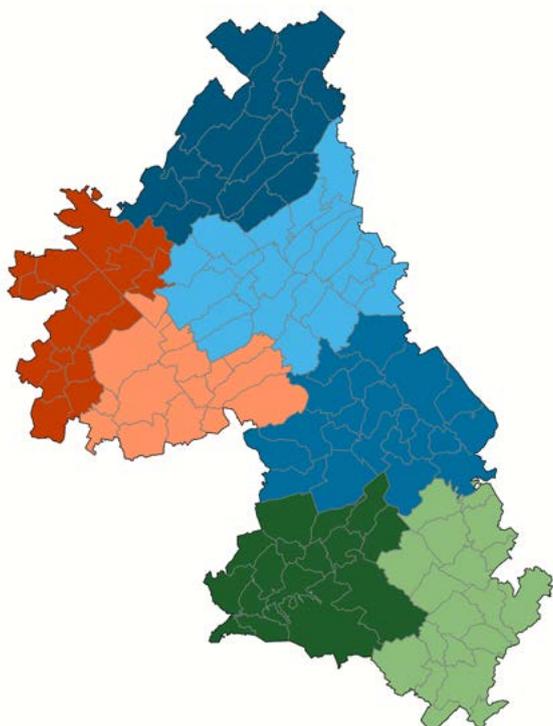
- C.C. de Londinières (16 communes),
- C.C. de Bray Eawy (46 communes),
- C.C. des 4 Rivières (54 Communes).

Les dynamiques territoriales et de santé présentes et futures sur ces 3 territoires seront intégrées dans l'analyse des éléments recueillis dans le cadre de ce diagnostic ainsi que dans l'élaboration des axes stratégiques et des propositions d'actions.

Au 1er janvier 2018, le territoire du Pays de Bray est composé de 115 communes. Nous retrouvons une répartition des habitants dans les communes particulièrement disparates. Ainsi, la commune avec le nombre d'habitants le moins important est celle de Puisenval (28 habitants), à l'opposé, la commune de Gournay-en-Bray est celle qui accueille le plus d'habitants (6 390 habitants en 2013).

- 8 communes ont un nombre d'habitants inférieur à 100 habitants
- 80 communes ont un nombre d'habitants compris entre 100 et 500 habitants
- 15 communes ont un nombre d'habitants entre 500 et 1 000 habitants
- 8 communes ont entre 1 000 et 2 000 habitants
- 4 communes ont plus de 2 000 habitants

2016



2017

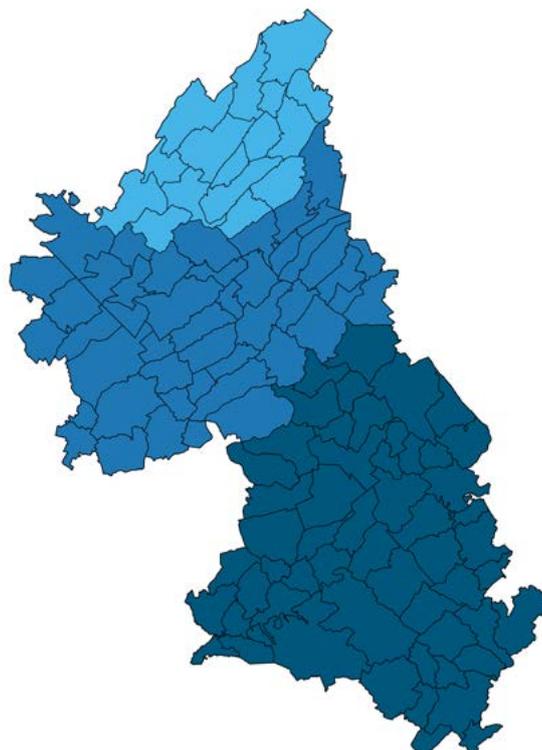


Figure 6 - Évolution des communautés de communes du Pays de Bray

## 2.2. La santé en milieu rural, une spécificité

Les inégalités de santé sont bien souvent la cause d'un enchevêtrement de difficultés (revenu faible, conditions de vie difficiles, déficit éducatif) entraînant une précarisation et un isolement de l'individu. À ces inégalités individuelles, peuvent s'ajouter des difficultés liées à l'environnement de l'assuré.

Si, à cette spécificité rurale, nous ajoutons une forme de précarisation, alors l'accès à la santé est compromis par une multitude de sources de difficultés pour des raisons de coût financier, de transport, de connaissance des dispositifs en place ... d'autant plus fortes que la précarité et l'isolement sont importants. Les problématiques de santé pour les personnes en situation de précarité sont bien trop souvent considérées comme moindres comparativement à celles liées au logement, l'emploi, le transport ...

Les inégalités de santé sont donc du ressort de deux niveaux, que sont :

- Les inégalités sociales, qui renvoient aux disparités d'accès aux soins dans leur globalité entre les catégories sociales
- Les inégalités territoriales qui renvoient aux disparités d'accès aux soins dans leur globalité entre les territoires

Si pour la personne en situation de précarité ou non, entreprendre des démarches de santé devient trop complexe, il apparaît alors un report de soins suivi d'un renoncement aux soins.



# DONNÉES DE CADRAGE

Cette première partie du diagnostic met en avant des éléments dits quantitatifs du territoire. Elle a pour objectif de dresser une photographie précise et objective de la situation sanitaire et sociale du territoire et d'en faire ressortir les principales caractéristiques. Cette étape a également pour fonction d'objectiver, à l'aide d'éléments quantitatifs, des problématiques vécues et mises en avant par les acteurs et d'affiner leur analyse. Enfin, les éléments recueillis permettront de posséder des indicateurs de référence pour réaliser un suivi de l'évolution du territoire.

Pour des raisons techniques de systèmes d'informations et de confidentialité (effectif limité), des indicateurs ne peuvent être extraits des systèmes d'informations statistiques à une échelle infra-communale ou être disponibles à cette échelle.

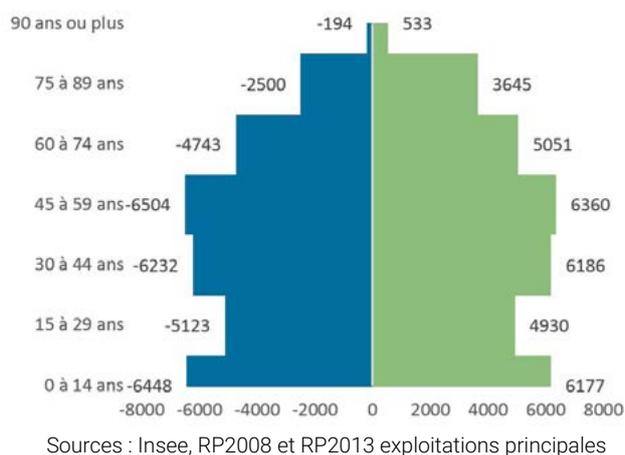
## 3.1. Portrait sociodémographique du territoire

### 3.1.1. Structure par âge de la population

**Tableau 1** - Répartition par âge et genre de la population du Pays de Bray

	Hommes %	Femmes %
0 à 14 ans	20,3%	18,8%
15 à 29 ans	16,1%	15,0%
30 à 44 ans	19,6%	18,8%
45 à 59 ans	20,5%	19,3%
60 à 74 ans	14,9%	15,4%
75 à 89 ans	7,9%	11,1%
90 ans ou plus	0,6%	1,6%
Ensemble	100%	100%

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales



**Figure 7** - Pyramide des âges de la population sur le territoire du PETR du Pays de Bray

En 2013, la proportion de personnes de 60 ans et plus sur le périmètre d'intervention du PETR est de 25,8% de la population totale. Ce chiffre est supérieur à celui du département de la Seine-Maritime (23,8%), ou de la France métropolitaine (24%) mais est très proche de celui observable sur la région Normandie (25,1%).

En effectuant une comparaison avec la tranche d'âge de plus de 75 ans, il est possible d'observer une représentation plus importante sur le territoire du Pays de Bray, avec une différence de 2 points de pourcentage en comparaison au territoire départemental.

## 3.1.2. Évolution de la population

Tableau 2 - Evolution de la population par C.C. entre 2008 et 2013 (en %)

	Ex-C.C. du Bray Normand	Ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	Ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	Ex-C.C. du pays Neufchâtelois	Ex-C.C. Saint-Saëns - Porte de Bray	C.C. de Londinières	Ex-C.C. du Bosc d'Eawy
<b>Variation de la population : taux annuel moyen entre 2008 et 2013</b>	0,5%	0%	1,9%	0,6%	1,3%	0,8%	0,9%
<b>Dont variation due au solde naturel : taux annuel moyen entre 2008 et 2013</b>	0,1%	-0,2%	0,6	0%	0,4%	0,2%	0,1%
<b>Dont variation due au solde apparent des entrées sorties : taux annuel moyen entre 2008 et 2013</b>	0,4%	0,2%	1,3%	0,6%	0,9%	0,5%	0,7%

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales

Si les variations de population des anciennes C.C. sont toutes positives (à l'exception de la C.C. du canton de Forges-Les-Eaux dont la variation est nulle), cela n'exclut pas que ces variations de population soient hétérogènes. Ainsi, à titre d'exemple, la C.C. des Monts et de l'Andelle est celle qui voit sa population progresser de la manière la plus importante. Cela est principalement dû au solde apparent des entrées et sorties. Les chiffres présentés dans le tableau ci-dessus mettent en avant une relative attractivité sur l'ensemble du territoire du PETR du Pays de Bray, le solde migratoire étant pour l'ensemble des C.C. positif. La variation de population sur le territoire est supérieure à celle présente sur le département (0,1%), mais également de la région (0,2%) au cours de la même période.

Pour ce qui est du solde naturel sur le territoire du Pays de Bray celui-ci est supérieur à celui du département, mais également de la région.

Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période.

Le solde apparent des entrées et sorties est la différence entre le nombre de personnes entrées sur un territoire donné et le nombre de personnes qui en sont sorties, au cours de la période considérée. Il est obtenu par différence entre la variation totale de la population au cours de la période considérée et le solde naturel.

Source : INSEE

### 3.1.3. Taille des ménages et familles

Une famille est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes, et est constituée :

- soit d'un couple vivant au sein du ménage, avec le cas échéant son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage ;
- soit d'un adulte avec son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale).

Pour qu'une personne soit enfant d'une famille, elle doit être célibataire et ne pas avoir de conjoint ou d'enfant faisant partie du même ménage.

Un ménage, au sens statistique du terme, désigne l'ensemble des occupants d'un même logement sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté (en cas de cohabitation, par exemple). Un ménage peut être composé d'une seule personne.

Source : INSEE

**Tableau 3 - Typologie des ménages sur les anciennes communautés de communes en 2013 (en %)**

	Ex-C.C. du Bray Normand	Ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	Ex-C.C. Monts et de l'Andelle	Ex-C.C. pays Neufchâtelois	Ex-C.C. Saint-Saëns - Porte de Bray	C.C. de Londinières	Ex-C.C. Bosc d'Eawy
<b>Ménages d'une personne</b>	34%	30,4%	23,8%	31%	22,8%	25,8%	25,5%
<b>Hommes seuls</b>	14,7%	14,1%	12,9%	11,7%	9,9%	9,5%	13,4%
<b>Femmes seules</b>	19,3%	16,2%	11%	19,3%	12,9%	16,4%	12,1%
<b>Autres ménages sans famille</b>	2,3%	2,5%	2,2%	1,7%	1,3%	1%	2,1%
<b>Ménages avec famille(s) dont la famille principale est :</b>	63,7%	67,2%	73,9%	67,3%	76%	73,2%	72,3%
<b>Couple sans enfant</b>	29,2%	32,3%	33,9%	32%	30,5%	35,3%	32,1%
<b>Couple avec enfant(s)</b>	26,1%	26,6%	35,3%	27,9%	39,6%	33,3%	33,8%
<b>Famille monoparentale</b>	8,3%	8,3%	4,7%	7,5%	6%	4,7%	6,5%
<b>Ensemble</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations complémentaires.

La part des personnes seules est plus importante sur les anciennes C.C. du Bray Normand (34%), du Pays Neufchâtelois (31%) et la C.C. du canton de Forges-Les-Eaux (30,4%). Ces chiffres mettant en avant un grand nombre de ménages d'une personne sont à mettre en relation avec la proportion importante de personnes âgées résidant dans ces anciennes C.C. (27% de plus de 60 ans sur l'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois et du Bray Normand, 29% pour l'ancienne C.C. du canton de Forges-Les-Eaux).

### 3.1.4. Familles selon le nombre d'enfants âgés de moins de 25 ans

**Tableau 4 - Composition des familles en nombre d'enfants en 2013 par C.C en %**

	Ex-C.C. du Bray Normand	Ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	Ex-C.C. Monts et de l'Andelle	Ex-C.C. pays Neufchâtelais	Ex-C.C. Saint-Saëns - Porte de Bray	C.C. de Londinières	Ex-C.C. Bosc d'Eawy
<b>Ensemble</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Aucun enfant</b>	51,6%	53,8%	49,3%	53,2%	45,5%	52,2%	50,5%
<b>1 enfant</b>	21%	19,4%	16,7%	18,9%	20,6%	20,3%	19,9%
<b>2 enfants</b>	18,7%	17,9%	23,4%	18,8%	23,9%	17,8%	20,1%
<b>3 enfants</b>	6,7%	6,4%	8,6%	6,9%	8,1%	6,9%	6,8%
<b>4 enfants ou plus</b>	2%	2,4%	2,1%	2,1%	1,9%	2,9%	2,6%

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations complémentaires.

De nouveau des disparités peuvent être observées dans le nombre de famille ayant au moins 3 enfants (les familles nombreuses) sur le territoire. Ainsi la proportion de familles nombreuses est plus importante sur les anciennes C.C. des Monts et de l'Andelle et de Saint-Saëns Porte de Bray.

### 3.1.5. Les familles monoparentales sur le territoire du PÉTR du Pays de Bray

Source : Insee RP2013

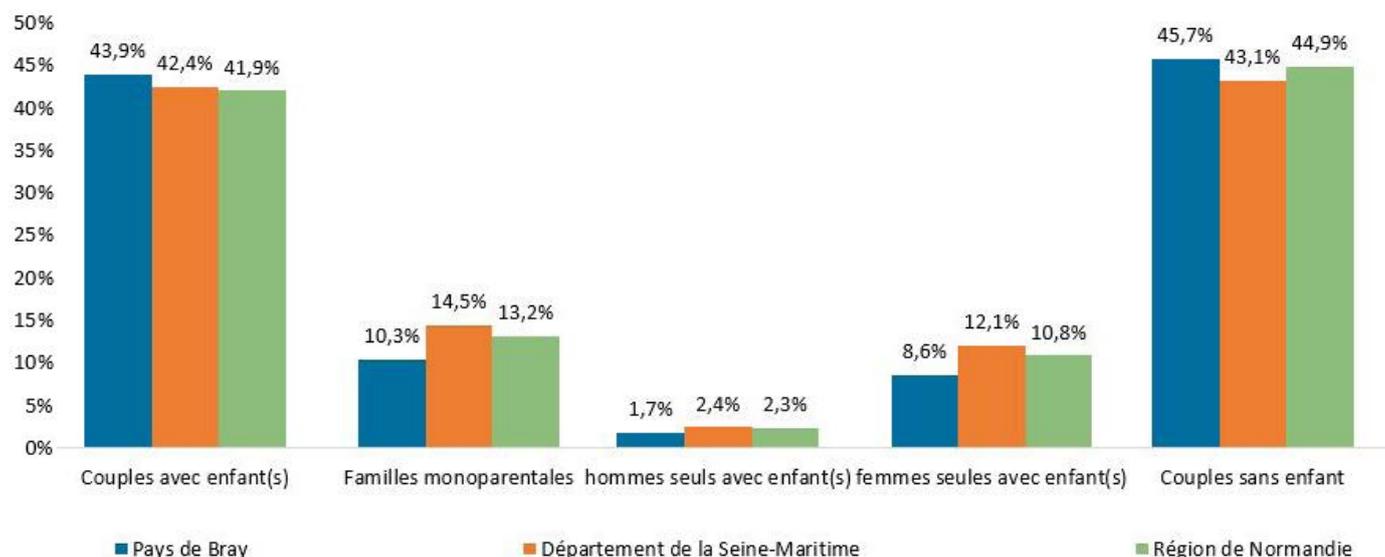


Figure 8 - Composition des familles du Pays de Bray

Sur le territoire du Pays de Bray une part moins importante de familles monoparentales (10,3%) que sur le département (14,5%) ou bien encore la région (13,2%) est observée. Les autres valeurs sont très proches de celles existantes à l'échelle du département ou bien encore de la région. Dans le cas du Pays de Bray, 83% des familles monoparentales ont une femme à leur tête.

Les deux territoires avec la plus importante proportion de familles monoparentales sont celles de l'ex-C.C. du Bray Normand et l'ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux 8,3%.

Tableau 5 - Composition des familles en 2013 par statut des familles par C.C. en %

	Ex-C.C. du Bray Normand	Ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	Ex-C.C. Monts et de l'Andelle	Ex-C.C. pays Neufchâtelois	Ex-C.C. Saint-Saëns - Porte de Bray	C.C. de Londinières	Ex-C.C. Bosc d'Eawy
<b>Ensemble</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Couples avec enfant(s)</b>	40,9%	39,4%	47,7%	41,3%	51,9%	45%	46,2%
<b>Familles monoparentales</b>	13,2%	12,7%	6,4%	11,1%	8,1%	7,3%	9,1%
<b>Hommes seuls avec enfant(s)</b>	1,9%	2,6%	1,3%	2,2%	1,5%	1,2%	0,6%
<b>Femmes seules avec enfant(s)</b>	11,3%	10,2%	5%	8,9%	6,6%	6,1%	8,5%
<b>Couples sans enfant</b>	45,9%	47,9%	45,9%	47,6%	40%	47,7%	44,7%

Source : Insee RP2013

# SYNTHÈSE DÉMOGRAPHIE

---

## Seine-Maritime

24,1% de la population du département de Seine-Maritime a plus de 60 ans  
14,5% des familles sont des familles monoparentales

## C.C. Londinières

26% de la population de la C.C. Londinières a plus de 60 ans. Une proportion supérieure de 2 points à celle que l'on trouve sur le département seinomarin.

Ce territoire est également l'un de ceux avec une des plus faibles proportions de familles monoparentales à savoir 6,8%.

## C.C. de Bray Eawy

L'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois est celle qui a la variation due au solde naturel la plus importante entre 2008 et 2013. L'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois est aussi une de celle qui accueille la plus grande proportion de famille monoparentale (11,1%).

## C.C. des 4 Rivières

26,7% de la population a plus de 60 ans sur la C.C. des 4 Rivières. L'ancienne C.C. du canton de Forges-les-Eaux est celle qui abrite la plus grande proportion de personnes âgées de plus de 60 ans (28,6%).

Les anciennes C.C. du Bray Normand et du canton de Forges les Eaux sont celles où l'on retrouve la proportion la plus importante de familles monoparentales (13,1% et 12,7%). L'ancienne C.C. des Monts et de l'Andelle est, quant à elle, celle avec la plus faible proportion : 6,4%.

## 3.2. Logement

Le Pays de Bray est un territoire rural composé d'un nombre important de petites communes, avec une faible densité de population. Cette configuration a pour conséquence :

- Un habitat dispersé, non mitoyen et énergivore
- Des déplacements en voiture contraints
- Un isolement énergétique sous-jacent

### 3.2.1. Résidences principales en 2013 selon la période d'achèvement

Le rapport de l'étude relative à la préfiguration d'un Programme d'Intérêt Général Habitat (PIG Habitat) sur le territoire, met en exergue le caractère vieillissant du parc de logement du territoire. En effet, la majeure partie des logements du Pays de Bray a été construite avant 1975, et même avant 1948 (plus de 50 %, d'après les données du Plan Départemental de l'Habitat de Seine-Maritime 2013-2019), des données confirmées par celles de l'INSEE (voir tableau ci-dessous).

**Tableau 6 - Période de construction de la résidence principale en Pays de Bray (en %)**

	ex-C.C. du Bray Normand	ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	ex-C.C. de Saint-Saëns - Porte de Bray	C.C. Londinières	ex-C.C. du Bosc d'Eawy
<b>Résidences principales construites avant 2011</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Avant 1919</b>	24,8%	29,9%	40%	26,1%	35,4%	32,1%	29,1%
<b>De 1919 à 1945</b>	10,7%	13,9%	8%	7,7%	7,8%	14,9%	7,8%
<b>De 1946 à 1970</b>	21,5%	14,3%	8,4%	21,8%	8,8%	15,4%	11%
<b>De 1971 à 1990</b>	22,9%	19,8%	21,4%	25,6%	20,9%	17,6%	31,3%
<b>De 1991 à 2005</b>	12,2%	15,6%	13,3%	11,6%	19,4%	12,4%	14,1%
<b>De 2006 à 2010</b>	7,9%	6,5%	8,9%	7,3%	7,6%	7,6%	6,7%

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales

Les impacts de l'habitat dégradé, indigne ou encore du mal logement sur la santé sont nombreux et d'intensité variable au niveau des pathologies ou troubles et influent autant sur la santé physique que mentale.

L'habitat indigne ou bien dégradé peut revêtir deux formes : l'une concernant le mal-logement (vétuste, inadapté...) et une autre concernant plus spécifiquement la précarité énergétique. Celles-ci peuvent se cumuler.

Le logement constitue une véritable condition du bien vieillir de par sa localisation ou sa qualité. Le logement est donc un levier important pour la préservation de l'autonomie des personnes âgées.

Un logement adapté pour les personnes âgées favorise notamment :

- La capacité de se déplacer de façon autonome
- La capacité à maintenir des relations sociales

Si un logement adapté est un facteur d'inclusion sociale et de qualité de vie, un logement non adapté à l'accueil de personnes âgées est un facteur d'exclusion et de fragilité.

L'allongement de la durée de vie et le souhait des personnes âgées de vieillir à domicile révèlent un besoin accru d'adaptation des logements. En parallèle d'autres évolutions concernant le secteur de la santé, notamment le développement de la médecine ambulatoire, confirment ce même besoin d'adaptation.

### 3.2.2. Catégories et types de logements

**Tableau 7 - Catégories et typologies des logements en Pays de Bray (en %)**

	ex-C.C. du Bray Normand	ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	ex- C.C. du Pays Neufchâtelois	ex- C.C. de Saint-Saëns - Porte de Bray	C.C. Londinières	ex-C.C. du Bosc d'Eawy
<b>Ensemble</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Résidences principales</b>	89%	81,3%	81,1%	86,9%	89,6%	80,5%	89%
<b>Résidences secondaires et logements occasionnels</b>	5,1%	8,8%	12,7%	5,4%	4,2%	13%	5,1%
<b>Logements vacants</b>	5,9%	9,9%	6,2%	7,7%	6,2%	6,5%	5,9%

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales

La proportion de résidences principales est relativement proche de celle présente sur le territoire départemental (89,3%) pour les anciennes C.C. du Bray Normand, du Pays Neufchâtelois, de Saint-Saëns-Porte de Bray et du Bosc d'Eawy. Les anciennes C.C. du canton de Forges-les-Eaux, des Monts et de l'Andelle et de Londinières sont quant à elles proches de celles observables à l'échelon régional (82,9%).

La proportion de logements vacants sur les anciennes C.C. du Bosc d'Eawy et du Bray Normand (5,9%) est plus faible que sur le reste du territoire brayon.

La proportion de logements vacants de ces deux anciennes C.C. est bien inférieure à celle visible aux échelons départemental (7,1%), régional (7,3%) ou national (7,8%).

**Tableau 8 - Répartition des maisons et appartements sur le territoire du Pays de Bray (en %)**

	ex-C.C. du Bray Normand	ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	ex- C.C. du Pays Neufchâtelois	ex- C.C. de Saint-Saëns - Porte de Bray	C.C. Londinières	ex-C.C. du Bosc d'Eawy
<b>Maisons</b>	89,2%	82,1%	94,9%	78,7%	90,3%	94,7%	89,2%
<b>Appartements</b>	10,3%	17%	3,9%	20%	9,5%	4,9%	10,3%

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales

Comme pour un grand nombre de territoires ruraux, le nombre de résidences de type appartement est relativement faible. Toutefois deux anciennes C.C., celles du canton de Forges-les-Eaux et du Pays Neufchâtelois observent une proportion significativement plus importante d'appartements. Si cette proportion est plus importante, elle reste bien en dessous de celle présente sur les territoires départementaux et régionaux (32,3%) ou bien encore nationaux (42,9%).

### 3.2.3. Résidences principales selon le nombre de pièces

**Tableau 9 - Nombre de pièces dans les résidences principales en Pays de Bray (en %)**

	ex-C.C. du Bray Normand	ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	ex- C.C. du Pays Neufchâtelois	ex- C.C. de Saint-Saëns - Porte de Bray	C.C. Londinières	ex-C.C. du Bosc d'Eawy
<b>Ensemble</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>1 pièce</b>	2,3%	2,1%	0,6%	2,6%	0,9%	0,7%	2,5%
<b>2 pièces</b>	10%	7,2%	5,1%	7,7%	5,4%	4,7%	4,5%
<b>3 pièces</b>	21,7%	19,2%	14,3%	19%	15,2%	17,4%	15,8%
<b>4 pièces</b>	27,5%	28,6%	27,6%	27,9%	27%	29,6%	27,3%
<b>5 pièces ou plus</b>	38,6%	43%	52,5%	42,9%	51,5%	47,6%	49,8%

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales

Les résidences principales sont le plus souvent équipées d'au moins 3 pièces. De plus, ce type de logement est le plus souvent ancien, voire très ancien.

En 2012, un sondage réalisé par OpinionWay pour l'Observatoire de l'intérêt général sur 1 006 individus représentatifs de la population française, indiquait que 90% des Français préfèrent adapter leur logement plutôt que de vivre dans une maison de retraite. Une volonté de la part des Français de vieillir à leur domicile est donc visible. Or avec le temps, il apparaît nécessaire l'adaptation des logements pour pallier à la perte d'autonomie des habitants avançant en âge. Plus le nombre d'habitants âgés progresse et plus le nombre de logements nécessitant une adaptation progresse également.

Les différentes données présentées en amont indiquent un vieillissement de la population sur le territoire rural du Pays de Bray, phénomène qui devrait être amené à s'accroître en l'absence de renouvellement des générations et dans le cas d'un solde migratoire très modéré. Ce vieillissement de la population fait craindre une augmentation des dépenses pour les personnes âgées, leurs aidants, leurs familles, mais également des administrations publiques ayant comme compétences le logement et/ou le bien-être des personnes âgées.

## 3.3. Données relatives au revenu et à la précarité financière

### 3.3.1. Revenus

L'unité de consommation est une unité de mesure qui permet de relativiser le revenu du ménage suivant sa taille et sa structure par âge : le premier adulte compte pour un, les autres personnes de 14 ans et plus pour 0,5 et les jeunes enfants pour 0,3. Le revenu par unité de consommation, utilisé dans cette étude, est le revenu du ménage, rapporté au nombre d'unités de consommation qui le composent. Il permet d'établir une comparaison entre ménages de composition différente.

**Tableau 10** - Médiane du revenu disponible par unité de consommation (en euros)

	Médiane du revenu disponible par unité de consommation (en euros) en 2013
<b>ex-C.C. du Bray Normand</b>	19 149 €
<b>ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux</b>	18 702 €
<b>ex-C.C. des Monts et de l'Andelle</b>	19 598 €
<b>ex-C.C. du Pays Neufchâtelois</b>	19 056 €
<b>ex-C.C. Saint-Saëns - Porte de Bray</b>	19 276 €
<b>C.C. de Londinières</b>	17 768 €
<b>ex-C.C. du Bosc d'Eawy</b>	19 148 €
<b>Département de Seine Maritime</b>	19 811 €
<b>Région Normandie</b>	19 707 €

Champ : ménages fiscaux - hors communautés et sans abris

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-ccmsa, Fichier localisé social et fiscal

Le revenu médian pour l'ensemble des communautés de communes qui composent le périmètre du PETR du Pays de Bray est inférieur à celui présent sur le département (19 811€) ou encore celui de la région Normandie (19 707€). Le tableau indique que le territoire avec la plus faible médiane du revenu disponible par unité de consommation est celui de la C.C. de Londinières avec 17 768€.

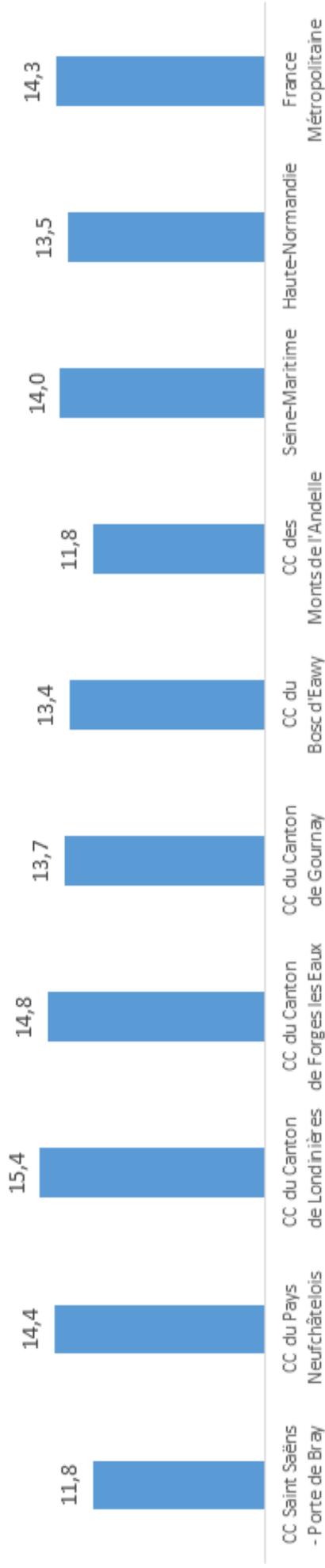
### 3.3.2. 1<sup>er</sup> décile et taux de pauvreté sur les anciennes communautés de communes du PETR du Pays de Bray

**Tableau 11** - Répartition du revenu du 1<sup>er</sup> décile en Pays de Bray

	ex-C.C. Saint Saëns - Porte de Bray	ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	C.C. de Londinières	ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux	ex-C.C. du Bray du Normand	ex-C.C. du Bosc d'Eawy	ex-C.C. des Monts de l'Andelle	Seine-Maritime	Ex-Haute-Normandie	France Métropolitaine
<b>1er décile (en euros)</b>	11 350 €	10 543 €	10 648 €	10 669 €	10 841 €	10 844 €	11 291 €	10 669 €	10 804 €	10 503 €
<b>Part Revenus d'activité</b>	76,2	65,4	67,3	66,1	68,2	72,3	74,9	72,3	72,7	73,4
<b>Part Prestations sociales ensemble</b>	5,6	5,8	6,0	5,7	5,6	4,9	4,8	5,9	5,7	5,0
<b>dont Part prestations familiales</b>	3,3	2,6	3,0	2,6	2,6	2,7	3,1	2,5	2,5	2,2
<b>dont Part Minima sociaux</b>	1,1	1,7	1,6	1,7	1,5	1,1	0,9	1,7	1,6	1,4
<b>dont Part prestations logement</b>	1,2	1,5	1,4	1,5	1,4	1,0	0,9	1,7	1,6	1,4

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Chav-CC msa, Fichier localisé social et fiscal, découpage géographique au 01/01/2013, Mise en ligne le 2 juin 2015

Le 1<sup>er</sup> décile, c'est-à-dire les 10% des habitants ayant le plus bas revenu du territoire, correspond à un revenu sensiblement identique ou bien supérieur à celui présent en France Métropolitaine notamment dans le périmètre de l'ancienne C.C. Saint Saëns - Porte de Bray (11 350€) et de l'ancienne C.C. des Monts de l'Andelle (11 291€). Pour autant ces mêmes 10% ont un revenu très proche de leurs homologues du département ou de la région.



Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnnav-Cnmsa, Fichier localisé social et fiscal, découpage géographique au 01/01/2013, Mise en ligne le 2 juin 2015 social et fiscal

**Figure 9 - Taux de pauvreté sur le territoire du Pays de Bray (en %)**

Le taux de pauvreté correspond à la part d'individus dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie national médian soit (987 € par mois en 2012). Toutes classes d'âges confondues, le taux de pauvreté le plus important se situe sur la C.C. de Londinières (15,4 %), l'ancienne C.C. du canton de Forges-les-Eaux (14,8 %) et l'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois (14,4 %).

La classe d'âge où le taux de pauvreté est le plus important est celle des moins de 30 ans. Tout comme pour l'ensemble de la population ce taux est particulièrement important sur la C.C. de Londinières (22,8 %), l'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois (23,5 %) et l'ancienne C.C. du canton de Forges-les-Eaux (23,3 %).

**Tableau 12 - Taux de pauvreté chez les moins de 30 ans en Pays de Bray (en %)**

ex-C.C. Saint Saëns - Porte de Bray	11,4	ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	23,5	C.C. de Londinières	22,8	ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux	23,3	ex-C.C. du Bray Normand	20,7	ex-C.C. du Bosc d'Eawy	15,7	ex-C.C. des monts de l'Andelle	11,7	Seine-Maritime	16,2	Ex-Haute-Normandie	15,4	France Métropolitaine	15,8
<b>TP moins de 30 ans</b>																			

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnnav-Cnmsa, Fichier localisé social et fiscal, découpage géographique au 01/01/2013, Mise en ligne le 2 juin 2015 social et fiscal

# SYNTHÈSE LOGEMENT/ PRÉCARITÉ

---

## Seine-Maritime

Sur le département 15,8 % des résidences principales ont été construites avant 1919.

Le Département de Seine-Maritime a un taux de pauvreté de l'ordre de 14 %.

## C.C. Londinières

Avec un taux de pauvreté de 15,4 % la C.C. de Londinières est celle qui possède la plus grande proportion de population vivant sous le seuil de pauvreté. Ce sont les jeunes de moins de 30 ans qui sont le plus concernés par cette situation.

## C.C. de Bray Eawy

L'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois est également un territoire où l'on retrouve une part importante d'habitants vivant sous le seuil de pauvreté (14,4 %).

## C.C. des 4 Rivières

45 % des résidences principales des habitants de la C.C. des 4 Rivières ont été achevées avant 1915.

40 % des logements de l'ancienne C.C. des Monts et de l'Andelle ont été achevés avant 1919.

L'ancienne C.C. de Forges-les-Eaux est celle qui présente la seconde plus importante proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté (14,8 %).

## 3.4. Éducation/formation

### 3.4.1. Taux de scolarisation

Tableau 13 - Taux de scolarisation selon l'âge en Pays de Bray (en %)

	ex-C.C. du Bray Normand	ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	ex- C.C. du Pays Neufchâtelois	ex- C.C. de Saint-Saëns – Porte de Bray	C.C. Londinières	ex-C.C. du Bosc d'Eawy
<b>2 à 5 ans</b>	72,2 %	69,9 %	70,6 %	67,6 %	72,5 %	70,4 %	75,4 %
<b>6 à 10 ans</b>	99,5 %	98,3 %	99 %	98,7 %	98,7 %	98,9 %	98,7 %
<b>11 à 14 ans</b>	99,3 %	99,1 %	98,7 %	98,4 %	99,6 %	99,7 %	99,3 %
<b>15 à 17 ans</b>	95,5 %	95,7 %	96,8 %	94,5 %	96,1 %	98,5 %	96,4 %
<b>18 à 24 ans</b>	29,8 %	35 %	32 %	39,8 %	35,2 %	39,6 %	34,4 %
<b>25 à 29 ans</b>	1,7 %	2,7 %	1 %	3,5 %	1,7 %	0,9 %	2,1 %
<b>30 ans ou plus</b>	0,4 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales.

Sur le territoire, le taux de scolarisation est comparable, pour la tranche d'âge des 6-10 ans, à celui présent sur l'ensemble du territoire national. Il en est de même pour les 11-14 ans et les 15-17 ans ; cette homogénéité s'explique par le caractère obligatoire de l'instruction, passant bien souvent par l'école. Les principales disparités en comparaison avec le territoire national se retrouvent sur la classe d'âge des 2-5 ans et celle des 18-24 ans. Concernant les 2-5 ans, une scolarisation plus faible est observée sur cette classe d'âge en comparaison au territoire national, mais assez proche du taux observable sur la région Normandie.

Les principaux écarts sont présents chez les 18-24 ans. Le taux moyen de scolarisation pour cette classe d'âge en France est de 51,5 % et celui de la région 47,2 % contre au mieux 39,8 % dans l'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois. L'écart le plus important se trouve sur l'ancienne C.C. du Bray Normand où le taux est 29,8 %.

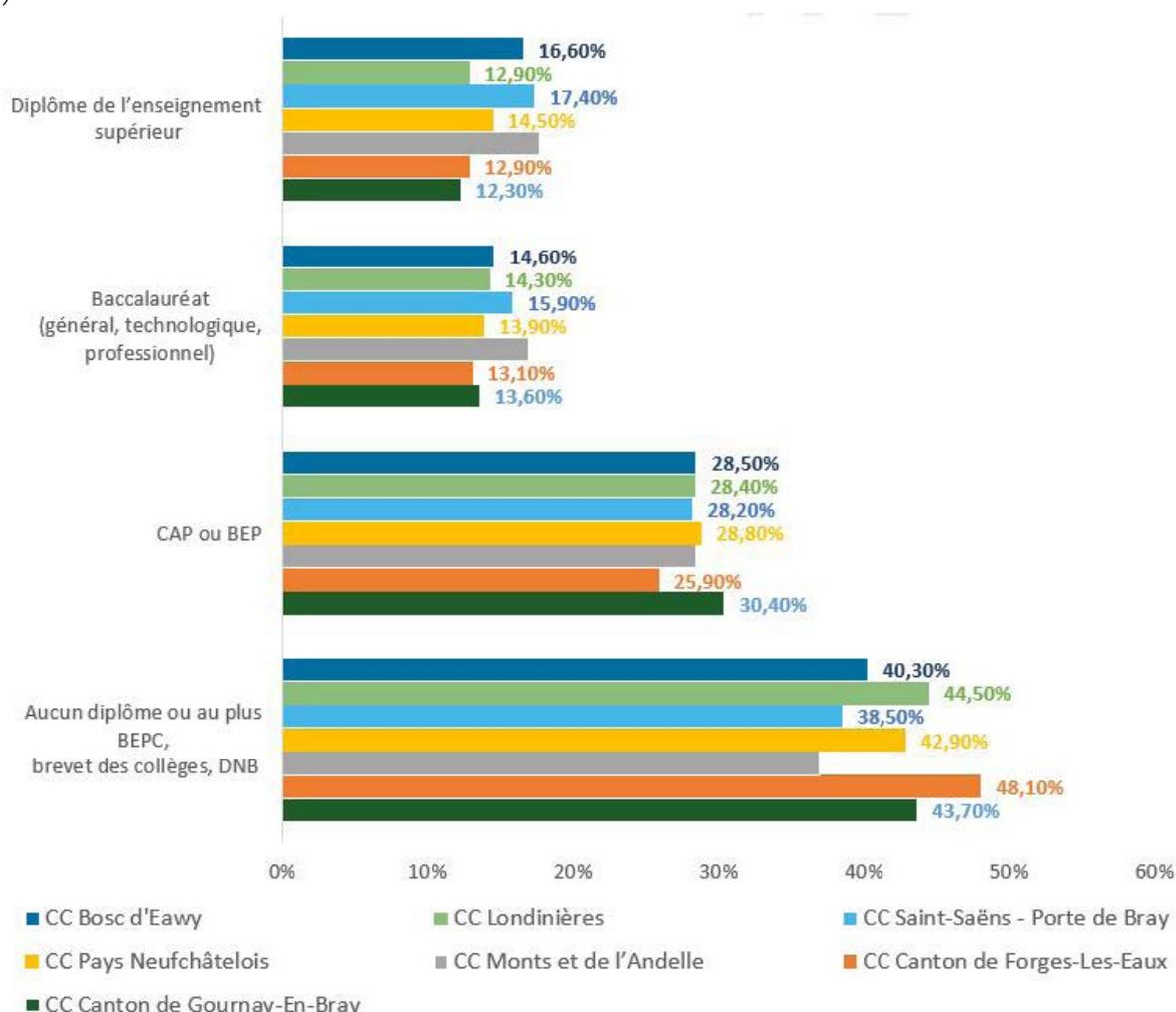
### 3.4.2. Diplômes sur les territoires

Les habitants ne disposant d'aucun diplôme ou bien d'un niveau équivalent au BEPC (Niveau VI ou V) sont proportionnellement plus nombreux, et ce pour l'ensemble des C.C. qui composent le Pays de Bray, qu'à des échelons plus grands comme le département (36 %) ou bien la région (36,4 %).

Proportionnellement, les titulaires d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) ou bien d'un Brevet d'Études Professionnelles (BEP) sont eux aussi plus nombreux sur le territoire concerné par l'étude que sur le département (27,1 %) ou bien la région (27,4 %), exception faite de l'ancienne C.C. du canton de Forges-les-Eaux.

La proportion d'habitants détenteurs du baccalauréat, qu'il soit général, technologique ou bien professionnel, est globalement proche de celle observable sur le département de Seine-Maritime (15,3 %) ou bien de la région Normandie (15,4 %).

Concernant la proportion de personnes résidant sur le territoire du PETR avec un diplôme de l'enseignement supérieur, la proportion est bien moindre en comparaison aux chiffres départementaux (21,6 %) et régionaux (20,8 %).



Sources : Insee, RP2013 exploitations principales

Figure 10 - Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus en 2013 en Pays de Bray (en %)

## 3.5. Emploi sur le territoire des communautés de communes

Note méthodologique : Le taux d'activité par sexe rapporte la population active de 25-64 ans (en emploi ou à la recherche d'un emploi) à l'ensemble de la population de 25-64 ans.

### 3.5.1. Taux de chômage

Tableau 14 - Taux de chômage par genre et communauté de communes (en %)

	Nombre de chômeurs	Taux de chômage en %	Taux de chômage des hommes en %	Taux de chômage des femmes en %	Part des femmes parmi les chômeurs en %
<b>ex-C.C. du Bray Normand</b>	841	14,1 %	12,3 %	16,2 %	54,7 %
<b>ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux</b>	590	12,3 %	11,3 %	13,5 %	50,8 %
<b>ex-C.C. des Monts et de l'Andelle</b>	297	10,5 %	10,2 %	10,8 %	48,4 %
<b>ex-C.C. du Pays Neufchâtelois</b>	685	12,8 %	12,5 %	13,2 %	48,1 %
<b>ex-C.C. Saint-Saëns – Porte de Bray</b>	460	10,6 %	9,4 %	11,9 %	53,6 %
<b>C.C. de Londinières</b>	281	11,4 %	10,3 %	12,5 %	51,2 %
<b>ex-C.C. du Bosc d'Eawy</b>	410	11,4 %	11,4 %	11,5 %	46,3 %

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales

Le taux de chômage des 15-64 ans en 2013 selon l'INSEE oscille entre 10,5 % et 14,1 % dans le périmètre du Pays de Bray. Ce taux est inférieur à celui du département de Seine-Maritime (14,8 %) et de la région Normandie (13,3 %), exception faite de l'ancienne C.C. du Bray Normand.

**Tableau 15 - Taux de chômage en % (au sens du recensement)**

		15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 à 64 ans
ex-C.C. du Bray Normand	Hommes	27,6 %	9,9 %	12,2 %
	Femmes	33,1 %	14,5 %	10,3 %
ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	Hommes	27,2 %	8,7 %	9,9 %
	Femmes	28,2 %	12,1 %	8,6 %
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	Hommes	23,4 %	7,9 %	12,0 %
	Femmes	27,0 %	8,9 %	11,3 %
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	Hommes	27,7 %	10,5 %	7,2 %
	Femmes	28,5 %	12,2 %	6,8 %
ex-C.C. Saint-Saëns – Porte de Bray	Hommes	25,7 %	6,6 %	11,9 %
	Femmes	32,1 %	9,5 %	9,9 %
C.C. de Londinières	Hommes	16,1 %	8,5 %	15,5 %
	Femmes	27,3 %	11,2 %	7,0 %
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	Hommes	26,8 %	9,2 %	10,5 %
	Femmes	29,0 %	10,0 %	6,9 %
département de Seine-Maritime	Hommes	31,8 %	11,8 %	11,0 %
	Femmes	32,5 %	13,3 %	10,7 %
région Normandie	Hommes	28,7 %	10,6 %	9,9 %
	Femmes	31,0 %	12,2 %	9,8 %

Source : Insee, RP2013 exploitation principale.

La classe d'âge qui est la plus impactée par le chômage sur le territoire d'étude est celle des jeunes âgés entre 15 et 25 ans.

Pour ce qui est du genre le plus affecté par le chômage, ce sont les femmes de 15 à 54 ans qui sont les plus impactées. Il en est de même pour le département et la région.

En revanche, concernant les 55-64 ans, ce sont les hommes qui subissent un taux de chômage supérieur à celui des femmes. Cet écart est bien moins marqué dans le cas du département et de la région.

### 3.5.2. Catégories socioprofessionnelles

**Tableau 16 - Répartition de la population par Catégories Socioprofessionnelles (CSP) (en nombre d'habitants)**

	PETR Pays de Bray	Département de la Seine-Maritime	Région Normandie
	2013	2013	2013
<b>Ensemble</b>	51 720	1 021 771	2 710 904
<b>Agriculteurs exploitants</b>	1 186	5 380	28 601
<b>Artisans, commerçants, chefs entreprises</b>	1 926	27 086	88 200
<b>Cadres et professions intellectuelles supérieures</b>	1 998	68 668	167 370
<b>Professions intermédiaires</b>	5 729	142 992	360 313
<b>Employés</b>	8 464	172 776	448 854
<b>Ouvriers</b>	9 754	154 840	420 485
<b>Retraités</b>	16 195	279 372	792 506
<b>Autres personnes sans activité professionnelle</b>	6 468	170 656	404 575

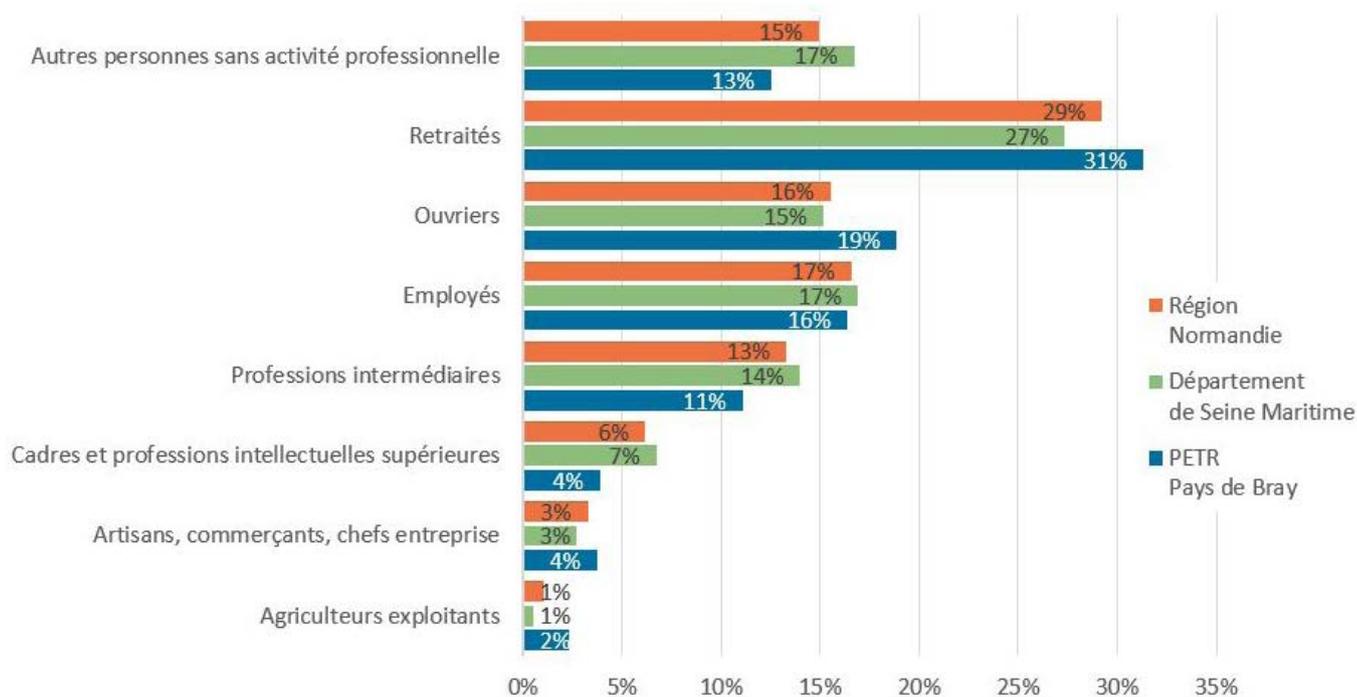
Source : Insee, RP2013 exploitation complémentaire

Sur le territoire la part d'agriculteurs exploitants, d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise est sensiblement supérieure à celle du territoire régional (agriculteurs exploitants 0,6 % et artisans, commerçants, chefs d'entreprise 2,9 %).

Il en est de même pour les retraités (31,3 %) qui sont également sensiblement plus représentés sur le territoire brayon au regard de leur représentation à l'échelon régional (27,2 %).

Sur le territoire, les professions intermédiaires, cadres et professions intellectuelles supérieures sont en revanche moins représentées en comparaison au territoire départemental et régional. Cette proportion se fait aux profits des employés et ouvriers qui sont quant à eux proportionnellement plus nombreux sur le territoire brayon qu'à l'échelon du département ou bien de la région.

Enfin, selon l'INSEE, la proportion de personnes sans activité professionnelle est légèrement plus faible sur le territoire du Pays de Bray (13 %) en comparaison aux territoires départemental (17 %) et régional (15 %).



Source : Insee, RP2013 exploitation complémentaire

**Figure 11** - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle (en %)

**Tableau 17 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle (en %)**

	ex-C.C. du Bray Normand		ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux		ex-C.C. des Monts et de l'Andelle		ex- C.C. du Pays Neufchâtelois		ex- C.C. de Saint-Saëns – Porte de Bray		C.C. Londinières		ex-C.C. du Bosc d'Eawy	
	2013	%	2013	%	2013	%	2013	%	2013	%	2013	%	2013	%
<b>Ensemble</b>	10 618	100%	8 976	100%	4 578	100%	10 019	100%	6 907	100%	4 489	100%	6 133	100%
<b>Agriculteurs exploitants</b>	154	1 %	234	3 %	168	4 %	275	3 %	67	1 %	194	4 %	94	2 %
<b>Artisans, commerçants, chefs entreprises</b>	468	4 %	300	3 %	163	4 %	344	3 %	251	4 %	147	3 %	253	4 %
<b>Cadres et professions intellectuelles supérieures</b>	419	4 %	301	3 %	202	4 %	351	4 %	324	5 %	150	3 %	251	4 %
<b>Professions intermédiaires</b>	1 104	10 %	813	9 %	608	13 %	1 085	11 %	1 079	16 %	385	9 %	655	11 %
<b>Employés</b>	1 540	15 %	1 552	17 %	780	17 %	1 557	16 %	1 352	20 %	617	14 %	1 066	17 %
<b>Ouvriers</b>	2 212	21 %	1 542	17 %	934	20 %	1 664	17 %	1 197	17 %	1 003	22 %	1 202	20 %
<b>Retraités</b>	3 366	32 %	3 086	34 %	1 286	28 %	3 338	33 %	1 821	26 %	1 452	32 %	1 846	30 %
<b>Autres personnes sans activité professionnelle</b>	1 355	13 %	1 147	13 %	438	10 %	1 404	14 %	816	12 %	541	12 %	767	13 %

Sources : Insee, RP2013 exploitations complémentaires

# SYNTHÈSE ÉDUCTATION/ FORMATION/EMPLOI

---

## Seine-Maritime

La proportion de personnes ne disposant d'aucun diplôme ou au plus d'un BEPC, brevet des collèges ou DNB est de 36 % sur le département.

La proportion de personnes au chômage sur le département est de 10,9 %, 27,5 % de la population seinomarine est retraitée.

## C.C. Londinières

Sur la C.C. de Londinières, 44 % de la population non scolarisée de plus de 15 ans en 2013 dispose au plus du BEPC, du brevet des collèges, du DNB ou bien d'aucun diplôme. C'est le second taux derrière l'ancienne C.C. du Bray Normand.

## C.C. de Bray Eawy

L'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois est la seconde C.C. à accueillir la plus grande proportion de personnes au chômage (12,8 %).

## C.C. des 4 Rivières

Le taux de scolarisation des 18-24 ans sur l'ancienne C.C. du Bray Normand est le plus faible dans le périmètre du PETR du Pays de Bray (29,8 %) en comparaison au reste du territoire mais également en comparaison aux territoires régional (47,2 %) ou national (51,5 %).

La part des retraités la plus importante en 2013 se trouve sur l'ancienne C.C. du canton de Forges-Les-Eaux (34 %).

L'ancienne C.C. du Bray Normand est aussi celle qui abrite le plus grand nombre de personnes au chômage en 2013 (14,1). L'ancienne C.C. des Monts et de l'Andelle est celle où le taux de chômage est le plus faible (10,6 %).



# ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS

## 4.1. La mortalité sur le territoire

Le taux (brut) de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Le taux de mortalité prématurée est le nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population totale des moins de 65 ans, de la même année.

Le nombre total de décès évitables est un indicateur, regroupant des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses...

Source : insee.fr

**Tableau 18 - Mortalité sur la période 2007-2013 en Pays de Bray (pour 100 000 habitants)**

	Pays de Bray			Région Normandie			France hexagonale		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Décès</b>	2 404	2 349	4 753	11 031,0	10 441,7	21 472,7	19 168,18	18 558,86	3 772 704
Nombre	1 157,0	685,8	887,4	1 121,5	630,5	834,6	1 040,1	606,4	787,2
Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants									
<b>Décès prématurés (survenus avant 65 ans)</b>	568	255	823	31 413	13 944	45 357	50 733,7	24 177,1	749 108
Nombre	299,6	134,3	217,3	311,0	134,1	221,1	269,1	123,4	194,7
Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants									
<b>Décès évitables (liés aux pratiques de prévention primaire)</b>	423	153	576	21 612	7 144	28 756	35 290,5	12 908,4	481 989
Nombre	192,5	57,6	120,5	198,6	51,5	117,1	173,6	49,6	104,9
Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants									

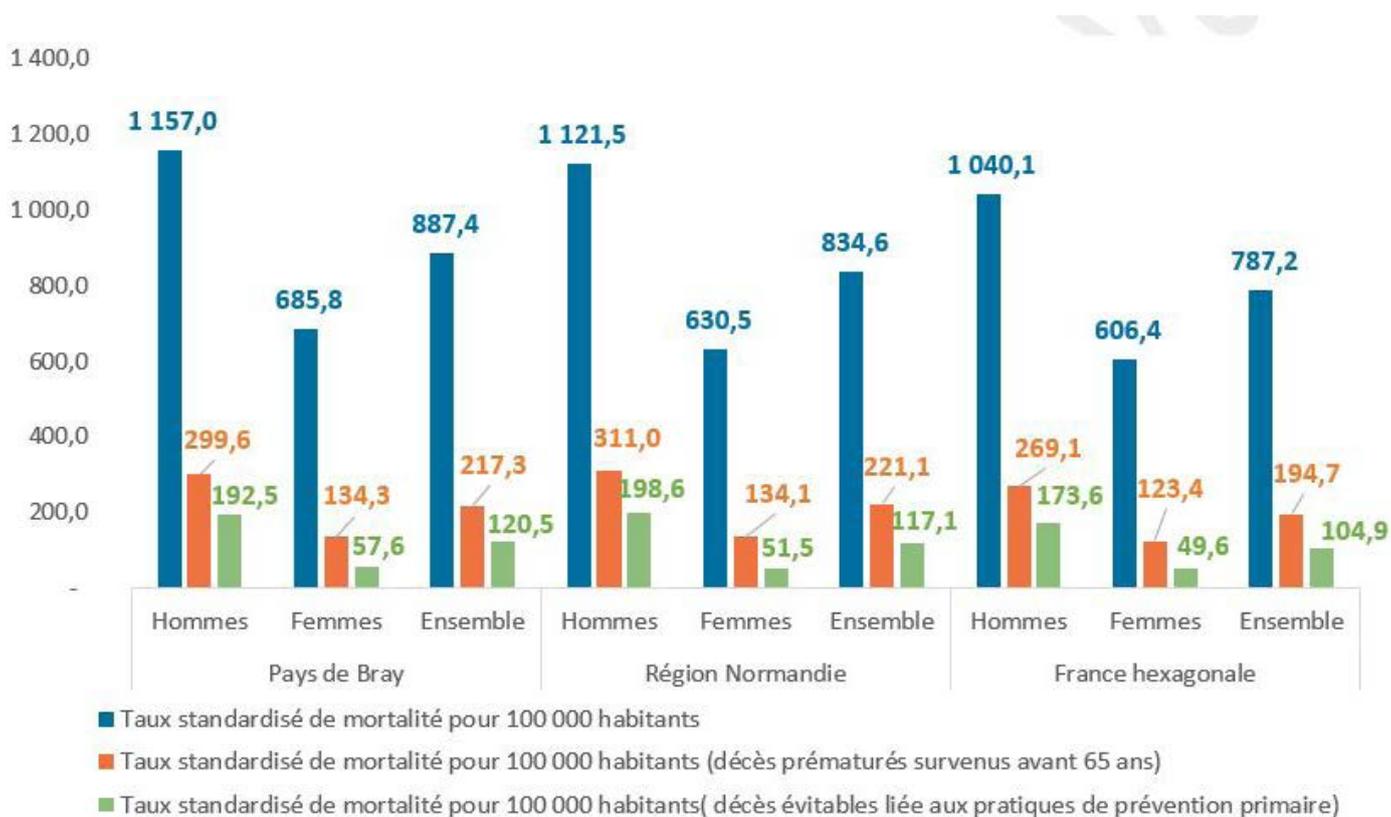
Sources : Inserm CépidC, C.C.MSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 - Exploitation OR2S

Dans le périmètre du PETR du Pays de Bray, le taux de mortalité standardisé pour 100 000 habitants entre 2007 et 2013 est supérieur (887,4) à celui que l'on peut retrouver sur le reste du territoire normand (834,6) ou bien national (787,2).

Pour ce qui est du taux standardisé de mortalité prématurée, ce dernier est légèrement plus faible sur le territoire brayon (217,3) que sur le territoire régional (221,1). Cependant ces chiffres sont supérieurs à ceux observables sur la France hexagonale.

Le taux standardisé de mortalité évitable est quant à lui supérieur dans le périmètre du PETR (120,5) en comparaison au territoire de la région Normandie (117,1) et national (104,9).

Il est à noter que, quels que soient l'échelon territorial et le taux standardisé de mortalité, mortalité prématurée et mortalité évitable, les hommes observent un taux près de deux fois supérieur à celui des femmes.



Sources : Inserm CépiDC, CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 - Exploitation OR2S

Figure 12 - Mortalité sur la période 2007-2013

## 4.2. Les principales causes de décès par cancer sur le territoire

Tableau 19 - Répartition des décès par cancer sur le Pays de Bray

Mortalité sur la période 2007-2013		Pays de Bray			Région Normandie			France hexagonale		
		Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Décès par cancer	Nombre total	700	522	1 222	36 227	25 020	61 247	623 050	441 228	1 064 278
	Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants	324,3	177,6	238,1	348,3	168,6	242,4	321,3	161,1	227,1
Décès par cancer du poumon	Nombre total	159	42	201	8815	2 602	11 417	155 514	51 838	207 352
	Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants	70,6	16,4	41,1	81,0	18,9	45,9	76,9	20,2	44,9
Décès par cancer du côlon-rectum	Nombre total	70	71	141	3 657	3 294	6 951	65 078	57 778	122 856
	Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants	32,5	22,4	26,8	36,2	21,0	27,2	34,4	20,0	25,9
Décès par cancer du sein	Nombre total	NC	103	NC	68	4 699	4 767	1 119	81 174	82 293
	Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants	NC	36,3	NC	0,7	32,9	19,0	0,6	30,5	17,6

Sources : Inserm CépiDC, CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 - Exploitation OR2S

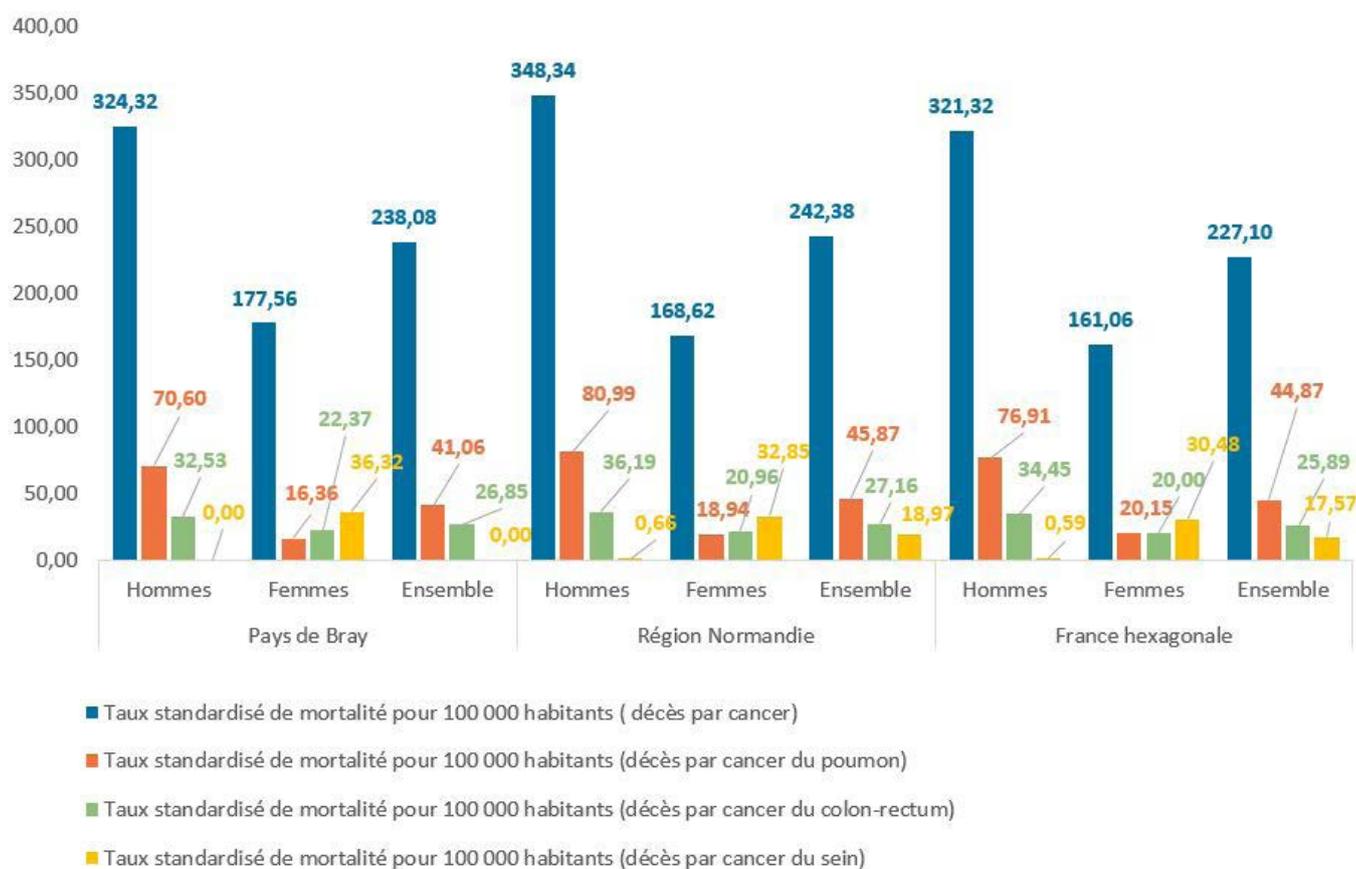
Dans la région Normandie entre 2007 et 2013, le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants est plus important (242,4 pour 100 000 hab) que sur le territoire du Pays de Bray (238,1 pour 100 000 hab). Ces deux territoires voient une proportion plus importante de décès par cancer que celle présente sur le territoire national (227,1 pour 100 000 hab).

Le territoire du Pays de Bray est celui où la proportion de personnes décédées suite à un cancer du poumon est la plus faible en comparaison aux territoires régional et national.

Pour ce qui est du cancer du côlon-rectum, la proportion de personnes décédées est quant à elle inférieure à celle que l'on retrouve sur la région Normandie, mais supérieure à celle que l'on peut observer sur le territoire national.

On retrouve sur le territoire du Pays de Bray une proportion plus importante de femmes décédées d'un cancer du sein (36,32 pour 100 000 habitants), comparée à celle de la région Normandie et de France.

À l'exception du cancer du sein, les hommes sont plus nombreux à décéder des suites d'un cancer en comparaison aux femmes, et ce, quel que soit l'échelon observé (Pays de Bray, région Normandie, France hexagonale).



Sources : Inserm CépiDC, C.C.MSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 – Exploitation OR2S

Figure 13 - Mortalité par cancer sur la période 2007-2013 en Pays de Bray

## 4.3. Autres causes de décès sur le territoire

Tableau 20 - Principales causes de mortalité par genre sur la période 2007-2013 en Pays de Bray (en nombre et %)

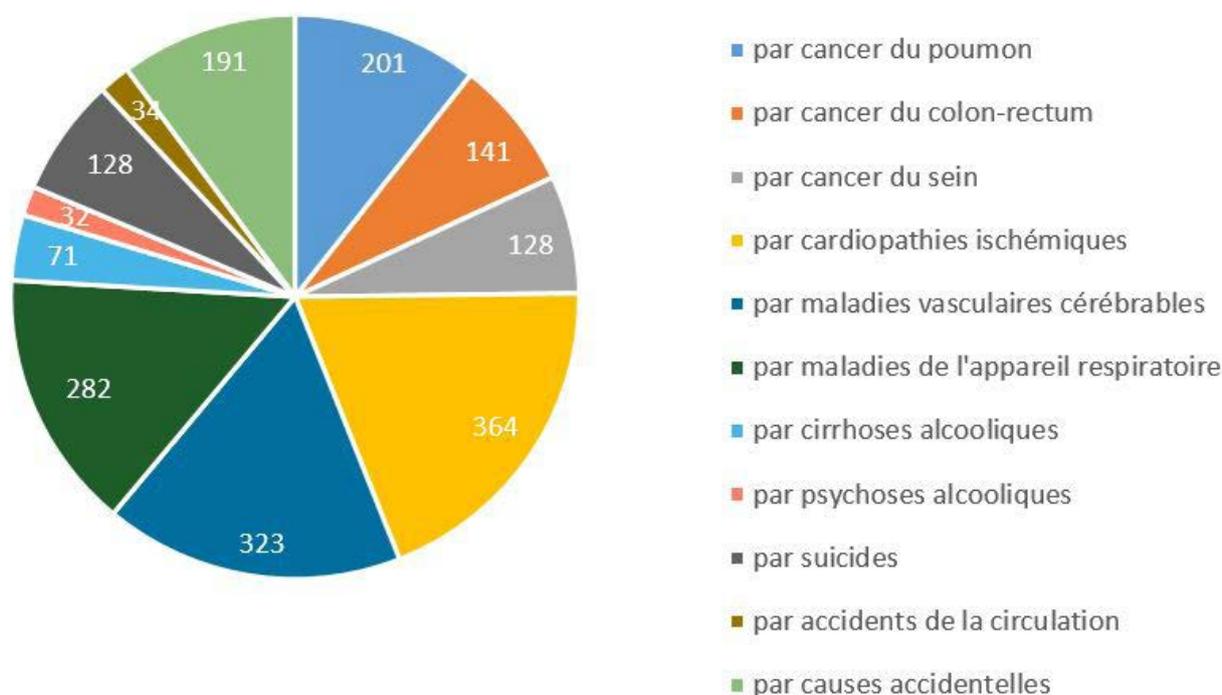
	Pays de Bray			Région Normandie			France hexagonale		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Décès par cardiopathies ischémiques<sup>1</sup></b>	215	149	364	8967	7 055	16 022	143 331	106 498	249 829
<b>Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants</b>	104,8	39,6	66,5	94,1	39,8	61,3	78,9	33,0	51,6
<b>Décès par maladies vasculaires cérébrales<sup>3</sup></b>	135	188	323	5 143	7 232	12 375	93 229	129 936	223 165
<b>Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants</b>	65,2	52,4	58,2	54,5	41,6	47,0	52,8	40,5	45,7
<b>Décès par maladies de l'appareil respiratoire</b>	147	135	282	6 610	6 244	12 854	124 987	114 313	239 300
<b>Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants</b>	72,6	36,3	50,4	72,9	35,3	49,0	72,6	35,3	49,1
<b>Décès par cirrhoses alcooliques</b>	51	20	71	2 452	924	3 376	35 770	14 210	49 980
<b>Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants</b>	22,3	8,3	14,9	21,6	7,1	13,8	16,9	5,8	10,9
<b>Décès par psychoses alcooliques</b>	NC <sup>2</sup>	NC <sup>2</sup>	32	1 111	272	1 383	15 865	4 065	19 930
<b>Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants</b>	NC <sup>2</sup>	NC <sup>2</sup>	6,8	9,7	2,1	5,7	7,4	1,7	4,4
<b>Décès par accidents de la circulation</b>	NC <sup>2</sup>	NC <sup>2</sup>	34	1 062	341	1 403	19 743	6 267	26 010
<b>Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants</b>	NC <sup>2</sup>	NC <sup>2</sup>	8,1	9,8	2,7	6,2	9,4	2,7	5,9
<b>Décès par causes accidentelles</b>	93	98	191	4 452	4 173	8 625	82 150	78 434	160 584
<b>Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants</b>	44,0	27,8	35,7	45,4	25,0	33,8	44,6	25,2	33,6

<sup>1</sup> Les cardiopathies ischémiques (CPI), ou maladies coronariennes, recouvrent, un ensemble de troubles dus à l'insuffisance des apports en oxygène au muscle cardiaque (myocarde) du fait du développement et des complications de l'athérosclérose au niveau d'une (ou plusieurs) artère(s) coronaire(s). Source INVS

<sup>3</sup> Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) recouvrent un ensemble de syndromes se manifestant par l'apparition brutale d'un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d'origine vasculaire. Source INVS

<sup>2</sup> Non communiqué

## 4.4. Les grandes causes de mortalité sur le territoire



Sources : Inserm CépiDC, C.C.MSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 - Exploitation OR2S

Figure 14 - Pays de Bray grandes causes de mortalité sur le territoire

La principale cause de décès sur le territoire est liée aux maladies vasculaires cérébrales avec un écart supérieur à 10 points en comparaison au département et 12 points par rapport au territoire national.

Un écart important est également présent dans les cas de décès par suicide avec un différentiel de 13 points supérieur à celui présent sur le territoire national.

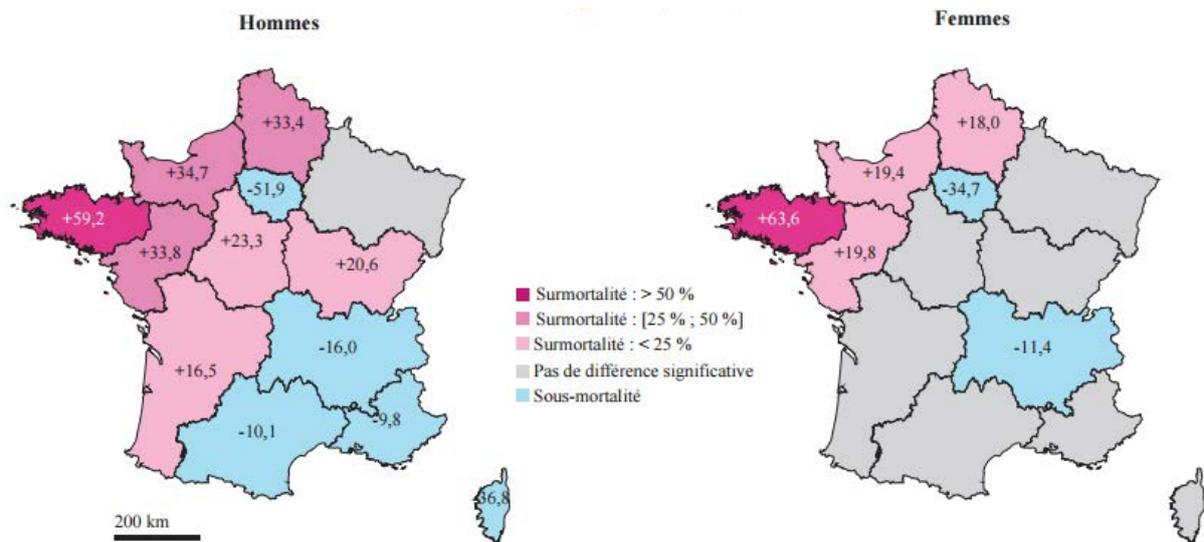
Enfin, sur le territoire la proportion de décès par cirrhose alcoolique ou bien par psychose alcoolique est supérieure aux taux présents sur les territoires régionaux ou bien nationaux.

Sur le territoire, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée tout comme en France, même si sa consommation diminue depuis plusieurs années. La France était en 2003 le sixième pays le plus consommateur d'alcool selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), majoritairement sous forme de vin (60 %).

En plus de la dépendance qu'il peut engendrer, l'alcool peut être responsable de manifestations morbides aiguës (troubles du comportement à l'origine de prise de risques et d'accidents) ou chroniques (cirrhoses, atteintes neurologiques, cancers des voies aérodigestives supérieures).

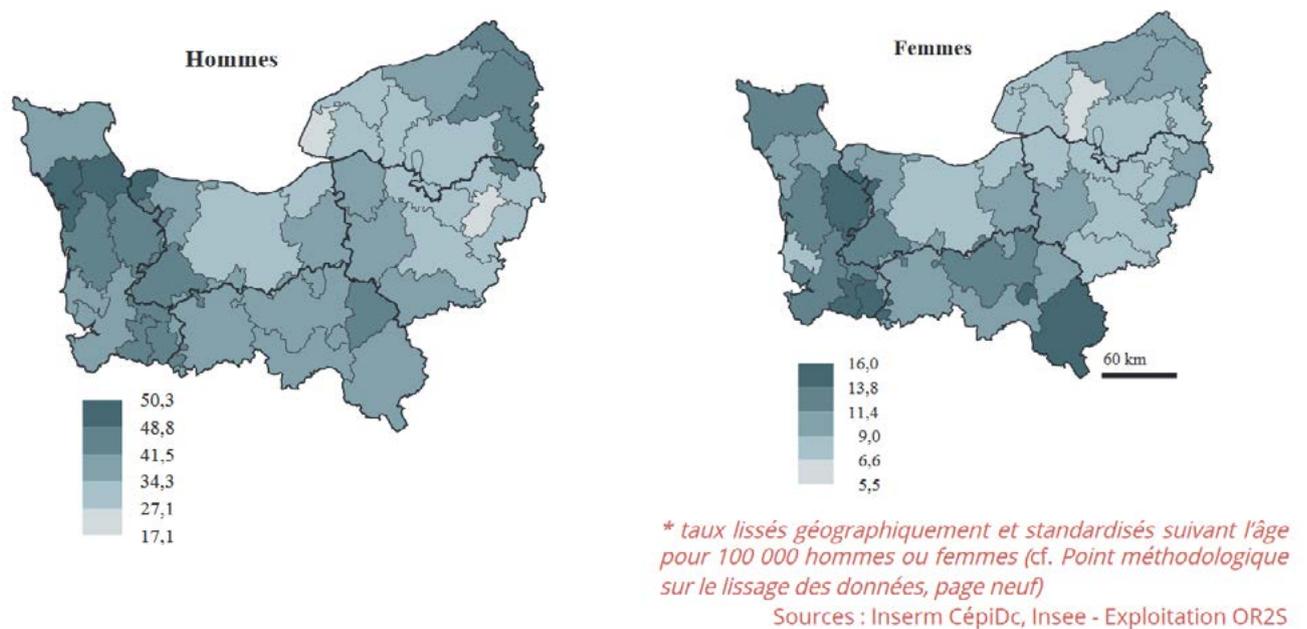
L'impact d'une consommation d'alcool sur la mortalité est difficile à mesurer, car il peut intervenir directement sur la mortalité ou indirectement en tant que facteur aggravant de nombreuses pathologies. Ainsi l'INSERM se fonde sur trois catégories de décès directement imputables à l'alcool : la cirrhose, les cancers des voies aérodigestives supérieures et la psychose alcoolique.

## 4.5. Le suicide



\* différentiel calculé à partir des taux standardisés suivant l'âge

**Figure 15** - Différentiel de mortalité\* par suicide en regard de la France hexagonale en 2011-2013 selon le genre (en %)



**Figure 16** - Carte de la mortalité\* par suicide en 2006-2013 selon le genre en Normandie

L'état des lieux réalisé par le RLPS Porte de Caux – Pays de Bray met en avant un nombre important de décès par mortalité prématurée lié au suicide sur le territoire.

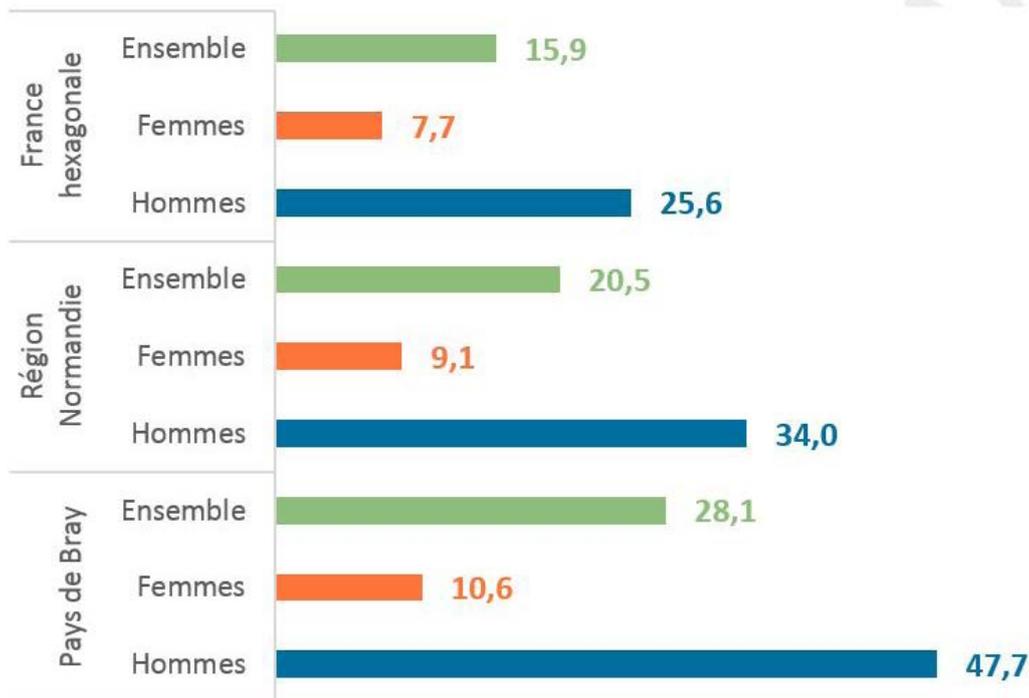
Cette surreprésentation du taux de décès par mortalité prématurée lié au suicide n'est pas propre au territoire brayon. En effet, la Normandie est la région où le taux de mortalité par suicide est le plus important après la Bretagne et les Pays de la Loire.

**Tableau 21 - Mortalité par suicide sur la période 2007-2013**

Mortalité sur la période 2007-2013	Pays de Bray			Région Normandie			France hexagonale		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Nombre total de décès par suicides</b>	101	27	128	3 663	1 160	4 823	52 611	18 259	70 870
<b>Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants</b>	47,7	10,6	28,1	34,0	9,1	20,5	25,6	7,7	15,9

Sources : Inserm CépiDC, C.C.MSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 - Exploitation OR2S

Si la mortalité par suicide n'est pas propre au territoire brayon, elle est pourtant plus importante (28,1) que sur la région Normandie dans son ensemble (20,5) et sur la France hexagonale (15,9).



Sources : Inserm CépiDC, C.C.MSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 - Exploitation OR2S

**Figure 17 - Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants (décès par suicide) sur la période 2007-2013**

## 4.6. Les différences de mortalité entre hommes et femmes sur le territoire

Quel que soit le taux de mortalité utilisé (décès, décès prématurés, décès évitables), celui des hommes est plus important que celui des femmes. Cette inégalité atteint son écart le plus important dans le cas des décès par cardiopathies ischémiques.

Le 2ème écart le plus important concerne les décès des suites du cancer du poumon. Les données présentées ci-dessous mettent en avant une surmortalité des hommes.

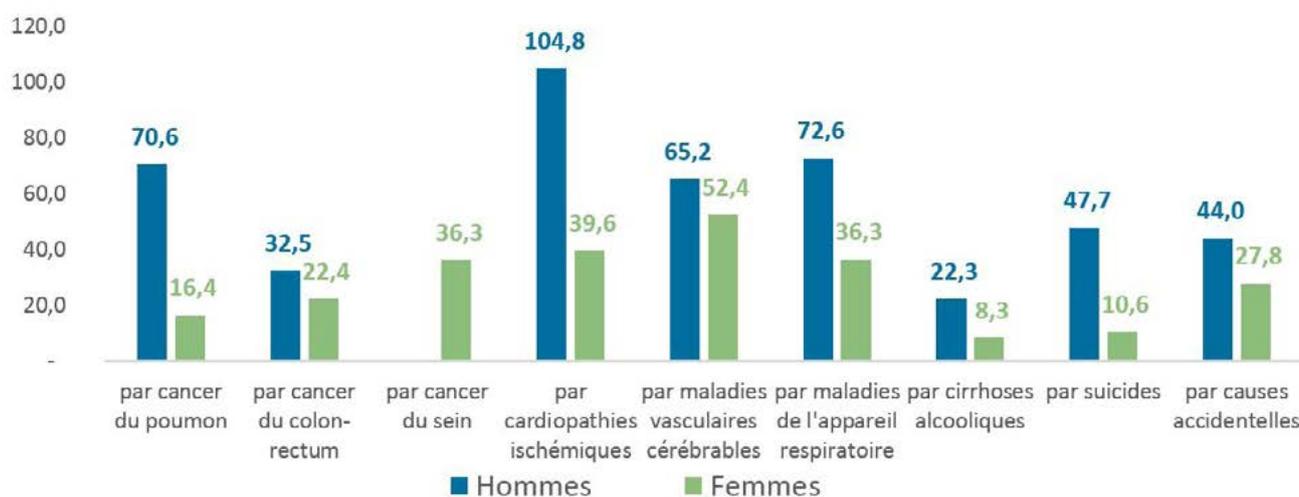


Figure 18 - Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants entre 2007 et 2013 selon le genre en Pays de Bray

# SYNTHÈSE MORTALITÉ SUR LE TERRITOIRE

---

## Pays de Bray

Le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants est plus important sur le territoire du Pays de Bray que sur le territoire régional ou bien national.

Le taux standardisé de mortalité prématuré est près de 30 % supérieur à celui de la moyenne nationale.

Le taux standardisé de mortalité évitable est près de 50 % supérieur à la moyenne nationale.

## C.C. Londinières

Les principales causes de décès sur le territoire brayon sont les décès dus à des cardiopathies ischémiques (364 pour 100 000 habitants), viennent ensuite les maladies vasculaires cérébrales (323 pour 100 000 habitants) et les maladies de l'appareil respiratoire (282 pour 100 000 habitants).

## C.C. de Bray Eawy

Le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants par cancer est de 238,1, un taux supérieur à celui présent sur le territoire national.

Le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants par cancer du poumon en Pays de Bray est près de deux fois supérieur à celui observable sur le territoire national.

## C.C. des 4 Rivières

Le Pays de Bray est caractérisé par une surmortalité prématurée par suicide comparativement à la région Normandie ou bien à la France hexagonale.

## 4.7. Prévention/dépistage

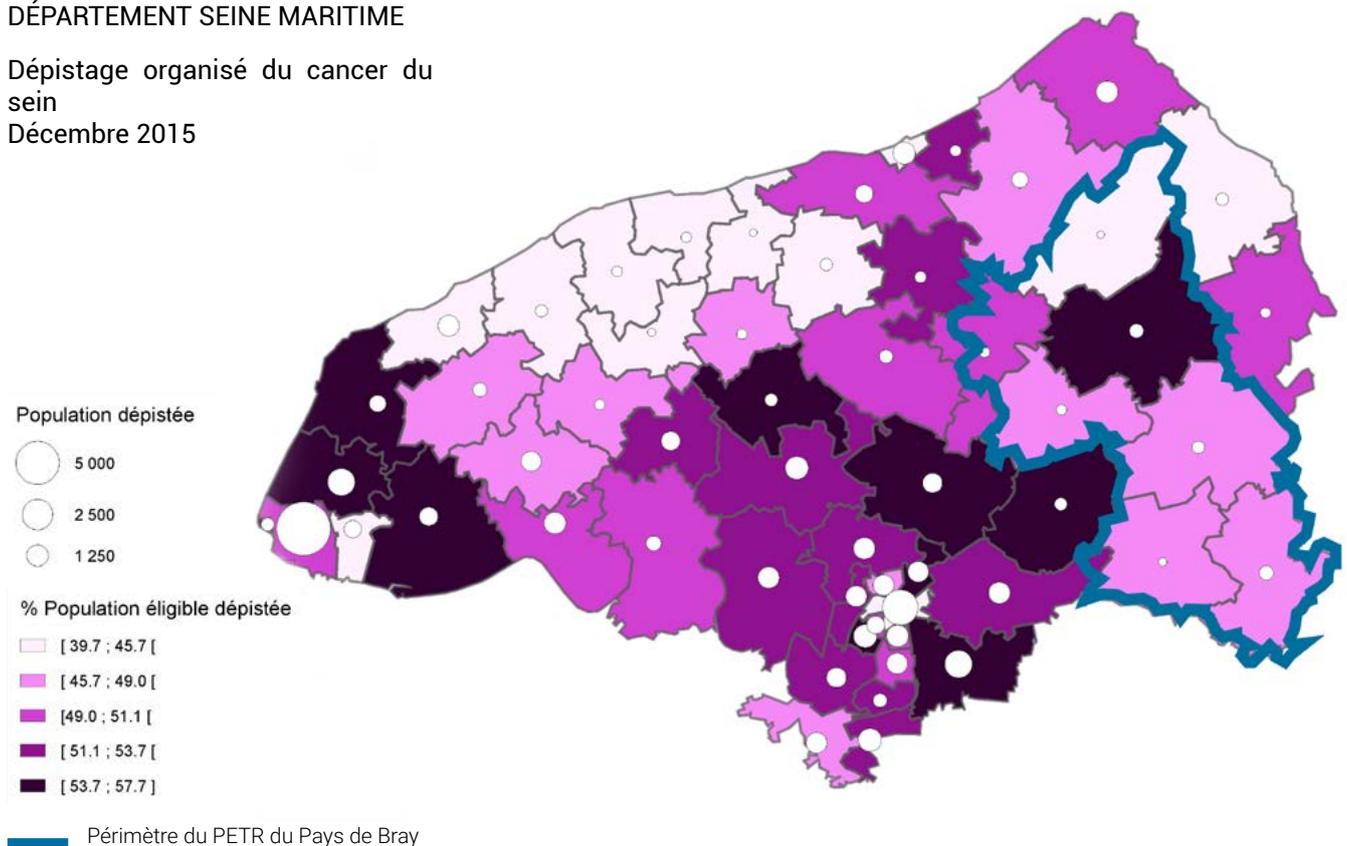
### 4.7.1. Cancer du sein

La mammographie : radiographie des seins, est l'examen de référence pour dépister un cancer du sein. Le dépistage organisé est un moyen simple, gratuit pour détecter un cancer du sein le plus tôt possible et augmenter les chances de guérison.

Source : ameli-sante.fr

#### DÉPARTEMENT SEINE MARITIME

Dépistage organisé du cancer du sein  
Décembre 2015



Source : CPAM 2016

**Figure 19** - Carte du département de Seine Maritime/dépistage organisé du cancer du sein en décembre 2015

À l'échelle du Pays de Bray, en 2015, on retrouve une proportion de la population dépistée (parmi la population éligible, à savoir, les femmes âgées de 50 à 74 ans) très hétérogène. Ainsi la proportion de personnes dépistées est plus faible sur le territoire de la C.C. de Londinières que sur le reste du territoire brayon. C'est l'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois qui observe la plus grande proportion de personnes dépistées suivie de l'ancienne C.C. du Bosc d'Eawy.

## 4.7.2. Cancer du col de l'utérus

Le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus : L'évolution vers un cancer du col de l'utérus se fait en plusieurs années. Le but du frottis est de repérer des cellules anormales au niveau du col de l'utérus, avant même qu'elles ne deviennent cancéreuses. Les lésions précancéreuses sont alors enlevées, ce qui permet de prévenir l'apparition d'un cancer. Le frottis de dépistage est donc le meilleur moyen de lutter contre le cancer de l'utérus.

Source : ameli.fr

### DÉPARTEMENT SEINE MARITIME

Frottis  
Décembre 2015

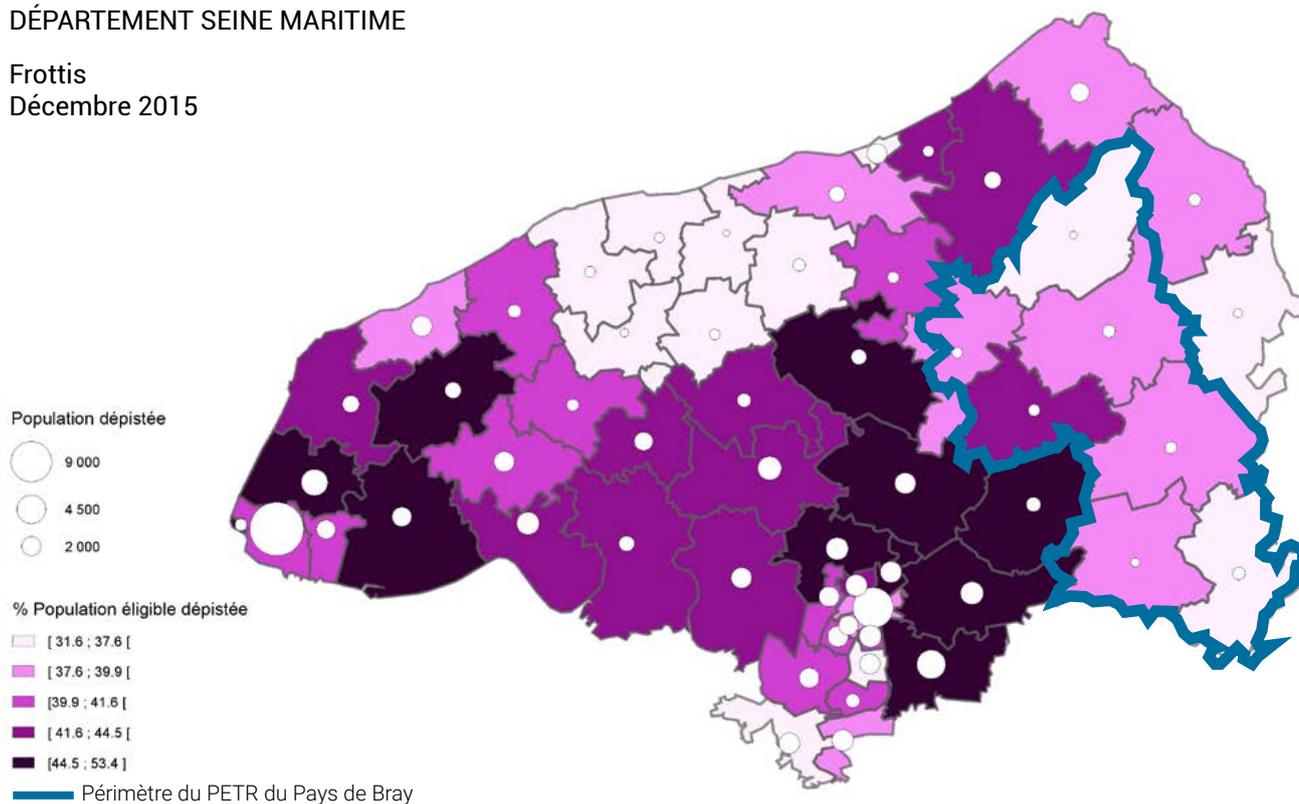


Figure 20 - Carte du département de Seine-Maritime dépistage organisé par Frottis en décembre 2015

En Pays de Bray, dans le cas des frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus, en 2015, la carte ci-dessus met en avant une grande hétérogénéité de la population ayant été dépistée. La C.C. de Londinières et l'ancienne C.C. du Bray Normand sont celles où la proportion de la population éligible dépistée est la plus faible. L'ancienne C.C. Saint Saëns-Porte de Bray est, quant à elle, celle avec la plus forte proportion de personnes éligibles dépistées, cela peut être en partie expliqué par sa proximité avec la Métropole de Rouen qui facilite l'accès à un médecin gynécologue.

### 4.7.3. Examen Bucco-Dentaire (EBD)

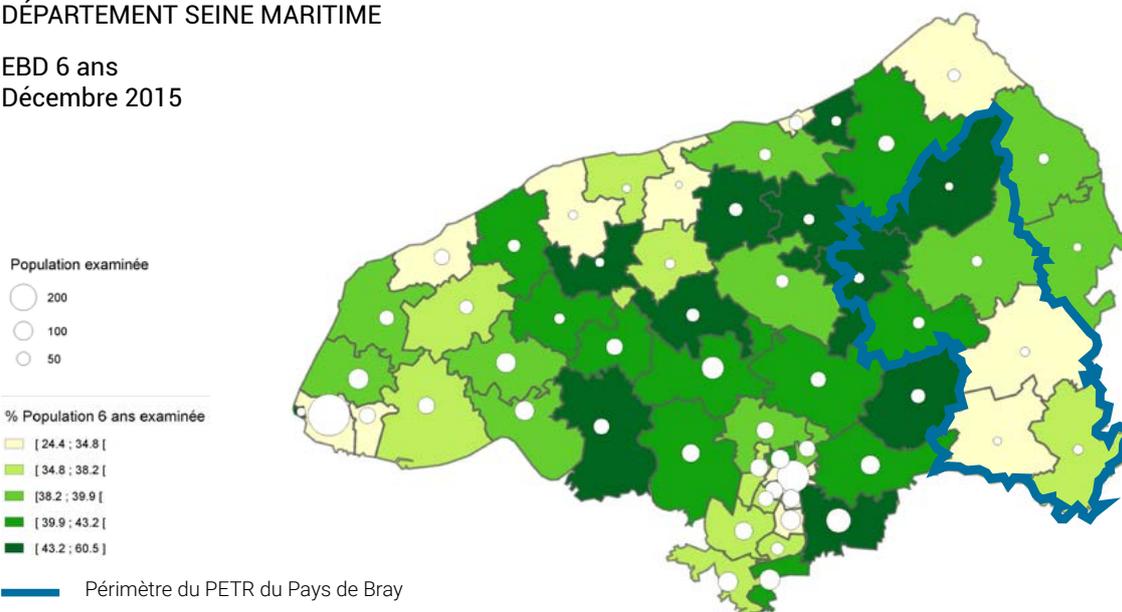
Le dispositif M'T dent est composé principalement de 5 rendez-vous à 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Ce rendez-vous de prévention offert par l'Assurance Maladie chez le dentiste pour vérifier que la dentition soit bien correcte. Des soins, si nécessaires, peuvent être remboursés à 100 % : traitement d'une ou plusieurs caries, des racines des dents, un détartrage, des radios, des extractions.

Source : ameli.fr

#### Examen bucco-dentaire des enfants de 6 ans :

DÉPARTEMENT SEINE MARITIME

EBD 6 ans  
Décembre 2015

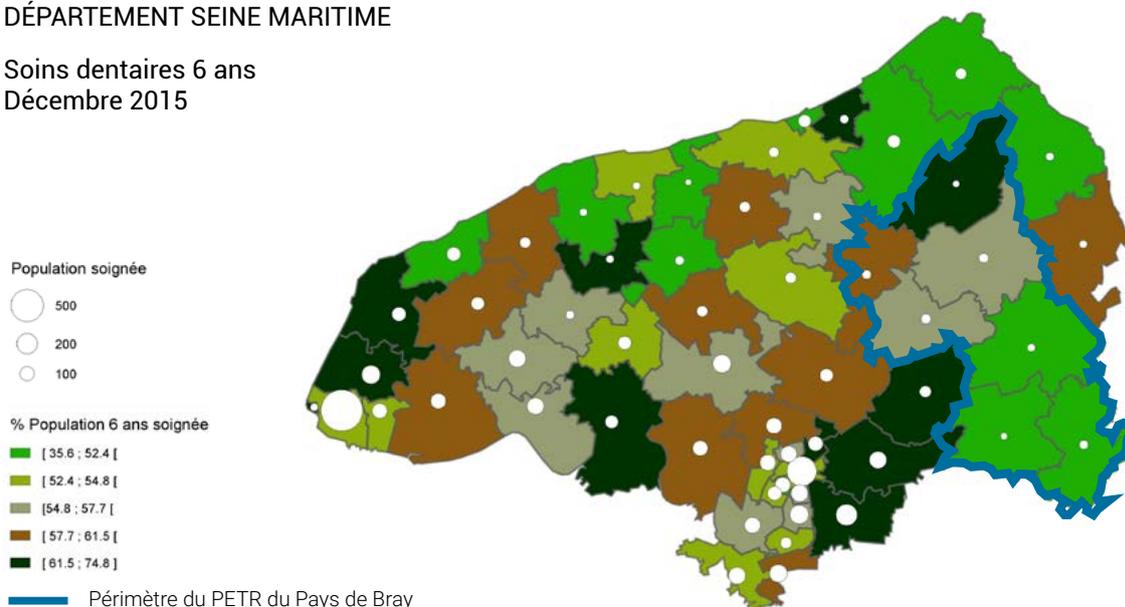


Source : CPAM 2016

Figure 21 - Carte du département de la Seine-Maritime de participation à l'examen bucco-dentaire 6 ans en décembre 2015

DÉPARTEMENT SEINE MARITIME

Soins dentaires 6 ans  
Décembre 2015



Source : CPAM 2016

Figure 22 - Carte du département de la Seine-Maritime d'exécution de soins dentaires 6 ans en décembre 2015

En Pays de Bray, en 2015, on peut voir que la proportion d'enfants de 6 ans examinés sur le sud du territoire

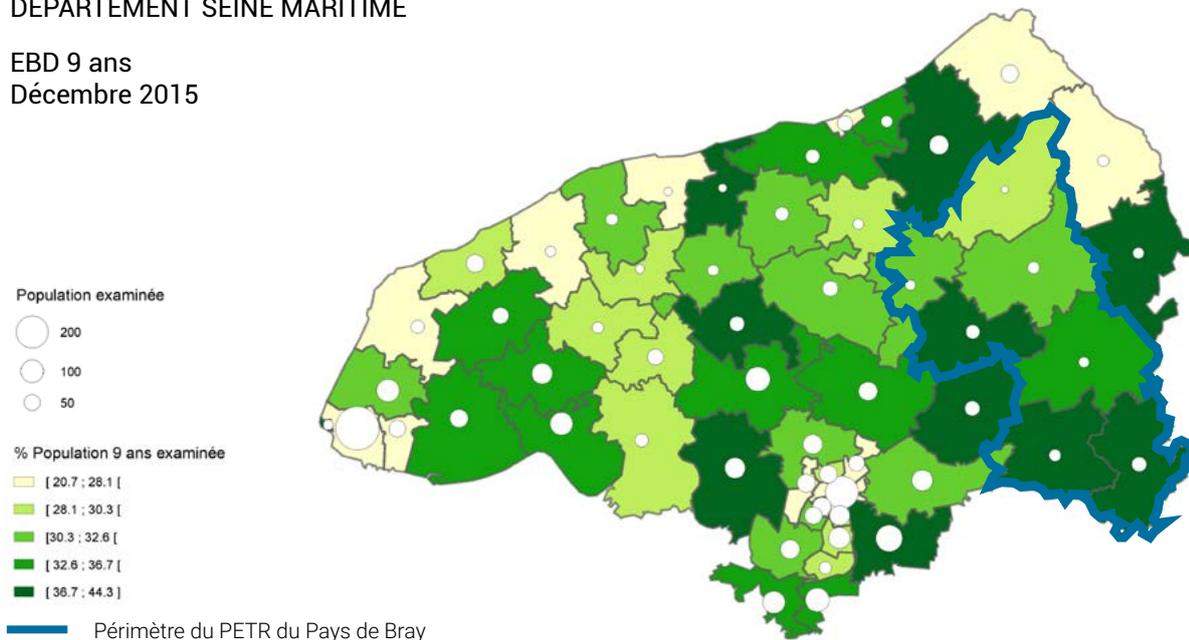
(anciennes C.C. du canton de Forges-les-Eaux, des Monts et de l'Andelle et du Bray Normand) est plus faible que sur le nord du territoire (C.C. de Londinières et anciennes C.C. du Bosc d'Eawy, du Pays Neufchâtelois et de Saint-Saëns-Porte de Bray).

Cette plus forte proportion d'enfants de 6 ans examinés dans le nord du territoire se traduit en une plus forte proportion d'enfants de 6 ans soignés et réciproquement pour le sud du territoire.

### Examen bucco-dentaire des enfants de 9 ans :

#### DÉPARTEMENT SEINE MARITIME

EBD 9 ans  
Décembre 2015

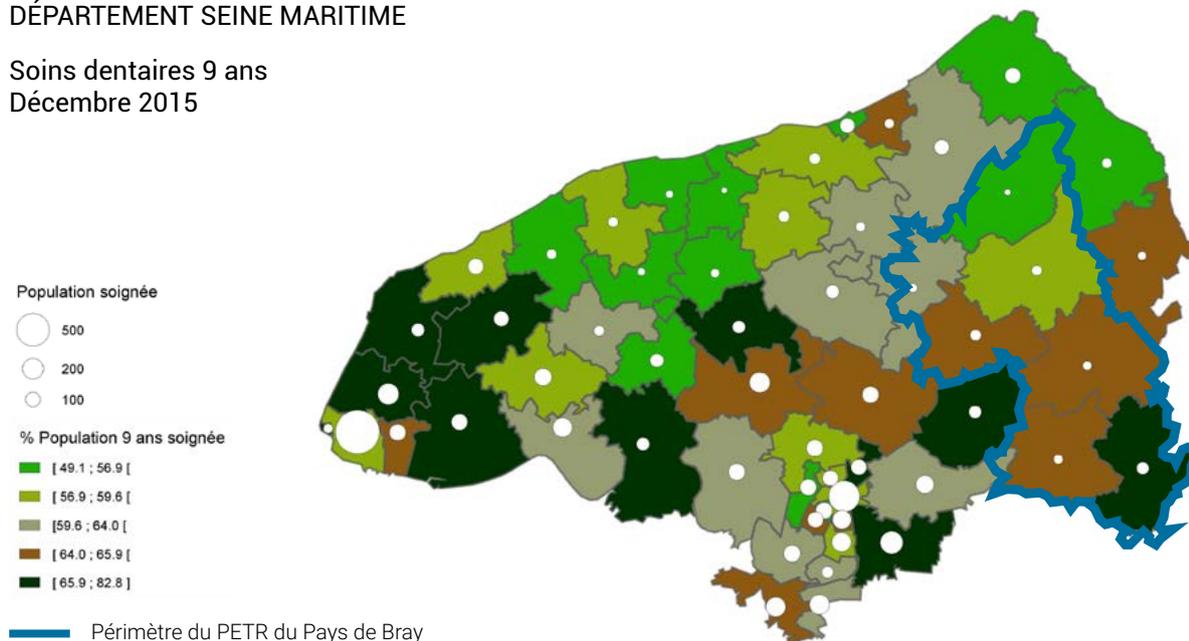


Source : CPAM 2016

Figure 23 - Carte du département de Seine Maritime de participation à l'examen bucco-dentaire 9 ans en décembre 2015

#### DÉPARTEMENT SEINE MARITIME

Soins dentaires 9 ans  
Décembre 2015



Source : CPAM 2016

Figure 24 - Carte du département de Seine Maritime d'exécution de soins dentaire 9 ans en décembre 2015

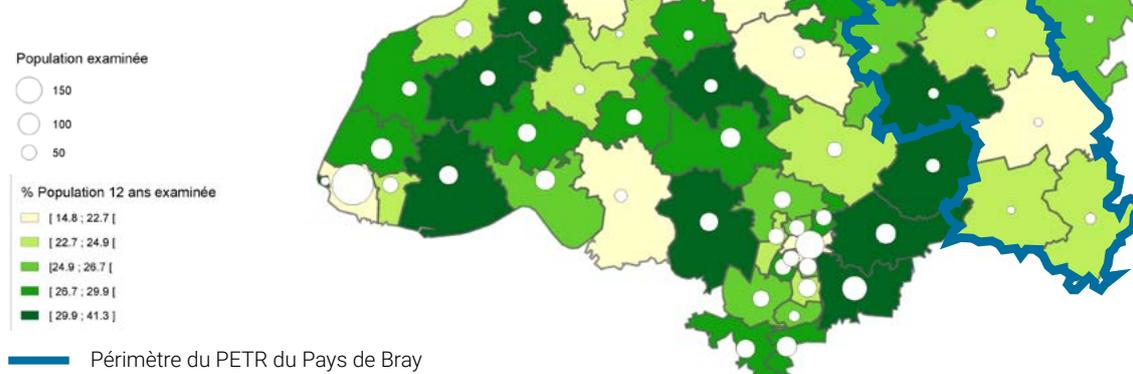
La distinction entre le sud et le nord du territoire sur la participation à l'EBD des 6 ans s'inverse sur l'EBD des 9 ans. Il est possible d'observer que, dès lors que les jeunes sont examinés, la tendance à ce que ces derniers soient soignés augmente.

## Examen bucco-dentaire des enfants de 12 ans :

**Figure 25** - Carte du département de la Seine-Maritime de participation à l'examen bucco-dentaire 12 ans en décembre 2015

### DÉPARTEMENT SEINE MARITIME

EBD 12 ans  
Décembre 2015

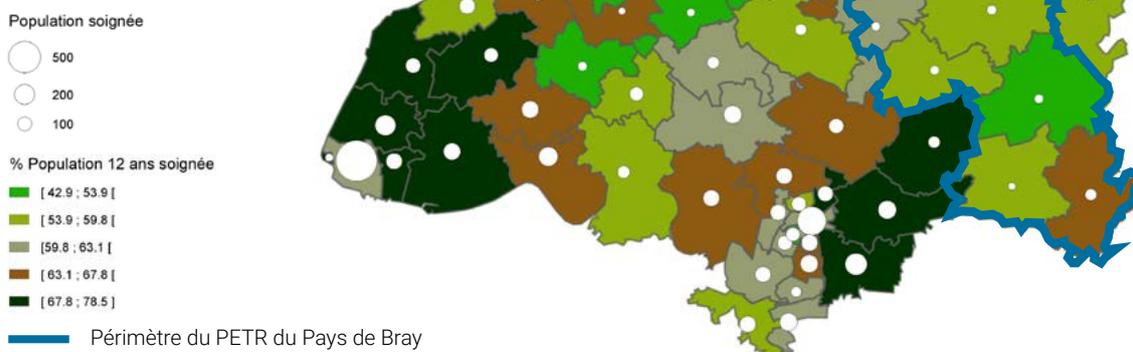


Source : CPAM 2016

**Figure 26** - Carte du département de la Seine-Maritime d'exécution de soins dentaires 12 ans en décembre 2015

### DÉPARTEMENT SEINE MARITIME

Soins dentaires 12 ans  
Décembre 2015



Source : CPAM 2016

La proportion de participants de 12 ans à l'examen de santé bucco-dentaire observe une répartition différente de celle présente avec l'EBD de 6 et 9 ans.

## 4.8. Sexualité/contraception

### 4.8.1. Le taux de fécondité

Dans son état des lieux, le RLPS Porte de Caux-Pays de Bray met en exergue : «Un nombre de grossesses précoces supérieur à la moyenne départementale».

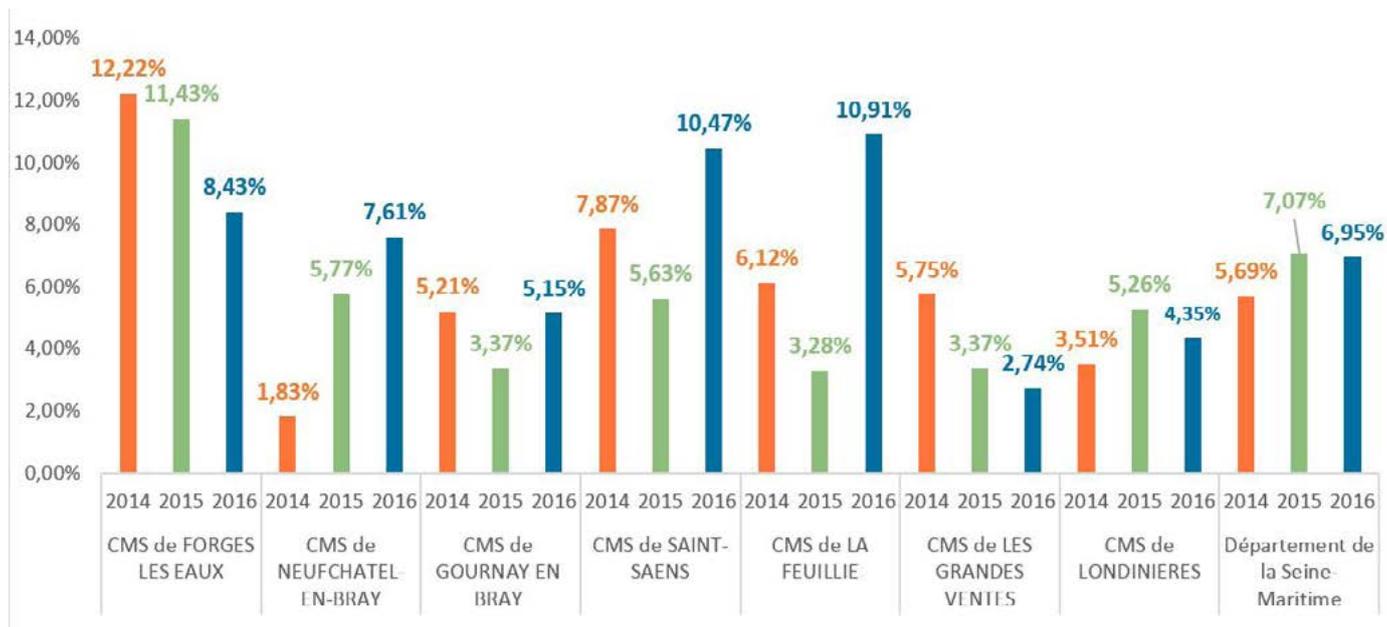
Entre 2010 et 2015, le nombre total de naissances chez les femmes de 12 à 17 ans était de 28 sur le territoire du Pays de Bray. Le taux de fécondité des femmes de cette tranche d'âge sur cette même période est ainsi de 1,9 ‰. Le taux de fécondité est donc légèrement supérieur à celui présent sur l'ancienne région Haute-Normandie (1,8 ‰) et sur la France hexagonale (1,7 ‰).

**Tableau 22** - Taux de fécondité des femmes par tranches d'âges sur le territoire du Pays de Bray entre 2010 et 2015

	Pays de Bray	Région Haute Normandie	France hexagonale
<b>Nombre total de naissances chez les femmes de 12-49 ans sur la période 2010-2015</b>	4436	233317	4697850
<b>Taux de fécondité des femmes de 12-49 ans sur la période 2010-2015 (pour 1 000 femmes de 12-49ans)</b>	50,8	50,0	51,0
<b>Nombre total de naissances chez les femmes de 12-17 ans sur la période 2010-2015</b>	28	1345	23359
<b>Taux de fécondité des femmes de 12-17 ans sur la période 2010-2015 (pour 1 000 femmes de 12-17 ans)</b>	1,9	1,8	1,7

Source : OR2S Indicateurs de cohésion sociale Haute Normandie 2015

### 4.8.2. Les grossesses n'ayant pas bénéficié d'un suivi de grossesse



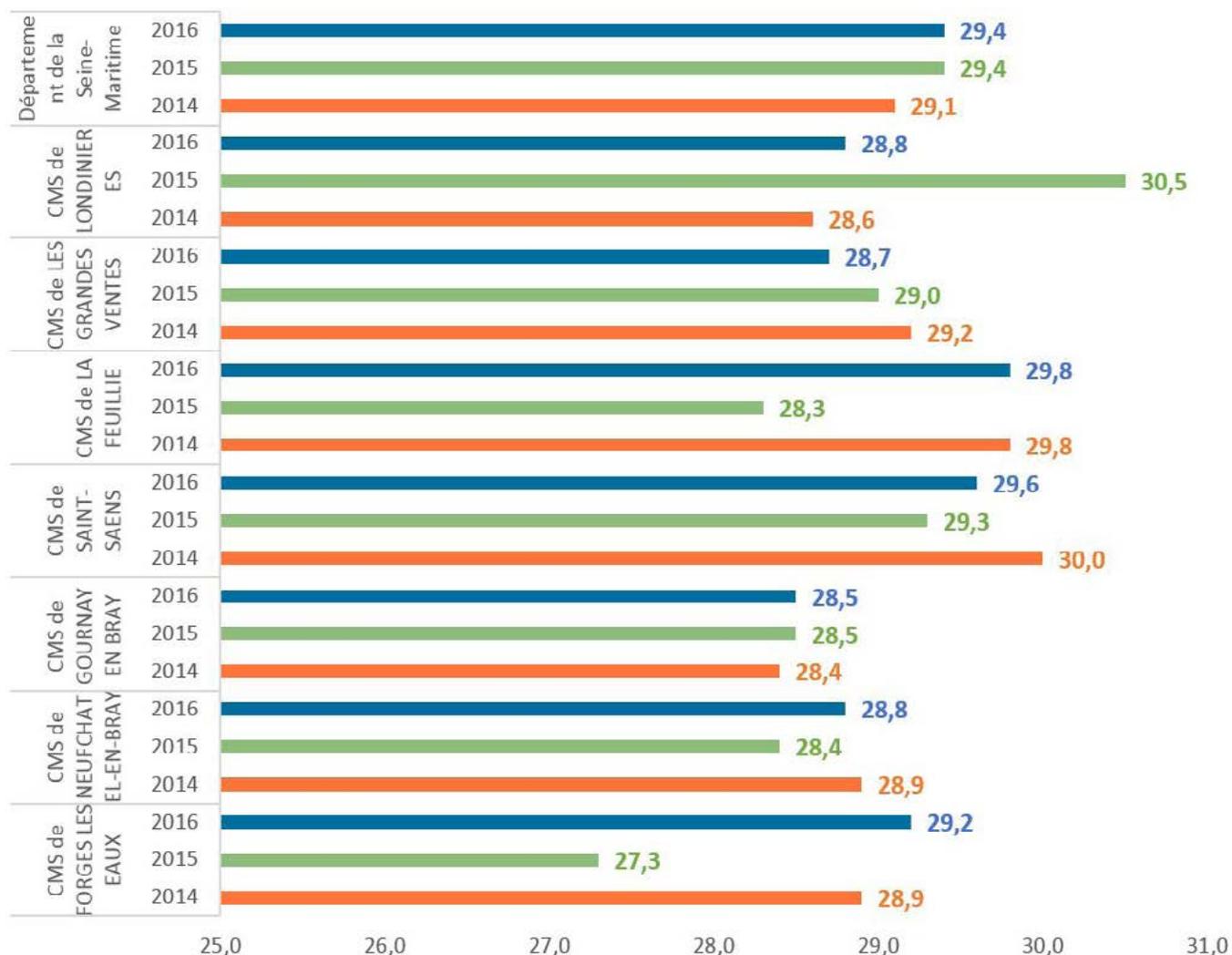
Source : PMI – Actions de Santé 2017

**Figure 27** - Pourcentage de grossesses n'ayant pas bénéficié des 3 échographies requises en Pays de Bray

On retrouve des disparités importantes entre le nombre de grossesses n'ayant pas bénéficié des 3 échographies requises et le lieu d'implantation des différents Centres Médicaux Sociaux (CMS). Ainsi, en 2016, le pourcentage de grossesses n'ayant pas bénéficié des 3 échographies requises suivies par le CMS des Grandes Ventes était de 2,74 % tandis que cette même donnée dans le CMS de la Feuillie était de 10,91 %. En comparaison, en 2016, il était de 6,95 % pour le département de la Seine-Maritime.

Ces données mettent également en avant que les CMS de Neufchâtel-en-Bray, de Saint-Saëns, de la Feuillie voient le nombre de grossesses ne bénéficiant pas des 3 échographies requises progresser entre 2015 à 2016 en comparaison à 2014.

### 4.8.3. L'âge des mères de 2014 à 2016



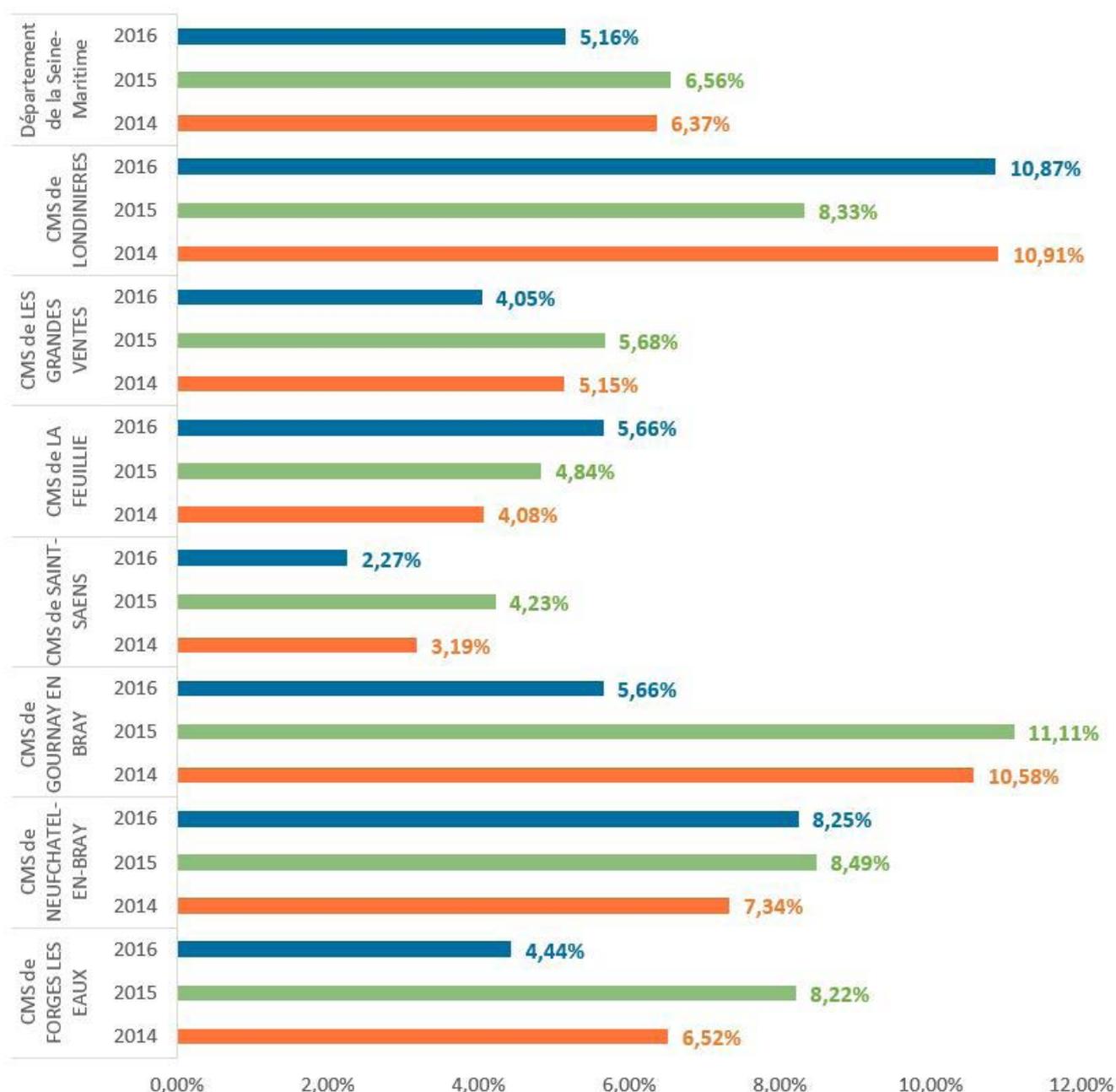
Source : PMI – Actions de Santé 2017

Figure 28 - Âge moyen des mères à la naissance sur la période 2014-2016 en Pays de Bray

L'âge des mères au premier enfant suivies par les CMS du territoire Brayon s'établit entre 28,5 et 29,8 ans, un chiffre très proche de celui présent à l'échelon départemental (29,4). Ce chiffre est également très légèrement inférieur à celui que l'INSEE indique pour la France en 2016 à savoir 30,4 ans.

La faiblesse des effectifs ne permet pas d'informer sur une tendance au vieillissement ou bien au rajeunissement de cet âge moyen sur le Pays de Bray. Pour autant, il est possible d'observer une tendance au vieillissement de l'âge des mères comparativement aux chiffres nationaux : en 1994 l'âge moyen était de 28,8 ans en 2016, il est de 31,4 ans.

## 4.8.4. La prématurité



Source : PMI – Actions de Santé 2017

**Figure 29 - Pourcentage d'enfants prématurés sur la période 2014-2016 en Pays de Bray**

L'OMS indique qu'« un bébé est considéré comme « prématuré » s'il naît avant que 37 semaines de gestation se soient écoulées. Normalement, une grossesse dure environ 40 semaines. ». Les causes pouvant déclencher un accouchement prématuré sont diverses : naissance prématurée antérieure, grossesses multiples (jumeaux, triplés, etc.), certaines pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète, infections), la consommation de tabac, alcool ou drogues, parfois le stress. Une grossesse précoce (au cours de l'adolescence) représente aussi un risque majeur. Cependant, il n'y a pas toujours un facteur déclencheur identifié.

En Pays de Bray, le CMS de Londinières observe la proportion la plus importante d'enfants prématurés (10,87). Les CMS de Londinières, de La Feuillie et de Neufchâtel-en-Bray montrent une proportion d'enfants prématurés qui ne diminue pas sur la période 2014-2016. Sur les 7 CMS du territoire, 4 montrent des pourcentages de naissance prématurée supérieurs à la moyenne départementale.

## 4.9. Affection de longue durée (ALD)

Le taux standardisé d'admission en ALD sur la période 2007-2014 pour 100 000 habitants est de 2 281,1 sur le territoire du Pays de Bray. Ce taux est plus élevé que celui observé aux échelons départemental, régional ou bien encore national. Il est également important de souligner que, comme sur l'ensemble des territoires précédemment cités, le taux d'ALD est bien plus important chez les hommes que chez les femmes. Sur l'ensemble du territoire, les données fournies par l'OR2S nous indiquent que 12 272 individus sont en situation d'ALD, et dont 53,15 % sont des hommes.

Sources : Inserm CépiDC, C.C.MSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 – Exploitation OR2S

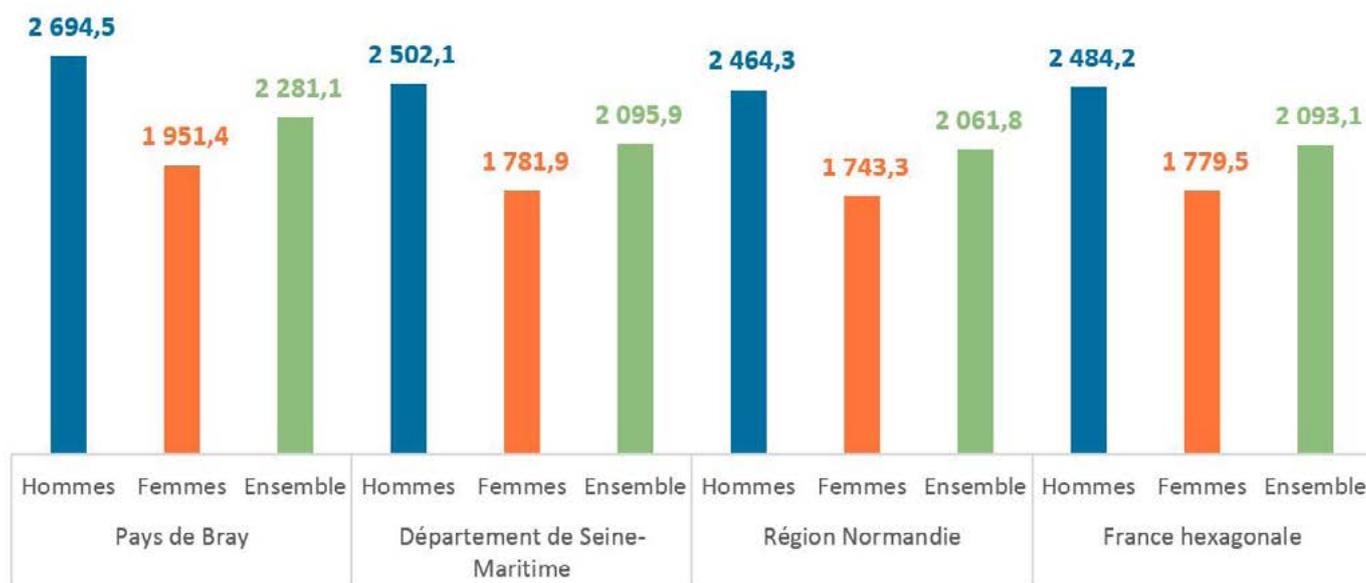


Figure 30 - Taux standardisé d'admissions en ALD pour 100 000 habitants

Tableau 23 - Admissions en ALD sur la période 2007-2014

	Pays de Bray			Département de Seine-Maritime		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Nombre total d'admissions en ALD</b>	6 523	5 749	12 272	106 980	98 725	205 705
	Région Normandie			France hexagonale		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Nombre total d'admissions en ALD</b>	293 282	263 290	556 572	5 539 864	4 998 727	10 538 590

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapie particulièrement coûteuse.

Source : INSEE

## 4.9.1. La répartition des bénéficiaires en ALD sur le territoire

Tableau 24 - Part de bénéficiaires en Pays de Bray en 2014

	Part en % de bénéficiaires en ALD dans la population
<b>ex-C.C. du Bray-Normand</b>	19,9
<b>ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux</b>	21,6
<b>ex-C.C. des Monts et de l'Andelle</b>	17,9
<b>ex-C.C. du Pays Neufchâtelois</b>	18,8
<b>ex-C.C. Saint-Saëns – Porte de Bray</b>	17,7
<b>C.C. de Londinières</b>	19,3
<b>ex-C.C. du Bosc d'Eawy</b>	20,3
<b>Département de Seine-Maritime</b>	17,52

Source : SNIIRAM – 2014

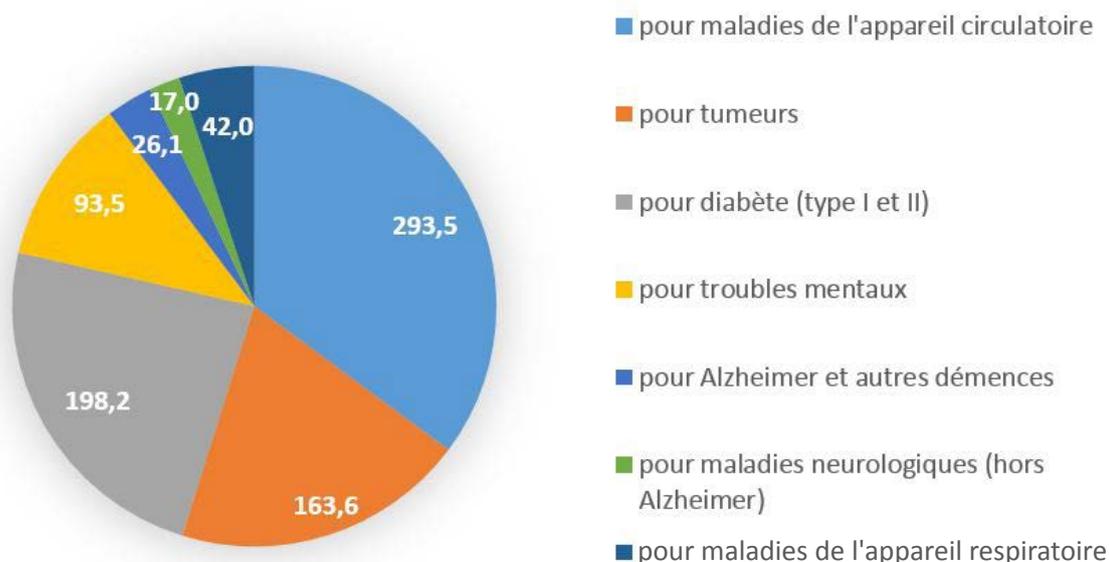
La proportion de personnes relevant du régime général en ALD est plus importante sur l'ancienne C.C. du canton de Forges-les-Eaux. Il est à noter que le territoire de cette ancienne collectivité est aussi celui qui accueille la part la plus importante de personnes âgées de plus de 60 ans, ce qui peut expliquer cette proportion importante. Sur le département de la Seine-Maritime, le taux d'ALD est de 17,52 %, un chiffre inférieur à celui présent sur l'ensemble du territoire brayon.

## 4.9.2. Répartition de la prévalence des ALD

Le principal motif d'ALD en 2014, tant pour les hommes que pour les femmes sur le territoire du Pays de Bray, concerne les différentes maladies cardiovasculaires. La proportion d'hommes souffrants de maladie de l'appareil circulatoire est plus importante que celle des femmes.

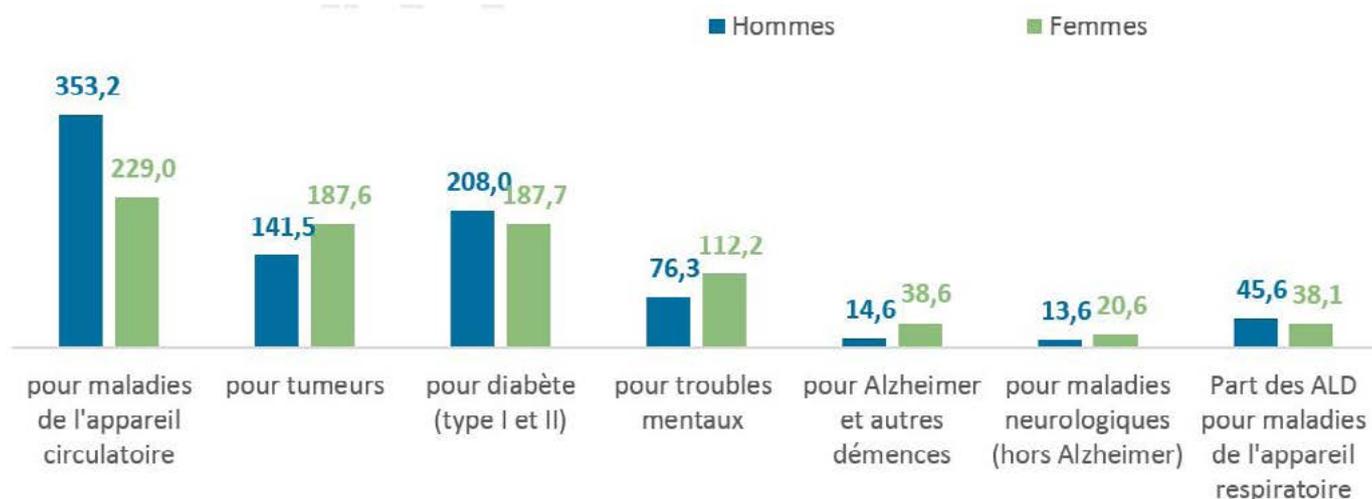
Le 2ème motif d'ALD, tant pour les hommes que pour les femmes, est le diabète type 1 et 2. Là encore, la proportion d'hommes est plus importante que celle des femmes.

Enfin, le 3ème motif d'ALD hommes et femmes réunis est celui des tumeurs. Dans ce cas, la proportion de femmes est plus importante en ALD que celle des hommes.



Sources : Inserm CépiDC, CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 - Exploitation OR2S

Figure 31 - Part des ALD selon le motif en 2014 en Pays de Bray (prévalence)



Sources : Inserm CépiDC, C.C.MSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 - Exploitation OR2S

Figure 32 - Part des ALD selon le motif et le genre en 2014 en Pays de Bray (prévalence)

## 4.10. Santé mentale

**Tableau 25 - Consommation de soins psychiatriques sur le Pays de Bray en 2015**

		Taux standardisé de recours aux soins pour 100 000 habitants		
		Pays de Bray	Département Seine-Maritime	Région Normandie
<b>Hommes</b>	– Hospitalisation complète*	237,7	368,1	320,4
	– Hospitalisation partielle*	65,1	98,4	104,6
	– Soins ambulatoires**	328,4	377,7	403,4
<b>Femmes</b>	– Hospitalisation complète*	161,2	271,0	226,6
	– Hospitalisation partielle*	45,9	57,7	57,0
	– Soins ambulatoires**	278,8	302,8	344,0

\* en nombre de journées

\*\* en nombre d'actes

Si les données fournies par l'OR2S, pour toutes classes d'âges confondues, indiquent un moindre recours de soins psychiatriques dans le périmètre du Pays de Bray, cela n'est pas le cas dès lors qu'il s'agit de l'usage de soins psychiatriques des jeunes de moins de 20 ans.

**Tableau 26 - Consommation de soins psychiatriques sur le Pays de Bray en 2015 chez les moins de 20 ans**

		Taux standardisé de recours aux soins pour 100 000 habitants de moins de 20 ans		
		Pays de Bray	Département Seine-Maritime	Région Normandie
<b>Hommes</b>	– Hospitalisation complète*	245,0	184,0	108,9
	– Hospitalisation partielle*	30,5	133,4	108,3
	– Soins ambulatoires**	506,7	526,4	497,8
<b>Femmes</b>	– Hospitalisation complète*	249,2	149,6	83,8
	– Hospitalisation partielle*	33,6	41,6	37,0
	– Soins ambulatoires**	419,8	321,4	318,0

\* en nombre de journées

\*\* en nombre d'actes

**Tableau 27 - Consommation de soins psychiatriques sur le Pays de Bray en 2015 chez les moins de 20 ans**

Consommation de soins psychiatriques en 2015 chez les moins de 20 ans			
Moins de 20 ans	Hospitalisation Complète	Hospitalisation Partielle	Soins ambulatoires
<b>Hommes</b>	2 097	264	4 359
<b>Femmes</b>	2 032	260	3 444

Les données présentées dans le tableau n° 27 mettent en avant une surconsommation de soins psychiatriques en comparaison aux territoires seino-marin et normand.

Cette consommation d'actes de soins psychiatriques chez les moins de 20 ans, quel que soit le genre du patient (homme ou femme) et le mode d'hospitalisation, est toujours plus importante sur le Pays de Bray.

**Tableau 28 - Consommation de soins psychiatriques sur le Pays de Bray en 2015 chez les 20 ans et plus**

		Taux standardisé de recours aux soins pour 100 000 habitants de 20 ans et plus		
		Pays de Bray	Département Seine-Maritime	Région Normandie
<b>Hommes</b>	- Hospitalisation complète*	235,4	427,3	388,5
	- Hospitalisation partielle*	76,2	87,1	103,4
	- Soins ambulatoires**	271,0	329,9	373,1
<b>Femmes</b>	- Hospitalisation complète*	132,9	310,1	272,5
	- Hospitalisation partielle*	49,9	62,8	63,4
	- Soins ambulatoires**	233,4	296,8	352,4

**Tableau 29 - Consommation de soins psychiatriques sur le Pays de Bray en 2015 chez les plus de 20 ans**

Plus de 20 ans	Hospitalisation Complète	Hospitalisation Partielle	Soins ambulatoires
<b>Hommes</b>	5 680	1 801	6 103
<b>Femmes</b>	3 355	1 251	5 921

Pour ce qui est de la consommation de soins psychiatriques en 2015 chez les individus de 20 ans et plus, on retrouve un taux standardisé de recours aux soins en deçà des chiffres départementaux et régionaux, et ce quel que soit le sexe ou le mode d'hospitalisation.

# 4.1 1. Addictions

## 4.1 1.1. Les addictions auprès de tous les publics

Il est nécessaire de souligner le fait qu'il existe peu de données quantitatives disponibles sur les comportements relatifs aux addictions, tout particulièrement aux échelles intercommunale et communale. Les comportements liés aux addictions ont été par conséquent abordés de manière qualitative lors des entretiens et les données sont celles fournies par les associations et professionnels interrogés. Les données quantitatives proviennent essentiellement des rapports d'activités fournis par les structures contactées.

**Tableau 30 - Répartition des décès par cirrhoses alcooliques et psychoses alcooliques sur le Pays de Bray en 2015**

Mortalité sur la période 2007-2013	Pays de Bray			Région Normandie			France hexagonale		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Nombre total de décès par cirrhoses alcooliques</b>	51	20	71	2 452	924	3 376	35 770	14 210	49 980
<b>Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants</b>	22,3	8,3	14,9	21,6	7,1	13,8	16,9	5,8	10,9
<b>Nombre total de décès par psychoses alcooliques</b>	NC	NC	32	1 111	272	1 383	15 865	4 065	19 930
<b>Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants</b>	NC	NC	6,8	9,7	2,1	5,7	7,4	1,7	4,4

Sources : Inserm CépiDC, CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, PMSI-MCO 2015, Rim-P 2015 - Exploitation OR2S

Les données transmises par l'OR2S indiquent le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants : ce taux est supérieur d'un peu plus de 1 point à celui présent sur la région et supérieur de 4 points à celui du territoire métropolitain.

## 4.1 1.2. Les données recueillies auprès du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) «Caux et Bray»

**Tableau 31 - Personnes suivies par le CSAPA sur le Pays de Bray en 2015**

	CSAPA				
	Barentin	Gournay-en-Bray	Neufchâtel-en-Bray	Yvetot	Total
<b>Personnes suivies</b>	173	120	133	189	615
<b>Personnes suivies en %</b>	28 %	20 %	22 %	31 %	100 %

Source : Rapport d'activité CSAPA 2015

42 % des personnes suivies par le CSAPA «Caux et Bray» le sont sur le territoire du Pays de Bray. 120 personnes sont suivies sur le site de Gournay-en-Bray et 133 sur celui de Neufchâtel-en-Bray.

**Tableau 32 - Répartition des consultations par lieux et mois en 2015 sur le Pays de Bray**

STATISTIQUES 2015 CONSULTATIONS PATIENTS – SITES HOSPITALIERS sur le territoire du PETR du Pays de Bray									
	Médecins		Infirmières			Psychologue		Assistant Socio-Educatif	
	GEB	NEB	GEB	FLE	NEB	GEB	NEB	GEB	NEB
Janvier	16	25	21	6	36	18	18	10	10
Février	12	17	21	3	32	10	13	10	8
Mars	15	25	26	14	36	15	18	9	10
<b>1er trimestre</b>	<b>43</b>	<b>67</b>	<b>68</b>	<b>23</b>	<b>104</b>	<b>43</b>	<b>49</b>	<b>29</b>	<b>28</b>
Avril	14	21	20	7	46	6	12	5	12
Mai	12	18	13	3	37	7	14	3	3
Juin	6	9	15	12	47	16	17	4	12
<b>2e trimestre</b>	<b>32</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>22</b>	<b>130</b>	<b>29</b>	<b>43</b>	<b>12</b>	<b>27</b>
Juillet	19	25	22	10	28	14	20	6	9
Août	13	8	20	6	41	4	5	4	4
Septembre	8	14	24	8	31	12	20	4	14
<b>3e trimestre</b>	<b>40</b>	<b>47</b>	<b>66</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>14</b>	<b>27</b>
Octobre	22	15	31	4	43	7	13	3	10
Novembre	8	11	27	7	24	8	17	9	8
Décembre	14	15	23	6	17	12	12	5	5
<b>4e trimestre</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>81</b>	<b>17</b>	<b>84</b>	<b>27</b>	<b>42</b>	<b>17</b>	<b>23</b>
Annuelle	159	203	263	86	418	129	179	72	105
Par Profession	362			767			308		177
<b>Total</b>	1614								

GEB : Gournay, NEB : Neufchâtel, FLE : Forges-les-Eaux

**Tableau 33 - Addiction à l'origine de la demande de consultation au CSAPA en % en 2015 sur le territoire du Pays de Bray**

	CSAPA	
	1 <sup>er</sup> PRODUIT	2 <sup>ème</sup> PRODUIT
Alcool	75 %	7 %
Tabac	3 %	69 %
Cannabis	8 %	14 %
Opiacés	9 %	3 %
Cocaïne	0 %	2 %
Amphétamine	0 %	0 %
Médicaments détournés	1 %	2 %
Substitution détournée	1 %	1 %
Addiction sans substance	1 %	1 %
Cyber addictions	1 %	0 %
Autres	1 %	1 %

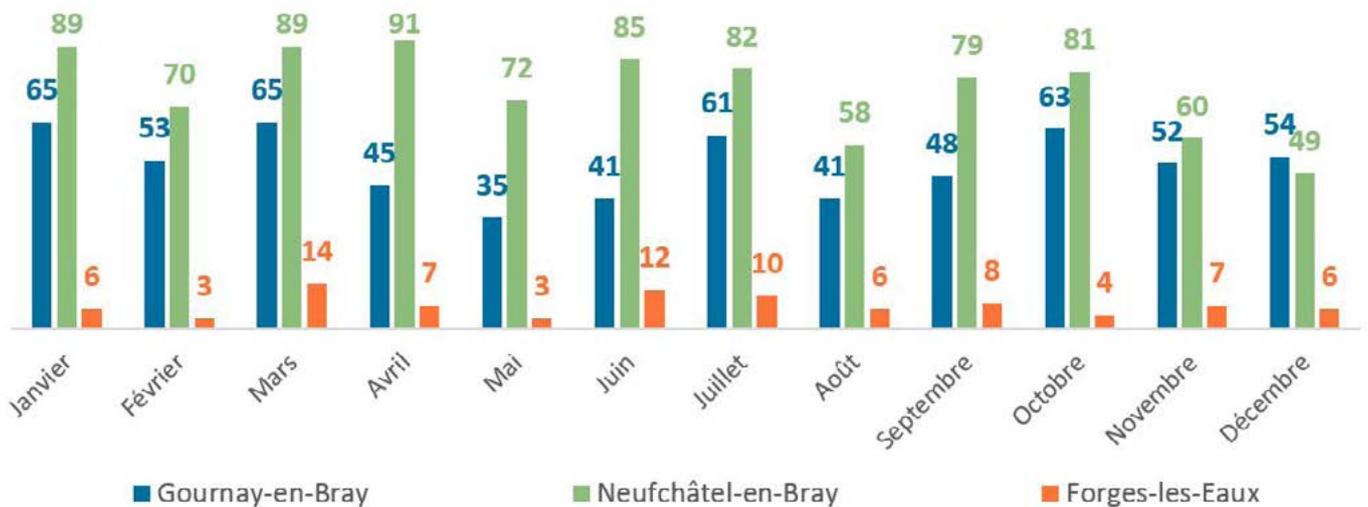
Source : Rapport d'activité CSAPA 2015

D'après le rapport d'activité 2015 du CSAPA, les patients qui viennent consulter le CSAPA sont majoritairement des hommes (78 %), âgés entre 40 et 49 ans (29 %) originaires du département de Seine-Maritime (94 %). Ils vivent dans un domicile stable (92 %), seuls (29 %), et leurs ressources proviennent essentiellement d'un revenu d'activité (51 %). Ils sont le plus souvent ouvriers (45 %) avec un niveau d'étude équivalent ou égal au BEP/CAP (55 %).

Le premier produit à l'origine de la demande de consultation auprès du CSAPA est l'alcool dans 75 % des cas, suivi des opiacés (9 %) et du cannabis (8 %). Le 2<sup>ème</sup> produit le plus consommé par les patients est le tabac (69 %).

**Tableau 34 - Répartition par sexe des consultations du CSAPA**

	Répartition par sexe		
	Gournay-en-Bray	Neufchâtel-en-Bray	Total CSAPA
Hommes	82 %	78 %	78 %
Femmes	18 %	22 %	22 %



Source : Rapport d'activité CSAPA 2015

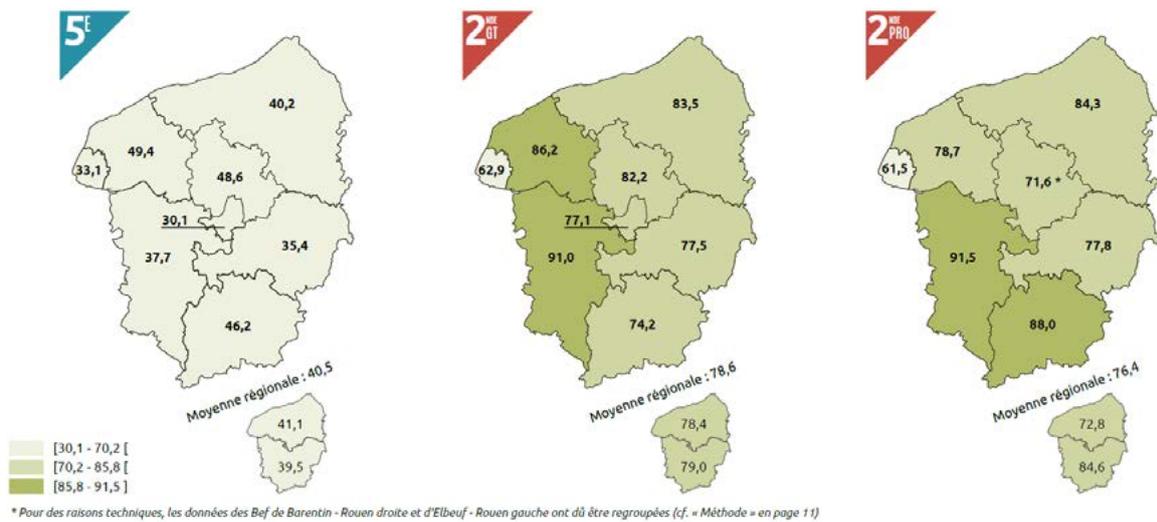
**Figure 33 - Nombre de consultations (ensemble des praticiens) du CSAPA sur le périmètre du PETR du Pays de Bray en 2015**

### 4.1 1.3. Les addictions auprès des jeunes

Une étude intitulée : « La santé des jeunes en Haute-Normandie », réalisée en 2013 par l'Observatoire Régional de la Santé et du Social (OR2S) (en partenariat avec l'ancienne ARS de Haute-Normandie, l'ancienne Région Haute-Normandie, l'académie de Rouen et le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche) nous donne des informations à l'échelle du BEF (Bassin d'Éducation et de Formation) de Dieppe-Neufchâtel.

Cette étude porte sur les jeunes de 5<sup>ème</sup> et de 2<sup>nde</sup>, elle interroge différents champs tels que la santé mentale, la consommation de substances psychoactives, la nutrition, la sexualité et la contraception, et porte également sur la santé et la prévention de ce public.

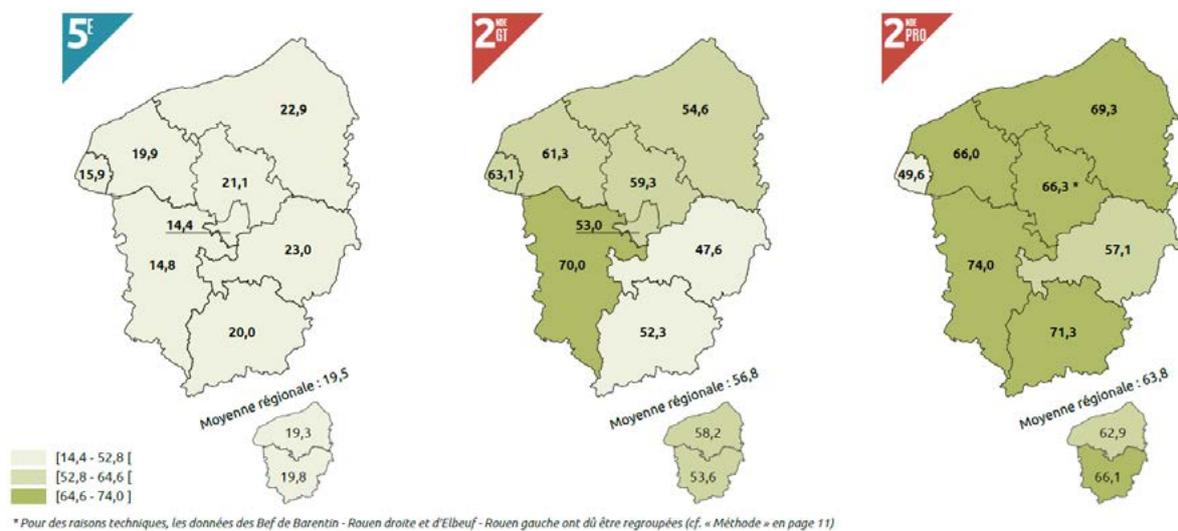
#### La consommation d'alcool chez les jeunes :



Source : Académie de Rouen – Exploitation OR2S

**Figure 34** - Proportion d'élèves ayant expérimenté l'alcool selon la classe et le bassin d'éducation et de formation de l'ex-Région Haute-Normandie (en %)

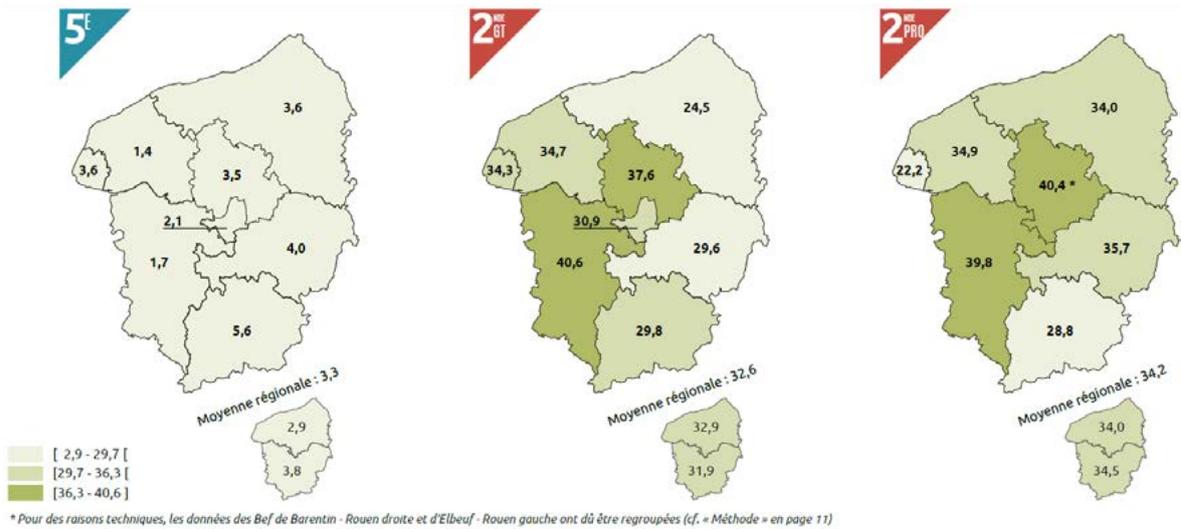
#### La consommation de tabac chez les jeunes :



Source : Académie de Rouen – Exploitation OR2S

**Figure 35** - Proportion d'élèves ayant expérimenté le tabac selon la classe et le bassin d'éducation et de formation de l'ancienne Région Haute-Normandie (en %)

#### 4.1.1.4. La consommation de cannabis chez les jeunes



Source : Académie de Rouen – Exploitation OR2S

**Figure 36 - Proportion d'élèves ayant expérimenté le cannabis selon la classe et le bassin d'éducation et de formation de l'ancienne Région Haute-Normandie (en %)**

En 2013, le territoire du BEF Dieppe-Neufchâtel accueille une proportion d'élèves de 2<sup>nde</sup> générale et professionnelle ayant expérimentés l'alcool, ou bien le tabac, plus importante que la moyenne régionale. Ces chiffres sont à mettre en parallèle avec l'état des lieux des actions de prévention et promotion de la santé réalisée par le RLPS Porte de Caux, qui fait mention d'une consommation d'alcool importante, occasionnelle ou régulière. Pour ce qui est de l'expérimentation du cannabis, l'étude met en avant une expérimentation légèrement plus faible en comparaison aux données régionales.

#### 4.1.1.5. Les données recueillies auprès de la CJC du CSAPA «Pays de Caux»

**Tableau 35 - Personnes suivies par la CJC**

	CJC				
	Barentin	Gournay-en-Bray	Neufchâtel-en-Bray	Yvetot	Total
<b>Personnes suivies</b>	12	11	9	22	54
<b>Personnes suivies en %</b>	22 %	20 %	17 %	41 %	100 %

Source : Rapport d'activité CSAPA 2015

En parallèle, les chiffres de la Consultation Jeunes Consommateurs (CJC), présents dans le rapport d'activité du CSAPA, indiquent que 11 patients âgés de moins de 25 ans ont consulté la CJC de Gournay-en-Bray et 9 patients sont suivis sur le site de Neufchâtel-en-Bray.

Tout comme pour l'ensemble des consultations du CSAPA, les hommes sont surreprésentés. Les jeunes qui consultent la CJC sont, pour 44 % d'entre eux, étudiants ou bien stagiaires non rémunérés.

**Tableau 36** - Addiction à l'origine de la demande de consultation CJC en 2015 sur le territoire du Pays de Bray

	CJC	
	CJC 1er PRODUIT en %	CJC 2ème PRODUIT en %
<b>Alcool</b>	29 %	6 %
<b>Tabac</b>	4 %	69 %
<b>Cannabis</b>	55 %	19 %
<b>Opiacés</b>	4 %	0 %
<b>Cocaïne</b>	0 %	0 %
<b>Amphétamine</b>	0 %	0 %
<b>Médicaments détournés</b>	0 %	0 %
<b>Substitution détournée</b>	0 %	3 %
<b>Addiction sans substance</b>	4 %	0 %
<b>Cyber addictions</b>	4 %	3 %
<b>Autres</b>	0 %	0 %

Source : Rapport d'activité CSAPA 2015

Dans le cas des CJC, le premier produit consommé par les patients est le cannabis (55 %) puis l'alcool (29 %). Chez ces jeunes, le cannabis tient donc une place bien plus importante que chez les personnes de plus de 25 ans consultant le CSAPA. En revanche, dans le cas du second produit, le tabac est le produit le plus consommé, et ce dans les mêmes proportions, à savoir 69 %.



ACCÈS AUX  
DROITS ET SOINS

# 5.1. Accès aux droits

## 5.1.1. Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

La CMU complémentaire est une couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins aux personnes aux faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière.

Source : ameli.fr

DÉPARTEMENT SEINE-MARITIME

CMU complémentaire + ACS  
Situation au 21 novembre 2016

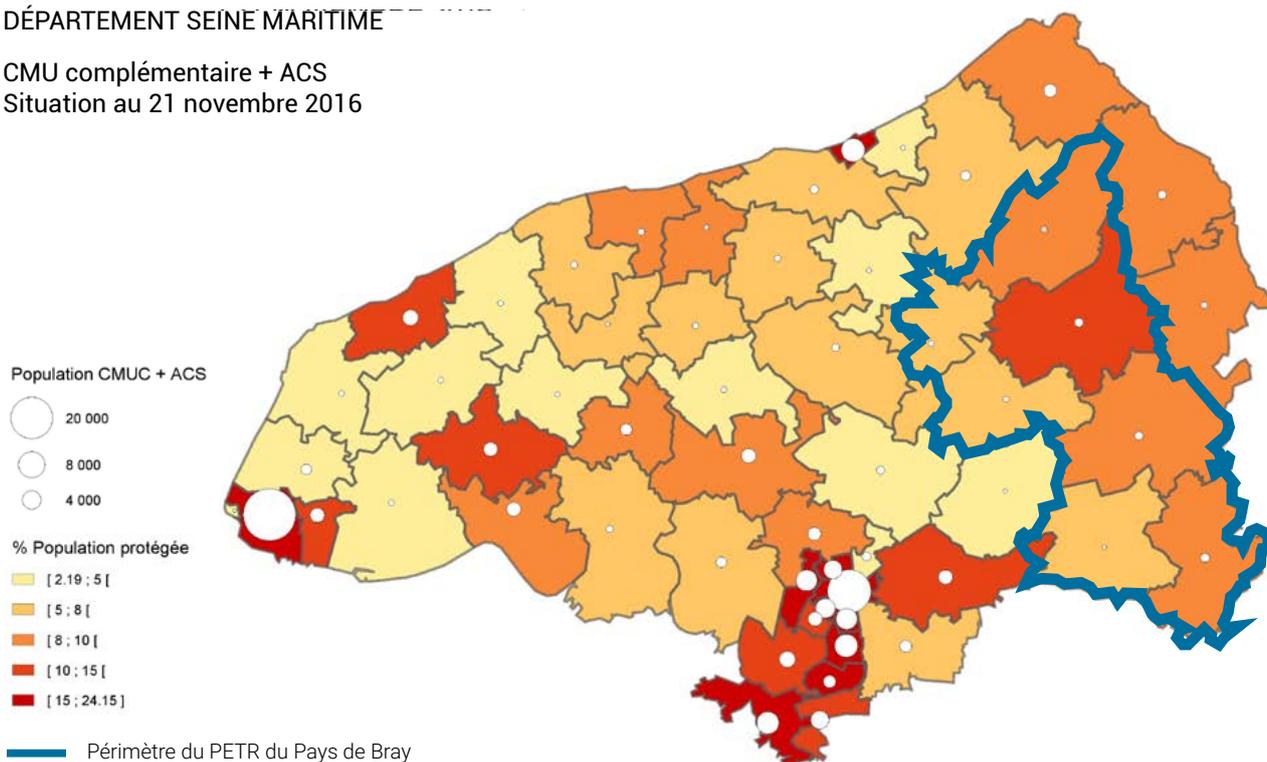


Figure 37 - Carte de la répartition de la couverture CMU-C et ACS sur le département de Seine-Maritime en 2016

Sur le territoire du Pays de Bray, l'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois est celle où la plus grande proportion de population est couverte. Les anciennes C.C. les plus proches de la métropole rouennaise sont celles où la proportion de personnes couvertes est la plus faible.

**Tableau 37 - Part des bénéficiaires CMU-C en 2015 sur le territoire du Pays de Bray**

	Part des bénéficiaires CMU-C en 2015
<b>ex-C.C. du Bray Normand</b>	16,48 %
<b>ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux</b>	9,09 %
<b>ex-C.C. des Monts et de l'Andelle</b>	4,16 %
<b>ex-C.C. du Pays Neufchâtelois</b>	9,88 %
<b>ex-C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray</b>	5,69 %
<b>C.C. de Londinières</b>	8,20 %
<b>ex-C.C. du Bosc d'Eawy</b>	5,31 %

Nombre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle-Complémentaire/ bénéficiaires (assurés et ayants droit) du RG  
Sources : CNAM, SIAM, ERASME

De manière plus précise, au sujet de la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire), les données de l'observatoire des fragilités Grand Nord mettent en avant une dissemblance quant à la part de bénéficiaires faisant usage de cette prestation. Ainsi, l'est du territoire voit une part plus importante de bénéficiaires que l'ouest. Le territoire où se situe la plus grande proportion d'habitants bénéficiaires de la CMU-C en 2015 est celui de l'ancienne C.C. du Bray Normand (16,48 % soit 859 bénéficiaires). En comparaison, la part de bénéficiaires de la CMU-C sur le territoire de Seine-Maritime est de 12,15 %.

## 5.1.2. Aide à la Complémentaire de Santé (ACS)

**Tableau 38 - Part des bénéficiaires de l'ACS en 2015 sur le territoire du Pays de Bray**

	Part des bénéficiaires ACS
<b>ex-C.C. du Bray Normand</b>	5,68 %
<b>ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux</b>	3,62 %
<b>ex-C.C. des Monts et de l'Andelle</b>	1,74 %
<b>ex-C.C. du Pays Neufchâtelois</b>	3,53 %
<b>ex-C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray</b>	4,69 %
<b>C.C. de Londinières</b>	5,56 %
<b>ex-C.C. du Bosc d'Eawy</b>	2,57 %

Sources : CNAM, SIAM, ERASME

De façon similaire à la CMU-C, dans le cas de l'ACS, la part la plus importante de bénéficiaires se situe sur l'ancienne C.C. du Bray Normand (5,68 % soit 391 bénéficiaires). En comparaison au département de Seine-Maritime, la proportion de bénéficiaires de l'ACS est de 4 %.

### 5.1.3. L'accès aux droits, un facteur limitant le renoncement aux soins

<b>Effet de la complémentaire sur la probabilité de renoncer aux soins par rapport à la non-couverture</b>			
<b>Poste de soins</b>	<b>Complémentaire hors CMU-C (en points de %)</b>	<b>CMU-C (en points de %)</b>	<b>Probabilité moyenne de renoncer à des soins pour les personnes sans couverture complémentaire (en %)</b>
<b>Tous soins confondus</b>	<b>-20</b>	<b>-28</b>	<b>53</b>
<b>Médecins</b>	<b>-4</b>	<b>-6</b>	<b>13</b>
Généralistes	-3	-5	10
Spécialistes	-3	-5	8
Optique	-9	-11	25
<b>Dentaire</b>	<b>-14</b>	<b>-21</b>	<b>40</b>
Soins conservateurs	-3	-5	14
Soins prothétiques	-10	-16	26

**Note** • L'effet de la CMU-C n'est sur aucun poste statistiquement différent de celui des autres couvertures complémentaires. Les variables explicatives retenues sont les mêmes que dans le modèle Tobit généralisé de la dépense de santé (encadré 4). Le tableau reporte les effets marginaux de la couverture complémentaire sur la probabilité de renoncer aux soins pour raisons financières pour un individu moyen dans toutes les autres caractéristiques.

**Lecture** • Toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité de renoncer aux soins dentaires pour raisons financières inférieure de 21 points à celles des personnes sans complémentaire.

**Champ** • Personnes de 18 à 64 ans.

**Sources** • Appariement ESPS 2012, traitements DREES.

**Figure 38** - Effet de la complémentaire sur la probabilité de renoncer aux soins par rapport à la non-couverture

Selon une étude datant de 2015 réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Les bénéficiaires de la CMU-C sont en plus mauvaise santé que les autres assurés et leurs dépenses de santé sont donc plus élevées. En tenant compte des caractéristiques socio-économiques et des écarts d'état de santé, la CMU-C favorise l'accès aux soins dans les mêmes proportions que les autres couvertures complémentaires. Lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à l'exception des dépenses de généralistes, qui sont plus élevées. La CMU-C réduit également le risque de renoncement aux soins pour raisons financières, au même titre qu'une couverture complémentaire standard. »

# SYNTHÈSE ACCÈS AUX DROITS

---

## Seine-Maritime

La proportion de personnes bénéficiaires de la CMU-C que l'on retrouve sur le département de Seine-Maritime est de 12,15 %.

La proportion de bénéficiaires de l'ACS est, quant à elle, de 4 %.

Le taux de pauvreté du département de Seine-Maritime est de 14 %.

## C.C. Londinières

Sur la C.C. de Londinières la proportion de personnes bénéficiaires de la CMU-C est de 8,2 %, soit inférieure au taux départemental. Du fait d'un taux de pauvreté de 15,4 %, supérieur au taux départemental, il est possible d'émettre l'hypothèse d'un important non-recours aux droits.

## C.C. de Bray Eawy

Les données de l'observatoire des fragilités du Grand Nord mettent en exergue des disparités sur la proportion de personnes bénéficiaires de la CMU-C sur la C.C. de Bray Eawy. La part des bénéficiaires de la CMU-C est ainsi près de deux fois plus importante sur l'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois (9,88 %) en comparaison aux anciennes C.C. du Bosc d'Eawy (5,31 %) et Saint-Saëns-Porte de Bray (5,69 %).

Tout comme pour la C.C. de Londinières il est possible d'émettre l'hypothèse d'un important non-recours aux droits si l'on rapproche la proportion de la population bénéficiaire de la CMU-C et le taux de pauvreté de ces ex- C.C.

## C.C. des 4 Rivières

Sur la C.C. des 4 Rivières, l'ancienne C.C. du Bray Normand est le territoire où la proportion de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS est la plus importante (16,48 % et 5,68 %). L'ancienne C.C. des Monts et de l'Andelle est la zone où la proportion de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS est la plus faible (4,16 % et 1,74 %).

S'il est possible d'expliquer la proportion plus faible de bénéficiaires de la CMU-C sur le territoire de l'ancienne C.C. des Monts et de l'Andelle par une proportion plus faible de personnes avec un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté, il est de nouveau possible d'émettre l'hypothèse d'un non-recours aux droits sur les anciennes C.C. du Bray Normand et du Canton de Forges-les-Eaux.

## 5.2. Accès aux soins

### 5.2.1. Part des bénéficiaires sans médecin traitant déclaré du régime général (RG) en 2015 pour les personnes âgées de plus de 16 ans

**Tableau 39** - Part des bénéficiaires du RG sans médecin traitant déclaré en 2015 sur le territoire du Pays de Bray (en %)

	Part sans médecin trait déclaré/bénéficiaires
<b>ex-C.C. du Bray-Normand</b>	6,97 %
<b>ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux</b>	6,43 %
<b>ex-C.C. des Monts et de l'Andelle</b>	6,34 %
<b>ex-C.C. du Pays Neufchâtelois</b>	6,55 %
<b>ex-C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray</b>	5,01 %
<b>C.C. de Londinières</b>	5,63 %
<b>ex-C.C. du Bosc d'Eawy</b>	5,59 %
<b>Département de Seine-Maritime</b>	6,66 %

Sources : CNAM, SIAM, ERASME

L'ex C.C. du Bray-Normand est celle qui a la plus importante proportion de bénéficiaires du RG sans médecin traitant.

À l'inverse, l'ex C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray est celle où la proportion de bénéficiaires du RG sans médecin traitant est la plus faible.

En comparaison, la part des bénéficiaires du régime général sans médecin traitant déclaré pour le département de Seine-Maritime est de 6,66 % en 2015.

**Tableau 40** - Communes avec une part des bénéficiaires du RG supérieur à 10 % sans médecin traitant déclaré en 2015

Communes avec une part de bénéficiaires du RG sans médecin traitant déclaré supérieur à 10 % en 2015	
<b>Smermesnil</b>	10,31 %
<b>Le Mesnil Lieubray</b>	12,50 %
<b>Fry</b>	12,64 %
<b>Puisenval</b>	16,67 %
<b>La Bellière</b>	19,23 %

Sources : CNAM, SIAM, ERASME

## 5.2.2. Les bénéficiaires sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois (RG) en 2015

En 2015 la part de bénéficiaires sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois est la plus faible sur l'ancienne C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray (4,44 %). La part la plus forte est quant à elle située sur l'ancienne C.C. du canton de Forges-les-Eaux (5,73 %).

En comparaison au département (5,17 %), la part de bénéficiaire sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois est très proche de celles des habitants du Pays de Bray.

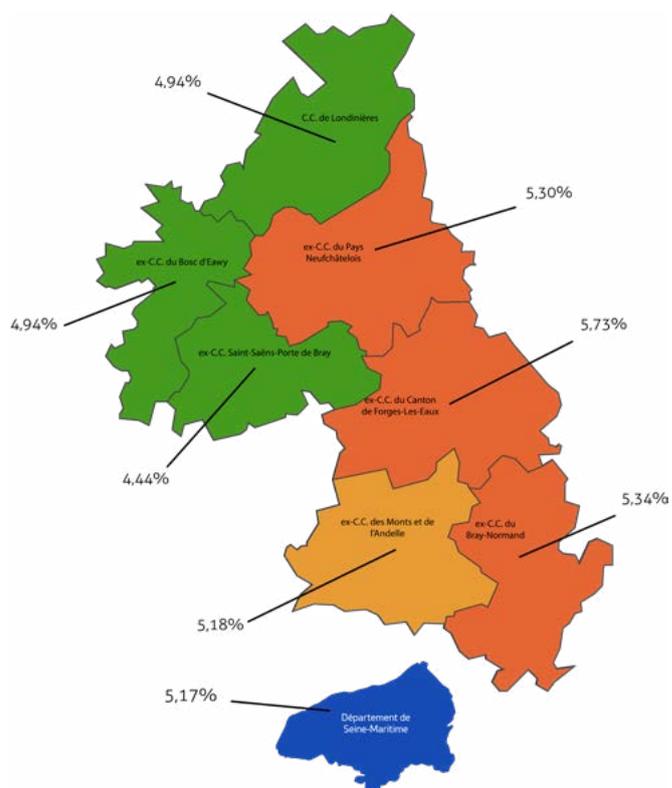


Figure 39 - Proportion de bénéficiaires sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois en 2015 sur le Pays de Bray

## 5.2.3. Les bénéficiaires sans consultation généraliste au cours des 24 derniers mois (RG) en 2015

Sur le département de la Seine-Maritime, en 2015, la part de personnes n'ayant pas eu de consultation chez un médecin généraliste au cours des 24 derniers mois est de 8,74 %. Cette part est plus importante sur les territoires des anciennes C.C. de Londinières (9,07 %), des Monts et de l'Andelle (9 %) et du canton de Forges-les-Eaux (8,98 %).

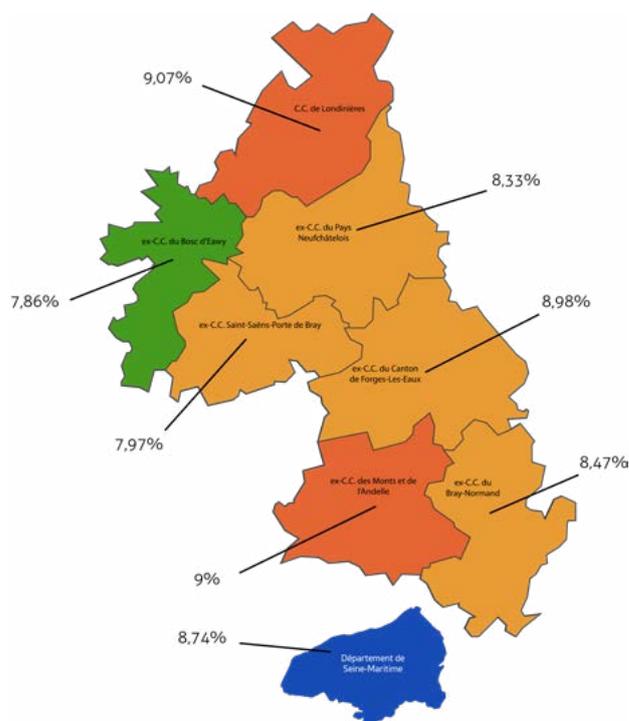
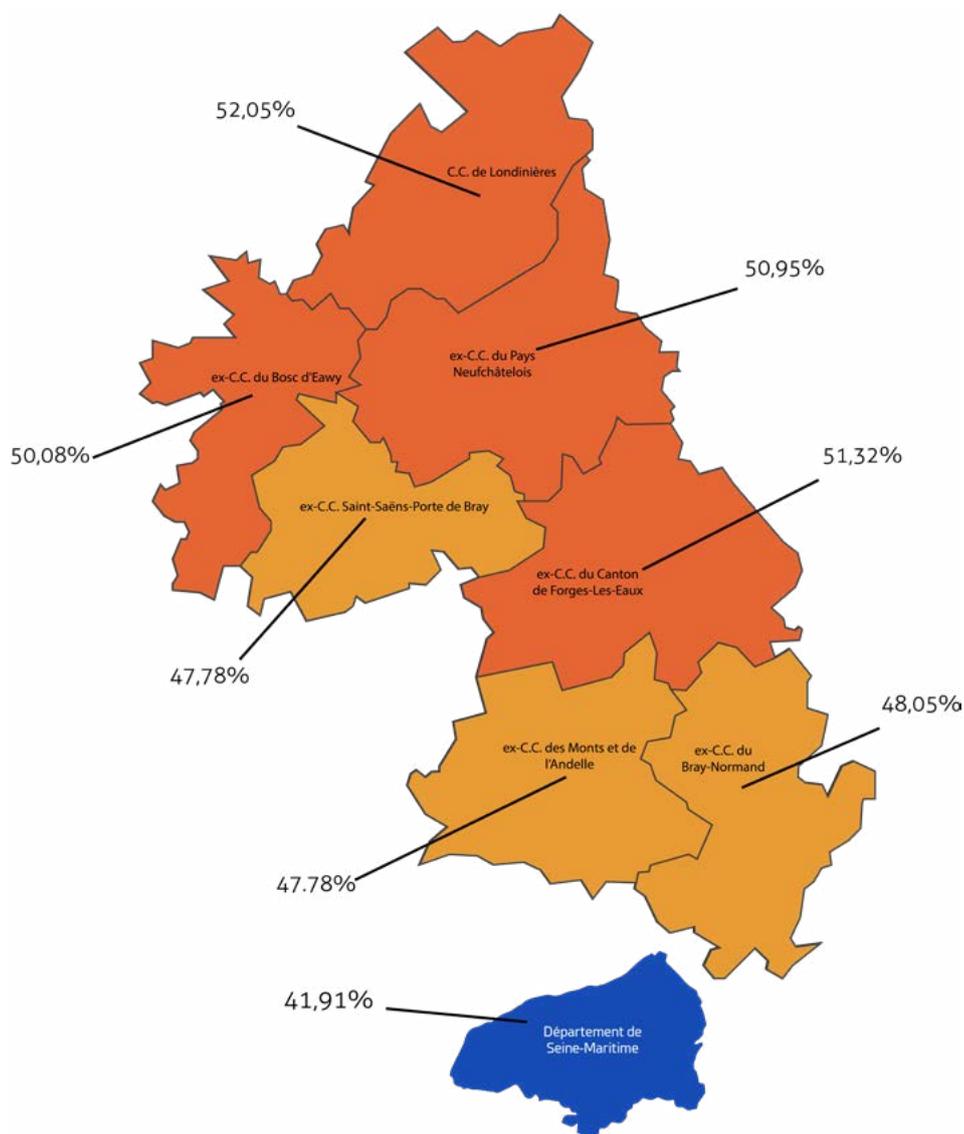


Figure 40 - Proportion de bénéficiaires sans consultation généraliste au cours des 24 derniers mois en 2015 sur le Pays de Bray

## 5.2.4. Part des bénéficiaires sans consultation dentaire au cours des 24 derniers mois (RG) en 2015

À l'exception de l'ancienne C.C. du Bray Normand, la densité de dentistes est plus faible sur le territoire du PETR que sur le territoire national (5,6 pour 10 000 habitants) ou bien du département (3,5 pour 10 000 habitants). Cela peut expliquer que la part de bénéficiaires du régime général sans consultation chez un dentiste au cours des 24 derniers mois soit plus importante que celle observable sur l'ensemble du département. La C.C. la plus impactée par ce taux est celle de Londinières.



**Figure 41** - Proportion de bénéficiaires n'ayant pas eu une consultation chez un dentiste sur les 24 derniers mois/Bénéficiaires du RG (de 16 ans et +) en 2015 sur le Pays de Bray

## 5.2.5. Nombre de bénéficiaires femmes de 20 à 64 ans n'ayant pas eu de consultation gynécologique sur les 24 derniers mois en 2015

La part des femmes bénéficiaires du régime général n'ayant pas eu de consultation gynécologique au cours des 24 derniers mois sur le département est de 45,88 %. L'ensemble des anciennes C.C. du territoire étudié voit cette part de femmes plus importante.

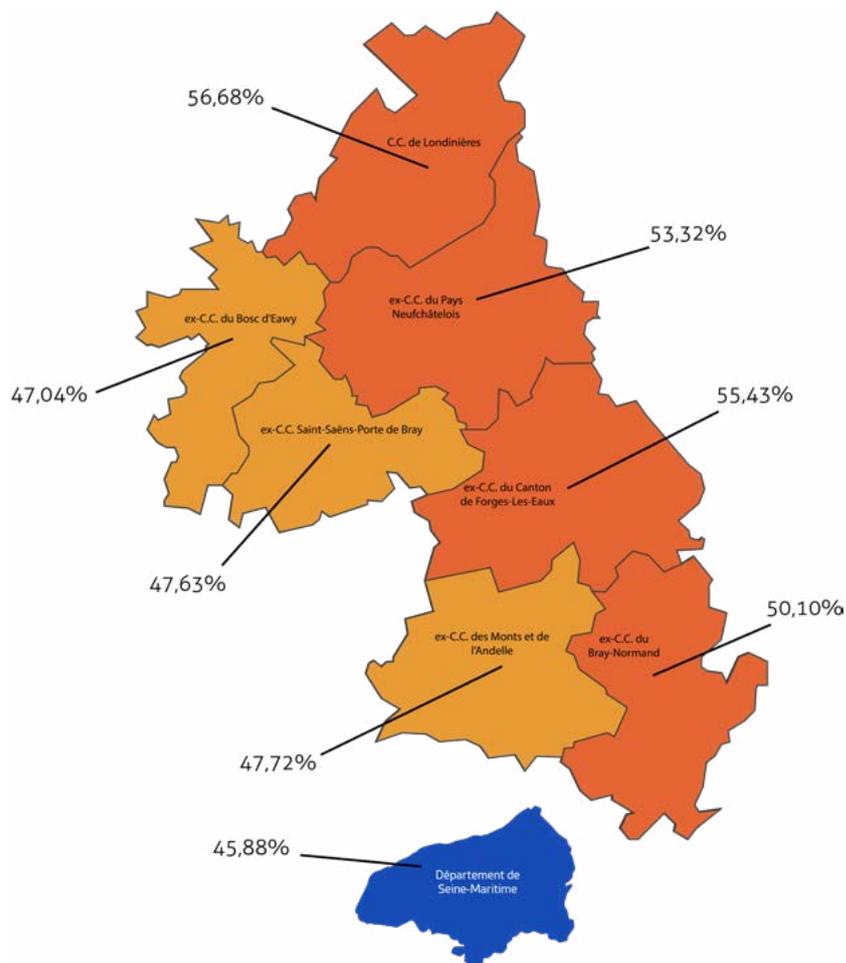


Figure 42 - Part des femmes sans consultation gynécologique en 2015 sur le Pays de Bray

## 5.2.6. Part des bénéficiaires sans acte de mammographie au cours des derniers 24 mois (RG) en 2015

Tableau 41 - Proportion de femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas eu d'acte de mammographie sur les 24 derniers mois en 2015 sur le Pays de Bray

	Part femmes sans acte mammo/femmes
ex-C.C. du Bray-Normand	40,24 %
ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	41,11 %
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	41,64 %
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	34,34 %
ex-C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray	43,16 %
C.C. de Londinières	48,57 %
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	40,10 %
Département de Seine-Maritime	38,52 %

Sources : CNAM, SIAM, ERASME

Tout comme dans le cas de la part des femmes bénéficiaires du régime général n'ayant pas eu de consultation gynécologique, la part des femmes sans acte de mammographie est plus faible sur le territoire du Pays de Bray que sur le département de Seine-Maritime (38,52 %), exception faite de l'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois (34,34 %). La C.C. de Londinières est celle où la proportion de femmes sans acte de mammographie est la plus importante.

## 5.3. Focus personnes âgées

D'après les données de l'INSEE, issues du dernier recensement datant de 2013, le territoire du PETR compte 64 626 habitants dont 16 666 personnes sont âgées de plus de 60 ans, soit 25,8 % de la population totale du territoire.

### 5.3.1. Personnes de 60 ans ou plus vivant seules selon l'âge – population des ménages

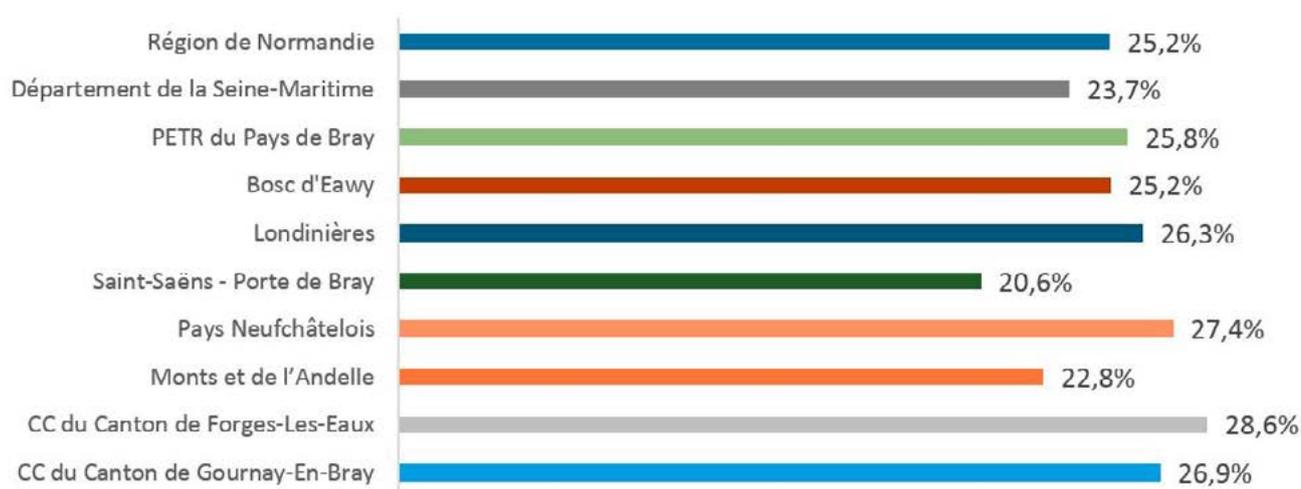


Figure 43 - Part des habitants ayant 60 ans et plus en 2013

La proportion de personnes âgées de plus de 80 ans vivant seules est plus faible sur le Pays de Bray en comparaison au territoire national, à l'exception de l'ancienne C.C. du Bray Normand. Les femmes sont plus représentées parmi les personnes âgées de plus de 55 ans vivant seules. Il s'agit là d'une conséquence naturelle de la différence d'espérance de vie qu'il existe entre les femmes et les hommes. Une attention particulière doit être accordée à cette population des personnes âgées vivant seules. En effet, les différences de déroulés de carrière et de taux d'activité peuvent avoir des conséquences très sensibles sur le niveau de vie des personnes à l'âge de la retraite et sur leurs capacités ou leurs motivations à accéder aux soins.

Tableau 42 - Proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules selon l'âge en 2013 (en %)

	CC du Canton de Gournay-En-Bray	CC du Canton de Forges-Les-Eaux	Monts et de l'Andelle	Pays Neufchâtelois	Saint-Saëns - Porte de Bray	Londinières	Bosc d'Eawy
15 à 19 ans	0,5	1	0,3	4,2	0,7	1	0,2
20 à 24 ans	12,9	8	5,1	16,4	5,2	3,2	4,2
25 à 39 ans	12,7	10	5,3	10,2	6,4	4,4	6,4
40 à 54 ans	13,4	11,1	9,7	10,4	8	9,7	8,6
55 à 64 ans	19,7	16,8	13,6	16,3	12,6	12,2	16,1
65 à 79 ans	28,4	24,9	22,2	27,1	21,6	23,1	20,1
80 ans ou plus	52,9	47,5	46,5	47,1	46,1	45,2	47,6

Sources : Insee, RP2013 exploitations principales.

## 5.3.2. L'allongement de la durée de vie, un défi pour la prise en charge des personnes âgées

Comme indiqué précédemment (voir p.19), la population du territoire est âgée. L'allongement de la durée de vie a des conséquences directes sur les modalités de prise en charge des personnes concernées. La principale conséquence est que ce vieillissement de la population s'accompagne d'une diminution des aidants naturels (compagnons, enfants, etc.) et remet en question la possibilité du maintien à domicile de certaines personnes âgées dépendantes.

Cette population âgée a amené le territoire à se doter d'un nombre important de structures en lien avec la prise en charge des personnes âgées dépendantes (EHPAD, plateforme de répit, etc.).

Cependant, si le maintien à domicile est facilité pour un nombre plus important de bénéficiaires, son coût est augmenté également et pose les questions de leur accessibilité. Ainsi, les personnes faiblement dépendantes ne peuvent bénéficier de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et leurs ressources ne suffisent pas au financement d'une aide à domicile.

Le vieillissement de la population induit une augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques, et de fait une demande accrue de soins. Cette perspective démographique pose le problème sanitaire de la rencontre future entre une demande plus soutenue et une offre actuellement déjà limitée.

## 5.3.3. Âge moyen de départ à la retraite (RG) en 2016

Tableau 43 - Âge moyen de départ à la retraite

	Âge moyen de départ à la retraite (RG)
ex-C.C. du Bray-Normand	60,81 ans*
ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	60,89 ans
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	60,91 ans
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	60,84 ans
ex-C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray	60,87 ans
C.C. de Londinières	60,84 ans
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	61,11 ans
Département de Seine-Maritime	N/C**

Sur le territoire du PETR du Pays de Bray, l'âge moyen de départ à la retraite s'établit autour de 61 ans. À la même période en France, selon la CNAV, l'âge de départ à la retraite est de 63,3 ans. Ce taux de départ plus précoce peut s'expliquer par une scolarisation plus courte ayant pour conséquence une entrée sur le marché du travail plus rapide.

\*Donnée 2015 \*\*Donnée non renseignée  
Sources : CNAV, SNSP

	ex-C.C. du Bray-Normand	ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	ex-C.C. de Saint-Saëns – Porte de Bray	C.C. de Londinières	ex-C.C. de Bosc d'Eawy	Département Seine-Maritime
15 à 19 ans	0,5	1	0,3	4,2	0,7	1	0,2	7,2
20 à 24 ans	12,9	8	5,1	16,4	5,2	3,2	4,2	20,4
25 à 39 ans	12,7	10	5,3	10,2	6,4	4,4	6,4	13,7
40 à 54 ans	13,4	11,1	9,7	10,4	8	9,7	8,6	13,5
55 à 64 ans	19,7	16,8	13,6	16,3	12,6	12,2	16,1	20,1
65 à 79 ans	28,4	24,9	22,2	27,1	21,6	23,1	20,1	27,8
80 ans ou +	52,9	47,5	46,5	47,1	46,1	45,2	47,6	53,2

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales

## 5.3.4. Nombre de retraités MSA et RG en 2015

**Tableau 44** - Nombre de retraités de Droit Direct ou Droit Dérivé MSA (55 ans et plus)

	Nombre retraités MSA
ex-C.C. du Bray-Normand	1 060
ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	1 335
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	565
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	1 450
ex-C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray	779
C.C. de Londinières	722
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	855
<b>Total</b>	<b>6 766</b>

Source : MSA

**Tableau 45** - Nombre de retraités de Droit Direct ou Droit Dérivé du Régime Général (55 ans et plus)

	Nombre retraités RG
ex-C.C. du Bray-Normand	2 930
ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	2 460
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	1 086
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	2 589
ex-C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray	1 466
C.C. de Londinières	1 050
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	1 504
<b>Total</b>	<b>13 085</b>

Sources : CNAV, SNSP

Le nombre de retraités de droit direct ou droit dérivé de la MSA représente un tiers de l'ensemble des retraités. Ce chiffre s'explique par le nombre d'agriculteurs sur le territoire.

## 5.3.5. Retraités âgés de 75 ans et plus/nombre de retraités du RG

**Tableau 46** - Part de retraités âgés de 75 ans et plus en 2015 en Pays de Bray

	Part de retraités sup à 75 ans
ex-C.C. du Bray-Normand	40,58 %
ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	40 %
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	35,45 %
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	40,98 %
ex-C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray	34,58 %
C.C. de Londinières	38 %
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	40,49 %

Sources : CNAV, SNSP

L'ancienne C.C. avec la part la plus importante de retraités supérieurs à 75 ans est celle du Pays Neufchâtelois (40,98 %), très proche de celle des anciennes C.C. du Bray-Normand (40,58 %) et du Bosc d'Eawy (40,49 %). L'ancienne C.C. avec la part la plus faible de retraités supérieurs à 75 ans est celle de Saint-Saëns Porte de Bray (34,58 %).

## 5.3.6. Part des bénéficiaires du (RG) de 55 ans et plus sans recours aux soins au cours des 12 derniers mois en 2015

**Tableau 47** - Part des bénéficiaires sans recours soins âgés de plus de 55 ans en 2015 en Pays de Bray

	Part des bénéficiaires sans recours soins âgés de plus de 55 ans
<b>ex-C.C. du Bray-Normand</b>	3,53 %
<b>ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux</b>	4,27 %
<b>ex-C.C. des Monts et de l'Andelle</b>	4,59 %
<b>ex-C.C. du Pays Neufchâtelois</b>	4,72 %
<b>ex-C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray</b>	4,89 %
<b>C.C. de Londinières</b>	4,99 %
<b>ex-C.C. du Bosc d'Eawy</b>	3,72 %
<b>Département de Seine-Maritime</b>	3,85 %

Sources : CNAV, SNSP, Tranches âge 55 et plus

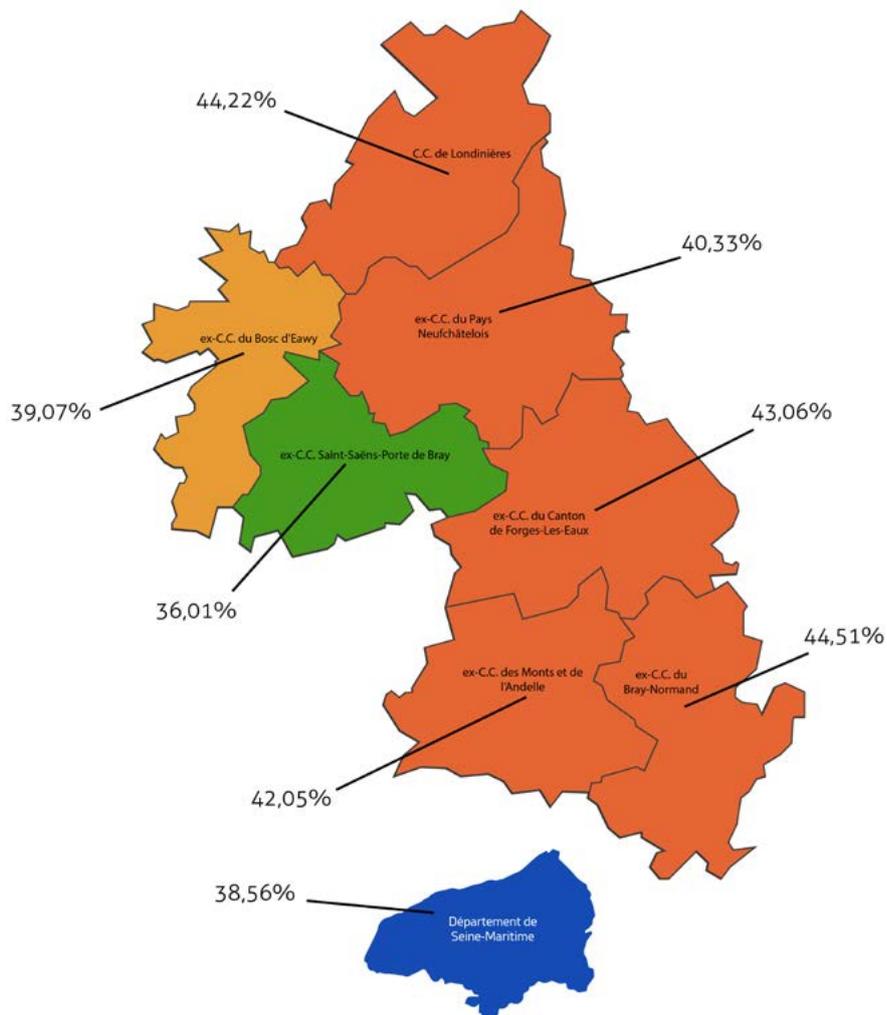
La part de bénéficiaires de 55 ans ou plus sans recours aux soins en 2015 est dans la quasi-totalité des cas plus importante sur le territoire du PETR que sur le département de Seine-Maritime. La zone où est observée la plus faible proportion de personnes de plus de 55 ans ayant eu recours aux soins est celle de Londinières.

Il est important de rappeler que, pour toute classe d'âge confondue, la C.C. de Londinières observe un taux de non-recours aux soins plus proche du taux présent à l'échelle départementale. Dans le cas de l'ancienne C.C. de Saint-Saëns-Porte de Bray, ce faible taux de recours aux soins se retrouve tant pour les personnes âgées de 55 ans et plus que pour l'ensemble des classes d'âge réunies.

### 5.3.7. Part des bénéficiaires du RG de 65 ans et plus sans acte Vaccins Anti Grippal au cours des 24 derniers mois en 2015

#### Part de bénéficiaires n'ayant pas eu un acte de Vaccination Anti Grippe sur les 24 derniers mois

À l'exception de l'ancienne C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray, tout le territoire observe une proportion plus faible de personnes ayant bénéficié d'une Vaccination Anti Grippe sur les 24 derniers mois que sur le département.



Sources : CNAM, SIAM, ERASME

**Figure 44** - Part des bénéficiaires de 65 ans et plus sans acte VAG au cours des 24 derniers mois (RG) en 2015 en Pays de Bray

Les données présentées dans cette partie sont pour la quasi-totalité d'entre elles issues du diagnostic de Projet de territoire réalisé par la MAIA Bresle & Bray en 2016.

Le Territoire de la MAIA Bresle & Bray a une superficie équivalente à un quart du département de Seine-Maritime. Pour autant ce territoire n'accueille que 6 % de la population totale du territoire. Le diagnostic de ce territoire met en avant une proportion importante de personnes âgées.

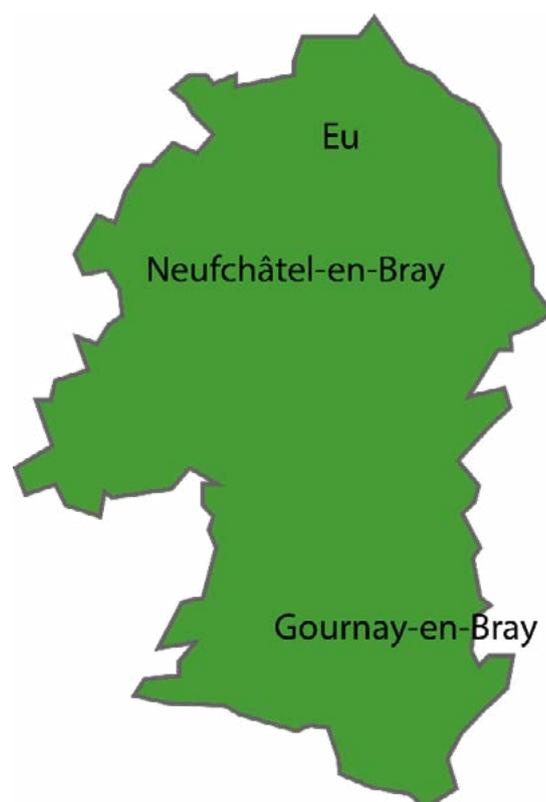


Figure 45 - Carte couverture MAIA de Bresle et Bray

Tableau 48 - Répartition des individus bénéficiant de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) par groupe iso-ressources (GIR)

GIR	Niveau de dépendance	%	Nb
GIR 1	Personne confinée au lit ou au fauteuil	3 %	52
	Fonctions mentales gravement altérées		
	Présence indispensable et continue d'intervenants		
GIR 2	Besoin de prises en charge pour la plupart des activités de la vie courante	19 %	328
	Personne confinée au lit ou au fauteuil, mais dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées		
	Ou personne capable de se déplacer, mais dont les fonctions mentales sont gravement altérées, nécessitant une surveillance rapprochée		
GIR 3	Autonomie locomotrice partielle	23 %	397
	Personne ayant conservé l'autonomie mentale		
	Besoin quotidien et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels		
GIR 4	Personne n'assumant pas seule les transferts (se lever, se coucher), mais pouvant néanmoins se déplacer à l'intérieur de leur logement	55 %	949
	Besoin d'aide pour la toilette et l'habillement		
	Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidée pour les soins corporels et les repas		

Source : projet de territoire partie 1 : Diagnostic MAIA

# SYNTHÈSE ACCÈS AUX SOINS

---

## Seine-Maritime

La proportion de bénéficiaires du RG sans consultation généraliste au cours des 24 derniers mois sur le département de Seine-Maritime est de 8,74 %, celle sans consultation auprès d'un dentiste au cours des 24 derniers mois est de 41,91 %. Enfin, la proportion de bénéficiaires du RG sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois est de 5,17 %.

## C.C. Londinières

La C.C. de Londinières est celle où la proportion de bénéficiaires du RG sans consultation généraliste au cours des 24 derniers mois est la plus importante (9,07 %). Il en est de même pour ce qui est de la proportion de personnes sans consultation chez un dentiste au cours des 24 derniers mois (52,05 %).

En revanche la C.C. de Londinières est l'une de celle où la proportion de personnes sans recours aux soins est la plus faible (4,94 %).

## C.C. de Bray Eawy

L'ancienne C.C. du Bosc d'Eawy est le seul territoire où la proportion de personne sans consultation généraliste est moins importante en comparaison au territoire départemental. Les deux autres anciennes C.C. (Saint-Saëns - Porte de Bray et du Pays Neufchâtelois) observent quant à elles une proportion légèrement plus faible de leurs populations sans recours à une consultation chez un médecin généraliste.

## C.C. des 4 Rivières

L'ancienne C.C. du canton de Forges-les-Eaux est celle où l'on retrouve la plus grande proportion de bénéficiaires du RG sans consultation généraliste au cours des 24 derniers mois (51,32 %) après la C.C. de Londinières. Elle est aussi celle où la proportion de bénéficiaires sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois est la plus importante.

## Focus personnages âgés

La proportion de personnes âgées de plus de 80 ans isolées est légèrement plus faible sur le territoire qu'à l'échelle nationale. Les femmes y sont plus représentées.

Un tiers des retraités sont affiliés à la MSA, et les deux tiers au Régime Général. On constate un important non-recours aux droits parmi les personnes âgées.



# OFFRE DE SERVICES

## 6.1. L'offre de soins libérale

Seront développées dans cette partie la densité de l'offre de soins libéral pour les médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, gynécologues.

Dans ce diagnostic, il a été fait le choix de présenter des données présentant la distance au praticien le plus proche. Ces données sont à nuancer du fait que la distance qu'un patient doit parcourir pour accéder à un professionnel de santé peut être supérieure à celle du professionnel géographiquement le plus proche.

Le fait que la distance effective d'accès à un médecin soit supérieure peut s'expliquer par le fait que le professionnel le plus proche soit peu disponible en raison d'une demande de soins supérieure à son rayon d'exercice. Il en est de même pour l'ensemble des praticiens (masseur kinésithérapeutes, dentistes, etc.).

### 6.1.1. La densité des professionnels de santé libéraux

En 2015, les deux départements de l'ancienne région Haute-Normandie recensaient 6 362 médecins inscrits au tableau de l'Ordre. En comparaison à l'année 2007, la hausse des effectifs est de 8,9 % sur la période 2007-2015. C'est le département de la Seine-Maritime qui a le plus bénéficié de cette hausse d'effectif.

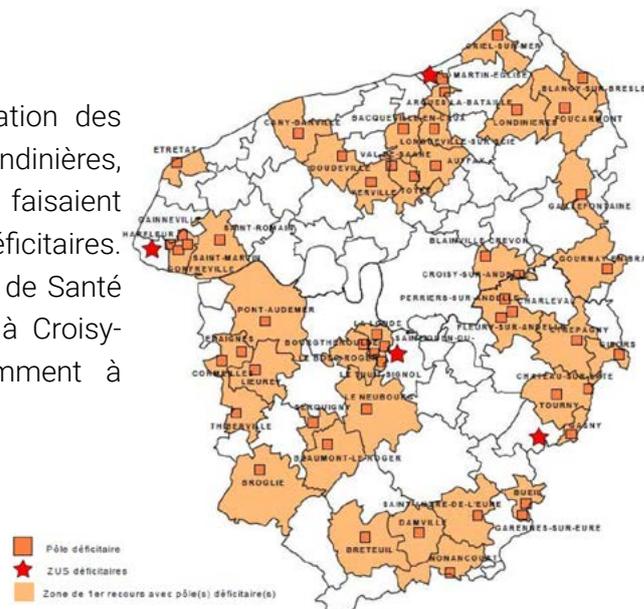
Tableau 49 - Répartition des médecins libéraux dans les départements de l'ancienne Haute-Normandie en 2015

Département	Effectifs 2015	Variation 2007-2015
Eure	1 362	1,3 %
Seine-Maritime	5 000	11,2 %
<b>Total</b>	<b>6 362</b>	<b>8,9 %</b>

Source : La démographie médicale en Région Haute-Normandie situation en 2015

### 6.1.2. Les projets de pôles déficitaires au sein des territoires de 1er recours

Lors de l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) de Haute-Normandie 2012-2017, Londinières, Gaillefontaine, Croisy-sur-Andelle et Gournay-en-Bray faisaient parties des pôles déficitaires ou zones de 1er recours déficitaires. Depuis 2012 des projets ont vu le jour : deux Maisons de Santé Pluridisciplinaires se sont installées à Londinières et à Croisy-sur-Andelle. D'autres projets sont en cours, notamment à Gaillefontaine et Gournay-en-Bray.



Source : SROS de Haute-Normandie 2012-2017

Figure 46 - Projet de pôles déficitaires au sein des territoires de 1er recours

Un nouveau zonage a été arrêté en juillet 2019<sup>1</sup>, précisant les zones d'intervention prioritaire et les zones d'actions complémentaires. Sur le territoire, plusieurs communes de la C.C. des 4 Rivières sont en zone d'actions complémentaires :

- Avesnes-en-Bray;
- Beauvoir-en-Lyons;
- Bézancourt;
- Bosc-Hyons;
- Brémontier-Merval;
- Croisy-sur-Andelle;
- Cuy-St-Fiacre;
- Dampierre-en-Bray;
- Elbeuf-en-Bray;
- Ernemont-la-Villette;
- Ferrières-en-Bray;
- La Feuillie;
- Gancourt-St-Etienne;
- Gournay-en-Bray;
- Molagnies;
- Mont-Roty;
- Neuf-Marché;
- Nolléval.

---

<sup>1</sup> 04 juillet 2019 – Arrêté relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin en Normandie

## 6.1.3. Les médecins généralistes

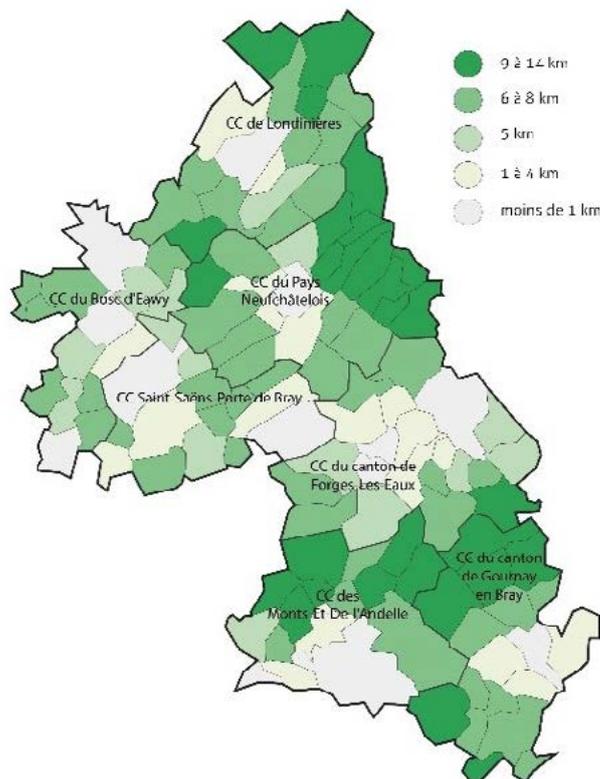
**Tableau 50** - Nombre de généralistes dans le Pays de Bray en 2014

	Nombre de généralistes
ex-C.C. du Bray-Normand	13
ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux	11
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	5
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	13
ex-C.C. Saint-Saëns – Porte de Bray	6
C.C. de Londinières	3
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	8
<b>Total</b>	<b>59</b>

Source : SNIIRAM – 2014

Sur le territoire, 59 médecins généralistes étaient recensés en 2014. Ce sont les anciennes C.C. du Pays Neufchâtelois et du Bray-Normand, qui toutes deux accueillent un centre hospitalier sur leur territoire, qui ont le plus gros effectif.

Source : SNIIRAM, ARS



**Figure 47** - Distance au généraliste le plus proche (km) en 2014 sur le Pays de Bray

**Tableau 51** - Densité de généralistes dans le Pays de Bray en 2014

	Densité de généralistes
ex-C.C. du Bray-Normand	9,9
ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux	10
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	8,6
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	10,5
ex-C.C. Saint-Saëns – Porte de Bray	6,7
C.C. de Londinières	5,4
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	10,5
Seine-Maritime	9,3
Normandie	8,6
France	9,3

Source : FNPS, INSEE – 2014 (10 000 hab)

On retrouve sur le territoire une grande disparité concernant la densité de médecins généralistes. Trois des sept anciennes C.C. (Saint-Saëns - Porte de Bray, des Monts et de l'Andelle et C.C. de Londinières) disposent d'une densité plus faible en comparaison aux autres territoires, aux échelons départemental, régional ou bien national.

Les habitants qui doivent réaliser la plus grande distance pour se rendre chez un médecin généraliste sont ceux domiciliés sur la commune de Callengeville avec une distance de 14 km suivis de ceux résidant sur la commune de Ménonval.

**Tableau 52 - Répartition des médecins par classe d'âge en 2014 sur le Pays de Bray**

	PETR du Pays de Bray		Département de Seine-Maritime		Région Normandie	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
<b>Moins de 40 ans</b>	20	34 %	147	13 %	355	12 %
<b>40 à 49 ans</b>	8	14 %	207	18 %	516	18 %
<b>50 à 54 ans</b>	13	22 %	185	16 %	445	16 %
<b>55 à 59 ans</b>	9	15 %	325	28 %	801	28 %
<b>60 ans et plus</b>	9	15 %	289	25 %	753	26 %
<b>Nbre total de généralistes</b>	59	100 %	1 153	100 %	2 870	100 %

Source : SNIIRAM

On retrouve sur le territoire du PETR du Pays de Bray une part de médecins généralistes âgés de moins de 40 ans plus de deux fois supérieure à celle que l'on peut retrouver sur le département ou bien la région.

Pour autant, ces chiffres pris à l'échelon du Pays de Bray ne rendent pas compte de la situation préoccupante qu'est celle du territoire concernant la présence de médecins généralistes. La présence de personnels nombreux et jeunes sur la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Neufchâtel-en-Bray influe fortement les chiffres à l'échelle du Pays de Bray. Ainsi, il est intéressant d'apprécier la situation à l'échelon des anciennes C.C. composant le Pays de Bray dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 53 - Répartition des médecins par âge et territoire sur le Pays de Bray en 2014**

	ex-C.C. du Bray-Normand	ex-C.C. du canton de Forges-Les-Eaux	ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	ex-C.C. Saint-Saëns-Porte de Bray	C.C. de Londinières	ex-C.C. du Bosc d'Eawy
<b>Moins de 40 ans</b>	0	3	3	9	2	0	3
<b>40 à 49 ans</b>	2	3	0	0	2	0	1
<b>50 à 54 ans</b>	2	5	0	2	2	1	1
<b>55 à 59 ans</b>	4	0	1	2	0	2	0
<b>60 ans et plus</b>	5	0	1	0	0	0	3
<b>Nbre total de généralistes</b>	13	11	5	13	6	3	8

Source : SNIIRAM

L'offre en médecins généralistes est de bon niveau dans les centres-villes de Neufchâtel-en-Bray (13 médecins généralistes en 2014) et Gournay-en-Bray (13 médecins généralistes en 2014), pour autant, les données fournies par le site CartoSanté de l'ARS mettent en avant une part importante de médecins âgés de plus de 55 ans. Cette classe d'âge surreprésentée risque de poser un véritable problème d'accès aux soins à moyen terme.

Si l'ensemble de la population est impacté par une démographie médicale déclinante, indépendamment de leurs revenus, ce sont les publics les plus isolés et précarisés qui souffriront le plus durement du fait de leur mobilité et/ou de leur connaissance des services.

## 6.1.4. Les infirmiers

Tableau 54 - Densité d'infirmiers sur le Pays de Bray en 2014

	Densité d'infirmiers
ex-C.C. du Bray-Normand	3
ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux	12,7
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	5,2
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	3,2
ex-C.C. Saint-Saëns – Porte de Bray	5,6
C.C. de Londinières	10,9
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	14,5
Seine-Maritime	8,1
Normandie	8,5
France	12,5

Source : FNPS, INSEE – 2014 (10 000 hab)

La C.C. de Londinières ainsi que les anciennes C.C. du Bosc-d'Eawy et du canton de Forges-les-Eaux présentent une densité d'infirmiers supérieure à celle que l'on peut observer sur le département de Seine-Maritime (8,1 infirmiers pour 10 000 habitants) et sur la Région Normandie (8,5 infirmiers pour 10 000 habitants).

Pour ce qui est des autres anciennes C.C., la densité d'infirmiers pour 10 000 habitants est bien en deçà de ce que l'on peut retrouver sur le département et la région.

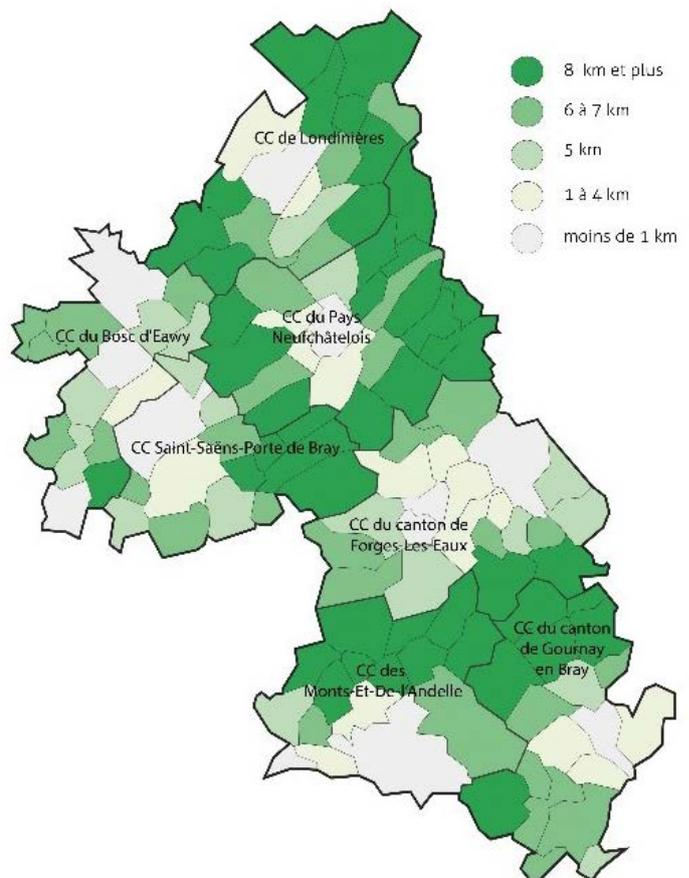


Figure 48 - Distance à l'infirmier le plus proche (km) en 2014 sur le Pays de Bray

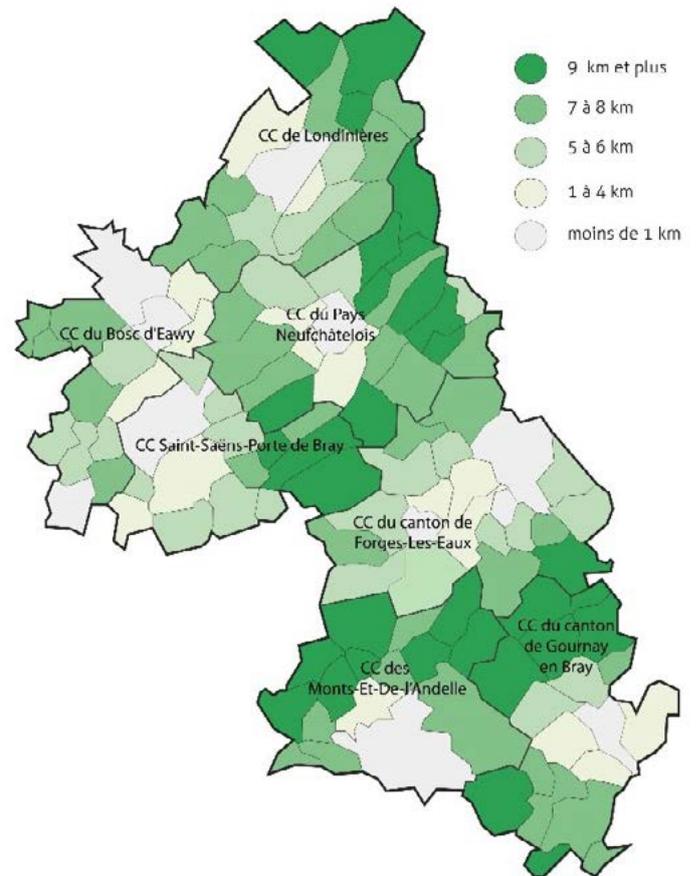
## 6.1.5. Les kinésithérapeutes

**Tableau 55** - Densité de kinésithérapeutes sur le territoire du Pays de Bray en 2014

	Densité de kinésithérapeutes
ex-C.C. du Bray-Normand	2,3
ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux	4,5
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	1,7
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	4,9
ex-C.C. Saint-Saëns – Porte de Bray	1,1
C.C. de Londinières	1,8
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	2,6
Seine-Maritime	5
Normandie	5,5
France	9,2

Source : FNPS, INSEE – 2014 (10 000 hab)

La densité de kinésithérapeutes pour 10 000 habitants est supérieure à la densité de ces mêmes professionnels de santé que ce soit aux échelons du Département de Seine-Maritime, de la Région Normandie ou de la France.



Sources : FNPS, INSEE – 2014

**Figure 49** - Distance au kinésithérapeute le plus proche (km) en 2014 en Pays de Bray

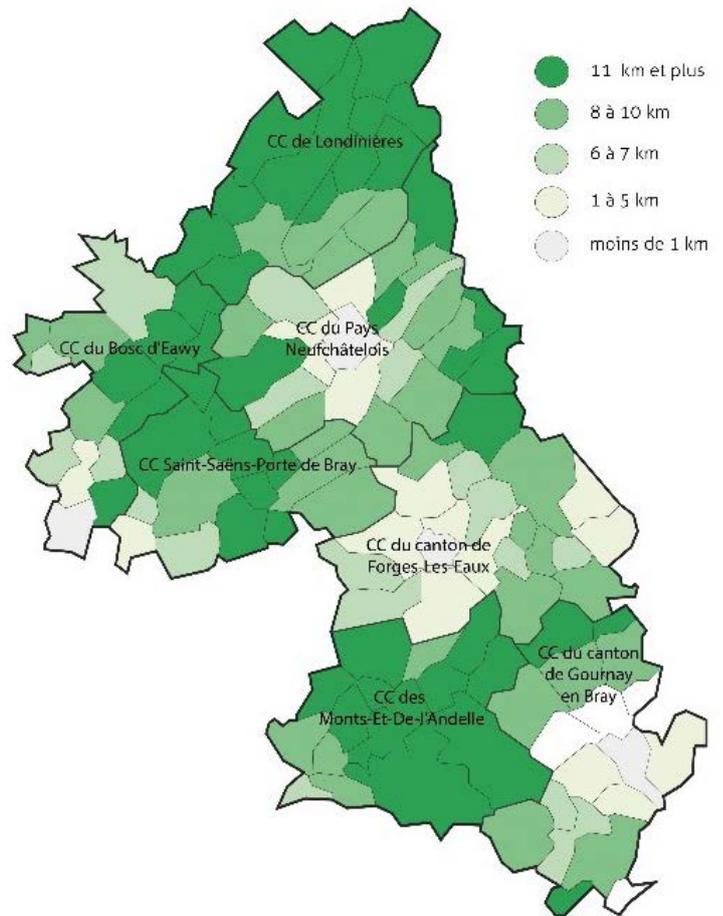
## 6.1.6. Les dentistes

**Tableau 56** - Densité de dentistes sur le territoire du Pays de Bray en 2014

	Densité de dentistes
ex-C.C. du Bray-Normand	3,8
ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux	1,8
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	0
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	3,2
ex-C.C. Saint-Saëns – Porte de Bray	0
C.C. de Londinières	0
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	1,3
Seine-Maritime	3,5
Normandie	3,5
France	5,6

Source : FNPS-INSEE – 2014 (10 000 habitants)

En 2014, la densité de dentistes sur le territoire du Pays de Bray est plus faible que celle que l'on peut retrouver sur le département de Seine-Maritime, de la Région Normandie et également bien en deçà du territoire national. Il est important de noter qu'aucun dentiste n'est présent sur les territoires des anciennes C.C. des Monts et de l'Andelle, de Saint-Saëns – Porte de Bray et de Londinières.



Sources : SNIIRAM, ARS

**Figure 50** - Distance au dentiste le plus proche (km) en 2014 en Pays de Bray

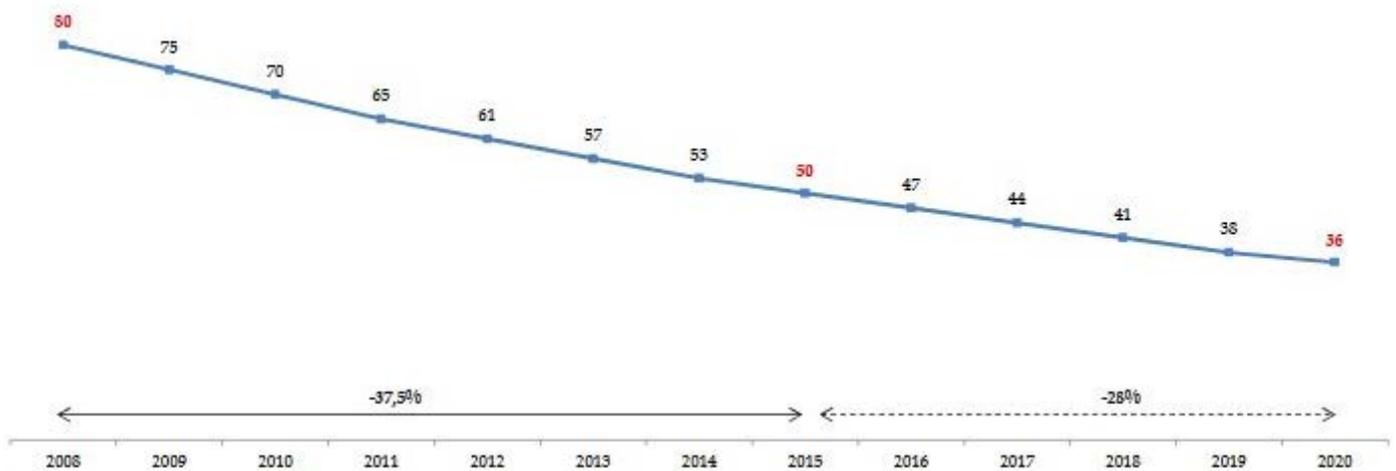
## 6.1.7. Les gynécologues et les sages-femmes

Tableau 57 - Nombre de gynécologues et sages-femmes sur le Pays de Bray en 2014

	Nombre de sages-femmes en 2016 (RG)	Nombre Gynécologues en 2016 (RG)
ex-C.C. du Bray-Normand	0	0
ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux	0	1
ex-C.C. des Monts et de l'Andelle	0	0
ex-C.C. du Pays Neufchâtelois	1	0
ex-C.C. Saint-Saëns – Porte de Bray	0	0
C.C. de Londinières	0	0
ex-C.C. du Bosc d'Eawy	0	0

Sources : CNAM, SIAM, ERASME

En 2015, étaient recensés sur le Pays de Bray 1 sage-femme sur l'ancienne C.C. du Pays Neufchâtelois et 1 gynécologue sur l'ancienne C.C. du canton de Forges-les-Eaux. Cette tendance ne devrait pas aller en s'améliorant, tout particulièrement dans le cas des gynécologues. En effet, le Conseil national de l'Ordre des médecins indique dans son Atlas de Haute-Normandie de 2015 que sur la période 2008-2015, les effectifs de gynécologues ont diminué de 37,5 %. De plus, cette diminution devrait perdurer sur la période 2015-2020 avec une baisse estimée de 28 %.



Source : Atlas de Haute-Normandie de 2015

Figure 51 - Effectifs des gynécologues médicaux en mode d'exercice libéral/mixte sur la période 2008-2020 sur l'ancienne région Haute-Normandie

## 6.1.8. L'impact de la densité d'offres de soins

### Des risques de renoncement aux soins inhérents à une saturation de l'offre

**Tableau 58** - Nombre de consommation moyenne d'actes par bénéficiaire généraliste

	Consommation moyenne d'actes par bénéficiaire généraliste en 2014
<b>ex-C.C. du Bray-Normand</b>	5,2
<b>ex-C.C. du canton de Forges-les-Eaux</b>	5,3
<b>ex-C.C. des Monts et de l'Andelle</b>	4,8
<b>ex-C.C. du Pays Neufchâtelois</b>	4,9
<b>ex-C.C. Saint-Saëns – Porte de Bray</b>	5,2
<b>C.C. de Londinières</b>	5,3
<b>ex-C.C. du Bosc d'Eawy</b>	5,4

Source : SNIIRAM – SNDS – C@rtoSanté

Sur le territoire du Pays de Bray, la consommation moyenne d'actes chez le généraliste par bénéficiaire est supérieure à celle que l'on retrouve à l'échelon départemental (4,8). Certains territoires sont particulièrement impactés par cette consommation importante d'actes chez le médecin généraliste (Exemple : les anciennes C.C. du Bosc d'Eawy, du canton de Forges-les-Eaux et la C.C. de Londinières). Cela peut en partie s'expliquer par un nombre important de personnes âgées de plus de 65 ans sur le territoire. Cette situation, qui présume d'une faible disponibilité des médecins généralistes peut être à l'origine d'un renoncement aux soins. Une situation corroborée par une part des bénéficiaires du régime général sans consultation chez un médecin généraliste plus importante sur la C.C. de Londinières et sur le territoire de l'ancienne C.C. du Bosc d'Eawy.

#### Une difficulté à attirer ou capter des médecins sur le territoire

En 2015, le Conseil National de l'Ordre des Médecins estime qu'en France, 2,5 millions de personnes résident dans un des 192 déserts médicaux. Depuis plusieurs années, les élus font état des difficultés qu'ils rencontrent concernant l'offre de soins présente sur leur territoire.

Les difficultés revêtent plusieurs formes à savoir :

- Des difficultés d'accessibilité;
- Une disponibilité de soins insuffisante ou bien encore des fermetures de services hospitaliers;
- Un vieillissement des praticiens (médecine générale et spécialisée);
- Une incapacité à trouver un remplaçant pour les médecins souhaitant prendre leur retraite.

## La prise en compte des facteurs d'attractivité pour capter les professionnels de santé libéraux

Les études et travaux de ces dernières années au sujet de la répartition de l'offre médicale font le constat unanime d'une inégale répartition de l'offre de médecine générale sur le territoire national.

Si ces inégalités se perçoivent à de grandes échelles, à savoir interrégional, ces inégalités sont aussi perceptibles à des échelons infrarégionaux et bien plus localisés.



Source : CGET mai 2016

Figure 52 - Facteurs d'attractivité des médecins

En 2012, le Sénat résumait la situation en ces termes : « La démographie médicale va connaître un creux dans les dix prochaines années, alors que la population française augmentera. Dans le même temps, la demande de soins tend à augmenter avec le vieillissement de la population, le temps d'exercice médical effectivement disponible se réduit, et les critères du choix d'installation des nouveaux médecins sont défavorables aux zones déjà fragilisées. » Cette situation n'est donc pas propre au territoire du Pays de Bray.

L'attractivité du territoire est donc un enjeu fort. Sur ce point, de nombreuses études indiquent les éléments ou facteurs d'attractivité d'un territoire pour les médecins, cependant elles ne présentent pas une démarche qui permettrait d'attirer de manière certaine des médecins généralistes sur son territoire.

Dans son étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins, le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET) dresse une liste des facteurs d'attractivité que peut offrir un territoire concernant l'installation de jeunes médecins.

Tableau 59 - Classement des facteurs d'attractivités des médecins

13 facteurs d'attractivité et critères d'implantation des jeunes médecins généralistes retenus pour l'étude	
<b>Rang 3 (déterminants)</b>	Possibilité d'exercer dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), un cabinet de groupe ou dans le cadre d'un projet professionnel de territoire avec des confrères
	Cadre de vie agréable
<b>Rang 2 (importants)</b>	Possibilité d'insertion professionnelle du conjoint
	Présence de médecins généralistes sur le territoire
	Crainte d'une surcharge de travail
	Crainte de l'isolement professionnel
<b>Rang 1 (secondaires)</b>	Proximité d'un service des urgences
	Proximité/Accessibilité de services médicaux (radiologie, laboratoire d'analyses médicales, pharmacie)
	Présence de professionnels paramédicaux sur le territoire
	Potentiel d'activité trop limité (offre abondante, population en diminution, faible densité de population)
	Services éducatifs et de garde pour les enfants
	Présence de services, équipements et infrastructures
	Exercice dans une ville de taille moyenne

Source : CGET mai 2016

De manière antagonique, le CGET dresse également une liste des facteurs ayant une influence négative sur l'installation de jeunes médecins sur un territoire :

**Tableau 60** - Principaux facteurs ayant une influence négative sur l'attractivité d'un territoire

Principaux facteurs ayant une influence négative sur l'attractivité d'un territoire (par ordre d'importance)	
1	La surcharge de travail (manque de maîtrise de son emploi du temps, garde trop contraignante, déplacement long lié aux visites à domicile);
2	L'isolement professionnel
3	Un potentiel d'activité trop limité (zone surdotée, très faible densité de population, population en diminution)
4	Le coût d'un éventuel investissement immobilier

Source : CGET mai 2016

## Un nouveau cadre d'exercice pour les jeunes médecins

Selon le CGET, depuis plusieurs années, les études et enquêtes nationales réalisées auprès des jeunes médecins mettent en avant une évolution dans les mentalités et aspirations dans les façons d'exercer des jeunes médecins.

Il en ressort 3 grands souhaits :

- Un exercice regroupé est largement plébiscité et la plupart des jeunes médecins souhaitent exercer dans le cadre d'un projet professionnel avec d'autres confrères et, éventuellement, d'autres professionnels de santé.
- La maîtrise du temps de travail et la conciliation de la vie professionnelle et familiale ou personnelle prévalent désormais sur l'engagement sacerdotal des générations précédentes. Cette attente est exprimée autant par les hommes que par les femmes. Ces dernières représentent aujourd'hui la majorité des jeunes généralistes.
- Un alourdissement des démarches et contraintes administratives s'inscrit en opposition avec les aspirations de la majorité des jeunes médecins de se concentrer le plus possible sur leur métier, en évitant les tâches d'administration et de gestion (gestion d'un cabinet libéral, des démarches administratives pour les patients dans leur parcours de soins, relations avec l'Assurance maladie et les autorités publiques...).

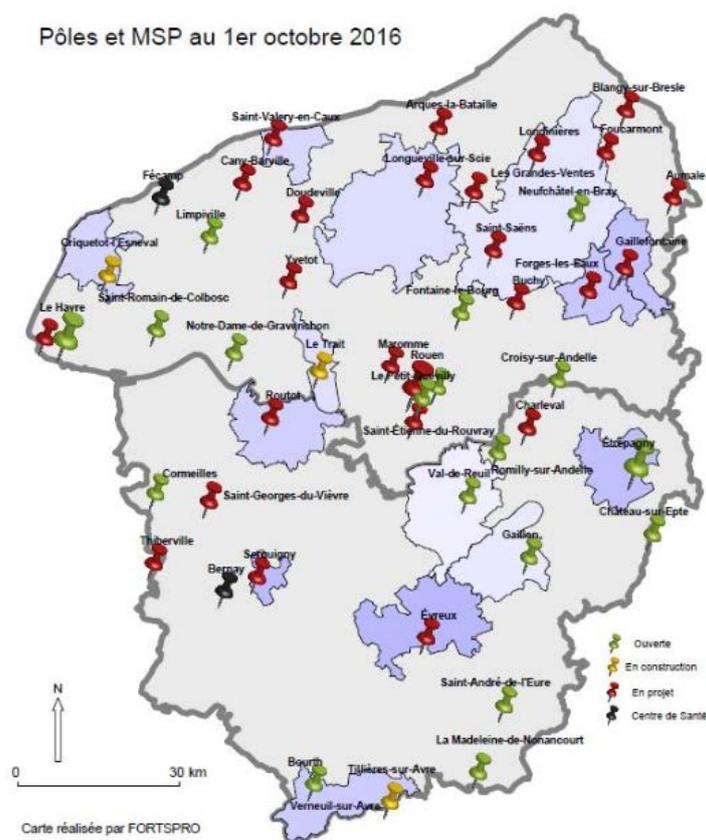
Face à ces attentes, plusieurs dispositifs ont émergé à l'échelon national et ont été déployés par la suite par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Conseils Régionaux. Parmi eux, des financements pour les maisons de santé ou bien centres de santé, qui au regard des différents facteurs d'influence ne peuvent être envisagés comme solution unique à la problématique qu'est celle de l'installation de nouveau médecin sur le territoire.

## 6.1.9. Les MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire) ou PSLA (Pôle de Santé Libéral Ambulatoire)

### Les Maisons de Santé Pluridisciplinaire

Les MSP sont des structures qui regroupent au minimum deux médecins, un infirmier et des professionnels de santé libéraux (médicaux, auxiliaires médicaux ou bien pharmaciens). Les MSP se différencient des cabinets de groupe par la formalisation d'un projet de santé entre les différents professionnels et l'Agence Régionale de Santé.

Face aux difficultés à attirer une offre de soins libérale suffisante pour répondre aux besoins de la population du territoire du Pays de Bray, des solutions ont été expérimentées. L'une d'entre elles est la mise en place de MSP, solution privilégiée par les élus du territoire.



Source : Carte réalisée par FORTSPRO

Figure 53 - Cartes des Pôles et MSP au 1er octobre 2016 sur l'ancienne région Haute-Normandie

Pour autant les MSP en tant que bâtiments ne peuvent être envisagées comme unique solution ou élément de réponse dans les zones sous dotées en ressources médicales.

Certaines structures ayant vocation à regrouper des médecins peuvent être amenées à rencontrer des difficultés à attirer ces professionnels.

Plusieurs explications possibles ressortent des différentes études ayant pour sujet les MSP :

- des désaccords entre élus et professionnels sur le prix du loyer qui conduisent les professionnels à quitter la structure ou à ne pas la rejoindre;
- un déficit d'attractivité du projet ou de la structure auprès des nouveaux médecins;
- une réticence de certains médecins proches de la retraite à changer de mode d'exercice. Les raisons sont de plusieurs ordres, mais convergent vers un désintérêt pour cette forme d'exercice : les médecins ont investi dans leur cabinet professionnel et ne voient pas l'intérêt de rejoindre une structure dans laquelle ils seraient locataires. Ils préfèrent continuer à exercer de manière individuelle et espèrent revendre leur patientèle lors de leur départ en retraite.

3 MSP sont ainsi présentes sur le territoire du PETR en 2019 : celle du Pays Neufchâtelois, celle de Croisy-sur-Andelle, et celle de Londinières.

Le personnel médical de la MSP de Neufchâtel-en-Bray est composé de :

- 14 Médecins généralistes
  - 10 Infirmiers
  - 1 Chirurgien-Dentiste
  - 1 Laboratoire d'analyses (2 biologistes)
- et 15 employés)
- 1 Psychologue
  - 1 Psychomotricienne
  - 1 Diététicienne

Et au sein de l'annexe de la MSP :

- MAIA, CLIC, PTA
  - 1 Réflexologue
  - 1 ORL
- 1 Médecin du travail
  - 1 Urologue
  - 1 cabinet d'ophtalmologie

Les horaires d'ouverture sont du lundi au vendredi de 8h00 à 19h00 et le samedi de 8h00 à 12h00.

**Figure 54** - MSP du Pays Neufchâtelois



Le personnel médical de la MSP de Croisy-sur-Andelle est composé de :

- 4 Médecins généralistes
  - 1 Ostéopathe
  - 1 Sage-Femme
  - 2 Psychologues
  - 1 Orthoptiste
- 1 Ergothérapeute
  - 2 Infirmiers libéraux
  - 1 Infirmière Azalée
  - 1 Diététicien/Nutritionniste

Les horaires d'ouverture sont les suivants : du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00 et de 14h00 à 19h00 et le samedi de 8h00 à 12h00.



**Figure 55** - MSP de Croisy-sur-Andelle

Le personnel médical de la MSP de Londinières est composé de :

- 1 médecin
- 1 dentiste
- 1 diététicienne
- 2 cabinets infirmiers
- 1 podologue
- 1 chiropracteur



**Figure 56** - MSP de Londinières

Un projet de Pôle de Santé Libéral Ambulatoire est en cours à Gournay-en-Bray.

On retrouve aussi différentes équipes de soins primaires de santé sur le territoire :

- La Feuillie
- Forges-les-Eaux
- St-Saëns
- Serqueux
- Gaillefontaine
- Les Grandes Ventes

# SYNTHÈSE

---

## Seine-Maritime

La densité de médecins généralistes en 2014 sur le département de Seine-Maritime est de 9,3 médecins pour 10 000 habitants. Celle de chirurgiens-dentistes en 2014 : 3,5 médecins pour 10 000 habitants

## C.C. Londinières

La C.C. de Londinières est celle qui possède la plus faible densité de médecins généralistes. De plus, les 3 médecins présents sur ce territoire étaient tous âgés de plus de 50 ans.

## C.C. de Bray Eawy

Les anciennes C.C. du Bosc d'Eawy et du Pays Neufchâtelois sont celles qui observent la densité médicale la plus importante, 10,5 médecins généralistes (pour 10 000 habitants) pour chacune d'entre elles. Cette densité est supérieure à celle que l'on peut retrouver à l'échelon départemental. L'ancienne C.C. Saint-Saëns - Porte de Bray observe quant à elle une densité moins importante à savoir 6,7.

## C.C. des 4 Rivières

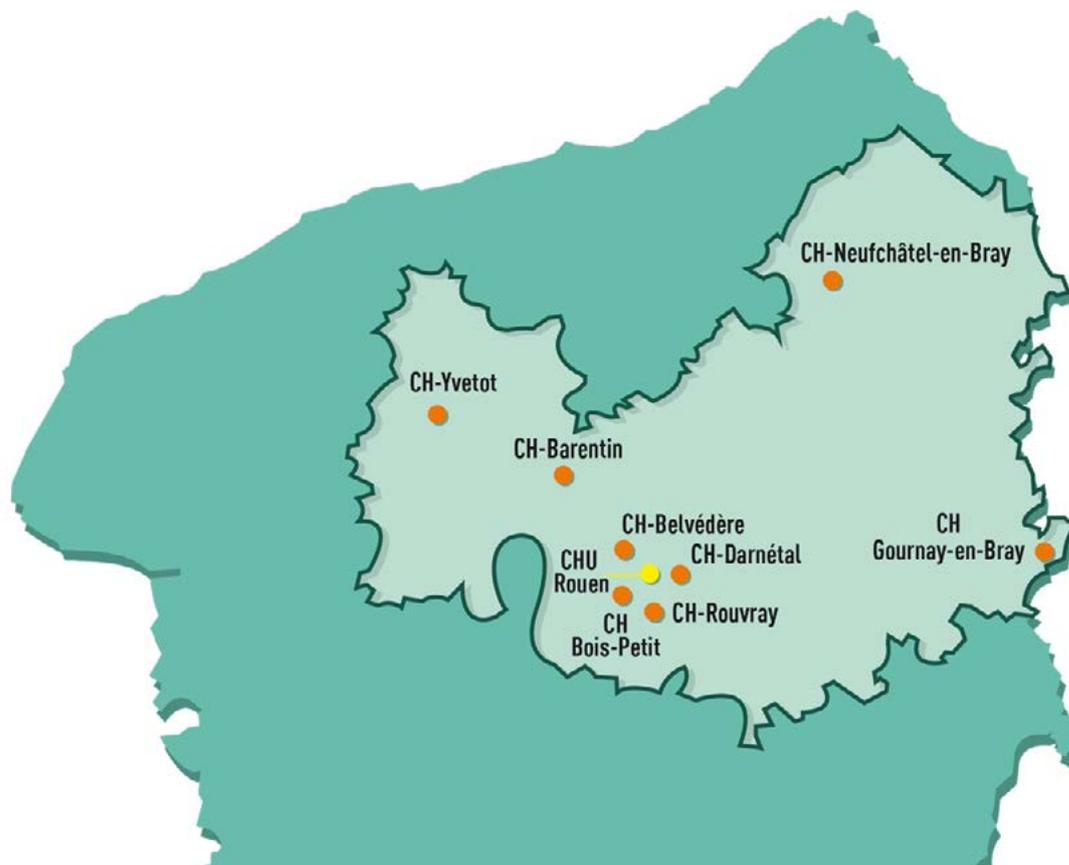
En 2014, la proportion de médecins généralistes est de 9,9 pour 10 000 habitants sur la C.C. Bray Normand, 10 sur la C.C. du canton de Forges-les-Eaux et 8.6 sur la C.C. Monts et de l'Andelle. Si cette densité peut apparaître comme supérieure à la moyenne départementale; elle est très fragile car 11 médecins sur les 29 sont âgés de plus de 55 ans.

## Pays de Bray

Sur le territoire du Pays de Bray, on compte trois MSP installées et un projet de PSLA. De plus, plusieurs regroupements de professionnels en cabinets existent sur le territoire.

## 6.2. Offre hospitalière

### 6.2.1. Le Groupement Hospitalier Rouen Cœur de Seine



Source : GHT Rouen Cœur de Seine

Figure 57 - Carte du GHT Rouen Cœur de Seine

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est un des dispositifs présents dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Ce dispositif a pour objectif d'assurer un égal accès à des soins sécurisés et de qualité pour les patients du territoire de chaque groupement, grâce à des stratégies de groupe associant tous les acteurs.

9 établissements composent le GHT de Rouen Cœur de Seine :

- CHU-Hôpitaux de Rouen
- CH du Belvédère
- CH du Bois Petit
- CH de Darnéta
- CH d'Yvetot
- CH de Gournay-en-Bray
- CH de Neufchâtel-en-Bray
- CH de Barentin
- CH spécialisé du Rouvray

L'établissement support du GHT est le CHU-Hôpitaux de Rouen.

Les objectifs médicaux du GHT de Rouen Cœur de Seine sont les suivants :

- 1) Améliorer et fluidifier le parcours des patients :
  - Organiser les parcours des patients par une gradation de l'offre de soins, de la proximité au recours, pour leur permettre d'accéder aux soins les plus adaptés

- Éviter l'afflux massif des patients notamment âgés dans les services d'urgences
  - Améliorer la sortie des patients et faciliter l'aval des urgences et du court séjour
  - Faciliter l'accès des patients du territoire aux spécialistes et aux plateaux techniques requis
  - Favoriser la prise en charge de la santé mentale dans toutes les disciplines présentes dans le GHT, à tous les âges de la vie
- 2) Promouvoir ensemble une offre de soins de territoire cohérente et de qualité
  - 3) Définir une stratégie de communication entre les professionnels au sein du GHT et vis-à-vis de leurs correspondants. Harmoniser progressivement les systèmes d'information :
    - Développer les outils de communication et de partage d'information
    - Favoriser la connaissance réciproque de l'ensemble des composantes du GHT
    - Valoriser les expériences réussies existantes
  - 4) Offrir un programme partagé de formation aux professionnels et associer aux programmes de recherche les établissements partis
  - 5) Définir une politique commune en matière de pharmacie et dans les autres domaines prévus par la réglementation
  - 6) Promouvoir les actions pour développer et harmoniser la démographie médicale et soignante au sein du GHT

Un GHT s'organise autour d'un projet médical. Le projet médical du GHT Rouen Cœur de Seine est en cours d'élaboration. En lien avec l'ARS Normandie, des orientations sont déclinées :

- Des filières de soins ou activités médicales à organiser en commun (autour des personnes âgées, des urgences et soins critiques, de la périnatalité, de la santé mentale, de la cancérologie, de la santé publique, etc.) ;
- La participation commune aux activités de recherche et d'enseignement ;
- Des activités médico-techniques avec un projet partagé (biologie, imagerie, pharmacie...) ;
- Un département d'informatique médicale pour rapprocher les compétences des établissements avec une meilleure communication des informations médicales ;
- Des fonctions supports et de gestion (système d'information, achats, formation...)
- Et une dynamique commune autour de la qualité et la gestion des risques.

## 6.2.2. Le Centre-Hospitalier Fernand Langlois à Neufchâtel-en-Bray

### Les services proposés par le Centre Hospitalier

Service de Médecine	15 lits
Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	30 lits
Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	185 lits (+4 lits d'hébergement temporaire)
Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)	35 places
Accueil de jour	12 places
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)	12 places
La Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)	

## Les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)

Les SSR assurent des soins médicaux et curatifs, mais également :

- Une rééducation pour aider le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction.
- Une réadaptation pour accompagner le patient si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ces limitations et de pouvoir les contourner autant que possible.

Une réinsertion pour aller au-delà des soins médicaux et garantir une réelle autonomie au patient – dans sa vie familiale et professionnelle – afin qu'il recouvre au maximum les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. La réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient.

## La PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)

Les permanences d'accès aux soins de santé ont été instaurées dans les établissements de santé par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions. Les PASS représentent un outil efficace pour faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes en situation de précarité qui ne peuvent y accéder du fait de leurs conditions de vie, de freins économiques, de la non-ouverture de leurs droits ou encore de leur incapacité à suivre le parcours de prise en charge.

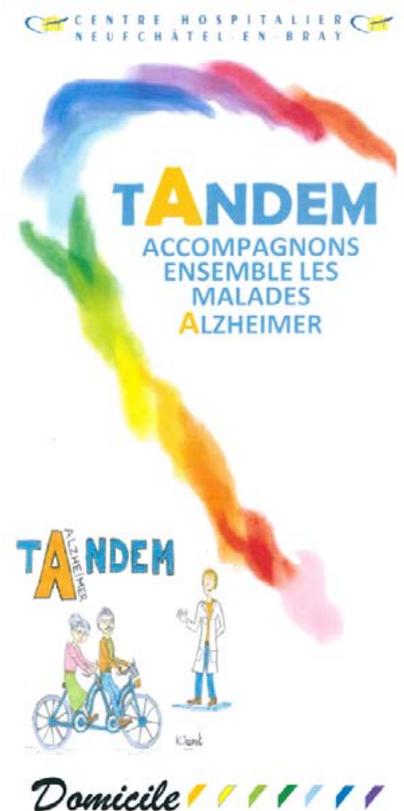
La mission d'appui au dispositif PASS de Neufchâtel-en-Bray est portée par le Centre Hospitalier Fernand Langlois.

## Le programme Tandem

Tandem est un programme d'accompagnement thérapeutique du patient. L'objectif de ce programme est de permettre aux aidants, aux personnes qui accompagnent au quotidien une personne malade diagnostiquée Alzheimer :

- D'acquérir les connaissances essentielles concernant la maladie d'Alzheimer et ainsi favoriser la compréhension et la gestion des difficultés rencontrées,
- De développer les compétences nécessaires au maintien et à l'amélioration de la relation aidant-aidé pour une meilleure qualité de vie,
- De privilégier le lien social et ainsi rompre avec l'isolement au travers des ateliers proposés.

Ce service gratuit propose aux aidants 3 à 5 séances de 2 heures adaptées aux besoins.



## L'activité du Centre Hospitalier

L'activité globale du Centre Hospitalier Fernand LANGLOIS (en journée) entre 2014 et 2016 est en augmentation. La plus importante variation est celle du SSIAD spécialisé sur la pathologie Alzheimer qui voit son activité augmenter de 23,6 %.

**Tableau 61** - Activité du CH Fernand Langlois, en journée entre 2014 et 2016

	2014	2015	2016	Variation en %
<b>Médecine</b>	4594	4707	4971	5,61
<b>SSR</b>	9009	9217	10 332	12,1
<b>EHPAD</b>	67 776	68 280	67 994	-0,42
<b>EHPAD accueil de jour</b>	1807	1974	2140	8,41
<b>SSIAD PA</b>	9152	9587	8932	-6,83
<b>SSIAD PH</b>	1615	1557	1865	19,78
<b>SSIAD Urgence</b>	189	549	598	8,93
<b>SSIAD ESA</b>	601	644	796	23,6
<b>TOTAL</b>	94 743	96 515	97 628	1,15

Source : Rapport d'activité 2016 du Centre Hospitalier

### 6.2.3. Le Centre-Hospitalier de Gournay-en-Bray

Le CH de Gournay-en-Bray porte un service SSR, un EHPAD et un Accueil de Jour. Il dispose de 26 places en moyen séjour et de 110 places en hébergement.

## 6.3. La filière gériatrique du territoire

### 6.3.1. La MAIA

La MAIA est une Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aides et de soins dans le champ de l'autonomie. Créée par la mesure IV du Plan Alzheimer 2008-2012, visant l'amélioration du parcours de vie et de santé de la personne âgée sur un territoire. Elle repose sur trois mécanismes interdépendants :

- La concertation, à travers une instance stratégique – le Collège Autonomie "Personnes Âgées"<sup>1</sup> – et une instance tactique – la Table Territoire de l'Autonomie<sup>2</sup>. De plus, des groupes de travaux locaux peuvent venir compléter ce travail.
- Le guichet intégré qui permet une meilleure lisibilité et accessibilité de l'offre, une homogénéisation de l'information et des pratiques d'orientation sur le territoire et la prise en compte de la demande formulée mais également de la demande implicite via la mise en œuvre d'une primo-évaluation.
- La gestion de cas qui consiste à faire des suivis individuels, intensifs et multidimensionnels de situations présentant un important degré de complexité. Ce sont des situations où se cumulent des problématiques de nature sanitaire et sociale.

<sup>1</sup> Ce collège est composé des décideurs et des financeurs (ARS, Conseil Général, Caisses de retraite, Assurance Maladie, Union régionale des professionnels de santé...) et commun à chaque dispositif MAIA seino-marin.

<sup>2</sup> La TTA est composée d'acteurs des champs sanitaire, social et médico-social (directeurs et responsables de structures, élus locaux...) du territoire. Animée par le Pilote MAIA, elle se réunit 3 fois dans l'année et est propre à chacun des territoires MAIA.

La MAIA n'est pas une structure au sens physique du terme, il s'agit d'un dispositif d'accueil, d'orientation et de coordination qui repose sur une structure préexistante.

### 6.3.2. Le CLIC

Les services du Département accompagnent et soutiennent les personnes âgées notamment par l'intermédiaire des CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination. Un CLIC, en sa qualité d'instance de coordination des professionnels locaux du champ gérontologique, organise des actions et des manifestations à destination des personnes âgées.

Aujourd'hui 3 CLIC sont implantés sur le territoire :

- Le CLIC du Terroir situé sur la commune des Grandes Ventes
- Le CLIC du Pays de Bray (antennes nord et sud confondues) situé sur :
  - La commune de Neufchâtel-en-Bray (Maison de Santé)
  - La commune de Gournay-en-Bray (Maison Roger Cressent)
  - La commune de Forges-les-Eaux (Parc de l'Hôtel de Ville)

Le CLIC du Pays de Bray est labellisé niveau 3 c'est-à-dire qu'il assure les missions de niveau 1 et 2 en plus du niveau 3.

Les éléments requis pour :

- Une labellisation de niveau 1 :
  - Disposer d'un local de permanence et d'un standard téléphonique
  - Gérer une base de données
  - Organiser des actions de formation ou d'information sur les aides et prestations disponibles et disposer des dossiers nécessaires à leur obtention
- Une labellisation de niveau 2 :
  - Organiser des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé
  - Proposer des services (ex : groupe de parole)
- Une labellisation de niveau 3 :
  - Mettre en œuvre des plans d'aide et de suivi
  - Aider les personnes âgées à constituer leurs dossiers de prise en charge
  - Organiser l'intervention des SAAD et SSIAD, l'accueil de jour, du portage de repas, des aides techniques et travaux d'aménagement du domicile

Le CLIC du Pays de Bray est intervenu en 2016 pour 553 personnes. Un peu moins de la moitié d'entre eux était de nouveaux usagers du service.

La répartition par intervention (niveau 1, 2 ou 3) :

**Tableau 62** - Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accueil par niveau 1, 2 ou 3 dans le périmètre du CLIC du Pays de Bray en 2016

<b>Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accueil, d'une information et d'une orientation (niveau 1)</b>	178
<b>Nombre de personnes ayant bénéficié d'une évaluation globale avec élaboration d'un plan d'accompagnement (niveau 2)</b>	197
<b>Nombre de personnes ayant bénéficié de la mise en œuvre, du suivi et de l'adaptation d'un plan d'accompagnement (niveau 3)</b>	178

Source : rapport d'activités CLIC, 2016

On retrouve ainsi une faible disparité entre les différents niveaux d'accompagnement demandés par les personnes.

**Tableau 63** - Répartition des demandes ayant été instruites par le CLIC du Pays de Bray en 2016

	Accueil, information, orientation (niveau 1)	Évaluation globale et élaboration d'un plan d'accompagnement (niveau 2)	Mise en œuvre, suivi et adaptation du plan d'accompagnement (niveau 3)
<b>Sans renseignement</b>	24	31	9
<b>Accès au droit</b>	35	18	14
<b>Adaptation, amélioration de l'habitat</b>	8	2	4
<b>Hébergement</b>	13	20	23
<b>Logement</b>	5	2	5
<b>Offre de soins</b>	17	29	38
<b>Questions juridiques</b>	16	17	30
<b>Soutien à domicile</b>	120	196	232
<b>Vie sociale</b>	7	2	2
<b>TOTAL</b>	221	286	349

Source : rapport d'activité 2016, CLIC

Le CLIC du Pays de Bray organise ou participe à des actions de :

- Prévention : seniors, alimentation santé et plaisir
- Prévention : la pleine conscience du goût
- Prévention : comment alléger ses propres recettes
- Gardez l'équilibre, c'est prévenir les chutes
- PEPS EUREKA
- Conférence Alzheimer

Le CLIC du Pays de Bray participe également à des groupes de travail sur différents sujets ou objectifs :

- Guichet intégré
- Aide aux aidants « Tandem »
- Participation des usagers aux politiques publiques Filleul 'age
- Réseau autonomie
- Table Territoriale

### 6.3.3. La plateforme « L'ORA » (Offre de Répit pour les Aidants)

« L'ORA » est une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie (notamment personnes atteintes de la maladie de type Alzheimer ou apparenté) ou bien de personnes de plus de 60 ans handicapées vieillissantes.

À la suite d'une demande, un professionnel de l'accompagnement vient à la rencontre de l'aidant pour le soutenir dans :

- les actes de la vie quotidienne et/ou activité(s) de loisir(s)
- les activités individuelles de loisirs

Les principaux objectifs de cette plateforme sont :

- Donner du temps libre aux aidants pour qu'ils puissent avoir des activités personnelles
- Permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible
- Faciliter les liens sociaux
- ...

Le tarif de cette prestation est de 15 € la demi-journée.

### 6.3.4. Le dispositif « Filleul'âge »

Le dispositif Filleul'âge a été mis en place par l'ACSAD (Association de Coopération Sociale, d'Action et de Développement) afin d'organiser la visite de bénévoles auprès de personnes âgées. L'objectif est de créer du lien social et de rompre l'isolement des personnes âgées.

### 6.3.5. Les EHPAD

Un EHPAD est un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Les EPHAD sont des maisons de retraite médicalisées. Le public concerné est celui des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans.



Offre de Répit pour les Aidants

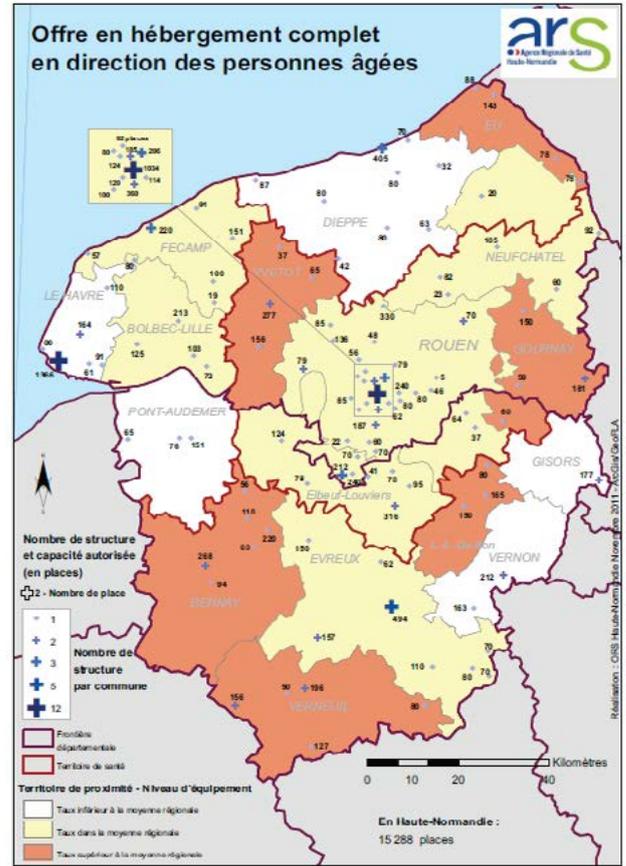
Plateforme d'accompagnement  
et de répit pour les aidants des  
personnes en perte d'autonomie

*Nous contacter*

*02 32 89 26 93*



**Figure 58** - Offre en EHPAD, PASA et UHR pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur l'ancienne région Haute-Normandie en 2011



**Figure 59** - Offre en hébergement complet en direction des personnes âgées sur l'ancienne région Haute-Normandie en 2011

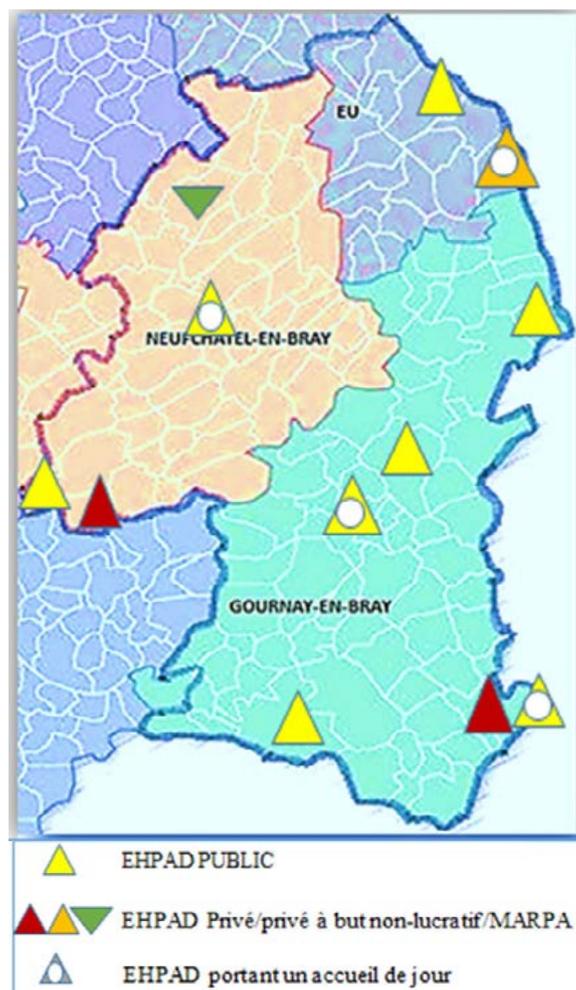
10 établissements à destination direct des personnes âgées sont présents sur le territoire

EHPAD RESIDENCE D'EAUY	SAINT-SAËNS
EHPAD FONDATION BEAUFILS	FORGES-LES-EAUX
PUV MARPA DU BEAU SOLEIL	LONDINIÈRES
EHPAD RESIDENCE NOURY	LA FEUILLE
EHPAD LEFEBVRE-BLONDEL-DUBUS	GAILLEFONTAINE
EHPAD LE BOIS JOLI	LES GRANDES VENTES
EHPAD SA LES JARDINS DE GOURNAY	GOURNAY-EN-BRAY
EHPAD NEUFCASTEL CH NEUFCHÂTEL-EN-BRAY	NEUFCHÂTEL-EN-BRAY
EHPAD HL GOURNAY-EN-BRAY	GOURNAY-EN-BRAY
EHPAD DU VIEUX PUIES	ST MARTIN OSMONVILLE

### 6.3.6. Le PASA

Le PASA – Pôle d'Activités et de Soins Adaptés – propose d'accueillir en journée des résidents d'un EHPAD souffrant de troubles du comportement modérés. En effet, la population cible est celle des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le PASA propose des activités sociales et thérapeutiques aux patients.

### 6.3.7. L'accueil de jour pour personnes âgées



Source : projet de territoire partie 1 : Diagnostic

**Figure 60** - Répartition des structures en direction des personnes âgées proposant un accueil de jour

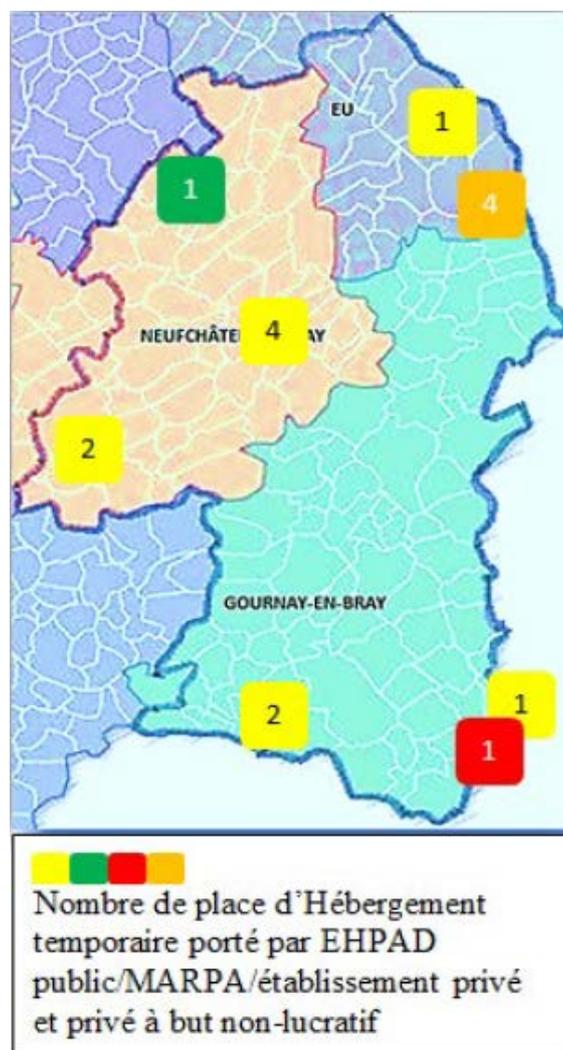
L'accueil de jour propose un accompagnement individualisé aux personnes accueillies et un soutien aux aidants le plus souvent. Il a pour objectif de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel.

Sur le territoire couvert par la MAIA il y a 30 places d'accueil de jour pour personnes âgées :

Neufchâtel-en-Bray	12 places
Hodeng-au-Bosc	6 places
Gournay-en-Bray	6 places
Forges-les-Eaux	6 places

### 6.3.8. L'hébergement temporaire

Sur le territoire du Pays de Bray, cinq établissements disposent d'une à quatre places en hébergement temporaire.



**Figure 61** - Nombre de places d'hébergement temporaire dans les structures en direction des personnes âgées proposant un accueil de jour

## 6.4. Structures pour les personnes en situation de handicap

### 6.4.1. L'IME (Institut Médico-éducatif)

Les IME proposent un accompagnement médico-social et une éducation adaptée aux enfants en situation de handicap. L'objectif est de proposer une prise en charge globale de l'enfant afin de favoriser son intégration dans les différents domaines de la vie.

Un IME est présent sur le territoire du Pays de Bray, sur la commune de Mont-Roty.

### 6.4.2. L'AARPB La Brèche

L'Association d'Aide Rurale du Pays de Bray « La Brèche » a pour objectif de favoriser l'épanouissement de la personne en situation de handicap. L'association gère des établissements et des services médico-sociaux. L'AARPB « a pour objet de créer et de gérer des établissements et services recevant des adultes reconnus handicapés : elle s'assigne pour mission de mettre en œuvre un accompagnement social en vue d'une pleine reconnaissance par la société des droits, des besoins, des richesses des personnes handicapées. La finalité de ses actions tend à promouvoir l'intégration sociale et professionnelle par l'hébergement. »

#### Le foyer d'hébergement

Le Foyer d'hébergement accueille 36 résidents travaillant à l'ESAT « La Brèche ». Il est composé de 3 unités, 2 unités foyers se situant au siège de l'association et 1 unité composée de maisons-relais sur Forges-les-Eaux. Des actions y sont développées autour de :

- La vie quotidienne en collectivité,
- La gestion, l'administration, la santé, le soin corporel,
- Les activités en lien avec la vie sociale et culturelle.

Des actions supplémentaires sont développées au sein des maisons relais :

- Gérer le budget alimentaire,
- Faire les courses,
- Préparer et équilibrer les repas,
- Entretenir son logement, son linge,
- S'inscrire dans la vie de la commune.

#### Le SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)

Le SAVS présent sur le territoire, à Saumont-la-Poterie. Ce service à destination des personnes handicapées, en situation de rupture, ou en situation d'exclusion sociale et/ou professionnelle propose :

- Une évaluation des besoins et des demandes de la personne
- Une écoute, des conseils, des informations,
- Un suivi éducatif et un soutien psychologique ,

- Une aide à la recherche et/ou à l'aménagement d'un logement,
- Un suivi et une coordination des actions dans certaines démarches administratives : tutelles, agence immobilière, avocat, CAF, CCAS...,
- Une aide à la gestion du budget et à la tenue des documents administratifs,
- Un appui et un accompagnement à l'intégration : organisation des loisirs, un éventuel soutien à l'environnement familial et social,
- Une assistance et un accompagnement dans la réalisation des actes quotidiens de la vie domestique et sociale : cuisine, courses, utilisation des divers appareils ménagers, entretien d'un véhicule, hygiène de vie et soins de la personne...,
- Une aide à la recherche d'emploi, rédaction de lettres de motivation, CV...

## Le FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)

Un FAM est un établissement médico-social qui accueille des personnes adultes handicapées mentales non autonomes et nécessitant une surveillance médicale et/ou des soins constants. Il a pour vocation d'accueillir des personnes :

- Avec ou sans troubles du spectre de l'autisme;
- Porteuses (ou non) de handicaps associés;
- À partir de 18 ans (amendement Creton).

Le foyer d'accueil médicalisé est situé à Forges-les-Eaux. Il y a 20 places d'internat et 1 place d'accueil temporaire. C'est un lieu de vie qui a pour mission d'offrir un hébergement et des soins de qualité par un accompagnement adapté et personnalisé. Cet accompagnement s'articule autour de :

- Soutien, stimulation et animation,
- Développement et maintien de l'autonomie,
- Aide et assistance adaptées dans les actes essentiels de la vie,
- Surveillance médicale et soins,
- Accompagnement à la vie sociale et culturelle,
- Apprentissages et activités.

## 6.5. Offre sociale/medico-sociale

### 6.5.1. Les régimes de protection sociale

#### La CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie)

Les informations en ligne concernent la prévention de la désinsertion professionnelle, la prévention des risques professionnels, les contrôles des arrêts de travail, la déclaration d'embauche des salariés, les attestations de salaires, les consultations des paiements effectués par la caisse, les déclarations d'un accident du travail, mi-temps thérapeutiques, congés maternité, paternité ou d'adoption, les taux de cotisations...

Sur le territoire, il est possible d'être accompagné dans trois agences :

Agence CPAM de Forges-les-Eaux	Le mardi de 13h30 à 16h
Agence CPAM de Gournay-en-Bray	Le lundi 9h15 à 12h15/13h à 16h mercredi 13h45 à 16h
Agence CPAM de Neufchâtel-en-Bray	Le mardi : 08h15 à 11h45 et 13h00 à 16h45 Le jeudi : 08h15 à 11h45 et 13h00 à 16h45
	Note : Mercredi uniquement sur rendez-vous

#### La MSA (Mutualité Sociale Agricole)

En ligne, la MSA propose divers services concernant les changements de situation personnelle ou professionnelle, le RSA et la prime d'activité, la retraite, la famille et le logement, la santé, la perte d'autonomie. La MSA porte également une politique d'action sanitaire et sociale qui intervient auprès des familles, des jeunes, des personnes en situation de précarité ou en difficulté sociale, des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Soutien, accompagnement, cette politique concerne aussi la santé le logement et les loisirs. La MSA propose aussi des actions de prévention en partenariat avec l'ASEPT : des conférences, des ateliers sont ainsi organisés.

Sur le Pays de Bray, une permanence est mise en place à Neufchâtel-en-Bray, sur rendez-vous. Le Centre Social CARAVELLES porte une Maison de Services au Public qui renseigne aussi sur les droits et services de la MSA.

## 6.5.2. Les CMS (Centres Médico-Sociaux)

Le CMS est un lieu d'écoute et d'information pour la famille. Des médecins, des sages-femmes, des psychologues, des conseillers-ères conjugaux-ales, des assistant-e-s sociaux-ales, des éducateurs-rices assurent l'accueil, l'information, l'orientation et la prise en charge des adultes et enfants en difficulté. C'est un service médical et social de proximité.

Ce service gratuit et de proximité est ouvert à tous y compris aux mineurs. Les CMS interviennent dans les domaines de l'action sociale et médico- sociale : aide sociale, protection de l'enfant, suivi des femmes enceintes, consultations gynécologiques.

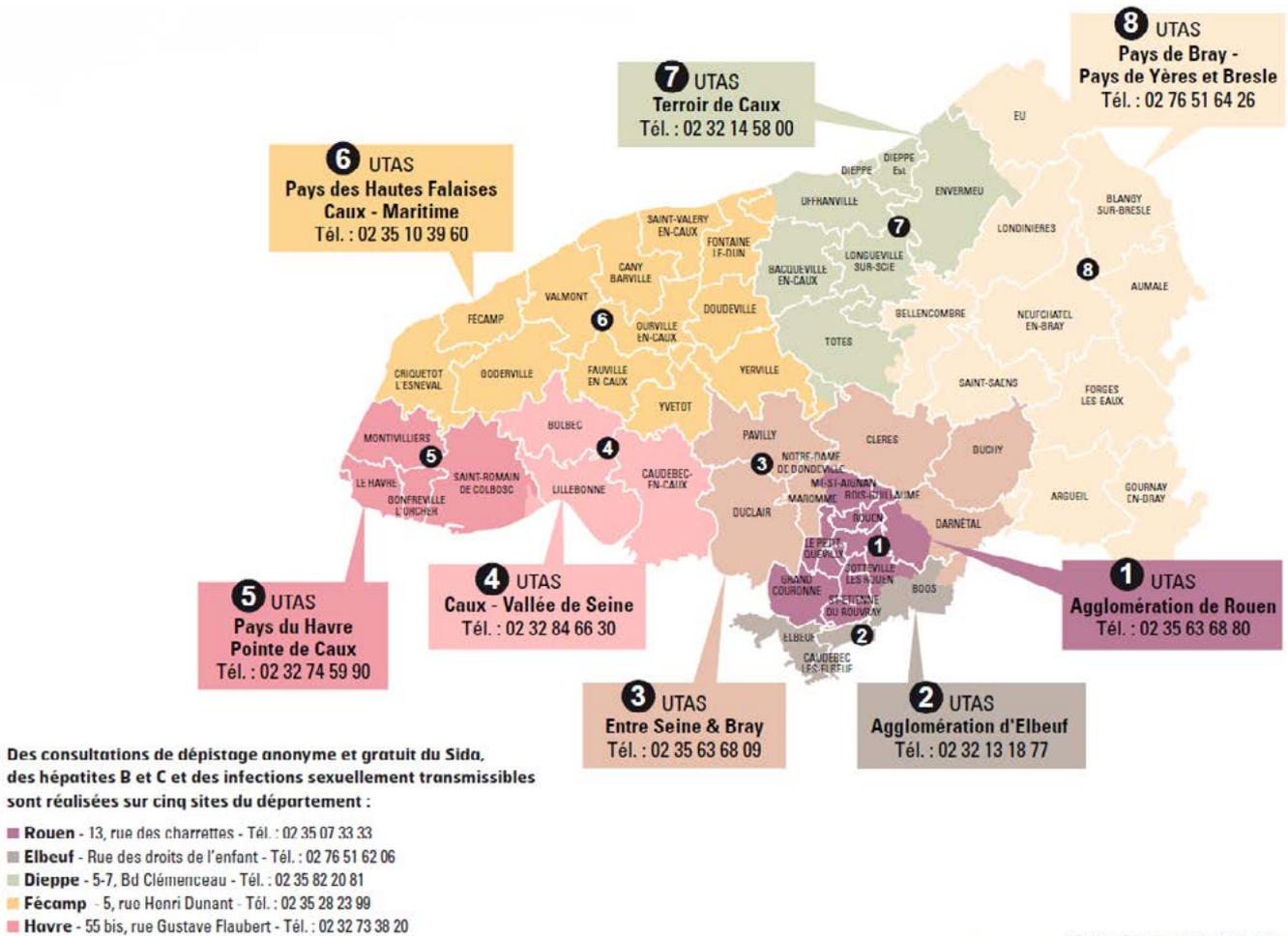


Figure 62 - répartition des UTAS sur le département de Seine-Maritime

7 CMS du Conseil Départemental sont inscrits dans le périmètre du PETR :

- Le CMS de FORGES-LES-EAUX
- Le CMS de NEUFCHÂTEL-EN-BRAY
- Le CMS de GOURNAY-EN-BRAY
- Le CMS de SAINT-SAËNS
- Le CMS de LA FEUILLIE
- Le CMS de LES GRANDES VENTES
- Le CMS de LONDINIÈRES

## CPEF (Centre de Planification et d'Éducation Familiale)

Les CPEF proposent des consultations au Centre Médico-Social de Forges-les-Eaux, à l'hôpital de Gournay-en-Bray et à l'hôpital de Neufchâtel-en-Bray. Ces consultations permettent de trouver une écoute, des informations sur la contraception, les maladies sexuellement transmissibles et le cas échéant une prise en charge.

### 6.5.3. Les centres-sociaux du territoire:

Un centre social est un lieu ouvert à tous les habitants d'un quartier, d'une commune ou d'un canton. C'est un lieu où les habitants mettent concrètement en place des projets pour améliorer leur vie. Ces projets correspondent à leurs envies et à leurs besoins. Des professionnels formés et compétents sont présents pour accueillir, écouter et accompagner la réalisation de ces projets. Des services de proximité et des activités (éducatives, culturelles, de loisirs...) adaptées y sont donc proposés. Un centre social permet également un dialogue avec les travailleurs sociaux, les associations locales, les élus locaux et les pouvoirs publics.

#### Le Centre Social à Bellencombre

C'est un centre social associatif, porté par l'association Loi 1901 CARAVELLES (Centre d'Animation Rural A Vocation Educative Locale Ludique Et Sociale). Le Centre Social est organisé en 3 pôles composés de différents services, activités, etc.., le plus souvent délocalisés dans les communes environnantes ou itinérants :

- Le pôle ACCUEIL avec la Maison de Services au Public, le Point Appui à la Vie Associative et la banque de matériel.
- Le pôle ANIMATION avec la radio Caravelles, les sorties familles, les activités créatives (couture), des ateliers thématiques, des sorties culturelles, un dispositif d'accompagnement scolaire, et des activités et accompagnements pour les adolescents.
- Le pôle SOLIDAIRE avec l'épicerie itinérante, les vestiaires, l'aide technique à domicile et d'autres services.

#### Le Centre Social de Neufchâtel-en-Bray

C'est un centre social municipal, c'est-à-dire que son champ d'action est initialement celui de la commune. Pour autant, les usagers du centre social ne proviennent pas exclusivement du territoire communal. Accueil, Jeunes, Enfance-Famille, Adultes et Seniors, des ateliers, des cafés rendez-vous sont organisés par thématique et pour tous. Des permanences sont également proposées :

- La médiation familiale
- Alcool Addict
- La Consultation de Jeunes Consommateurs
- Le point écoute Ados

## 6.5.4. La Mission Locale

La mission locale rurale du TALOU est située sur la commune des Grandes-Ventes. Le siège administratif devrait dans un futur proche être déplacé vers la commune de Saint-Nicolas-D'Aliermont.

Les missions locales ont pour fonction d'accompagner les jeunes de 16 à 25 ans dans leur insertion professionnelle. Dès lors, il s'agit pour le personnel des missions locales de travailler à lever les freins à l'insertion, dont la santé. Une charte nationale allant dans ce sens a ainsi été définie. Il en découle plusieurs objectifs pour améliorer la situation :

- Un accès accru aux soins et à une couverture sociale,
- Un accueil et écoute des jeunes en souffrance psychologique,
- Une possibilité de recours aux soins de santé mentale quand cela est nécessaire,
- Un état des lieux de la situation, des avancées récentes et des difficultés rencontrées.

Ainsi l'une des premières tâches que réalise la mission locale est de vérifier que le jeune est bien inscrit auprès de la CPAM. Si cela n'est pas le cas, un accompagnement pour une ouverture de droits est réalisé. La mission locale favorise ainsi l'accès aux droits des jeunes, ce qui plus tard peut leur permettre d'intégrer un véritable parcours de soins. L'accès aux droits est la condition sine qua non à l'inscription dans un parcours de soin. Un jeune suivi à la mission locale peut bénéficier d'un bilan de santé général ou d'un bilan psychologique. Pour le bilan de santé, un rendez-vous peut être pris auprès de l'association IPC (Investigations Préventives et Cliniques).

## 6.6. Offre éducative

Le territoire du Pays de Bray accueille 23 écoles élémentaires, 10 écoles maternelles et de nombreux regroupements scolaires. Pour ce qui est de l'enseignement secondaire, 8 collèges et 4 lycées sont présents sur le territoire.

La scolarité est une période de la vie privilégiée pour l'éducation à la santé. Les établissements ont ainsi une double mission en matière de santé, à savoir :

- L'éducation à la santé des élèves, et cela dès l'école primaire.
- Le suivi de la santé des élèves tout au long de leur scolarité.

Des bilans de santé obligatoires sont ainsi organisés dès la maternelle. D'autres bilans ou dépistages sont aussi organisés à plusieurs moments clés du parcours de santé de l'enfant, ou encore sur demande de l'enfant, des parents, du corps enseignant, etc.

### 6.6.1. Le dépistage infirmier à l'école

La réalisation de ce bilan s'effectue pendant la visite médicale obligatoire, entre 5 et 6 ans dans le cadre d'un travail en équipe entre infirmier(ère)s, médecins, enseignants et psychologues scolaires, et dans l'intérêt de l'élève. L'infirmier(ère) peut participer, en fonction de son rôle propre, à la détection précoce des difficultés d'apprentissage de l'élève. Dans ce cas, l'accent doit être mis sur la petite enfance et le début de la scolarité primaire afin d'aider les élèves les plus fragiles.

L'objectif de ce dépistage est de prendre le temps d'aborder la santé du jeune dans sa globalité. C'est un temps fort au cours de la scolarité. C'est un rôle spécifique à l'infirmier(e). Ces dépistages infirmiers peuvent faire l'objet d'un avis infirmier adressé à la famille.

Les pathologies identifiées lors du bilan des 6 ans en 2013/2014 :

- Vision
- Audition
- Vaccins
- Bucco-dentaire
- Surpoids-Obésité

Les professionnels de la PMI (médecins et puéricultrices) voient également tous les enfants scolarisés dans les écoles maternelles dans le cadre des bilans de santé des enfants de 3-4 ans (calcul de l'Indice de Masse Corporelle, bilan sensoriel, ERTL423).

## 6.6.2. Le CESC-R (Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté-Réseau)

Le CESC-R a pour vocation de rassembler différents acteurs sous la forme de partenariat pour favoriser l'émergence de projet. Ces projets ont notamment pour objectif de responsabiliser les jeunes du territoire d'intervention face à leur santé dans les actions qu'ils opèrent au quotidien.

Les actions réalisées sont des réponses directes et adaptées localement aux difficultés remontées lors des séances plénières du comité technique.

Il existe un seul CESC-R qui est porté par le Centre Social ESCALL de Neufchâtel-en-Bray pour le territoire du Pays Neufchâtelois. Si l'offre de prévention est essentiellement dirigée vers les jeunes (plus de 2360 jeunes concernés par les actions), l'ensemble des classes d'âge est concerné par les actions du CESC-R de par la transversalité des actions et la réponse globale aux problématiques.

Les principaux thèmes abordés sont :

- le harcèlement,
- les conduites à risques,
- l'hygiène et le bien-être,
- la sécurité routière,
- les addictions,
- la vie affective et sexuelle.

## 6.6.3. Les CESC ID (Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté - Inter-Degré)

Le CESC est présidé par le chef d'établissement et peut comprendre des représentants des personnels enseignants, des parents et des élèves, des personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement, des représentants de la commune et de la collectivité de rattachement au sein de ce conseil et des représentants des partenaires institutionnels.

Les missions d'un CESC sont :

- Contribuer à l'éducation et à la citoyenneté,
- Préparer le plan de prévention de la violence,
- Proposer des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion,
- Définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risques.

### La Feuillie (collège, école et nouvelles écoles depuis 2017)

Porteur : Collège La Hêtraie  
4 rue du Centre  
76220 La Feuillie  
Tél. : 02 35 90 80 46

### Gournay en Bray (Collège, école Brassens et projet sur 2 nouvelles écoles en cours)

Porteur : Collège Rollon  
24 Rue Croquet du Bosc  
76220 Gournay-en-Bray  
Tél. : 02 35 90 04 84

### Forges-les-Eaux (Lycée, Collège et écoles primaires)

Porteur : Lycée E. Delamare Deboutteville  
5, Rue André Bertrand  
76440 Forges-les-Eaux  
Tél. : 02 35 90 54 36

### Saint-Saëns (Collège et écoles primaires)

Porteur : Collège Guillaume le Conquérant  
Route des Bois  
76680 Saint-Saëns  
Tél. : 02 35 34 50 27

### Londinières

Le collège Paul-Henri Cahingt de Londinières est rattaché au CESC-ID porté par le collège de Eu, qui regroupe le lycée de Eu, le lycée du Tréport, le collège de Eu, le collège du Tréport, le collège de Blangy-sur-Bresle et celui de Londinières.

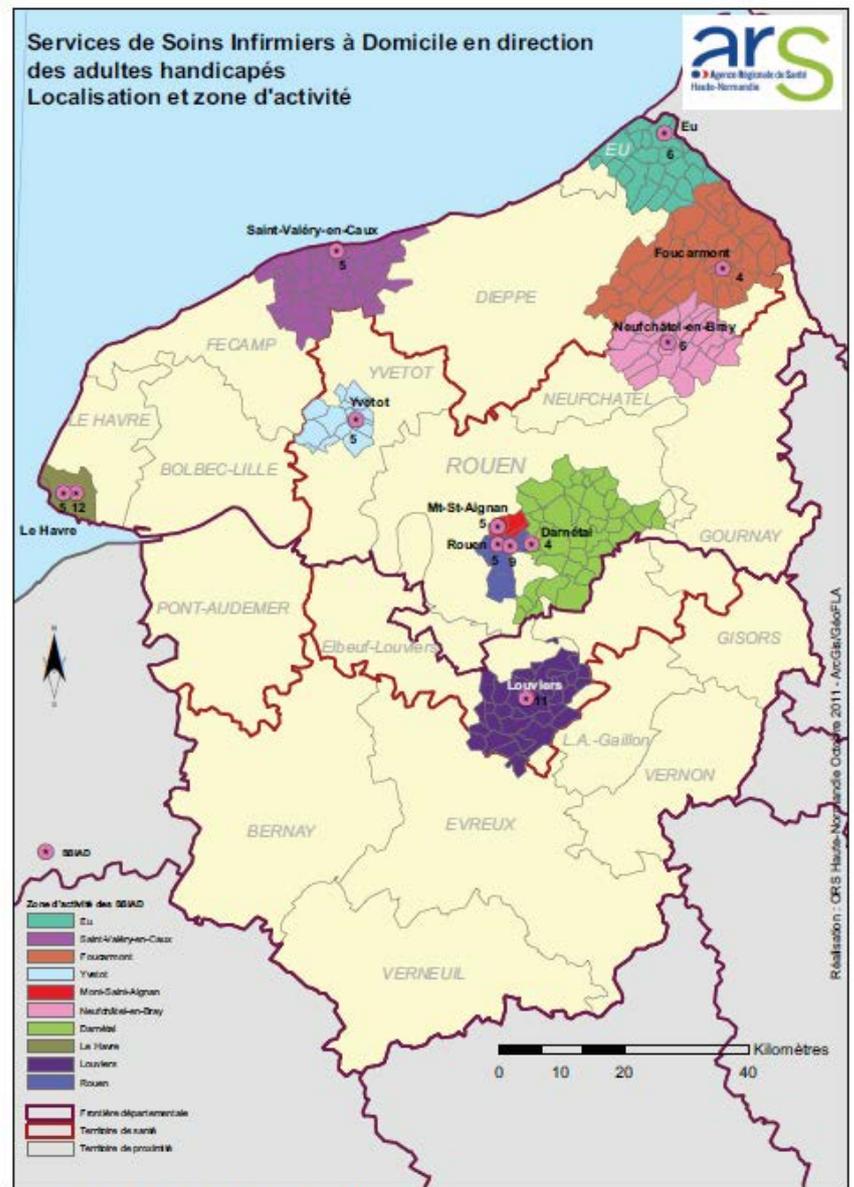
## 6.7. Offres spécifiques

### 6.7.1. Le SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile)

Le SSIAD assure, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers (de base, techniques, de réadaptation et d'accompagnement psychologique) à domicile pour des personnes âgées dépendantes ou bien des adultes en situation de handicap.

Les SSIAD sont une solution permettant aux personnes âgées dépendantes de rendre effective leur liberté de continuer à vivre dans leur domicile. Les interventions régulières ralentissent la perte d'autonomie et la dégradation de l'état de santé des personnes âgées permettant de différer ou retarder leurs entrées en établissement.

Les SSIAD assurent un rôle de coordination gériatrique de premier plan, de par leurs contacts réguliers avec le public des personnes âgées dépendantes et des différents professionnels opérants des soins. Le service favorise le recours aux soins hospitaliers le plus adapté et un retour précoce au domicile pour les patients.



Sources : places autorisées FINESS Janvier 2011

Figure 63 - Répartition des SSIAD en ancienne région Haute-Normandie

4 SSIAD sont présents dans le périmètre du PETR du Pays de Bray :

SSIAD du Centre Hospitalier de Neufchâtel (35 places)	NEUFCHÂTEL-EN-BRAY
SSIAD Rouvray-Catillon	SECTEUR DE FORGES-LES-EAUX
SSIAD de l'EHPAD	SAINT-SAËNS
SSIAD de la Croix Rouge Française	GOURNAY-EN-BRAY

## 6.7.2. Le CMP (Centre Médico-Psychologique)

Le CMP est la structure de soins pivots des secteurs de psychiatrie. Il assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées.

3 CMP sont présents sur le territoire :

CMP ADULTES GRANDES VENTES CH DIEPPE	LES GRANDES-VENTES
POINT ÉCOUTE ADOS L'ESCALL NEUFCHATEL	NEUFCHÂTEL-EN-BRAY
CMP GTA CATT P ENFANTS ADULTES ST-SAENS	SAINT-SAËNS

## 6.7.3. Le CMPP (Centre Médico Psycho Pédagogique)

Les CMPP sont des centres de consultation, de diagnostic et de soins ambulatoires, non sectorisés, recevant des enfants et adolescents, ainsi que leur famille. Ils reçoivent de jeunes enfants et adolescents qui rencontrent des difficultés de développement sur le plan psychique.

L'unique CMPP du territoire du Pays de Bray est situé sur la commune de Gournay-en-Bray.

## 6.7.4. Le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)

Le CSAPA «Caux et Bray» est géré par le Centre Hospitalier de Barentin. Constitué en équipe mobile, le CSAPA se déplace sur les Centres Hospitaliers de Gournay-en-Bray et Neufchâtel-en-Bray. Il est composé sur le secteur de Gournay-en-Bray et Neufchâtel-en-Bray d'un médecin, d'un psychologue, d'une infirmière ainsi que d'un assistant socio-éducatif.

Le CSAPA «Caux et Bray» est un CSAPA généraliste : il traite les addictions aux substances psychoactives licites ou illicites et addictions sans produit. Ses missions principales sont l'accueil, le soin, la réduction des risques, l'insertion, l'orientation et l'hébergement des personnes présentant des problèmes d'addiction.

## 6.7.5. La CJC (Consultations Jeunes Consommateurs - 25 ans)

La CJC est une émanation du CSAPA «Caux et Bray». Cette CJC est assurée par un psychologue spécifique. Les sites où ont lieu les consultations dans le périmètre du PETR du Pays de Bray sont la Maison Cressent à Gournay-en-Bray et le centre social l'ESCALL à Neufchâtel-en-Bray.

## 6.7.6. Inser santé

On retrouve sur le territoire du Pays de Bray une antenne Forges-les-Eaux/Neufchâtel-en-Bray de l'association d'insertion Inser santé. Cette antenne accueille un effectif de deux personnes sur le territoire du Pays de Bray à savoir :

- Une intervenante sociale en alcoologie à temps complet
- Une psychologue à mi-temps

Inser santé accomplit une mission d'accompagnement des bénéficiaires du R.S.A. lorsque des soucis de santé sont des freins à l'insertion.

L'antenne de Forges-les-Eaux/Neufchâtel-en-Bray est l'une de celle qui accueille le plus de bénéficiaires dans le cadre du RAEP (Relais d'Aide et d'Écoute Psychologique) soit 134 bénéficiaires, mais aussi dans le cadre de l'APDA (Accompagnement des Personnes en Difficulté avec l'Alcool) soit 144 bénéficiaires.

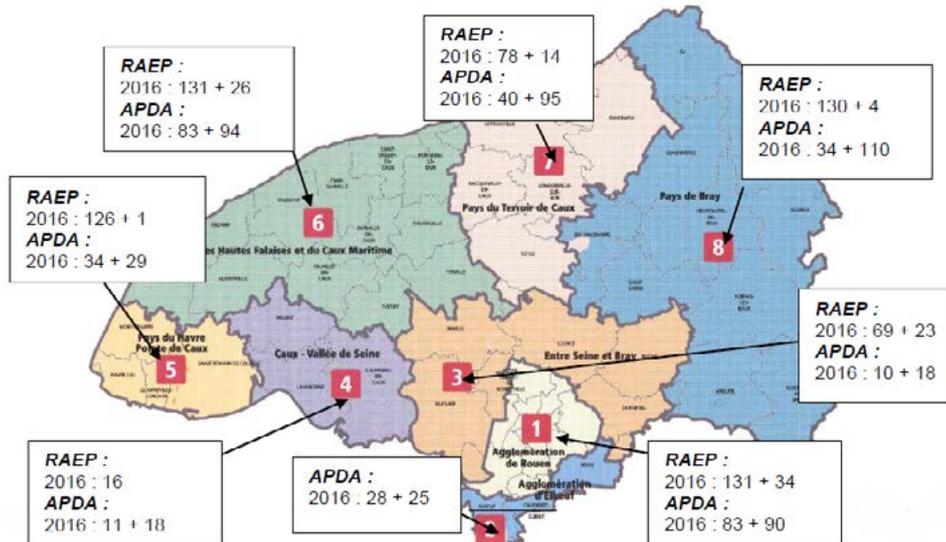


Figure 64 - Répartition des bénéficiaires suivis par Inser santé sur le département de la Seine-Maritime en 2016

### CC de Londinières

- 1 MARPA
- 1 MSP
- 1 CESC (rattaché à Eu Le Tréport)
- 1 CMS

### CC Bray-Eawy

- 4 EHPAD
- 1 centre hospitalier
- 1 MSP
- 2 regroupements de professionnels de santé type cabinet
- 2 CESC
- 2 Centres Sociaux
- 3 CMS

- 3 CMP
- 2 SSIAD

### CC des 4 Rivières

- 5 EHPAD
- 1 CH
- 1 MSP installée et une en cours
- 4 regroupements de professionnels de santé type cabinet
- 1 IME – 1 SAVS – 1 FAM
- 3 CESC
- 3 CMS
- 1 permanence CMPP
- 2 SSIAD

### Pays de Bray

- Une Mission Locale qui intervient sur le territoire
- Des permanences du CSAPA Caux Bray
- Des permanences de la CJC
- Des permanences de la CPAM et la MSA



LA PERCEPTION DE  
L'ÉTAT DE SANTÉ  
DES HABITANTS ET  
USAGERS

## 7.1. Méthodologie du questionnaire

Une enquête auprès des habitants et des usagers des structures sanitaires et sociales a été mise en place de fin juin à août 2017. Elle a pour objectif de comprendre la perception de la population brayonne sur sa santé. Au total, 863 personnes y ont répondu pour 2160 questionnaires papier distribués.

À travers 25 questions, quatre grands thèmes ont été abordés :

- La qualité de vie,
- Les droits en santé,
- L'accès aux soins de santé,
- La prévention.

L'état des lieux de la santé perçue par les habitants a permis d'une part d'améliorer la connaissance de la situation socio-sanitaire et d'autre part d'identifier les besoins exprimés par la population. Parallèlement à ces objectifs de recueils des données, le questionnaire a pour objectif de faire connaître et d'impliquer les habitants, les acteurs locaux, associatifs, élus et institutionnels dans l'élaboration du Contrat Local de Santé et des pistes d'actions envisagées.

Il s'agit, de par la communication, la passation du questionnaire et sa restitution, de développer et contribuer à une meilleure compréhension de l'environnement local pour les habitants, mais aussi d'accroître la légitimité et l'efficacité des pistes d'actions issues du CLS.

L'objectif de cette méthodologie quantitative par questionnaire est de :

- Récueillir l'information directement auprès de la population, c'est-à-dire sans biais sur ce qu'elle considère comme prioritaire en matière de santé,
- D'affiner les résultats obtenus par les autres méthodologies employées (entretien, récolte de données chiffrées),
- Identifier des régularités statistiques et ainsi identifier des phénomènes non perceptibles à l'échelon individuel.

Il a été nécessaire de mettre en place une enquête avec une méthodologie spécifique au territoire du Pays de Bray, à sa population et à son contexte. Le questionnaire employé s'est donc voulu attrayant, simple, et rapide à compléter ; et ce pour maximiser le taux de retour ainsi que la qualité des réponses. Il pouvait ainsi être rempli anonymement par des répondants volontaires, habitants ou usagers des services présents sur le territoire. Cet instrument d'enquête est un outil qui a permis aux personnes interrogées de répondre de façon autonome, mais également de favoriser l'expression en matière de demande et de besoin de santé. Il a été diffusé par l'intermédiaire de points « relais » tels que des mairies, des associations, des commerçants, des structures sociales, sanitaires, ou bien médico-sociales établies sur l'ensemble du territoire du Pays de Bray.

Dans le but d'accroître la participation des habitants, un support d'information a accompagné les questionnaires (Affiche A3, voir annexe). Ce support précisait les enjeux, et veillait à être à la fois explicatif et pédagogique. L'affiche présentait un QR code permettant d'accéder plus simplement à la version en ligne du questionnaire. De plus, des relances ont également été faites via la presse papier et numérique locale ou encore par prise de contact avec les partenaires de diffusion. Concernant les questionnaires en ligne, là aussi le lien a été proposé sur les réseaux sociaux des journaux locaux en plus de leurs éditions en ligne.

## 7.2. Informations sociodémographiques des répondants

La population brayonne s'est largement mobilisée avec 863 répondants. La C.C. des 4 Rivières est celle qui a le plus participé en retour de questionnaires (292). Pour autant, c'est la C.C. de Londinières qui a le taux de participation le plus élevé, rapporté au nombre d'habitants de cet EPCI (234 questionnaires pour 5 409 habitants).

Concernant les informations personnelles des participants, la majorité des répondants sont des femmes avec 485 réponses. Quant aux hommes, 212 ont participé. Par ailleurs, 166 participants n'ont pas précisé leur genre.

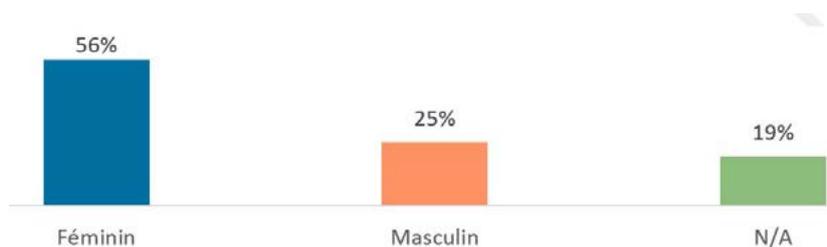


Figure 65 - Genre des participants

En concordance avec la pyramide des âges du Pays de Bray, la part la plus importante de participants a entre 40 et 64 ans. 169 participants ont entre 25 et 39 ans, 129 ont 65 et plus, et 72 ont entre 16 et 24 ans.



Figure 66 - Âges des participants au questionnaire en %

Parmi les participants à l'enquête, 336 ont un emploi, 326 n'ont pas d'emploi et 32 sont en étude. 166 participants n'ont pas précisé leur statut.

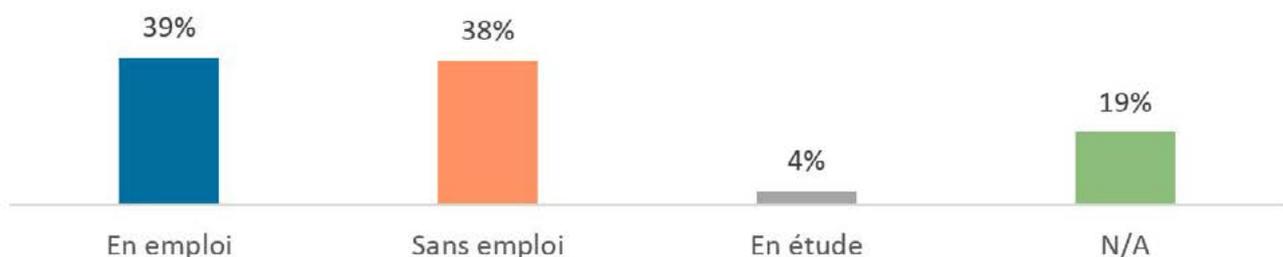
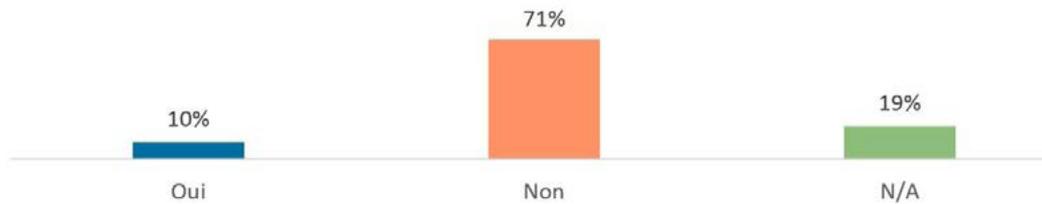


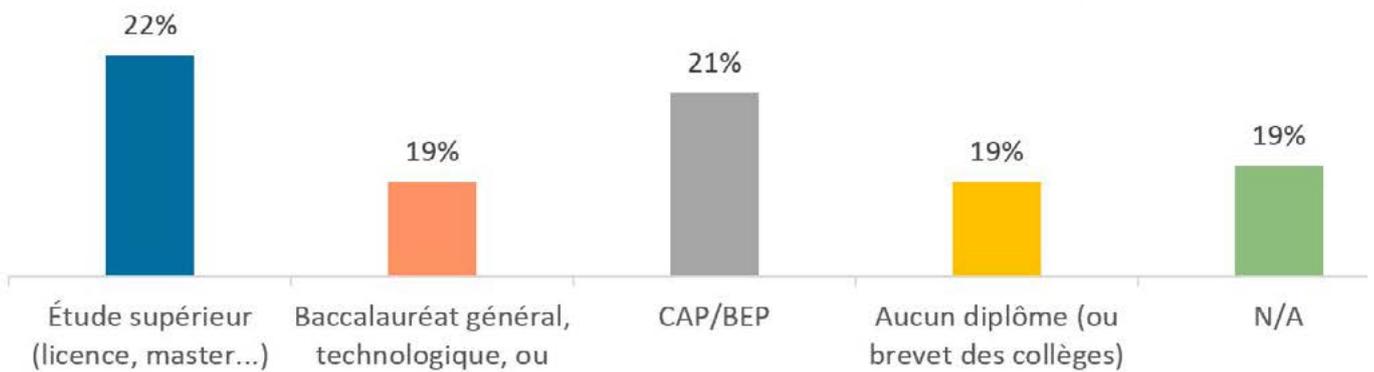
Figure 67 - Statut des participants au questionnaire en %

Parmi les 336 répondants ayant un emploi, seulement 85 ont indiqué avoir un emploi à temps partiel.



**Figure 68 - Taux de participants au questionnaire travaillant à temps partiel en %**

Parmi les participants à l'étude, 192 ont un diplôme d'études supérieures, 183 ont un CAP/BEP, 161 ont un baccalauréat général, technologique ou professionnel, et 161 participants n'ont pas de diplôme ou un brevet des collèges. Par ailleurs, 165 participants n'ont pas communiqué leur niveau d'étude.



**Figure 69 - Niveau d'étude des répondants au questionnaire en %**

Un tiers des participants à l'enquête habite la C.C. des 4 Rivières. 234 habitent la C.C. de Bray Eawy, 102 la C.C. de Londinières, enfin 67 habitent en dehors du Pays de Bray. 167 des personnes ayant répondu au questionnaire n'ont pas précisé leur lieu d'habitation.



**Figure 70 - Domiciliation des répondants en %**

## 7.3. La qualité de vie

### 7.3.1. La représentation de l'état de santé

514 répondants estiment que leur état de santé est plutôt bon, 116 participants estiment qu'il est très bon, 100 qu'il est plutôt mauvais, et seulement 18 participants pensent qu'il est mauvais. 84 % des répondants nous indiquent que leur état de santé est très bon ou plutôt bon.

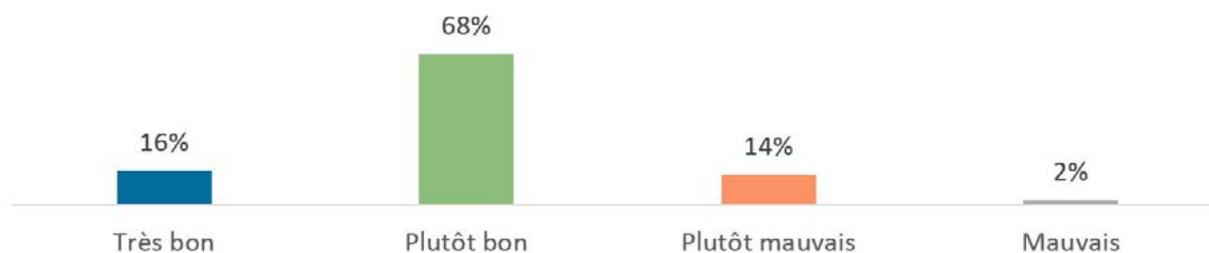


Figure 71 - Représentation de l'état de santé des participants en %

En mettant en relation l'état de santé perçue des participants avec leurs niveaux de diplômes, on constate que près de 40 % de ceux possédant un diplôme d'études supérieures qualifient leur état de santé de très bon, tandis que les participants ne possédant aucun diplôme (ou brevet des collèges) représentent seulement 11 % pour cette même catégorie. À l'inverse, parmi les participants qui estiment leur état de santé comme « plutôt mauvais », 7 % ont un diplôme d'études supérieures tandis que 20 % n'ont aucun diplôme (ou brevet des collèges).

Tableau 64 - Représentation de l'état de santé en fonction du niveau de diplôme

		Très bon	Plutôt bon	Plutôt mauvais	Mauvais	Total
Études supérieures (licence, master...)	NB	91	127	17	1	236
	%	39 %	54 %	7 %	0 %	100 %
Baccalauréat général, technologique, ou professionnel	NB	21	121	16	3	161
	%	13 %	75 %	10 %	2 %	100 %
CAP/BEP	NB	24	125	30	4	183
	%	13 %	68 %	16 %	2 %	100 %
Aucun diplôme (ou brevet des collèges)	NB	18	105	31	7	161
	%	11 %	65 %	19 %	4 %	100 %

La représentation de l'état de santé évolue en fonction de la situation du répondant. Ainsi ils sont 25 % en étude à indiquer leur état de santé comme très bon, contre 12 % pour les personnes ne disposant pas d'un emploi. Cette disparité peut en partie être expliquée par une proportion plus importante de personnes « jeunes » dans la catégorie en étude.

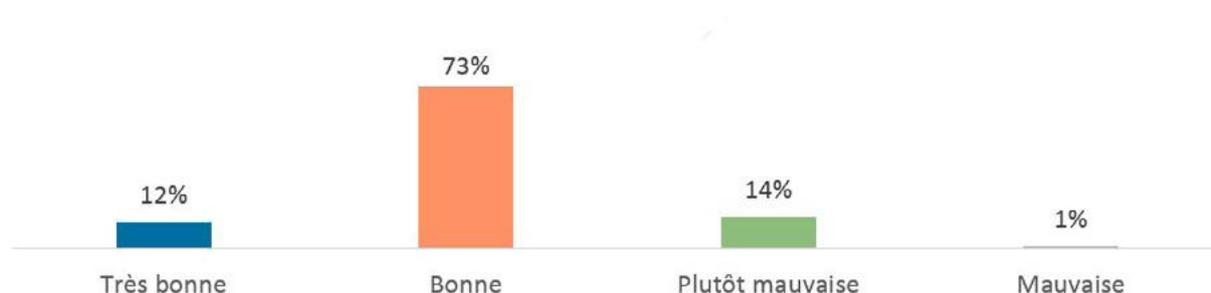
Une variation est également présente pour ce qui est de la modalité de réponse « plutôt mauvais » entre les personnes sans et en emploi. Les répondants sans emploi sont ainsi en proportion près de deux fois plus nombreux à considérer leur état de santé comme « plutôt mauvais » en comparaison aux répondants en emploi.

**Tableau 65 - Représentation de l'état de santé fonction du statut (en emploi, sans emploi, en étude)**

		Très bon	Plutôt bon	Plutôt mauvais	Mauvais	Total
En emploi	Nb	62	236	32	5	335
	%	19 %	70 %	10 %	1 %	100 %
Sans emploi	Nb	38	220	59	10	327
	%	12 %	67 %	18 %	3 %	100 %
En étude	Nb	8	21	3	0	32
	%	25 %	66 %	9 %	0 %	100 %

### 7.3.2. La représentation de l'alimentation

Un grand nombre de participants indique avoir une bonne alimentation, à savoir 545 participants (73 %) et 88 participants (12 %) indiquent qu'elle est très bonne. En revanche, 107 répondants (14 %) évaluent leur alimentation comme plutôt mauvaise, et 8 (1 %) la considèrent comme mauvaise.



**Figure 72 - Représentation de l'alimentation des répondants en %**

**Tableau 66 - Représentation de l'alimentation en fonction du statut (en emploi, sans emploi, en étude)**

		Très bonne	Bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise	Total
En emploi	Nb	33	253	46	3	335
	%	10 %	76 %	14 %	1 %	100 %
Sans emploi	Nb	47	230	47	3	327
	%	14 %	70 %	14 %	1 %	100 %
En étude	Nb	2	20	9	1	32
	%	6 %	63 %	28 %	3 %	100 %

### 7.3.3. L'activité physique des répondants

Concernant l'activité physique, il y a autant de participants qui déclarent ne jamais pratiquer d'activité physique, que de répondants nous indiquant en pratiquer 1 à 2 fois par semaine, soit 233 et 234 répondants. Le taux de participants qui font 1 à 2 fois par mois du sport est de 20 %. Enfin 18 % des participants font du sport plus de 3 fois par semaine.

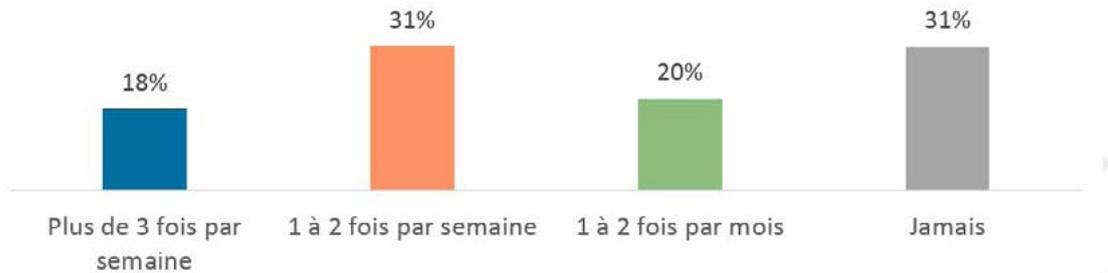


Figure 73 - Fréquence de l'activité physique des répondants au questionnaire en %

Parmi les raisons qui limitent la pratique sportive des participants, l'explication qui revient le plus fréquemment est le manque de temps pour soi avec une proportion de réponses de 37 %. L'état de santé est cité en seconde raison qui limite le plus grand nombre de participants dans leurs pratiques sportives avec 16 % des participants. Cette dernière est suivie de près par le manque d'intérêt pour le sport qui représente 13 % des participants.

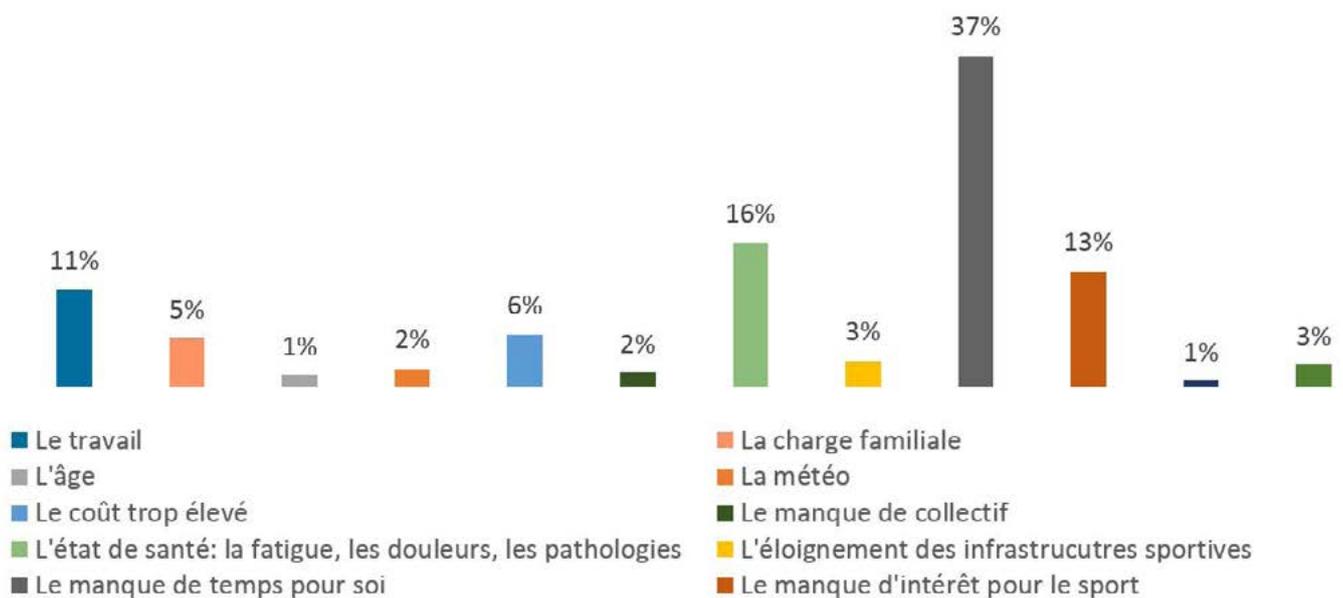


Figure 74 - Facteurs limitant l'activité physique des répondants en %

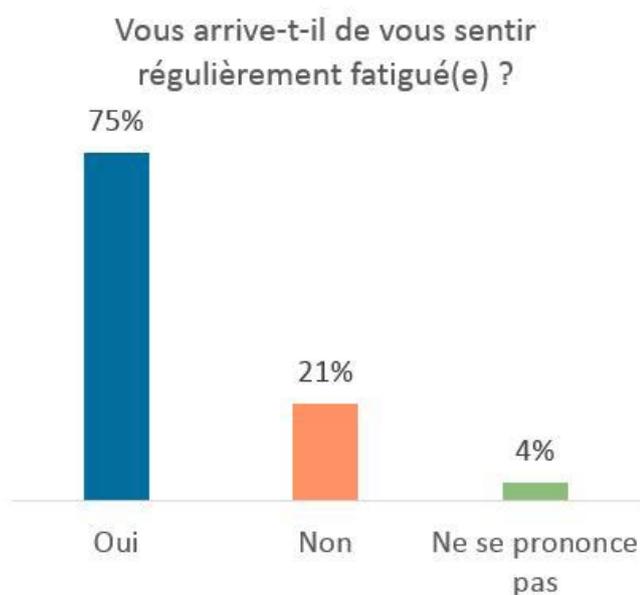
La propension à la pratique physique peut être mise en lien avec le niveau de diplôme. Les participants ne disposant d'aucun diplôme (ou brevet des collèges) pratiquent moins fréquemment une activité physique en comparaison à ceux ayant un diplôme d'études supérieures (44 % n'en pratiquent jamais contre 18 % pour les diplômés d'études supérieures).

**Tableau 67** - Fréquence de la pratique d'une activité physique en fonction du niveau de diplôme

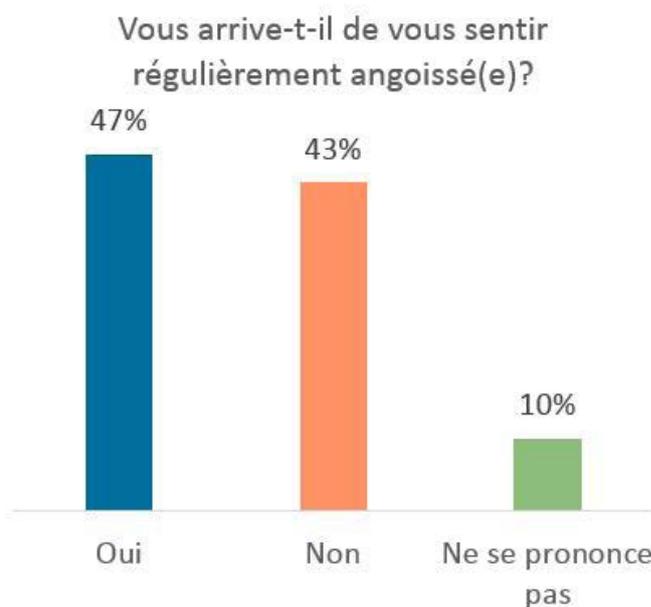
		Plus de 3 fois par semaine	1 à 2 fois par semaine	1 à 2 fois par mois	Jamais	Total
<b>Études supérieures (licence, master...)</b>	Nb	35	79	42	34	190
	%	18 %	42 %	22 %	18 %	100 %
<b>Baccalauréat général, technologique, ou professionnel</b>	Nb	29	48	36	48	161
	%	18 %	30 %	22 %	30 %	100 %
<b>CAP/BEP</b>	Nb	37	52	32	62	183
	%	20 %	28 %	17 %	34 %	100 %
<b>Aucun diplôme (ou brevet des collèges)</b>	Nb	22	41	27	71	161
	%	14 %	25 %	17 %	44 %	100 %

### 7.3.4. Le mal-être chez les répondants

557 répondants indiquent se sentir régulièrement fatigués, soit 75 %. La part des répondants déclarant se sentir régulièrement angoissés est de 47 % soit 348 répondants.



**Figure 75** - Perception de la fatigue des répondants en %



**Figure 76** - Perception de l'angoisse des répondants en %

Parmi les personnes qui se sentent fatiguées, 94 % estiment que leur état de santé est mauvais, et 92 % qu'il est plutôt mauvais.

**Tableau 68** - Perception de la fatigue en fonction de la perception de l'état de santé

		Fatigué (Oui)	Fatigué (Non)	Total
<b>Très bon</b>	Nb	70	44	114
	%	61 %	39 %	100 %
<b>Plutôt bon</b>	Nb	381	103	484
	%	79 %	21 %	100 %
<b>Plutôt mauvais</b>	Nb	90	8	98
	%	92 %	8 %	100 %
<b>Mauvais</b>	Nb	16	1	17
	%	94 %	6 %	100 %

En croisant la perception de la fatigue avec celle de l'état de santé, une corrélation est observable. En effet plus l'état de santé est perçu comme mauvais, plus la proportion de répondants indiquant être régulièrement fatigués est importante.

263 répondants ont indiqué par l'intermédiaire du questionnaire avoir régulièrement des troubles du sommeil, 230 participants en ont occasionnellement et 216 rarement.



**Figure 77** - Déclaration de trouble du sommeil des répondants en %

49 % des participants indiquent n'avoir que rarement des idées noires, soit 360 personnes. 17 % soit 125 répondants nous communiquent en avoir occasionnellement. La part des participants ayant régulièrement des idées noires est relativement faible à savoir 10 %, soit 73 réponses. Il est à noter que 181 personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question.



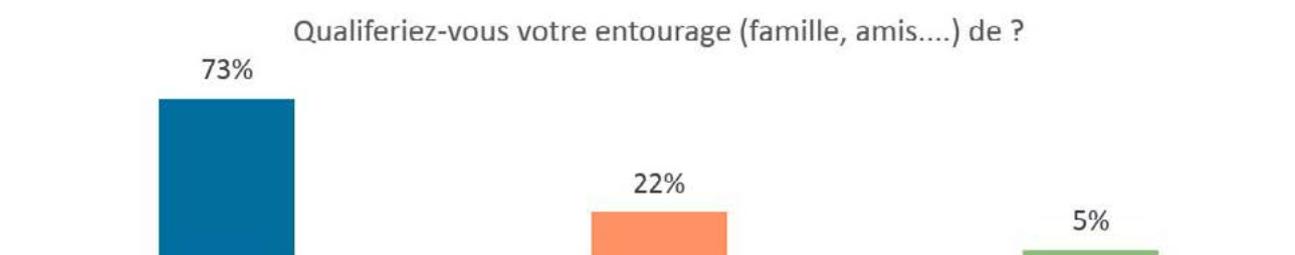
**Figure 78** - Présence d'idées noires des répondants en %

Une majorité de participants (soit 551) indique ne pas consommer de l'alcool ou une autre substance psychoactive lorsqu'ils ne se sentent pas bien. 151 personnes déclarent en consommer occasionnellement et 25 régulièrement.



**Figure 79** - Consommation d'alcool ou de substances psychoactives des répondants en %

Parmi les participants, 546 qualifient leur entourage de satisfaisant, 163 de faible et 35 participants considèrent que leur entourage est inexistant.



**Figure 80** - Perception de l'entourage familial et amical des répondants en %

## 7.4. Les droits en santé

Sur l'ensemble des participants, 5 % déclarent ne pas avoir de couverture mutuelle, soit 45 personnes.

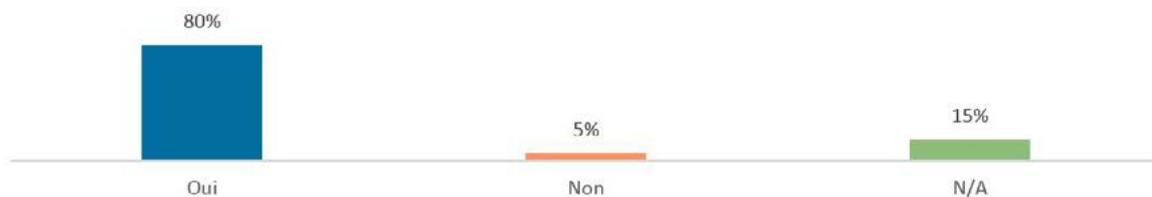


Figure 81 - Possession d'une mutuelle des répondants en %

La principale raison mise en avant par les participants n'ayant pas de couverture mutuelle est le coût trop élevé de cette dernière. Les autres raisons énoncées sont la volonté personnelle de ne pas avoir une couverture mutuelle, les difficultés administratives, l'absence d'une mutuelle proposée par l'employeur.

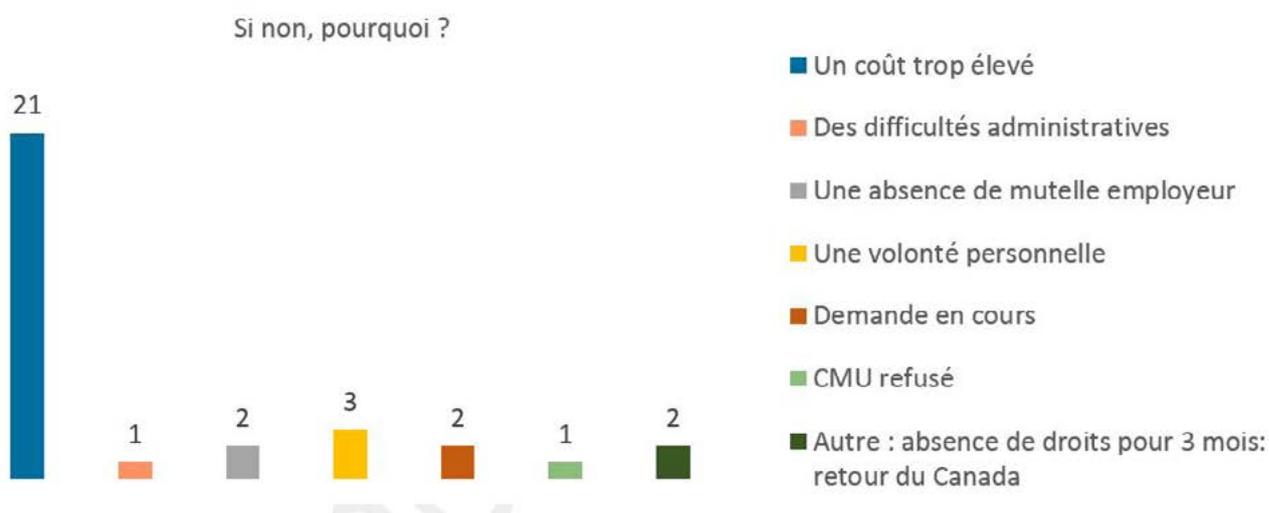


Figure 82 - Raison invoquée à la non-possession d'une mutuelle

Sur l'ensemble des personnes interrogées, 131 indiquent bénéficier de la CMU-C, cela correspond à 17 % des répondants.



Figure 83 - Proportion de participants bénéficiaires de la CMU-C comme complémentaire en %

Les participants bénéficiaires de la CMU-C qualifient plus fréquemment leur entourage de faible ou encore inexistant que ceux qui ne sont pas bénéficiaires de la CMU-C.

**Tableau 69 - Bénéficiaire de la CMU-C en fonction de la perception de l'entourage**

		Suffisant	Faible	Inexistant	Total
<b>Bénéficiaire CMU-C</b>	Nb	76	45	10	131
	%	58 %	34 %	8 %	100 %
<b>Non-bénéficiaire CMU_C</b>	Nb	436	101	20	557
	%	78 %	18 %	4 %	100 %

La part des participants ayant déjà rencontré des difficultés administratives est de 131 personnes, soit 15 %.



**Figure 84 - Taux de participants ayant rencontré des difficultés lors de démarches administratives de santé en %**

La C.C. qui accueille la plus grande proportion de participants ayant indiqué rencontrer des difficultés administratives est celle des 4 Rivières avec un taux dépassant de 21 %.

**Tableau 70 - Difficulté(s) administrative(s) en fonction du lieu d'habitation**

		Difficultés (Oui)	Sans difficulté (Non)
<b>C.C. des 4 rivières</b>	Nb	62	230
	%	21 %	79 %
<b>C.C. de Bray Eawy</b>	Nb	42	191
	%	18 %	82 %
<b>C.C. de Londinières</b>	Nb	12	89
	%	12 %	88 %
<b>Hors Pays de Bray</b>	Nb	9	58
	%	13 %	87 %

Seuls 93 participants ont signifié avoir bénéficié d'un accompagnement social sur rendez-vous ou en ligne pour réaliser les démarches en ligne. 640 personnes déclarent ne pas en avoir bénéficié et 129 personnes n'ont pas souhaité répondre.



**Figure 85 - Bénéficiaires d'un accompagnement social sur rendez-vous ou bien d'un accompagnement en ligne en %**

## 7.5. Les accès aux soins de santé

### 7.5.1. L'accès à un médecin généraliste

Parmi les participants, 504 indiquent ne pas rencontrer de difficulté pour obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste. 132 interrogés n'ont pas répondu à cette question.



Figure 86 - Difficulté à obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste en %

La principale raison invoquée par les personnes ayant répondu rencontrer des difficultés (62 %) est : « des délais trop longs pour la prise de rendez-vous » ; vient ensuite « le manque de solution pendant l'absence du médecin (vacances, repos, etc.) » et « pas ou peu de secrétariat médical ».



Figure 87 - Difficultés évoquées pour obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste

Parmi les répondants ayant indiqué rencontrer des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste, on observe une part égale provenant des C.C. des 4 Rivières et de Bray Eawy, à savoir 34 %. En comparaison, les habitants de la C.C. de Londinières sont 17 % à avoir indiqué rencontrer des difficultés.

Ces résultats sont contre-intuitifs au regard de la densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants présente sur les différentes C.C..

Tableau 71 - Difficulté d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin généraliste en fonction du lieu d'habitation

		Difficulté (Oui)	Densité de médecins généralistes en 2015 pour 10 000 hab
		Nb	%
<b>C.C. des 4 rivières</b>	Nb	98	9,3
	%	34 %	
<b>C.C. de Bray Eawy</b>	Nb	79	9,4
	%	34 %	
<b>C.C. de Londinières</b>	Nb	17	5,7
	%	17 %	
<b>Hors Pays de Bray</b>	Nb	16	N/C
	%	24%	

## 7.5.2. L'accès à un infirmier

Une part importante de participants à l'enquête indique ne pas rencontrer de difficulté pour obtenir un rendez-vous auprès d'un cabinet infirmier, soit 696 participants.

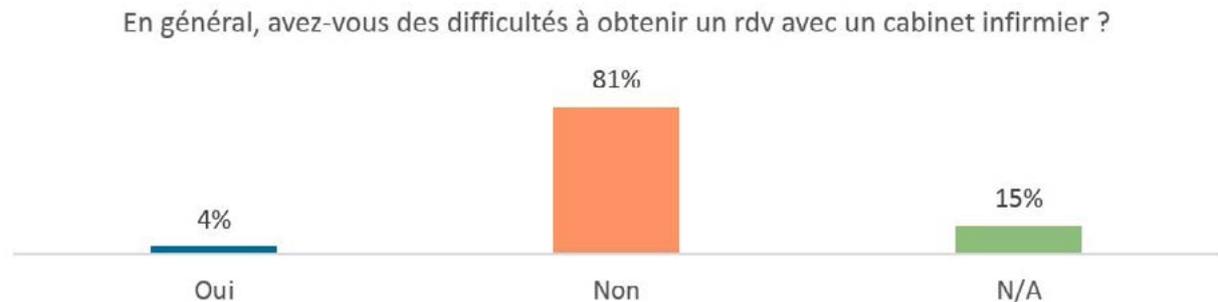


Figure 88 - Difficulté à obtenir un rendez-vous auprès d'un cabinet infirmier en %

## 7.5.3. L'accès à un dentiste

435 participants (50 %) ont relaté rencontrer des difficultés pour obtenir un rendez-vous auprès d'un dentiste. À l'inverse, 296 personnes ne rencontrent pas de difficulté.

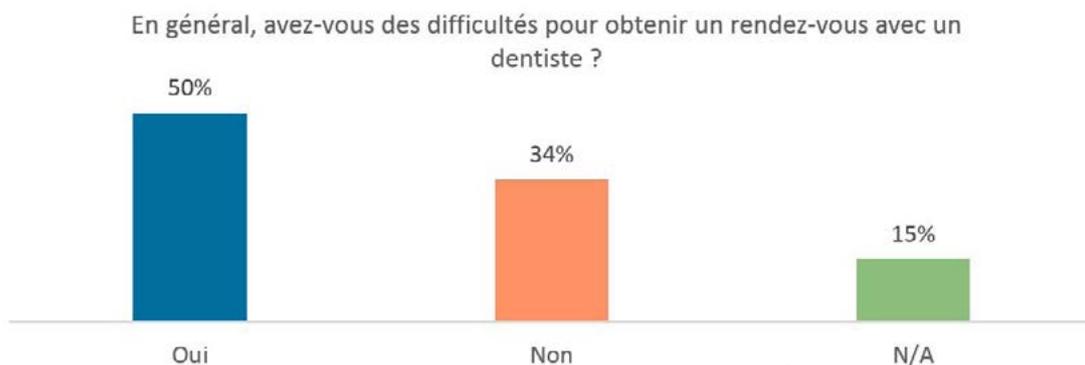


Figure 89 - Difficulté à obtenir un rendez-vous auprès d'un dentiste en %

La proportion de personnes rencontrant des difficultés pour obtenir un rendez-vous auprès d'un dentiste est cohérente avec la densité de dentiste présent sur l'EPCI. Ainsi plus la densité de dentistes est faible et plus la proportion de répondants indiquant rencontrer des difficultés est forte.

Tableau 72 - Difficulté d'obtention d'un rendez-vous chez un dentiste en fonction du lieu d'habitation

		Difficulté (Oui)	Densité de dentistes en 2015 pour 10 000 hab
		Nb	%
<b>CC des 4 rivières</b>	Nb	152	2
	%	52 %	
<b>CC de Bray Eawy</b>	Nb	155	1,6
	%	67 %	
<b>CC de Londinières</b>	Nb	71	0
	%	70 %	
<b>Hors Pays de Bray</b>	Nb	34	N/C
	%	51 %	

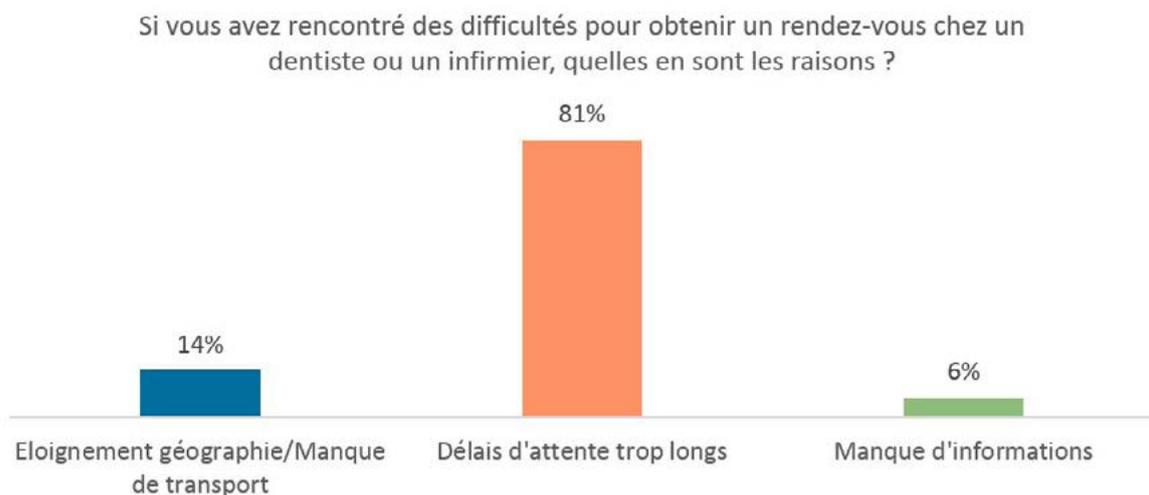
Les répondants bénéficiaires de la CMU-C sont, en proportion, moins nombreux à indiquer rencontrer des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un dentiste que les non-bénéficiaires de la CMU-C.

**Tableau 73 - Difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un dentiste en fonction de la mutuelle**

		En général, avez-vous des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un dentiste ?		
		Difficulté (Oui)	Difficulté (Non)	Total
<b>Bénéficiaires CMU-C</b>	Nb	66	65	131
	%	50 %	50 %	100 %
<b>Non-bénéficiaires CMU-C</b>	Nb	342	213	555
	%	62 %	38 %	100 %

### 7.5.4. Les difficultés indiquées pour obtenir un rendez-vous auprès d'un dentiste ou infirmier

La raison mise le plus fréquemment en avant s'agissant des difficultés pour obtenir un rendez-vous auprès d'un infirmier ou bien d'un dentiste est le délai d'attente jugé trop long pour 81 % des participants. Vient ensuite l'éloignement géographique et le manque de transport pour 14 % des répondants. Enfin, 6 % ont répondu que cette difficulté est due à un manque d'informations.



**Figure 90 - Raisons des difficultés à obtenir un rendez-vous auprès d'un dentiste ou bien infirmier en %**

### 7.5.5. L'accès à un spécialiste

51 % des répondants au questionnaire indiquent rencontrer des difficultés à obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste.



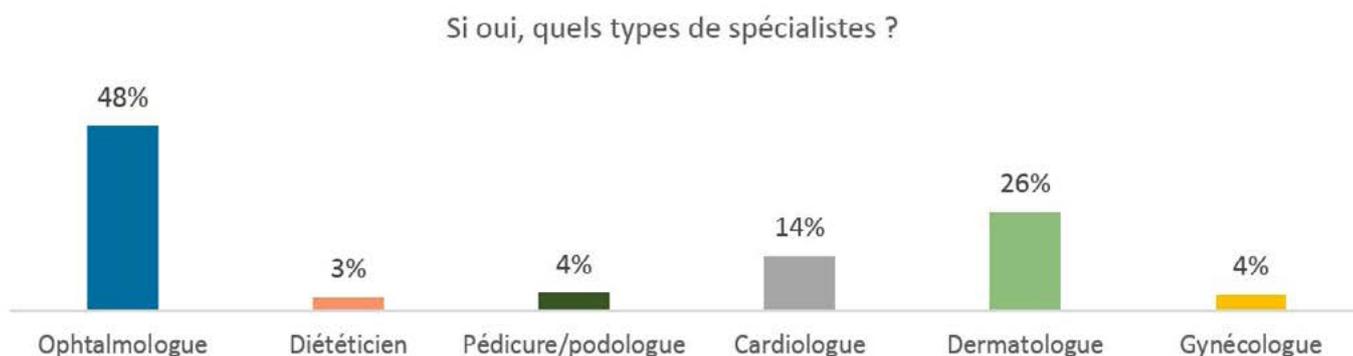
**Figure 91 - Difficulté à obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste en %**

La proportion de personnes indiquant rencontrer des difficultés à obtenir un rendez-vous avec un spécialiste est sensiblement la même, quel que soit le lieu de résidence.

**Tableau 74** - Difficulté à obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste en fonction du lieu d'habitation

		Oui	Non
<b>C.C. des 4 rivières</b>	Nb	173	119
	%	59 %	41 %
<b>C.C. de Bray Eawy</b>	Nb	143	90
	%	61 %	39 %
<b>C.C. de Londinières</b>	Nb	66	35
	%	65 %	35 %
<b>Hors Pays de Bray</b>	Nb	44	23
	%	66 %	34 %

La première spécialité citée par les répondants lorsqu'il s'agit d'obtenir un rendez-vous est l'ophtalmologie (50 %). 27 % des répondants nous indiquent avoir des difficultés d'obtention d'un rendez-vous avec un dermatologue. De plus, 30 participants ont mentionné rencontrer des difficultés pour obtenir un rendez-vous avec un gynécologue.



**Figure 92** - Type de spécialités pour lesquelles les participants rencontrent le plus de difficultés en %

Deux difficultés ont été mises en avant par les répondants. La première difficulté rencontrée par les participants au questionnaire est : « Délais d'attente trop longs » pour 317 répondants ; la seconde est : « le manque de transports et l'éloignement géographique » pour 94 répondants.



**Figure 93** - Raisons des difficultés à obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste en %

## 7.5.6. La fréquentation des CSAPA, CJC, PMI, Centre de planification

130 participants au questionnaire indiquent avoir déjà fréquenté la PMI. Dans une moindre mesure, 17 participants ont fréquenté un centre de planification, 13 un CSAPA, et 3 la CJC.

Avez-vous déjà fréquenté un des lieux suivants ?

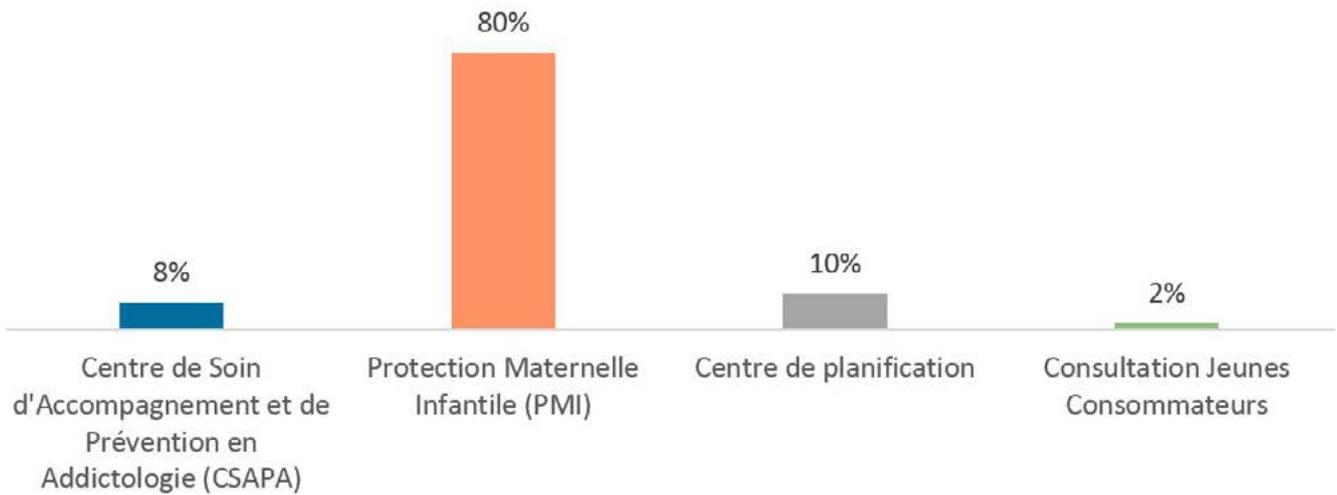


Figure 94 - Fréquentation CSAPA, CJC, PMI, Centre de planification en %

## 7.5.7. Le renoncement aux soins

À la question : « Avez-vous déjà dû renoncer à un soin ou à un service (dentiste, kinésithérapie, ophtalmologie, aides à domicile...) ? » 35 % des répondants ont indiqué oui.

Avez-vous déjà dû renoncer à un soin/ service (dentiste, kinésithérapie, aides à domicile...)?

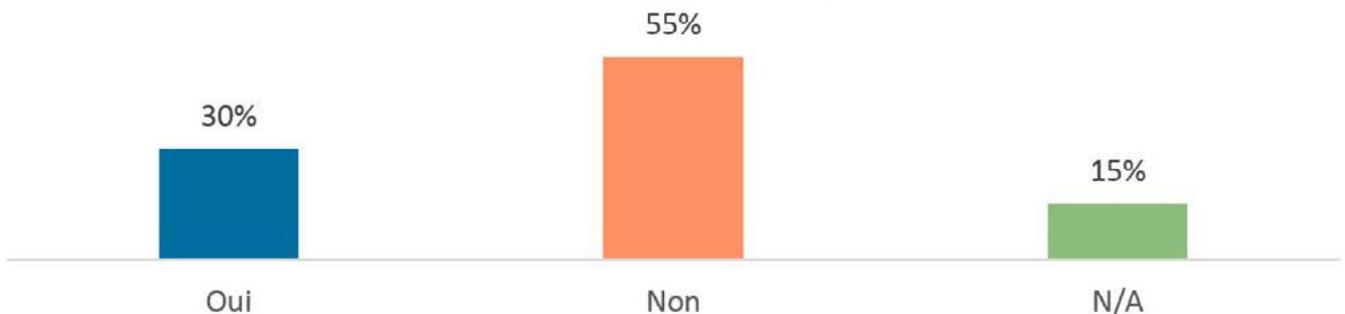


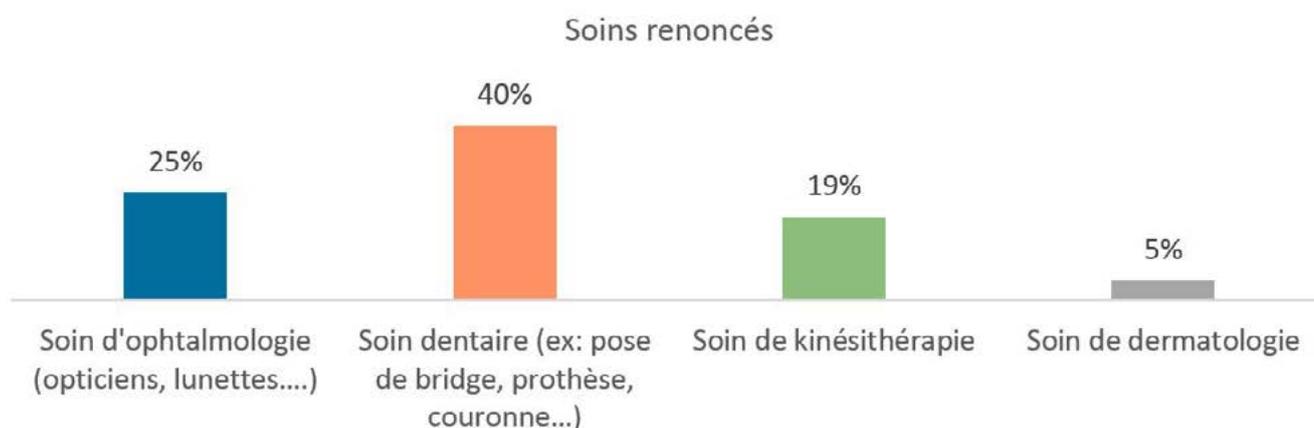
Figure 95 - Renoncement à un soin ou service en %

Le renoncement aux soins déclaré par les participants se trouve être plus important pour les personnes résidentes de la C.C. des 4 Rivières. Il est important de souligner que la proportion de répondant domicilié hors du Pays de Bray est bien plus faible (24 %) que pour les habitants du Pays de Bray.

**Tableau 75 - Renoncement aux soins en fonction du lieu de domiciliation**

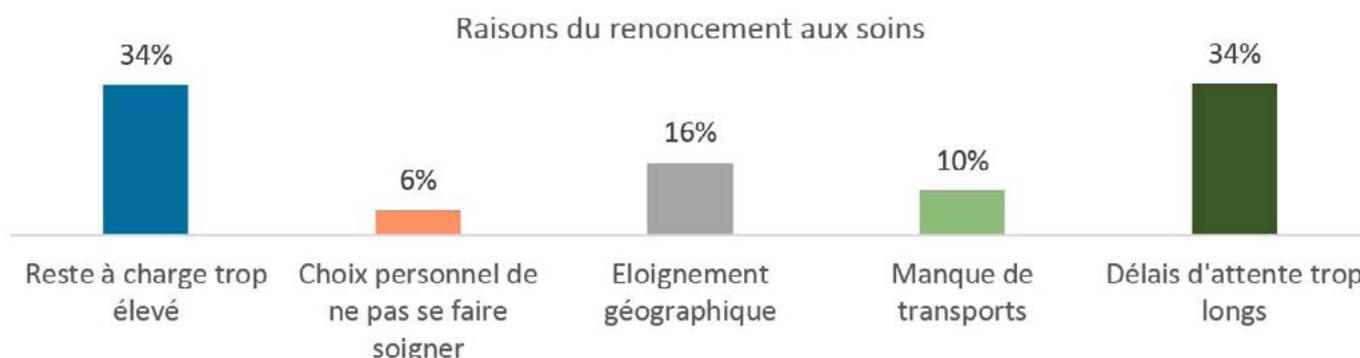
		Avez-vous déjà dû renoncer à un soin ou à un service (dentiste, kinésithérapie, ophtalmologie, aides à domicile...)?	
		Oui	Non
<b>C.C. des 4 rivières</b>	Nb	119	173
	%	41 %	59 %
<b>C.C. de Bray Eawy</b>	Nb	79	154
	%	34 %	66 %
<b>C.C. de Londinières</b>	Nb	33	68
	%	33 %	67 %
<b>Hors Pays de Bray</b>	Nb	16	51
	%	24 %	76 %

Les soins auxquels les répondants ont le plus fréquemment renoncés sont les soins dentaires (71 répondants), les soins ayant trait à l'optique (44 répondants) et les soins de kinésithérapie (34 répondants).



**Figure 96 - Soins victimes d'un renoncement en %**

Les deux principaux motifs de renoncement aux soins sont le reste à charge trop élevé et les délais d'attente trop longs (34 % chacun). L'éloignement géographique est pour sa part à l'origine d'un renoncement aux soins pour 16 % des répondants.



**Figure 97 - Raisons du renoncement aux soins en %**

## 7.5.8. Les déplacements vers les professionnels de santé

Le moyen de déplacement le plus utilisé par les participants pour se rendre chez un professionnel de santé est la voiture personnelle à 71 %, puis 14 % se rendent chez un professionnel de santé à pied et 9 % avec la voiture d'un proche. Seulement 4 % des participants utilisent les transports en commun.



Figure 98 - Mode de déplacement employé pour se rendre chez un professionnel de santé

Parmi les participants, 52 % estiment que le temps de transports pour se rendre chez leur médecin généraliste est trop long s'il dépasse les 30 minutes, 34 % si ce trajet dépasse les 10 minutes et 15 % s'il dépasse une heure.



Figure 99 - Perception de la durée pour se rendre chez son médecin traitant

## 7.6. La prévention en santé

### 7.6.1. Les campagnes de prévention citées par les participants

À la question 20, relative aux campagnes de prévention, 77 personnes ont cité une campagne de prévention en lien avec la lutte contre le cancer du sein, 69 ont cité une campagne en lien avec l'hygiène alimentaire et 65 ont cité une campagne anti-tabac. Également, plusieurs autres thèmes de campagnes ont été cités : des campagnes contre le sida, contre les cancers en général, ou encore contre l'alcool.

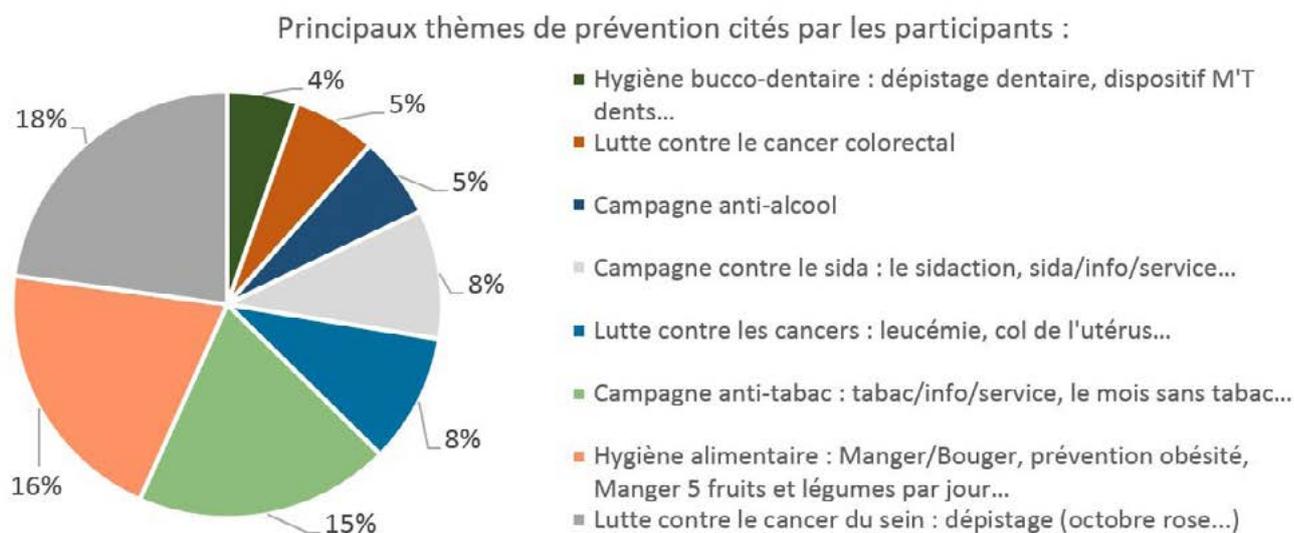


Figure 100 - Campagnes de prévention citées par les participants en %

### 8.6.2 Facteurs influençant l'état de santé selon les participants

Parmi les répondants, 192 ont cité l'exercice physique comme étant un facteur protecteur d'une bonne santé, le facteur « une alimentation saine et équilibrée » a quant à lui été cité à 185 reprises, et pour finir 176 répondants ont cité l'entourage familial et affectif comme élément qui influe positivement sur la santé. De nombreux autres facteurs ont été énoncés, mais moins fréquemment : le beau temps (97), un sommeil de qualité (65), le travail (43), une bonne hygiène de vie (41).

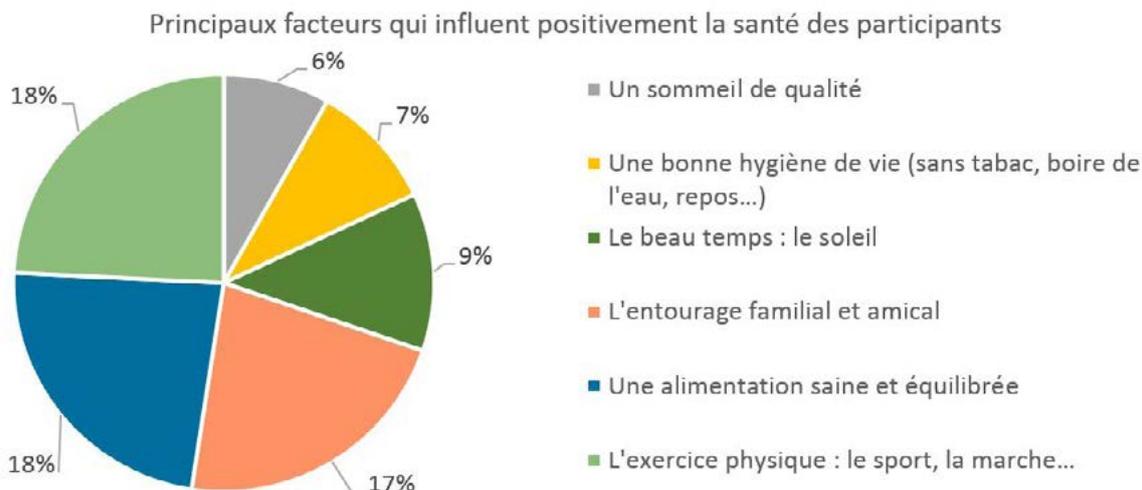
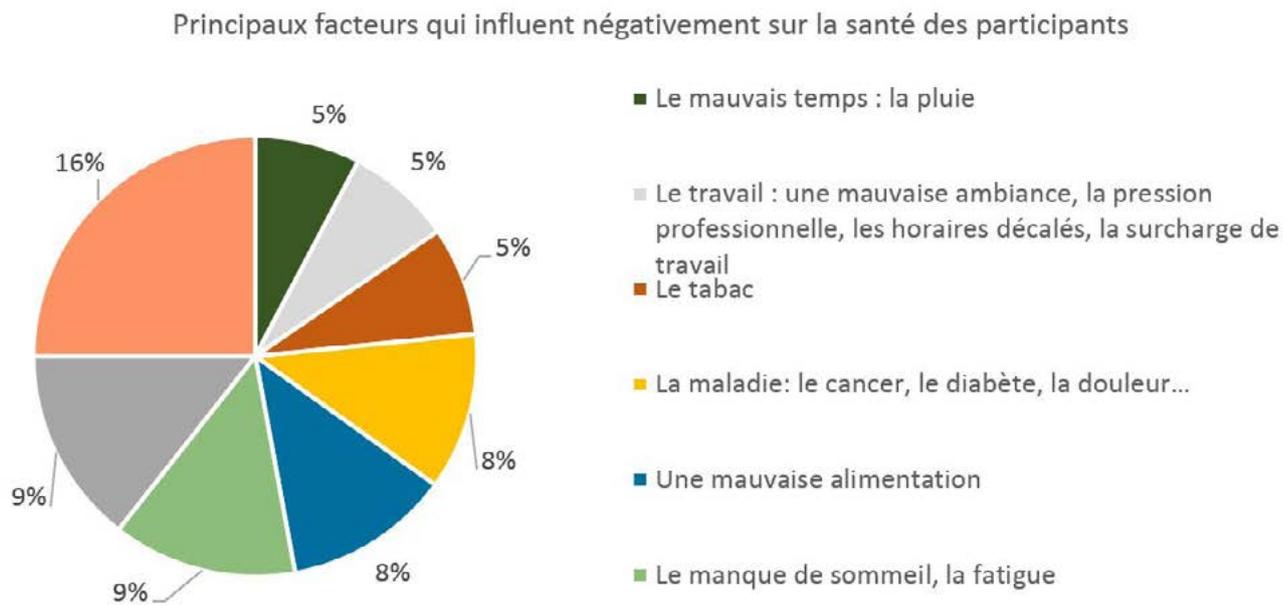


Figure 101 - Facteurs influençant positivement la santé en %

Parmi les répondants, 156 ont cité « le stress, l'angoisse, l'anxiété, la contrariété » comme facteurs influençant négativement sur leur santé, 84 ont cité le manque de sommeil, la fatigue, 76 ont cité une mauvaise alimentation et 72 ont cité la maladie.



**Figure 102 - Facteurs influençant négativement la santé en %**

## 7.6.2. Les campagnes de prévention susceptibles d'intéresser les participants

Parmi les participants, 174 participants souhaitent participer à des réunions ponctuelles sur divers thèmes et 259 souhaitent participer à des ateliers collectifs.



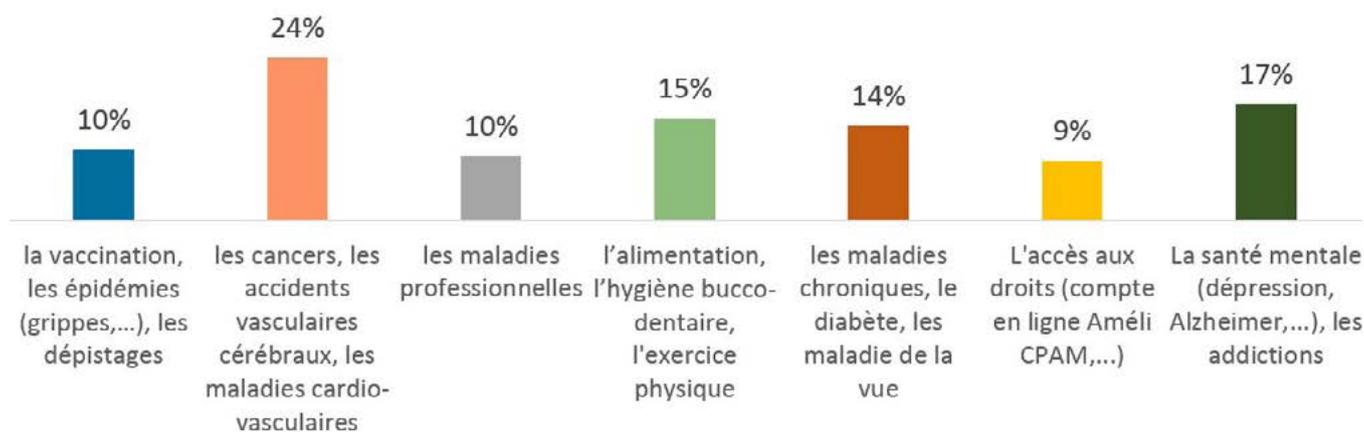
**Figure 103 - Participation à des réunions ponctuelles en %**



**Figure 104 - Participation à des ateliers collectifs en %**

Dans la liste de thèmes proposés dans le questionnaire, les 3 principaux pour lesquels les répondants à cette question souhaitent avoir davantage d'informations sont par ordre décroissant : les cancers, les Accidents Vasculaires Cérébrales, les maladies vasculaires (306 répondants), la santé mentale (dépression, Alzheimer...), les addictions (219), et l'alimentation, l'hygiène buccodentaire, l'exercice physique (191).

Parmi les thèmes suivants, quels sont ceux pour lesquels vous souhaiteriez avoir davantage d'informations ?



**Figure 105** - Thèmes d'information mis en avant par les participants en %

Dans une bien moindre mesure, certains participants ont également précisé leur intérêt pour d'autres thèmes comme la formation aux gestes de premiers secours ou encore la médecine naturelle, et ses alternatives.



TRAVAUX DES  
GROUPES  
THÉMATIQUES

Au total, 41 professionnels de santé ont participé aux différents groupes de travail (4) réparti sur l'ensemble du territoire.

## ORGANISATION DES RÉUNIONS

### Axes :

- Prévenir, dépister et promouvoir la santé
- Agir pour la santé des personnes âgées
- Soutenir l'accès aux droits et aux soins
- Lutter contre les addictions et promouvoir la santé mentale

### Lieux :

- Saint-Saëns
- Gournay-en-Bray
- Forges-les-Eaux
- Londinières

### Dates :

- Semaine du 26 au 30 juin 2017
- Semaine du 3 au 7 juillet 2017

Ces groupes de travail ont permis de confirmer les observations et d'affiner les données quantitatives mais également de prioriser les actions à mettre en place sur le territoire.

### Agir pour la santé des personnes âgées

1. Difficulté de repérage des personnes âgées vulnérables
2. Lutter contre l'isolement des personnes âgées
3. Renforcer l'aide apportée aux aidants et aux familles

### Lutter contre les addictions et promouvoir la santé mentale

1. Un accès à l'offre de soins difficile du fait des problématiques de mobilité
2. Un accès à l'offre de soins difficile du fait de problématiques de : coût pour l'offre libérale, de délais pour les CMP

### Prévenir, dépister et promouvoir la santé

1. Renforcer la visibilité des actions de prévention
2. Encourager la participation des publics cibles aux campagnes de dépistages et à la vaccination

### Soutenir l'accès aux droits et aux soins

1. Mobilité difficile : isolement géographique, transport
2. Former les professionnels, élus et bénévoles à la thématique de l'accès aux droits
3. Le manque de coordination entre les acteurs : un obstacle au parcours de soins. Nécessité d'améliorer l'orientation et de formaliser les partenariats.

Suite à ces priorisations, des fiches actions ont été initiées par les professionnels du territoire présents.

À la suite de ce travail, les personnes identifiées comme possible porteur de projet(s) ont été contactées afin de préciser les fiches actions.

# 8.1. Agir pour la santé des personnes âgées

## 8.1.1. Les participants

NOM Prénom	STRUCURE	FONCTION
<b>DEHUT Evelyne</b>	Association Café des champs	Présidente
<b>DRANGUET Thérèse</b>	Association Café des champs	Vice-présidente
<b>SOLA Amélie</b>	RTPS	Coordinatrice
<b>BULTEZ Florence</b>	MAIA	Pilote
<b>COSME Karine</b>	Mairie de Gournay	Responsable CCAS
<b>VERDURE Marie Laetitia</b>	Siel Bleu	Responsable Seine-Maritime
<b>MENIELLE Marie</b>	CVS Hôpital Local	Président
<b>GRAME Sébastien</b>	Pays de Bray Service	Chargé de mission
<b>Agnès COPPIN KROPFELD</b>	Clic du Pays de Bray	Coordinatrice
<b>DOSSIER Karine</b>	SSIAD D' EAWY	Infirmière coordinatrice
<b>MEHEUT Valentine</b>	EHPAD Fondation Beauvils	Directrice
<b>HARCHOLLE Virginie</b>	Relais horizon Emploi	Chargée de mise en relation
<b>DENOYER Marie</b>	Conseil Département	Responsable autonomie
<b>LE RATE Emmanuelle</b>	EHPAD La Feuillie et Buchy	Infirmière coordinatrice
<b>IDIR Sandra</b>	MARPA de Londinières	Responsable adjointe
<b>PICARD Éric</b>	Maire de Gournay	Vice-président PETR Pays de Bray

Mais également les excusés :

- Le SSIAD de Neufchâtel-en-Bray
- Le SSIAD de Forges-les-Eaux
- Le SSIAD de Gournay-en-Bray
- L'EHPAD de Gaillefontaine
- L'EHPAD de Noury
- L'ADMR
- L'ARS
- Association AGIR EN Pays de Bray

## 8.1.2. Présentation des données de cadrage

Ce groupe de travail a été marqué de nombreux échanges entre les professionnels présents.

Au travers de ces échanges, divers constats ont été faits.

Sur le territoire, à présent, la proportion de femmes âgées commence à rattraper celle des hommes. Il y a également de plus en plus de personnes diplômées en Pays de Bray.

Le groupe souligne la nécessité d'apporter une offre d'information et de communication fiable et actualisée, mais également l'importance de la transmission, et d'élaborer une cartographie des intervenants sur le Pays de Bray.

L'isolement des personnes âgées est également constaté en EHPAD, la lutte contre l'isolement doit aussi être adaptée à ce public.

Constat d'un manque au niveau de l'information, de l'aide apportée aux familles et d'un manque d'accompagnement.

Il serait intéressant de renforcer l'information sur les acteurs œuvrant sur la thématique « personnes âgées » donnée dans les écoles infirmières et autres professions paramédicales, mais également auprès des médecins. Les internes semblent toutefois être davantage dans une dynamique de coordination entre les différents acteurs.

## 8.1.3. Présentation et choix des problématiques prioritaires

Agir pour la santé des personnes âgées
<b>Constats/Besoins/Problématiques</b>
Difficulté de repérage des personnes âgées vulnérables
Développer la coordination entre les acteurs du parcours de la personne âgée
Problématique d'addiction, de démence chez la personne âgée
Problématique de mobilité dans le cas des personnes en situation d'isolement et qui ne sont pas en ALD
Nécessité de disposer d'une offre d'information et de communication fiable et actualisée
Lutter contre l'isolement des personnes âgées
Accès parfois difficile à l'offre ambulatoire : manque de médecins généralistes/infirmières libérales, accès géographique
Renforcer l'aide apportée aux aidants et aux familles
Manque d'informations des professionnels sur les différents dispositifs et leurs spécificités : HAD, SSR, etc.

Parmi les problématiques présentées et complétées, le groupe de travail a retenu trois problématiques prioritaires :

1. Difficulté de repérage des personnes âgées vulnérables
2. Lutter contre l'isolement des personnes âgées
3. Renforcer l'aide apportée aux aidants et aux familles

#### 8.1.4. Pistes d'actions

En petits groupes de travail, les participants ont réfléchi aux pistes d'actions (existantes, à consolider, ou à créer) afin de répondre aux problématiques et permettent d'agir pour la santé des personnes âgées.

##### Difficulté de repérage des personnes âgées vulnérables

###### Justification :

Il a été mis en avant que les personnes âgées vulnérables et fragiles sont difficilement repérables sur le territoire.

###### Projet :

L'objectif opérationnel proposé est de développer l'usage et la connaissance de la fiche de repérage existant.

Le projet consiste à étendre le dispositif de fiche alerte existant via la MAIA.

À cela s'ajoute : des formations auprès de divers acteurs (secrétaires de mairie, pharmaciens, médecins...) pouvant être en contact avec le public cible.

Il serait également intéressant de développer la communication autour de ce dispositif : informations données aux élus (lors de la commission communale), structures médico-sociales et sanitaires; affiches dans les lieux publics.

Le porteur du projet pourrait être la PTA ou encore le CLIC.

Partenariat : les mairies, les collectivités, l'ARS.

##### Lutter contre l'isolement des personnes âgées

###### Justification :

Le groupe a fait remonter qu'un bon nombre de personnes âgées souffrent d'isolement sur le territoire, et ce n'est pas seulement le problème de la personne âgée vivant à domicile, mais aussi celle résidant en structure institutionnalisée.

Les objectifs opérationnels proposés sont :

Améliorer la mobilité sur le territoire par des actions favorisant la vie sociale

Lutter contre la dépression et l'aggravation de la dépendance

### Modalité de mise en œuvre du projet :

Le projet porterait sur des actions favorisant la vie sociale afin de lutter contre la dépression. Également, il serait intéressant de développer les services de mobilité sur le territoire ce qui permettrait de lutter contre la dépendance.

Ce projet pourrait être animé par des professionnels de l'animation et porté par le CIAS.

Les partenaires potentiels au projet seraient : la MAIA, le CLIC, PBS, mutualisation avec les centres sociaux et les services jeunesse

### Public ciblé :

Personnes âgées (domicile et EHPAD)

### Territoire :

Structures accueillant des personnes âgées du territoire et les personnes âgées résidants en Pays de Bray.

## Renforcer l'aide apportée aux aidants et aux familles

### Justification :

Au travers des échanges, le groupe a évoqué la difficulté de prendre en charge un proche dépendant, d'autant que l'offre de répit pour les aidants n'est pas très développée sur le territoire.

Le groupe a proposé trois objectifs opérationnels :

- Apporter du répit aux aidants
- Apporter une information lisible et accessible aux aidants par le biais d'un guide, plaquette,...
- Soutenir les partenariats entre professionnels

### Projet :

Le projet serait de créer une structure qui proposerait une double prise en charge :

une pour l'aidé : nuits temporaires, accueil en journée, activités

une pour l'aidant : accueil, accompagnement, et activités entre aidants

Au préalable, un recensement de ce qui existe actuellement sur le territoire est nécessaire. De plus, la question de la possibilité d'un partenariat avec les hôpitaux a été mise en avant (accueils d'urgence).

### Partenariat :

SSIAD, les associations, le SAD, les travailleurs sociaux, les EHPAD, les professionnels libéraux, les CCAS, les maisons médicales.

### Point de vigilance :

Repérage des personnes âgées vulnérables. Lutter contre l'isolement

## **Suite à des entretiens individuels avec des professionnels une autre piste d'actions a été élaborée :**

### **Encourager les populations vieillissantes à domicile à se saisir de leur santé**

#### Justification :

Freins à demander de l'aide, représentations négatives de la maladie.

Méconnaissance ou refus des aides existantes ayant pour conséquence la non-ouverture de certains droits.

Rupture de la famille, conflits, désocialisation suite au départ en retraite, absence ou manque de liens sociaux. Ressources financières peu élevées, précarité.

#### L'objectif opérationnel proposé est :

Coordonner et mutualiser, localement, l'offre d'actions de prévention et de loisirs proposée aux populations vieillissantes. Permettre aux futurs et jeunes retraités et aux populations âgées à domicile d'être informés de leurs droits et des activités et structures à leur disposition.

#### Modalité de mise en œuvre du projet :

- S'assurer au cours des activités des ouvertures de droit et communiquer sur les structures à disposition des populations âgées à domicile
- Proposer des temps de rencontres collectives, aux futurs et jeunes retraités pour les informer de leurs droits et des structures/dispositifs existants
- Partager et s'organiser, entre professionnels, autour du repérage des populations âgées fragilisées

#### Public ciblé :

Futurs retraités du territoire, populations vieillissantes, personnes âgées isolées à domicile

#### Partenariat :

MAIA, CARSAT, MSA, CPAM, Mutualité Française Normandie

Pour la mobilisation des personnes âgées : Pays du Perche Ornais, SSIAD, Aide à domicile (ADMR et UNA)

#### Evaluation :

Nombre d'ouvertures de droit réalisées au cours des actions

Nombre et type de communications réalisées sur les ouvertures de droit

Nombres de rencontres collectives organisées pour informer sur les droits

Nombre et âge des futurs retraités ayant participé à des rencontres collectives

## 8.2. Lutter contre les addictions et promouvoir la santé mentale

### 8.2.1. Les participants

NOM Prénom	STRUCTURE	FONCTION
<b>SOLA Amélie</b>	RTPS	Coordinatrice
<b>SENECAUT Martine</b>	CSAPA	Infirmière
<b>LE CORVOISIER Mary-Floriane</b>	Centre social Municipal l'ESCALL	Coordinatrice CESC Réseau
<b>TETELIN Frédérique</b>	Mission locale du Talou	Conseillère en insertion
<b>LANGLOIS Claudine</b>	Alcool Addict 76	Présidente
<b>CABOT Virginie</b>	Inser Santé	Intervenante sociale alcoologie
<b>BERTHELOT Dominique</b>	GRAFISM	Coordinateur

Excusés :

- Madame Gomez Karine de la CJC
- Madame Pesquet Bérangère, CMP
- Madame Guillochet Aude, CMS
- Madame Delwarde Christelle, infirmière scolaire
- Madame Bultez Florence, MAIA
- Madame Coppin Agnès du CLIC
- Madame Pol Manuela du CLIC
- Monsieur Auvergnon Thomas ARS
- Monsieur Laisné Philippe du CESCO de Gournay-en-Bray
- Madame Krakowski Emmanuelle, Infirmière CESCO de Gournay-en-Bray
- Madame Biard Bérangère, Infirmière CESCO La Feuillie
- Madame Laudrel Stéphanie, PPCA
- Madame Gangloff Véronique, MFR Forges-les-Eaux
- Madame Silaczuk Sandrine, Infirmière à Forges-les-Eaux
- Madame Cornille Stéphanie, ANPAA
- Monsieur Truchon Rémy, CSAPA
- Madame Copie Hélène, CMPP de Saint-Saëns

## 8.2.2. Présentation des données de cadrage

Ce groupe de travail a été marqué par de nombreux échanges entre les professionnels présents.

À travers ces échanges, divers constats ont été alimentés par les expériences de chacun.

Tout d'abord, le groupe a apporté des détails de compréhension vis-à-vis des addictions et des publics cibles : ce sont les personnes d'environ 45 ans qui ont une dépendance plus marquée à l'alcool, les autres produits touchent davantage les plus jeunes, et notamment les addictions sans produits (écran, jeux vidéo...) qui peuvent se retrouver en école primaire.

La Mission Locale Rurale a mis l'accent sur le fait qu'elle constate que l'alcool touche des personnes de plus en plus jeunes. Il y aurait un changement de comportement.

Le CSAPA et inser-santé quant à eux ont relevé que les suivis ayant lieu suite à des contrôles routiers s'est renforcé ces dernières années notamment grâce à l'action en partenariat avec le procureur. Cette action est une bonne alternative à l'amende.

De plus, le groupe met en avant que certains territoires tel que Gournay-en-Bray souffrent plus particulièrement de problématiques en lien avec des dépendances, notamment de drogues qualifiées de « dures » (en relation peut-être avec la proximité avec Beauvais pour les opiacés).

Le groupe a également exposé un lien existant entre les addictions et la santé mentale. Il fait remonter que les troubles du comportement et le mal être des jeunes amplifient le recours aux substances psychoactives. L'ensemble du groupe souligne une difficulté de repérage des personnes en situation de dépendance. La toxicologie est encore stigmatisante, surtout lorsque celle-ci est liée à la psychiatrie. Le taux de suicide est important dans le Pays de Bray et concerne davantage les hommes et les personnes âgées. L'alcool est un facteur de risque précipitant du suicide. L'alcool agit également pour certain comme un antidépresseur.

Concernant l'offre de soins, le groupe évoque que les CMP sont débordés; cela se traduit par des délais importants pour obtenir un rendez-vous sur le territoire, lié au manque de structures proposant des lits d'hospitalisation et de sevrage, et des professionnels souvent démunis face à cela. De plus, le coût de la prise en charge libéral a été présenté comme un obstacle à l'accès aux soins, notamment pour ce qui est des psychologues : l'idée d'un partenariat avec certains d'entre eux pour baisser le prix des consultations pour les plus jeunes a été soulevée.

Il a été exprimé également que nombreux sont les professionnels du territoire à être motivés et volontaires.

Concernant les pistes d'actions, le groupe de travail a fait remonter qu'il est nécessaire de coordonner les acteurs et d'harmoniser les pratiques, bien que cela puisse poser des problèmes concernant les habitudes de travail propre à chacun. Il serait intéressant de se tourner vers les maisons des adolescents ou mettre en place des relais d'écoutes psychologiques.

### 8.2.3. Présentation et choix des problématiques prioritaires

LUTTER CONTRE LES ADDICTIONS ET PROMOUVOIR LA SANTÉ MENTALE
Constats/Besoins/Problématiques
Une connaissance parcellaire des dispositifs, des compétences et permanences des structures présentes sur le territoire
Un accès à l'offre de soins difficile du fait de problématiques de mobilité
Un besoin d'articulation entre la psychiatrie (sanitaire, médico-sociale)/le social/les addictions
Une consommation importante d'alcool à domicile
Des problématiques d'addictions présentes sur l'ensemble des classes d'âge
Un accès à l'offre de soins difficile du fait de problématiques : <ul style="list-style-type: none"><li>• De coût, pour l'offre libérale</li><li>• De délais, auprès des CMP</li></ul>
Limiter les craintes ou défiances vis-à-vis de la prise en charge psychiatrique et psychologique (la psychiatrie reste un élément stigmatisant)
Un besoin de développer les CPS chez les jeunes pour lutter contre les addictions
Des problématiques de harcèlement dans les établissements scolaires
Le lien entre la problématique de l'addiction et celle de l'isolement des personnes âgées

Parmi les problématiques présentées et complétées, le groupe de travail en a retenu deux prioritaires :

1. Un accès à l'offre de soins difficile du fait des problématiques de mobilité
2. Un accès à l'offre de soins difficile du fait de problématiques de : coût pour l'offre libérale, de délais pour les CMP

### 8.2.4. Pistes d'actions

En petits groupes de travail, les participants ont réfléchi aux pistes d'actions (existantes, à consolider, ou à créer) afin de répondre aux problématiques permettant de lutter contre les addictions et promouvoir la santé mentale.

#### Un accès à l'offre de soins difficile du fait des problématiques de mobilité

Justification :

Le groupe a fait remonter que certains habitants rencontrent des difficultés pour emprunter les transports en commun. Ces transports ne sont d'ailleurs pas présents sur l'ensemble du territoire du Pays de Bray, ce qui

peut être une contrainte en termes d'horaires et de destinations. Des personnes isolées géographiquement ne sont pas en mesure de profiter pleinement des services de mobilités mis en place, ce qui renforce le non-recours aux soins.

Le groupe de travail a proposé 2 objectifs opérationnels :

Renforcer les territoires afin de pallier au manque d'offre de soins ambulatoire (consultations de renforts)

Renforcer l'éducation aux transports

Projet :

Mise en place d'un véhicule de prévention et d'accompagnement composé d'une équipe mobile et pluridisciplinaire. Ce véhicule, de type bus, se déplacerait dans les zones géographiques les plus isolées du Pays de Bray, afin d'offrir des consultations de renforts pour tous. Il ciblerait davantage les zones blanches.

L'équipe pluridisciplinaire accompagnerait un public vulnérable et démuné face aux problématiques d'addictions et de santé mentale, mais permettrait aussi de les orienter vers des structures partenaires.

### Renforcer la dynamique de promotion de la santé mentale en direction des jeunes du territoire

Justification :

Lors des entretiens avec les professionnels au contact de jeunes et des groupes de travail organisés dans le cadre de l'élaboration du Contrat Local de Santé, les acteurs ont partagé plusieurs constats :

Un « sentiment de mal être » chez un grand nombre de jeunes

Une nécessité de renforcer la prévention et la promotion de la santé mentale chez les plus jeunes afin d'agir en amont sur les comportements « problématiques »

Des moyens de prise en charge limités sur le territoire (un Centre médico Psychologique Infantile)

Projet :

Les objectifs opérationnels sont :

Répondre à tout ou partie au mal être des jeunes du territoire

Réunir les acteurs de la périnatalité du territoire afin de : partager leurs constats sur le territoire, présenter leurs missions respectives et d'échanger sur leurs pratiques,

Développer d'éventuels projets et actions sur le territoire, en particulier sur la prévention et promotion de la santé mentale.

Pour cela, il est envisagé de :

- Organiser des réunions de concertation avec les acteurs et professionnels de la périnatalité
- Relayer les dispositifs existants

Public ciblé :

Acteurs de la périnatalité : Centre de Planification et d'Éducation Familiale – Professionnels libéraux (sages-femmes, médecins généralistes, psychomotriciens, psychologues, etc.) – Protection maternelle et Infantile

Puéricultrice – MSP – MDA de Rouen – Agence Régionale de Santé.

Calendrier : 2017/2020

Partenariat :

Centre De Périnatalité de Proximité,

CESC-R et CESC – Conseil Départemental – Protection maternelle et Infantile. – CAF – ARS

Point de vigilance : Mobilisation des acteurs de la périnatalité

Un accès à l'offre de soins difficile du fait de problématiques de : coût pour l'offre libérale, de délais pour les CMP

Suite à des entretiens auprès de professionnels du territoire, une autre piste d'action est envisagée qui rentre davantage dans le thème « promouvoir la santé mentale ».

## 8.3. Prévenir, dépister et promouvoir la santé

### 8.3.1. Participants

NOM Prénom	STRUCURE	FONCTION
<b>VERDURE Marie-Laetitia</b>	Siel Bleu	Resp. 76
<b>LE CORVOISIER Mary-Floriane</b>	ESCALL, Centre social	Coordinatrice CESC Réseau
<b>GUEGAIN Emmanuelle</b>	CPAM Rouen Elbeuf Dieppe	Chargée de mission prévention
<b>SOLA Amélie</b>	RTPS	Coordinatrice
<b>THEVENET Dorothée</b>	CG 76 PMI	Sage-femme
<b>BOULET Nathalie</b>	Mutualité Française Normandie	Chargée de projet prévention

Excusés :

- Madame LEROY Corinne, ARS
- Madame DEREUSE Mirelle, CMS
- Madame DELWARE Christelle, Infirmière scolaire
- Monsieur FRICHET Jacques, médecin MSP Neufchâtel-en-Bray
- Madame OZANNE Sophie, médecin MSP
- Madame STRAGIER Camille, diététicienne
- Madame CORNIULLE Stéphanie, ANPAA
- Madame CHARPENTIER Laurie, CSAPA
- Monsieur LAISNE Philippe, CESC Gournay-en-Bray
- Madame KRAKOWSKI Emmanuelle, infirmière scolaire
- Madame SILACZUK Sandrine, infirmière scolaire
- Madame BIARD Bérangère, infirmière scolaire
- Madame JOBIN Ismérie, CSI CRF Gournay-en-Bray
- Madame MAHLER Claudia, Association Action Éducation Prévention (AAEP)
- Madame CHAMUZEAU Corinne, CMS Londinières
- Madame BROUCA Ann, Diététicienne MSP Croisy-sur-Andelle

### 8.3.2. Présentation des données de cadrage

Ce groupe de travail a été marqué de nombreux échanges entre les professionnels présents.

Les « jeux dangereux » prennent une nouvelle forme en s'appuyant sur les réseaux sociaux. Bien souvent, ils sont renforcés par un effet de groupe, c'est le cas par exemple pour le jeu du « Cap ou pas Cap ? ».

Le débat s'est également orienté sur les grossesses qualifiées de précoce sur le territoire, notamment dans le cas de la communauté du voyage qui voit des naissances dans certain cas chez des jeunes filles de 15 ans.

Le nombre d'IVG sur le territoire serait ainsi à surveiller. Un certain nombre de grossesses sont découvertes tardivement et ne peuvent par conséquent être interrompues par voie médicamenteuse. Un problème de mobilité des femmes pour se rendre chez un spécialiste a été évoqué comme une explication possible. Le groupe a fait remarquer la difficulté à travailler sur cette problématique en lycée.

Un travail serait à faire concernant la représentation des sages-femmes, leur rôle étant souvent réduit à l'accouchement.

Le groupe a également fait remonter que le but premier des campagnes de prévention national (type octobre rose) a tendance à être masqué par l'évènement et son aspect festif (ex : les courses organisées).

La dimension psychologique et la peur du résultat seraient un frein à la participation aux différentes campagnes. Les difficultés de dépistage peuvent être également couplées avec une offre de soins parfois qualifiée d'insuffisante dans certaines zones du territoire. Il a été rappelé qu'un travail sur cet axe était également en cours dans le cadre du CLS.

La nécessité de renforcer la présence d'actions de l'IREP et d'accentuer la visibilité d'actions d'associations telles que EMMA ou bien la ligue contre le cancer et le PRADO (pour présentation des droits et de la prévention) a été évoquée.

Concernant les examens buccodentaires, il a été rapporté que le courrier d'invitation manque parfois de clarté, qu'il peut engendrer les difficultés de compréhension de la part des bénéficiaires. La problématique des soins dentaires pour la personne âgée a également été fortement soulignée.

### 8.3.3. Présentation et choix des problématiques prioritaires

PRÉVENIR, DÉPISTER ET PROMOUVOIR LA SANTÉ
Constats/Besoins/Problématiques
Une proportion de décès évitables importante
Augmenter la participation des publics cibles aux campagnes de dépistage
Renforcer la visibilité des structures proposant de la prévention
Améliorer la nutrition de la population brayonne
La problématique de surpoids et d'obésité chez les enfants
Encourager la prévention de l'hygiène bucco-dentaire
Favoriser la pratique sportive à tous âges
Informers les jeunes sur les conduites à risques en milieu scolaire
Réduire les pratiques addictives chez les jeunes

Parmi les problématiques présentées et complétées, le groupe de travail en a retenu deux prioritaires :

1. Renforcer la visibilité des actions de prévention
2. Encourager la participation des publics cibles aux campagnes de dépistages et à la vaccination

### 8.3.4. Pistes d'actions

En petits groupes de travail, les participants ont réfléchi aux pistes d'actions (existantes, à consolider, ou à créer) afin de répondre aux problématiques permettant de prévenir, dépister, et promouvoir la santé.

#### Renforcer la visibilité des actions de prévention

Justification :

Des initiatives en éducation et promotion de la santé sont menées par les acteurs du territoire. Ces actions, pour un grand nombre, ne rayonnent pas sur l'ensemble du territoire et sont parfois méconnues des partenaires du territoire et mériteraient d'être valorisées pour :

- Partager les leviers d'actions et les freins potentiels
- Faire naître de nouvelles initiatives dans d'autres parties du territoire
- Partager des valeurs communes

### Projet :

Construction d'un support trimestriel de communication sur les actions de prévention réalisées sur le territoire (type : newsletter, diffusion aux acteurs et accueil du public).

Organiser une rencontre annuelle autour de la prévention

### Public ciblé :

Partenaires associatifs, professionnels, relais locaux de proximité sanitaire, médicosocial et social

### Partenariat :

ARS, CAF, CESC, Partenaires associatifs, professionnels,...

### Évaluation/indicateurs :

- Signataires de la charte
- Bilans avec les professionnels
- Augmentation de la participation aux actions
- Communication

## Encourager la participation des publics cibles aux campagnes de dépistages et à la vaccination

### Justification :

Un taux de dépistage plus faible sur le territoire brayon que sur le département.

### Projet :

Action dans le cadre des campagnes nationales

- Octobre Rose avec Emma
- Mars Bleu (Colon tour, Visite avec des lunettes...)

L'objectif opérationnel envisagé est :

Augmenter la part de personnes dépistées pour les cancers du sein, du colon-rectum et du col de l'utérus

### Public ciblé :

Propre à chaque thématique mais prioritairement les personnes éloignées du système de soin.

### Territoire :

Prioritairement Gournay-en-Bray et Londinières.

### Calendrier :

2017/2020

#### Partenariat :

EMMA, Ligue contre le cancer, CPAM, RLPS

#### Point de vigilance :

Être attentif à la participation des publics dits vulnérables ou en situation de précarité, avoir une participation suffisante.

#### Indicateurs/Évaluation :

Taux de participation des populations ciblent aux campagnes de dépistage.

**Suite à des entretiens auprès de professionnels du territoire, une autre piste d'actions est envisagée qui rentre davantage dans le thème « promouvoir la santé mentale ».**

### Développer la prévention de l'hygiène bucco-dentaire

#### Justification :

Peu de dépistages bucco-dentaires réalisés sur le territoire.

#### Projet :

Préparation de l'action via des réunions entre enseignants, directeurs, médecine scolaire et dentiste.

Organisation d'une séance d'une heure avec un chirurgien-dentiste visant à apporter des connaissances sur la santé bucco-dentaire dans un langage adapté au niveau scolaire.

#### Trois messages prioritaires :

- Nécessité d'un contrôle régulier de l'état bucco-dentaire par un praticien (Explication sur l'Examen Bucco-dentaire)
- Importance de l'hygiène bucco-dentaire (plaque dentaire, brossage)
- Justification d'une alimentation équilibrée

#### Public ciblé :

Enfants en classe de primaire.

#### Calendrier :

2018-2020, une intervention par an en période de rentrée scolaire.

#### Appui avec les ressources existantes :

CPAM et l'action M'T dents

#### Partenariat :

Education Nationale, RSI, MSA, Dentistes libéraux

#### Évaluation/indicateurs :

- Implication, mobilisation et participation concrète des partenaires
- Evolution des connaissances des élèves selon les élèves concernés
- Satisfaction des élèves concernés
- Evolution des comportements de recours à l'examen bucco-dentaire selon les parents d'élèves
- Evolution des comportements de recours global au chirurgien-dentiste selon les parents d'élèves

## 8.4. Soutenir l'accès aux droits et aux soins

### 8.4.1. Les participants

NOM Prénom	STRUCURE	FONCTION
<b>VIEUXBLED Sylvette</b>	Les resto du cœur	Bénévole, responsable informatique
<b>PELLENC Nathalie</b>	PMI	Médecin
<b>SOLA Amélie</b>	RTPS	Coordonnatrice
<b>HERTOUX Maryline</b>	Conseil département, UTAS Dieppe, Neufchâtel-en-Bray	Responsable groupement CMS (Forges, Gournay, Aumale, Saint Saëns)
<b>GUILLOCHET Aude</b>	Conseil département, UTAS Dieppe, Neufchâtel-en-Bray	Responsable groupement CMS (Neufchâtel, Bellencembre...)
<b>MAILLET Françoise</b>	CPAM RED	Responsable de service
<b>LEFORT Alexandre</b>	CPAM	Responsable département
<b>GILLES Olivier</b>	MSP Croisy-sur-Andelle	Orthophoniste
<b>METAS Isabelle</b>	MSP Croisy-sur-Andelle	Sage-femme
<b>CHEICK Elola</b>	AARPB La brèche	Directeur
<b>WYCKAERT Laurence</b>	Foyer la Brèche AARPB	Chef de service
<b>DE BOISGENCY Aude</b>	Communauté Bray-Eawy	Responsable du service aménagement de l'espace

Excusés :

- Docteur Jacques Fichet de la MSP de Neufchâtel-en-Bray
- Docteur Karine Hunkeler du cabinet médical de Saint-Saëns
- Monsieur Planquais Alain de l'ARS
- Monsieur Delahais Olivier, directeur des Hôpitaux de Gournay-en-Bray et Neufchâtel-en-Bray
- Madame Morel Nathalie de la consultation de renfort
- Madame Cosme Karine du CCAS de Gournay-en-Bray
- Monsieur Ménager Guillaume du Centre Social de Bellencombre
- Madame Bellahsène Karina du centre social de Neufchâtel-en-Bray
- Madame Leclerc Pascale de La CAF
- Madame Legrand Régine de la PASS
- Madame Guegain Emmanuelle de la CPAM
- Monsieur Rimola Marcello de la Mission locale rurale du Talou
- Madame Bonatre Nathalie, CMS
- Madame Nouaillier Rachel, SAMSAH
- Madame Nefebvre Adélaïde du CCAS Neufchâtel-en-Bray

## 8.4.2. Présentation des données de cadrage

Le diaporama est en pièce jointe.

Ce groupe de travail a été marqué de nombreux échanges entre les professionnels présents.

À travers ces échanges, divers constats ont été faits.

La spécificité du territoire a été abordée : l'étendue du territoire induit un surcoût, notamment pour les déplacements. De plus, certaines communes sont très isolées, et leur manque de proximité avec les axes routiers est un véritable obstacle à la venue de nouveaux professionnels de santé sur le territoire. Par ailleurs, le groupe a identifié « la proximité avec les plateaux techniques » comme argument important pour faire venir des nouveaux médecins.

Les professionnels ont évoqué que les jeunes peu formés ont une propension plus importante à rester sur le territoire. Le manque d'accès et de mobilité est une véritable difficulté pour ces derniers qui peut conduire à l'isolement et un repli sur soi.

Il a été souligné que la petite enfance est un axe prioritaire, mais aussi l'aide aux aidants familiaux comme axe de travail transversal pour tous les publics.

Le souhait de travailler à l'échelon de micro territoire (qui reste à définir) a été formulé.

L'ensemble des professionnels était d'accord quant à la nécessité de préciser leurs domaines d'action sur l'ensemble du territoire.

Le tissu associatif du Pays de Bray a été qualifié à différente reprise comme riche, mais souffrant d'un

manque de communication et de visibilité quant aux différentes missions, compétences ou encore objectifs : « on ne sait pas toujours exactement qui fait quoi ». Pour pallier à ce besoin d'information ou de clarification de chacun, le besoin de communication a été formulé.

Dans le cas très spécifique des sages-femmes de l'offre libérale, la possibilité de suivi des femmes (par les sages-femmes implantées sur le territoire) a été qualifiée de réduite.

De plus, la notion de communication et de projet commun aux professionnels a été mise en avant. Le groupe a témoigné de difficultés de coordination des professionnels du territoire. L'exemple rapporté a été celui des enfants souffrant de problèmes de psychomotricité qui sont orientés par défaut aux CMP par manque d'information et de professionnel sur le territoire.

En termes d'action, un accent a été mis sur la formation des professionnels. Dans cette dynamique, les représentants de la CPAM ont expliqué leur dispositif visant à former afin d'aider par la suite les partenaires dans leurs démarches administratives ou encore à détecter des difficultés d'accès aux soins. Il a été évoqué que cela pourrait être un outil à adapter aux MSP du territoire : former des personnes relais d'informations au niveau local pourrait participer à résoudre les problèmes relatifs aux démarches administratives.

Le numérique a été au centre de ces échanges. Si tout le monde s'accorde à dire qu'il faudra à l'avenir de plus en plus compter sur lui, il a été rappelé qu'une partie non négligeable de la population, notamment les plus précaires, devrait être accompagnée dans les démarches afin que cette population ne soit pas dans une situation de non-recours aux soins ou aux droits.

### 8.4.3. Présentation et choix des problématiques prioritaires

ACCÈS AUX SOINS/ACCÈS AUX DROITS
Constats/Besoins/Problématiques
Mobilité difficile : isolement géographique, transport
Aller vers le public vulnérable pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins
Manque de professionnels de santé en cabinet et au domicile
Le manque de coordination entre les acteurs qui est un obstacle au parcours de soin
Nécessité d'améliorer l'orientation et de formaliser les partenariats
La difficulté à inscrire la personne dans un parcours de soin
Manque de communication entre les différents professionnels de santé
Développer les modalités d'accueil des stagiaires et des nouveaux professionnels
Promouvoir et développer des instances de coordination, d'intégration entre les professionnels du territoire afin de simplifier et d'optimiser le parcours des usagers
Former les professionnels, élus et bénévoles à la thématique de l'accès aux droits
Favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé

Parmi les problématiques présentées et complétées, le groupe de travail en a retenu trois prioritaires :

1. Mobilité difficile : isolement géographique, transport
2. Former les professionnels, élus et bénévoles à la thématique de l'accès aux droits
3. Le manque de coordination entre les acteurs : un obstacle au parcours de soins. Nécessité d'améliorer l'orientation et de formaliser les partenariats.

#### 8.4.4. Pistes d'actions

##### Favoriser l'accès aux droits et informer les assurés de leurs droits et de leurs devoirs pour lutter contre le non-recours, les ruptures dans le parcours de soins

###### Justification :

Les professionnels de terrain nous ont fait part d'un manque de connaissance des acteurs (usagers, élus, bénévoles et professionnels), de l'ensemble des dispositifs qui vise à faciliter l'accès aux droits. C'est particulièrement le cas lorsqu'il s'agit des jeunes. Par ailleurs, la difficulté pour certains usagers à effectuer des tâches administratives a été mise en avant.

###### Projet :

L'objectif opérationnel proposé est :

Améliorer la connaissance des professionnels, des élus et des bénévoles sur les dispositifs existants en termes d'accès aux droits pour favoriser l'accès aux droits, à la prévention et à la santé aux personnes les plus éloignées du système de soins

Pour cela, il est envisagé de :

organiser des sessions de formation à destination des personnels au contact de publics dits fragiles.

organiser des séances de sensibilisation à destination des élus autour du thème du non-recours.

###### Modalité de mise en œuvre du projet :

Un module de formation à destination des élus pour les sensibiliser à la problématique de non-accès aux droits, non-recours.

Un module de formation des élus, bénévoles et professionnels pour les informer sur les droits spécifiques aux publics précaires et les personnes-ressources à contacter.

Il sera nécessaire de fournir un document synthétique et récapitulatif sur les droits des publics précaires et des personnes-ressources.

Prévoir des réunions préparatoires des structures intervenantes CPAM, CAF, MSA, PASS organisée par le PETR.

###### Public ciblé :

Élus, bénévoles et professionnels en contact avec les publics précaires ou bien éloignés des services de proximité

Appui ressources existantes : dispositif de formation de la CPAM

Partenariat :

PETR, CPAM, MSA, élus, associations (resto du cœur...).

Evaluation/indicateurs :

- Personnels repérés comme étant susceptibles d'être intéressés
- Personnes formées
- Nombre de retours aux droits

## Former les professionnels, élus et bénévoles à la thématique de l'accès aux droits

Justification :

Il y a un taux relativement important de personnes en situation de précarité sur le territoire du Pays de Bray. Ce public-là rencontre des difficultés plus importantes en termes d'accès aux droits et de démarches administratives.

Projet :

Rendre plus lisibles et accessibles, aux populations et aux acteurs locaux, les aides apportées en matière de santé par les différents organismes.

Développer l'information (outils et modalités) à destination des populations et notamment les plus fragilisées sur l'accès aux droits en matière de santé. Intégrer les populations les plus fragilisées dans le droit commun en santé.

Pour se faire, il s'agira de mobiliser les acteurs sociaux, administratifs et associatifs sur l'accès aux droits des bénéficiaires précaires. Mais aussi proposer une convention intégrant des niveaux de contributions adaptés aux moyens des acteurs locaux et mettre en œuvre les formations et les procédures d'accompagnement prévues par la convention.

## Améliorer l'attractivité du territoire en direction des professionnels de santé

Justification :

L'accueil de stagiaires est un levier efficace pour favoriser l'implantation de jeunes professionnels de santé sur un territoire.

L'impact des stages en médecine générale sur le choix de la spécialité de médecine générale et la décision d'installation est aujourd'hui mieux défini. C'est une occasion de découvrir un territoire, ses conditions de vie, le mode d'exercice des professionnels, et de donner aux jeunes l'envie de s'y installer.

De plus, de nombreux professionnels sont maîtres de stage ou bien constatent la volonté par leurs pairs d'accueillir des stagiaires sur le territoire.

### Modalité de mise en œuvre du projet :

Réalisation d'une plaquette présentant le territoire du Pays de Bray détaillant les structures de santé ainsi que les services et spécialités présents. Les réseaux, les projets en cours devront également y figurer pour montrer le dynamisme du territoire.

L'objectif opérationnel envisagé est :

Renforcer l'attractivité du territoire pour ce qui est de la ressource sanitaire

Communiquer sur la qualité de vie et les nombreux services ou dispositifs existants sur le territoire

### Public ciblé :

Étudiants en médecine et en formation paramédicales, les médecins remplaçants, les médecins souhaitant s'installer et les différents professionnels œuvrant dans le champ de la santé mentale.

### Calendrier :

2017/2019

### Appui ressources existantes :

Les programmes de l'ARS et URML (PTMA, PTMG, CESP).

### Partenariat :

Agence Régionale de Santé Normandie, l'URML, les Centres Hospitaliers Universitaires, les Maisons de Santé Pluridisciplinaire, les Centres Hospitalier.

### Évaluation/Indicateurs :

- Indicateur de suivi : conditions d'élaboration des supports de communication, nombre d'acteurs sollicités et de réunions organisées.
- Indicateur de résultat : nombre de plaquettes éditées et distribuées.
- Indicateur d'impact : nombre d'appels pour des informations, nombre d'internes présents sur le territoire.

**Suite à des entretiens individuels avec des professionnels, d'autres pistes d'action sont envisagées :**

### **Lutter contre le non-recours et le recours tardif aux droits CMU-C et ACS**

#### Justification :

Au vu du nombre important de personnes en situation de précarité, l'objectif opérationnel est de favoriser le recours aux droits de santé (CMU-C et ACS) et par extension aux soins

#### Projet :

Rendre plus lisibles et accessibles, aux populations et aux acteurs locaux, les aides apportées en matière de santé par les différents organismes.

Développer l'information (outils et modalités) à destination des populations et notamment les plus fragilisées

sur l'accès aux droits en matière de santé.

Intégrer les populations les plus fragilisées dans le droit commun en santé.

Modalités de mise en œuvre :

Mobiliser les acteurs sociaux, administratifs et associatifs sur l'accès aux droits des bénéficiaires précaires

Proposer une convention intégrant des niveaux de contribution réciproques adaptés aux moyens des acteurs locaux.

Mettre en œuvre les formations et les procédures d'accompagnement prévues par la convention.

Évaluer les effets de cet accompagnement sur l'accès aux droits des bénéficiaires du territoire CLS.

Public ciblé :

MLR, CCAS, Centres sociaux, travailleurs sociaux, administratifs et associatifs du territoire

Appui ressource existante : Ressource humaine de la CPAM pour les formations

Partenariat : CPAM/MSA

## Améliorer la connaissance de l'environnement sanitaire brayon

Justification :

Le territoire du Pays de Bray regroupe 3 C.C. De nombreux acteurs et dispositifs en matière de santé œuvrent sur ce territoire : établissements de santé, professionnels de santé libéraux, PMI, CMP, Coordination autonomie (incluant le réseau gérontologique, la MAIA), CLIC... Les acteurs ont des difficultés à identifier les ressources ainsi que les missions et compétences de chaque professionnel, structures, services ou dispositifs. La population du territoire méconnaît également certains dispositifs ou a des difficultés quant à leur recours.

Projet :

Création d'un outil actualisé et centralisé.

L'objectif opérationnel envisagé est de développer et d'améliorer la connaissance des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales pour les professionnels et les usagers.

Modalité de mise en œuvre :

Réflexion sur la création « d'outils » recensant les professionnels, structures et services sanitaires selon une approche « parcours » : contenu et forme à définir en s'appuyant sur les partenaires locaux, institutionnels et les URPS. Leur mode de diffusion est à adapter à l'échelle du territoire considéré : bulletin municipal, site internet des EPCI....

Public ciblé :

Professionnels de santé, professionnels de terrain, travailleurs sociaux, professionnels de la santé mentale, professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Appui ressources existantes :

Diagnostics existants, ARS, URPS, URML.

Partenariat :

EPCI, communes, CLIC, Coordination Autonomie (dont MAIA) CPAM, MSA, CAF, ARS

Point de vigilance :

Offrir un accès intelligible, facilement accessible et actualisé de l'offre sanitaire brayonne.

Evaluation/ indicateurs :

Création d'outils et diffusion, retour des professionnels.

**Faciliter l'accès aux soins par une présence médicale plus importante**

Projet :

Mettre en place la télémédecine et les consultations avancées, en faciliter l'accès aux professionnels.

L'objectif opérationnel envisagé est de renforcer l'attractivité aux soins.

# GLOSSAIRE

Intitulé	Définition
<b>ACS</b>	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
<b>ACSAD</b>	Association de Coopération Sociale d'Action et de Développement
<b>ADMR</b>	Aide à Domicile en Milieu Rural
<b>ADS</b>	Application du Droit des Sols
<b>ALD</b>	Affection de Longue Durée
<b>APA</b>	Allocation Personnalisée d'Autonomie
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AVC</b>	Accidents Vasculaires Cérébraux
<b>BEP</b>	Brevet d'Études Professionnelles
<b>BEPC</b>	Brevet d'Études du Premier Cycle
<b>C.C.</b>	Communauté de communes
<b>CAF</b>	Caisse d'allocations familiales
<b>CAP</b>	Certificat d'Aptitude Professionnelle
<b>CARAVELLE</b>	Centre d'Animation Rural à Vocation Educative Locale Ludique et Sociale
<b>CARSAT</b>	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
<b>CATTP</b>	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
<b>CCAS</b>	Centre Communal d'Action Sociale
<b>CCMSA</b>	Caisse centrale de la MSA
<b>CépiDc</b>	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales Décès
<b>CESC-ID</b>	Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté Inter-Degré
<b>CESP</b>	Contrat d'Engagement de Service Public
<b>CGET</b>	Commissariat Général à l'Égalité des Territoires
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CJC</b>	Consultation Jeunes Consommateurs
<b>CLIC</b>	Centres Locaux d'Information et de Coordination

<b>CLS</b>	Contrat Local de Santé
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>CMPP</b>	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
<b>CMS</b>	Centres Médicaux Sociaux
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>CMU-C</b>	Couverture maladie universelle complémentaire
<b>CNAC</b>	Commission nationale d'aménagement commercial
<b>CNAF</b>	Caisse nationale des allocations familiales
<b>CNAMTS</b>	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
<b>CNRSI</b>	Caisse Nationale du Régime Social des Indépendants
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPEF</b>	Centre de Planification et d'Éducation Familiale
<b>CPI</b>	Cardiopathies ischémiques
<b>CSAPA</b>	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
<b>CSP</b>	Catégories Socioprofessionnelles
<b>DGFIP</b>	Direction générale des Finances publiques
<b>DLS</b>	Diagnostic Local de Santé
<b>DNB</b>	Diplôme national du brevet
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>EBD</b>	Examen Bucco-Dentaire
<b>EHPAD</b>	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>ERTL</b>	Épreuve de Repérage des Troubles du Langage
<b>FAM</b>	Foyer d'Accueil Médicalisé
<b>FNPS</b>	Fichier National des Professionnels de Santé
<b>GHT</b>	Groupement Hospitalier de Territoire
<b>GIR</b>	Groupe Iso-Ressources
<b>GTT</b>	Groupe de Travail Thématique
<b>hab</b>	Habitant
<b>HPST</b>	(Hôpital, Patients, Santé, Territoires
<b>IME</b>	Institut Médico-Éducatif
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques

<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
<b>INVS</b>	Institut de Veille Sanitaire
<b>IPC</b>	Investigations Préventives et Cliniques
<b>KM</b>	Kilomètre
<b>MAIA</b>	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
<b>MARPA</b>	Maison d'Accueil Rural pour les Personnes Agées
<b>MSA</b>	Mutuelle Sociale Agricole
<b>MSP</b>	Maison de Santé Pluridisciplinaire
<b>NC</b>	Non Communiqué
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OR2S</b>	Observatoire Régional de la Santé et du Social
<b>ORA</b>	Offre de Répit pour les Aidants
<b>PASA</b>	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>PETR</b>	Pôle d'Equilibre Territorial et Rural
<b>PMI</b>	Protection Maternelle et Infantile
<b>PMSI-MCO</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie
<b>PRS</b>	Projet Régional de Santé
<b>PSLA</b>	Pôle de Santé Libéral Ambulatoire
<b>PTA</b>	Plateforme territoriale d'appui
<b>PTMA</b>	Praticien territorial de médecine ambulatoire
<b>PTMG</b>	Praticien territorial de médecine générale
<b>PUV</b>	Petites Unités de Vie
<b>RG</b>	Régime général
<b>RTPS</b>	Réseau territorial de prévention de la santé
<b>RP</b>	Recensement de la population
<b>RSI</b>	Régime Social des Indépendants
<b>SAAD</b>	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
<b>SAMSAH</b>	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

<b>SAVS</b>	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
<b>SCoT</b>	Schéma de Cohérence Territoriale
<b>SIAM</b>	Système d'Information de l'Accréditation des Médecins
<b>SMAD</b>	Syndicat Mixte d'Aménagement et de Développement
<b>SNIIRAM</b>	Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
<b>SNSP</b>	Syndicat National des médecins Spécialistes de santé Publique
<b>SROS</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>SSIAD</b>	Services de Soins Infirmiers à Domicile
<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>UHR</b>	Unités d'Hébergement Renforcé
<b>URML</b>	Union Régionale des Médecins Libéraux
<b>URPS</b>	Union Régionale des Professionnels de Santé
<b>VAG</b>	Vaccins Anti Grippal

# TABLES DES MATIÈRES

---

<b>SOMMAIRE</b>	<b>3</b>
<b>PRÉAMBULE</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>1 - CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC</b>	<b>10</b>
1.1. Les données quantitatives	12
1.2. Les données qualitatives	13
<b>2 - PRÉSENTATION DU TERRITOIRE</b>	<b>14</b>
2.1. Le PETR du Pays de Bray	15
2.2. La santé en milieu rural, une spécificité	17
<b>3 - DONNÉES DE CADRAGE</b>	<b>18</b>
3.1. Portrait sociodémographique du territoire	19
3.1.1. Structure par âge de la population	19
3.1.2. Évolution de la population	20
3.1.3. Taille des ménages et familles	21
3.1.4. Familles selon le nombre d'enfants âgés de moins de 25 ans	22
3.1.5. Les familles monoparentales sur le territoire du PETR du Pays de Bray	23
3.2. Logement	25
3.2.1. Résidences principales en 2013 selon la période d'achèvement	25
3.2.2. Catégories et types de logements	26
3.2.3. Résidences principales selon le nombre de pièces	27
3.3. Données relatives au revenu et à la précarité financière	28
3.3.1. Revenus	28
3.3.2. 1 <sup>er</sup> décile et taux de pauvreté sur les anciennes communautés de communes du PETR du Pays de Bray	29
3.4. Éducation/formation	32
3.4.1. Taux de scolarisation	32
3.4.2. Diplômes sur les territoires	33
3.5. Emploi sur le territoire des communautés de communes	34
3.5.1. Taux de chômage	34
3.5.2. Catégories socioprofessionnelles	35
<b>4 - ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS</b>	<b>39</b>
4.1. La mortalité sur le territoire	40
4.2. Les principales causes de décès par cancer sur le territoire	42
4.3. Autres causes de décès sur le territoire	44
4.4. Les grandes causes de mortalité	

sur le territoire -----	45
4.5. Le suicide -----	46
4.6. Les différences de mortalité entre hommes et femmes sur le territoire -----	48
4.7. Prévention/dépistage -----	50
4.7.1. Cancer du sein -----	50
4.7.2. Cancer du col de l'utérus -----	51
4.7.3. Examen Bucco-Dentaire (EBD) -----	52
4.8. Sexualité/contraception -----	55
4.8.1. Le taux de fécondité -----	55
4.8.2. Les grossesses n'ayant pas bénéficié d'un suivi de grossesse -----	55
4.8.3. L'âge des mères de 2014 à 2016 -----	56
4.8.4. La prématurité -----	57
4.9. Affection de longue durée (ALD) -----	58
4.9.1. La répartition des bénéficiaires en ALD sur le territoire -----	59
4.9.2. Répartition de la prévalence des ALD -----	60
4.10. Santé mentale -----	61
4.11. Addictions -----	63
4.11.1. Les addictions auprès de tous les publics -----	63
4.11.2. Les données recueillies auprès du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) « Caux et Bray » -----	64
4.11.3. Les addictions auprès des jeunes -----	66
4.11.4. La consommation de cannabis chez les jeunes -----	67
4.11.5. Les données recueillies auprès de la CJC du CSAPA « Pays de Caux » -----	67

## **5 - ACCÈS AUX DROITS ET SOINS** **69**

5.1. Accès aux droits -----	70
5.1.1. Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) -----	70
5.1.2. Aide à la Complémentaire de Santé (ACS) -----	71
5.1.3. L'accès aux droits, un facteur limitant le renoncement aux soins -----	72
5.2. Accès aux soins -----	74
5.2.1. Part des bénéficiaires sans médecin traitant déclaré du régime général (RG) en 2015 pour les personnes âgées de plus de 16 ans -----	74
5.2.2. Les bénéficiaires sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois (RG) en 2015 -----	75
5.2.3. Les bénéficiaires sans consultation généraliste au cours des 24 derniers mois (RG) en 2015 -----	75
5.2.4. Part des bénéficiaires sans consultation dentaire au cours des 24 derniers mois (RG) en 2015 -----	76
5.2.5. Nombre de bénéficiaires femmes de 20 à 64 ans n'ayant pas eu de consultation gynécologique sur les 24 derniers mois en 2015 -----	77
5.2.6. Part des bénéficiaires sans acte de mammographie au cours des derniers 24 mois (RG) en 2015 -----	77
5.3. Focus personnes âgées -----	78
5.3.1. Personnes de 60 ans ou plus vivant seules selon l'âge — population des ménages -----	78
5.3.2. L'allongement de la durée de vie, un défi pour la prise en charge des personnes âgées -----	79
5.3.3. Âge moyen de départ à la retraite (RG) en 2016 -----	79

5.3.4. Nombre de retraités MSA et RG en 2015	80
5.3.5. Retraités âgés de 75 ans et plus/nombre de retraités du RG	80
5.3.6. Part des bénéficiaires du (RG) de 55 ans et plus sans recours aux soins au cours des 12 derniers mois en 2015	81
5.3.7. Part des bénéficiaires du RG de 65 ans et plus sans acte Vaccins Anti Grippal au cours des 24 derniers mois en 2015	82
<b>6 - OFFRE DE SERVICES</b>	<b>85</b>
6.1. L'offre de soins libérale	86
6.1.1. La densité des professionnels de santé libéraux	86
6.1.2. Les projets de pôles déficitaires au sein des territoires de 1er recours	86
6.1.3. Les médecins généralistes	88
6.1.4. Les infirmiers	90
6.1.5. Les kinésithérapeutes	91
6.1.6. Les dentistes	92
6.1.7. Les gynécologues et les sages-femmes	93
6.1.8. L'impact de la densité d'offres de soins	94
6.1.9. Les MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire) ou PSLA (Pôle de Santé Libéral Ambulatoire)	97
6.2. Offre hospitalière	101
6.2.1. Le Groupement Hospitalier Rouen Cœur de Seine	101
6.2.2. Le Centre-Hospitalier Fernand Langlois à Neufchâtel-en-Bray	102
6.2.3. Le Centre-Hospitalier de Gournay-en-Bray	104
6.3. La filière gériatrique du territoire	104
6.3.1. La MAIA	104
6.3.2. Le CLIC	105
6.3.3. La plateforme « L'ORA » (Offre de Répit pour les Aidants)	107
6.3.4. Le dispositif « Filleul'âge »	107
6.3.5. Les EHPAD	107
6.3.6. Le PASA	108
6.3.7. L'accueil de jour pour personnes âgées	109
6.3.8. L'hébergement temporaire	109
6.4. Structures pour les personnes en situation de handicap	110
6.4.1. L'IME (Institut Médico-éducatif)	110
6.4.2. L'AARPB La Brèche	110
6.5. Offre sociale/medico-sociale	112
6.5.1. Les régimes de protection sociale	112
6.5.2. Les CMS (Centres Médico-Sociaux)	113
6.5.3. Les centres-sociaux du territoire:	114
6.5.4. La Mission Locale	115
6.6. Offre éducative	116
6.6.1. Le dépistage infirmier à l'école	116
6.6.2. Le CESC-R (Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté-Réseau)	117
6.6.3. Les CESC ID (Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté – Inter-Degré)	117
6.7. Offres spécifiques	119
6.7.1. Le SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile)	119

6.7.2. Le CMP (Centre Médico-Psychologique) -----	120
6.7.3. Le CMPP (Centre Médico Psycho Pédagogique)-----	120
6.7.4. Le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) -----	120
6.7.5. La CJC (Consultations Jeunes Consommateurs - 25 ans)-----	120
6.7.6. Inser santé-----	121
<b>7 - LA PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES HABITANTS ET USAGERS _____</b>	<b>122</b>
7.1. Méthodologie du questionnaire -----	123
7.2. Informations sociodémographiques des répondants -----	124
7.3. La qualité de vie -----	126
7.3.1. La représentation de l'état de santé -----	126
7.3.2. La représentation de l'alimentation -----	127
7.3.3. L'activité physique des répondants-----	128
7.3.4. Le mal-être chez les répondants -----	129
7.4. Les droits en santé -----	132
7.5. Les accès aux soins de santé -----	134
7.5.1. L'accès à un médecin généraliste-----	134
7.5.2. L'accès à un infirmier-----	135
7.5.3. L'accès à un dentiste-----	135
7.5.4. Les difficultés indiquées pour obtenir un rendez-vous auprès d'un dentiste ou infirmier ----	136
7.5.5. L'accès à un spécialiste-----	136
7.5.6. La fréquentation des CSAPA, CJC, PMI, Centre de planification-----	138
7.5.7. Le renoncement aux soins -----	138
7.5.8. Les déplacements vers les professionnels de santé-----	140
7.6. La prévention en santé -----	141
7.6.1. Les campagnes de prévention citées par les participants -----	141
7.6.2. Les campagnes de prévention susceptibles d'intéresser les participants -----	142
<b>8 - TRAVAUX DES GROUPES THÉMATIQUES _____</b>	<b>144</b>
8.1. Agir pour la santé des personnes âgées -----	146
8.1.1. Les participants -----	146
8.1.2. Présentation des données de cadrage-----	147
8.1.3. Présentation et choix des problématiques prioritaires -----	147
8.1.4. Pistes d'actions-----	148
8.2. Lutter contre les addictions et promouvoir la santé mentale -----	151
8.2.1. Les participants -----	151
8.2.2. Présentation des données de cadrage-----	152
8.2.3. Présentation et choix des problématiques prioritaires -----	153
8.2.4. Pistes d'actions-----	153
8.3. Prévenir, dépister et promouvoir la santé-----	156
8.3.1. Participants-----	156
8.3.2. Présentation des données de cadrage-----	157
8.3.3. Présentation et choix des problématiques prioritaires -----	158
8.3.4. Pistes d'actions -----	158
8.4. Soutenir l'accès aux droits et aux soins-----	161

8.4.1. Les participants -----	161
8.4.2. Présentation des données de cadrage-----	162
8.4.3. Présentation et choix des problématiques prioritaires -----	163
8.4.4. Pistes d'actions-----	164
<b>GLOSSAIRE _____</b>	<b>169</b>
<b>TABLES DES MATIÈRES _____</b>	<b>173</b>
<b>LISTE DES FIGURES _____</b>	<b>178</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX _____</b>	<b>182</b>
<b>ANNEXES _____</b>	<b>185</b>

# LISTE DES FIGURES

---

Figure 1 - Schéma de contractualisation du CLS	7
Figure 2 - Méthodologie de contractualisation du CLS	9
Figure 3 - Méthodologie du DLS	11
Figure 4 - Méthodologie qualitative du DLS	13
Figure 5 - Périmètre du PETR du Pays de Bray en 2019	15
Figure 6 - Évolution des communautés de communes du Pays de Bray	17
Figure 7 - Pyramide des âges de la population sur le territoire du PETR du Pays de Bray	19
Figure 8 - Composition des familles du Pays de Bray	23
Figure 9 - Taux de pauvreté sur le territoire du Pays de Bray (en %)	30
Figure 10 - Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus en 2013 en Pays de Bray (en %)	33
Figure 11 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle (en %)	36
Figure 12 - Mortalité sur la période 2007-2013	41
Figure 13 - Mortalité par cancer sur la période 2007-2013 en Pays de Bray	43
Figure 14 - Pays de Bray grandes causes de mortalité sur le territoire	45
Figure 15 - Différentiel de mortalité* par suicide en regard de la France hexagonale en 2011-2013 selon le genre (en %)	46
Figure 16 - Carte de la mortalité* par suicide en 2006-2013 selon le genre en Normandie	46
Figure 17 - Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants (décès par suicide) sur la période 2007-2013	47
Figure 18 - Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants entre 2007 et 2013 selon le genre en Pays de Bray	48
Figure 19 - Carte du département de Seine Maritime/dépistage organisé du cancer du sein en décembre 2015	50
Figure 20 - Carte du département de Seine-Maritime dépistage organisé par Frottis en décembre 2015	51
Figure 21 - Carte du département de la Seine-Maritime de participation à l'examen bucco-dentaire 6 ans en décembre 2015	52
Figure 22 - Carte du département de la Seine-Maritime d'exécution de soins dentaires 6 ans en décembre 2015	52
Figure 23 - Carte du département de Seine Maritime de participation à l'examen bucco-dentaire 9 ans en décembre 2015	53
Figure 24 - Carte du département de Seine Maritime d'exécution de soins dentaire 9 ans en décembre 2015	53
Figure 25 - Carte du département de la Seine-Maritime de participation à l'examen bucco-dentaire 12 ans en décembre 2015	54
Figure 26 - Carte du département de la Seine-Maritime d'exécution de soins dentaires 12 ans en décembre 2015	54
Figure 27 - Pourcentage de grossesses n'ayant pas bénéficié des 3 échographies requises en Pays de Bray	55
Figure 28 - Âge moyen des mères à la naissance sur la période 2014-2016 en Pays de Bray	56

Figure 29 - Pourcentage d'enfants prématurés sur la période 2014-2016 en Pays de Bray	57
Figure 30 - Taux standardisé d'admissions en ALD pour 100 000 habitants	58
Figure 31 - Part des ALD selon le motif en 2014 en Pays de Bray (prévalence)	60
Figure 32 - Part des ALD selon le motif et le genre en 2014 en Pays de Bray (prévalence)	60
Figure 33 - Nombre de consultations (ensemble des praticiens) du CSAPA sur le périmètre du PETR du Pays de Bray en 2015	65
Figure 34 - Proportion d'élèves ayant expérimenté l'alcool selon la classe et le bassin d'éducation et de formation de l'ex -Région Haute-Normandie (en %)	66
Figure 35 - Proportion d'élèves ayant expérimenté le tabac selon la classe et le bassin d'éducation et de formation de l'ancienne Région Haute-Normandie (en %)	66
Figure 36 - Proportion d'élèves ayant expérimenté le cannabis selon la classe et le bassin d'éducation et de formation de l'ancienne Région Haute-Normandie (en %)	67
Figure 37 - Carte de la répartition de la couverture CMU-C et ACS sur le département de Seine-Maritime en 2016	70
Figure 38 - Effet de la complémentaire sur la probabilité de renoncer aux soins par rapport à la non-couverture	72
Figure 39 - Proportion de bénéficiaires sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois en 2015 sur le Pays de Bray	75
Figure 40 - Proportion de bénéficiaires sans consultation généraliste au cours des 24 derniers mois en 2015 sur le Pays de Bray	75
Figure 41 - Proportion de bénéficiaires n'ayant pas eu une consultation chez un dentiste sur les 24 derniers mois/Bénéficiaires du RG (de 16 ans et +) en 2015 sur le Pays de Bray	76
Figure 42 - Part femmes sans consultation gynécologue en 2015 sur le Pays de Bray	77
Figure 43 - Part des habitants ayant 60 ans et plus en 2013	78
Figure 44 - Part des bénéficiaires de 65 ans et plus sans acte VAG au cours des 24 derniers mois (RG) en 2015 en Pays de Bray	82
Figure 45 - Carte couverture MAIA de Bresle et Bray	83
Figure 46 - Projet de pôles déficitaires au sein des territoires de 1er recours	86
Figure 47 - Distance au généraliste le plus proche (km) en 2014 sur le Pays de Bray	88
Figure 48 - Distance à l'infirmier le plus proche (km) en 2014 sur le Pays de Bray	90
Figure 49 - Distance au kinésithérapeute le plus proche (km) en 2014 en Pays de Bray	91
Figure 50 - Distance au dentiste le plus proche (km) en 2014 en Pays de Bray	92
Figure 51 - Effectifs des gynécologues médicaux en mode d'exercice libéral/mixte sur la période 2008-2020 sur l'ancienne région Haute-Normandie	93
Figure 52 - Facteurs d'attractivité des médecins	95
Figure 53 - Cartes des Pôles et MSP au 1er octobre 2016 sur l'ancienne région Haute-Normandie	97
Figure 54 - MSP du Pays Neufchâtelois	98
Figure 55 - MSP de Croisy-sur-Andelle	99
Figure 56 - MSP de Londinières	99
Figure 57 - Carte du GHT Rouen Cœur de Seine	101
Figure 58 - Offre en EHPAD, PASA et UHR pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur l'ancienne région Haute-Normandie en 2011	108
Figure 59 - Offre en hébergement complet en direction des personnes âgées sur l'ancienne région Haute-Normandie en 2011	108
Figure 60 - Répartition des structures en direction des personnes âgées proposant un accueil de jour	109

Figure 61 - Nombre de places d'hébergement temporaire dans les structures en direction des personnes âgées proposant un accueil de jour- -----	109
Figure 62 - répartition des UTAS sur le département de Seine-Maritime -----	113
Figure 63 - Répartition des SSIAD en ancienne région Haute-Normandie -----	119
Figure 64 - Répartition des bénéficiaires suivis par Inser santé sur le département de la Seine-Maritime en 2016 -----	121
Figure 65 - Genre des participants -----	124
Figure 66 - Âges des participants au questionnaire en % -----	124
Figure 67 - Statut des participants au questionnaire en % -----	124
Figure 68 - Taux de participants au questionnaire travaillant à temps partiel en % -----	125
Figure 69 - Niveau d'étude des répondants au questionnaire en % -----	125
Figure 70 - Domiciliation des répondants en % -----	125
Figure 71 - Représentation de l'état de santé des participants en % -----	126
Figure 72 - Représentation de l'alimentation des répondants en % -----	127
Figure 73 - Fréquence de l'activité physique des répondants au questionnaire en % -----	128
Figure 74 - Facteurs limitant l'activité physique des répondants en % -----	128
Figure 75 - Perception de la fatigue des répondants en % -----	129
Figure 76 - Perception de l'anxiété des répondants en % -----	129
Figure 77 - Déclaration de trouble du sommeil des répondants en % -----	130
Figure 78 - Présence d'idées noires des répondants en % -----	130
Figure 79 - Consommation d'alcool ou de substances psychoactives des répondants en % -----	131
Figure 80 - Perception de l'entourage familial et amical des répondants en % -----	131
Figure 81 - Possession d'une mutuelle des répondants en % -----	132
Figure 82 - Raison invoquée à la non-possession d'une mutuelle -----	132
Figure 83 - Proportion de participants bénéficiaires de la CMU-C comme complémentaire en % -----	132
Figure 84 - Taux de participants ayant rencontré des difficultés lors de démarches administratives de santé en % -----	133
Figure 85 - Bénéficiaires d'un accompagnement social sur rendez-vous ou bien d'un accompagnement en ligne en % -----	133
Figure 86 - Difficulté à obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste en % -----	134
Figure 87 - Difficultés évoquées pour obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste -----	134
Figure 88 - Difficulté à obtenir un rendez-vous auprès d'un cabinet infirmier en % -----	135
Figure 89 - Difficulté à obtenir un rendez-vous auprès d'un dentiste en % -----	135
Figure 90 - Raisons des difficultés à obtenir un rendez-vous auprès d'un dentiste ou bien infirmier en % -----	136
Figure 91 - Difficulté à obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste en % -----	136
Figure 92 - Type de spécialités pour lesquelles les participants rencontrent le plus de difficultés en % -----	137
Figure 93 - Raisons des difficultés à obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste en % -----	137
Figure 94 - Fréquentation CSAPA, CJC, PMI, Centre de planification en % -----	138
Figure 95 - Renoncement à un soin ou service en % -----	138
Figure 96 - Soins victimes d'un renoncement en % -----	139
Figure 97 - Raisons du renoncement aux soins en % -----	139
Figure 98 - Mode de déplacement employé pour se rendre chez un professionnel de santé -----	140
Figure 99 - Perception de la durée pour se rendre chez son médecin traitant -----	140
Figure 100 - Campagnes de prévention citées par les participants en % -----	141
Figure 101 - Facteurs influençant positivement la santé en % -----	141

Figure 102 - Facteurs influençant négativement la santé en % -----	142
Figure 103 - Participation à des réunions ponctuelles en %-----	142
Figure 104 - Participation à des ateliers collectifs en % -----	142
Figure 105 - Thèmes d'information mis en avant par les participants en %-----	143

# LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1 - Répartition par âge et genre de la population du Pays de Bray	19
Tableau 2 - Evolution de la population par C.C. entre 2008 et 2013 (en %)	20
Tableau 3 - Typologie des ménages sur les anciennes communautés de communes en 2013 (en %)	21
Tableau 4 - Composition des familles en nombre d'enfants en 2013 par C.C en %	22
Tableau 5 - Composition des familles en 2013 par statut des familles par C.C. en %	23
Tableau 6 - Période de construction de la résidence principale en Pays de Bray (en %)	25
Tableau 7 - Catégories et typologies des logements en Pays de Bray (en %)	26
Tableau 8 - Répartition des maisons et appartements sur le territoire du Pays de Bray (en %)	27
Tableau 9 - Nombre de pièces dans les résidences principales en Pays de Bray (en %)	27
Tableau 10 - Médiane du revenu disponible par unité de consommation (en euros)	28
Tableau 11 - Répartition du revenu du 1er décile en Pays de Bray	29
Tableau 12 - Taux de pauvreté chez les moins de 30 ans en Pays de Bray (en %)	30
Tableau 13 - Taux de scolarisation selon l'âge en Pays de Bray (en %)	32
Tableau 14 - Taux de chômage par genre et communauté de communes (en %)	34
Tableau 15 - Taux de chômage en % (au sens du recensement)	35
Tableau 16 - Répartition de la population par Catégories Socioprofessionnelles (CSP) (en nombre d'habitants)	35
Tableau 17 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle (en %)	37
Tableau 18 - Mortalité sur la période 2007-2013 en Pays de Bray (pour 100 000 habitants)	40
Tableau 19 - Répartition des décès par cancer sur le Pays de Bray	42
Tableau 20 - Principales causes de mortalité par genre sur la période 2007-2013 en Pays de Bray (en nombre et %)	44
Tableau 21 - Mortalité par suicide sur la période 2007-2013	47
Tableau 22 - Taux de fécondité des femmes par tranches d'âges sur le territoire du Pays de Bray entre 2010 et 2015	55
Tableau 23 - Admissions en ALD sur la période 2007-2014	58
Tableau 24 - Part de bénéficiaires en Pays de Bray en 2014	59
Tableau 25 - Consommation de soins psychiatriques sur le Pays de Bray en 2015	61
Tableau 26 - Consommation de soins psychiatriques sur le Pays de Bray en 2015 chez les moins de 20 ans	61
Tableau 27 - Consommation de soins psychiatriques sur le Pays de Bray en 2015 chez les moins de 20 ans	61
Tableau 28 - Consommation de soins psychiatriques sur le Pays de Bray en 2015 chez les 20 ans et plus	62
Tableau 29 - Consommation de soins psychiatriques sur le Pays de Bray en 2015 chez les plus de 20 ans	62
Tableau 30 - Répartition des décès par cirrhoses alcooliques et psychoses alcooliques sur le Pays de Bray en 2015	63
Tableau 32 - Répartition des consultations par lieux et mois en 2015 sur le Pays de Bray	64

Tableau 31 - Personnes suivies par le CSAPA sur le Pays de Bray en 2015-----	64
Tableau 34 - Répartition par sexe des consultations du CSAPA-----	65
Tableau 33 - Addiction à l'origine de la demande de consultation au CSAPA en % en 2015 sur le territoire du Pays de Bray -----	65
Tableau 35 - Personnes suivies par la CJC -----	67
Tableau 36 - Addiction à l'origine de la demande de consultation CJC en 2015 sur le territoire du Pays de Bray -----	68
Tableau 37 - Part des bénéficiaires CMU-C en 2015 sur le territoire du Pays de Bray-----	71
Tableau 38 - Part des bénéficiaires de l'ACS en 2015 sur le territoire du Pays de Bray -----	71
Tableau 39 - Part des bénéficiaires du RG sans médecin traitant déclaré en 2015 sur le territoire du Pays de Bray (en %)-----	74
Tableau 40 - Communes avec une part des bénéficiaires du RG supérieur à 10 % sans médecin traitant déclaré en 2015 -----	74
Tableau 41 - Proportion de femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas eu d'acte de mammographie sur les 24 derniers mois en 2015 sur le Pays de Bray -----	77
Tableau 42 - Proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules selon l'âge en 2013 (en %) -----	78
Tableau 43 - Âge moyen de départ à la retraite-----	79
Tableau 44 - Nombre de retraités de Droit Direct ou Droit Dérivé MSA (55 ans et plus) -----	80
Tableau 46 - Part de retraités âgés de 75 ans et plus en 2015 en Pays de Bray -----	80
Tableau 45 - Nombre de retraités de Droit Direct ou Droit Dérivé du Régime Général (55 ans et plus)- ---	80
Tableau 47 - Part des bénéficiaires sans recours soins âgés de plus de 55 ans en 2015 en Pays de Bray	81
Tableau 48 - Répartition des individus bénéficiant de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) par groupe iso-ressources (GIR) -----	83
Tableau 49 - Répartition des médecins libéraux dans les départements de l'ancienne Haute-Normandie en 2015-----	86
Tableau 50 - Nombre de généralistes dans le Pays de Bray en 2014-----	88
Tableau 51 - Densité de généralistes dans le Pays de Bray en 2014 -----	88
Tableau 52 - Répartition des médecins par classe d'âge en 2014 sur le Pays de Bray -----	89
Tableau 53 - Répartition des médecins par âge et territoire sur le Pays de Bray en 2014-----	89
Tableau 54 - Densité d'infirmiers sur le Pays de Bray en 2014 -----	90
Tableau 55 - Densité de kinésithérapeutes sur le territoire du Pays de Bray en 2014 -----	91
Tableau 56 - Densité de dentistes sur le territoire du Pays de Bray en 2014 -----	92
Tableau 57 - Nombre de gynécologues et sages-femmes sur le Pays de Bray en 2014-----	93
Tableau 58 - Nombre de consommation moyenne d'actes par bénéficiaire généraliste -----	94
Tableau 59 - Classement des facteurs d'attractivités des médecins -----	95
Tableau 60 - Principaux facteurs ayant une influence négative sur l'attractivité d'un territoire-----	96
Tableau 61 - Activité du CH Fernand Langlois, en journée entre 2014 et 2016 -----	104
Tableau 62 - Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accueil par niveau 1, 2 ou 3 dans le périmètre du CLIC du Pays de Bray en 2016 -----	106
Tableau 63 - Répartition des demandes ayants été instruites par le CLIC du Pays de Bray en 2016 -----	106
Tableau 64 - Représentation de l'état de santé en fonction du niveau de diplôme -----	126
Tableau 65 - Représentation de l'état de santé fonction du statut (en emploi, sans emploi, en étude) ---	127
Tableau 66 - Représentation de l'alimentation en fonction du statut (en emploi, sans emploi, en étude) -	127
Tableau 67 - Fréquence de la pratique d'une activité physique en fonction du niveau de diplôme-----	129
Tableau 68 - Perception de la fatigue en fonction de la perception de l'état de santé-----	130

Tableau 69 - Bénéficiaire de la CMU-C en fonction de la perception de l'entourage -----	133
Tableau 70 - Difficulté(s) administrative(s) en fonction du lieu d'habitation -----	133
Tableau 71 - Difficulté d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin généraliste en fonction du lieu d'habitation -----	134
Tableau 72 - Difficulté d'obtention d'un rendez-vous chez un dentiste en fonction du lieu d'habitation ---	135
Tableau 73 - Difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un dentiste en fonction de la mutuelle -----	136
Tableau 74 - Difficulté à obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste en fonction du lieu d'habitation -	137
Tableau 75 - Renoncement aux soins en fonction du lieu de domiciliation -----	139

# ANNEXES



Admissions en ALD sur la période 2007-2014 (incidence)	Pays de Bray			Département de Seine-Maritime			Région Normandie			France hexagonale		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
	Nombre total d'admissions en ALD	6 523	5 749	12 272	106 980	98 725	205 705	293 282	263 290	556 572	5 539 864	4 998 727
Taux standardisé d'admissions en ALD pour 100 000 habitants	2 694,5	1 951,4	2 281,1	2 502,1	1 781,9	2 095,9	2 464,3	1 743,3	2 061,8	2 484,2	1 779,5	2 093,1
Nombre d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire	2 280	1 591	3 871	32 343	23 214	55 558	95 590	67 884	163 474	1 730 689	1 225 510	2 956 199
Taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants	945,6	485,0	694,5	781,8	388,3	562,0	822,0	411,6	595,4	795,8	403,7	580,2
Nombre d'admissions en ALD pour tumeurs	1 336	1 219	2 555	25 777	23 643	49 420	72 208	64 710	136 917	1 307 902	1 206 130	2 514 032
Taux standardisé d'admissions en ALD pour tumeurs pour 100 000 habitants	548,5	430,2	472,8	607,7	435,6	503,3	605,1	438,9	505,2	586,5	440,7	498,9
Nombre d'admissions en ALD pour diabète (type I et II)	1 131	893	2 024	19 630	16 403	36 033	51 339	41 013	92 352	1 000 982	787 636	1 788 618
Taux standardisé d'admissions en ALD pour diabète (type I et II) pour 100 000 habitants	455,8	317,1	383,7	437,8	304,5	366,0	411,2	280,2	341,4	431,2	289,4	355,5
Nombre d'admissions en ALD pour troubles mentaux	509	611	1 120	8 616	9 757	18 373	20 468	23 242	43 710	441 427	510 515	951 942
Taux standardisé d'admissions en ALD pour troubles mentaux pour 100 000 habitants	209,5	235,8	225,0	185,2	193,1	191,3	165,0	172,9	170,7	187,2	199,3	195,1
Nombre d'admissions en ALD pour Alzheimer et autres démences	197	424	621	2 958	7 236	10 194	8 317	19 654	27 971	162 381	381 247	543 628
Taux standardisé d'admissions en ALD pour Alzheimer et autres démences pour 100 000 habitants	91,6	109,7	102,1	85,9	108,6	101,2	83,1	106,3	98,5	86,5	112,1	103,3

<b>Nombre d'admissions en ALD pour maladies neurologiques (hors Alzheimer)</b>	80	110	189	1 393	1 707	3 100	4 002	4 630	8 632	84 169	95 137	179 306
<b>Taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies neurologiques (hors Alzheimer) pour 100 000 habitants</b>	33,7	37,7	35,4	35,0	31,3	32,1	35,6	31,3	32,3	40,0	34,0	35,8
<b>Nombre d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire</b>	348	224	572	4 616	3 658	8 274	11 146	8 812	19 958	200 881	165 411	366 292
<b>Taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire pour 100 000 habitants</b>	140,8	82,6	107,7	106,2	67,8	84,2	93,4	59,5	74,1	90,5	59,6	72,8

Part des ALD selon le motif en 2014 (prévalence)	Pays de Bray		Département de Seine-Maritime		Région Normandie		France hexagonale					
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble			
<b>Part des ALD pour maladies de l'appareil circulatoire pour 1 000 habitants</b>	353,2	229,0	293,5	322,3	206,2	265,1	342,8	228,8	287,3	324,2	216,5	271,8
<b>Part des ALD pour tumeurs pour 1 000 habitants</b>	141,5	187,6	163,6	157,0	194,3	175,4	168,5	199,5	183,6	162,9	196,4	179,2
<b>Part des ALD pour diabète (type I et II) pour 1 000 habitants</b>	208,0	187,7	198,2	219,3	202,5	211,0	205,6	187,3	196,7	210,4	187,1	199,0
<b>Part des ALD pour troubles mentaux pour 1 000 habitants</b>	76,3	112,2	93,5	91,0	113,8	102,3	82,2	106,7	94,1	91,1	118,1	104,2
<b>Part des ALD pour Alzheimer et autres démences pour 1 000 habitants</b>	14,6	38,6	26,1	13,4	37,1	25,0	14,6	40,4	27,2	15,2	42,5	28,5
<b>Part des ALD pour maladies neurologiques (hors Alzheimer) pour 1 000 habitants</b>	13,6	20,6	17,0	12,0	18,4	15,1	12,4	19,3	15,8	13,4	20,0	16,6
<b>Part des ALD pour maladies de l'appareil respiratoire pour 1 000 habitants</b>	45,6	38,1	42,0	37,7	34,0	35,9	34,1	31,6	32,9	33,2	32,7	33,0

Admissions en ALD sur la période 2007-2014 (incidence)	Pays de Bray			Département de Seine-Maritime			Région Normandie			France hexagonale		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire	2 280	1 591	3 871	32 343	23 214	55 558	95 590	67 884	163 474	1 730 689	1 225 510	2 956 199
Taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants	945,6	485,0	694,5	781,8	388,3	562,0	822,0	411,6	595,4	795,8	403,7	580,2
Nombre d'admissions en ALD pour tumeurs	1 336	1 219	2 555	25 777	23 643	49 420	72 208	64 710	136 917	1 307 902	1 206 130	2 514 032
Taux standardisé d'admissions en ALD pour tumeurs pour 100 000 habitants	548,5	430,2	472,8	607,7	435,6	503,3	605,1	438,9	505,2	586,5	440,7	498,9
Nombre d'admissions en ALD pour diabète (type I et II)	1 131	893	2 024	19 630	16 403	36 033	51 339	41 013	92 352	1 000 982	787 636	1 788 618
Taux standardisé d'admissions en ALD pour diabète (type I et II) pour 100 000 habitants	455,8	317,1	383,7	437,8	304,5	366,0	411,2	280,2	341,4	431,2	289,4	355,5
Nombre d'admissions en ALD pour troubles mentaux	509	611	1 120	8 616	9 757	18 373	20 468	23 242	43 710	441 427	510 515	951 942
Taux standardisé d'admissions en ALD pour troubles mentaux pour 100 000 habitants	209,5	235,8	225,0	185,2	193,1	191,3	165,0	172,9	170,7	187,2	199,3	195,1
Nombre d'admissions en ALD pour Alzheimer et autres démences	197	424	621	2 958	7 236	10 194	8 317	19 654	27 971	162 381	381 247	543 628
Taux standardisé d'admissions en ALD pour Alzheimer et autres démences pour 100 000 habitants	91,6	109,7	102,1	85,9	108,6	101,2	83,1	106,3	98,5	86,5	112,1	103,3
Nombre d'admissions en ALD pour maladies neurologiques (hors Alzheimer)	80	110	189	1 393	1 707	3 100	4 002	4 630	8 632	84 169	95 137	179 306

Taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies neurologiques (hors Alzheimer) pour 100 000 habitants	33,7	37,7	35,4	35,0	31,3	32,1	35,6	31,3	32,3	40,0	34,0	35,8
Nombre d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire	348	224	572	4 616	3 658	8 274	11 146	8 812	19 958	200 881	165 411	366 292
Taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire pour 100 000 habitants	140,8	82,6	107,7	106,2	67,8	84,2	93,4	59,5	74,1	90,5	59,6	72,8

### Recueil de données de santé spécifiques auprès de la PMI-Département de Seine-Maritime

Bilan de 3-4 ans Nutrition	CMS de FORGES-LES-EAUX		CMS de NEUFCHÂTEL – EN-BRAY		CMS de GOURNAY-EN-BRAY		CMS de SAINT-SAËNS		CMS de LA FEUILLE		CMS de LES GRANDES VENTES		CMS de LONDINIÈRES		Département de la Seine-Maritime	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Nombre d'enfants concernés	85	81	114	127	82	76	114	101	44	62	22	25	35	42	12 960	13 260
Nombre d'enfants vus	85	81	100	125	82	75	114	101	41	62	22	25	13	42	12 021	12 894
Nombre d'enfants en surpoids	NCSS	0	NCSS	NCSS	7	NCSS	NCSS	NCSS	NCSS	NCSS	NCSS	NCSS	NCSS	NCSS	350	366
Nombre d'enfants en obésité 2	NCSS	NCSS	0	NCSS	NCSS	NCSS	NCSS	NCSS	0	5	0	0	0	0	207	195
Nombre d'enfants pris en charge/suivis	0	0	NCSS	NCSS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	26

Recueil de données de santé spécifiques auprès de la PMI-Département de la Seine-Maritime dans le cadre de la réalisation du diagnostic préfiguratif au contrat Local de Santé du PETR du Pays de Bray

Bilan de 4 ans Année : 2013/2014/2015	CMS de FORGES-LES-EAUX		CMS de NEUFCHÂTEL-EN-BRAY		CMS de GOURNAY EN BRAY		CMS de SAINT-SAËNS		CMS de LA FEUILLIE		CMS de LES GRANDES VENTES		CMS de LONDINIÈRES		Département de la Seine-Maritime	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
<b>Audition : nombre d'enfants dépistés présentant un trouble auditif/ nombre d'enfants examinés</b>	14,29 %	15,38 %	9,78 %	3,20 %	25,00 %	21,33 %	15,18 %	0,99 %	25,00 %	16,13 %	57,14 %	4,00 %	15,38 %	2,38 %	10,60 %	9,27 %
<b>Vision : nombre d'enfants dépistés présentant un trouble de la vision/nb d'enfants examinés</b>	24,00 %	23,53 %	8,00 %	21,28 %	13,58 %	6,76 %	18,00 %	12,09 %	12,96 %	17,78 %	6,67 %	16,00 %	23,08 %	5,71 %	13,64 %	15,08 %
<b>Bucco-dentaire : nombre d'enfants ayant eu un examen bucco-dentaire et présentant des caries/nb d'enfants examinés</b>	7,06 %	4,94 %	9,00 %	1,60 %	9,76 %	10,67 %	6,14 %	8,91 %	2,44 %	12,90 %	13,64 %	0,00 %	7,69 %	4,76 %	6,06 %	6,49 %
<b>Couverture vaccinale : Nombre d'enfants présentant un retard de vaccinations/nb d'enfants examinés</b>	5,88 %	9,72 %	0,00 %	0,00 %	1,89 %	3,39 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	2,17 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	2,86 %	1,44 %	1,66 %

Recueil de données de santé spécifiques auprès de la PMI-Département de la Seine-Maritime dans le cadre de la réalisation du diagnostic préfiguratif au contrat Local de Santé du PETR du Pays de Bray

Bilan de 3-4 ans Autres	CMS de FORGES-LES-EAUX		CMS de NEUFCHÂTEL-EN-BRAY		CMS de GOURNAY EN BRAY		CMS de SAINT-SAËNS		CMS de LA FEUILLIE		CMS de LES GRANDES VENTES		CMS de LONDINIÈRES		Département de la Seine-Maritime	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
<b>Couverture vaccinale : Nombre d'enfants présentant un retard de vaccinations</b>	NCSS	7	0	0	NCSS	NCSS	0	0	0	0	0	0	0	NCSS	126	155
<b>Bucco-dentaire : nombre d'enfants présentant des caries</b>	6	NCSS	9	NCSS	8	8	7	9	5	NCSS	0	NCSS	NCSS	728	837	
<b>Audition : nombre d'enfants présentant un trouble auditif</b>	12	12	9	NCSS	20	16	17	NCSS	10	10	12	NCSS	NCSS	1216	1195	
<b>Vision : nombre d'enfants présentant un trouble de la vision</b>	18	12	NCSS	10	11	5	18	11	8	7	NCSS	NCSS	NCSS	0	2105	2401

NCSS : non communicable secret statistique (1 à 4 inclus)  
 ND : non disponible

# Parlez-nous de votre santé en Pays de Bray !

## ENQUÊTE DE SANTÉ SUR VOTRE TERRITOIRE

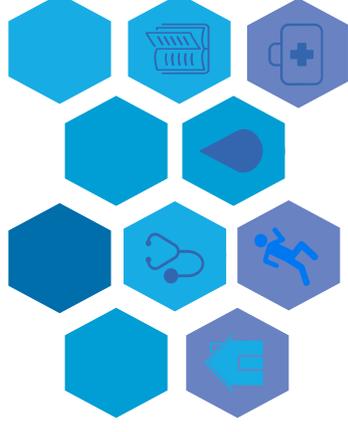
### Consacrez-nous 3 à 5 minutes Votre avis compte !

Merci de votre participation. Vous trouverez ce questionnaire :

- à l'accueil de votre mairie
- sur internet : [www.paysdebray.org](http://www.paysdebray.org)
- en flashant le QR Code



# Parlez-nous de votre santé en Pays de Bray !



Le Pôle d'Equilibre Territorial et Rural du Pays de Bray souhaite connaitre votre avis sur votre santé.  
Ce questionnaire est anonyme, facile à remplir et ne vous retiendras pas plus de 5 minutes.  
On compte sur vous !

**Veillez déposer les questionnaires une fois remplis dans cette pochette**

Nous vous remercions pour votre participation.

**Consacrez-nous 3 à 5 minutes  
Votre avis compte !**

Merci de votre participation. Vous trouverez ce questionnaire :

- à l'accueil de votre mairie
- sur internet : [www.paysdebray.org](http://www.paysdebray.org)
- en flashant le QR Code



Étude de la perception et de l'état de santé de la population du Pays de Bray



## Parlez-nous de votre santé !

Le territoire du Pays de Bray vous invite à participer à une enquête santé.

**Consacrez-nous cinq minutes,  
répondez à ce questionnaire simple et rapide.**

**Ce questionnaire est anonyme.**

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seul votre avis compte.

### Informations personnelles :

Pour les besoins de l'étude, nous souhaitons connaître les éléments suivants :

Âge :	Sexe :
Commune :	
Avez-vous un emploi :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En étude
Temps partiel :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel est votre niveau d'étude ?	
<input type="checkbox"/> Baccalauréat général, technologique ou professionnel	<input type="checkbox"/> Étude supérieure (licence, master...)
<input type="checkbox"/> CAP/BEP	<input type="checkbox"/> Aucun diplôme (ou brevet des collèges)



## A. La qualité de vie

1. Selon vous, votre état de santé est :

- Très bon       Plutôt bon       Plutôt mauvais       Mauvais

2. Selon vous, comment qualifieriez-vous votre alimentation ?

- Très bonne       Plutôt bonne       Plutôt mauvaise       Mauvaise

3. À quelle fréquence faites-vous une activité physique ?

- Plus de 3 fois la semaine       1 à 2 fois par semaine       1 à 2 fois par mois       Jamais

4. Selon vous, quelles sont les raisons qui limitent vos pratiques sportives?

---

5. Vous arrive-t-il de vous sentir régulièrement :

- fatigué(e) :       oui       non       NSP<sup>3</sup>  
angoissé(e) :       oui       non       NSP

6. Vous arrive-t-il d'avoir des troubles du sommeil :

- Régulièrement       Occasionnellement       Rarement       NSP  
Des idées noires :  
 Régulièrement       Occasionnellement       Rarement       NSP

7. Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ou une substance psychoactive<sup>2</sup> lorsque vous ne vous sentez pas bien ?

- Très régulièrement       Occasionnellement       Jamais       NSP

8. Qualifieriez-vous votre entourage (famille, amis..) de :

- Suffisant       Faible       Inexistant

## B. Les droits de santé

9. Disposez-vous d'une mutuelle ?

- oui       non

Si non, pourquoi ? .....

Si oui, est-elle la couverture maladie universelle (CMU-C) ?

- oui       non

Si oui, est-elle l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) ?

- oui       non

10. Vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés lors de vos démarches administratives de santé ?

- oui       non

Si oui, lesquelles ? .....

---

11. Avez-vous déjà bénéficié d'un accompagnement social sur rendez-vous (ex: CPAM/ MSA) ou d'un accompagnement en ligne<sup>3</sup> ?

- oui       non

<sup>1</sup> Ne se prononce pas.

<sup>2</sup> Substance qui peut agir sur les comportements, les perceptions, l'humeur ou l'activité mentale du consommateur (tabac, cannabis, ...).

<sup>3</sup> Sur internet.

## C. Les accès aux soins de santé

12. En général, avez-vous des difficultés pour obtenir un rendez-vous avec votre médecin généraliste?  oui  non

Si oui, pour quelle(s) raison(s)?  Délai pour rdv  Pas ou peu de secrétariat médical

Pas ou peu de visite à domicile  Manque de solutions pendant son absence (vacances...)

Autre :

13. En général, avez-vous des difficultés pour obtenir un rendez-vous avec un cabinet infirmier?  oui  non

14. En général, avez-vous des difficultés pour obtenir un rendez-vous avec un dentiste?  oui  non

15. Si vous avez rencontré des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un dentiste ou un infirmier, quelle(s) sont la ou les raisons? :

Délais d'attente trop long  Manque de transport / Éloignement géographique

Manque d'information  Autre :

16. Avez-vous des difficultés pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste ?  oui  non

Si oui, pour quelle(s) raison(s)?

Délais d'attente trop longs  Manque de transports / Éloignement géographique

Manque d'informations  Autre :

Si oui, quel type de spécialiste?

Ophtalmologue  Diététicien  Pédiacre/podologue

Dermatologue  Cardiologue  Autre :

17. Avez-vous déjà dû renoncer à un soin/service (dentiste, kinésithérapie, aides à domicile...)?

oui  non

Si oui, pourquoi? Préciser le soin : .....

Reste à charge trop élevé  Choix personnel  Délais d'attente

Éloignement géographique  Manque de transports  Autre :

18. Quel mode de déplacement utilisez-vous le plus fréquemment pour vous rendre chez un professionnel de santé ?

À pied  Avec votre voiture  Avec la voiture d'un proche

En taxi  En transport en commun  Autre :

19. Le temps de transport vous permettant de vous rendre chez votre médecin généraliste (médecin traitant) vous paraît trop long s'il dépasse :

Les 10 minutes  Les 30 minutes  Plus d'une heure

4 Plusieurs réponses possibles

## D. La prévention en santé

20. Pouvez-vous citer une campagne de prévention en faveur de la santé ?

21. Citez 3 éléments<sup>5</sup> qui influent positivement sur votre santé ?

- 
- 
- 

22. Citez 3 éléments qui influent négativement sur votre santé ?

- 
- 
- 

23. Avez-vous déjà fréquenté un des lieux suivants:  CSAPA<sup>6</sup>  PMI

Centre de planification  Consultation Jeunes Consommateurs

24. Participeriez-vous à:

- Des réunions ponctuelles sur des thèmes : nutrition, maladies chroniques, addictions, hygiène bucco-dentaire  oui  non

- Des ateliers collectifs : préparation au diplôme de secourisme, bien vieillir, exercice physique...  oui  non

25. Parmi les thèmes suivants, quels sont ceux pour lesquels vous souhaiteriez avoir davantage d'informations ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> La vaccination, les épidémies (grippe...), les dépistages     | <input type="checkbox"/> Les cancers, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies cardio-vasculaires |
| <input type="checkbox"/> L'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire, l'exercice physique | <input type="checkbox"/> La santé mentale (dépression, Alzheimer...) et les addictions                     |
| <input type="checkbox"/> Les maladies chroniques, le diabète, les maladies de la vue   | <input type="checkbox"/> Les maladies professionnelles   |
| <input type="checkbox"/> L'accès aux droits (compte Ameli en ligne CPAM)               | <input type="checkbox"/> Autre :   |

Nous vous remercions pour la qualité et le sérieux de vos réponses.

Si vous souhaitez être informé des résultats de l'étude, veuillez nous laisser votre adresse mail<sup>5</sup>: .....

Commentaires: .....

.....

<sup>5</sup> Causes jouant un rôle dans le déclenchement ou l'évolution de votre état de santé

<sup>6</sup> Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

<sup>7</sup> Cette adresse mail ne sera utilisée qu'à cette fin et en aucun cas pour du démarchage publicitaire.

mai 2017



**\*GUIDE D'ENTRETIEN EXPLORATOIRE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS (INDIVIDUEL)**

**I. Présentation structure**

Date :	Nom structure :
--------	-----------------

Personne(s) référente(s) :	Service :
Fonction :	
Adresse :	
Téléphone :	M@il :

Missions de la structure :

Nombre et profil des professionnels :

Public et spécificité(s) accueillis :

Tranche d'âge :

File active (Ensemble des patients vus au moins une fois pendant la période de référence (généralement l'année) par un ou plusieurs membres des équipes soignantes, quels que soient le nombre et la durée des prises en charge) :

Problèmes de santé spécifiques :

Partenaire, réseau, médecin :

Orientations :

Information / Formation :



## II. Vision du territoire

- 1) Selon vous, sur le territoire quels sont les principaux problèmes de santé de la population ?
- Dans votre périmètre d'intervention
  - Sur le Pays de Bray

Relances :

- En termes d'accès aux soins
  - ↗ Connaissance des droits (votre public est-il bien informé) ?
  - ↗ Problèmes liés aux remboursements ?
  - ↗ Accès aux soins de 1<sup>er</sup> recours ?
  - ↗ Autres problèmes d'accès aux soins ? géographique, délais d'attente, ...
- En termes de santé mentale
  - ↗ Connaissance des ressources ? Où orienter les personnes ?
  - ↗ Visibilité de l'offre ?
  - ↗ Freins et/ou barrières à aller voir un psychiatre ou psychologue ?
  - ↗ Problématiques d'addictions ? Autres ? Violence ?
- Au niveau de publics spécifiques : personnes âgées (PA)
  - ↗ Ressources sur le territoire ?
  - ↗ Problématique d'isolement des PA ?
  - ↗ Quid des services à domicile ?
  - ↗ Autres problèmes connus liés aux PA ?
- Au niveau de publics spécifiques : femme enceinte / enfants / jeunes
  - ↗ Accès aux moyens de contraception ?
  - ↗ Suivi des grossesses ?
  - ↗ Problématiques de nutrition, vaccination ... ? Autres ?
  - ↗ Aide/soutien à la parentalité ?
  - ↗ Problématiques de conduites addictives ?



2

### III. Définition des priorités

- 1) Selon vous, quels seraient sur le territoire les 3 problèmes de santé prioritaires ? Thème/public ?
  - Problème 1 :
  - Problème 2 :
  - Problème 3 :
- 2) Avez-vous connaissance d'actions développées pour y répondre ? Lesquelles ?
- 3) Selon vous, afin d'améliorer ces problèmes, quelles seraient les actions prioritaires à développer ?
  - Action 1 :
  - Action 2 :
  - Action 3 :
- 2) D'après vous, sur quelles ressources (acteurs/structures/dispositifs) pourrait-on s'appuyer pour développer ces actions ?

### IV. Articulation des différents acteurs

- 4) Quelles sont les difficultés (y'a-t-il des manques/incohérence/redondance/axes prioritaires /dynamiques entre acteurs) que vous rencontrez ?
- 5) Quels seraient vos besoins ou solutions aux difficultés que vous rencontrez ?
- 6) Quelles ressources identifiez-vous pour favoriser la prévention ou développer la santé des habitants ?
  - Sur votre territoire d'intervention
  - Sur le périmètre du Pays de Bray
- 7) Un des principes du Contrat Local de Santé est la consultation et la participation de la population. Pourriez-vous nous y aider ?
- 8) Participation aux groupes thématiques ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Remise d'un bilan d'activités ou recueil de données quantitatives

Oui Non







**Pôle d'équilibre territorial et rural  
du Pays de Bray**

Maison des services  
Boulevard Maréchal Joffre  
76270 Neufchâtel-en-Bray

02.32.97.56.14  
contact@paysdebray.org  
www.paysdebray.org

