



Réseau Local de Promotion
de la Santé
Pays Avre, Eure et Iton



Centre Hospitalier de Verneuil-sur-Avre

Diagnostic Local Partagé de Santé

décembre 2010

REMERCIEMENTS

Sans le concours de l'ensemble des professionnels, des bénévoles et des citoyens du sud de l'Eure, l'élaboration partagée de ce diagnostic local de santé n'aurait pu avoir lieu.

Leurs témoignages passionnés, leurs regards expérimentés et leur sens critique concernant les problématiques socio-sanitaires du territoire ont offert au Réseau Local de Promotion de la Santé un contenu d'une grande richesse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
<i>Les Réseaux Locaux de Promotion de la Santé</i>	4
<i>Santé et promotion de la santé</i>	9
<i>La prévention</i>	12
<i>L'éducation pour la santé</i>	14
<i>La santé en réseau(x)</i>	14
MÉTHODOLOGIE du diagnostic local partagé de santé	17
<i>Le Territoire du Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton</i>	21
<i>Le Pays d'Avre d'Eure et d'Iton</i>	22
<i>Le territoire du « sud de l'Eure »</i>	24
PANORAMA DÉMOGRAPHIQUE LOCAL	26
DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES	29
<i>Un portrait local contrasté</i>	29
<i>La perte d'autonomie liée à l'âge et au handicap</i>	37
DONNÉES SANITAIRES	41
<i>Les indices de mortalité</i>	41
<i>Mortalité prématurée, mortalité évitable?</i>	47
<i>Les admissions en affections de longue durée</i>	52
<i>L'offre locale de soins</i>	54
<i>Santé et territoires, divers projets dans le sud de l'Eure</i>	63
LES PRIORITÉS LOCALES DE SANTÉ	65
<i>Le regard des professionnels et des bénévoles</i>	65
<i>Synthèse des entretiens</i>	65
<i>Analyse des questionnaires à destination de la population</i>	70
<i>Présentation des échantillons</i>	70
<i>Synthèse des résultats</i>	73
<i>Analyse des comportements individuels</i>	75
<i>Vers un programme d'action pluriannuel en promotion de la santé</i>	86
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	88
ANNEXES	96

LES RÉSEAUX LOCAUX DE PROMOTION DE LA SANTÉ

HISTORIQUE

La mise en œuvre d'un réseau local pour la coordination des actions de prévention sur les territoires de proximité a débuté il y a plus d'une décennie en Haute-Normandie. Dès 1998 en effet, a été créé un « Carrefour Santé » sur le territoire de Bolbec. De cette première entité se sont inspirées, en 2003, les « coordinations santé » impulsées par le [Plan Régional de Santé Publique](#) (PRSP) et son [Schéma Régional d'Éducation pour la Santé](#) (SREPS).

Le 9 août 2004, la loi relative à la politique de santé publique, a favorisé le développement des actions de prévention et d'accès à l'éducation à la santé pour tous. Dans cette perspective, la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS) de Haute-Normandie a impulsé la création de Réseaux Locaux de Promotion de la Santé¹ (RLPS) à l'échelle des Pays et des Agglomérations d'une part, des Ateliers Santé Ville (ASV), au sein des quartiers prioritaires au titre de la « Politique de la Ville », d'autre part.

Progressivement, cinq ASV ont vu le jour sur le territoire haut-normand dans le cadre des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS)². La couverture de la Région par ces Réseaux s'est poursuivi tout au long de la décennie à des vitesses et selon des modalités variables. *« Certains RLPS, tel celui d'Elbeuf, ont été transformés, à partir de 2007, en ASV. L'ASV de Rouen préexistait au CUCS de l'agglomération Rouennaise. Certains RLPS fonctionnent donc déjà depuis une dizaine d'année. D'autres [comme le RLPS du Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton] ont seulement quelques mois d'existence ».*³

Ayant pris connaissance de cette dynamique, le Centre hospitalier de Verneuil-sur-Avre, représenté par son Directeur au sein du Directoire du Conseil de Développement du Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton, a engagé dès 2008 une action d'information et de concertation auprès des élus et des membres du Conseil de Développement du territoire. Ce travail a permis de déclencher des « réponses de principe » positives auprès des partenaires potentiels, et a vocation à être confirmé par la réalisation d'un diagnostic local partagé de santé, première étape d'un processus visant à la formalisation d'un programme pluriannuelle d'actions en promotion de la santé.

Adoptée le 21 juillet 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »⁴ portant réforme de l'hôpital, marque un tournant dans la mise en œuvre des politiques de santé publique. À travers la création des [Agences Régionales de Santé](#) (ARS), cette loi a organisé le regroupe-

¹ Cette dénomination est propre au territoire haut-normand.

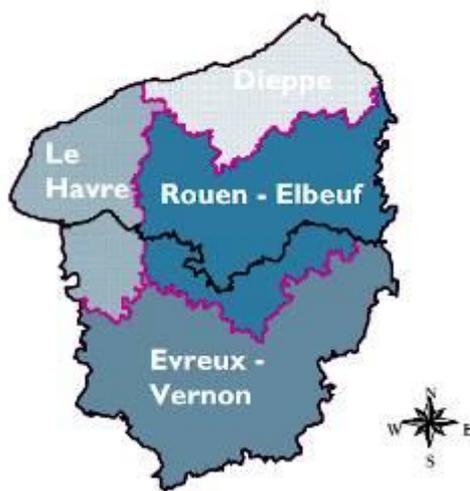
² Le fonctionnement des ASV est régi par la [circulaire du 4 septembre 2006](#).

³ [« La place des réseaux territoriaux de santé dans la promotion de la santé en Haute-Normandie »](#), RLPS/ASV de Haute-Normandie, mars 2009, p.1.

⁴ Lire notamment [« La Loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre »](#), Ministère de la Santé, novembre 2010.

ment en une seule et même entité des anciennes Direction Départementales et Régionales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDAS, DRASS), de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) ainsi que des diverses caisses d'assurance maladie (CRAM, URCAM, etc.). Consacrant la Région comme échelon pivot pour la mise en œuvre des politiques sanitaires, la loi a par ailleurs renforcé une dynamique territoriale d'élaboration et d'implémentation des actions de prévention et promotion de la santé. Conduites addictives, obésité, inégalités sociales de santé, ces axes d'intervention privilégiés par les rapports nationaux doivent aujourd'hui trouver écho dans l'expérience des acteurs des territoires, afin qu'en appui sur les ARS, des réponses innovantes et adaptées aux spécificités locales puissent être développées.

Fig.1 : Les Territoires de Santé



Source : ARS de Haute-Normandie

Dans ce rapprochement des logiques curatives et préventives, l'ARS de Haute-Normandie a formalisé ses ambitions par la création d'un pôle « Prévention et Promotion de la Santé » auxquelles sont dorénavant rattachés les RLPS et ASV. Sur chacun des « territoires de santé » définis dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) intervient une équipe pluridisciplinaire⁵ chargée d'accompagner les coordonnateurs des RLPS et ASV dans leur mission. Chacun des professionnels œuvrant au sein du pôle Prévention et Promotion de la Santé est par ailleurs référent sur une ou plusieurs thématiques spécifiques (addictions, périnatalité etc.). Au cours de l'année 2011, l'ARS pilotera la réalisation d'un [Projet Régional de Santé](#)⁶ (PRS) fixant les objectifs pluriannuels de la Politique Régionale de Santé.

⁵ Un(e) secrétaire, un chargé de mission et un médecin compose cette équipe. La nouvelle organisation de l'ARS : http://www.ars.sante.fr/fileadmin/HAUTENORMANDIE/rubriques/VotreARS/Presentation/organigramme_ARS_100910.pdf

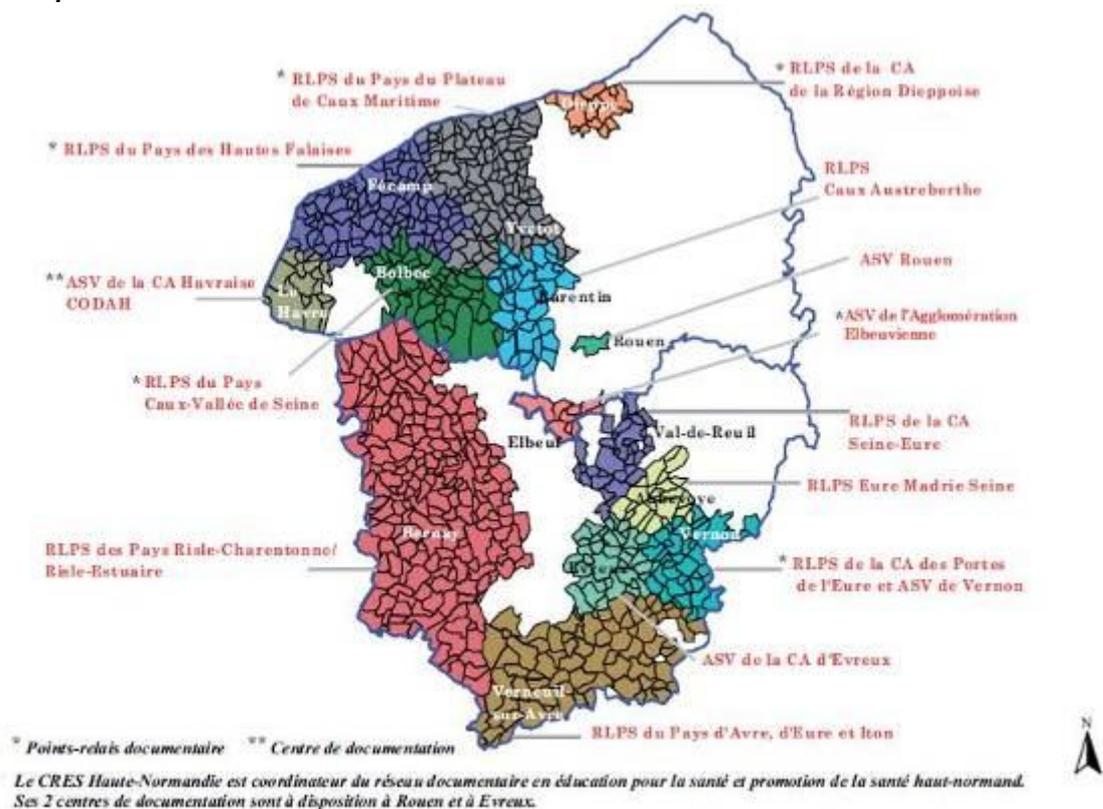
⁶ Articles L. 1434-1 à L. 1434-16 du code de la santé publique, Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé.

Outre les différences qui caractérisent leur territoire d'ancrage (des contextes urbains ou ruraux, des géométries variables), **les Réseaux peuvent être portés par des structures diverses**, à savoir des centres hospitaliers ou hôpitaux locaux, des communes ou des Etablissement Publics de Coopération Intercommunale (EPCI), des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ou encore des associations. Ces structures emploient le coordonnateur du RLPS et participent à son financement. À cet égard, les RLPS « *ont chacun leur mode propre de financement, généralement sous la forme d'un pluri-financement* »⁷. Le Réseau Local de Promotion de la Santé du Pays d'Avre d'Eure et d'Iton fonctionne sous la base d'un **financement annuel tripartite** avec des apports de :

- l'Agence Régionale de la Santé de Haute-Normandie ;
- du **Conseil Régional de Haute-Normandie** dans le cadre du contrat de Pays passé avec le syndicat mixte du **Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton** ;
- du **Centre Hospitalier de Verneuil-sur-Avre**, structure porteuse du Réseau.

L'ensemble des Réseaux sont soumis à un renouvellement annuel des demandes de financement permettant leur fonctionnement, une situation incertaine et inconfortable pour consolider, dans la durée, le travail de collaboration avec les partenaires du territoire.

Fig.2 : Implantation des Réseaux Locaux de Promotion de la Santé et Ateliers Santé Ville en Haute-Normandie



⁷ « La place des réseaux territoriaux de santé dans la promotion de la santé en Haute-Normandie », p.3

Le RLPS du Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton s'appuie sur deux instances :

- ↳ **Le Comité Technique** réunit les acteurs locaux de divers champs (sanitaire, social, éducatif, culturel, politique, associatif). Il marque l'ancrage du Réseau dans son territoire. Il en témoigne des spécificités et des enjeux. Il offre un retour critique sur l'action mise en œuvre par le coordinateur.
- ↳ **Le Comité de Pilotage** réunit les responsables et/ou représentants des institutions régionales et départementales financeurs et/ou partenaires du Réseau. Il valide les grandes orientations, opérationnelles et budgétaires de l'action du Réseau.

À partir de 2011, en fonction des thématiques de santé prioritaires identifiées par le présent diagnostic, des groupes thématiques de travail auront pour mission l'élaboration d'un programme pluriannuel d'actions en promotion de la santé.

Dans le cadre du **Pôle Libéral de Santé Publique, un médecin généraliste a accepté en 2010 de devenir référent du RLPS**. Les missions de ce médecin sont les suivantes :

- ↳ Apporter un conseil médical auprès du coordonnateur ;
- ↳ Promouvoir le RLPS auprès des confrères (organisation de soirées d'information) ;
- ↳ Représenter les médecins libéraux lors des comités de pilotage ou comités techniques ;
- ↳ Participer aux groupes thématiques de travail ;
- ↳ Intervenir pour promouvoir la santé auprès de différents publics concernés par l'action du Réseau.

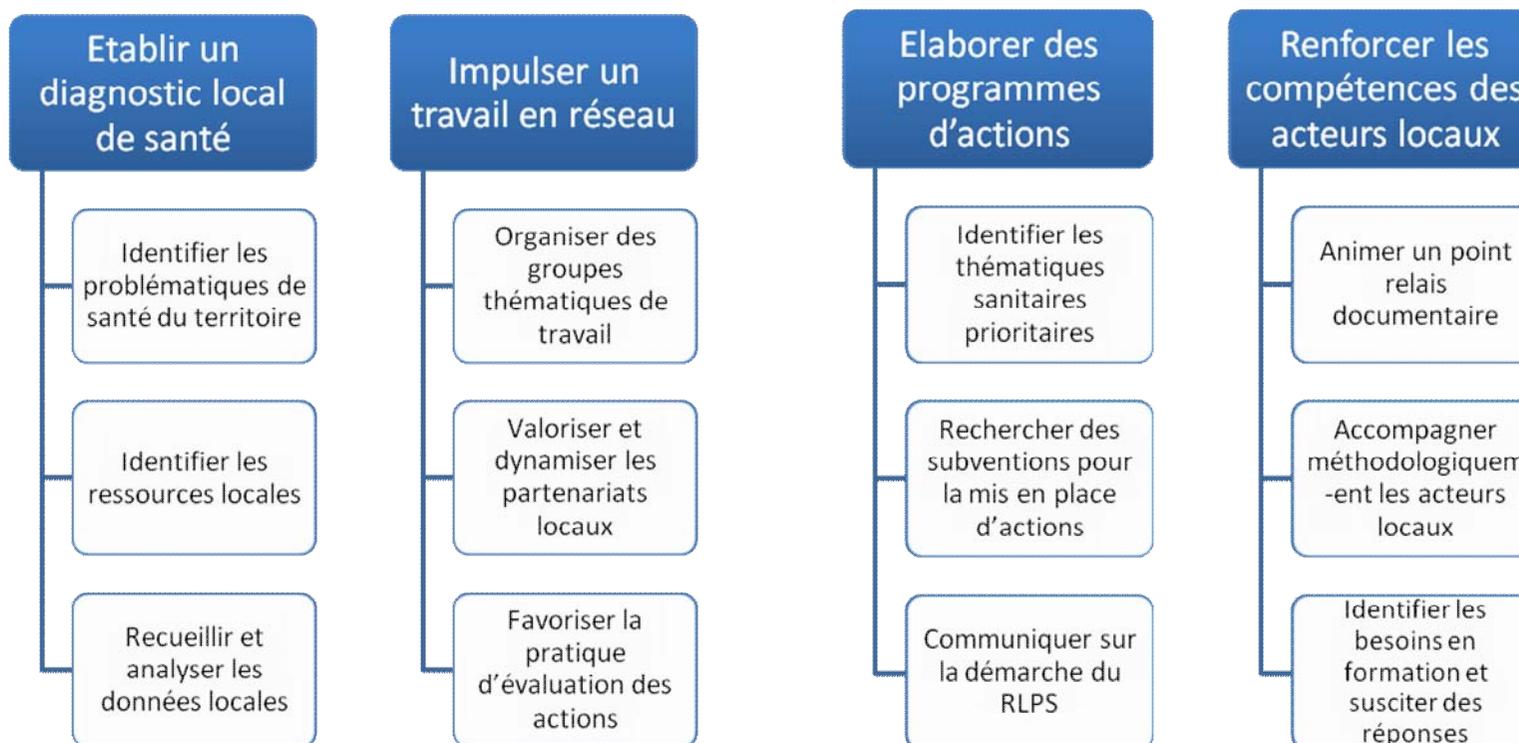
Sur un plan régional, l'ensemble des coordonnateurs RLPS et ASV se rencontrent plusieurs fois l'année, à l'initiative de l'ARS ou à leur propre initiative. L'objectif est de tendre vers l'harmonisation des pratiques entre les RLPS et ASV.

LES MISSIONS

L'horizon commun vers lequel tendent l'ensemble des RLPS et ASV de Haute-Normandie est la **coordination locale des actions de promotion de la santé**. Ces projets visent à **offrir une réponse sanitaire locale adaptée aux besoins** exprimés par **la population** ainsi qu'**aux ressources du territoire** afin, qu'à terme, **le niveau de qualité de vie sanitaire et sociale s'accroisse**.

L'action des Réseaux et Ateliers peut se décliner selon les 4 piliers de missions suivants :

Fig.3 : Les missions des RLPS et ASV



SANTÉ ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Impulsée dès 2003 en Seine-Maritime, la coordination des acteurs locaux en promotion de la santé poursuit son développement sur l'ensemble du territoire haut-normand. Néanmoins, pour beaucoup de professionnels, élus et citoyens, le sens d'une telle démarche demeure abstrait. À l'entame de ce diagnostic, nous nous attacherons donc à définir chacun des concepts sur lesquels se fonde l'action des RLPS et ASV.

La définition de la Santé, aujourd'hui véhiculée dans les programmes régionaux de prévention, éducation et promotion de la santé est le fruit d'une évolution qui a vu son sens s'élargir au cours du siècle dernier.

Droit fondamental inscrit dans la Constitution de la Cinquième République⁸ dès 1946, réaffirmé dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948⁹, la Santé telle que la définit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946 n'a pas été modifiée¹⁰. Cette définition s'est adaptée aux évolutions sociétales de la fin du 20^{ème} siècle et a donnée naissance à d'autres concepts dont la promotion de la santé. En qualifiant la Santé d'« **état de bien-être complet, physique, mental, psychique et social qui ne se résume pas à l'absence de maladie ou d'infirmité** », l'OMS a introduit une **conception globale**¹¹ et **positive** de la Santé très largement reprise au cœur des principes fondateurs de la promotion de la santé.

Dès la fin des années 70, les textes fondamentaux¹² définissant la promotion de la santé, ont renforcé une **approche active** de la Santé conçue non comme « *le but de la vie mais une ressource de la vie quotidienne [...] Pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social, l'individu et le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, évoluer avec son milieu ou s'y adapter* ».

Ainsi, la promotion de la santé est le processus par lequel il est donné aux individus les possibilités d'accroître leur maîtrise sur les déterminants de leur santé. La promotion de la santé est par conséquent ancrée sur une définition de la Santé qui implique **une pluralité de déterminants individuels (des modes de vie) et collectifs (des conditions de vie).**

⁸ Article 10 et 11 de la constitution : « *La Nation [...] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé.* »

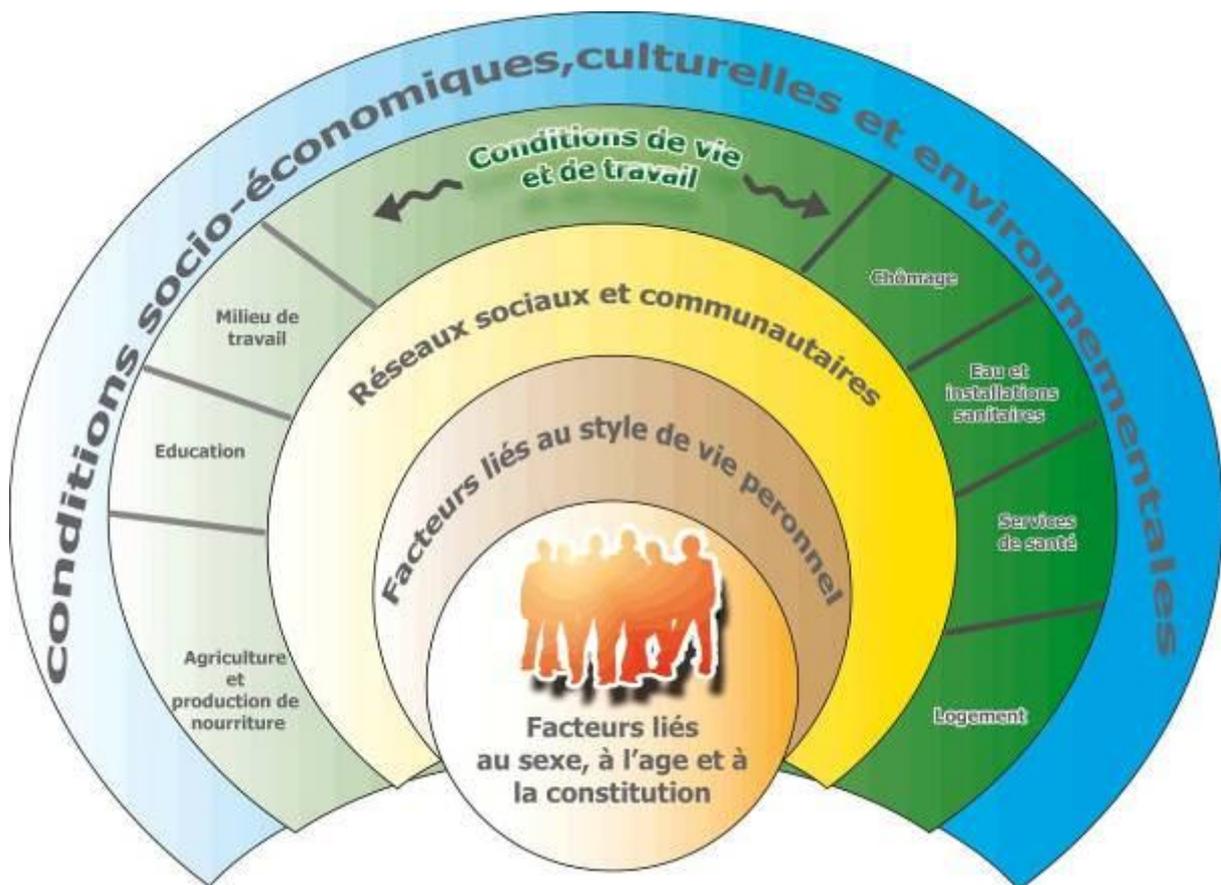
⁹ Article 25 de la constitution.

¹⁰ [Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé](#) adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

¹¹ On parle aujourd'hui de « santé globale » pour qualifier la santé de l'être humain en société et ses multiples déterminants.

¹² [Déclaration d'Alma-Ata](#) (1978), [Charte d'Ottawa](#) (1986), [Déclaration de Jakarta](#) sur la promotion de la Santé (1997), [Charte de Bangkok](#) (2005).

Fig.4 : Les principaux déterminants de santé



Source : Dahlgren, G. (1995) *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Vol. 11 – Intersectoral Action for Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*

Chacun des déterminants potentiels de la santé repris ci-dessous est porteur de divers enjeux qui impactent la conception des actions en promotion de la santé. Ces enjeux peuvent en être la cause, le but ou encore constituer un frein à leur développement.

→ **Les conditions de vie collectives socio-économiques, culturelles et environnementales :**

- ↳ La structure et l'évolution démographique de la population ;
- ↳ L'environnement (en tant qu'écosystème biologique, physique, chimique) ;
- ↳ Les ressources alimentaires (quantité et qualité de la production agro-alimentaire) ;
- ↳ Les valeurs et normes sociales ;
- ↳ La religion ;
- ↳ Les conditions d'accès à l'éducation ;
- ↳ Les conditions d'accès et de vie au travail ;
- ↳ La qualité du logement.

→ **Les réseaux sociaux et communautaires :**

- ↳ L'hérédité génétique ;

- ↳ Le cercle familial et amical ;
- ↳ L'éducation ;
- ↳ Les phénomènes de discrimination sociale, culturelle.

→ **Les styles de vie individuels :**

- ↳ L'alimentation ;
- ↳ L'hygiène de vie (sommeil, rythme de vie) ;
- ↳ La consommation d'alcool, de tabac et autres substances ;
- ↳ L'activité sportive ;

→ **Les conditions de travail :**

- ↳ Le chômage ;
- ↳ La pénibilité des métiers ;
- ↳ Le niveau de revenu ;
- ↳ Les relations professionnelles ;
- ↳ Le transport domicile, emploi (temps, mode et conditions de transport).

→ **L'organisation du système de soins :**

- ↳ Le maintien, la répartition de l'offre de soins sur un territoire ;
- ↳ Le coût des frais liés à la santé.

Eu égard aux multiples éléments qui déterminent la santé, on mesure combien le champ de la promotion de la santé est vaste. Aussi, **peut être considérée comme une action de promotion de la santé, toute entreprise individuelle ou collective qui agit « positivement » sur au moins un déterminant de la santé.**

Pour guider les acteurs dans leurs démarches visant à promouvoir la santé, **la charte d'Ottawa (1986) a retenu cinq axes stratégiques :**

- 1. Elaborer des politiques publiques saines** (industrielle, écologique etc.) ;
- 2. Créer des milieux de vie** favorables à la santé (environnement, conditions de travail) ;
- 3. Renforcer** la santé communautaire, à savoir **l'implication réelle des citoyens** dans les décisions qui impactent leur santé (empowerment) ;
- 4. Permettre aux individus d'acquérir** et de **développer des compétences individuelles** (éducation pour la santé) ;
- 5. Réorienter les services de santé** pour qu'ils favorisent, sur un mode partenarial, la mise en œuvre de projets sanitaires.

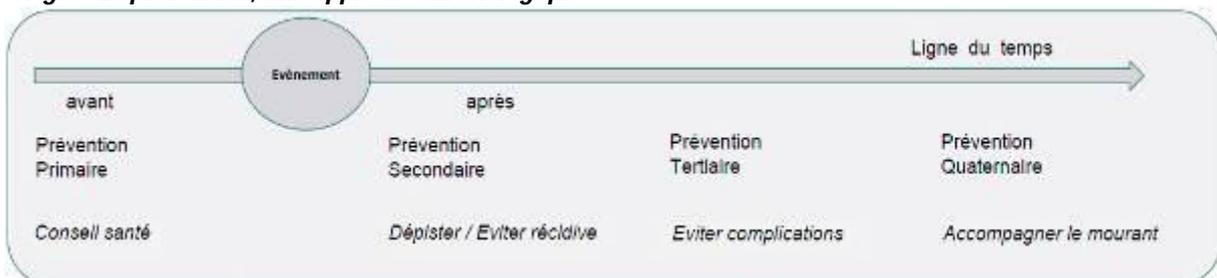
LA PRÉVENTION

Mieux vaut-il prévenir que guérir ? « Si la prévention améliore la santé et sauve des vies, la plupart des économistes¹³ de la santé demeurent circonspects quant à ses effets financiers »¹⁴. Comme sa capacité de régulation économique du système sanitaire, les effets thérapeutiques de la prévention demeurent complexes à évaluer dans la mesure où ils sont soumis aux variations des comportements individuels. Afin de mieux cerner ce que peut-être la « prévention », on peut la définir selon les trois typologies suivantes :

1. **Une typologie chronologique**, en fonction du moment où l'altération de l'état de santé intervient. On parlera alors de :

- ↳ **Prévention primaire** : Investir au présent pour éviter l'occurrence d'un risque futur → *éducation pour la santé* ;
- ↳ **Prévention secondaire** : Amoindrir les conséquences d'un risque déjà apparu en traitant précocement → *dépistage* ;
- ↳ **Prévention tertiaire** : Amoindrir l'invalidité associée aux maladies chroniques → *éducation thérapeutique* ;
- ↳ **Prévention quaternaire** : Améliorer la qualité de fin de vie, accompagner le mourant¹⁵ → *soins palliatifs*. La prévention quaternaire est aussi définie comme « l'ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables ».

Fig.5 : La prévention, une approche chronologique¹⁶



¹³ Lire notamment LE PEN C. (2005), « La prévention, une solution pour réaliser des économies ? », *Concours médical*, 127(18).

¹⁴ GERBER S.-L. (2010), « Maladies de société et recherche des stratégies de prévention les plus efficaces », *Nouvelles approches de la prévention en santé publique*, Centre d'Analyse Stratégique.

¹⁵ BURY J. (1988), *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles, De Boeck université

¹⁶ JAMOULLE M. (2010), « De la prévention chronologique à la prévention relationnelle ; la prévention quaternaire comme tâche du médecin de famille », *Les Rencontres Prescrire, pour des soins de qualité accessibles*, Bruxelles.

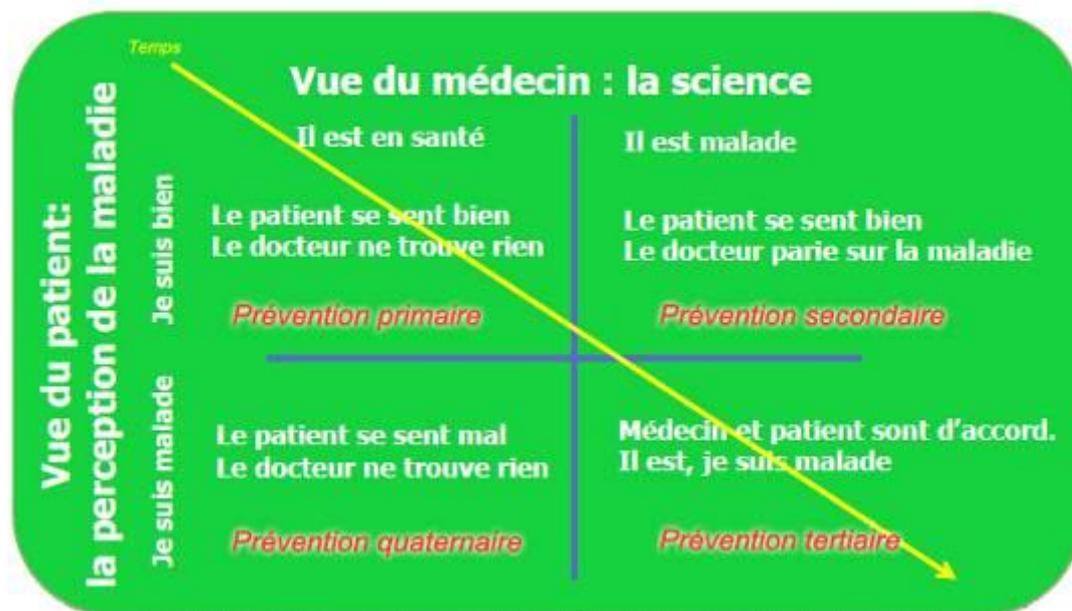
2. **Une typologie selon la population concernée**¹⁷, on parlera alors de :

- ↳ **Prévention universelle** : elle concerne la population dans sa globalité ;
- ↳ **Prévention sélective** : elle porte sur des groupes potentiellement exposés ;
- ↳ **Prévention ciblée** : elle est l'accompagnement des individus dans la gestion de leur traitement → *éducation thérapeutique*.

3. **Une prévention dite « relationnelle »**

Les stades de prévention (primaire...) ne se définissent pas uniquement par rapport au moment où survient la maladie mais aussi par **le regard que médecin et patient vont porter sur la situation** (une perception partagée sur l'état de santé).

Fig.6 : La prévention relationnelle¹⁸



¹⁷ Typologie établie par Robert Gordon.

¹⁸ JAMOULLE M., op. cit.

L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

L'éducation pour la santé peut être définie comme « *l'ensemble des actions qui offrent la possibilité à chaque individu tout au long de sa vie d'acquérir ou d'améliorer les compétences lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la communauté* »¹⁹. Ces actions comprennent :

- ↳ la transmission de savoirs, de connaissances ;
- ↳ l'acquisition de savoir-faire, de savoir-être ;
- ↳ le développement des capacités à pouvoir faire et faire savoir (l'individu devient promoteur de sa santé et de celles des autres)²⁰.

L'éducation thérapeutique, de plus en plus impulsée par les politiques de santé²¹ peut être intégrée à ce champ. Elle favorise « *l'autonomie d'un patient atteint d'une pathologie chronique* »²².

L'éducation des citoyens à l'organisation du système de soins, dans une certaine mesure, favorise le contrôle des individus sur leur état de santé. Sensibiliser les populations concernant leur droit à la santé (la CMU par exemple), ou leur possibilités d'orientation (accès aux soins) en est une bonne illustration.

LA SANTÉ EN RÉSEAU(X)

En santé publique comme dans l'ensemble des sphères de la vie en collectivité, les notions de réseau, partenariat ou encore de coordination ont pris leur essor au cours des dernières décennies. La multitude des définitions existantes illustre parfaitement la variété et la complexité des formes de réseaux observables. Dans le champ sanitaire, l'OMS a défini le partenariat comme *un « groupement d'individus, d'organisations et d'organismes structuré de façon non hiérarchique autour de questions ou de préoccupations communes, qui font l'objet d'une action préventive et systématique reposant sur une volonté d'agir et la confiance »*. Des lignes d'un glossaire aux réalités d'un terrain, le travail en réseau voit néanmoins son sens muter et s'adapter aux enjeux des territoires²³.

En France aujourd'hui, professionnels, élus et citoyens, observent tous les limites de notre système de soins de premier recours. Dans l'Eure, l'appauvrissement des effectifs en médecins, la progressive mutation des établissements hospitaliers conduisent, en ville comme en campagne à des situations particulièrement critiques. Dans ce contexte, les professionnels sanitaires et médico-sociaux s'organisent pour garantir une prise en charge globale de la

¹⁹ DRASS de Bourgogne, 2002, [Glossaire utilitaire en éducation pour la santé](#), p16.

²⁰ On parle aussi d' « empowerment individuel ».

²¹ Lire notamment le rapport remis à R.BACHELOT en sept 2008, [Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient](#).

²² Article L.1161-1 de la [loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009](#).

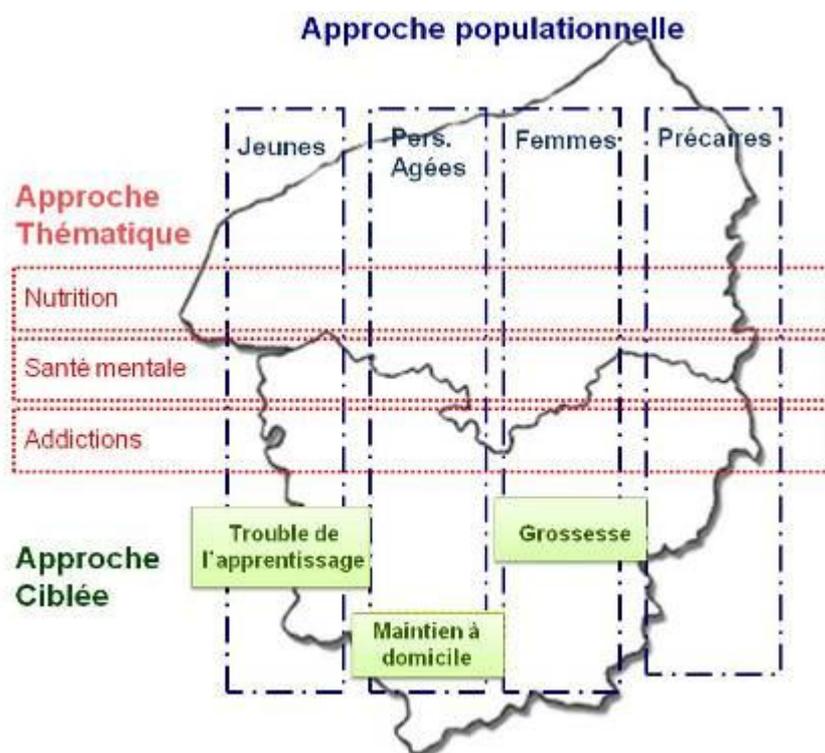
²³ OMS, 1999, *Glossaire de la Promotion de la santé*

personne tant sur un plan curatif que préventif. Plus que jamais, la santé semble devoir être pensée en réseau : mieux se connaître, mieux se comprendre pour mieux orienter et accompagner les personnes.

La diversité des formes de travail en réseau se caractérise par :

- ↳ **Différentes échelles de territoire couvert et par conséquent de taille des réseaux** - la mise en réseau des professionnels de santé à l'échelle d'une commune (Maisons et Pôles de santé pluriprofessionnels), le suivi des patients atteints d'une pathologie spécifique sur l'ensemble d'une région (sclérose en plaque, diabète, asthme par exemple)²⁴.
- ↳ **Le degré de transdisciplinarité.** Les réseaux de soins réunissent des professionnels de santé compétents autour d'une thématique donnée, les RLPS fédèrent des professionnels d'horizons variés.
- ↳ **Les sources de financement et les modes de régulation juridique ;**
- ↳ **La finalité, les objectifs** (préventifs et/ou curatif, organisationnel, économique) ;
- ↳ **Les personnes ressources et structures porteuses ;**
- ↳ **L'approche retenue tel que le montre le schéma ci-dessous :**

Fig.7 : Les réseaux de santé publique, diversité des approches²⁵



²⁴ [Le Réseau RES-SEP](#)

²⁵ D^r REVILLON M., URML Haute-Normandie, exploitation RLPS.

Sur le Pays d'Avre d'Eure et d'Iton, nombre de réseaux précèdent le RLPS. Ils prennent majoritairement deux formes :

- ↳ Certains sont impulsés et/ou portés par une institution, une association. Leur champ d'intervention, intercommunal par exemple, gravite généralement autour d'un thème ou d'une population particulière. Ces réseaux sont formalisés et pour certains financés par l'Etat et/ou les collectivités.
- ↳ D'autres réseaux se limitent à une structure. Certains responsables d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESAT, plateformes multi-accueil) développent des partenariats qui permettent la mise en place d'actions en promotion de la santé au sein de leur établissement. Parfois conventionnés, ces partenariats demeurent la plupart du temps informels.

Dans les deux cas, la vie du réseau repose sur la capacité des personnes ressources (un coordinateur par exemple) à maintenir la communication entre les membres qui partagent des valeurs (transversalité, complémentarité) et des logiques d'actions (démarche participative, innovation, décloisonnement des services).

Le « *manque d'information sur les actions existantes* », « *l'absence de coordination dans la prise en charge* », nombre de professionnels ont exprimé lors de ce diagnostic leur volonté de s'inscrire dans une logique de travail concerté autour des actions de santé. Concernant l'offre de soins, on peut par exemple citer l'association des élus et professionnels de santé dans l'élaboration des projets de Maison de Santé Pluriprofessionnels.

Compte tenu de cet environnement, il conviendra pour le RLPS, d'une part de tenir compte de ces partenariats préexistants, d'autre part de favoriser la généralisation des initiatives innovantes à l'ensemble du territoire du sud de l'Eure.

MÉTHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC LOCAL PARTAGÉ DE SANTÉ

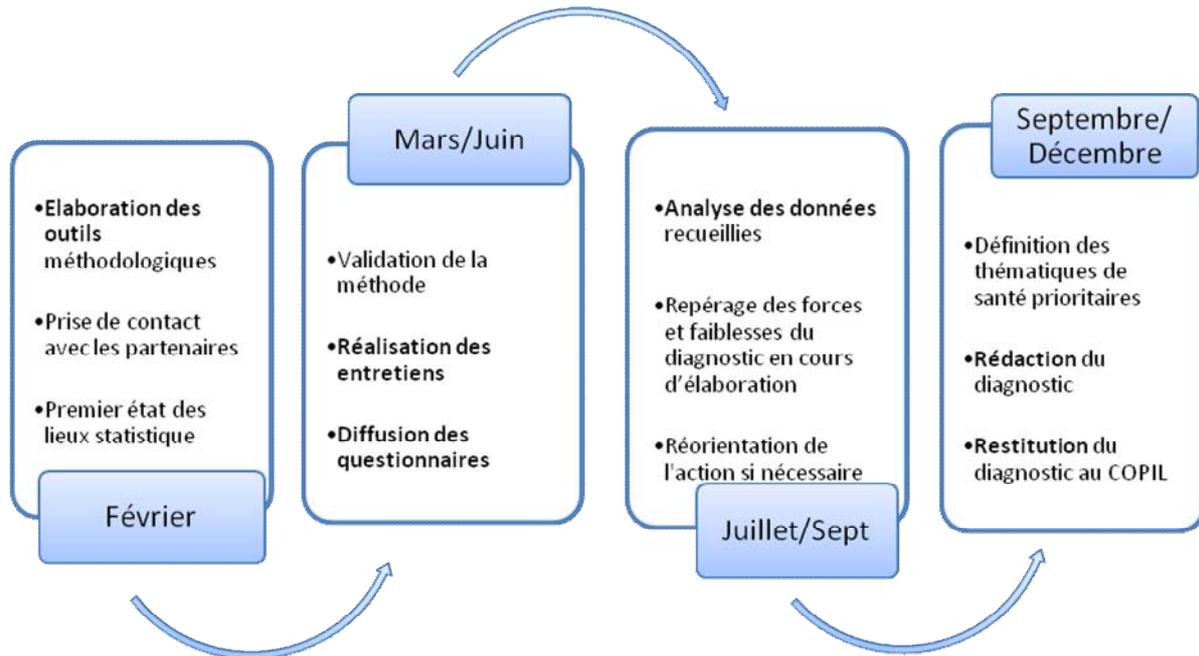
Entamée au cours de l'année 2009 sous l'impulsion du Centre Hospitalier de Verneuil-sur-Avre et des élus du Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton, la construction du Réseau Local de Promotion de la Santé sur la Pays d'Avre d'Eure et d'Iton s'est poursuivie en 2010 à travers la réalisation de ce diagnostic socio-sanitaire « partagé » du territoire. En ce sens, ont été associés à la démarche d'analyse, les professionnels de terrain d'une part, qu'ils soient professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux, éducatifs, culturels, publics, associatifs ou libéraux ; la population du sud de l'Eure d'autre part, sur la base de questionnaires visant à évaluer ses représentations, attentes et besoins en santé.

Encouragé par la charte d'implémentation commune à l'ensemble des Réseaux Locaux de Promotion de la Santé et Ateliers Santé Ville de Haute Normandie²⁶, ce travail de diagnostic participe d'**une méthodologie ascendante des politiques de promotion de la santé** favorisant l'expression des spécificités locales d'un territoire par ses acteurs de terrain et ses résidents. **La démarche participative** sur laquelle il se fonde **renforce la construction du Réseau**. Elle motive la réunion des acteurs de champs divers autour d'une conception partagée de ce qu'est la promotion de la santé. Ce processus de sensibilisation et d'échange autour de ces concepts fondateurs est essentiel afin qu'à termes, les problématiques de santé publique abordées lors du diagnostic le soient sur la base d'un langage et de valeurs communes.

Pour le coordonnateur en charge du diagnostic, il s'agit ici d'un **un temps de découverte du territoire**, de ces particularités géographiques, économiques, sociales ou encore sanitaires. Il appartient également au coordonnateur de **repérer les forces et faiblesses** de son territoire de rattachement, d'identifier les acteurs de terrain et les actions en promotion de la santé déjà développées.

²⁶ Charte des RLPS, DRASS de Haute-Normandie

Fig.8 : Calendrier de réalisation du diagnostic local de santé



Accompli entre mars et octobre 2010, le diagnostic local de santé s'est structuré autour de **trois axes** :

1. **La mobilisation des données statistiques locales et la recherche documentaire ;**
2. **Les rencontres et échanges avec les professionnels de terrain ;**
3. **La consultation de la population.**

1. La mobilisation des données statistiques locales

L'usage des outils statistiques n'est pas chose aisée quand l'analyse porte sur un territoire de proximité. Comme expliqué ci-après, compte tenu des sources disponibles, en particulier l'INSEE et l'Observatoire Régional de la Santé, il a été fait le choix de retenir une échelle cantonale. À travers les données recueillies il s'agira donc d'établir un état des lieux démographique, socio-économique et enfin sanitaire de notre territoire.

2. Les échanges avec les professionnels

Développé à partir d'une démarche participative, le travail d'investigation auprès des professionnels s'est appuyé sur la méthode de l'entretien semi-directif tel que la Sociologie peut le définir²⁷. Chaque rencontre individuelle (d'environ une heure et demi) a été précédée d'un entretien téléphonique visant à présenter au partenaire le RLPS, ses missions et les conditions de participation au diagnostic local de santé. Afin de « rassurer » certains acteurs quant

²⁷ Lire notamment Kaufmann J.-C. (1996), *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan

à leur capacité à alimenter les réflexions sur les problèmes sanitaires, l'entrevue était confirmée par un courrier rappelant l'objet de l'entretien.

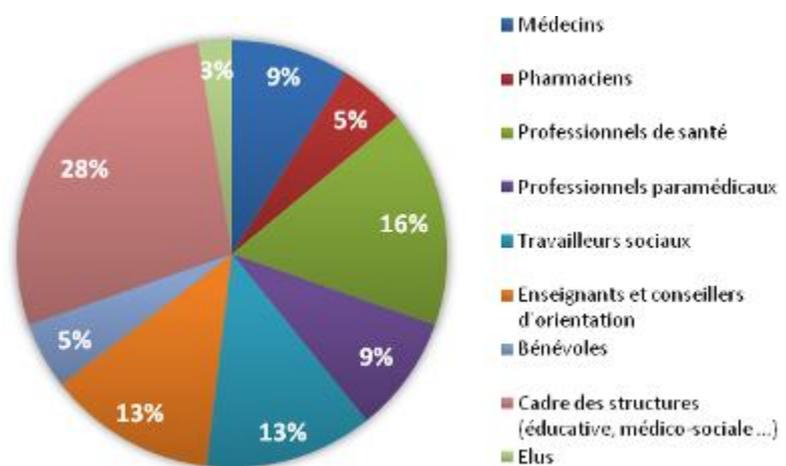
Quatre questionnements ont structuré les entretiens :

- ↳ Les problématiques de santé et les publics concernés identifiés sur le territoire ;
- ↳ Les méthodes d'actions envisagées ;
- ↳ Le recensement des actions et réseaux de collaboration déjà existants ;
- ↳ Les forces et faiblesses du territoire et difficultés rencontrées dans la conduite des missions.

79 professionnels et bénévoles ont été consultés au cours des 50 entretiens réalisés.

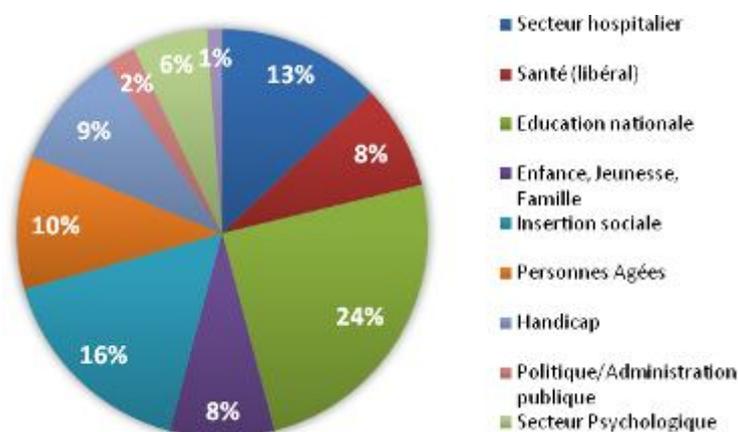
Parmi eux, 39% sont professionnels de santé ou paramédicaux (médecins, infirmiers, pharmaciens, aides-soignants, diététicienne, psychologue, kinésithérapeute.

Fig.9 : Répartition des professionnels consultés selon la profession (en %)



La catégorie des cadres réunit aussi bien les directeurs de structures éducatives et médico-sociales que les chefs d'équipe et autres coordonnateurs de dispositifs sanitaires et sociaux (HAD, SSIAD par exemple).

Fig.10 : Répartition des professionnels consultés selon le secteur d'activité



La représentation importante de l'éducation nationale dans l'échantillon (25%) s'explique par la variété des fonctions qui y sont rattachées (enseignants, CPE, directeurs, conseillers d'orientation, infirmières, etc.).

3. La consultation de la population

Afin de permettre aux populations les plus démunies et les plus isolées d'exprimer leurs attentes et besoins, il a été fait le choix de s'appuyer sur des questionnaires plutôt que sur l'organisation de réunions publiques locales. Dans ces lieux d'échanges collectifs, les citoyens représentés sont souvent les mêmes et quand bien même certaines personnes pourraient s'y rendre, il n'est pas toujours aisé pour tous de prendre la parole devant une telle assemblée. De même, la participation des personnes aux réunions publiques locales est souvent fonction de leur degré de sensibilisation à la problématique concernée. Tant et si bien que les personnes les plus enclin à rencontrer des problèmes de santé, ne s'expriment pas sur le sujet. Si la méthode par questionnaire à ses limites (limitation des réponses, absences de débat) elle aura permis de toucher un public qui demeure parfois oublié des démarches communautaires.

Trois questionnaires ont été élaborés à destination de **trois populations types**²⁸ :

- ↳ **Les adolescents** (11 – 19 ans, scolarisé en collège et lycée) ;
- ↳ **Les adultes** (19 ans et plus, en études supérieures, employé, retraité, ou demandeur d'emploi) ;
- ↳ **Les familles, les parents.**

Chaque questionnaire abordait les **trois thèmes** suivants :

- ↳ **Les représentations de la santé ;**
- ↳ **Les attentes et besoins exprimés ;**
- ↳ **Les comportements de santé déclarés.**

L'ensemble des questionnaires a été présenté et validé avant diffusion aux comité technique et comité de pilotage du Réseau fin avril 2010. La diffusion des questionnaires s'est effectuée en partenariat avec les acteurs locaux rencontrés dans le cadre des entretiens individuels.

Tab.1 : Diffusion des questionnaires auprès de la population type

	Nombre de questionnaires analysés	Taux de retour
Adolescents	286	78%
Familles	180	57%
Adultes	64	18%

Source : RLPS PAEI

Au total 1100 questionnaires ont été confiés à 15 partenaires relais. 530 ont pu être remplis soit un taux de retour très satisfaisant de 48%.

²⁸ Questionnaires disponibles en annexes.

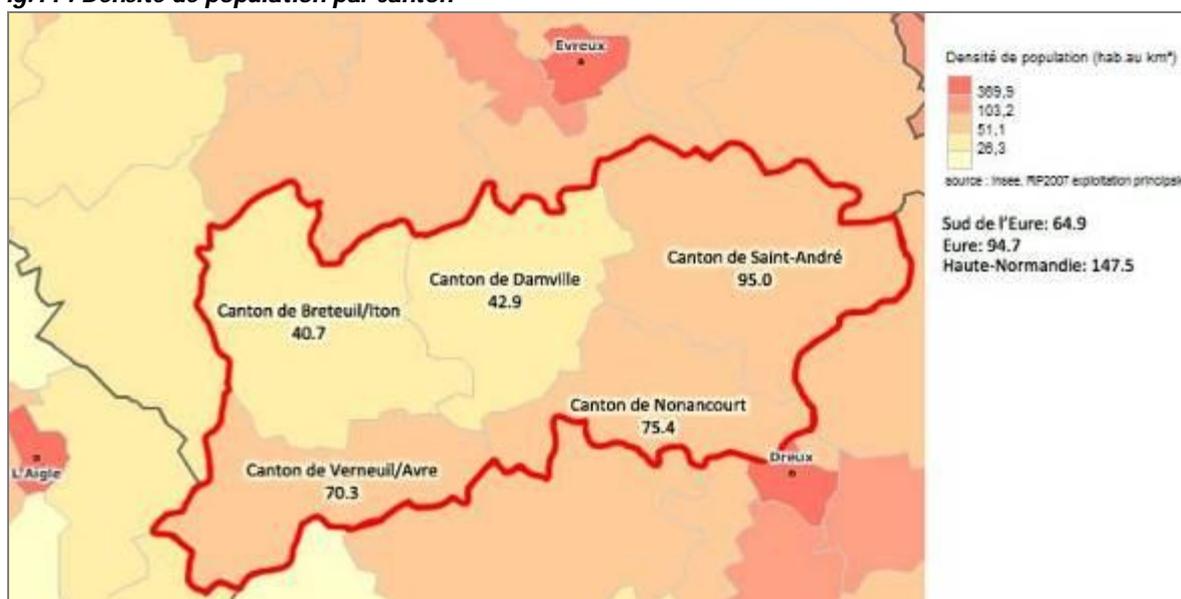
LE TERRITOIRE DU PAYS D'AVRE, D'EURE ET D'ITON

Entre ruralité et périurbanisation

Ancré dans **cinq cantons du sud de l'Eure - Verneuil-sur-Avre, Breteuil-sur-Iton, Damville, Nonancourt et Saint André de l'Eure** - le territoire du Pays d'Avre d'Eure et d'Iton est, comme son nom l'indique, traversé par trois rivières affluents de la Seine : l'Avre au sud des cantons de Verneuil-sur-Avre et Nonancourt, frontière naturelle entre l'Eure et son voisin l'Eure et Loire, l'Eure sur la façade est des cantons de Nonancourt et Saint-André et enfin l'Iton qui avec Breteuil à l'ouest et Damville traverse deux des chefs lieux de canton du territoire. Ces cours d'eau, plateaux et vallées dessinent le paysage d'**un territoire traditionnellement rural demeurant néanmoins sous l'influence de divers pôles urbains** tels qu'Evreux, Dreux et surtout Paris.

Sans surprise, le sud de l'Eure affiche **une densité de population moyenne bien inférieure à la densité nationale**²⁹. Toutefois, entre certains cantons, notamment Breteuil-sur-Iton et Saint-André de l'Eure, cette densité varie du simple au double.

Fig.11 : Densité de population par canton



Source : INSEE RP 2007, exploitation RLPS PAEI

Ces variations s'expliquent en partie par un dynamisme démographique essentiellement migratoire. Elles illustrent **un développement local contrasté** entre un versant ouest rural et un versant est marqué par un phénomène de périurbanisation. En effet, l'influence de villes comme Evreux, Dreux et surtout Paris est de plus en plus importante. Verneuil-sur-Avre, située à une heure de train de Paris intramuros constitue par exemple un lieu de résidence

²⁹ 65 habitants/km² contre respectivement 95, 147 et 114 sur le département de l'Eure, la Région et la France

attractif pour les familles de la grande couronne francilienne. L'attraction de ces pôles urbains environnants est d'autant plus grande que **le Pays ne dispose pas de véritable centre géographique**. Sa plus grande commune, Verneuil-sur-Avre (6 694 habitants), est située au sud-ouest du territoire, son influence ne peut donc s'étendre à l'ensemble du territoire.

LE PAYS D'AVRE, D'EURE ET D'ITON

Frontière franco-normande historique, le territoire du Pays est doté d'un patrimoine naturel et culturel riche. Cette économie touristique motiva dès 1994 l'association des élus autour d'un projet commun de valorisation du patrimoine local. Fort de cette volonté politique, le Pays a vu le nombre de ces adhérents s'accroître et son champ d'intervention s'étendre au fil des ans. Aujourd'hui, il fédère, sous l'entité juridique de syndicat mixte³⁰, **5 Communautés de Communes** :

- ↳ La Communauté de Communes du Pays de Verneuil-sur-Avre ([CCPV](#))
- ↳ La Communauté de Communes du Pays de Damville (CCPD)
- ↳ La Communauté de Communes du Canton de Breteuil-sur-Iton (3CBI)
- ↳ La Communauté de Communes Rurales du Sud de l'Eure (CCRSE)
- ↳ La Communauté de Communes de la Porte Normande ([CCPN](#))

La compétence des communautés de communes du Pays sur les questions sanitaires s'est accentuée ces dernières années. L'existence du RLPS en est une bonne illustration. C'est dans le sillage du « contrat de pays 2008-2010 » passé entre le Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton et le Conseil Régional de Haute-Normandie que la participation de la Région au financement du RLPS a pu être obtenue.

Qu'est-ce qu'un Pays ?

La définition juridique et administrative des « Pays » s'inscrit depuis le début des années 1990 dans une politique participative d'Aménagement du Territoire et de Développement Local. Outil de cette démarche, le Pays se pose comme porteur de projet et interface entre les communes, les établissements de coopération intercommunale et le Département, la Région, l'Etat et l'Union Européenne. Organisé autour d'un conseil de développement, mobilisé à la demande des Communautés de Communes qui le composent, le Pays favorise un aménagement collectivement concerté, dynamique et innovant du territoire.

³⁰ « Le syndicat mixte est un établissement public de coopération entre les collectivités territoriales, créé par accord unanime des futurs membres, en vue d'œuvres ou de services d'intérêt commun. Il existe deux catégories de syndicats mixtes, la première n'associant que des communes, syndicats ou districts, et la seconde pouvant associer des communes, départements, régions, syndicats de communes, communautés et chambres consulaires. Le syndicat mixte est utilisé le plus souvent pour réaliser des projets d'envergure tels que l'aménagement touristique ou l'aménagement des Parcs naturels régionaux, la création et la gestion de grands équipements, la mise en œuvre de politiques foncières ». Source : DATAR

Fig.12 : Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton



© Région Haute-Normandie - SIC -072009 -Réf : P12009-77
Sources : BD TOPO © IGN - Population 2006 INSEE

LE TERRITOIRE DU «SUD DE L'EURE»

Dans la mesure où le territoire administratif du RLPS correspond à celui du Pays, ce diagnostic aurait dû logiquement porté sur ce même territoire. Toutefois, pour diverses raisons qu'il convient d'explicitier, il a été fait le choix de retenir l'échelle cantonale comme territoire d'analyse.

En effet, **la géographie des communautés de communes et des cantons sur le sud de l'Eure diffère légèrement**, notamment en raison de la proximité des frontières départementales et des dynamiques économiques et politiques locales qui en découlent. Certaines communes d'Eure et Loire ont par exemple fait le choix d'appartenir à la communauté de Communes du Pays de Verneuil. D'autres villes comme Nonancourt, Ezy-sur-Eure ou Ivry la Bataille se sont tournées vers des EPCI de départements voisins.

Fig.13 : Cantons du territoire du sud de l'Eure



Au total ce sont près de 10 000 habitants qui résident sur ces cantons du sud de l'Eure dans des communes qui « n' appartiennent pas » (administrativement) au Pays.

Nous aurions donc tort dans ce diagnostic tout comme dans l'action d'ignorer cette population sur la base de fondements administratifs.

De même, afin de mobiliser les données statistiques (en particulier sanitaires) les plus récentes, il est apparu pertinent d'user des données cantonales. Par exemple, le dernier portrait sanitaire et social de l'Observatoire Régional de la Santé étant antérieur à l'entrée de la

CC de la Porte Normande au sein du Pays, ses données sont aujourd'hui obsolètes dans le cadre de cette analyse.

Ainsi, pour qualifier l'ensemble des 5 cantons que sont Verneuil-sur-Avre, Breteuil-sur-Iton, Damville, Nonancourt et Saint-André de l'Eure, on parlera de « sud de l'Eure ».

PANORAMA DÉMOGRAPHIQUE LOCAL

En 2007, l'INSEE estimait à **57 389** le nombre de personnes résidant sur le territoire administratif du Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton³¹. Ce chiffre s'élève à **65 805** (+13%) si l'on considère les frontières cantonales retenues dans le cadre de ce diagnostic.

Tab.2 : Effectifs de la population du Pays d'Avre d'Eure et d'Iton

EPCI	CCPV	3CBI	CCPD	CCRSE	CCPN	Pays d'Avre d'Eure et d'Iton
Effectif	13 573	9 338	7 852	8 842	17 784	57 389
% de la population totale	24%	16%	14%	15%	31%	100%

Tab.3 : Effectifs de la population du sud de l'Eure par canton

Cantons	Verneuil/Avre	Breteil/Iton	Damville	Nonancourt	Saint André	Sud de l'Eure
Effectif	11 903	9 338	7 852	11 321	25 391	65 805
% de la population totale	18%	14%	12%	17%	39%	100%

Source : INSEE - RP2007

Une population globalement plus âgée en particulier à l'ouest du territoire

Au recensement 2007, le sud de l'Eure réunissait une population plus âgée que celles du département, de la Région et de l'ensemble de la France Métropolitaine. Ainsi, **21,3% des habitants ont 60 ans et plus** (contre respectivement 19,9% et 20,4% pour l'Eure et la Haute-Normandie). **8,3% dépassent les 74 ans**.

Si le **pourcentage d'individus de moins de 20 ans (26,1%) est inférieur aux moyennes départementale et régionale**, il demeure plus élevé que le niveau national (24,8%). Remarquons néanmoins un creux dans la pyramide des âges pour la tranche des 15-29 ans.

Tab.4 : Classes d'âge par territoire

Classes d'âge	Sud de l'Eure	Eure	Haute Normandie
Population au RP 2007	%	%	%
0-15 ans	19,7	20,4	19,2
15-29 ans	16,6	17,8	19,2
30-44 ans	21,1	21,4	20,3
45-59 ans	21,3	21,2	20,6
60-74 ans	13,0	12,5	12,5
75-89 ans	7,6	6,7	7,2
90 ans et plus	0,7	0,7	0,7

Source : INSEE - RP2007

³¹ RP 2007 : Populations entrées en vigueur en janvier 2010.

À l'échelon, cantonal ce bassin de vie du sud de l'Eure se caractérise par **un contraste est/ouest**. Sur un plan démographique, cela se traduit par **des pyramides des âges sensiblement opposées**. En effet, plus à l'est on observe dans les cantons de Damville, Saint-André et Nonancourt un pourcentage bien plus important de jeunes (26-28% de moins de 20 ans). Parallèlement, Breteuil et Verneuil présentent une population plus âgée avec par exemple un quart des habitants du canton de Breteuil âgés de 60 ans et plus sur le canton de Breteuil contre à peine 17% sur celui de Damville.

Tab.5 : Population du sud de l'Eure par classe d'âge et par canton

Cantons	Verneuil/ Avre		Breteuil/Iton		Damville		Nonancourt		Saint André de l'Eure	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<i>Population au RP 2007 par classes d'âges</i>										
0-15 ans	2 164	18,2	1 782	19,1	1 675	21,3	2 206	19,5	5 167	20,3
15-29 ans	2 014	16,9	1 403	15,0	1 418	18,1	1 904	16,8	4 150	16,3
30-44 ans	2 339	19,7	1 881	20,1	1 788	22,8	2 399	21,2	5 499	21,7
45-59 ans	2 423	20,4	1 943	20,8	1 617	20,6	2 631	23,2	5 428	21,4
60-74 ans	1 783	15,0	1 372	14,7	822	10,5	1 362	12,0	3 234	12,7
75-89 ans	1 071	9,0	871	9,3	506	6,4	740	6,5	1 729	6,8
90 ans et plus	109	0,9	86	0,9	25	0,3	78	0,7	184	0,7
Total	11903	100	9338	100	7851	100	11320	100	25391	100

Source : INSEE - RP 2007

Une proportion légèrement plus importante de femmes

Comme à l'échelle nationale, **la population féminine, dans le sud de l'Eure, est légèrement plus importante que celle des hommes**. Ainsi que l'illustre le tableau ci-dessous, cette tendance s'accroît tout au long de l'avancée en âge. Dès lors, **c'est sur les cantons où la population âgée est la plus forte, Verneuil et Breteuil, que les femmes sont le plus représentées**. Rappelons enfin qu'au fil du temps, l'évolution de la part des populations féminine et masculine se caractérise par **un renversement**, les hommes étant plus nombreux dans la tranche des 0-19 ans (54%) et les femmes sur celle des 75 ans et plus (61%).

Tab.6 : Population des hommes et des femmes du sud de l'Eure selon l'âge

Population au RP 2007	Sud de l'Eure			
	Hommes	%	Femmes	%
0-19 ans	8 823	54,2	7 431	45,8
20-64 ans	13 158	48,7	13 864	51,3
65 ans et plus	4 509	42,1	6 195	57,9

Source : INSEE - RP2007 – Exploitation RLPS PAEI

Entre 1999 et 2007, la population du sud de l'Eure a crû dans une proportion bien supérieure aux moyennes régionale et départementale, +0,9% contre respectivement +0,2% et +0.7%.

Tab.7 : Taux de variation annuel moyen de la population du sud de l'Eure 1999 à 2007 par canton

Cantons	Verneuil/Avre		Breteuil/Iton		Damville		Nonancourt		Saint-André	
Variation annuelle moyenne de la pop.	0,4%		0,7%		1,6%		0,7%		1%	
	Solde nat.*	Solde mig.**	Solde nat.	Solde mig.	Solde nat.	Solde mig.	Solde nat.	Solde mig.	Solde nat.	Solde mig.
	0,1	0,3	-0,3	1	0,6	1	0,2	0,5	0,4	0,6
Chef-lieu de Canton	0,2%		-0,3%		0,1%		-0,9%		0,5%	

*Solde naturel : Il est égal à la différence entre le taux de natalité et le taux de mortalité

**Solde migratoire : Il représente la différence entre les arrivées (ou entrées) et les départs (ou sorties) d'habitants d'un territoire donné.

Source : Insee - Exploitations RP99 – RP2007

Années de référence: 1999-2007

Trois grandes tendances démographiques et urbanistiques caractérisent cette évolution :

- ↳ Son dynamisme démographique, **le territoire le doit en majeure partie à l'intensité de son flux migratoire entrant**. Il est de +0,7% en moyenne sur les 5 cantons contre 0,2% sur la Région. Localement cela se traduit par l'arrivée de familles d'Ile de France encouragées par la proximité de Paris (1h, 1h30) et son bassin d'emploi, ainsi que le faible coût des loyers dans l'Eure comparé au niveau parisien. Inversement, **le ratio naissance/décès, +0,2%, demeure en dessous de ceux observés en région et sur l'ensemble de l'Hexagone (+0.4%)**.
- ↳ Au niveau cantonal, on observe **des écarts de variation significatifs, caractérisant à nouveau un découpage est/ouest du territoire**. Les cantons de Damville et Saint-André ont en effet connu une variation annuelle supérieure ou égale à 1% alors que Verneuil stagne autour des 0,4%.
- ↳ Enfin, si l'on s'attarde un peu plus aux évolutions infra-cantonales, on constate que **la dynamique démographique est plus importante en périphérie des chefs-lieux de canton**. Certaines villes comme Breteuil-sur-Iton ou Nonancourt ont ainsi connu une décroissance de leur population.

Ce dernier constat, si il tend à illustrer un **phénomène de « rurbanisation » ou « périurbanisation »**, ouvre à diverses interrogations, relayées par les professionnels de terrain, concernant la capacité de nos services sanitaires et sociaux à opérer un maillage efficace des territoires et ainsi **limiter l'enclavement de « villes-dortoirs »**.

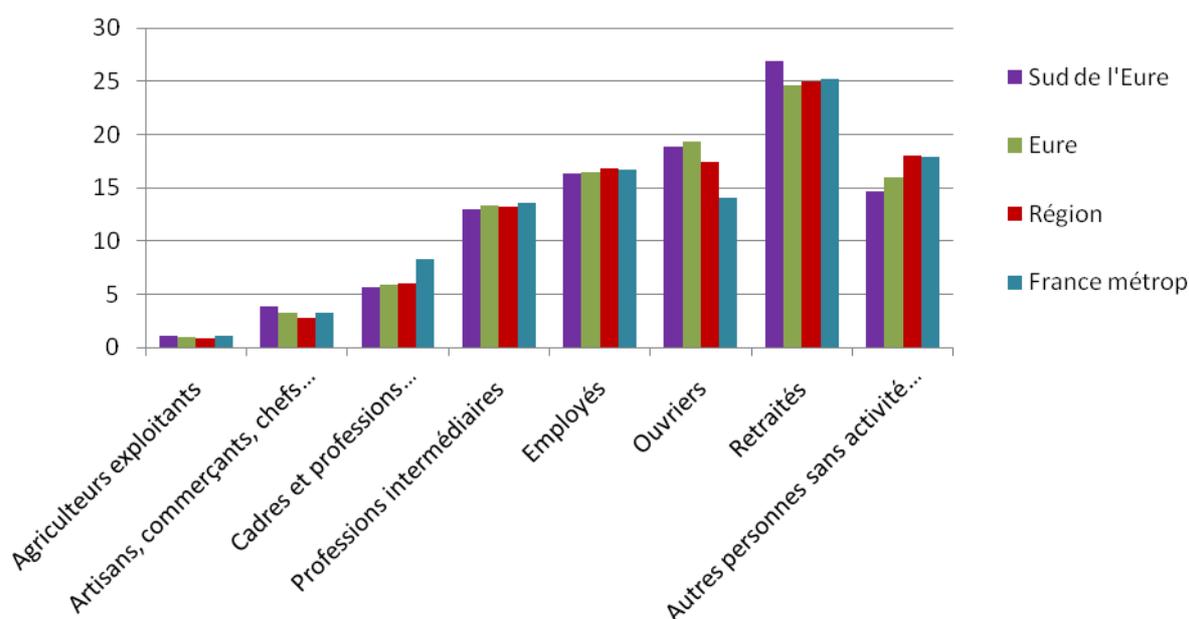
DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES

UN PORTRAIT LOCAL CONTRASTÉ

Un plus grand nombre d'ouvriers...

Sur les cinq cantons sur lequel s'étend le RLPS, on dénombre **une proportion d'ouvriers supérieure au reste de la Région**. Ils sont en effet 19% parmi les 15 ans et plus contre 17 et 14 aux échelles régionale et nationale. À l'inverse, la Région Haute-Normandie, tout comme l'ensemble du territoire français, concentre un plus grand nombre de cadres que le sud de l'Eure, respectivement 6 et 8 cadres pour 100 actifs sur la Région et la France métropolitaine pour 5.

Fig.14 : Population de 15 ans ou plus selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) et le territoire



Source : INSEE – RP2007

Unité : % parmi les 15 ans et plus

Outre une proportion moindre de cadres, on note **une forte représentation des retraités**, en particulier sur les cantons de Verneuil et Breteuil (environ 30% de la population des plus de 15 ans).

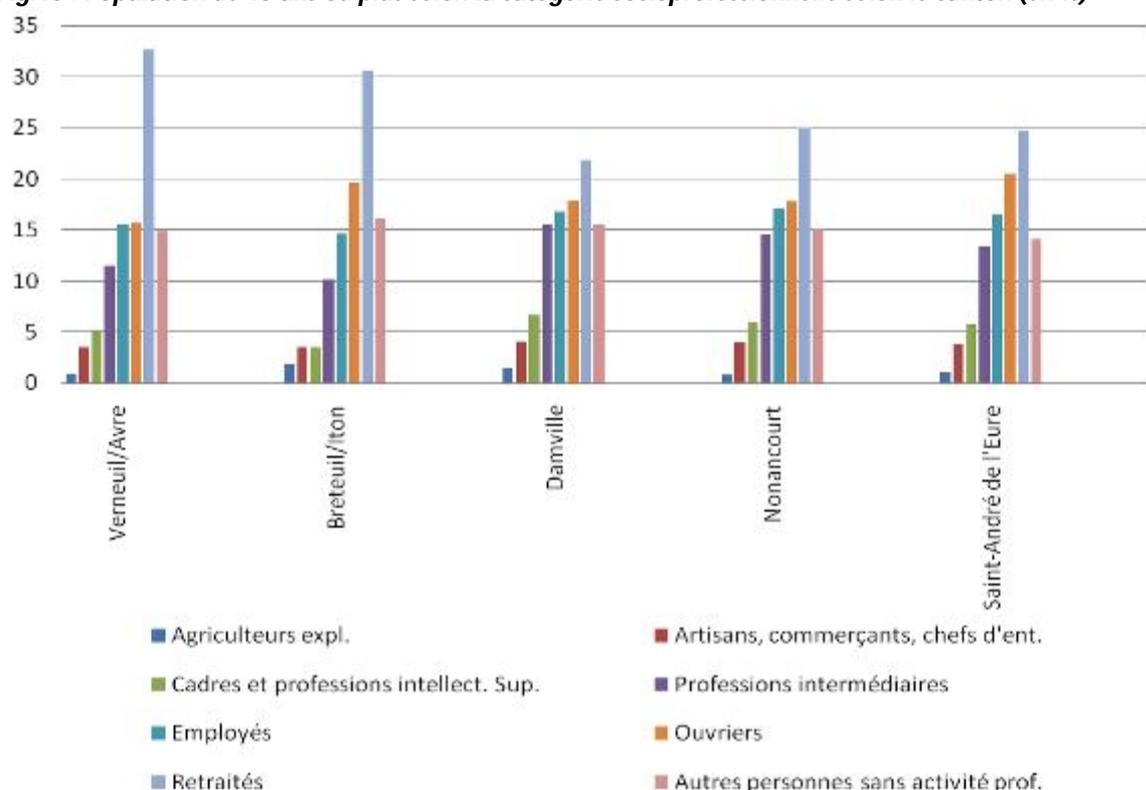
... mais une tertiarisation progressive des emplois locaux

Entre 1999 et 2007, l'évolution de la structure de la population active sur le sud de l'Eure rejoint celle que l'on observe à l'échelle régionale. Cette évolution s'opère néanmoins dans de plus fortes proportions. Elle est marquée par :

- ↳ **Une baisse du nombre d'ouvriers.** Sur Verneuil, on est par exemple passé de 44% à 32,5% d'ouvriers en 8 ans, soit environ 500 postes supprimés.
- ↳ **Bien que rural,** le territoire voit le nombre des emplois agricoles fortement diminuer (-241 postes en 8 ans avec par exemple - 81% d'emplois agricoles sur le canton de Nonancourt).

Au sein des trois secteurs d'emploi majeurs que sont 1) le commerce, les services et le transport, 2) l'administration publique, 3) l'industrie, on peut observer **une forte augmentation des professions intermédiaires** (enseignant, professionnels de santé, commerciaux, technicien de l'industrie etc.). On note également **une progression du nombre de cadres et d'employés.**

Fig.15 : Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle selon le canton (en %)



Source : INSEE – RP2007

Unité : % parmi les 15 ans et plus

Un plus faible pourcentage de ménages précaires ?

En 2006, dans son rapport sanitaire et sociale, l'ORS de Haute-Normandie précisait que parmi les 11 pays de Haute-Normandie, le Pays d'Avre et d'Iton³² figurait au 3e rang des pays comptant le moins de ménages fiscaux non imposés. En 2009, les cantons du sud de l'Eure regroupent une part de **36,8% de ménages non imposés**. C'est inférieur à la Région et à l'ensemble de l'Hexagone mais supérieur à la moyenne départementale (35,9%). Une fois encore, **les disparités locales est/ouest** s'illustrent à travers cette donnée puisque quasi-

³² Au sein duquel ne figurerait pas à l'époque la Communauté de Communes de la Porte Normande (Saint-André de l'Eure).

ment **10 points** séparent Breteuil-sur-Iton (43% de ménages non imposés) de Nonancourt (33,5%).

Tab.8 : Part des ménages fiscaux non imposés par canton

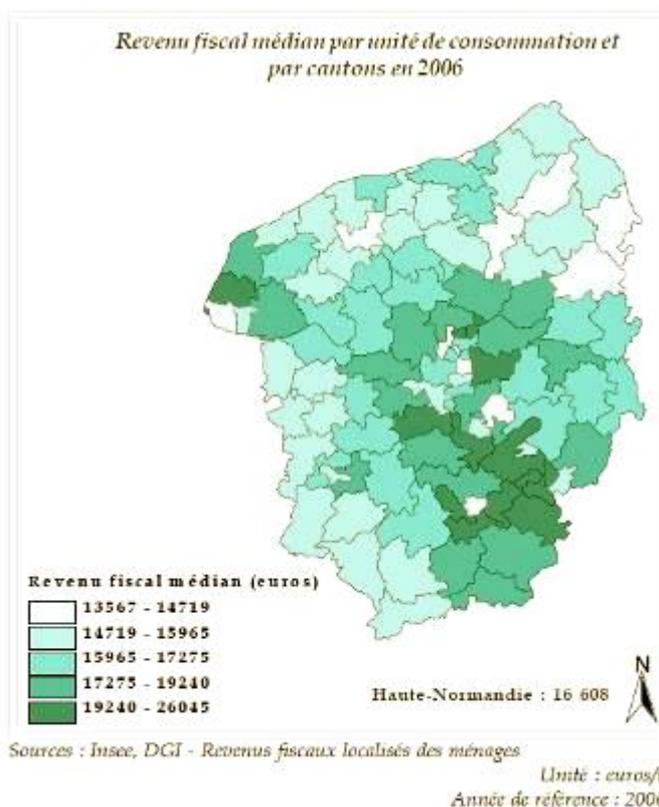
Territoires	Part des ménages non imposés
Canton de Verneuil/Avre	42,3%
Breteuil/Iton	43,0%
Damville	34,7%
Nonancourt	33,5%
St André de l'Eure	33,7%
Sud de l'Eure	36,8%
Eure	35,9%
Haute Normandie	38,1%
France métropolitaine	38,3%

Source : INSEE RP2007

L'existence de familles en situation socio-économique précaire sur les cantons de Verneuil et Breteuil est notamment illustrée par le niveau du revenu fiscal médian. **Il est inférieur à 16 000 € sur les cantons de Verneuil et Breteuil alors qu'il dépasse les 17 000 € sur les trois autres cantons.** L'influence des cantons voisins (de l'agglomération ébroïcienne en l'occurrence) est bien illustrée par la carte ci-contre.

Ces contrastes socio-économiques ressortent également au travers des données concernant le logement et notamment l'accès à la propriété. Sur le canton de Verneuil par exemple seuls 55% des personnes sont propriétaires de leur logement contre environ **70% sur l'ensemble du territoire du Pays d'Avre d'Eure et d'Iton.**

En outre, on remarque que **la proportion de personnes locataires d'un HLM sur le sud de l'Eure est bien moindre que le niveau national** (8,9% versus 14,8% en France métropolitaine). Enfin, c'est toujours sur les cantons de Verneuil et Breteuil que l'on observe le plus grand pourcentage de locataires bénéficiaires d'une aide au logement³³ ou de minimas sociaux.



³³ C'est aussi sur ces cantons que le nombre d'élèves de 6^e titulaires d'une bourse est le plus élevé. (Source : OSSR 2009, ORS Haute-Normandie)

Tab.9 : Pourcentage de locataires bénéficiaires d'une aide au logement par canton

Territoires	% de locataires bénéficiaires d'une aide au logement*
Canton de Verneuil/Avre	23,3
Breteuil/Iton	24,5
Damville	13,3
Nonancourt	12,9
St André de l'Eure	13,2
Sud de l'Eure	18,1
Eure	19,9
Haute Normandie	24,8
France métropolitaine	23,6

Source : CAF, MSA, INSEE – RP2006

* ALF, ALS, APL

En 2008, près de 6% des habitants du canton de Verneuil percevaient le RMI contre seulement 3,6% sur celui de Saint-André de l'Eure. En comparaison, cette proportion s'élevait à 4,7 % sur le département de l'Eure à la même époque.

Tab.10 : Allocataires des minimas sociaux par canton

Territoires	% Allocataires du RMI ⁽¹⁾	% Allocataires AAH ⁽²⁾	% Allocataires API ⁽³⁾
Verneuil/Avre	5,9	3,1	1,2
Breteuil/Iton	4,1	5,6	1,4
Damville	2,9	1,9	0,6
Nonancourt	3,5	2,1	0,6
St André de l'Eure	2,6	1,5	0,5
Sud de l'Eure	3,6	2,2	0,6
Haute Normandie	5,9	2,6	1,5
France métropolitaine	6,3	2,3	0,7

Source : CAF, MSA, INSEE - RP 2006 Unité : %

Année de référence : 31/12/2008

(1) Part des allocataires rapportée au nombre de ménages de moins de 60 ans

(2) Part des allocataires rapportée au nombre de personnes âgées de 20-64 ans

(3) Part des allocataires rapportée aux femmes âgées de 15-49 ans

Sur un plan socio-économique, l'analyse statistique révèle un bilan différent selon que l'on se positionne à une échelle de Pays ou à une échelle cantonale. En effet, si de manière générale, la situation sociale des résidents des 5 cantons réunis apparaît plus favorable que celle de l'ensemble des Hauts-Normands, un focus sur chacun des cantons fait apparaître **de vraies inégalités locales**.

Dès lors, la mobilisation de ces données statistiques ne doit pas masquer la permanence, dans chacun des cantons, d'« ilots de pauvreté » ; l'existence d'individus, jeunes et moins jeunes, ainsi que de familles (souvent monoparentales), suivis par les services sociaux et associations locales, pour lesquels l'état de santé demeurent un frein à l'insertion sociale et professionnelle. À titre d'exemple, 2,5% (683 logements) de l'ensemble des logements du sud de l'Eure ne disposent pas de salle de bain avec au moins une baignoire ou une douche.

Le sud de l'Eure face à la hausse critique du chômage

Au second trimestre 2010, le taux de chômage dans le département de l'Eure était de 9,7% contre 10,4% en Haute-Normandie et 9,5% en France métropolitaine. Dans un contexte de crise économique majeure, le chômage a connu une croissance particulièrement inquiétante dans l'Eure, supérieure à celle observée sur le plan national (+ 2,7 points versus 2,5 en France métropolitaine).

Le découpage du territoire haut-normand en zones d'emploi³⁴ fait apparaître 13 territoires sur la Région. Le Pays d'Avre d'Eure et d'Iton est recouvert par deux de ces zones, celle de Verneuil-sur-Avre et la partie sud de la zone d'Évreux (Canton de Damville, Nonancourt et Saint-André).

Comme l'Eure, les zones d'emploi de Verneuil-sur-Avre et d'Évreux ont connu une hausse significative de leur taux de chômage respectif entre 2008 et 2010. Néanmoins, si cela demeure dans des proportions quasi-identiques à la moyenne nationale pour Evreux (+2,6 points) on ne peut en dire autant de **la zone d'emploi de Verneuil qui a connu une hausse du chômage de 3,5 points sur deux ans**. Une évolution d'autant plus significative qu'en septembre 2005, la zone disposait du 3e taux le moins élevé de la Région. En 2009 elle ne se plaçait qu'au 8e rang des 13 zones les moins touchées par le chômage en Haute-Normandie.



Tab.11 : Taux de chômage par zone d'emploi

Zones d'emploi	08-T1	08-T4	09-T1	09-T4	10-T1	10-T2*
Verneuil/Avre	7,1	7,8	8,9	10,2	10,6	10,1
Evreux	7,4	7,8	8,8	10,1	10	9,7
Eure	7,2	7,9	9,0	9,7	9,9	9,7
Haute - Normandie	7,7	8,5	9,6	10,5	10,4	10,2
France métr.	7,2	7,7	8,6	9,6	9,5	9,3

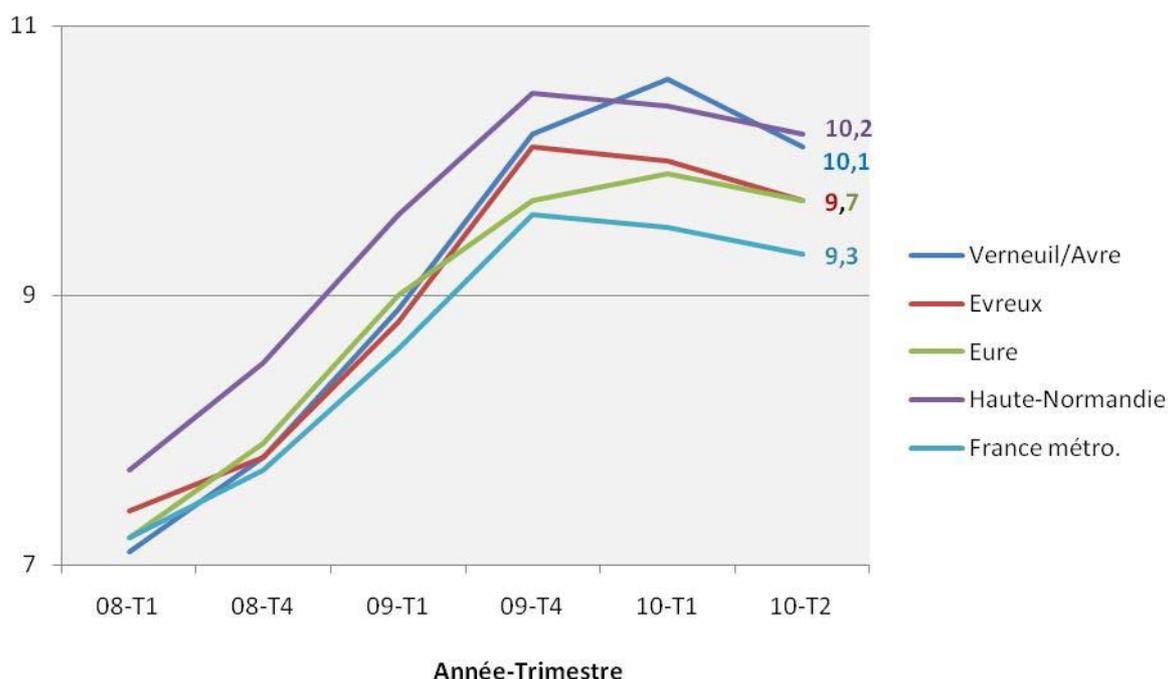
Sources : INSEE

* Estimation au deuxième trimestre 2010

Amorcée fin 2009 en France, la décroissance du taux de chômage n'est intervenue qu'au cours du deuxième trimestre 2010 dans l'Eure. Elle a été néanmoins plus rapide, en particulier sur la zone d'emploi de Verneuil où le nombre de demandeurs d'emploi a diminué de 0,5 points en un trimestre.

³⁴ Afin d'opérer une étude statistique localisée de l'emploi, l'INSEE et le Ministère en charge du travail ont conjointement découpé le territoire français en zone. Chaque zone réunit au moins 25 000 actifs et se définit principalement par les déplacements domicile-travail.

Fig.16 : Evolution du taux de chômage par territoire (en % période 2008-2010)



Source : INSEE

L'offre locale d'hébergement d'urgence

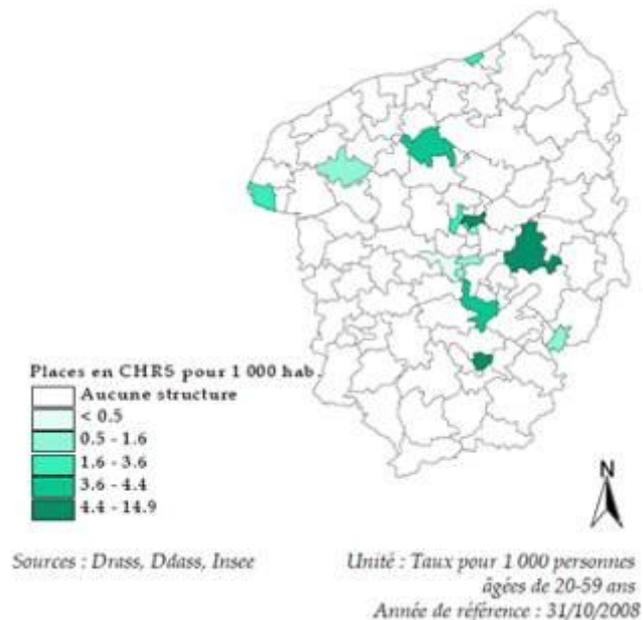
Adoptée le 29 juillet 1998, [la loi d'orientation relatives à la lutte contre les exclusions](#) avait fait une priorité de l'accès aux droits fondamentaux pour les personnes en situation de grande détresse économique et sociale. Accès à l'éducation, à l'emploi, au logement ou encore à la santé, plus de dix ans après sa mise en œuvre, chacun des axes demeure en chantier. En Haute-Normandie, on constate par exemple un taux d'hébergement en structure d'accueil d'urgence inférieure à la moyenne nationale : 1,9 places pour 1 000 personnes, 2,2 sur le reste de la France.

Trois observations peuvent ici retenir notre attention :

- ↳ La majeure partie du territoire régional demeure dépourvu de places en hébergement d'urgence ;
- ↳ Les établissements d'hébergement d'urgence sont concentrés sur quelques cantons de la Région ;
- ↳ Il existe un écart considérable entre l'Eure et la Seine-Maritime puisque sur les 14 cantons disposant de ce type de structures, 10 sont localisés en Seine-Maritime ;
- ↳ **Aucun Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) est implanté dans le sud de l'Eure.**

Fig. 17: Taux d'équipement en places de CHRS par canton³⁵

Bien que l'offre d'hébergement d'urgence apparaisse inexistante sur le sud de l'Eure au regard des statistiques, il s'y organise des réponses « intermédiaires », sous l'impulsion des services sociaux et du secteur associatif. Qu'elles soient d'envergure départementale voire nationale (La Croix Rouge, Le Secours Catholique, Les Restos du Cœur) ou locale, ces associations offrent quotidiennement une aide alimentaire, vestimentaire ou encore administrative aux plus démunis. Ces structures, dont certaines ont été associées à ce diagnostic de santé partagé, demeurent pour l'avenir des relais incontournables dans la mise en place d'actions de prévention auprès des publics socialement isolés et dont la santé s'avère particulièrement préoccupante. L'évaluation quotidienne que font les travailleurs sociaux, professionnels et bénévoles des associations d'aide et de réinsertion sociale permet ainsi d'envisager des pistes de travail, que ce soit autour de la souffrance psychique, de l'hygiène de vie ou encore des addictions. La santé, si elle n'est pas perçue comme une priorité par ces populations à la marge, peut constituer un axe majeur du processus de réinsertion sociale. Très souvent en effet, **un mauvais état santé** (maladie chronique, comportement addictif, rythme de sommeil décalés etc.) **constitue une entrave à la recherche d'un emploi.**

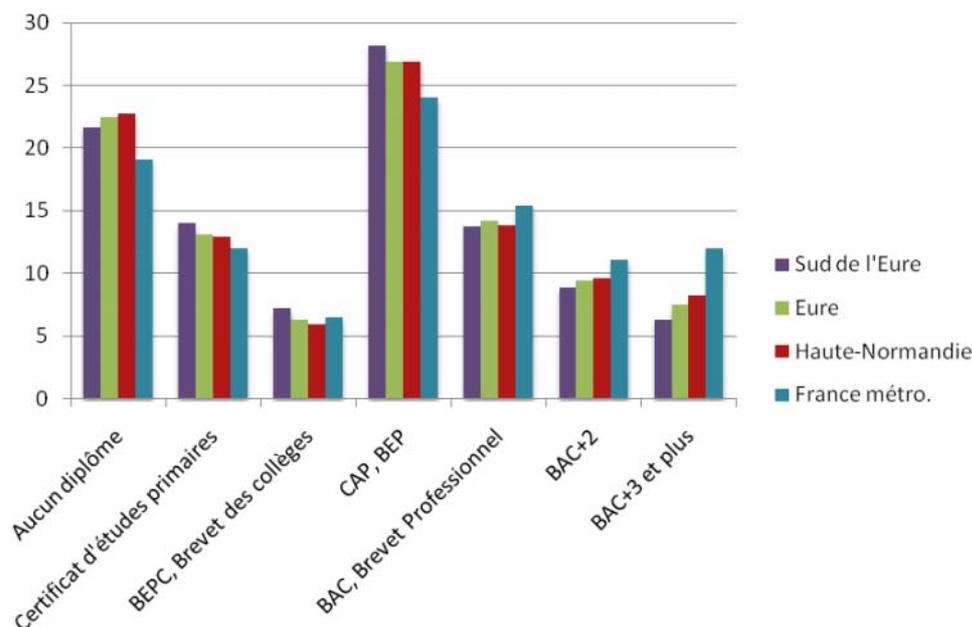


Un niveau d'instruction en deçà du niveau national

Le niveau d'instruction des habitants du sud de l'Eure est moins élevé que la moyenne nationale. **Le nombre de haut-diplômés est très inférieur dans le sud de l'Eure.** On constate que **plus le niveau de diplôme s'élève moins la population de haut-diplômés est représentée dans le sud de l'Eure en comparaison aux données nationales.** Jusqu'au BAC, le nombre de diplômés demeure supérieur dans le sud de l'Eure qu'à tout autre échelon territorial. À partir du BAC, cette tendance s'inverse totalement. Les titulaires d'un diplôme de niveau I (BAC+3 et plus) ne sont plus que 5,9% sur notre territoire contre 11,6% en France métropolitaine.

³⁵ Source : ORSHN in OSSR 2009

Fig.18 : Niveau de diplôme des 15 ans et plus non scolarisés (en %)



Source : INSEE - RP 2007

De même, **la proportion des individus non-scolarisés de 15 ans et plus qui ne disposent d'aucun diplôme est significativement plus importante en Haute-Normandie qu'en France métropolitaine** (22,7% des 15 ans plus dans notre région contre 19,1 dans le reste du pays). Cette proportion s'élève à 21,8% sur le sud de l'Eure, avec des niveaux très inégaux entre les cantons. Par exemple, ils sont 27,3% à ne disposer d'aucun diplôme sur le canton de Breteuil/Iton contre 17,9% sur le canton de Nonancourt.

Tab.12 : Niveau de diplôme des 15 ans et plus non scolarisés en 2006 par canton

	Verneuil/Avre	Breteuil/Iton	Damville	Nonancourt	Saint André de l'Eure
Aucun diplôme	23,5	27,3	19,5	17,9	20,8
Certificat d'études primaires	16,1	14,9	11,6	13,5	13,6
BEPC Brevet des collèges	9,3	6,7	7	6,9	6,5
CAP, BEP	25	26,3	27,1	30,3	30
BAC Brevet Professionnel	12,3	12,6	14,6	14,4	14,3
BAC+2	7,3	7,3	11,9	10	8,8
BAC+3 et plus	6,4	4,9	8,3	7	5,9

Source : INSEE - RP2007

Enfin, la proportion d'élèves accusant un retard scolaire est forte dans le sud de l'Eure. 21,3% des élèves scolarisés en collège (public et privé) ont 16 ans et plus dans le sud de l'Eure³⁶. Ils sont 18,4% sur l'ensemble de la Haute-Normandie³⁷.

³⁶ Soit au minimum 1 ans de retard.

³⁷ Source : Rectorat de Rouen, SPréSER

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE A L'ÂGE ET AU HANDICAP

Dans le sud de l'Eure peut-être plus qu'ailleurs dans le reste département, la perte d'autonomie, liée au vieillissement comme au handicap constitue un enjeu sanitaire et social majeur. Son ampleur se mesure sur un plan démographique mais aussi dans la croissance de l'offre sanitaire et médico-sociale destinées aux publics dépendants ainsi qu'à leurs aidants. Dans le cadre de ce diagnostic nous nous attarderons sur la densité de cette offre d'hébergement. Cependant, à l'avenir, chacun des publics, sénior et handicapé pourra faire l'objet d'un diagnostic approfondi mené en collaboration avec les professionnels des cantons les plus concernés, en particulier celui de Breteuil-sur-Iton.

Lors des entretiens menés au cours de ce diagnostic, 16 professionnels intervenants auprès de ces populations en perte d'autonomie ont été rencontrés. De nombreux questionnements ont ainsi pu être identifiés. En voici une synthèse rapide :

Public sénior	
<i>Prise en charge</i>	<i>Promotion de la santé, prévention</i>
<p>Les conditions de maintien à domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ L'inadaptabilité des logements ↳ L'isolement social, la solitude des personnes âgées ↳ La dénutrition ↳ La prise inappropriée de médicaments <p>Les problématiques liées à l'hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ La médicalisation des lits d'hébergement ↳ L'accompagnement de fin de vie ↳ Le suivi médical post-hospitalisation ↳ Prévention des risques professionnels (manutention du patient) <p>Le déficit de l'offre locale de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Orientation et suivis des personnes en établissement et à domicile <p>Le soutien apporté aux aidants familiaux</p>	<p>La prévention des risques liés au vieillissement</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Prévention des chutes, des accidents domestiques ↳ Dépistage des maladies (Alzheimer et démences apparentées, cancers, diabètes, maladies cardio-vasculaires) <p>La promotion de la santé auprès des personnes âgées autonomes</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Alimentation ↳ Sommeil ↳ Activité physique et intellectuelle etc.

Public handicapé	
<i>Prise en charge</i>	<i>Promotion de la santé, prévention</i>
<p>Les problématiques liées à l'hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ La médicalisation des lits d'hébergement ↳ L'accompagnement de fin de vie ↳ Prévention des risques professionnels (manutention du patient) <p>Le déficit de l'offre locale de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Orientation et suivis des personnes <p>Suivi des handicapés vieillissants</p> <p>Le soutien apporté aux aidants familiaux</p> <p>Insertion sociale et accompagnement vers l'emploi</p>	<p>Sensibilisation de la population au handicap</p> <p>La prévention des causes de handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Trauma crânien ↳ AVC ↳ ... <p>La prévention des risques liés au handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Nutrition ↳ Souffrance psychique ↳ Isolement social

L'OFFRE D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES

Dans le sud de l'Eure aujourd'hui, **21% personnes sont âgées de plus de 60 ans. Dans les décennies à venir cette population des séniors devrait continuer de croître.** Qu'ils soient économiques, sociaux ou sanitaires, les enjeux introduits par cette évolution démographique sont nombreux. Emploi des séniors, activités culturelles des « jeunes » retraités, prévention des risques liés à la perte d'autonomie, hébergement ou maintien à domicile des personnes dépendantes, accompagnement des aidants familiaux figurent parmi les thèmes majeurs dans un territoire rural où la mobilité, bien avant la retraite, pose problème. Dès lors, professionnels et partenaires de tous champs et secteurs s'organisent pour apporter des réponses innovantes et efficaces, notamment dans le cadre du maintien à domicile. Tous s'attachent à assurer une prise en charge globale et coordonnée de nos aînés. Dans les chiffres, cela se concrétise notamment par **une offre d'hébergement et d'équipement légèrement supérieure aux moyennes départementales et régionales.**

Breteuil-sur-Iton, une offre d'hébergement parmi les plus importantes de la Région

Eu égard à l'évolution démographique et aux réformes successives de l'Hôpital et de l'organisation sanitaire sur les territoires, les centres hospitaliers et hôpitaux locaux se sont peu à peu adaptés aux besoins de la population en réorientant une partie de leur activité autour des soins de suite, de l'hébergement de courtes, moyennes et longues durée et du maintien à domicile. À Verneuil-sur-Avre, un **Centre d'Accueil de Jour Alzheimer** a ainsi vu le jour en 2009. Des **SSIAD** et des services de **HAD** (à Rugles) sont aujourd'hui rattachés aux hôpitaux locaux et œuvrent en collaboration avec les acteurs de santé libéraux et associatifs pour garantir de bonnes conditions de maintien à domicile. L'offre d'hébergement pour personnes âgées est par ailleurs étoffée par les établissements associatifs et privés. Néanmoins, aussi dense soit-elle, cette offre demeure très localisée. Ainsi, aucun des cantons de Damville, Nonancourt et Saint-André n'était équipé fin 2008 de structures de Soins Infirmiers à Domicile. Verneuil et Breteuil, en revanche, présentent des taux d'équipements tout à fait honorables, en particulier **Breteuil qui constitue l'un des territoires les mieux dotés de la Région**.

Tab.13 : Hébergement et équipement pour personnes âgées de plus de 75 ans par canton

Cantons	Taux hébergement⁽¹⁾	Taux équipement en SSIAD	Lits médicalisés⁽²⁾
Verneuil/Avre	141,8	42,1	152,1
Breteuil/Iton	318,8	41,1	271,5
Damville	149,6	0	0
Nonancourt	102,9	0	102,9
St André de l'Eure	141,5	0	141,5
Sud de l'Eure	167,9	16,5	147,0
Eure	164,1	17,8	122,7
Haute Normandie	165,9	16,8	112,7

Unités: Taux pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Année de référence : 31/10/2008

Source : DRASS, DDASS, INSEE – RP 2006, traitement ORSHN OSSR 2009

⁽¹⁾Lits de maison de retraite, logements de foyers-logements et lits d'hébergement temporaire

⁽²⁾Lits de section de cure médicale en maison de retraite et foyers-logements, Lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée

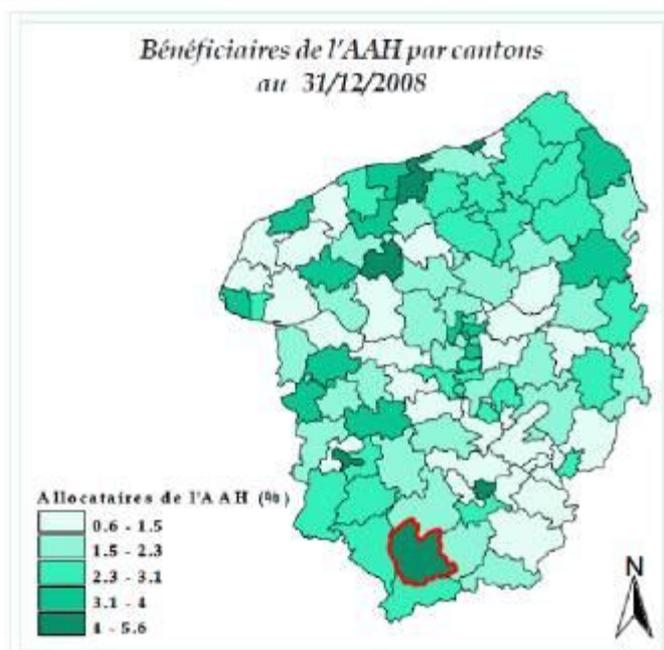
Notons enfin que parmi le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans hébergées en établissement ou suivies à domicile, seules 3,6%³⁸ bénéficient de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) contre respectivement 6,5 et 8,3 pour l'Eure et la Haute-Normandie.

³⁸ Source : Conseil Général de l'Eure, « Diagnostic territorial de l'UTAS d'Evreux », septembre 2009 – ORSHN in OSSR 2009.

Comme la population des séniors, la population handicapée est particulièrement représentée sur le sud de l'Eure, en particulier sur les cantons de Breteuil et Verneuil. Très développée sur ces deux cantons, l'offre d'accueil, d'hébergement, d'accompagnement et réinsertion sociale par le travail repose sur un tissu associatif fort.

Breteuil, canton haut-normand le mieux doté pour accompagner les adultes handicapés

Fig.19: Bénéficiaires de l'AAH par canton³⁹



Sources : Caf, MSA, Insee - RP 2006
 Unité : % de bénéficiaires parmi les personnes âgées de 20-64 ans
 Année de référence : 31/12/2008

Fin 2008, le canton de Breteuil se positionnait comme le territoire haut-normand offrant le taux d'équipement pour adultes handicapés le plus haut soit 46,8 places pour 1 000 habitants (20-59 ans). L'offre du territoire du sud de l'Eure sur les champs du travail spécialisé ou de l'accueil des enfants handicapés reste également légèrement au dessus de celle de la Région. Logiquement, c'est aussi sur ce canton de Breteuil que la proportion de bénéficiaires de l'AAH (20-59 ans) handicapés est la plus élevée en Haute-Normandie, 5,6% de la population.

Tab.14 : Taux d'équipement pour personnes handicapés par canton

Cantons	Taux équipement en établissement pour enfants handicapés	Taux global d'équipement pour adultes handicapés	Taux d'équipement en ESAT
Verneuil/Avre	0	7,4	17,2
Breteuil/Iton	46,5	46,8	7,5
Damville	9,2	9,5	0
Nonancourt	3,3	29,1	0
St André de l'Eure	4,4	0	3,4
Sud de l'Eure	12,7	18,6	5,6
Eure	8,8	5,1	3,5
Haute Normandie	9,9	5,5	3,3

Source : ORSHN in OSSR 2009 - DRASS, DDASS, INSEE

Unité : Taux pour 1 000 personnes âgées de 20-59 ans
 Année de référence : 31/12/2008

³⁹ In ORSH, OSSR 2009

LES INDICES DE MORTALITÉ

Afin d'évaluer statistiquement l'état de santé d'une population, on mobilise généralement deux ensembles de données que fournissent les indicateurs de mortalité et de morbidité.

Un niveau local de mortalité inquiétant

D'un point de vue général, **la situation sanitaire du sud de l'Eure apparaît particulièrement préoccupante** et plus aggravée encore que ne l'est déjà la situation du département de l'Eure et de la région Haute-Normandie par rapport au reste du territoire français.

Statistiquement cela se traduit par :

- ↳ **des taux comparatifs de mortalité (générale et prématurée) et de morbidité élevés ;**
- ↳ **un déficit démographique croissant de l'offre locale de soins de proximité.**

Entre 2000 et 2007, dans le sud de l'Eure, on évaluait à environ **640** le nombre de **personnes décédées chaque année** (autant d'hommes que de femmes). En 2006, l'ORSHN, dans son rapport sanitaire et social, « portait par Pays », mettait en avant le fait qu'avec **un taux comparatif de mortalité générale de 1045,5 décès annuels pour 100 000 habitants entre 1994 et 2002, le Pays d'Avre et d'Iton⁴⁰ constituait le Pays de Haute Normandie le plus touché par la mortalité** (959,5 en Haute-Normandie, 901,7 en France métropolitaine – cf. Fig. 20).

Sur la période 2002-2007, le niveau de mortalité demeure toujours plus élevé sur le sud de l'Eure que sur le reste de la Région et de la France (1002,4 décès pour 100 000 habitants soit +8,8% de décès annuels qu'en Haute-Normandie). La baisse de ce taux par rapport à 2002 est essentiellement due à l'intégration du canton de Saint André de l'Eure au calcul, canton disposant d'un TCM général de 937⁴¹.

⁴⁰ Dénomination antérieure à l'entrée de la Communauté de Communes de la Porte Normande (Saint-André de l'Eure) au sein du Pays.

⁴¹ À noter qu'entre 1994 et 2007, le taux de mortalité générale moyen

Mesure et évaluation statistique de l'état de santé d'une population

En épidémiologie, le **taux de morbidité** est le rapport qui mesure l'incidence et la prévalence d'une maladie.

Le taux de mortalité est le nombre de décès annuels rapporté au nombre d'habitants d'un territoire donné.

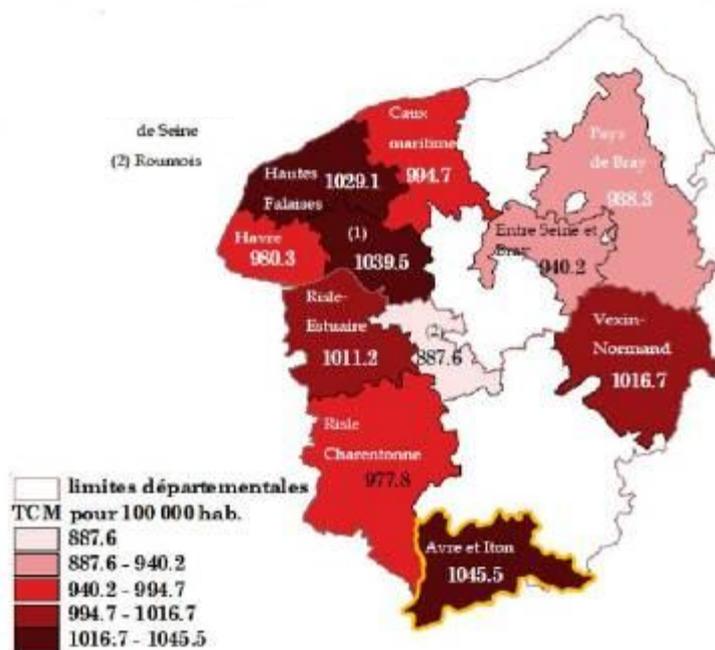
Le taux comparatif de mortalité (TCM) est le rapport entre le nombre de décès observés sur un territoire et le nombre de décès attendus. Ce dernier chiffre est calculé en appliquant à la population du territoire les taux de mortalité nationaux par âge et sexe.

On parle de **mortalité « prématurée »** pour qualifier les décès survenus avant 65 ans.

Le recueil des décès et leur codification se fait à partir des certificats remplis par les médecins.

Le taux de létalité est la proportion de cas mortels liés à une maladie ou à une condition particulière.

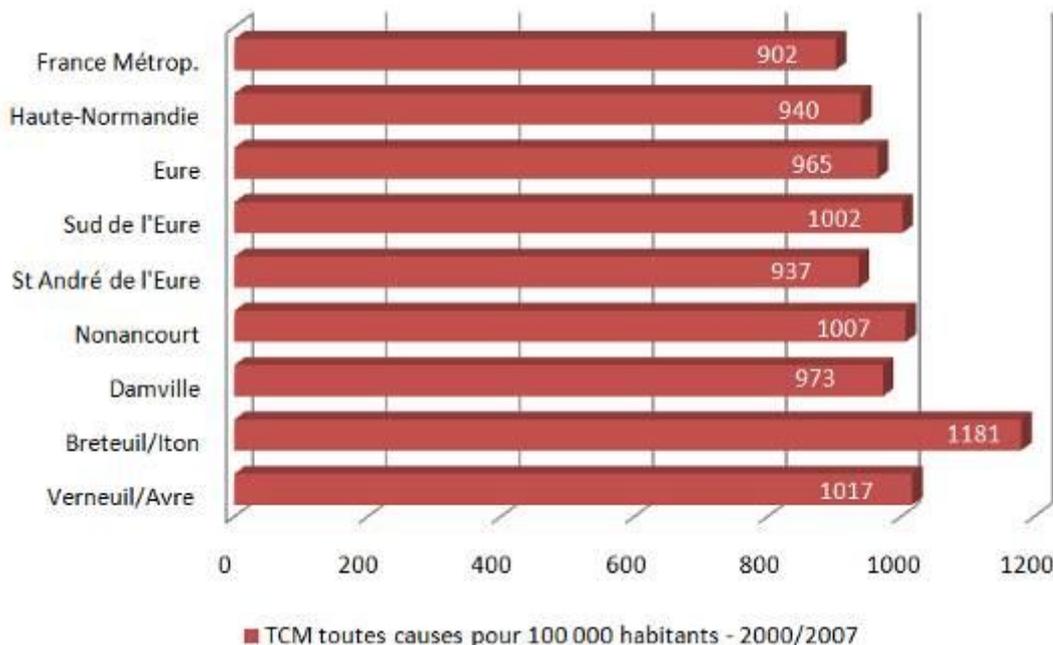
Fig.20 : Taux Comparatif de Mortalité tout sexe par Pays 1994-2002



Source : ORSHN – OSSR Portrait par Pays, sept. 2006 – Exploitation RLPS PAEI

Comme on avait pu l’entrevoir sur un plan socio-économique, de vraies inégalités subsistent aussi entre chacun des cantons au niveau sanitaire. On remarque à ce titre un niveau de mortalité très supérieur sur le canton de Breteuil.

Fig.21 : Taux Comparatif de Mortalité générale toutes causes par territoire (2000-2007)



Source : INSERM - CépiDc, INSEE, Exploitations ORSHN – OSSR 2009 Référentiel France Métrop. Taux pour 100 000 hab.

n’a quasiment pas évolué sur l’ancien Pays d’Avre et d’Iton, 1045,5 contre 1044,4.

Les données recueillies par l'ORSHN sur la période 2000-2007 nous permettent d'établir une classification des principales causes de décès. A cet égard, **on constate que les causes majeures de décès sont les mêmes dans le sud de l'Eure que dans le reste de la France métropolitaine :**

1. **les maladies de l'appareil circulatoire → 28% des décès**
2. **les cancers (« les tumeurs »)** qui, s'ils le sont dans une moindre mesure qu'à l'échelle régionale et nationale, représentaient entre 2000 et 2007 environ **27% des décès sur le sud de l'Eure** dont 36,5% de l'ensemble des décès intervenant avant 65 ans.
3. **les maladies de l'appareil respiratoire → 6% des décès**
4. **le suicide → 3% des décès**
5. **les accidents de la circulation → 2% des décès**

Des causes de mortalité différentes selon les sexes

Si les grandes causes de mortalité évoquées ci-dessus affectent aussi bien les hommes que les femmes, elles le font dans des proportions et selon des pathologies diverses.

En premier lieu, on note que **les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de mortalité féminine** (30,3% des décès), **une place occupée par les cancers chez l'homme** (32,7% des décès). **Plus de dix points séparent le nombre de décès intervenus chez l'homme ou la femme des suites d'un cancer** (32,7% des décès chez les hommes contre 21%). Chez l'homme les **cancers du poumon et des voies aéro-digestives sont les plus mortels** tandis que chez la femme, les tumeurs se développent le plus souvent sur **le sein et le côlon**. Des données d'autant plus marquantes que ces pathologies font déjà l'objet de campagnes nationales de dépistage gratuit. Le manque de sensibilisation, la crainte liée à la découverte de la maladie, ainsi que ne manquent pas de le rappeler les médecins généralistes, sont autant de freins qui entravent le dépistage précoce et les possibilités de soin⁴².

Enfin, on remarquera deux causes de décès n'apparaissant que dans une des deux populations : les troubles mentaux, responsables de 4,4% des décès annuels féminins ; les maladies de l'appareil digestif qui représentent 3,9% du nombre de décès chez les hommes chaque année.

⁴² Dans l'Eure le dépistage généralisé du cancer du sein est organisé par l'association DECAD'E (Dépistage des Cancers dans l'Eure). Cette association est composée de représentants des différents régimes d'assurance maladie et mutuelles, du Conseil général de l'Eure, de la Ligue contre le cancer, d'associations d'usagers et de professionnels de santé de l'Eure.

Tab.15 : Les grandes causes de mortalité chez les femmes du sud de l'Eure

Femmes	Sud de l'Eure		Haute-Normandie		France Métropolitaine
	Nombre de décès annuels	Part dans l'ensemble des décès	Nombre de décès annuels	Part dans l'ensemble des décès	Part dans l'ensemble des décès
Maladies de l'appareil circulatoire	96	30,3%	2 376	31,3%	32,0%
- Maladies vasculaires cérébrales	25	7,8%	601	7,9%	8,0%
- Cardiopathies ischémiques	21	6,5%	597	7,9%	7,1%
Cancers	67	21,0%	1 803	23,7%	22,9%
- Sein	13	4,0%	353	4,6%	4,3%
- Intestin	9	2,7%	235	3,1%	3,0%
- Poumon	5	1,6%	151	2,0%	2,1%
- Utérus	4	1,3%	95	1,3%	1,1%
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	21	6,5%	449	5,9%	6,1%
- Suicides	5	1,5%	97	1,3%	1,1%
- Accidents de la circulation	3	1,0%	44	0,6%	0,6%
Maladies de l'appareil respiratoire	20	6,4%	438	5,8%	6,2%
- Pneumonie et bronchopneumonie	5	1,6%	149	2,0%	2,2%
- Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	4	1,3%	100	1,3%	1,4%
Troubles mentaux	14	4,4%	401	5,3%	3,9%
- Autres troubles mentaux que psychoses alcooliques et alcool	13	3,9%	375	4,9%	3,7%
Autres causes	100	31,5%	2 133	28,1%	28,9%
Toutes causes	317	100%	7 600	100%	100%

Source : INSERM - CépiDc, INSEE – Exploitation ORSH OSSR 2009

Années de référence : 2000-2007

Tab 16 : Les grandes causes de mortalité chez les hommes du sud de l'Eure

Hommes	Sud de l'Eure		Haute-Normandie		France Métropo- litaine
	Nombre de décès annuels	Part dans l'ensemble des décès	Nombre de décès annuels	Part dans l'ensemble des décès	Part dans l'ensemble des décès
Cancers	105	32,7%	2 760	34,0%	32,5%
- Poumon	24	7,4%	689	8,5%	7,9%
- VADS	12	3,7%	295	3,6%	3,1%
- Prostate	11	3,5%	274	3,4%	3,4%
- colon rectum	10	3,0%	249	3,1%	3,2%
Maladies de l'appareil circulatoire	80	24,8%	2 078	25,6%	26,5%
- Cardiopathies ischémiques	26	8,1%	715	8,8%	8,7%
- Maladies vasculaires cérébrales	18	5,5%	434	5,3%	5,5%
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	34	10,6%	709	8,7%	8,6%
- Suicides	13	4,0%	276	3,4%	2,9%
- Accidents de la circulation	7	2,3%	133	1,6%	1,3%
Maladies de l'appareil respiratoire	18	5,6%	473	5,8%	6,4%
- Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	6	1,9%	177	2,2%	2,4%
- Pneumonie et bronchopneumonie	4	1,3%	129	1,6%	1,8%
Maladies de l'appareil digestif	12	3,9%	418	5,1%	4,7%
- Cirrhose alcoolique	6	1,8%	212	2,6%	2,1%
Autres causes	72	22,4%	1 678	20,7%	21,3%
Toutes causes	320	100%	8 117	100%	100%

Source : INSERM - CépiDc, INSEE – Exploitation ORSH OSSR 2009

Années de référence : 2000-2007

De manière générale, il est difficile d'isoler une cause permettant d'expliquer ce taux comparatif de mortalité significativement plus élevé dans le sud de l'Eure.

On soulignera néanmoins, **chez les hommes du sud de l'Eure, une proportion de décès par suicide et accident de la circulation (10,6%) significativement supérieure à celles observées en Haute - Normandie et en France métropolitaine.** Une surmortalité sur les routes qui pose question concernant le vieillissement du parc automobile, la vétusté de la voirie en campagne et l'impact de pratiques à risque telles que la consommation de substances psycho-actives.

LES GRANDES CAUSES DE MORTALITÉ PAR CANTON

Sur un plan local, et ce même s'il convient de nuancer les analyses suivantes compte tenu de la faiblesse des effectifs qu'elles engagent, on observe des spécificités notables.

Le canton de Nonancourt se caractérise par une surmortalité par cancers chez l'homme comme chez la femme⁴³.

Le canton de Damville, présente également un taux de mortalité par cancers chez l'homme supérieur au niveau régional.

Sur ce même canton, le taux de mortalité général par suicide est au moins deux fois plus élevé qu'en Haute-Normandie.

Fig. 22: Les grandes causes de mortalité chez les femmes du sud de l'Eure (en %)

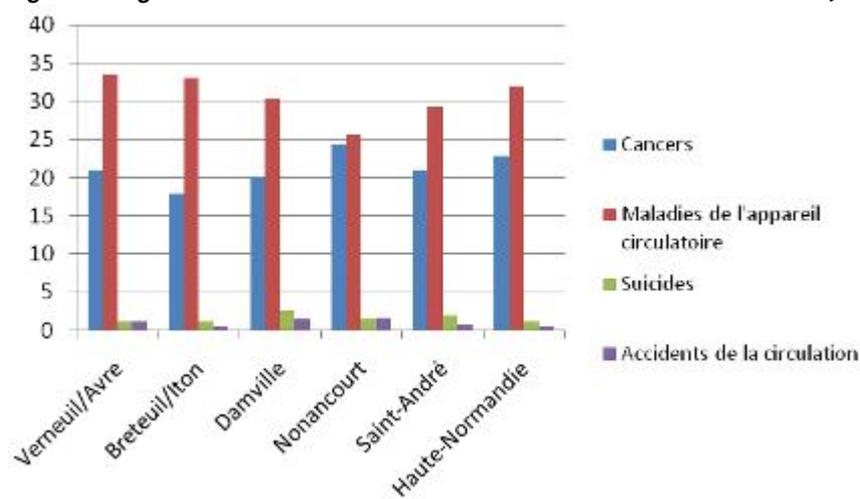
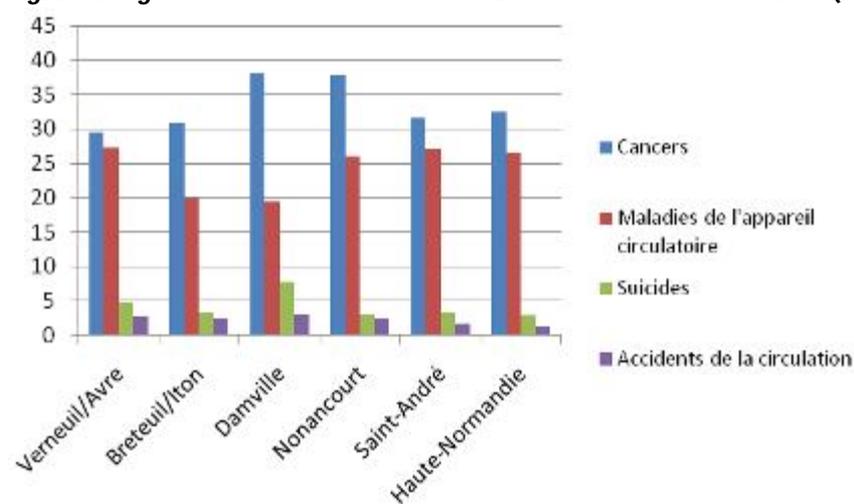


Fig. 23: Les grandes causes de mortalité chez les hommes du sud de l'Eure (en %)



Part dans l'ensemble des décès annuels Années de référence : 2000-2007
 Source : INSERM CépiDc, INSEE – Exploitation ORSH OSSR 2009

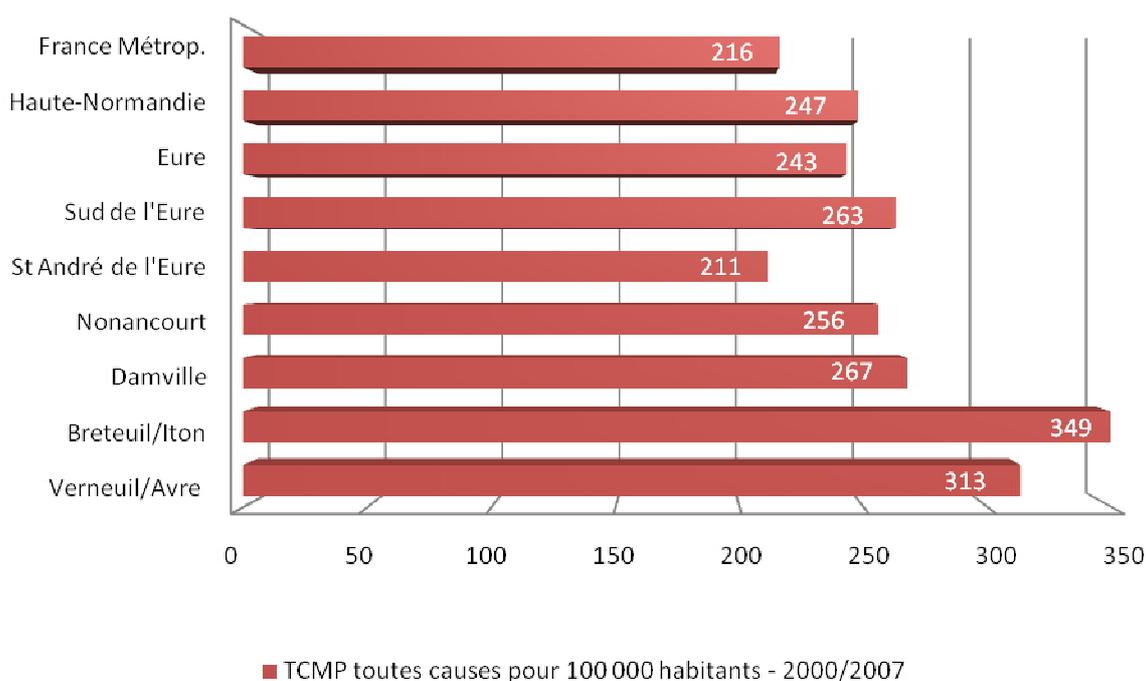
⁴³ Contrebalancé chez la femme par une moindre proportion de décès des suites d'une maladie cardio-vasculaire.

MORTALITÉ PRÉMATURÉE, MORTALITÉ ÉVITABLE ?

Considérant d'une part l'allongement régulier de l'espérance de vie, d'autre part, les progrès réalisés sur le plan médical, il est devenu difficile d'user uniquement des taux de mortalité générale pour évaluer les besoins en santé d'un territoire. Ainsi, la « mortalité rée⁴⁴ » permet d'évaluer le nombre décès survenus avant 65 ans. Parmi ces décès en 1999, on évaluait à un tiers la proportion de décès « évitables ».

En France, en 2007, l'espérance de vie moyenne était de 77,5 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes contre respectivement 76 ans et 83,6 ans pour les hommes et femmes haut-normands. Pourtant, sur la période 2000-2007, ce ne sont pas moins de 108 000 français qui décédaient chaque année avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans. Parmi la population, à l'heure où l'âge légal de départ en retraite est reculé à 62 ans, plus d'un quart des hommes meurent avant 65 ans.

Fig.24 : Taux comparatif de mortalité prématurée par territoire



Référentiel France Métrop. taux pour 100 000 hab

Années de référence 2000-2007

Source : INSERM CépiDc, INSEE - Exploitations ORSHN – OSSR 2009

Au regard des statistiques, **la Haute-Normandie et dans une plus grande mesure le sud de l'Eure se caractérisent des niveaux de mortalité prématurée inquiétants.** Entre 1994 et 2002, le sud de l'Eure se plaçait **en première position des territoires les plus sinistrés** avec 283,7 décès pour 100 000 habitants. Pis, sur la période 2000-2007, **le canton de Breteuil-sur-**

⁴⁴ F. PEQUIGNOT, 2003, *La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France*, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc-Inserm, BEH n°30/31.

Iton constitue le territoire le plus touché par la mortalité prématurée en Haute-Normandie avec un taux de 349,3 décès pour 100 000 habitants contre 242,9 dans l'Eure et 216 en France métropolitaine. Cela représente théoriquement +41% de décès prématurés chaque année que le niveau régional⁴⁵.

Ainsi, chaque année dans le sud du département, 165 personnes meurent avant 65 ans. 60% sont des hommes.

LES GRANDES CAUSES DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE

Sur le sud de l'Eure comme en France plus d'un tiers des décès avant 65 ans sont dus à des cancers. Particularité de notre territoire, la part des décès prématurés par cancers chez les femmes est inférieure de 7 points en comparaison au niveau national.

Tab.17 : Les principales causes de mortalité prématurée chez les femmes

Femmes	Sud de l'Eure	Eure	Haute-Normandie	France Métropolitaine
	Part dans l'ensemble des décès prématurés			
Accidents de la circulation	6,1%	4,1%	2,9%	3,1%
Suicides	8,4%	6,7%	6,2%	6%
Mortalité liée à une consommation excessive d'alcool	9,5%	9,1%	8,8%	6,9%
Cancers	38,3%	44,0%	45,1%	45,1%

Tab.18 : Les principales causes de mortalité prématurée chez les hommes

Hommes	Sud de l'Eure	Eure	Haute-Normandie	France Métropolitaine
	Part dans l'ensemble des décès prématurés			
Accidents de la circulation	7,3%	6,0%	4,5%	4,9%
Suicides	8,7%	9,1%	7,9%	7,5%
Mortalité liée à une consommation excessive d'alcool	14,7%	13,8%	14,7%	12,5%
Cancers	36,3%	36,3%	37,7%	36,6%

Proportion de décès prématurés annuels par causes
Sources : INSERM, CépiDc, ORSHN, OSSR 2009 exploitations RLPS PAEI

Années de référence 2000-2007

⁴⁵ Source : Inserm CépiDc, Insee

L'analyse comparative des causes de mortalité prématurée fait apparaître sur le sud de l'Eure :

- ↳ une surmortalité prématurée tout sexe par accident de la route → 7% des décès prématurés ;
- ↳ une surmortalité prématurée tout sexe par suicide → 9% des décès prématurés.

Rappelons à ce titre que la majorité des accidents de la circulation et suicides (60/70% des cas) interviennent avant 65 ans.

Est par ailleurs mise en exergue :

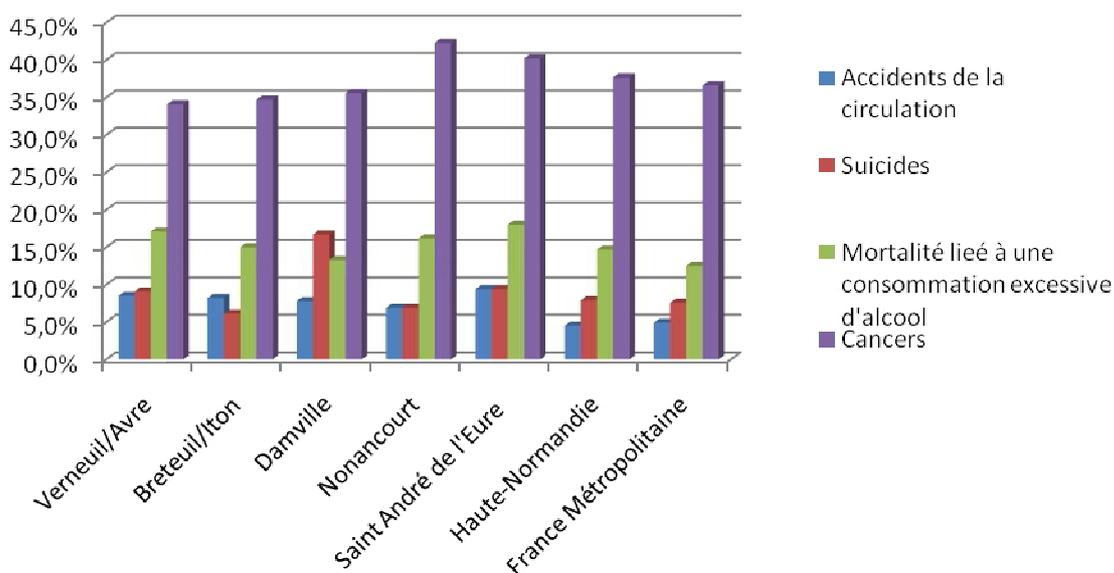
- ↳ une surmortalité prématurée locale tout sexe par consommation excessive d'alcool → 13% des décès prématurés.

Notons néanmoins que les femmes du sud de l'Eure décèdent moins souvent avant l'âge de 65 ans sur le sud de l'Eure que sur le reste de la Haute-Normandie et de la France.

Des spécificités cantonales

Même si la faiblesse des effectifs intégrés aux calculs limite la portée statistique des analyses, on constate localement de vraies particularités locales concernant les causes de décès prématurés.

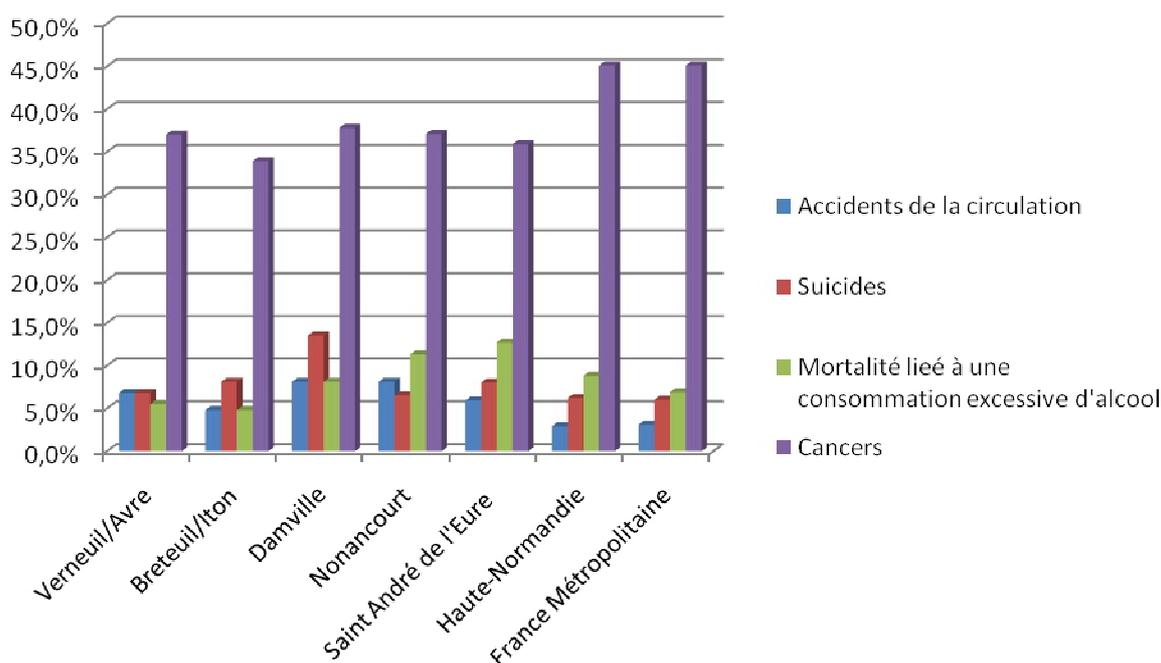
Fig.25 : Les principales causes de mortalité prématurée chez les hommes par canton



Proportion de décès prématurés annuels par cause
Sources : INSERM - CépiDc, ORSHN in OSSR 2009 exploitations RLPS PAEI

Années de référence 2000-2007

Fig.26 : Les principales causes de mortalité prématurée chez les femmes par canton



Proportion de décès prématurés annuels par causes

Années de référence 2000-2007

Sources : INSERM, CépiDc, ORSHN, OSSR 2009 exploitations RLPS PAEI

À l'échelle cantonale on notera donc :

- ↳ **Une forte proportion de décès prématurés par cancer chez les hommes des cantons de Nonancourt et de Saint-André ;**
- ↳ **Une surmortalité avant 65 ans par suicide (tout sexe) sur le canton de Damville ;**
- ↳ **Un plus grand nombre de décès prématurés (tout sexe) liés à la consommation excessive d'alcool sur le canton de Saint-André.**

LA MORTALITÉ ÉVITABLE EN HAUTE-NORMANDIE

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, la France qui présente une espérance de vie à 65 ans parmi les plus élevées en Europe, se caractérise parallèlement par une forte mortalité prématurée. Parmi les décès intervenus avant 65 ans en France, une part non négligeable (entre 30 et 50% selon les sources) est jugée « évitable ».

Pour identifier les **décès évitables** on fait référence à **deux types de situations** :

- ↳ Des pathologies dont la prise en charge ne nécessite pas de connaissances médicales ni équipements nouveaux ;

↳ Des décès évitables par la réduction des facteurs de risques individuels⁴⁶.

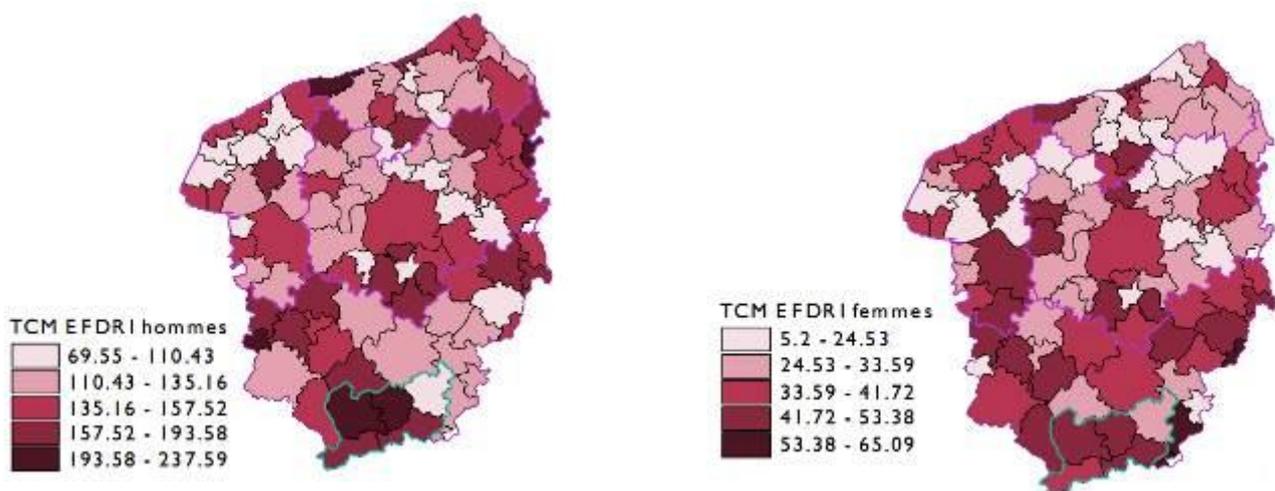
Un nombre important des décès survenus avant 65 ans apparaissent évitables que ce soit à travers « l'amélioration des politiques de prévention »⁴⁷ et/ou l'aménagement du système de soins.

En outre, ce qu'ont mis en lumière les études épidémiologiques, ce sont donc d'une part **les causes majeures de mortalité évitable**, d'autre part la corrélation entre ces causes et l'âge :

- ↳ Les cancers du poumon, prédominant entre 45 et 64 ans ;
- ↳ Les causes directement liées à la consommation d'alcool (cirrhoses, psychoses alcooliques) ;
- ↳ Les accidents de la circulation intervenant majoritairement avant 25 ans ;
- ↳ Le suicide, fréquent entre 25 et 44 ans ;
- ↳ Les chutes accidentelles ;
- ↳ Le SIDA.

Parmi les causes de décès évitables un grand nombre figure parmi les causes de mortalité prématurée sur le sud de l'Eure. Aussi, **le taux de mortalité évitable par action sur les facteurs de risques individuels apparaît particulièrement élevé dans le sud de l'Eure**, surtout chez les hommes des cantons de Breteuil et Damville.

Fig.27 : taux comparatifs de mortalité évitable par action sur les facteurs de risques individuels



Sources : INSERM – CépiDc in ORSHN, Données sanitaires et sociales régionales, 2010

⁴⁶ « Causes de décès évitables par actions sur les facteurs de risque individuels : SIDA, cancer lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, cancer de l'œsophage, cancer du larynx, cancer du poumon, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, accidents de la circulation, chutes accidentelles et suicides » in ORSHN, *Données sanitaires et sociales*, 2010

⁴⁷ PEQUIGNOT F. (2003), INSERM-CépiDc, « La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France » in *BEH* 30-31, p.139

LES ADMISSIONS EN AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

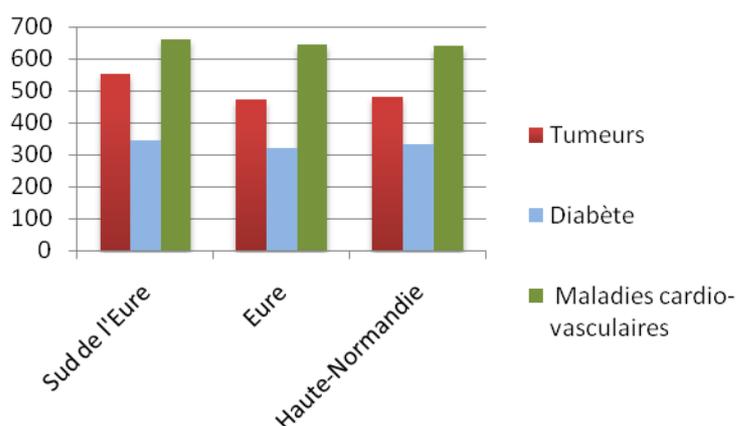
Parmi les données les plus généralement recueillies pour évaluer l'état de santé, les indices de morbidité décrivent la tendance d'une population donnée à tomber malade. Les maladies y sont ainsi abordées selon leur fréquence, leur durée ou encore leur gravité. Pour évaluer cet indice de morbidité on mobilise régulièrement les données liées aux Affections de Longue Durée (ALD).

En Haute-Normandie, on dégage **trois motifs principaux d'admission en Affections Longue Durée**:

1. **Maladies cardio-vasculaires** → 32,5% des admissions
2. **Tumeurs (cancers)** → 24,3%
3. **Diabète** → 16,9%

Sur un plan régional, la prédominance de l'une ou l'autre des pathologies varie selon les âges et le sexe. Chez les garçons âgés de moins de 15 ans, 41% des admissions en ALD sont dues à des troubles psychiatriques (28% chez les filles). Par la suite (15-64 ans), on trouve comme causes principales des ALD : les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs (cancers) et le diabète. La prédominance des troubles cardio-vasculaires se renforce passé 65 ans avec 40% des admissions en ALD induites par ces pathologies⁴⁸.

Fig.28 : Taux comparatif ALD par territoire



Unité : taux pour 100 000
Sources : Inserm, CépiDc, Insee

Années de référence : 2006/2007

⁴⁸ Sources : Cnamts, CCMSA, RSI Année de référence 2006-2007

Admissions en Affection de Longue Durée (ALD)

En cas d'affection impliquant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections, établie par décret, porte actuellement sur 30 affections ou groupes d'affections.

Dans le sud de l'Eure, le nombre de personnes admises en affection de longue durée, que ce soit pour un cancer, une maladie cardio-vasculaires ou un diabète, est supérieur aux moyennes départementale et régionale.

Tab.19 : Taux comparatif ALD 2006/2007 par canton

Cantons	Verneuil/Avre	Breteuil/Iton	Damville	Nonancourt	St André de l'Eure
Taux comp. ALD 2006/2007 - Tumeurs	464,9 (*)	586,4 (*) (**) (***)	529,9 (*)	626,6 (*) (**) (***)	512,7 (*)
Diabète	246,6 (*) (**) (***)	331,4 (*)	473,8 (*) (**) (***)	332,6 (*)	337,5 (*)
Maladies cardio-vasculaires	658,5 (*)	598,1 (*)	822,8 (*) (**) (***)	631,7 (*)	592,8 (*)

(*) Différence significative par rapport à la France métropolitaine

(**) Différence significative par rapport à la région

(***) Différence significative par rapport au département de l'Eure

Sources : Inserm, CépiDc, Insee Unité : Taux pour 100 000

Années de référence : 2006/2007

Localement, l'analyse statistiques des taux d'admissions en ALD fait également apparaître des tendances propres à chacun des cantons, que ce soit quant au nombre de patients admis que sur la nature de la pathologie⁴⁹.

Parmi les cantons du territoire, seuls les cantons de Verneuil et Saint-André présentent des taux d'admission en ALD conformes à la moyenne régionale. Sur le canton de Verneuil, on observe notamment une proportion de diabétiques significativement inférieur au niveau national. **La situation sanitaire sur les autres cantons est plus alarmante.** Les cantons de **Breteuil et Nonancourt** figurent parmi les cantons hauts-normands **les plus touchés par les cancers** (respectivement +21,8% et +30,3% d'admis pour 100 000 habitants). Le canton de **Damville** est marqué quant à lui par une plus forte proportion de patients admis pour **diabète** (+42,8%) et **maladies cardio-vasculaires** (+28,7%).

⁴⁹ Limites d'utilisation des ALD à des fins épidémiologiques : le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour une pathologie diffère du nombre de personnes nouvellement atteintes de cette pathologie pour plusieurs raisons :

- certains patients ne demandent pas l'admission en ALD, conduisant à une sous estimation des nouveaux cas (existence d'une autre maladie exonérante, exonération du ticket modérateur à un autre titre ...)
- certaines admissions peuvent être demandées longtemps après la survenue de la maladie (amélioration des possibilités de diagnostics, évolution des possibilités thérapeutiques, évolution de la connaissance que le malade a de son état pathologique et/ou de ses droits...)

Source : ORSHN – OSSR 2009

L'OFFRE LOCALE SOINS

La diversité, la densité ainsi que la répartition de l'offre de soins hospitalière et libérale est une problématique centrale dans l'Eure et tout particulièrement dans le sud de ce département. Dans les cantons les plus ruraux, l'activité économique et la vie sociale locales sont aujourd'hui menacées par la désertification médicale. L'Eure, à l'image du Pays d'Avre d'Eure et d'Iton, constitue un des départements français les plus affectés par ce phénomène. À ce titre, le constat fait par le rapport JUILHARD, rendu en début d'année 2010, est sans appel : « *le dispositif de premier recours est à bout de souffle (...) il n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques* »⁵⁰. « À bout de souffle », l'image est particulièrement relayée par les professionnels de terrain. Agenda surchargé pour les uns, sacrifice des travaux de prévention pour les autres, listes d'attente dissuasives, l'accès à un généraliste ou à un spécialiste, qui plus est dans des territoires géographiquement isolés, devient un véritable parcours du combattant, en particulier pour les publics socialement défavorisés ou en perte d'autonomie.

L'OFFRE HOSPITALIÈRE DE SOINS

Depuis le début des années 2000, l'hôpital est sujet à un vaste mouvement de réforme concernant son organisation interne et son implantation sur les territoires. Ainsi, le sud du département de l'Eure n'a pas échappé à la progressive fermeture des maternités et des pôles de chirurgie dont l'activité étaient jugée « insuffisante »⁵¹. Comme l'illustre la carte ci-après (fig.28), il n'existe plus sur le territoire du Pays d'Avre d'Eure et d'Iton d'établissements sanitaires dotés d'un service de chirurgie ou d'une maternité. C'est donc vers L'Aigle, Dreux, Evreux, voire Rouen ou Paris pour les interventions les plus techniques, que peuvent être orientés les patients.

La progressive mutation des hôpitaux locaux

Compte-tenu d'une part des réformes du système hospitalier⁵², d'autre part de l'évolution démographique locale, les établissements de santé du sud de l'Eure ont s'adapter et mieux orienter une partie de leur offre de soins vers les « **Soins de Suite et de Réadaptation** » (SSR) et la **prise en charge à moyen et long terme des personnes âgées dépendantes**. L'évolution des hôpitaux locaux a été rendu possible par la mise en place de partenariat entre les établissements et l'ouverture progressive vers les territoires. Au Centre Hospitalier de Verneuil-sur-Avre, cela a notamment permis le développement des consultations extérieures, le maintien d'un centre périnatal de proximité, l'ouverture d'un centre de prévention ou encore la création du RLPS.

⁵⁰ Rapport JUILHARD sur les maisons et pôles de santé, janvier 2010, p. 4

⁵¹ Rapport LARCHER sur les missions de l'hôpital public, 2008

⁵² Plan Hôpital 2007 – Mise en place de la tarification à l'activité. Loi HPST du 21 juillet 2009 – Nouvelle gouvernance hospitalière.

Sur ce territoire, l'offre hospitalière locale repose principalement sur :

→ [le Centre Hospitalier de Verneuil/Avre](#) ;



↳ **Un pôle d'hospitalisation médicale**

- Un service de médecine
- Un service de Soins de Suite et de Réadaptation

↳ **Un pôle médico-technique**

- Un service de médecine d'urgence
- Un service de consultations externes
- Un service d'imagerie médicale
- Un centre périnatal de proximité
- Un centre de prévention

↳ **Un pôle gériatrique**

- Deux Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « La Vannerie » et « L'Ingénierie ».
- Un Centre d'Accueil de Jour Alzheimer (CAJA) « Le Jardin de la Pensée »
- Un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

→ [l'hôpital local de Breteuil/Iton](#) ;



↳ **Un pôle d'hospitalisation médicale (6 lits)**

- Un service de Médecine (6 lits)
- Un service de Soins de Suite et de Réadaptation (5 lits)

↳ **Un pôle gériatrique**

- Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (99 lits)
- Un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) (40 places)

↳ **Une prise en charge spécifique à la maladie d'Alzheimer**

- Un CANTOU⁵³ de 24 lits
- Un lit d'hébergement temporaire Alzheimer

Ces deux établissements ont fait l'objet de travaux importants impliquant la restructuration de l'hôpital local de Breteuil et la construction du nouvel hôpital de Verneuil permettant, entre autres, l'ouverture de 30 lits pour malades Alzheimer et apparentés.

⁵³ Le Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles (CANTOU) accueillent des personnes âgées souffrant de troubles du comportement, désorientées, atteintes de maladie d'Alzheimer.

Notons également la présence au sein de l'hôpital local de Rugles (Pays Risle-Charentonne) d'un SSIAD et d'un service d'Hospitalisation à Domicile (HAD).

Fig.29 : Pôles techniques en chirurgie – territoire de santé Evreux-Vernon (avant arrêté ARS 2010)



L'OFFRE LIBÉRALE DE SOINS

« Maisons de santé », « pôles de santé », « centres de santé », mesures financières incitatives à destination des étudiants médecine figurent parmi les initiatives aujourd'hui destinées à contrecarrer la progressive désertification médicale des territoires ruraux. Si aucune « solution miracle » n'a pour le moment pu être élaborée, ces réponses témoignent de l'urgence de certaines situations en campagne.

Le sud de l'Eure, désert médical ?

Dans le sud de l'Eure, l'appauvrissement de l'offre de soins de proximité est un sentiment partagé par les professionnels, élus et citoyens. C'est aussi une réalité chiffrée. À ce titre on constate :

- ↳ **Une baisse régulière des effectifs en médecins généralistes et spécialistes depuis le début des années 2000 ;**
- ↳ **Une augmentation du nombre d'habitants et donc de la demande de soins ;**
- ↳ **Une absence de renouvellement des effectifs qui entraîne un vieillissement des médecins actuellement en poste ;**
- ↳ **De vraies disparités locales concernant la répartition de cette offre de soins de proximité.**

En **2005**, le « portrait par Pays » établi par l'ORS avait permis d'illustrer la fragilité démographique du sud du département en comparaison aux autres pays du territoire. Le Pays d'Avre et d'Iton présentait alors **la plus faible densité en médecins généralistes du territoire haut-normand** soit 6,4 médecins pour 10 000 habitants. La même année, la Mission Régionale de Santé confirmait cette tendance à la désertification rappelant la baisse de 22% du nombre de généralistes entre 1995 et 2000 tout en prévoyant la décroissance « constante » de cet effectif à l'horizon 2010.

Au 31 décembre 2008, **la densité moyenne en médecins généralistes (omnipraticiens) sur le sud de l'Eure était de 6,9 médecins pour 10 000 habitants contre 7,6 dans l'Eure et 9,2 en Haute-Normandie.**

À l'échelle cantonale, le constat est relativement contrasté, le canton de Verneuil présentant une densité de 10,9 médecins, celui de Nonancourt seulement 2,7. Sur ce même canton, aucun médecin n'est installé en dehors de la commune de Nonancourt, située à l'extrémité sud du territoire et tournée vers l'Eure et Loire.

Tab.20 : Effectifs et densités de médecins généralistes sur le territoire du sud de l'Eure

	Verneuil/Avre		Breteuil/Iton		Damville		Nonancourt		St André de l'Eure		Sud de l'Eure
	Eff.	Dens.	Eff.	Dens.	Eff.	Dens.	Eff.	Dens.	Eff.	Dens.	Dens.
Médecins généralistes	13	10,9	6	6,5	4	5,2	3	2,7	19	7,5	6,9
% des médecins de + de 55 ans	31%		67%		25%		33%		19%		38%

Source : URCAM

Effectifs et densités pour 10 000 hab. situation au 31/12/2008

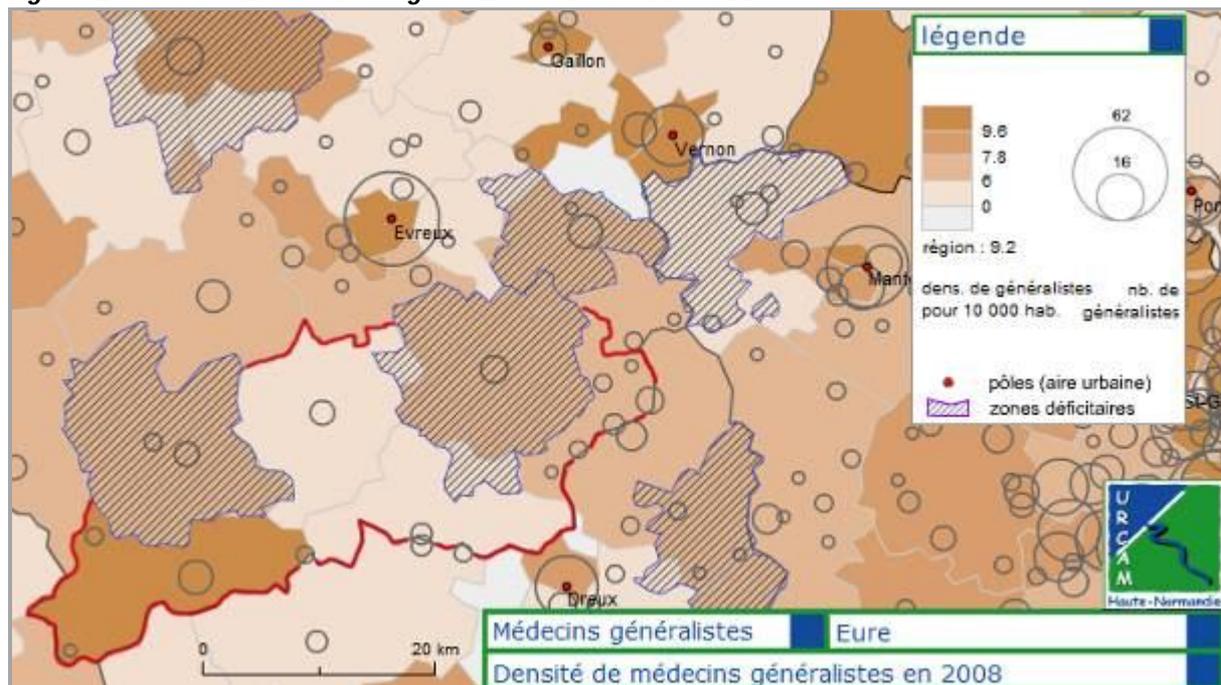
En cette même année 2010, la MRS a mis à jour son bilan prospectif sur l'offre de soins libérale de proximité. **Si la MRS prévoit un maintien du nombre de généralistes dans le sud de l'Eure entre 2010 et 2015, ses prévisions restent incertaines.** Dès 2010, par exemple, deux médecins ont quitté la ville de Verneuil et un troisième partira en 2011. Statistiquement, cela se traduit par une baisse importante de la densité médicale sur le canton. De 10,9 en 2008, elle passerait à 8,4 médecins pour 10 000 habitants⁵⁴. De même, ce chiffre serait clairement revu à la baisse si la présence toute l'année d'environ 3 000 à 5 000 touristes fréquentant un grand parc de loisirs local était prise en compte dans le calcul.

Outre les effectifs, c'est aussi à partir de l'âge et du niveau d'activité des médecins généralistes que sont déterminés des zones dites « déficitaires »⁵⁵ parmi lesquelles figurent aujourd'hui le canton de Breteuil et une partie de celui Saint-André.

⁵⁴ Densité calculée à partir des données INSEE - RP 2007.

⁵⁵ Chaque zone d'étend sur un territoire de santé nommé territoire de proximité. L'espace d'implantation du Réseau Local de Promotion de la Santé chevauche deux territoires. Celui de Verneuil/Avre auquel appartiennent les cantons de Breteuil/Iton, Verneuil/Avre et Nonancourt ; celui d'Evreux auquel sont rattachés les cantons de Damville et Saint-André de l'Eure. Dès lors une analyse associant ces 5 cantons n'est entièrement possible.

Fig.30 : Zones déficitaires médecins généralistes dans le sud de l'Eure



Source : URCAM de Haute-Normandie – C@rtoSanté

Tenant compte de ces trois critères que sont la densité, l'âge et le niveau d'activité, voici ce que l'on peut constater sur le sud de l'Eure :

- ↳ Seul Verneuil-sur-Avre présente une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne départementale ;
- ↳ Entre 1995 et 2009, tous les cantons ont connu une diminution de 10 à 30% des effectifs en généralistes ;
- ↳ 38% de ces médecins sont âgés de plus de 55 ans ;
- ↳ L'activité de ces médecins demeure en revanche quantitativement une des plus faibles de la région. Le Sud de l'Eure est donc le seul territoire où la diminution des effectifs n'est pas suivie par une montée en charge des praticiens.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat pour le moins paradoxal. La première est l'âge des médecins. Pour une majorité, l'avancé en âge contribue au ralentissement de l'activité journalière. Autre raison, la pratique d'une médecine générale de proximité favorisant des temps d'échange et donc de consultation plus longs. De même, il convient de s'interroger sur l'intensité des actes liés à un renouvellement de traitement. Enfin, les rapports bien structurés entre les médecins généralistes et les infirmières libérales intensifient la délégation des actes (vaccinations). Ce seul constat statistique ne doit donc pas masquer les spécificités locales. Ce que ne permettent pas toujours de souligner les analyses statistiques, c'est par ailleurs l'**inégaie répartition de ces praticiens sur le canton**. La concentration des médecins dans les chef-lieu de canton rend la situation critique dans les zones rurales périphériques. Le canton de Nonancourt en est une parfaite illustration puisqu'en dehors des 3 médecins installés sur Nonancourt aucun généraliste n'est implanté sur le canton.

Les autres spécialités médicales et professions paramédicales

Préoccupante, l'absence de médecins généralistes sur le Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton fait écho à celles des spécialistes. En effet, **la densité de spécialistes sur le territoire est quasiment deux fois moins importante sur le sud de l'Eure que sur le reste de la Région.**

Tab.21 : Densité de médecins spécialistes par territoire

Spécialités médicales	Sud de l'Eure	Eure	Haute-Normandie	France Metrop.
	Densité	Densité	Densité	Densité
Médecins spécialistes	2,7	3,8	5,4	8,8
Médecins psychiatres	0,1	8,5	13,8	22,2
Médecins "biologie médicale"	0,3	1,6	3,2	4,9
Médecins du travail et santé publique	0,3	6	9,8	10,2
Chirurgiens dentistes*	2,6	3,3	3,5	NC

Sources : DDAS, DRASS, INSEE RP 2006,

Densité pour 10 000 hab. situation au 31/12/2008

*Source URCAM/ARH - MRS

Certaines spécialités présentent même des bilans dramatiques. Que dire de l'effectif des médecins psychiatres (1 seul sur l'ensemble des 5 cantons concernés) ou encore des médecins du travail et de santé publique (2 médecins). Localement, l'offre de soins spécialisés est particulièrement dense sur **le canton de Verneuil qui concentre plus de 80% des spécialistes.**

Aussi, la fragilité du territoire concernant la démographie médicale ne peut se résumer à l'étude du nombre de généralistes. Car si les portes d'entrée régulées vers le système sanitaire viennent à manquer, les possibilités de réponses rapides aux besoins identifiés sont elles aussi fortement réduites.

Tab.22: Densité de professionnels paramédicaux par territoire

	Sud de l'Eure	Eure	Haute-Normandie
	Densité	Densité	Densité
Masseurs/Kinésithérapeutes	4	4,9	4,8
Infirmiers libéraux	5,5	4,9	6,1

Source : URCAM/ARH – MRS

Densité pour 10 000 hab. situation au 31/12/2008

Pour ces deux professions paramédicales, le sud de l'Eure se situe à des niveaux de couverture du territoire raisonnable figurant parmi les plus élevés du département. Localement le canton de Nonancourt apparaît à nouveau sous doté avec seulement 1 kinésithérapeute (en cabinet secondaire) et 1 infirmier(e).

LES ACTEURS LOCAUX EN PROMOTION DE LA SANTÉ

Nombreux sont les acteurs qui dans le sud de l'Eure contribuent à promouvoir la santé. Le recensement des initiatives représente en ce sens un travail complexe et le tableau de synthèse qui suit ne saurait être exhaustif. Dans ce tableau sont uniquement indiqués les porteurs de projets et les intervenants mobilisés au cours d'actions à dimension collective. On rappellera donc que nombre de professionnels (SSIAD, SAD, Relais Assistantes Maternelles, centres de loisirs, associations caritatives etc.), par leur écoute et leurs conseils contribuent à l'amélioration de la santé des personnes qu'ils suivent au quotidien.

Acteurs	Champs d'intervention						
	Addictions	Nutrition	Violences, Discri°	Hygiène, Sommeil	Parentalité	Vaccination	Sexualité
ADISSA de l'Eure							
Alcool Assistance, la Croix d'Or							
ANPAA							
L'ABRI							
Ateliers de la Solidarité							
BPDJ							
Centre Hospitalier de Verneuil/Avre Centre de Prévention							
Communauté de Communes							
Compagnie Six Pieds Sur Terre							
Conseil Général de l'Eure Service social, PMI							
CESC							
CIDFF							
CODEP							
CPAM				Hygiène bucco- dentaire			
CPEF							
La Croix Rouge							
La Source							
Le Kalif							

Acteurs	Champs d'intervention						
	Addictions	Nutrition	Violence, Discri°	Hygiène, Sommeil	Parentalité	Vaccination	Sexualité
MAREZIA							
Missions Locales							
La Mutualité Française				Vue et audition			
Prévention sécurité routière 27							
Relais Assistante Maternelle							
URIOPPS							

Acteurs	Champs d'intervention				
	Santé mentale	Accès aux soins	Gestes de premier secours	Sécurité routière	Perte d'autonomie liées à l'âge
ADISSA de l'Eure					
BPDJ					
Centre Hospitalier de Verneuil/Avre Centre de Prévention					
Communauté de Communes					
Compagnie Six Pieds Sur Terre					
Conseil Général de l'Eure Service social, PMI					CLIC
CESC					
CIDFF					
CODEP					
La Croix Rouge					
La Source					
Missions Locales	Estime de soi				
La Mutualité Française			Urgences pédiatriques		
Prévention sécurité routière 27					

	<i>Champs d'intervention</i>			
Acteurs	<i>Sensibilisation au handicap</i>	<i>Maladies cardio-vasculaires</i>	<i>Risques du multimédia</i>	<i>Accidents domestiques</i>
BPDJ				
Communauté de Communes				
Compagnie Six Pieds Sur Terre				
Conseil Général de l'Eure Service social, PMI				
CESC				
CIDFF				
Le Kalif			Concerts pédagogiques	
MAREDIA				
MJC				
La Mutualité Française				

Légende :

Intervenants
Organisateurs et intervenants

SANTÉ ET TERRITOIRES, DIVERS PROJETS DANS LE SUD DE L'EURE

LES PROJETS SOCIAUX DE TERRITOIRE (PST)

Expérimentés en 2004 à l'échelle nationale, les Projets Sociaux de Territoire (PST) se développent aujourd'hui sur différents territoires communautaires du sud de l'Eure. Ces Projets favorisent l'identification des axes de développement social local présents et futurs. Sur la communauté de commune du Pays de Verneuil et de la Porte Normande, l'engagement des élus et de la CAF a permis la réalisation de diagnostics locaux⁵⁶. Dans ce cadre ont pu être élaborées diverses actions répondant aux besoins de la population. À maints égards, la dynamique de ces Projets Sociaux de Territoire est intimement liée à celle du RLPS. En tant que démarches partagées, les PST mobilisent déjà des commissions d'acteurs locaux autour d'actions collectives. De plus, parmi les axes d'action prioritaires, beaucoup sont transversaux et donc rattachables au champ de la promotion de la santé (alimentation, parentalité, insertion, etc.). Compte-tenu de ces éléments, le RLPS a en 2010 collaboré aux différents travaux de mise en œuvre des PST sur les territoires de Verneuil-sur-Avre et Saint-André de l'Eure.

LES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES (MSP)

Afin d'entraver le phénomène de « désertification médicale des campagnes », diverses solutions ont vu le jour depuis le début des années 2000. Parmi elles, peu se sont révélées efficaces sur le long terme. Au-delà des mesures financières incitatives, il est apparu nécessaire de repenser la pratique de la médecine libérale, afin qu'elle réponde mieux aux attentes des jeunes médecins généralistes, en particulier dans un contexte de féminisation de la profession. Apprécié par les étudiants en médecine, l'exercice en Maison de Santé apparaît comme une des solutions adaptées pour l'Etat qui a lancé le 27 juillet 2010, un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

Dans le sud de l'Eure, professionnels et élus locaux se mobilisent depuis plusieurs années sur ces questions et pas moins de quatre projets de MSP sont actuellement en cours d'élaboration :

- ↳ MSP de Bourth ;
- ↳ MSP de Tillières/Avre ;
- ↳ MSP de Saint-André de l'Eure ;
- ↳ MSP de la Communauté de Communes Rurales du Sud de l'Eure.

⁵⁶Lien vers le téléchargement du projet d'animation global de la CCPV : <http://www.ccpverneuil-avre.fr/b/s/501/fiches/PAG%20SB%20DU%20PAYS%20DE%20VERNEUIL%2020102009.pdf>

Le projet social de territoire de la CCPN : <http://www.cc-laportenormande.com/default.asp?ext=fr&file=172>

Si la concrétisation de ces projets demeure incertaine, leur existence concerne l'action du RLPS à plusieurs titres. La principale raison réside dans le fait qu'outre la promotion de la santé, le maintien d'une offre de soins de proximité de qualité constitue la première des priorités dans le sud de l'Eure. Dans le sillage des MSP, c'est toute l'offre de soins ambulatoire et a-fortiori la coordination « Ville-Hôpital » qui seront impactées.

Aussi, la connaissance que le RLPS a des enjeux sanitaires locaux doit servir les porteurs de projets de MSP dans la rédaction de leur « projet de santé ». Dans la mesure où l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique figurent parmi les missions qui incombent aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles⁵⁷, ces dernières figureront à l'avenir dans la liste des partenaires potentielles du Réseau. Les MSP pourront par exemple porter et/ou accueillir des actions au sein de leurs locaux ou encore libérer leur personnel pour intervenir auprès de la population. Ceci semble d'autant plus important que les médecins généralistes, psychologues ou encore diététiciens figurent parmi les intervenants que souhaitent voir intervenir les familles interrogées dans le cadre de ce diagnostic⁵⁸.

⁵⁷ http://www.ars.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Actualites/cahier_des_charges.pdf

⁵⁸ Infra p.87

LES PRIORITÉS DE SANTÉ LOCALE LE REGARD DES PROFESSIONNELS ET DES BÉNEVOLES

SYNTHÈSE DES ENTRETIENS

Entre mars et juin 2010 près de 80 professionnels ont été associés au diagnostic local de santé, la plupart au cours d'entretiens individuels semi-directifs. La réalisation de ces entretiens a permis un échange approfondi autour de leurs missions ; des publics concernés par leur action ; des priorités sanitaires locales qu'ils identifient ; des initiatives en promotion de la santé déjà existantes auxquelles ils participent, et enfin des modes d'intervention futurs envisagés.

En découle un contenu d'une grande richesse qu'il est difficile de synthétiser tant il dépasse largement le cadre de la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé. Parmi ces autres questionnements, on retiendra particulièrement :

1. **Le déficit croissant de la démographie médicale locale et ses conséquences sur les pratiques;**
2. **L'isolement géographique et professionnel des acteurs de terrain ;**
3. **Le manque de coordination des différentes prises en charge et des actions en promotion de la santé.**

L'appauvrissement de l'offre de soins locale, que ce soit en quantité ou en qualité (diversité et spécialisation de l'offre), ainsi qu'en témoignent les statistiques⁵⁹, inquiète et pénalise les professionnels sanitaires, sociaux et éducatifs dans leur activité quotidienne. Sur le champ de la petite enfance par exemple, la carence des effectifs en orthophonistes, pédiatres, pédopsychiatres ou encore psychologues freine l'orientation et le suivi des situations. Dès lors, l'engorgement de nos services, lorsqu'ils existent, impose des délais d'attente parfois considérables (6 mois). Ces conditions de travail font naître chez les professionnels un sentiment d'impuissance particulièrement frustrant. Dès lors, si nombre d'entre eux s'organisent pour assurer collectivement une prise en charge globale et coordonnée, un sentiment d'isolement prédomine.

Dans ce contexte, beaucoup pointent également **l'absence de coordination des actions**, en particulier sur le champ de la prévention. Ils témoignent d'un isolement géographique et professionnel qui rend complexe l'aménagement d'un temps de concertation nécessaire à l'élaboration partagée d'actions. En outre, ils soulignent l'ampleur du travail de formalisation de ces actions, indispensable aujourd'hui pour se positionner lors d'un appel à projets mais

⁵⁹ Infra p.56-59

complexe et chronophage pour des professionnels qui n'ont pas toujours été formés à cette tâche et dont ce n'est pas la mission première.

La réalisation des entretiens a permis **un échange fructueux autour des valeurs et représentations qui entourent « la Santé »**. Elle a en ce sens favorisé l'émergence d'un langage partagé en promotion de la santé. En effet, pour nombre d'acteurs des champs sociaux, éducatifs ou culturels, la santé reste associée « à l'hôpital, au cabinet médical, à la maladie, au pathologique », en d'autres termes, au champ du curatif. Pourtant, parce qu'ils œuvrent à une meilleure insertion professionnelle, parce qu'ils favorisent le développement de compétences psychosociales (l'estime de soi par exemple), parce qu'ils donnent accès à l'éducation, ces professionnels et bénévoles, sans parfois en avoir réellement conscience, offrent aux individus les possibilités d'acquies un plus grand contrôle sur leur santé. Ils sont donc acteurs en promotion de la santé et légitimes au même titre que les professionnels de santé pour identifier des priorités locales, élaborer et animer des actions préventives.

Pour qualifier les priorités sanitaires définies par les professionnels on évoquera :

- ↳ **Des problématiques de santé ;**
- ↳ **Des publics concernés.**

L'enchevêtrement des cercles symbolisent la connexion des problématiques entre elles. La taille des cercles indiquent la récurrence avec laquelle la problématique a été soulignée lors des entretiens. Les mots caractérisant les problématiques sont cités des entretiens.



Des problématiques

La spécificité de ces thématiques prioritaires est qu'elles touchent, de manière différenciée, un public très différent, jeunes ou moins jeunes, valide ou handicapé, en difficulté socio-économique ou non.

LES PUBLICS PRIORITAIRES

Les jeunes et leurs parents, mobiliser au-delà de l'enfance

Enfants, adolescents ou jeunes adultes, scolarisés ou non, ils apparaissent comme un public particulièrement concerné par les actions d'éducation à la santé.

La recrudescence de certaines pathologies chez les enfants ces dernières années (la galle par exemple), les troubles du sommeil, du comportement et/ou de l'apprentissage interpellent les professionnels concernant les modes de vie adoptés au sein de certaines familles, et ce quelque soit leur niveau socio-économique.

La consommation d'alcool, de tabac, de drogues ou encore la souffrance psychique questionnent les professionnels œuvrant auprès des jeunes. Les professionnels jugent la prévention d'autant plus efficace lorsqu'elle est conduite en amont et qu'elle associe les familles aux projets.

Ce point apparaît crucial et l'idée d'une « école des parents » revient très fréquemment dans les discours. La petite école ou la crèche sont des lieux ressources où le lien entre parents et professionnels demeure. Des actions adossées à ces structures et portées par exemple par les Coordinations Enfance/Jeunesse des territoires sont aujourd'hui mises en œuvre (forums, conférences, groupes d'échanges parents/enfants). En revanche, au fur et à mesure que l'enfant grandit, force est de constater combien ce lien se délite et combien il devient difficile d'associer les parents aux actions. La faible participation des parents aux CESC des collèges et lycées en est une bonne illustration.

Les personnes «vulnérables», plus que jamais concernées

L'accès à la santé et à la prévention pour les plus démunis, tel que l'ont impulsé les PRAPS⁶⁰ de première et seconde génération, demeure un axe d'intervention prioritaire dans le sud de l'Eure. Familles précaires, seniors isolés, jeunes déscolarisés, tous sont identifiées par les professionnels sanitaires et sociaux qui les accompagnent au quotidien comme des personnes particulièrement vulnérables sur un plan sanitaire. Addictions, dénutrition, santé mentale apparaissent comme les axes d'intervention à privilégier auprès de ces publics. La principale difficulté demeure de mobiliser un public qui, parce qu'il vit en marge de la société, parce que sa mobilité est réduite, n'est que peu ou prou touché par les actions de promotion de la santé.

⁶⁰ Le PRAPS de deuxième génération : http://www.haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/html/accueil/pages/sante/sa5/sa5_7_4.htm

Le rôle des partenaires relais, publics, privés et associatifs apparaît donc central (services sociaux du CG, associations caritatives, RAM, SSIAD, missions locales etc.). Les liens de confiance qu'ils entretiennent quotidiennement auprès de ces publics très souvent désocialisés sont forts. C'est donc par leur voix que pourront leur être communiquées les informations relatives aux actions élaborées dans le cadre et en dehors du RLPS.

LES PRIORITÉS LOCALES DE SANTÉ

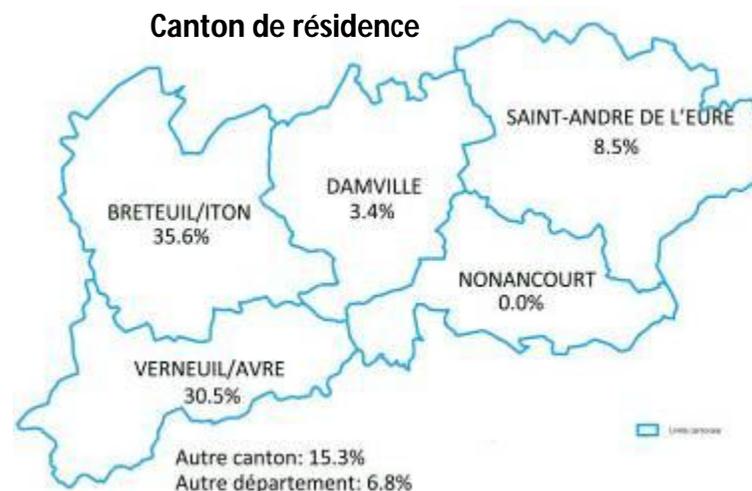
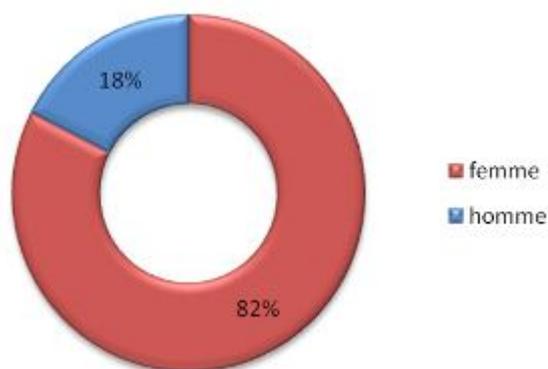
ANALYSE DES QUESTIONNAIRES A DESTINATION DE LA POPULATION

L'analyse des questionnaires destinés à la population, objet de la partie suivante, permettra d'identifier si les déterminants de santé soulignés par les professionnels correspondent 1) aux représentations que la population se fait de la santé ; 2) aux comportements de santé qu'elle semble adopter et enfin 3) à ses attentes et besoins.

PRÉSENTATION DES ÉCHANTILLONS

ÉCHANTILLON DES ADULTES, UN ÉCHANTILLON FÉMININ

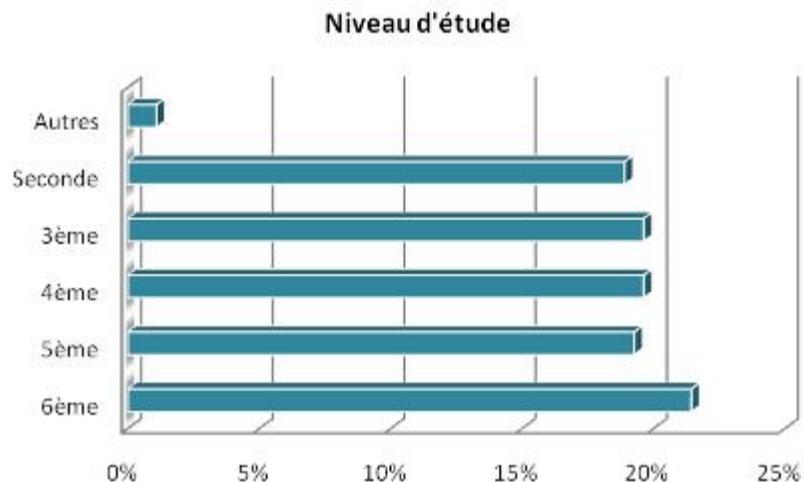
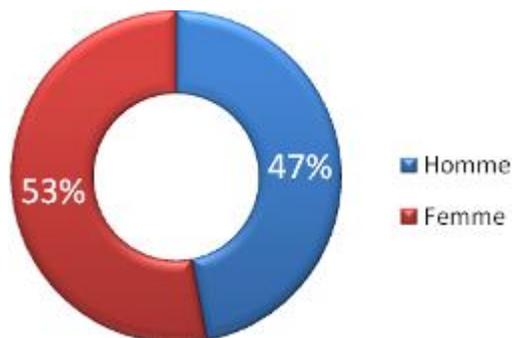
80 personnes



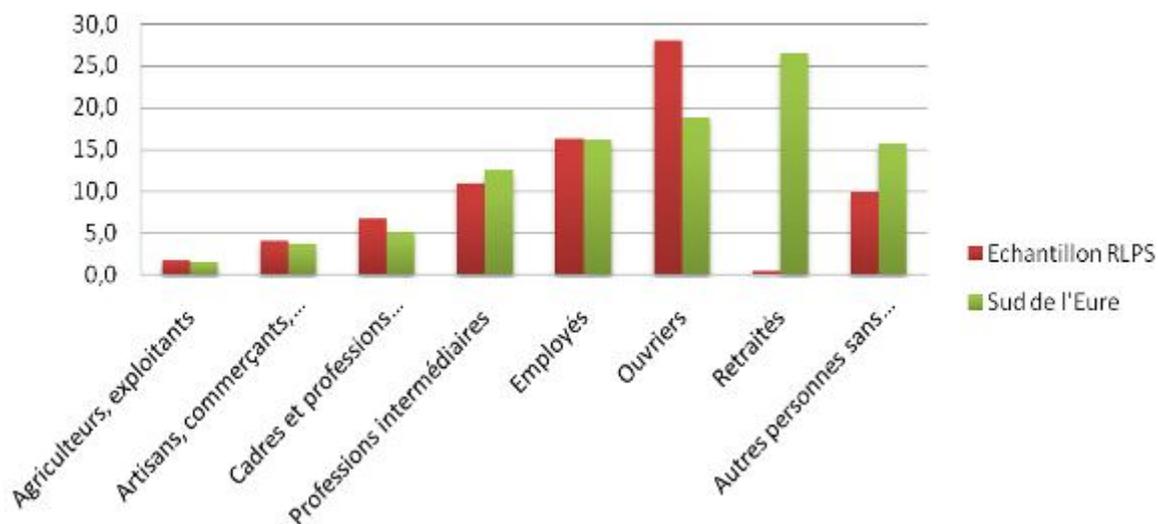
Informations complémentaires :

1. **Âge moyen : 40 ans et demi** ;
2. 45,6% des personnes interrogées appartiennent à la catégorie des ouvriers ;
3. Les professions les plus représentées au sein de l'échantillon sont « femme de ménage » et « enseignant » ;
4. La majorité des individus travaillent dans son canton de résidence ;
5. Environ 19% des personnes se rendent à pied sur leur lieu de travail. Aucun n'utilise les transports en commun.

286 adolescents



Professions et catégories socioprofessionnelles des parents



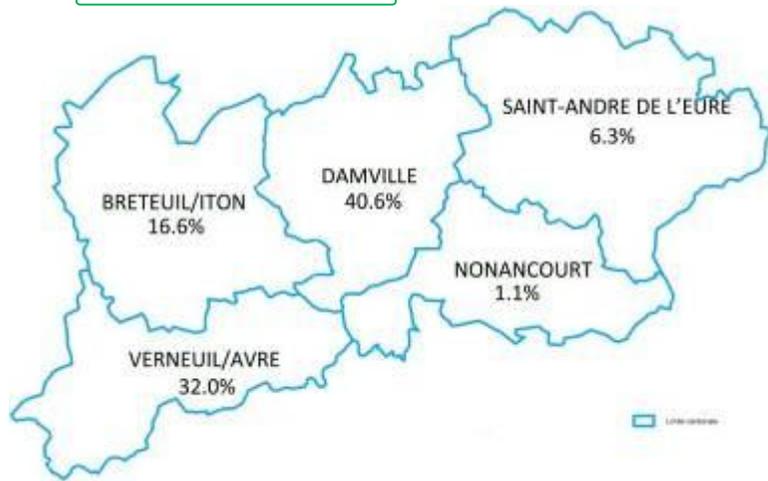
Informations complémentaires :

- ↳ **L'âge moyen des élèves est de 13 ans et demi ;**
- ↳ La moitié réside sur les cantons de Breteuil-sur-Iton et Verneuil-sur-Avre.
- ↳ 19% des élèves effectuent chaque jour plus d'une heure de trajet (aller/retour) entre leur domicile et leur lieu d'étude ;
- ↳ 24% des parents sont séparés.

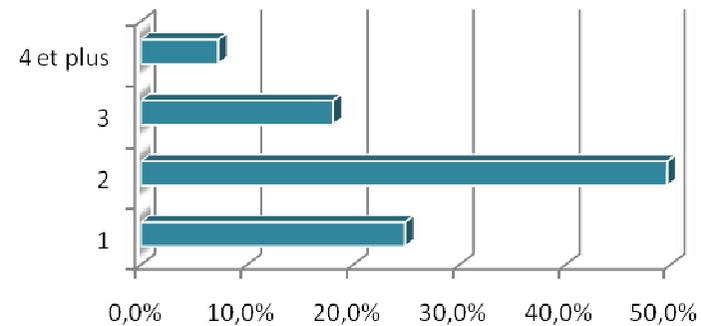
ÉCHANTILLON DES FAMILLES, DES PARENTS DE JEUNES ENFANTS

181 familles

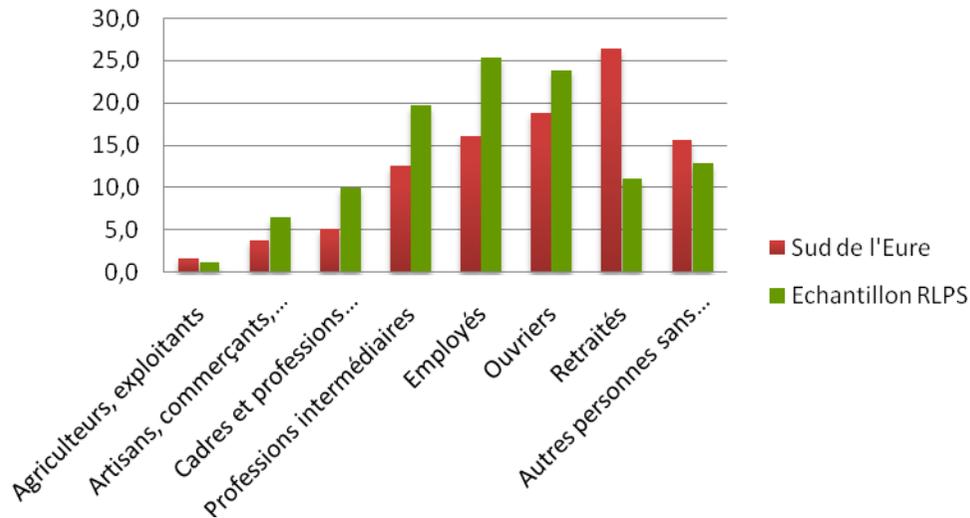
Canton de résidence



Nombre d'enfants



Professions et catégories socioprofessionnelles



Informations complémentaires :

- ∂ **Âge moyen des pères - 36 ans ;**
- ∂ **Âge moyen des mères - 33 ans et demi ;**
- ∂ 14% des parents sont séparés.

Âge moyen des enfants

Premier enfant	8 ans
Deuxième enfant	6 ans
Troisième enfant	5 ans et demi

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

LES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ

La première partie des questionnaires, commune à chacune des populations interrogées, avait pour objectif de mieux cerner les représentations que la population du sud de l'Eure a de la Santé et de ses principaux déterminants.

Aussi, à la question « *selon vous être en bonne santé c'est ?* », on obtient majoritairement trois réponses :

1. « **Ne pas être malade** » → 31% des réponses ;
2. « **Être bien dans sa peau et dans sa tête** » → 28% ;
3. « **Avoir une bonne hygiène de vie (sommeil, alimentation etc.)** » - 16%.

Si dans l'esprit des personnes, l'absence de maladie est gage de « bonne santé », on constate que cela renvoie à des dimensions aussi bien psychique que physique, on parle alors de « bien-être » global. Enfin, la conscience qu'il existe des comportements favorables à la santé (avoir une bonne hygiène, bien manger ou dormir) imprègne également les représentations collectives. A ce titre, 70% des adultes interrogés estiment que « *chacun est responsable de santé* ».

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

L'identification de facteurs influençant positivement ou négativement l'état de santé fait apparaître des consensus et des divergences entre les différentes catégories de population interrogées.

Tab.23 : Les principaux déterminants de la santé identifiés selon la population

Adolescents	Parents	Adultes
1. Les relations familiales et/ou amicales (22% des réponses)	1. L'alimentation (23%)	1. Le sommeil (28%)
2. Le sommeil (18%)	2. L'éducation (21%)	2. L'alimentation (25%)
3. L'alimentation (18%)	3. Le sommeil (20%)	3. Les conditions de travail (11%)

Source : RLPS PAEI

Le point de vue des adolescents

Dans 22% des cas, les adolescents soulignent l'impact des relations sociales et familiales sur leur bien-être physique et moral. Les jeunes filles le rappellent plus souvent que les garçons pour qui l'activité physique et sportive est tout autant importante. Le sommeil et l'alimentation sont régulièrement cités au contraire de la consommation d'alcool ou de tabac indiquée dans seulement 4% des cas⁶¹.

Le regard des adultes et des parents

Les adultes insistent plus particulièrement sur l'impact des facteurs que sont l'alimentation, le sommeil ou encore les conditions de travail.

Élément fondamental, **les parents de jeunes enfants se soucient autant de ce qui relève de la santé** (alimentation, sommeil) **que du développement social et intellectuel de leurs enfants**, en l'occurrence l'éducation, la réussite scolaire.

Au regard de ces résultats, professionnels et citoyens associés au diagnostic semble partager des préoccupations concernant :

1. **la nutrition**
2. **l'hygiène de vie (le sommeil)**
3. **la santé mentale**
4. **Le quatrième pilier que constituent les addictions** semble plus préoccuper les professionnels.

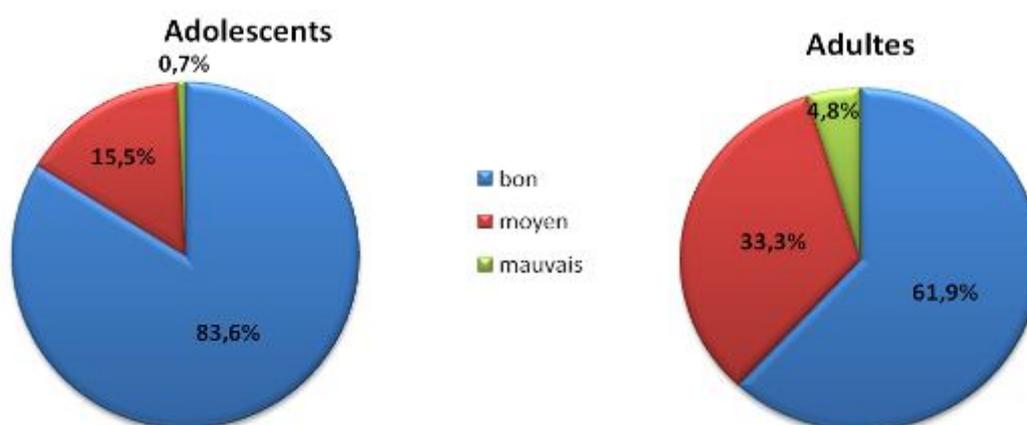
⁶¹ À noter que l'alcool et le tabac sont plus régulièrement cités sur Damville, Saint André et le lycée agricole de Gouville (25% des cas).

L'ÉTAT DE SANTÉ DECLARÉ ANALYSE DES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS

Comparativement aux données objectivées de mortalité et de morbidité, faisant état d'un niveau de santé préoccupant sur le sud de l'Eure, les questionnaires distribués permettent d'évaluer l'état de santé déclaré de la population.

On constate alors qu'une majorité de personnes se déclarent en bonne santé et que logiquement cet état de santé perçu se dégrade tout au long de la vie. Parmi les 286 adolescents seuls 2 ont indiqué se sentir en « mauvaise santé ».

Fig.31 : Etat de santé déclaré par population (en %)



Source : RLPS PAEI

À l'inverse, 29% des adultes avouent souffrir d'une maladie chronique. 17% d'entre eux déclarent « ne jamais être malade ». Parmi les maladies chroniques recensées reviennent avec insistance les troubles musculo-squelettiques (TMS)⁶². Les TMS sont la première cause de maladies professionnelles recensées en France.

⁶² « Les troubles musculo-squelettiques (TMS) affectent les muscles, les tendons, les ligaments, les nerfs au niveau des articulations des membres supérieurs (épaules, coudes, mains, poignets) et des membres inférieurs (genoux, chevilles) et la colonne vertébrale. Les TMS sont responsables de douleurs, de raideurs, de pertes de mobilité et de force, et peuvent entraîner des incapacités fonctionnelles permanentes ». Source : travailleursanté.fr

Soucieux des risques sanitaires liés à la croissance des cas d'obésité en France à l'aune des années 2000, le ministère de la Santé a mis en œuvre un [Plan National Nutrition Santé](#) (PNNS) reposant sur deux piliers que sont la nutrition et le sport (« manger bouger »). Dans le sud de l'Eure, professionnels et citoyens associés au diagnostic de santé s'accordent sur l'influence positive de l'alimentation et de l'activité sportive sur la santé. Qu'en est-il des pratiques ?

Tab.24 : Equilibre alimentaire déclaré par population

	Adolescents	Adultes
« Avez-vous la sensation d'avoir une alimentation équilibrée ? »	%	%
oui	77,5%	69,8%
non	22,5%	30,2%

Source : RLPS PAEI

Près des $\frac{3}{4}$ des adultes et adolescents interrogés dans le cadre de ce diagnostic pensent avoir une alimentation équilibrée.

Une bonne maîtrise des repères nutritionnels

Les commentaires écrits laissés par les élèves pour expliquer leurs comportements alimentaires témoignent de la bonne maîtrise des recommandations développées dans le cadre du PNNS⁶³. Les élèves insistent sur :

- ↳ **la quantité** – « je mange bien »⁶⁴
- ↳ **le désir et le plaisir** – « j'aime manger »
- ↳ **la variété des menus, le goût** – « je mange de tout », « je mange varié »
- ↳ **la nature des aliments** – « je mange 5 fruits et légumes par jour », « je ne mange pas trop gras », « nous mangeons bio »
- ↳ **le rythme des repas** – « je manque parfois des repas », « je grignote entre les repas »
- ↳ **la prise de poids** – « je ne suis pas trop gros donc ça va »
- ↳ **les risques à l'alimentation** – « je fais attention à ce que je mange »
- ↳ **le rôle des parents** – « mon père est cuisinier », « je mange à des horaires décalés à cause du métier de mes parents »⁶⁵.

⁶³ <http://www.mangerbouger.fr/bien-manger/les-9-reperes-pour-vous-aider/>

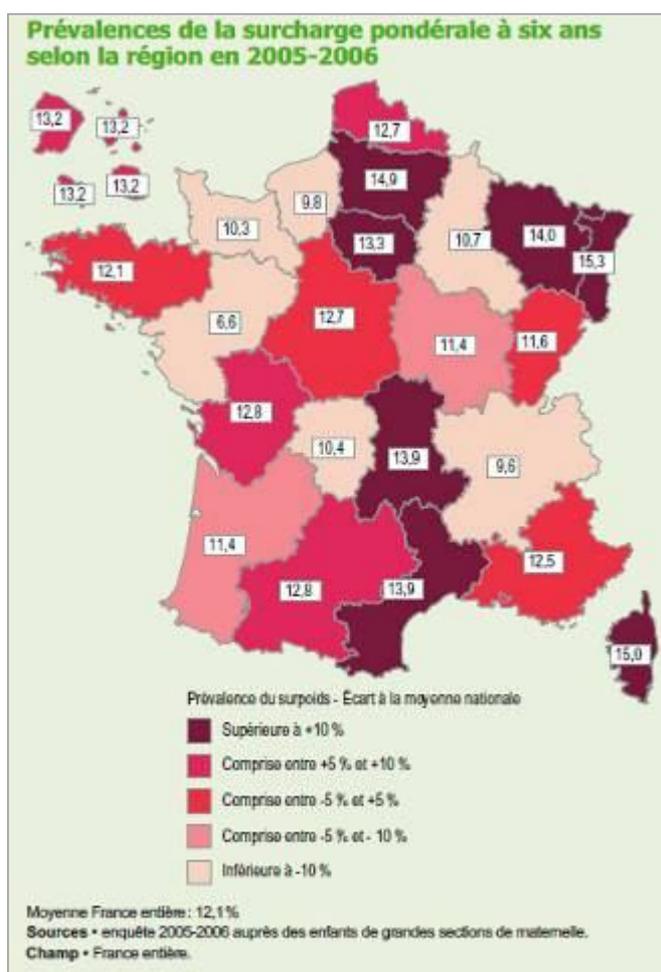
⁶⁴ Citations tirées des questionnaires.

⁶⁵ Remarquons que très rarement l'alimentation en milieu scolaire a été mise en cause.

Cette relative maîtrise des repères définis par le PNNS valorisent le travail de sensibilisation fourni par les acteurs en promotion de la santé (infirmière scolaire, diététicienne, cuisinier) au sein des établissements scolaires ces dernières années (« repas bio », « opération petit déjeuner » etc.). Pour autant, l'impact réel de ces connaissances sur les pratiques alimentaires des jeunes demeurent complexe à évaluer.

Une baisse du nombre d'enfants en surpoids

En France, en 2006, l'enquête menée par la DREES⁶⁶ auprès des enfants de 5-6 ans⁶⁷ démontre un recul du nombre d'enfants en surpoids (12,1 % dont 3,1 % d'obésité en 2005-2006 contre 14,4 % en 1999-2000 dont 3,4 % d'obésité).



Les données recueillies par les services de Permanence Maternelle Infantile (PMI) du sud de l'Eure pour l'année scolaire 2009-2010⁶⁸ confirment la décroissance de l'obésité chez les jeunes enfants en Haute-Normandie, région où la prévalence de la surcharge pondérale à 6 ans est la plus faible en France. **Dans le sud de l'Eure, 3% des élèves de moyenne section maternelle présentent un surpoids, 2% une obésité.**

Outre l'alimentation, l'enquête DREES montre que les enfants souffrant d'obésité pratiquent moins souvent une activité sportive en dehors du milieu scolaire (59 % au moins 3 fois par semaine, contre 63 % pour l'ensemble des enfants) et passent plus de temps devant un écran les jours d'école (plus d'une heure quotidienne pour 50 % d'entre eux, contre 37 % pour l'ensemble des enfants).

⁶⁶ GIGNON N., COLLET M., GONZALEZ L (2010), « La santé des enfants en en grande section de maternelle en 2005-2006 », DREES, Etudes et résultats n°737.

⁶⁷ 23 000 élèves de grande section de maternelle.

⁶⁸ Un échantillon de 1040 enfants scolarisés en moyenne section de maternelle.

La pratique sportive des adolescents dans le sud de l'Eure

66% des adolescents interrogés pratiquent un sport au moins une fois par semaine en dehors du milieu scolaire. Une majorité sont des garçons âgés entre 12 et 14 ans. Parmi les adultes, 60% déclarent « ne pas être sportif ». La pratique du sport, chez les jeunes, s'inscrit dans un mode de vie où l'inactivité physique semble en partie liée au temps passé devant un écran.

Tab.25 : Pratique du sport selon le temps passé devant un écran chaque jour

Temps passé devant un écran	moins de 2h	entre 2 et 4h	4h et plus
Pratique du sport			
<i>au moins une fois par semaine</i>	74,0%	62,4%	51,0%
<i>au moins une fois par mois</i>	9,8%	9,2%	19,6%
<i>rarement ou jamais</i>	16,3%	28,4%	29,4%
TOTAL	100%	100%	100%

Source : RLPS PAEI

Lecture : 29,4% des jeunes passant plus de 4 heures chaque jour devant un écran, en période scolaire, ne pratique le sport que rarement ou jamais.

56% des adolescents de l'échantillon RLPS passent plus de deux heures chaque jour devant un écran en dehors du temps scolaire. Ils sont 18% à y passer plus de 4h. Parmi les adolescents consacrant plus de 4h par jour aux activités ordinateur, TV ou jeux-vidéo, la moitié pratique un sport de façon hebdomadaire contre les trois quart pour les jeunes leur consacrant moins de deux heures chaque jour.

Parmi les problématiques de santé évoquées au cours des entretiens, la souffrance psychique fut une observation quasiment systématique chez les professionnels et la conséquence d'un travail quotidien d'accompagnement et d'écoute. Ainsi, sans toujours avoir été initialement formés pour cela les professionnels font face à des situations de mal-être qu'il est parfois malaisé d'identifier.

Le travail de sensibilisation autour des soins psychologiques a favorisé ces dernières années le repérage des situations par les professionnels et la prise de conscience chez les personnes que « *l'on peut souffrir d'une maladie mentale sans être qualifié de fou* ». Sous l'impulsion de l'Ingénierie du Groupement Régional de Santé Publique (IGRSP), par exemple, de nombreuses questions (la dépression, le suicide etc.) ont pu être abordées par les professionnels lors de sessions de formation.

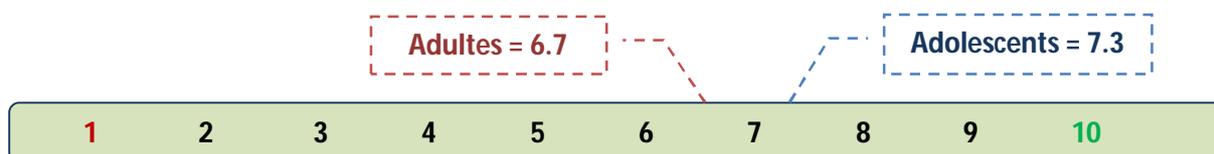
Dans les chiffres comme dans la pratique, la demande de soutien psychologique apparaît importante dans le sud de l'Eure. **Près d'un tiers des parents interrogés lors de ce diagnostic ont déjà emmené un de leurs enfants à une consultation chez un psychologue.** Un taux relativement élevé compte-tenu des difficultés rencontrées pour obtenir une consultation prise en charge par la Sécurité Sociale⁶⁹. Localement, le déficit de l'offre de soins en santé mentale est vécu par les professionnels et la population comme un frein à la résolution des situations. Les délais d'attente parfois très longs, auxquels s'ajoute une réticence toujours très forte des personnes à « consulter » aggravent une situation déjà préoccupante.

Au-delà de ce qui relève purement des soins, les actions de promotion de la santé se concentrent aujourd'hui sur le renforcement de « l'estime de soi » et plus généralement des « compétences psychosociales », en particulier chez les personnes socialement vulnérables.

Un niveau de moral déclaré assez élevé

Pour évaluer la prévalence de cette souffrance psychique, les personnes mobilisés dans le cadre de ce diagnostic ont été invitées à indiquer leur niveau de moral sur une échelle de 1 à 10. **Leur niveau de moral apparaît assez élevé, chez les adolescents plus particulièrement.**

Fig.32 : Niveau de moral moyen déclaré selon la population



Source : RLPS PAEI

⁶⁹ CMP, CMPP. Un CATTP est également implanté à Verneuil-sur-Avre.

Plus de 66% des jeunes ont indiqué un niveau de moral supérieur à 7 contre seulement 3,5% inférieur à 3. Ce niveau varie quelque peu selon le sexe, une plus grande part de jeunes filles se situant dans la tranche inférieure de l'échelle (16% versus 8%).

Une bonne estime de soi en particulier chez les garçons

Afin d'analyser plus en détail l'estime de soi des adolescents, il leur a été proposé d'indiquer leur opinion concernant la série d'affirmation suivante :

Tab.26: Estime de soi déclarée des adolescents

Je me trouve bien comme je suis		
	Effectif	%
<i>oui</i>	136	48,0%
<i>à peu près</i>	116	41,0%
<i>non</i>	31	11,0%
Je vais au bout de ce que j'entreprends		
<i>oui</i>	136	48,4%
<i>à peu près</i>	131	46,6%
<i>non</i>	14	5,0%
J'ai une bonne capacité de concentration		
<i>oui</i>	106	37,3%
<i>à peu près</i>	146	51,4%
<i>non</i>	32	11,3%
Je suis facile à vivre		
<i>oui</i>	124	44,1%
<i>à peu près</i>	122	43,4%
<i>non</i>	35	12,5%
Je suis à l'aise avec les autres		
<i>oui</i>	173	59,1%
<i>à peu près</i>	95	40,9%
<i>non</i>	15	0,0%
Je suis content de ma vie de famille		
<i>oui</i>	184	61,1%
<i>à peu près</i>	66	33,6%
<i>non</i>	30	5,3%

11% ont indiqué ne pas se trouver bien comme ils sont. Parmi eux, les $\frac{3}{4}$ sont des filles.

Seuls 5% ont indiqué ne pas aller au bout de leurs entreprises.

12,5% s'estiment ne pas être facile à vivre dont les deux tiers sont des jeunes filles.

Une moindre sensation de bien-être que l'on retrouve dans la perception qu'elles ont de leur relations amicales et familiales. En effet, si globalement seuls 12,5% s'estiment ne pas être facile à vivre, on remarque que les deux tiers sont des jeunes filles. Même constat concernant les relations familiales où parmi les élèves mécontents de leur vie de famille (10,7%) les trois quarts sont des jeunes filles.

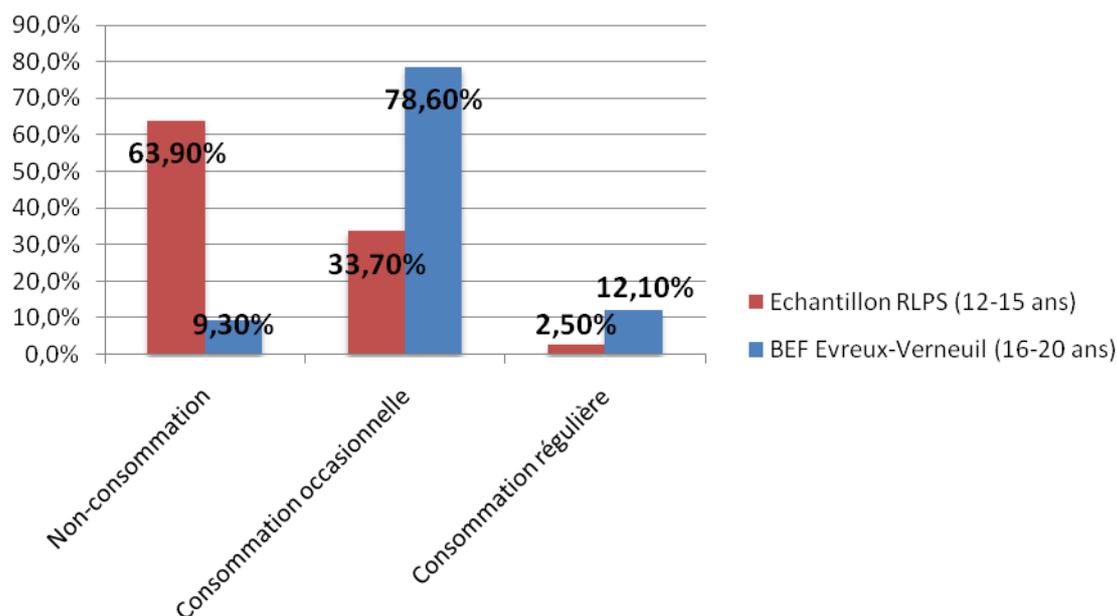
La Haute-Normandie figure parmi les régions où l'état de santé de la population est négativement influencé par la consommation de substances psycho-actives (alcool, tabac, drogues). Comme la souffrance psychique, la problématique des addictions a particulièrement retenue l'attention des professionnels et bénévoles du Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton, qu'ils appartiennent au secteur de la santé, du social, de l'éducatif, qu'ils exercent seuls ou en institution. Tous les publics, jeunes ou moins jeunes, précaires ou non, semblent concernés par cette problématique soit en tant qu' « addict » ou en tant que victime des dépendances d'un proche. Autour de ce que l'on nomme les addictions gravitent ainsi diverses problématiques que sont les violences ou la détresse psychologique.

La consommation d'alcool chez les jeunes

Parmi toutes les formes d'addiction, l'alcool apparaît comme la plus récurrente et la plus préoccupante. Elle se manifeste dès l'adolescence, perdure jusqu'à l'âge de la retraite et constitue une cause de mortalité majeure sur le territoire⁷⁰.

A ce titre, l'étude ORSHN de 2010 relative à la santé et les comportements à risque des lycéens de 16 à 20 ans, fait apparaître de vraies disparités entre les territoires. **L'analyse statistique réalisée dans le cadre de ce diagnostic montre combien la consommation d'alcool, si elle se renforce à l'entrée au lycée, intervient dès le collège.** En effet, 28,4% des consommateurs occasionnels d'alcool de l'échantillon ont 14 ans et moins. Un quart des élèves scolarisés en collège déclarent consommer de l'alcool de manière occasionnelle⁷¹. Ils sont 70% en lycée.

Fig.33 : Consommation d'alcool des jeunes. Résultats croisés enquêtes RLPS/ORSHN



Sources : RLPS PAEI (Echantillon de 286 élèves) – ORSHN (Echantillon de 2 836 élèves)

⁷⁰ Infra p.49

⁷¹ C'est-à-dire moins d'une fois par semaine.

Fig.34 : Bassin d'Education et de Formation en Haute-Normandie



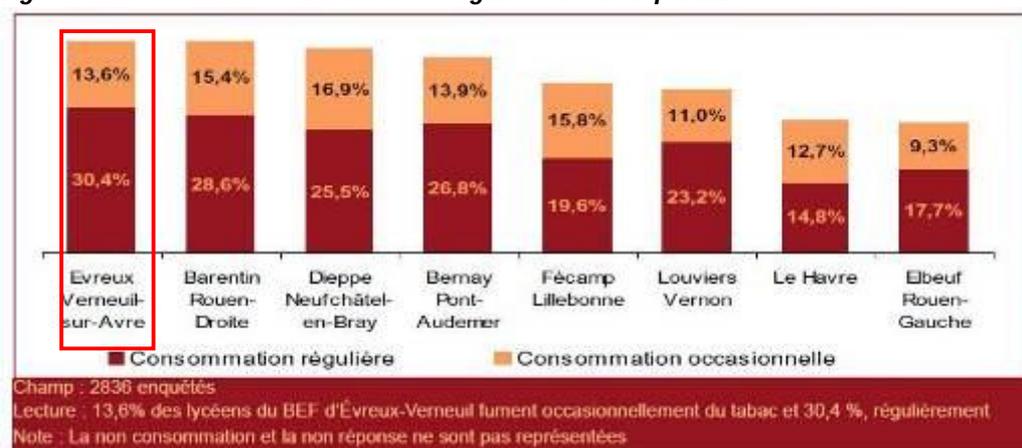
Source : Inspection académique

Notons qu'au regard des données produites par l'ORS, le **BEF d'Evreux-Verneuil ne figure qu'au 6^e rang sur 8 parmi les bassins comptant le plus de lycéens consommateurs « réguliers »⁷² d'alcool**. Le faible nombre de d'élèves scolarisés en première et terminale des lycées général et technique au sein de l'échantillon RLPS ne nous permet pas à ce stade de confirmer, à l'échelle du sud de l'Eure, ce que démontre l'enquête ORS.

La consommation de tabac chez les jeunes du sud de l'Eure

Le BEF d'Evreux-Verneuil constitue le bassin de formation de l'Eure disposant du plus grand nombre de « fumeurs réguliers⁷³ » parmi les lycées âgés de 16 à 20 ans.

Fig.35 : Consommation occasionnelle et régulière de tabac par BEF



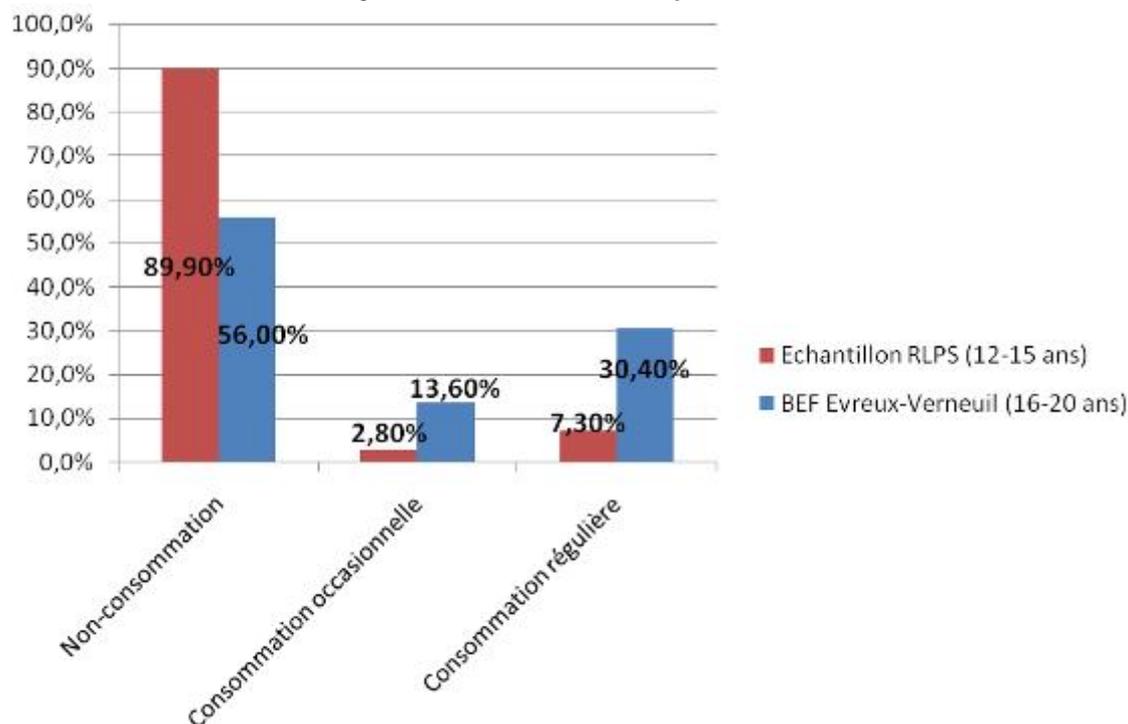
Source : ORSHN - 2010

Au sein de l'échantillon RLPS, sur une tranche d'élèves de 12/15 ans, la proportion de consommateurs de tabac est logiquement bien inférieure à celle recueillie sur la tranche des 16-20 ans de l'enquête ORS, 23% d'élèves fumeurs contre 44%. En revanche, **parmi les 12-15 ans interrogés sur le sud de l'Eure, la proportion de fumeurs réguliers n'en demeure pas moins importante** (72% d'élèves fumant au moins 10 cigarettes par semaine). De plus, pour **les trois quart d'entre eux**, ils sont consommateurs de tabac depuis plus d'un an.

⁷² Par consommateurs réguliers on entend les élèves déclarant consommer de l'alcool « deux à trois fois par semaine » ou « quatre à six fois par semaine ».

⁷³ Cette catégorie regroupe les jeunes déclarant fumer au moins une cigarette par jour.

Fig.36 : Consommation de tabac des jeunes. Résultats croisés enquêtes RLPS/ORSHN



Sources : RLPS PAEI, ORSHN traitement RLPS PAEI

Les jeunes du sud de l'Eure et les drogues

L'usage des drogues chez les jeunes est une problématique que tous les professionnels de santé de l'éducation nationale, identifient. Ces derniers se questionnent plus particulièrement sur la nature des produits consommés, l'âge à laquelle la consommation débute et enfin la consommation associée de diverses substances psychoactives :

1. La nature des produits consommés et les modes de consommation

Parmi les 286 élèves interrogés lors de ce diagnostic, on soulignera tout d'abord que **86,7% déclarent ne jamais avoir consommé les produits énoncés**. Au rang des substances les plus souvent expérimentées l'on trouve donc :

- 1. Le cannabis → 11,2% de consommateurs (32 élèves/286)**
- 2. La cocaïne → 3,1% (9 élèves/286)**

2. L'âge de la première expérimentation

Sur 38 élèves ayant déjà consommé un des produits indiqués dans le questionnaire, 7% sont âgés de 14 ans et moins. Malgré le faible nombre des effectifs on notera **l'intensification de l'usage des drogues au cours de l'adolescence**.

Tab. 27 : Consommation de cannabis et de cocaïne selon l'âge

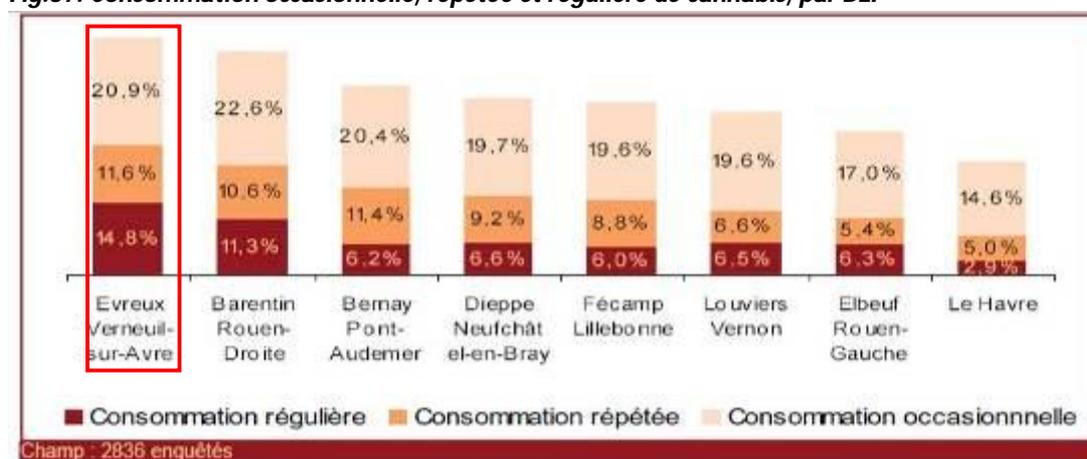
Drogue	Cannabis		Cocaïne	
	Effectif	%	Effectif	%
Classes d'Âge				
Moins de 12 ans	0	0,0%	0	0,0%
12 à 14 ans	4	3,7%	0	0,0%
14 à 16 ans	13	13,3%	3	3,1%
16 ans et plus	12	23,5%	4	7,8%

Source : RLPS PAEI

*Lecture : 13,3% des adolescents âgés de 14 à 16 ans ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie.

23,5% des 16 ans et plus ont déjà consommé du cannabis une fois dans leur vie contre seulement 3,7% des 12/14 ans. **Significativement, le BEF Evreux-Verneuil est le bassin où la consommation de cannabis est la plus élevée en Haute-Normandie - 41,3% de consommateurs de cannabis parmi les 16/20 ans.**

Fig.37: Consommation occasionnelle, répétée et régulière de cannabis, par BEF



Source : ORSHN, 2010

L'âge de la première expérimentation d'une substance varie aussi selon la nature du produit. Aucun élève âgé de moins de 14 ans a déjà consommé de la cocaïne. 7,8% des 16 ans et plus déclarent avoir consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie. À titre de comparaison, ils sont 4,1% parmi les 16-20 ans interrogés par l'ORS.

3. Les comportements de polyconsommation

La consommation associée d'alcool, de tabac ou de drogues est un élément fondamental pour analyser les comportements des jeunes. En décembre 2009, l'étude statistique de l'ORSHN sur un échantillon de jeunes de 12-13 ans faisait ainsi état des liens existant entre la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis⁷⁴. Au sein de l'échantillon RLPS, et ce malgré un nombre de consommateurs restreints, **on observe également une forte corrélation entre ces diverses consommations.**

⁷⁴ ORSHN (2009), *Les consommations de substances psychoactives en Haute-Normandie, état des lieux des données disponibles*, p.12

Alcool ←————→ *Tabac*

15,2% des élèves se déclarant fumeurs boivent régulièrement de l'alcool. Cette proportion n'atteint pas les 1% chez les non-fumeurs.

Alcool ←————→ *Cannabis*

94, 1% des élèves qui ne consomment jamais d'alcool n'ont jamais fait l'expérience d'une drogue. Inversement, parmi les consommateurs de cannabis seuls 15,6% ne consomment jamais d'alcool.

Tabac ←————→ *Cannabis*

61,3% des consommateurs versus 5,5% des non-consommateurs de cannabis sont fumeurs⁷⁵.

Bien qu'elle ne soit pas apparue comme un déterminant majeur de la santé, du point de vue des citoyens interrogés, la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du sud de l'Eure semble élevée. En ce sens, les données recueillies lors de ce diagnostic rejoignent le ressenti des professionnels sur le terrain et confirment les addictions comme priorité locale de santé.

⁷⁵ Remarque : Bien quelle soit sous-entendue par la lecture statistique la plus grande propension des garçons à consommer de l'alcool et du tabac que les filles n'est pas significative compte tenu de la taille de l'échantillon analysé.

VERS UN PROGRAMME D'ACTION PLURIANNUEL EN PROMOTION DE LA SANTÉ

AGIR MAIS COMMENT ? LES ATTENTES DES PARENTS

Afin d'engager les réflexions quant à la mise en œuvre d'actions pouvant intégrer le programme local en promotion de la santé, il était proposé aux parents d'indiquer leurs besoins et attentes en matière de santé.

Quatre questions leur ont ainsi été posées concernant :

- Les thèmes de santé prioritaires ;
- Les types d'actions privilégiés ;
- Les lieux souhaités pour organiser ces actions ;
- Les professionnels et intervenants les plus attendus.

Les thématiques de santé prioritaires

On remarquera tout d'abord le nombre important de parents (35%) qui n'ont pas indiqué de problématiques pour lesquelles ils pensent manquer d'information. Ils ne sont par ailleurs que 3% à estimer « connaître des difficultés de communication » avec au moins un de leurs enfants⁷⁶. Par ailleurs, parmi les thèmes pour lesquels les parents semblent demandeurs, aucun ne relève directement des priorités sanitaires identifiées précédemment.

Les axes d'action en promotion de la santé privilégiés par le reste des familles sont :

- Le rapport à internet et aux jeux → cité par 20% des familles
- La réussite scolaire → 20%
- L'éducation → 18%

Les types d'action privilégiés

Tab. 28 : Les formes d'action souhaitées

Activités	%*
cours pour les parents	7,2%
groupes d'échange entre parents	18,8%
conférences avec professionnels	31,3%
ateliers	26,9%
entretiens individuels	15,9%
TOTAL	100,0%

Source : RLPS PAEI

*Lecture : Dans 15,9% des cas, le type d'action souhaité est l'entretien individuel.

⁷⁶ Des résultats que l'on peut imputer à l'âge moyen assez bas de l'ainé des fratries (8 ans).

Les réponses relatives aux formes d'actions privilégiées sont partagées. **Dans 31% des cas, les parents souhaitent assister à des conférences.** Les configurations plus dynamiques et « intimes » que sont les groupes d'échanges entre parents et ateliers d'exercice sont également régulièrement citées.

Les lieux privilégiés pour les interventions

Lors des entretiens avec les professionnels de l'enfance et la jeunesse, la difficulté à mobiliser les familles autour de projets en promotion de la santé est revenue avec insistance. Solide pendant l'enfance, le lien entre institution et famille s'effrite au fil des années. Ceci est confirmé par les données recueillies dans le cadre de ce diagnostic. À la question « où souhaiteriez-vous voir des actions en promotion de la santé se dérouler ? », les parents de jeunes enfants répondent majoritairement : « dans un espace culturel » et à « l'école ». L'hôpital est quant à lui le dernier choix.

Tab.29 : Les lieux d'organisation des actions souhaités

Lieux d'organisation	%
Un espace culturel	24,6%
Une école	23,6%
Une association	13,8%
Un club de loisirs ou de sport	13,3%
La mairie	12,3%
Un centre social	7,4%
Un hôpital	4,9%

Source : RLPS PAEI

*Lecture : Dans 13,3% des cas, les parents souhaitent voir l'action organisée dans un club de loisirs.

Les intervenants attendus

Tab. 30 : Les intervenants attendus

Professionnels intervenants	%
médecin généraliste	20,5%
nutritionniste	16,2%
psychologue	14,6%
pédiatre	13,8%
orthophoniste	8,2%
instituteur	7,7%
conseiller en orientation	6,4%
éducateur	6,1%
assistante sociale	2,9%
psychiatre	1,9%
juriste	1,1%
élu	0,3%
autres	0,3%

Source : RLPS PAEI

*Lecture : Dans 16,2% des cas, les familles souhaitent voir intervenir un nutritionniste.

Pour répondre à leurs interrogations, les familles souhaitent voir intervenir les médecins généralistes, les nutritionnistes, les psychologues ou encore les pédiatres. **En cas de besoin** plus de 9 sur 10 déclarent se tourner vers le médecin généraliste, et ce bien plus souvent que la famille, le pédiatre.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

En l'espace de huit mois, 80 professionnels, 80 adultes, 286 adolescents et 180 familles (représentants 385 enfants) auront participé à l'élaboration de ce diagnostic local de santé. L'ensemble du contenu recueilli quantitatif et qualitatif permet de mieux entrevoir les enjeux, forces et freins qui influenceront l'action du Réseau Local de Promotion de la Santé sur le Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton dans les années à venir.

DES ENJEUX DIVERS

Parmi les multiples enjeux on notera plus particulièrement un enjeu sanitaire, un enjeu de partenariat local et enfin un enjeu méthodologique.

Améliorer la santé de la population

Dans le sud de l'Eure, l'état de santé apparaît tout à fait préoccupant au regard des données épidémiologiques locales. Il le devient d'autant plus à mesure que l'offre de soins de proximité s'appauvrit. La mortalité liée à l'alcool, le suicide ou les accidents de la route, plus importante sur le Pays que dans d'autres territoires hauts-normands, témoigne d'un nombre non négligeable de décès jugés « évitables » et qui sont en partie la conséquence de facteurs de risques liées aux conduites individuelles. En ce sens, la promotion des comportements positifs pour la santé est justifiée, légitime et nécessaire.

Renforcer les démarches partenariales, la santé communautaire

Parce qu'ils œuvrent jour à après jour auprès de la population et occupent une position privilégiée pour en comprendre les besoins et attentes, les professionnels, bénévoles et élus du territoire sont le moteur des actions coordonnées par le RLPS. Il conviendra de définir plus précisément au cours de l'année 2011, les modes de partenariat à renforcer où établir pour établir un programme pluriannuel d'actions en promotion de la santé. Autre enjeu et non des moindres, la participation de la population, en amont et aval des projets garantira la concordance entre les besoins identifiés et les réponses formulées par les membres du RLPS.

La démarche qualité en promotion de la santé, comment évaluer la portée des actions ?

Toute action de prévention ou d'éducation à la santé a pour finalité l'accroissement du niveau de santé et de bien-être la population. L'évaluation des démarches en promotion de la santé est aujourd'hui aussi fondamentale que complexe. Dans quelles mesures une campagne d'information auprès des adolescents sur les dangers liées à la consommation du tabac influencera leurs comportements futurs ? En dehors des statistiques sanitaires, seule une analyse longitudinale pourrait y répondre. À court et moyen terme ce sont donc tout autant les processus (comment a été réalisée l'action ?) que les impacts (quelle perception la population a eu de l'action ?) qui peuvent être analysés. La fonction d'accompagnement méthodologique du coordonnateur doit ainsi permettre la généralisation de « démarches qualité » sur le territoire.

Parmi les freins à l'action du RLPS on retiendra :

- ↳ **Une offre de soins fortement déficitaire** (en particulier dans les zones les plus rurales) qui :
 - limite la capacité de mobilisation des professionnels de santé libéraux dans des projets de promotion de la santé ;
 - limite les possibilités de déplacements de la population à ces manifestations.
- ↳ **Un territoire rural vaste et éclaté** qui :
 - entrave le rapprochement des professionnels à une échelle de Pays ;
 - réduit les capacités de coordination des actions au-delà de l'échelle des communautés de communes.

Concernant les points forts on note :

- ↳ **Une forte sensibilité des professionnels** sanitaires, sociaux, médico-sociaux, éducatifs et culturels **aux démarches en promotion de la santé**, qui se traduit par :
 - l'existence d'initiatives locales en promotion de la santé conduites sous forme partenariale ;
 - l'existence de partenaires compétents et reconnus sur certaines des thématiques sanitaires définies comme prioritaires.
- ↳ **la mobilisation croissante des élus autour des problématiques sanitaires**
 - Le développement de projets sanitaires et sociaux territoriaux tels que les Maisons de Santé et Projets Sociaux de Territoire.
- ↳ **la volonté du Centre Hospitalier de Verneuil-sur-Avre d'ouvrir son action à son territoire d'attraction**, en particulier sur le champ de la promotion de la santé.

Un programme d'actions en promotion de la santé...

Les témoignages, échanges et débats qui ont bâti ce diagnostic auront permis en cette année 2010 d'engager un premier cycle de travail structurant pour le RLPS.

De cette analyse partagée du territoire ont pu être dégagés 4 axes d'intervention prioritaires en matière de promotion de la santé :

- ↳ **Les addictions ;**
- ↳ **La nutrition ;**
- ↳ **La santé mentale ;**
- ↳ **L'hygiène.**

Ce premier travail aura vocation à être confirmé par la formalisation d'un plan pluriannuel d'actions en promotion de la santé qui définira pour chacune des thématiques des objectifs et des stratégies actions permettant de les remplir.

Pour mener à bien l'élaboration de ce plan, tous les professionnels, bénévoles, élus et citoyens pourront se joindre aux groupes thématiques de travail qui verront le jour au cours du premier trimestre 2011.

...inscrit dans le cadre du Projet Régional de Santé et du Contrat Local de Santé

Plus généralement, l'année 2011 marquera un nouveau tournant pour la politique de santé publique en Haute-Normandie. Sous la direction de l'ARS verra le jour un Projet Régional de Santé fixant les grandes orientations de la Politique Régional de Santé pour les années à venir. A partir de 2011, l'ARS pourra notamment encourager la signature de Contrats Locaux de Santé (CLS). Ces contrats passés entre l'ARS et les collectivités locales cibleront les territoires définis comme prioritaires au regard des données socio-sanitaires régionales. Ils préciseront les objectifs et actions visant à l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention. A ce titre, le sud de l'Eure, et plus particulièrement les cantons de Breteuil-sur-Iton et Verneuil-sur-Avre, pourront être concernés par l'implémentation de ces futurs Contrats Locaux de Santé⁷⁷.

⁷⁷ Consulter le rapport ORSHN 2010 :

http://www.orshn.fr/Publications/Etudes/rapportpdf/2010/PRS/Diag_quant_TerrSant-07122010.pdf

ILLUSTRATIONS

Fig.1 : Les Territoires de Santé

Fig.2: Implantation des Réseaux Locaux de Promotion de la Santé et Ateliers Santé Ville en Haute-Normandie

Fig.3: Les missions des RLPS et ASV

Fig. 4 : Les principaux déterminants de santé

Fig.5 : La prévention, une approche chronologique

Fig.6 : La prévention relationnelle

Fig.7 : Les réseaux de santé, diversité des approches

Fig.8 : Calendrier de réalisation du diagnostic local de santé

Fig.9 : Répartition des professionnels consultés selon la profession

Fig.10 : Répartition des professionnels consultés selon le secteur d'activité

Fig.11 : Densité de population par cantons

Fig.12 : Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton

Fig.13 : Cantons du territoire du sud de l'Eure

Fig.14 : Population de 15 ans ou plus selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) et le territoire

Fig.15 : Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle selon le canton

Fig.16 : Evolution du taux de chômage (2008-2010) par territoire

Fig. 17 : Taux d'équipement en places de CHRS par canton

Fig. 18: Niveau de diplôme des 15 ans et plus non scolarisés

Fig.19 : Bénéficiaires de l'AAH par canton

Fig.20 : Taux Comparatif de Mortalité tout sexe par Pays 1994-2002

Fig. 21: Taux Comparatif de Mortalité générale toutes causes par territoires

Fig. 22: Les grandes causes de mortalité chez les femmes du sud de l'Eure

Fig. 23: Les grandes causes de mortalité chez les hommes du sud de l'Eure

Fig. 24: Taux Comparatif de Mortalité Prématurationnée par territoire

Fig. 25: Les principales causes de mortalité prématurée chez les hommes par canton

Fig. 26: Les principales causes de mortalité prématurée chez les femmes par canton

Fig. 27: Taux comparatifs de mortalité évitable par action sur les facteurs de risques individuels

Fig. 28: Taux comparatif ALD 2006-2007

Fig. 29: Pôles techniques en chirurgie – territoire de santé Evreux-Vernon

Fig. 30: Zones déficitaires médecins généralistes dans le sud de l'Eure

Fig. 31: Etat de santé déclaré par population (en %)

Fig. 32: Niveau de moral moyen déclaré selon la population

Fig. 33: Consommation d'alcool des jeunes. Résultats croisés enquêtes RLPS/ORSHN

Fig. 34: Bassin d'Education et de Formation en Haute-Normandie

Fig. 35: Consommation occasionnelle et régulière de tabac par BEF

Fig. 36: Consommation de tabac des jeunes. Résultats croisés enquêtes RLPS/ORSHN

Fig. 37: Consommation occasionnelle, répétée et régulière de cannabis, par BEF

TABLEAUX

- Tab.1: Diffusion des questionnaires auprès de la population type
- Tab.2: Effectifs de la population du Pays d'Avre d'Eure et d'Iton
- Tab.3: Effectifs de la population du sud de l'Eure par canton
- Tab.4: Classes d'âge par territoire
- Tab.5: Population du sud de l'Eure par classes d'âge et par canton
- Tab.6: Population des hommes et des femmes du sud de l'Eure selon l'âge
- Tab.7: Taux de variation annuel moyen de la population du sud de l'Eure 1999 à 2007 par canton
- Tab.8: Part des ménages fiscaux non imposés par canton
- Tab.9: Pourcentage de locataires bénéficiaires d'une aide au logement
- Tab.10: Allocataires des minima sociaux par canton
- Tab.11: Taux de chômage par zones d'emploi
- Tab.12: Niveau de diplômés des 15 ans et plus non scolarisés en 2006 par canton
- Tab.13: Hébergement et équipement pour personnes âgées de plus de 75 ans par canton
- Tab.14 :Taux d'équipement pour personnes handicapés par canton
- Tab.15: Les grandes causes de mortalité chez les femmes du sud de l'Eure
- Tab.16: Les grandes causes de mortalité chez les hommes du sud de l'Eure
- Tab.17: Les principales causes de mortalité prématurée chez les femmes
- Tab.18: Les principales causes de mortalité prématurée chez les hommes
- Tab.19: Taux comparatif ALD 2006/2007 par canton
- Tab.20: Effectifs et densités de médecins généralistes sur le territoire du sud de l'Eure
- Tab.21: Densités de médecins spécialistes par territoire
- Tab.22: Densité de professionnels paramédicaux par territoire
- Tab.23: Les principaux déterminants de la santé identifiés selon la population
- Tab.24: Equilibre alimentaire déclaré par population
- Tab.25: Pratique du sport selon le temps passé devant un écran chaque jour
- Tab.26: Estime de soi déclarée des adolescents
- Tab.27: Consommation de cannabis et de cocaïne selon l'âge
- Tab.28: Les formes d'action souhaitées
- Tab.29: Les lieux d'organisation des actions souhaités
- Tab.30: Les intervenants attendus

GLOSSAIRE

3CBI : Communauté de Communes du Canton de Breteuil-sur-Iton

-A-

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADISSA : Association départementale d'insertion santé et de soins des addictions

ASTER : Accueil Sida Toxicomanie Entraide Réinsertion

ALD : Affection Longue Durée

ALF : Allocation de Logement Familial

ALS : Allocation de Logement à caractère Social

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

AMI : Association Médicale Interentreprises

APL : Aide personnalisée au logement

API : Allocation Parent Isolé

ASV : Ateliers Santé Ville

-B-

BEF : Bassin d'Emploi et de Formation

BPDJ : Brigade Prévention de la Délinquance Juvénile

-C-

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAJA : Centre d'Accueil de Jour Alzheimer

CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCPD : Communauté de Communes du Pays de Damville

CCPN : Communauté de Communes de la Porte Normande

CCPV : Communauté de Communes du Pays de Verneuil-sur-Avre

CCRSE : Communauté de Communes Rurales du Sud de l'Eure

CEPIDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation

CMPP : Centre Médico-Psycho Pédagogiques

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CUCS : Contrats Urbains de Cohésion Sociale

-D-

DDAS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DRASS : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

-E-

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

-H-

HAD : Hospitalisation à Domicile

-I-

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

-M-

MAREZIA : Maison Régionale du Diabète

MJC : Maison de la Jeunesse et de la Culture

MRS : Mission Régionale de Santé

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

-O-

ORS: Observatoire Régional de Santé

ORSHN : Observatoire Régionale de la Santé de Haute-Normandie

OSSR : Observation Santé/Social Régionale

-P-

PAEI : Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton

PAEJ : Permanence Accueil Écoute Jeune

PLSP : Pôle Libéral de Santé Publique

PMI : Permanence Maternelle Infantile

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Projet Régional de Santé

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

PST : Projets Sociaux de Territoire

-R-

RAEP: Relais d'Aide et d'Ecoute Psychologique

RAM : Relais Assistantes Maternelles

RASED: Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficultés

RES-SEP : RÉSeau Sclérose En Plaques

RLPS: Réseau local de promotion de la santé

RMI: Revenu Minimum d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSI : Régime Social des Indépendants

-S-

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile

SAD : Service d'Aide à Domicile

SSIAD: Service de Soins Infirmiers à Domicile

SREPS: Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

-T-

TCM : Taux Comparatifs de Mortalité

-V-

VADS : La mortalité par cancer des Voies Aéro-Digestives Supérieures

-U-

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

BIBLIOGRAPHIE

- Beck F., (2006), "L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype", 2006, n° 391-392, p. 131-149
- Bury J. (1988), *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles, De Boeck université
- Communauté de Communes du Pays de Verneuil (2009), *Plan d'animation global*
- Conseil Général de l'Eure (2009), *Diagnostic territorial de l'UTAS d'Evreux*, septembre 2009
- DRASS de Bourgogne (2002), *Glossaire utilitaire en éducation pour la santé*
- DRASS de Haute-Normandie (2006), *Plan Régional de Santé Publique de Haute-Normandie 2005-2009, Vivre 100 ans en Haute-Normandie*
- Gerber S.-L. (2010), « Maladies de société et recherche des stratégies de prévention les plus efficaces », *Nouvelles approches de la prévention en santé publique*, Centre d'Analyse Stratégique
- Guigon N., Collet M., Gonzales L. (2010), « La santé des enfants en en grande section de maternelle en 2005-2006 », DREES, Etudes et résultats n°737
- Jamoulle M. (2010), « De la prévention chronologique à la prévention relationnelle ; la prévention quaternaire comme tâche du médecin de famille », *Les Rencontres Prescrire, pour des soins de qualité accessibles*, Bruxelles
- Kaufmann J.-C. (1996), *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan
- Laporte A. et Chauvin (2010), *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*
- Le Pen C. (2005), « La prévention, une solution pour réaliser des économies ? », *Concours médical*, 127(18)
- Médecins du Monde (2009), *Mortalité des personnes sans abris à Marseille*
- Mission Régionale de Santé (2005), *Orientations de la mission générale de santé 2006-2010*, « Annexe analyse par territoire de proximité », URCAM, ARH Haute-Normandie
- Mission Régionale de Santé (2010), *Orientations de la mission générale de santé 2010-2015*, « Annexe analyse par territoire de proximité », URCAM, ARH Haute-Normandie
- Observatoire Régional de Santé de Haute-Normandie (2006), *Indicateurs sanitaires et sociaux en Haute-Normandie, Pays Avre et Iton*
- Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie (2008), *La santé mentale en Haute-Normandie*, n°1
- Observatoire Régional de Santé de Haute-Normandie (2009), *Indicateurs sanitaires et sociaux en Haute-Normandie*
- Observatoire Régional de Santé de Haute-Normandie (2009), *Les consommations de substances psychoactives en Haute-Normandie, état des lieux des données disponibles*

Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie (2010), *enquête sur la santé et les comportements à risque des lycéens de 16 à 20 ans en Haute-Normandie en 2010*

Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie (2010), *Données sanitaires et sociales régionales, déclinaisons territoriales*

OMS (1999), *Glossaire de la Promotion de la santé*

Péquignot F. (2003), *La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France*, CépiDc-Inserm, Le Vésinet

RLPS/ASV de Haute-Normandie (2009), *La place des réseaux territoriaux de santé dans la promotion de la santé en Haute-Normandie*

SOMMAIRE DES ANNEXES

Questionnaire à destination des adolescents	1
Questionnaire à destination des adultes	2
Questionnaire à destination des familles	3
Guide d'entretien.....	4

Ma santé, c'est moi qui en parle le mieux...

Afin qu'aujourd'hui et demain, nous puissions œuvrer à votre bien-être, tout au long de votre vie, nous vous proposons de remplir ce questionnaire destiné à comprendre vos comportements et vos attentes en matière de santé. **Les données recueillies demeureront strictement anonymes.**

Âge :
Vous êtes : <input type="checkbox"/> Une femme <input type="checkbox"/> Un homme
Commune de résidence :
Classe : Temps de transport quotidien domicile / école (aller/retour).....
Professions des parents – Père : / Mère :
Situation familiale des parents: <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> autres :

Mon regard sur la santé

∂ Selon vous, être en bonne santé c'est ? (2 choix maximum)

- ne pas être malade ne pas ressentir de douleurs être bien dans sa peau et sa tête
 être capable de faire du sport ne pas être fatigué ne pas se sentir énervé ou stressé
 avoir une bonne hygiène (corporelle, alimentation, sommeil) autres :

∂ Selon vous, quels sont les 3 éléments qui influencent le plus votre bien-être physique et moral? (3 choix maximum)

- votre alimentation votre activité sportive vos loisirs et/ou sorties
 vos relations familiales et/ou amicales votre consommation d'alcool et/ou tabac
 vos résultats scolaires votre sommeil
 autres, précisez (ex : pollution, humidité logement).....

∂ Sur cette échelle, entourez le chiffre correspondant au niveau actuel de votre moral ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ma santé, mes comportements

∂ De manière générale, comment jugez-vous votre état de santé ?

- très bon bon moyen mauvais

• Combien de fois avez-vous été chez le médecin l'an passé ? moins de 3 fois plus de 3 fois

• Avez-vous l'habitude de faire du sport en dehors du cadre scolaire ?

- oui, au moins une fois par semaine oui, au moins une fois par mois rarement jamais

• Avez-vous la sensation d'avoir une alimentation équilibrée ? oui non

Pourquoi ?

∂ **Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**

- jamais 1 fois par mois ou moins 2 à 4 fois par mois
 2 à 3 fois par semaine 4 fois par semaine et plus

∂ **Comment jugez-vous cette consommation d'alcool?**

- dangereuse pour votre santé modérée sans danger

∂ **Consommez-vous des boissons énergisantes (type Redbull) ?**

- jamais 1 fois par mois ou moins 2 à 4 fois par mois
 2 à 3 fois par semaine 4 fois par semaine et plus

∂ **Êtes- vous consommateur de tabac?**

- non oui, de cigarettes oui, de cigares oui, de cigarillos oui, je fume la pipe

- Si oui, pouvez-vous nous dire combien environ en fumez-vous par jour ?.....
- Si oui, pouvez-vous nous dire depuis combien de temps fumez-vous ?
- Comment jugez-vous cette consommation de tabac?

- dangereuse pour votre santé modérée sans danger

∂ **Combien d'heures par jour, en période scolaire, passez-vous devant un écran (tv, pc ,jeux) ?**

- moins de 2 heures 2 à 4 heures plus de 4 heures

∂ **Vous arrive-t-il de prendre des médicaments pour :**

- le sommeil oui non
- le stress, l'anxiété, la déprime oui non
- la douleur oui non

∂ **Parmi les drogues suivantes, en avez-vous déjà consommé au moins une fois dans votre vie ?**

(Cochez autant de réponses que souhaité)

- cannabis héroïne cocaïne ecstasy LSD crack
 poppers amphétamines champignons hallucinogènes aucune

- Pour chacune de ces formules, indiquez si c'est « tout à fait votre cas », « à peu près votre cas », ou que « cela n'est pas votre cas ».

	Tout à fait mon cas	A peu près mon cas	Pas mon cas
Je me trouve bien comme je suis			
Je vais au bout de ce que j'entreprends			
J'ai une bonne capacité de concentration			
Je suis facile à vivre			
Je suis à l'aise avec les autres			
Je suis content(e) de ma vie de famille			

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré pour répondre à ce questionnaire

Ma santé, mes besoins, mes attentes

Afin qu'aujourd'hui et demain, nous puissions œuvrer à votre bien-être, nous vous proposons de remplir ce questionnaire destiné à comprendre vos pratiques et attentes en matière de santé.

Les données recueillies demeureront strictement anonymes.

Âge :
Vous êtes : <input type="checkbox"/> Une femme <input type="checkbox"/> Un homme
Commune de résidence :
Profession :
Lieu de travail :
Mode de transport :

Votre regard sur la santé

∂ Selon vous, être en bonne santé c'est ? (2 choix maximums)

- Ne pas être malade
 Ne pas ressentir de douleurs
 Etre bien dans sa peau et sa tête
 Etre capable de faire du sport
 Ne pas être fatigué
 Ne pas se sentir énervé ou stressé
 avoir une bonne hygiène (corporelle, alimentation, sommeil)
 autres :

∂ Quels sont à votre avis les 3 éléments qui influencent le plus votre état de santé?

(3 réponses maximum)

- Votre alimentation
 Votre sommeil
 Votre activité sportive
 Vos relations familiales et/ou amicales
 La qualité de votre logement
 Votre consommation d'alcool et/ou tabac
 Vos loisirs
 Vos conditions de travail ou de transport pour vous y rendre
 Autres, précisez (ex : pollution).....

• Pour chacune des affirmations suivantes partagez votre opinion :

	D'accord	Sans opinion	Pas d'accord
Chacun est responsable de sa santé			
Il y a suffisamment de médecins autour de chez moi			
Les antibiotiques ce n'est pas toujours obligatoire			
L'homéopathie a des vertus thérapeutiques			
Sans argent on ne peut se soigner correctement			
Quand on veut se soigner on sait toujours à qui s'adresser			

Commentaires supplémentaires :

Évaluez votre état de santé

∂ Comment jugez-vous votre état de santé général ?

- très bon bon moyen mauvais très mauvais

∂ Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ? oui non

Si vous le souhaitez, précisez quelle maladie?.....

∂ Sur cette échelle entourez le chiffre correspondant au niveau actuel de votre moral ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

• Comment jugez-vous la réponse apportée par les institutions et professionnels à vos problèmes de santé?

- satisfaisante peu satisfaisante inadaptée à mes besoins

∂ Disposez-vous d'une complémentaire santé? oui non je ne sais pas

∂ Combien de kilomètres faites-vous pour aller chez votre médecin traitant (aller/retour)?.....

∂ Pour chacune de ces formules, indiquez si c'est « tout à fait votre cas », « à peu près votre cas », ou que « cela n'est pas votre cas ».

	Tout à fait mon cas	A peu près mon cas	Pas mon cas
Je ne suis jamais malade			
Mon sommeil est réparateur			
J'ai une alimentation équilibrée			
Je suis sportif			
Je suis à l'aise avec les autres			
Je suis heureux dans ma vie de famille			

∂ Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- jamais 1 fois par mois ou moins 2 à 4 fois par mois
 2 à 3 fois par semaine 4 fois la semaine et plus

• Comment jugez-vous cette consommation? excessive modérée sans danger

∂ Êtes-vous consommateur de tabac? oui non

∂ Si oui, vous fumez ? la cigarette le cigare le cigarillos la pipe

∂ Si oui, pouvez-vous nous dire combien environ en fumez-vous par jour?

• Comment jugez-vous cette consommation? excessive modéré sans danger

∂ Vous arrive-t-il de prendre des médicaments pour :

- le sommeil oui non
- le stress, l'angoisse, la déprime oui non
- la douleur oui non

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré pour répondre à ce questionnaire

La santé de mes enfants, mes attentes

Afin qu'aujourd'hui et demain, nous puissions œuvrer pour le bien-être de vos enfants, nous vous proposons de remplir ce questionnaire destiné à comprendre vos besoins et attentes concernant leur santé.

Les données recueillies demeureront strictement anonymes

Commune de résidence :
Nombre d'enfants :
Âge des enfants:
Âge des parents :
Professions des parents :
Situation familiale: <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> autres :

ð Selon vous, être en bonne santé c'est ? (cochez 2 réponses maximum)

- ne pas être malade ne pas ressentir de douleurs être bien dans sa peau et sa tête
 être capable de faire du sport ne pas être fatigué ne pas se sentir stressé

• Parmi les thèmes suivants, indiquez lesquels vous soucient le plus concernant le bien-être de vos enfants? (cochez 3 réponses maximum)

- leur sommeil leur alimentation leur langage
 leur hygiène leur capacité à aller vers les autres leur activité physique
 leur éducation leur réussite scolaire leur rapport à internet et aux jeux
 autres :

• Parmi ces thèmes, y'en a-t-il pour lesquels vous pensez manquer d'information ou de compétences? (cochez autant de réponses que souhaité)

- leur sommeil leur alimentation leur langage
 leur hygiène leur capacité à aller vers les autres leur activité physique
 leur éducation leur réussite scolaire leur rapport à internet et aux jeux
 autres :

• En cas de problème lié à la santé de votre enfant (maladie, alimentation, sommeil) à qui demandez-vous conseil en priorité? (cochez 3 réponses maximum)

- la famille les amis et/ou connaissances le médecin généraliste
 le pédiatre le psychologue l'instituteur
 les travailleurs sociaux autres :

• Comment jugez-vous la réponse apportée par les institutions et professionnels aux problèmes de santé de vos enfants?

- très satisfaisante satisfaisante peu satisfaisante inadaptée à leurs besoins

• Disposez-vous d'une complémentaire santé? oui non je ne sais pas

- **Avez-vous déjà consulté un pédiatre ?** oui non je ne sais pas
- **Vos enfants ont-ils déjà eu affaire à un psychologue ?** oui non je ne sais pas
- **En moyenne combien de kilomètres faites-vous pour aller chez votre médecin traitant ?**
- **Combien de temps en moyenne vos enfants passent-ils devant un écran (TV, Ordinateur, Jeux) ?**

moins de 2 heures par jour 2 à 4 heures par jour plus de 4 heures par jour

- **Vous arrive-t-il de donner des médicaments à vos enfants pour :**
 - le sommeil oui non
 - le stress, l'angoisse, la déprime oui non
 - la douleur oui non
- **Existe-t-il des questions (sexualité, contraception, alcool...) au sujet desquelles vous rencontrez des difficultés à communiquer avec vos enfants ?**

Lesquelles ?

- **Quelles sont, parmi les activités suivantes, celles qui pourraient vous aider à améliorer la santé de vos enfants?**

cours pour les parents groupes d'échange entre parents conférences/débats avec professionnels
 ateliers d'exercice (soins de base, cuisine, sport) entretiens individuels

- **Où souhaiteriez-vous que ces actions soient organisées?**

à l'hôpital dans un centre social à l'école dans les locaux de la mairie
 dans un espace culturel dans une association dans un club de loisirs ou de sport

- **Parmi les professionnels suivants, desquels aimeriez-vous obtenir des conseils? (4 choix maximum)**

un(e) assistant(e) social(e) un médecin généraliste un(e) nutritionniste
 un(e) orthophoniste un(e) psychologue un éducateur
 un élu un instituteur un conseiller en orientation
 un juriste un(e) psychiatre un(e) pédiatre
 autres :

- **Pour chacune des affirmations suivantes partagez votre opinion :**

	D'accord	Sans opinion	Pas d'accord
Les parents reçoivent assez d'information(s) pour assurer la santé de leur(s) enfant(s)			
Quand on veut soigner ses enfants on sait toujours à qui s'adresser			
Les jeunes prennent plus de risque pour leur santé aujourd'hui que par le passé			
Les médecins travaillent plus sur la prévention aujourd'hui			
L'éducation à la santé doit se faire à l'école			

Commentaires supplémentaires :

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré pour répondre à ce questionnaire

Grille d'entretien semi-directif

Consigne: Dans le cadre de la création du Réseau Local de Promotion de La Santé sur le Pays d'Avre, d'Eure et d'Iton est organisé un diagnostic partagé des besoins et ressources en santé du territoire du sud du département de l'Eure. Aussi, dans ce processus d'analyse, la parole est donnée à l'ensemble des professionnels et bénévoles des champs sanitaires, sociaux, éducatifs, culturels et politique qui, au quotidien, agissent à proximité des habitants du Pays. A travers cet entretien, il s'agira d'apprendre à mieux connaître l'action menée par votre structure et comprendre le regard que vous portez sur les priorités sanitaires locales et les actions pouvant y répondre.

Présentation du RLPS

- Le RLPS ;
- La promotion de la santé ;
- Ses missions ;
- Le diagnostic local de santé partagé ;

Présentation du professionnel/de la structure rencontrée

1. Le champ d'intervention ;
2. Les missions ;
3. Les publics concernés ;

Les priorités locales de santé/Les déterminants de santé locaux

1. **De quelles thématiques de santé selon-vous devrait traiter les actions en promotion de la santé conduites sur notre territoire ?**
2. **Selon vous quels déterminants influencent positivement et négativement la santé de la population du sud de l'Eure ?**
 1. Disposez-vous de données locales pour évaluer l'état de santé de cette population ?
 2. Avez-vous dans l'exercice de vos fonctions observez ces dernières années une évolution des comportements positifs ou négatifs pour la santé ?
3. Existe-t-il à vos yeux des publics davantage concernés par ces projets de prévention et d'éducation à la santé ?

Les ressources en matière de promotion de la santé

1. **Menez-vous et/ou connaissez-vous des actions en promotion de la santé sur le territoire ?**
 1. Quels acteurs organisent et/ou interviennent ?
 2. Quelles formes prennent ces actions ? où ont-elles lieu ? etc.
 3. Qui financent ces projets ?
 4. Ces actions sont-elles menées sur la base de partenariat ?

Les forces et faiblesses du territoire

2. **Identifiez-vous des forces ou des freins qui influencent l'action des professionnels du champ de la promotion de la santé dans le sud de l'Eure ?**
 1. Rencontrez-vous des difficultés particulières dans l'exercice quotidien de vos fonctions ?
 2. Notre territoire du sud de l'Eure (géographique, professionnelle, institutionnelle) vous semble-t-il propice à l'organisation d'un réseau de santé publique ?

Vers un programme pluriannuel d'actions en promotion de la santé

1. **Si des imitatives devaient être conduites dans le sud de l'Eure pour pallier aux besoins de santé locaux, quelles seraient-elles selon vous ?**
 1. Quelle place imaginez-vous occuper dans ces actions ?



**Réseau Local de Promotion
de la Santé**
Pays Avre, Eure et Iton

Julien BOSCHER – *Coordonnateur*

Centre Hospitalier de Verneuil-sur-Avre
81 rue du Moulin des Murailles
27137 VERNEUIL-SUR-AVRE

02.32.23.62.03

julien.boscher@ch-verneuil.com