



SOMMAIRE

p. 02-03

Introduction : La feuille de route 2022 de la plateforme NÉO

Zoom sur les travaux des partenaires de la plateforme

Impact COVID-19 sur le recours aux soins en Normandie

Séminaire de l'observatoire des solidarités territoriales de Caen la mer sur l'économie et l'emploi dans les quartiers prioritaires

Le Datalab en Normandie

La démographie des collégiens du département de la Seine-Maritime

p. 04-06

Dossier thématique : Inégalités sociales de santé

Inégalités sociales de santé : de quoi parle-t-on ?

Les politiques régionales pour lutter contre les inégalités sociales de santé

Retour sur le rapport de Franck Chauvin « Dessiner la santé publique de demain »

Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et dans le Ségur de la santé – Une revue de la littérature

Retour sur le « panorama de situations de pauvreté en Normandie : un diagnostic à partager »

Santé et quartiers prioritaires politique de la ville : des démarches d'observation au service des acteurs

◀ p. 07-19

p. 20-21

Lus pour vous

En Normandie

En France

p. 22-23

Dispositifs nationaux

Enabee : étude nationale sur le bien-être des enfants

p. 24-25

Dispositifs internationaux

Global Burden Disease

p. 28

Agenda

INTRODUCTION

La feuille de route 2022 de la plateforme NÉO

Le travail à réaliser en 2022 dans le cadre de NÉO s'inscrit dans la continuité de celui déjà réalisé en 2020 et 2021, avec la création de deux groupes de travail complémentaires et un accent mis sur les aspects de communication, pour que la plateforme soit mieux identifiée en Normandie.

L'observation constitue un enjeu essentiel pour mieux anticiper l'évolution des besoins sociaux et de santé et aider à la mise en œuvre et à l'adaptation des politiques publiques. Ainsi, assurer l'animation d'un réseau d'acteurs des champs de la santé, du social et du médico-social afin de rassembler et de partager les nombreuses sources d'information (productions écrites, indicateurs...) et de repérer les besoins d'observation sont les missions de notre plateforme Normandie études observation NÉO. « Normandie Études Observation » constitue un espace pour travailler ensemble, tant à la définition d'indicateurs pertinents pour décrire les situations sanitaires, sociales et médico-sociales de la population régionale et leurs évolutions, qu'à leur analyse afin de faciliter la définition ou l'évaluation des politiques publiques.

La Direction régionale de de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), l'Agence régionale de santé (ARS) et la Région Normandie, co-pilotes de la plateforme, ont validé un programme d'activité 2022 structuré autour de deux axes :

- Partage et valorisation de l'information,
- Animation de la plateforme.

Plus précisément, concernant le partage et la valorisation de l'information, le **site internet** sera mis à jour régulièrement (productions écrites des partenaires, indicateurs en Open Data...). La **Base territorialisée des indicateurs** (BTI) sera mise à jour régulièrement et, en fonction des besoins, pourra intégrer de nouveaux indicateurs. En outre, des formations à l'utilisation de la BTI pourront également être organisées, un recensement des besoins sera effectué. **Deux lettres Info** seront réalisées, une à la fin de chaque semestre. Le dossier thématique de la présente lettre porte sur les inégalités sociales de santé. Celui de la seconde lettre sera consacré aux violences faites aux femmes. Une **demi-journée thématique** d'échange sur le thème de la santé mentale sera organisée en fin d'année.

L'organisation et le suivi de ces travaux de partage et de valorisation de l'information s'appuieront sur les membres du comité de suivi qui se réunira à deux reprises. Un comité de suivi restreint sera également constitué et se réunira autant que nécessaire afin d'organiser la demi-journée thématique consacrée aux travaux d'observation de la santé mentale en région.

Concernant l'animation de la plateforme, l'animation des deux groupes de travail mis en place

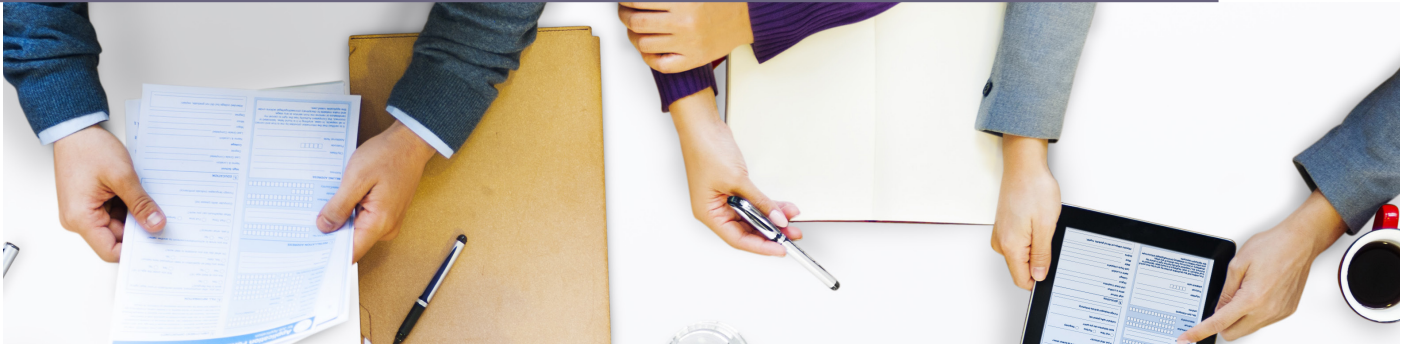
depuis 2019 (Parcours des personnes en situation de handicap - Pauvreté et précarité) se poursuivra. S'ajouteront à ces deux groupes, la mise en place de deux autres groupes de travail consacrés à la santé mentale et à la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

Enfin, afin d'améliorer la visibilité de NÉO au sein de la Normandie, les aspects de communication autour de la plateforme pourront être abordés lors des comités de suivi ou au sein de réunions de travail dédiées.

L'année 2022 sera ainsi une année de continuité des travaux mais également une année de saisie de nouveaux sujets d'observation.

L'équipe d'animation de NÉO





IMPACT COVID-19 SUR LE RECOURS AUX SOINS EN NORMANDIE

ORS-CREAI Normandie

L'épidémie de COVID-19 a impliqué la mise en place d'un confinement strict du 17 mars au 10 mai 2020, qui a fortement impacté les activités des professionnels de santé en région. On s'interroge, dans ce nouvel Info Santé, sur l'évolution du recours aux soins primaires (généralistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes) et au dépistage du cancer du sein durant la crise sanitaire de mars 2020 à novembre 2021 en Normandie. L'objectif est de mesurer dans quelle mesure le non recours a été compensé ou non par un report des soins et ainsi évaluer les répercussions potentielles sur la santé des populations.

Lors du 1^{er} confinement, ce sont les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes qui ont été les plus impactés, suite à la fermeture stricte de leurs cabinets, avec des baisses respectives de - 94 % et de - 84 % des recours en Normandie par rapport aux deux années précédentes. L'activité s'est alors réduite à la gestion des urgences dentaires pour les dentistes, et pour les masseurs-kinésithérapeutes, à la prise en charge à domicile des patients vulnérables. Les médecins généralistes normands ont diminué, quant à eux, leur activité de - 29,7 % en moyenne lors du 1^{er} confinement, atteignant jusqu'à - 43,4 % en semaine 13.

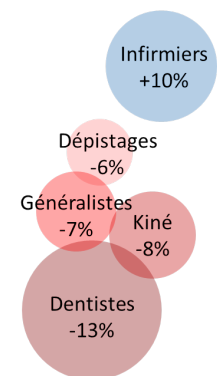
Post-confinement, le recours aux soins est resté en deçà des niveaux habituels pour les chirurgiens-dentistes et les médecins généralistes (- 5 %). Néanmoins le moindre recours aux médecins généralistes pendant l'hiver 2020-21, peut s'expliquer par le fait que les mesures prises pour lutter contre l'épidémie de Covid-19 aient bénéficié à la lutte contre les autres épidémies hivernales. Le recours aux masseurs-kinésithérapeutes a quant à lui fluctué autour des niveaux des deux années précédentes (+ 0,8 %).

Au final, sur la période de mars 2020 à novembre 2021 les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes ont diminué respectivement leur activité de - 7,5 %, - 13,1 % et - 8,2 % par rapport à la moyenne des années 2018-2019 sur cette même période.

Le recours au dépistage du cancer du sein a également subi une baisse de - 88,3 % lors du 1^{er} confinement par rapport à la même période en 2018 et 2019. Post-confinement, il est remonté aux niveaux habituels, et a même dépassé en moyenne de + 2,1 % par rapport aux deux années précédentes. Mais on constate au cours des vingt mois d'épidémie une baisse de - 6,2 % dans la région, comparé aux années 2018-2019.

Les infirmiers libéraux sont un cas particulier parmi les professionnels de santé, puisqu'ils ont relativement bien maintenu le suivi des patients. Seule une légère baisse de leur activité a marqué le 1^{er} confinement (- 1 %), probablement due en partie à la réduction des soins post-opératoires, liée à la déprogrammation des opérations. Pour le reste, la majorité de leur activité étant consacrée à des suivis au long court (maladies chroniques, personnes âgées, cancers), ces types de soins n'ont pas pu être temporisés. De plus, les visites à domicile ont pu limiter le brassage des personnes. Post-confinement, le recours aux soins infirmiers a dépassé de + 11,5 % les niveaux habituels. Ils ont en effet été conditionnés par les vagues d'activité de test et de vaccination anti-covid. Au total, de mars 2020 à juin 2021, le recours aux infirmiers libéraux a augmenté de + 10,5 % par rapport au niveau de recours des années 2018 et 2019.

Recours aux soins
de mars 2020
à novembre 2021



L'épidémie de COVID-19 a également impacté le recours aux soins en santé mentale en région. Ainsi le recours aux consultations SOS médecin pour angoisses en 2021 (de janvier à novembre) est 29 % supérieur à celui observé en 2018. Le nombre de passages aux urgences pour troubles psychiques est quant à lui supérieur de 14 % de janvier à novembre 2021 par rapport à 2019 et 2018 chez les personnes âgées de 18 ans et plus.

Accéder à l'étude : <http://orscreainormandie.org/info-sante-normandie-impact-covid-19-sur-le-recours-aux-soins-en-normandie/>

Pour plus d'informations :

Noémie LEVEQUE-MORLAIS, n.levequemorlais@orscreainormandie.org

SÉMINAIRE DE L'OBSERVATOIRE DES SOLIDARITÉS TERRITORIALES DE CAEN LA MER SUR L'ÉCONOMIE ET L'EMPLOI DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES AUCAME

Animé par l'AUCAME pour le compte de la Communauté urbaine, l'observatoire des solidarités territoriales de Caen la mer organise chaque année un séminaire thématique concernant les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Le thème de l'année 2022 portait sur l'économie et l'emploi dans les QPV. Pratiquement, l'évènement s'est tenu le 19 mars 2022 dans les locaux de l'Institut Régional du Travail Social (IRTS) Normandie Caen à Hérouville-Saint-Clair. Près de 130 personnes ont assisté au séminaire en présentiel ou en distanciel.

Animée par Harry ELIEZER, la matinée s'est déroulée en 5 temps :

- Une mise en contexte de la problématique par Rodolphe THOMAS, Maire d'Hérouville Saint-Clair et 1^{er} Vice-président à Caen la mer en charge de l'emploi, de l'économie sociale et solidaire et de la politique de la ville.
- Deux présentations de l'AUCAME sur le profil du tissu économique et de l'emploi des quartiers prioritaires et la situation des habitants des QPV face à l'emploi en France et sur Caen la mer.
- Une présentation de France Stratégie sur les perspectives de recrutement en France à l'horizon 2030.
- Une table ronde associant 5 intervenants pour croiser les regards et réfléchir collectivement sur la façon de (re)dynamiser les quartiers prioritaires par l'économie.

- Une esquisse des actions à entreprendre par Sophie SIMONNET, adjointe au Maire de Caen en charge de la participation citoyenne, proximité, vie associative et politique de la ville.

Résolument optimiste, le parti pris de ce séminaire à vocation prospective est de considérer que les mutations à l'œuvre, rapides et de grande ampleur, constituent une opportunité pour les QPV à l'aune des transitions. Les échanges et réflexions ont donc cherché à répondre à la question fil rouge suivante : « Et si les quartiers prioritaires avaient une longueur d'avance dans le Monde d'après ? ». Au-delà de cette thématique de l'économie et de l'emploi dans les QPV, le séminaire esquisse de nouvelles formes d'interventions et d'accompagnements qui laissent entrevoir une transition en matière de politique de la ville.

Découvrez l'ensemble des débats en téléchargeant les Actes du séminaire sur le lien suivant : <https://www.aucame.fr/actualites/157-seminaire-de-l-observatoire-des-solidarites-territoriales---les-actes.html>

Pour plus d'informations : Jean-Philippe BRIAND, Directeur adjoint de l'AUCAME, jp.briand@aucame.fr



LE DATALAB EN NORMANDIE

Région Normandie

DataLab Normandie est un cadre de coopération public-privé impulsé par la Région Normandie qui vise à développer un écosystème favorable à la transformation numérique de la Normandie par la donnée, et l'Intelligence Artificielle notamment. Ce partenariat permet de créer une synergie entre les acteurs de l'enseignement supérieur et de la recherche, les entreprises, des acteurs de la santé, et les collectivités dans un cadre sécurisé, éthique et confidentiel.

Pour donner du sens à la donnée et valoriser tout son potentiel, DataLab Normandie s'est donné les objectifs opérationnels suivants :

- Sensibiliser, orienter et acculturer les usagers, collectivités et professionnels normands.
- Faire émerger, accompagner et expérimenter des services innovants en prenant appui sur la valorisation des données, notamment sur les technologies de l'Intelligence Artificielle.
- Fédérer l'écosystème de la donnée en Normandie en créant des synergies entre les experts du territoire.

La Région assure la coordination du projet.

Les membres offrent principalement de leur temps afin de donner des conseils et des éclairages technologiques. Ils interviennent pendant les « cœurs experts » du DataLab Normandie, action concrète d'accompagnement et de coaching de projet, mais aussi lors des différents

événements d'acculturation et de sensibilisation. Ils apportent également des outils

pour héberger et traiter la donnée pendant toute la durée de la preuve de concept (cas d'usage).

DataLab Normandie se veut jouer le rôle de tiers de confiance, par la coordination régionale elle-même garante de l'intérêt public régional, par la mise à disposition auprès des porteurs de projet d'une infrastructure de la donnée sécurisée et souveraine et par l'influence du comité d'éthique.

Afin de répondre aux enjeux du territoire en matière de santé, la Région Normandie a en particulier signé un partenariat avec le Health Data Hub, plateforme nationale des données de santé, et déploie des actions d'accompagnement de projet en santé prenant appui sur la valorisation des données. Dans ce cadre, DataLab Normandie accompagne des projets dans le domaine de la santé et participe à des actions communes avec le Health Data Hub afin d'acculturer les usagers à la donnée de santé et ses enjeux.

Pour plus d'informations : Maud BIERNACKI, Chargée de projet DATALAB NORMANDIE Maud.BIERNACKI@normandie.fr



ÉTUDE SUR L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION COLLÉGIENNE DE SEINE-MARITIME À L'HORIZON 2035

Conseil départemental de Seine-Maritime et Insee



SEINE-MARITIME
LE DÉPARTEMENT



La population collégienne de la Seine-Maritime devrait rester stable jusqu'en 2023, mais un repli devrait ensuite s'amorcer et conduire à une diminution d'environ 6 700 collégiens entre 2023 et 2031. Ce recul se poursuivrait après 2031 avec une ampleur qui dépendra de l'évolution de la fécondité. Selon les hypothèses, le département de la Seine-Maritime pourrait perdre jusqu'à 3 200 collégiens supplémentaires entre 2031 et 2035. Sur l'ensemble de la période étudiée (2020-2035), les zones littorales de Dieppe, Fécamp et Le Havre seraient les plus touchées par ce repli, et certains secteurs de la région rouennaise seraient relativement préservés.

Le Département de la Seine-Maritime s'est rapproché de l'Insee au cours de l'année 2021 afin de réaliser une étude partenariale sur la population

collégienne de la Seine-Maritime, à l'image des études réalisées dans les départements de l'Eure et de la Manche sur les perspectives démographiques de la population collégienne.

À la rentrée scolaire 2020, le Département de la Seine-Maritime comptait 134 collèges, dont 109 collèges publics. Globalement, le vivier démographique des 11-14 ans, qui représente 93 % des collégiens de la Seine-Maritime, devrait se réduire de - 13,5% dans le département entre 2021 et 2035 soit à un rythme bien plus soutenu qu'en France métropolitaine (- 5,5 %). En effet, bien que la population collégienne de la Seine-Maritime demeurerait relativement stable jusqu'en 2023 (- 300 élèves), elle devrait nettement diminuer entre 2023 et 2031 (- 6 700 élèves, soit - 10,4 %). En revanche sur la période 2032-2035, la diminution devrait se poursuivre à un rythme moins rapide (- 1 600 élèves, soit - 2,7 %) en s'appuyant sur des hypothèses de fécondité identiques au niveau constaté en 2020, soit 1,83 enfant par femme. Si la fécondité ne retrouve pas un niveau élevé dans les années à venir, seule une variation significative des migrations résidentielles pourrait freiner la baisse des effectifs collégiens.

Afin de mieux identifier les évolutions au niveau des territoires de recrutement des collèges, le Département de la Seine-Maritime a fourni à l'Insee une partition du département en 17 territoires d'étude. Deux familles de trajectoires peuvent être distinguées. La première rassemble les territoires pour lesquels la baisse des effectifs interviendra dès 2021 et sera plus marquée (figure 1) ; la seconde, les territoires pour lesquels la baisse n'interviendra majoritairement qu'à partir de 2023 (figure 2). Le premier groupe comporte neuf territoires. La baisse est particulièrement forte entre 2025 et 2030, notamment dans les zones de Dieppe et de la Vallée de la Bresle où elle dépasserait 10 %. Le rythme de ce repli ralentirait dans chacun de ces territoires après 2031. Le second groupe est composé de huit grandes zones pour lesquels, entre 2020 et 2023, le nombre de collégiens progresserait. À partir de 2024, la démographie collégienne serait ensuite en recul dans quasiment tous ces territoires, hormis le Plateau Nord où la baisse n'interviendrait qu'en 2025. Comme pour le premier groupe, le repli serait plus rapide au cours de la période 2025-2030, allant de - 2,9 % dans l'agglomération d'Elbeuf à - 9,7 % dans la zone du Plateau de Caux. Après 2031, la baisse des effectifs pourrait s'atténuer.

Pour retrouver l'étude sur le site Internet de l'Insee :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763086>

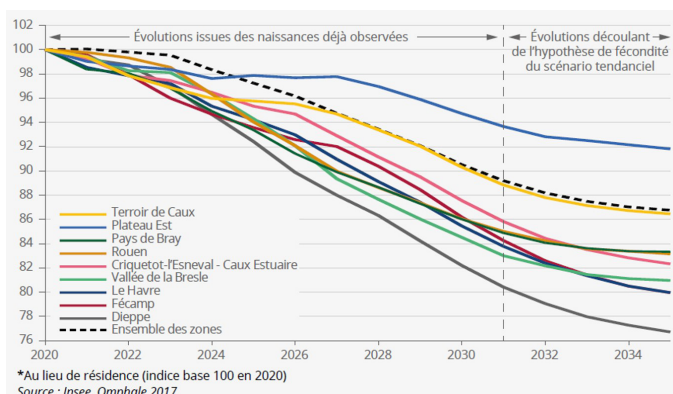


Figure 1

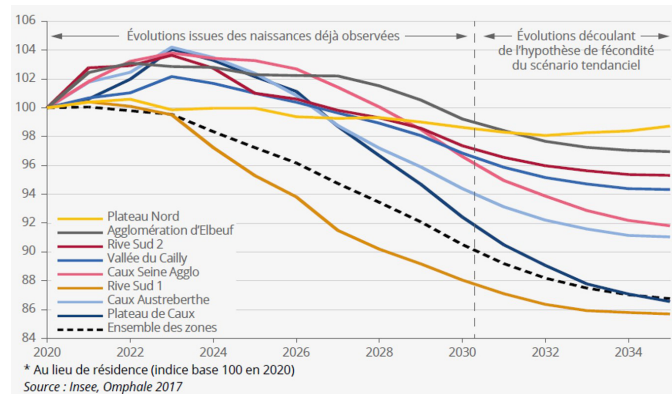


Figure 2

Pour plus d'informations :

- Brunet L., Maillard M., « [Relative stabilité du nombre de lycéens en Normandie jusqu'en 2025, avant une baisse](#) », Insee Analyses Normandie n° 42, avril 2018.
- Le Graët A., Maillard M., « [Le nombre de collégiens baisserait à partir de 2022 dans l'Eure](#) », Insee Analyses Normandie n° 78, juin 2020.
- Roger P., « [Bilan démographique 2020 : baisse des naissances et forte augmentation des décès en Normandie dans le contexte de pandémie](#) », Insee Analyses Normandie n° 94, juillet 2021.

DOSSIER THÉMATIQUE

Inégalités sociales de santé

Le comité technique de NÉO a souhaité mettre les inégalités sociales de santé au cœur de cette nouvelle lettre Info de la Plateforme d'observation régionale. Ainsi, après quelques chiffres clés sur le sujet, un résumé de l'état des lieux de la pauvreté en Normandie réalisé par l'Insee, ainsi qu'un retour sur les politiques régionales menées pour lutter contre ces inégalités, les résultats d'observation et études régionales sur cette thématique sont présentés.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ, DE QUOI PARLE-T-ON ?

Le terme « inégalités sociales de santé » désigne les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, évitables et systématiques, en fonction de facteurs sociaux comme le genre, le revenu, le métier, la composition familiale, le pays de naissance, les politiques sociales, économiques ou éducatives ou encore les inégalités territoriales telles que le temps d'accès aux soins ou l'accès à l'emploi.

Les inégalités sociales de santé peuvent venir à la fois d'inégalités en terme d'exposition aux risques (pollution environnementale, métier avec contraintes physiques et/ou psychologiques, comportements à risque, alimentation, logement...), mais aussi d'inégalités face aux soins (temps d'accès aux soins, sensibilisation à la prévention, représentations autour de la santé, propension à l'usage de soins...). Améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chaque individu pris individuellement fait partie de la stratégie nationale de santé de 2018-2022, que ce soit par une politique de promotion de la santé et de la prévention, mais aussi par la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

Les inégalités sociales de santé existent depuis l'enfance et peuvent se poursuivre tout au long de la vie. Cependant, étant évitables par définition, il existe différents leviers sur lesquels agir afin de tenir compte et de limiter l'impact des situations de vulnérabilité telles que les différences culturelles, la précarité économique ou la fragilité physique. Ces leviers peuvent intervenir à la fois sur les facilités

QUELQUES DONNÉES CLÉS

- ▶ En France en 2018, l'écart d'espérance de vie entre les plus riches et les plus pauvres est de 13 ans chez les hommes et de 8 ans chez les femmes (Insee).
- ▶ Selon l'étude EpiCov (Drees, juillet 2021), parmi les 10 % de la population avec le niveau de vie le plus élevé, 9 personnes sur 10 sont vaccinées pour la Covid-19, contre 5 sur 10 chez les 10 % ayant le niveau de vie le plus faible.
- ▶ Un excès de mortalité par cancer est observé, jusqu'à deux fois plus élevé chez les patients des zones les plus défavorisées par rapport aux patients des zones les moins défavorisées (Francim).

d'accès aux soins, sur les politiques de santé publique, mais également sur la législation (interdiction de substances toxiques, droit du travail, loi sur le logement...).

Les illustrations d'inégalités sociales de santé sont malheureusement nombreuses. À titre d'exemple, d'après les données du CépiDc (Inserm), l'espérance de vie moyenne à la naissance en France sur la période 2015-2017 variait de 80,5 ans dans la région des Hauts-de-France à 83,8 ans en Île-de-France, en passant par 81,7 ans en Normandie. L'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) a également montré à travers l'enquête Escapad, que 1,6 % des adolescents issus de milieux favorisés déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie contre près du triple (4,6 %) chez les adolescents vivant dans un milieu défavorisé. Enfin, à partir des données de cartographie des pathologies, l'ARS a souligné que la prévalence de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les maladies respiratoires suit un gradient social en Normandie, avec une prévalence plus élevée parmi les 20 % de la population les plus défavorisés. Parallèlement, le taux de recours aux soins, notamment chez les médecins spécialistes, décroît lorsque le niveau de défavorisation augmente. L'adhésion aux pratiques de prévention telles que le dépistage ou la vaccination croit également avec la situation socio-économique.

LES POLITIQUES RÉGIONALES POUR LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

ARS DE NORMANDIE

La réduction des inégalités sociales de santé est au cœur des enjeux de société : c'est un impératif collectif qui traverse les sujets d'organisation du système de santé mais aussi l'ensemble des politiques publiques qui ont un impact direct ou indirect sur l'état de santé des populations.

Ainsi, c'est l'un des axes majeurs du projet régional de santé 2018-2022 et il n'y a aucun doute qu'il restera prioritaire dans les prochaines années, d'autant que le contexte de crise sanitaire a contribué à accroître les inégalités de santé, soit en lien direct avec le virus par une surmortalité dans les territoires les plus pauvres, soit de façon indirecte avec un impact sur l'accès aux droits et aux soins, la santé mentale, les violences intra-familiales, la sédentarité...

Observer les inégalités sociales de santé

Pour l'Agence Régionale de Santé, bien observer ces inégalités et ses évolutions est primordial car c'est en effet une indication importante permettant d'orienter les politiques, d'évaluer les mesures mises en place, de prioriser quand cela est nécessaire.

C'est cependant un exercice complexe, car s'il est assez simple de disposer de données sur l'offre ou même sur le recours aux soins, il est difficile de disposer de données sur le parcours de vie ou l'environnement social des personnes et de le croiser avec leur état de santé. De même, parce que les objectifs d'observation de chaque acteur peuvent être différents, les périmètres territoriaux ou les temporalités peuvent être différents. Ces approches qualitatives croisées nécessitent souvent d'une part un travail d'enquête spécifique qu'il n'est pas forcément facile de mener par région, voire sur des territoires plus fins, et d'autre part, un partenariat avec l'ensemble des détenteurs de données. C'est l'objectif par exemple de l'observatoire de la santé et

du social en région qui mutualise ses forces au service de l'aide à la décision dans le cadre des politiques publiques.

Par ailleurs, l'impact de tel ou tel déterminant ou de tel ou tel comportement sur la santé peut parfois s'observer sur un temps long : c'est le cas par exemple pour la corrélation entre le diplôme et l'espérance de vie en bonne santé, le lien entre la catégorie sociale et la consommation de tabac entraînant plus tard une surmortalité par cancer du poumon, le lien entre le mal logement et certaines pathologies respiratoires, la mauvaise maîtrise de la langue et l'accès à la prévention et aux soins, ou encore le lien entre chômage et dépression, voire tentative de suicide...

Cependant, ces liens étant la plupart du temps bien documentés et étayés par la recherche au niveau national voire international, il n'est pas nécessaire de les réinterroger au niveau régional pour prioriser l'action sur les territoires les plus fragiles ou les populations les plus vulnérables.

Réduire les inégalités sociales de santé, un équilibre complexe

Si chacun s'accorde sur l'importance de l'enjeu, réduire les inégalités sociales de santé, voire éviter de creuser ces inégalités, est un véritable défi qui doit conduire à éviter un certain nombre d'erreurs, y compris involontaires dans les stratégies à mettre en place.

Réduire les inégalités sociales de santé, ce n'est pas seulement agir sur l'accès à la santé des plus pauvres, mais agir beaucoup plus globalement : l'ensemble des stratégies de prévention, d'accès aux soins, d'accompagnement doivent prendre en compte le gradient social et envisager des stratégies adaptées en fonction des situations de chaque personne. On parle d'universalisme proportionné.

< Le gradient social de santé décrit le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons > Source : Rapport BLACK (1980) cité par A. SEN, < Why health equity >, 2009

Réduire les inégalités sociales de santé, ce n'est pas non plus seulement une question d'accès aux droits, ni même uniquement un sujet d'accès aux soins. Entrent en jeu les différents déterminants de la santé, c'est-à-dire les facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui ont un impact direct ou indirect sur la santé.

C'est en ce sens que la réduction des inégalités sociales de santé impose l'action combinée de nombreux acteurs (intersectorialité). « La santé, c'est l'affaire de tous » n'est pas une expression vaine... mais cette approche nécessite de convaincre chacun du rôle qu'il a à jouer...



L'Agence Régionale de Santé s'efforce donc de décliner cette approche dans les instances qu'elle anime et les outils de programmation qu'elle élabore en lien avec les acteurs, ce qui se traduit notamment par une stratégie régionale de réduction des inégalités sociales de santé qui ne se résume pas à l'élaboration du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) mais qui est conçue comme complètement transversale (et prioritaire) dans le Projet Régional de Santé (PRS), au centre du cadre d'orientation stratégique et dans le schéma régional de santé dans l'objectif stratégique « Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités ».

- Objectif 9 : garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné : ajuster les compositions et les volumes des offres territoriales de santé au regard de la sévérité des indicateurs socio-économiques et des prévalences des déterminants comportementaux, de leurs conséquences sanitaires dans les territoires → concerne l'ensemble des stratégies portées par l'ARS, en matière de prévention, d'offre médico-sociale et d'offre de soins.
- Objectif 10 : organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables → se traduit essentiellement dans les axes du PRAPS

Par ailleurs, la déclinaison du Ségur de la Santé en 2021 (mesure 27 relative à la réduction des inégalités sociales de santé) a permis également de faire évoluer la gouvernance en transformant le COPIL PRAPS en COPIL réduction des inégalités sociales de santé.

Agir concrètement : quels leviers localement ?

Il existe de nombreuses possibilités sur le terrain pour mettre en œuvre une stratégie proportionnée et adaptée aux difficultés des différents groupes de population.

► Agir précocement : on peut bien sûr intervenir tout au long de la vie, mais on sait que les inégalités sociales de santé se construisent très tôt, dès la petite enfance. De ce fait, une priorité doit être donnée à l'action précoce, ce qui se traduit de façon très concrète :

- d'abord par le déploiement de la stratégie prévention protection de l'enfance qui a permis au Préfet et à l'ARS de conventionner avec le Conseil départemental de l'Eure en 2020, les Conseils départementaux du Calvados, de la Manche et de la Seine-Maritime en 2021 et avec le Conseil départemental de l'Orne en 2022,
- puis plus largement par la généralisation de l'approche « 1000 premiers jours » : c'est à la fois un concept scientifique mettant en évidence que la période qui court de la grossesse aux deux ans révolus de l'enfant est une période clé pour le développement et une politique publique globale, en cours de développement, née du rapport de la commission d'experts pilotée par Boris Cyrulnik en 2020. Ce projet s'inscrit bien sûr en premier lieu dans les périmètres des institutions compétentes au premier rang desquelles les Conseils départementaux et les Caisses d'allocation familiales, mais a trouvé aussi une déclinaison en région par exemple par un appel à projets commun ARS-DREETS en 2021, par des moyens apportés par le Plan de Lutte contre la Pauvreté pour la formation des professionnels de la petite enfance, mais aussi par la priorisation plus marquée de cette tranche d'âge dans les projets de promotion de la santé soutenus par l'ARS.

► L'intersectorialité : au-delà de l'impulsion nationale, l'action complémentaire des différents acteurs peut se traduire en région par différents moyens : conventions partenariales, projets co-financés, ou la démarche de négociation d'un contrat local de santé entre l'ARS, une collectivité et les différents acteurs du territoire autour de priorités définies en concertation. Elle suppose que l'ensemble des acteurs trouve un intérêt commun à l'action collective, qui peut être la réduction des inégalités sociales et territoriales.

► Le travail sur l'accès de tous à la santé se traduit par plusieurs types d'intervention :

- L'accès aux droits et aux soins, qui constitue un socle indispensable (lutte contre le non recours entre autres), porté notamment par les CPAM qui ont installé des MISAS (missions d'accompagnement santé) qui peuvent être activées par les partenaires qui repèrent des personnes en difficulté d'accès aux droits et/ou aux soins, qui peuvent être liées à un handicap, à une fragilité face au numérique ou à une situation sociale complexe. Les dispositifs de l'assurance maladie sont complétés par l'action des Permanences d'accès aux soins de santé, les PASS hospitalières : ce sont des « dispositifs passerelles » généralistes qui offrent un accès aux soins et un accompagnement social transitoire aux patients dans la perspective d'un retour aux soins via un dispositif de droit commun. Elles assurent une prise en charge médicale, infirmière et sociale « de base » (comprenant la délivrance de médicaments), sans facturation pour le patient.
- L'amélioration d'une information claire sur les dispositifs, prenant en compte les capacités de chaque population concernée à se saisir de cette information comprend : le développement de l'interprétariat (soutien de la plateforme de ressources régionale portée par FIA et Terrapsy en Normandie, diffusion d'un support de plaidoyer pour l'interprétariat en santé), de la médiation en santé qui permet de faire l'interface entre les usagers et les professionnels (notamment pour les personnes migrantes ou les gens du voyage), la formation des professionnels à l'interculturalité, et plus largement à la littératie en santé.



Améliorer la littératie en santé des personnes permet :

- Des choix plus éclairés
- Une plus grande auto-efficacité
- Des attitudes et comportements de santé plus positifs
- Une prévention accrue
- De meilleurs résultats de santé
- Une diminution du coût des soins de santé

- Le maillage proportionné du territoire, notamment en ressources pour accompagner les acteurs : prise en compte d'indicateurs combinés (santé et socio-économiques) pour déterminer la répartition des postes de coordonnateurs de promotion de la santé, prise en compte des quartiers prioritaires pour les mesures d'attractivité à l'installation des professionnels de santé...
- Le déploiement des stratégies « d'aller vers » :
 - ✓ Le soutien aux ateliers santé ville qui permettent de tisser un lien privilégié entre les habitants et les politiques de santé
 - ✓ Développement d'actions hors les murs, via des permanences (des PASS notamment) dans les lieux de vie des personnes (par exemple, les associations caritatives, les centres d'hébergement...) ou des équipes mobiles... Les porteurs de lits halte soins santé par exemple ont obtenu des moyens complémentaires pour déployer une activité hors les murs et ainsi gagner en adaptabilité pour mieux répondre aux besoins.

- ▶ Accompagner les personnes pour qu'elles soient actrices de leur santé (santé communautaire/développer l'« empowerment » ou pouvoir d'agir) : l'un des leviers les plus puissants et structurants pour réduire les inégalités car l'implication des personnes est fondamentale pour parvenir à un changement significatif de comportement de santé, mais l'un des plus exigeants pour les acteurs (action collective locale pour installer une dynamique de changement au sein d'un groupe).
- ▶ Et enfin, agir sur les représentations des professionnels (déstigmatisation de certains publics) car ils sont partie prenante au quotidien de l'accès à la santé de tous par leur posture vis-à-vis des patients : en formation continue notamment (exemple des formations sur exil et santé proposées par PSN), mais aussi en formation initiale. À cet égard, le service sanitaire des étudiants en santé a fait évoluer les lignes en favorisant une immersion de terrain des futurs professionnels, une meilleure connaissance des acteurs et des problématiques rencontrées, ainsi qu'une expérience de travail en interprofessionnalité.

Retour sur le rapport de Franck Chauvin « Dessiner la santé publique de demain »

Le président du Haut conseil de la santé publique (HCSP), sollicité par l'ancien ministre de la santé, propose 10 chantiers pour refonder la santé publique en 5 ans, avec 40 propositions d'actions pour renforcer le système de santé, reposant sur les 5 principes d'actions suivant :

- Repositionner la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé au cœur des politiques
- La crise Covid-19 a mis en avant les vulnérabilités de contaminations plus importantes chez certaines populations cumulant des facteurs impactants : environnement, revenus, emploi, niveau d'études, âge, etc. Des territoires dits défavorisés comme les quartiers prioritaires de la politique de la ville (cf. p.15) ou encore les territoires d'outre-mer ont bien souvent enregistré les plus forts taux de contaminations et de décès. Ainsi, il est nécessaire de mettre en place des actions selon le principe d'universalisme proportionné.
- Établir la santé en tant que paramètre d'intervention et d'évaluation des politiques publiques
- Pour agir sur les déterminants de santé, il faut ancrer la santé de manière transversale dans

toutes les politiques publiques et ce au moyen notamment des Évaluations d'impact en santé (EIS), méthode qui permet de mesurer les effets potentiels (positifs ou négatifs) d'une action, d'un projet ou d'une politique sur la santé de groupes d'individus.

- Renforcer la mise en œuvre territoriale de la santé publique
- La crise Covid-19 a démontré l'importance d'agir à différentes échelles territoriales et différents niveaux de décisions. Il est donc nécessaire de donner plus de place aux partenaires des autorités sanitaires tels que les collectivités locales, usagers, élus, associations...
- Promouvoir la démocratie en santé
- Il faut renforcer les conditions pour toutes les parties prenantes de participer au processus de décision en leur donnant un niveau d'informations suffisant et aussi, si besoin, en formation.
- Appliquer le concept d'une seule santé (One health)

L'approche santé globale repose sur le développement de collaborations interdisciplinaires (santé humaine, animale et environnementale), c'est le concept de « One Health ». Les enjeux portent une plus grande prise en compte de ce concept dans l'analyse de problèmes de santé et les réponses à apporter.

Sur la base de ces principes, le rapport

évoque 10 chantiers prioritaires pour refonder le système de santé :

1. Développer une culture de santé publique en France
2. Adapter le système de gouvernance et de financement de la santé publique aux enjeux
3. Faire évoluer les structures de santé publique
4. Doter la France d'un système de santé publique territorial adapté aux enjeux
5. Poursuivre l'investissement dans le numérique en santé pour renforcer les connaissances en santé, la pertinence des interventions et garantir la confidentialité des données
6. Renforcer la qualification des professionnels de santé publique
7. Développer une recherche en santé publique permettant à la France de jouer un rôle de premier plan en Europe et dans le monde
8. Renforcer le système d'expertise en santé publique et l'adapter aux situations de crise
9. Renforcer le système de veille et de sécurité sanitaire et impliquer la population
10. Inscrire la santé mondiale comme un objectif du système de santé publique française

Pour plus d'informations : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

EFFETS ATTENDUS SUR LA PAUVRETÉ DE HUIT POLITIQUES DE SANTÉ INTRODUITES DANS LA STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET DANS LE SÉCUR DE LA SANTÉ

UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, introduite en 2018, constitue un ensemble de mesures visant à réduire la pauvreté et les inégalités économiques et sociales entre les individus. Cinq de ces dispositions sont dans le champ de la santé. Le Ségur de la santé, porté en 2020, prône des mesures d'investissements dans le système de santé avec aussi un objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

Objectifs et méthodes

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les effets sur la pauvreté de cinq politiques de santé de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et trois issues du Ségur (cf. figure ci-contre).

Les auteurs ont mené une revue de la littérature française et internationale portant sur l'évaluation de dispositifs comparables, ainsi qu'un ensemble de travaux de recherche éclairant les hypothèses et ainsi de proposer des schémas de lectures des effets des huit mesures portées par la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et du Ségur de la santé.

Liste des mesures étudiées

Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté	
P1	« Garantir à chacun l'accès à une complémentaire santé ».
P2	« Renouveler automatiquement la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour les allocataires du Revenu de solidarité active (RSA) ».
P3	« Créer 100 centres de santé communautaires dans les Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ».
P4	« Accompagner le « 100 % santé » sur l'optique, les aides auditives et le dentaire »
P5	« Augmenter massivement les solutions d'accompagnement social renforcé : 1 450 places supplémentaires d'ici 2022 pour les Lits d'accueil médicalisé (Lam) et Lits halte soins santé (LHSS) ; 1 200 places supplémentaires pour des Appartements de coordination thérapeutique (ACT), soit une augmentation de 25 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) spécifique ».
Ségur de la Santé	
S1	« Renforcer en temps médicaux et paramédicaux les 400 Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) prenant en charge les patients sans droit dans les hôpitaux ».
S2	« Créer 60 centres de santé « participatifs » avec une offre adaptée aux populations de territoires défavorisés ».
S3	« Créer 500 nouveaux LHSS pour attendre 2 600 places d'ici 2022 offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe ».

Les mesures étudiées par l'étude IRDES

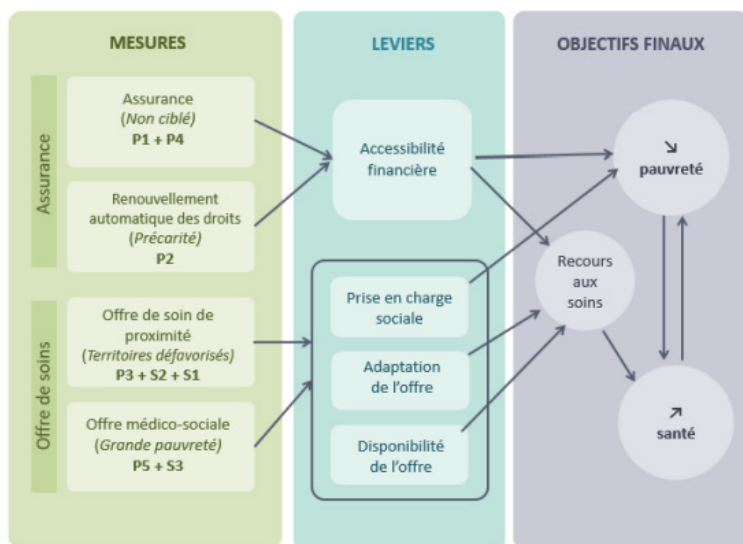


Schéma général des chaînes de causalités des mesures étudiées par l'IRDES

Zoom sur les centres de santé participatifs (ou communautaires)

Cette mesure développée dans les deux programmes vise à accélérer le déploiement de cette offre dans les quartiers défavorisés, en offrant une prise en charge globale (médico-psycho-sociale) notamment à l'aide de services de médiation sanitaire et d'interprétariat. L'impact attendu est d'augmenter l'offre de soins sur le territoire et de faciliter l'accès aux soins des populations défavorisées. Au-delà de l'accès aux soins et aux droits, l'accent y est mis sur la prévention et la promotion de la santé, et le renforcement des liens sociaux.

Une meilleure accessibilité et disponibilité de l'offre devrait contribuer à rapprocher du système de soins une partie de la population initialement isolée et éloignée à la fois géographiquement et culturellement. Par ailleurs, la prise en charge globale offerte par ces centres alliant soins médicaux et prise en charge sociale favoriserait un meilleur accès aux minima sociaux ou une aide à l'insertion professionnelle.

Les États-Unis et le Canada ont développé ces centres de santé communautaires (CSC) depuis plusieurs années.

Les évaluations de ces dispositifs ont montré une réduction de l'isolement social, un renforcement des interactions sociales (potentiellement propices aux opportunités d'emploi et formations) et les CSC sont essentiels pour fournir aux communautés vulnérables un accès aux soins. Aussi, aux Etats-Unis lorsque la densité des CSC augmente, les hospitalisations évitables diminuent, pour les bénéficiaires de Medicaid (programme à destination des individus ayant les plus faibles revenus) comme pour les non-assurés (lien moins fort et plus variable selon le niveau de densité pour les non-assurés). Des études ont montré aussi une plus grande satisfaction de la qualité des soins reçus.

Toutefois, ces structures sont menacées par une insuffisance des financements ou des financements qui ne sont pas durables.

Des mesures axées sur la sortie de la grande pauvreté au détriment de la prévention de la pauvreté

L'accès aux minima sociaux, l'un des objectifs majeurs de ces dispositifs, devrait permettre d'améliorer la situation financière d'une partie des bénéficiaires en faveur de leur accès à la santé.

Les études montrent des effets positifs des mesures portées par les deux programmes pour améliorer la situation de ces publics fragiles dont les besoins sont importants. Néanmoins, les effets bénéfiques peuvent être impactés par les durées de prise en charge : il est nécessaire de fournir des prises en charge à long terme pour être en mesure d'améliorer durablement la situation sanitaire mais aussi socio-économique des individus (proposer aux usagers un projet de réinsertion pérenne).

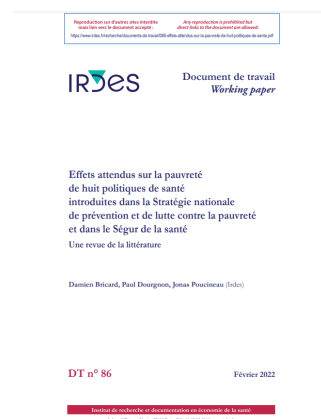
L'étude via la revue de la littérature soulève un problème dans la mise en place des mesures : elles ne portent pas sur l'ensemble des personnes sans domicile, mais uniquement sur celles présentant des problèmes de santé importants. Ainsi, ces mesures sont axées sur la sortie de la grande pauvreté à défaut de la prévention de la pauvreté.

Aller vers des approches d'évaluation d'impact sur la santé pour réduire les inégalités sociales de santé

Dans cette étude, la santé constitue un déterminant et une conséquence du statut économique et social d'un individu. Dans ce sens, les auteurs ont évoqué un objectif qui n'est pas pris en compte dans la stratégie nationale de santé et le Ségur pour contrer les inégalités sociales de santé : mesurer les conséquences sur la santé de politiques situées hors du champ de la santé. Cet objectif peut être atteint via les approches d'évaluation d'impact sur la santé (Health Impact Assessment) menées sur des actions, projets ou politiques. Il s'agit là d'une approche encouragée par l'OMS et déjà développée depuis des années dans d'autres pays. Ainsi, les évaluations d'impact sur la santé permettraient de prendre en compte la double causalité, mise en avant dans cette étude de l'IRDES, reliant santé et statut économique et social dans l'élaboration comme l'évaluation des politiques publiques.

Pour accéder à la publication :

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/086-effets-attendus-sur-la-pauvrete-de-huit-politiques-de-sante.pdf>



RETOUR SUR LE « PANORAMA DE SITUATIONS DE PAUVRETÉ EN NORMANDIE : UN DIAGNOSTIC À PARTAGER »

ZOOM SUR LES TRAVAUX DE L'INSEE

En début d'année, l'Insee a publié un panorama des situations de pauvreté en Normandie, une étude initiée par la préfecture de Normandie et réalisée avec l'appui de l'ARS. Cette étude est basée sur les données 2018 (avant la crise sanitaire et le déploiement de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté).

La pauvreté est un terme général qui recouvre plusieurs formes et peut être définie selon plusieurs critères : des conditions de vie défavorables, un revenu inférieur à un niveau de vie monétaire ou encore la perception d'aides sociales.

D'après la définition de l'Union Européenne, la pauvreté concerne « les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables de l'État membre dans lequel elles vivent ».

Trois types de pauvreté sont à distinguer : la pauvreté monétaire (vivre avec moins de 60 % du niveau de vie médian), la pauvreté institutionnelle (percevoir des minima sociaux) et la pauvreté en conditions de vie (privations et difficultés dans la vie courante).

Dans le Bassin parisien (composé de la Normandie, et des anciennes régions Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne et Picardie), près d'un ménage sur quatre (23 %) est concerné par au moins un type de pauvreté. Parmi eux, les deux tiers (65 %) sont concernés par la pauvreté monétaire.

En 2018, en Normandie, 193 000 ménages vivent sous le seuil de pauvreté monétaire (soit 13,5 % de la population normande). La Normandie se classe ainsi en sixième position parmi les régions de France avec le taux de pauvreté le plus faible.

Néanmoins, des disparités territoriales existent, puisque l'Orne et la Seine-Maritime présentent des taux de pauvreté supérieurs aux taux régionaux et nationaux.

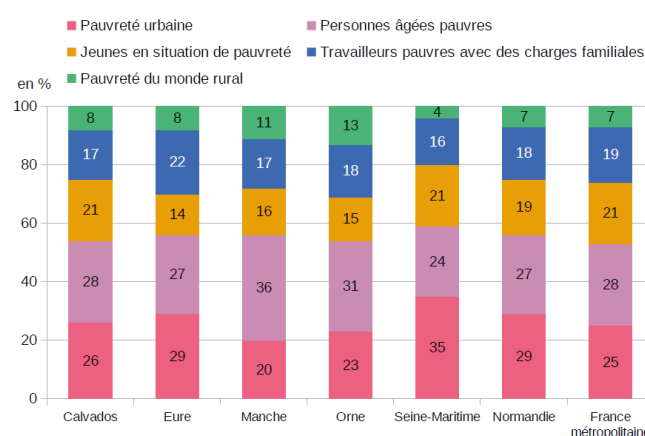
En Normandie, le taux de pauvreté diminue lorsque la classe d'âge du référent augmente. Par ailleurs, le taux de pauvreté est plus élevé dans les communes de forte densité, contrairement aux communes rurales qui sont moins touchées.

Les profils sociodémographiques des ménages pauvres varient également en fonction des départements. En effet, la Seine-Maritime, enregistre une part importante de pauvreté urbaine. À l'inverse, l'Orne et la Manche ont de plus fortes proportions de ménages pauvres plus âgés vivant dans des zones rurales. Le Calvados est plus concerné par une pauvreté touchant les jeunes alors que parmi les ménages pauvres de l'Eure, les plus touchés sont des travailleurs avec des charges familiales.

Plus d'un tiers du revenu des ménages pauvres provient de revenus d'activité. Une part importante encore plus élevée

(37 %) est constituée de prestations sociales (dont 16 % de minima sociaux, 11 % de prestations logement et 10 % de prestations familiales). La présence de ces prestations permet une diminution de l'exposition à la pauvreté.

Répartition des ménages en situation de pauvreté selon les profils, par département (en %)



Source : Insee, Filosofi 2018

Certains facteurs (situation défavorable sur le marché du travail, moindre niveau de diplôme, situation familiale complexe, logements inadaptés, difficultés d'accès aux soins et à certains services...) aggravent la pauvreté dans les territoires normands. Une forte corrélation entre la pauvreté monétaire et les difficultés d'insertion dans l'emploi, notamment pour le chômage de longue durée, est ainsi observée. Dans certains territoires, une accumulation de ces facteurs mène à des situations de grande précarité.

D'après les simulations de l'Insee, en 2020, à l'échelle nationale, le taux de pauvreté est resté stable (14,6 %) malgré la crise sanitaire liée à la Covid-19. Les indicateurs d'inégalités suivent la même tendance.

En conclusion, cette analyse multidimensionnelle de la pauvreté, la seule étude de cette envergure au niveau régional, est une aide à la priorisation des stratégies futures. Bien que le taux de pauvreté monétaire en Normandie soit plus faible que celui observé au niveau national, le phénomène n'en reste pas moins présent. Certains territoires étant plus touchés que d'autres, il reste important de poursuivre les efforts pour lutter contre les situations de pauvreté en région.

Pour accéder à la publication :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6048903?sommaire=6048919>

SANTÉ ET QUARTIERS PRIORITAIRES POLITIQUE DE LA VILLE : DES DÉMARCHES D'OBSERVATION AU SERVICE DES ACTEURS

ZOOM SUR DES TRAVAUX D'OBSERVATION EN RÉGION ET HORS RÉGION

Aborder l'état de santé des habitants en quartiers prioritaires politique de la ville (QPV) se heurte souvent au manque de données disponibles à une échelle si fine. La question de la validité des statistiques à de tels échelons se pose également sans oublier la nécessaire prise en compte du secret statistique.

Comment peut-on décrire l'état de santé des habitants dans les QPV ? Quels sont les principaux constats ?

Un nombre conséquent de travaux d'observation sont menés en région et hors région pour répondre à ces questions. Ces travaux documentent notamment les notions incontournables des inégalités sociales et territoriales de santé et se basent sur l'approche des déterminants de santé pour aborder la santé des habitants des QPV. Une sélection de ces travaux en et hors région vous est présentée dans la suite de cet article.

► EN RÉGION

L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DES QUARTIERS

ORS-CREAI NORMANDIE

Afin d'outiller les acteurs œuvrant auprès des habitants des quartiers prioritaires politique de la ville, l'ORS-CREAI Normandie via sa mission de Centre ressources politique de la ville – Normanvilles met à votre disposition les « Fiches repères » et les « Fiches mise en lumière » de l'Observatoire régional des quartiers (ORDQ). Ces documents, réalisés avec le soutien et le concours des services de l'État, de la Région et de l'Agence Régionale de Santé de Normandie, sont régulièrement complétés et actualisés.

Initialement réalisé à l'échelle des villes structurant l'armature urbaine bas-normande (ORDQ – Observatoire régional des quartiers, 1^{ère} génération), l'ORDQ 2^{ème} génération a été étendu à l'échelle de la Normandie et de ses 62 quartiers prioritaires.

L'objectif de ce travail est de produire une synthèse des données d'observation disponibles à l'échelle de ces quartiers afin d'outiller les acteurs de la politique de la ville sur leur territoire (notamment ceux n'ayant pas ou peu de moyens d'observation).

Les données statistiques sont ainsi présentées pour chacun des quartiers et compilées dans des « Fiches repères » par Établissement public de coopération intercommunale (EPCI). La présentation des principales données statistiques est organisée selon les trois piliers de la politique de la ville : **Cohésion sociale, Développement économique et emploi et Cadre de vie**. Ces éléments chiffrés (mis à jour en juin 2022) sont complétés d'éléments contextuels, de ressources et de dispositifs existants sur les territoires.

Les « Fiches mise en lumière » viennent compléter ces fiches repères en mettant un coup de projecteur sur des actions développées dans les quartiers prioritaires politique de la ville de Normandie : partenaires mobilisés, ressources nécessaires, résultats obtenus et perspectives, contact des porteurs de projets. Un total de 42 fiches sont mises à disposition des acteurs du territoire sur le site Internet de l'association.



Zoom sur les Ateliers santé Ville (ASV)

Mis en place en 2000, l'ASV se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé. Principal outil à disposition des élus, professionnels de santé et techniciens pour faire valoir les politiques sanitaires en direction des populations résidant dans les quartiers prioritaires politique de la ville. Cet outil est développé selon une logique de réseau mettant en lien différents acteurs du secteur sanitaire et social. Les thèmes de travail sont établis selon un diagnostic renouvelé régulièrement (à peu près tous les 2 ans) dont les objectifs s'orientent vers une amélioration de l'état de santé et de ses déterminants, ou d'accès aux soins, aux droits en général, ou de prévention.

LES RENDEZ-VOUS DE LA SANTÉ EN QPV

ORS-CREAI NORMANDIE ET PROMOTION SANTÉ NORMANDIE

Un panel d'études nationales et régionales montre une grande fragilité dans les quartiers prioritaires politique de la ville (QPV). Sur ces territoires, il y a une concentration des populations accumulant des indicateurs socio-économiques et sanitaires plus dégradés.

La thématique de la santé demeure une préoccupation importante de la politique de la ville. Cependant, on constate qu'il y a peu de projets en santé dans les contrats de ville, si ce n'est par l'entremise des ateliers santé ville (ASV).

En collaboration avec l'ARS, les Directions départementales de l'emploi, du Travail et des Solidarités (DDETS) en partenariat avec la Région et Promotion santé Normandie, des **rencontres départementales** sont organisées pour :

- Sensibiliser les différents acteurs aux problématiques de santé dans le cadre de la politique de la ville,
- Faire connaître les acteurs intervenant dans le domaine de la santé dans les quartiers prioritaires politique de la ville,
- Développer une culture commune autour des questions de santé.

Pensés sous le prisme des déterminants de la santé, les Rendez-vous de la santé en QPV cherchent à valoriser les initiatives locales et les acteurs qui agissent sur la santé et à développer un cadre de réflexion sur les façons d'agir en santé pour tous les acteurs.

Ces temps d'échanges sont à destination des acteurs des territoires de la ville qui s'investissent directement ou non dans le développement d'actions qui ont un impact positif sur la santé des habitants en QPV. **Les programmes de ces rendez-vous sont élaborés avec un groupe d'organiseurs composé d'acteurs des territoires afin d'adapter au mieux ces temps d'échanges aux réalités locales.**

En 2019, un premier Rendez-vous de la santé a été organisé dans le département de la Manche. Au cours de cette journée qui a réuni une quarantaine d'acteurs du territoire, les principaux indicateurs du territoire, la notion de déterminants de la santé et les enjeux de la politique régionale en matière de santé ont été présentés. Un temps d'échanges sur les besoins de santé des habitants en QPV, et les déterminants et actions de santé en QPV a été mené. Un partage d'expériences a clôturé la journée.

En 2020, en raison du contexte sanitaire, le second Rendez-vous de la santé de la Manche a été reporté en 2021 sur le sujet de la **santé communautaire**. Les démarches pour dupliquer ces rendez-vous sur les territoires de l'Eure et de l'Orne ont également été engagés et des séances de travail ont eu lieu. Ces rendez-vous qui devaient se tenir en 2021 seront également reprogrammés en 2023.

Pour la Seine-Maritime, après le report de trois rencontres prévues en présentiel (sur chacun des territoires de démocratie sanitaire) à l'automne 2021, c'est un cycle de 5 webinaires qui s'est mis en place de mars à juin. Les thématiques abordées sur ce département sont la **santé globale** et le rôle de chacun pour agir en faveur de la santé ; **la santé des adolescents et la nutrition** (alimentation et activité physique) :

Pour accéder à l'espace dédié au Rendez-vous de la santé :

<http://orscreainormandie.org/les-rendez-vous-de-la-sante-en-quartiers-prioritaires-politique-de-la-ville/>



► HORS RÉGION

LA RÉPONSE DU RÉSEAU NATIONAL DES CENTRES DE RESSOURCES POLITIQUE DE LA VILLE (RNCRPV) FACE À LA CRISE SANITAIRE

Dans le cadre d'un groupe de travail santé au sein du Réseau national des Centres de ressources politique de la ville (Rncrpv), plusieurs propositions ont été rapportées à l'Agence nationale de cohésion des territoires (ANCT) afin de lutter contre les effets de la crise sanitaire qui a fortement impacté les populations résidant en quartiers prioritaires politique de la ville (QPV).

Nous proposons ici une synthèse des propositions faites en 2020 à l'issue du premier confinement, qui n'en restent pas moins d'actualité, et aussi parce qu'elles apportent un éclairage sur les situations de santé observées sur ces territoires par les Centres de ressources politique de la ville¹. Ces derniers accompagnent les acteurs du développement social et urbain, à commencer par les professionnels de la politique de la ville. Ils mettent à leur disposition des ressources (information, documentation, expérience...) et favorisent leurs échanges. Dans leurs missions, ils tiennent compte d'une part de l'évolution des politiques publiques et des transformations qu'elles induisent, et d'autre part des réalités territoriales, c'est-à-dire des besoins identifiés sur le terrain et des systèmes d'acteurs locaux. À ce titre, ils constituent des observateurs privilégiés des dynamiques territoriales urbaines.

Favoriser l'accès aux soins et aux droits en santé pour les habitants et habitantes des quartiers prioritaires politique de la ville

Plusieurs constats transversaux à l'ensemble des QPV sont établis en matière d'état de santé et d'accès aux soins :

- Une espérance de vie plus faible et des indicateurs de santé plus défavorables compte tenu des conditions de vie (travail, logement...),
- Des problématiques liées au vieillissement de la population,
- Des densités médicales plus faibles (différences entre l'offre de premier recours et l'offre de spécialistes, nombre important de bénéficiaires sans médecin traitant, délais longs d'attente pour un rendez-vous), vieillissement des professionnels de santé, inquiétude de non-remplacement (avec des indicateurs particulièrement alarmants en Seine Saint Denis avec 66,5 généralistes pour 75 000 habitants (en 2020), et des centres de santé en difficulté financière permanente)
- Des effets de renoncement aux soins et de non-recours aux droits liés à ce manque d'offre de soins mais aussi aux difficultés d'accès liées à la langue notamment.

Pour aller plus loin :

ORS-CREAI Normandie, Etat des lieux en QPV – Avril 2021 <http://orscreainormandie.org/etat-des-lieux-sante-en-qpv/>

Plusieurs objectifs sont attendus dans cette première proposition :

Maintenir et développer l'offre de soins pour les habitants des QPV

- Soutenir financièrement (investissement et fonctionnement) les structures de proximité centrées sur le soin : centre municipal de santé, maison de santé, centre de santé, PMI, permanences d'accès aux soins de santé ambulatoires ... afin qu'elles développent leur offre de soins et leurs actions de prévention et de promotion de la santé ;
- Soutenir l'installation de médecins généralistes dans les QPV (localisation en fonction des besoins des territoires, locaux attractifs et sécurisés, aide à l'installation sous condition d'un projet de santé) ;
- Maintenir les dispositifs de télé-médecine développés pendant le confinement mais en complément des actions de proximité ;
- Développer l'accueil d'étudiants et d'internes sur le territoire.

Certains de ces éléments sont déjà présents dans le programme tel que la Stratégie nationale de santé ou encore les mesures de la stratégie "Ma santé 2022", mais ils doivent cibler davantage les QPV (financièrement et avec des démarches projets prévention et promotion de santé développées grâce aux diagnostics partagés).

¹Normanvilles, le centre ressources politique de la ville de Normandie a piloté ce groupe de travail.

Lutter contre le non-recours aux droits en matière de santé

- Soutenir les structures sociales de proximité : CCAS, associations, centres sociaux, maisons de quartier, maison France Services... ;
- Créer des équipes mobiles "sociales" et pluridisciplinaires ;
- Développer et/ou renforcer les démarches pro-actives, permettant d'aller au-devant des habitants ;
- Développer et adapter l'information en santé (littératie) et favoriser la médiation.

Ces objectifs se retrouvent au travers de la notion de santé communautaire. La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et plus récemment le Ségur de la santé évoquent la création de centres de santé communautaires (ou participatifs) qui contribuent globalement à prendre en compte la santé dans sa vision large et qui sont plus adaptés aux dynamiques territoriales que l'on observe dans les QPV (cf. p.14).

Renforcer la coordination des dispositifs et outils existants

- Pérenniser les postes de coordonnateurs ASV/CLS/CLSM quand ils existent et/ou favoriser une fonction de coordination au bénéfice du territoire ;
- Soutenir les acteurs par des conventions pluriannuelles et/ou garantir des subventions permettant la pérennisation des postes et des actions.

Agir pour renforcer la santé mentale et le bien-être psychique des habitants et habitantes des QPV

Les acteurs de santé ont fait état des multiples conséquences du confinement sur la santé mentale et le bien-être psychique, conséquences démontrées par plusieurs études depuis (lettre n°3 NÉO, juin 2020, <http://www.normandieobservation.org/15-dernieres-publications/668-lettre3-info-de-normandie-etudes-observation>) :

- Augmentation du mal-être, du sentiment de solitude et d'isolement social accentué par la fermeture totale des services de proximité et des commerces sur certains territoires ;
- Anxiété globale due à la privation de liberté, l'« enfermement », le couvre-feu, et la stigmatisation de certains territoires ;
- Pour un certain nombre de personnes, les acteurs locaux observent la perte de « routine », une hygiène de vie « délaissée », un rythme cassé, des troubles du sommeil et de la fatigue ;
- Anxiété face à l'avenir par rapport au travail, à la scolarité des enfants, et maintenant par rapport au déconfinement et aux conditions d'accueil dans les écoles ;
- La rupture de parcours de soins et la question de l'accès aux soins pour des personnes engagées dans des thérapies ou soutien psychologique, même s'il y a des efforts d'un maintien minimum par téléphone et du développement de plateformes téléphoniques d'urgence ;
- Stress lié à la gestion du confinement : travail avec école à la maison, précarité, perte de l'emploi...
- Manque de soutien affectif et absence de pratiques culturelles (visite de l'ainé) ;
- Violences intra-familiales qui ont augmenté (augmentation du nombre d'appels) ;
- Un constat d'augmentation des addictions (alcool, cannabis, écrans) avec une augmentation des consommations, rupture de soins.

Ces constats sont renforcés et peuvent s'avérer d'autant plus problématiques dans les territoires en QPV compte tenu de la situation sanitaire et sociale d'une partie des habitants, des conditions de logement et de l'accès aux soins antérieurement problématiques. Il s'agit donc à travers cette proposition de :

- Développer l'information et la prévention en santé mentale et bien-être psychique à destination des habitants des QPV ;
- Permettre aux habitants de "faire appel" à des dispositifs d'écoute et/ou de soins, y compris de manière "anonyme" : maintenir les plateformes téléphoniques développées dans le cadre du confinement ; créer des espaces neutres qui sont facteurs de liens, et des structures de coordination pour la prise en charge globale (social, insertion, psychologie, addictions...) et soutenir les groupes d'entraide mutuelle ;
- Utiliser et développer les dispositifs existants "aller-vers" et de proximité (exemple des CLSM) pour détecter les problématiques de santé mentale et pour contribuer à améliorer le bien-être psychique des habitants (actions qui contribuent au lien social, à l'activité physique, culturelle...);
- Maintenir et soutenir financièrement des équipes mobiles pluridisciplinaires (ex : précarité et équipes mobiles sociales).

Faire du logement un facteur favorable à la santé

Le logement est un des déterminants majeurs de la santé et le confinement général de la population a accentué ses effets sur la santé avec les constats suivants :

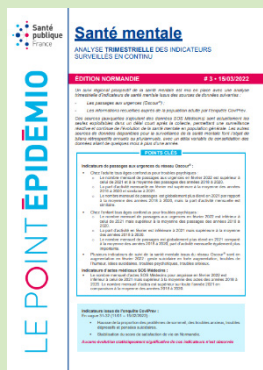
- Des situations de surpopulation avec une superficie insuffisante des logements,
- Des situations d'insalubrité qui fragilisent les habitants et accroissent les problèmes de santé : humidité, exposition au plomb causant le saturnisme, problèmes respiratoires..., avec des indicateurs particulièrement alarmants en Seine-Saint-Denis, avec 7,5 % du parc privé potentiellement indigne, contre 4 % en Île-de-France en moyenne.

Pour faire du logement un facteur favorable à la santé, les Centres ressources politique de la ville (CRPV) ont proposé de :

- Lutter contre l'habitat insalubre dans certains QPV du territoire ;
- Améliorer l'accès aux droits et aux aides permettant d'améliorer la qualité des logements ;
- Inclure les enjeux de santé dans les projets de réhabilitation et de construction.

Pour plus d'informations : <http://www.reseau-crpv.fr/>

En Normandie



SANTÉ MENTALE : ANALYSE TRIMESTRIELLE DES INDICATEURS SURVEILLÉS EN CONTINU

Santé publique France, 2022

Tous les trois mois, Santé publique France propose un point épidémiologique de différents indicateurs concernant la santé mentale: les passages aux urgences pour troubles psychotiques des adultes et des enfants via le réseau Oscour, les actes médicaux de SOS Médecins et les données de l'enquête CoviPrev.

Le document fait état des variations de ces indicateurs par rapport aux années précédentes. L'évolution des gestes et pensées suicidaires, des problèmes de sommeil, des troubles anxieux, de l'humeur, psychotiques ou dépressifs est également étudiée.

Pour accéder à la publication : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/bulletin-regional/2022/sante-mentale-en-region-normandie.-point-epidemiologique-bimestriel-du-15-mars-2022>



LES ENFANTS ET ADOLESCENTS RELEVANT DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE (ASE) ACCUEILLIS DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX EN NORMANDIE

ORS-CREAI Normandie, 2022

L'enquête ES-Handicap conduite tous les 4 ans par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), s'adresse à l'ensemble des structures pour enfants et adolescents et pour adultes en situation de handicap. Elle permet de dresser un bilan de leur activité, de décrire les publics accompagnés ainsi que les ressources humaines mobilisées.

À partir de l'analyse des bases données régionales issues de la dernière vague d'enquête (ES-2018) mises à disposition par l'Agence Régionale de Santé, l'ORS-CREAI Normandie propose une publication sur les jeunes relevant de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et accompagnés par ces structures.

Pour accéder aux travaux : <http://orscreainormandie.org/les-enfants-et-adolescents-relevant-de-laide-sociale-a-lenfance-ase-accueillis-dans-les-etablissements-et-services-medico-sociaux-en-normandie/>

En France



LA SANTÉ EN ACTION : L'URBANISME AU SERVICE DE LA SANTÉ SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, 2022

Santé publique France, 2022

Ce dossier thématique témoigne des avancées et des marges de progrès qui demeurent pour intégrer les enjeux de santé publique aux plans et aux projets d'aménagement et d'urbanisme. En effet, l'urbanisme joue un rôle crucial dans la qualité de vie, le bien-être et donc la santé globale de tout individu.

Ce rapport présente une synthèse des connaissances et des focus sur des pratiques d'urbanisme favorables à la santé en France et à l'étranger. Une vingtaine de chercheurs et professionnels de terrain y ont contribué, aux côtés de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui établit un constat d'urgence - l'urbanisme dégradé tue - et formule des propositions.

Pour accéder à la publication : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2022-n-459-l-urbanisme-au-service-de-la-sante>



PANORAMA DES CANCERS EN FRANCE - ÉDITION 2022

Institut national du cancer, 2022

L'institut national du cancer publie son panorama des cancers en France. Cette brochure synthétise les données essentielles les plus récentes sur les principaux cancers en France (incidence, mortalité, survie, etc.), ainsi que les actions de prévention et de soin que l'on peut mener avant, pendant et après la maladie. Des décryptages d'experts dans le domaine complètent les chiffres présentés.

Pour accéder à la publication : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-Edition-2022>

ENABEE :

ÉTUDE NATIONALE SUR LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS

Santé publique
France

La crise liée à la pandémie de COVID-19¹ a fait émerger un besoin criant et une demande forte tant des professionnels de santé et de l'éducation, que des parents et des jeunes, en matière de prévention, d'accompagnement et de prise en charge de l'altération du bien-être chez les enfants et les jeunes. Par ailleurs, la surveillance réalisée par Santé publique France auprès des services d'urgences² hospitalières pendant la crise sanitaire a confirmé un plus grand nombre d'admissions des enfants et adolescents pour des troubles psychologiques.

C'est dans ce contexte que le Président de la République a annoncé au printemps 2021 le lancement d'une étude nationale sur le bien-être des enfants. L'étude est d'abord mise en place chez les enfants de moins de 11 ans, pour lesquels les données sur le sujet sont manquantes ou très parcellaires. Elle viendra ainsi compléter les dispositifs de surveillance épidémiologiques existants chez les adolescents et jeunes adultes (EnCLASS, i-Share...).

Objectifs

Cette étude sur le bien-être des enfants a vocation à être répétée à intervalles réguliers. Elle permettra de mesurer, décrire les différentes dimensions du bien-être et des difficultés rencontrées, et d'identifier les circonstances, déterminants, et impacts sur la qualité de vie des enfants. L'étude permettra de produire régulièrement des indicateurs de santé chez les enfants de 3 à 11 ans afin :

- d'estimer le niveau de bien-être des enfants ;
- d'estimer la prévalence des différentes difficultés rencontrées (troubles de l'humeur, anxiétés, phobies, émotions, troubles des apprentissages) ;
- de décrire les facteurs de risque et facteurs protecteurs associés, y compris les déterminants sociaux ;
- d'évaluer le retentissement de ces difficultés sur d'autres domaines en lien avec la santé.

Cette étude permettra d'accompagner les pouvoirs publics dans la mise en œuvre de stratégies de prévention et de prise en charge des enfants.

Population étudiée

L'étude inclut les enfants scolarisés dans l'enseignement du premier degré (de la petite section de maternelle au CM2), au sein d'établissements publics et privés sous contrat avec l'État, en France métropolitaine pour cette première édition. Les problèmes de santé mentale plus spécifiques, comme certains troubles du développement intellectuel ou les troubles du spectre de l'autisme sont exclus du champ d'investigation de l'étude. Ils sont étudiés par d'autres systèmes d'informations qui permettent déjà de préciser les besoins de soins et de mieux comprendre les mécanismes en cause dans la survenue de ces troubles.

Déroulement de l'étude

Des écoles, puis des classes sont tirées au sort à partir de la base de sondage DIAPRE (Données Individuelles Anonymes du Premier Degré de l'Éducation Nationale). Si la classe est tirée au sort alors l'ensemble des élèves sont invités à participer.

Pour une évaluation au plus juste du bien-être des enfants et des facteurs pouvant l'affecter, l'étude se base sur les réponses du trépied « Enfant », « Parents » et « Enseignant ».

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19>

² <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=bulletin%20de%20surveillance%20syndromique%20sant%C3%A9%20mentale&publications=donn%C3%A9es&sort=date>

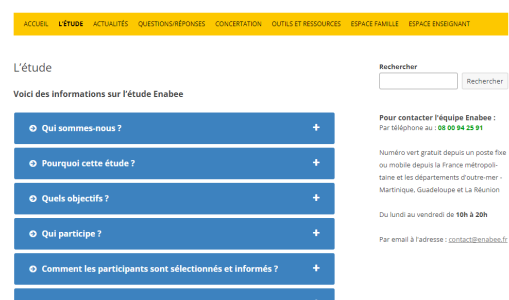
Les enfants des classes du CP au CM2 participent à une session en classe, encadrée par des enquêteurs habilités et formés. Leur questionnaire interactif porte sur leur bien-être, leurs réactions face à certaines situations, leurs éventuelles angoisses, leurs relations avec les autres enfants... L'enseignant remplit également un court questionnaire portant sur sa perception des forces et difficultés de chacun des enfants participant à l'étude ainsi que sur certains de leurs apprentissages. Enfin, un parent vivant au quotidien avec l'enfant est invité à remplir par Internet ou téléphone, un questionnaire portant sur sa santé et celle de son enfant, son mode de vie (activités extrascolaires...), son environnement familial (frères/sœurs...), sa perception de la pandémie de COVID, etc. Pour les enfants en maternelle, seuls les parents et les enseignants sont interrogés.

Calendrier de lancement de l'enquête

L'étude est mise en œuvre depuis mai 2022. Un pilote de l'étude s'est tenu au mois de janvier dans une vingtaine d'établissements de 4 départements des académies de Tours-Orléans et de Créteil. De nouvelles éditions à 2 ou 3 ans d'intervalle permettront de suivre l'évolution en post-crise sanitaire liée à la COVID-19 sur l'ensemble des classes d'âge considérées.

Pour en savoir plus, consultez le site dédié à l'enquête :

<https://enabee.fr/>



GLOBAL BURDEN OF DISEASE

La charge mondiale de morbidité (global burden of disease, en anglais) est un outil permettant de quantifier l'ampleur de la dégradation de la santé due à des pathologies ou des facteurs de risque. Cet outil permet de mieux connaître la santé de la population et ainsi d'identifier les axes d'action afin d'améliorer les systèmes de santé et diminuer les inégalités.

Afin d'adapter les systèmes de soins aux populations cibles, les politiques publiques doivent pouvoir apprécier les défis auxquels elles font face, ainsi que l'évolution des besoins dans le temps. Évaluer la seule prévalence d'une pathologie à un temps donné n'est pas suffisant. La charge mondiale de morbidité intègre à la fois la prévalence d'une maladie ou d'un facteur de risque donné, mais également le préjudice relatif causé. Cela permet donc de comparer les effets de différentes pathologies sur les populations.

Les données concernant les décès prématurés et handicaps dus à plus de 350 maladies et 87 facteurs de risque à travers plus de 200 pays et territoires sont recueillies et analysées par un consortium de plus de 7 000 chercheurs dans 156 pays. Ces données sont déclinées par âge et par sexe, de 1990 à aujourd'hui. Entre autres, des estimations régulières de la mortalité toutes causes confondues, des décès par cause, des années de vie perdues (YLL – years of life lost), des années vécues avec une incapacité (YLD – years lost due to disability) et des années de vie corrigées du facteur d'invalidité (DALY – Disability-Adjusted Life Year), sont produites. Les résultats obtenus permettent donc de faire des comparaisons entre groupes spécifiques et d'étudier les évolutions temporelles.

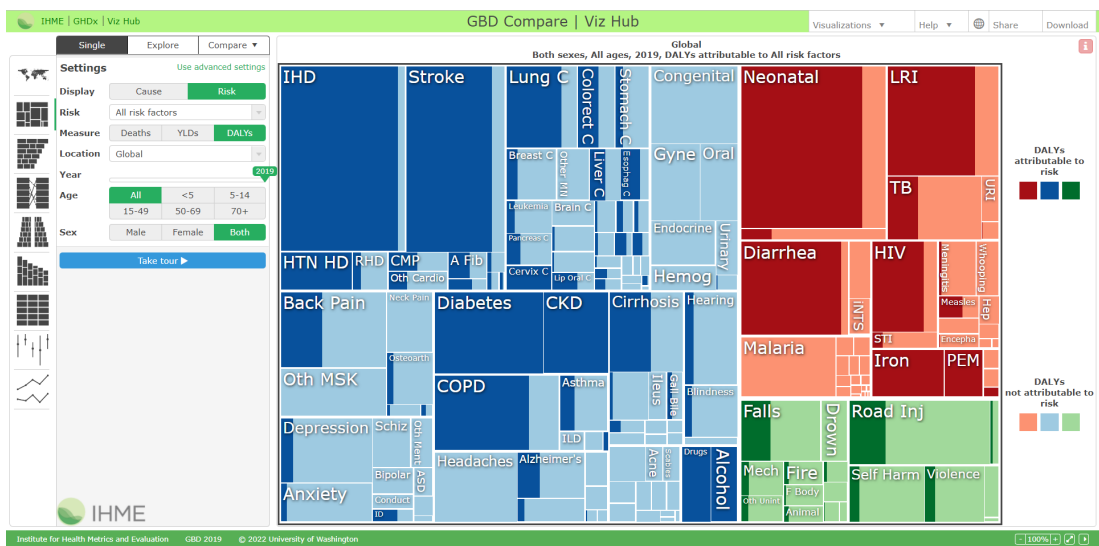
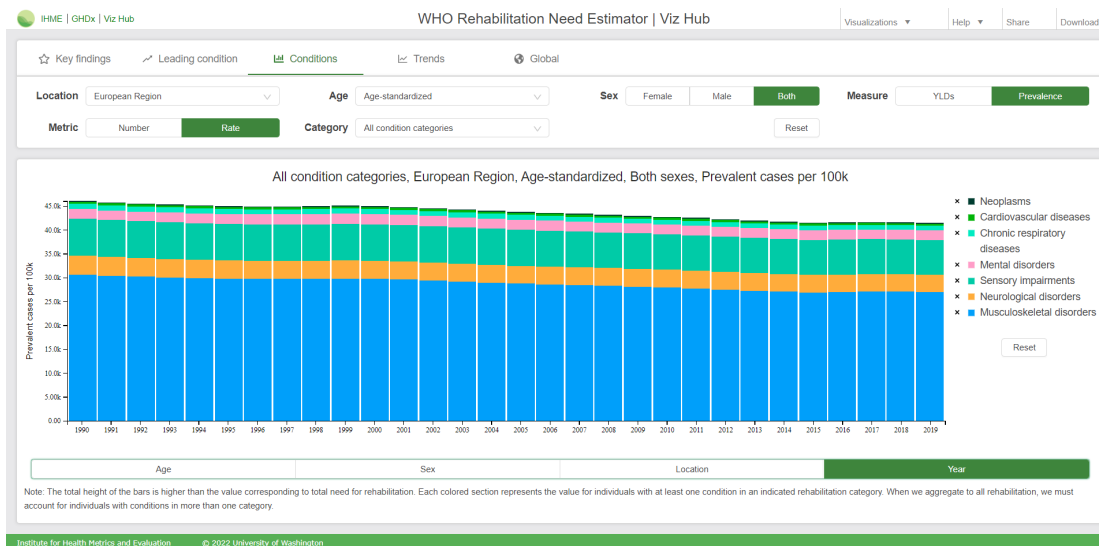
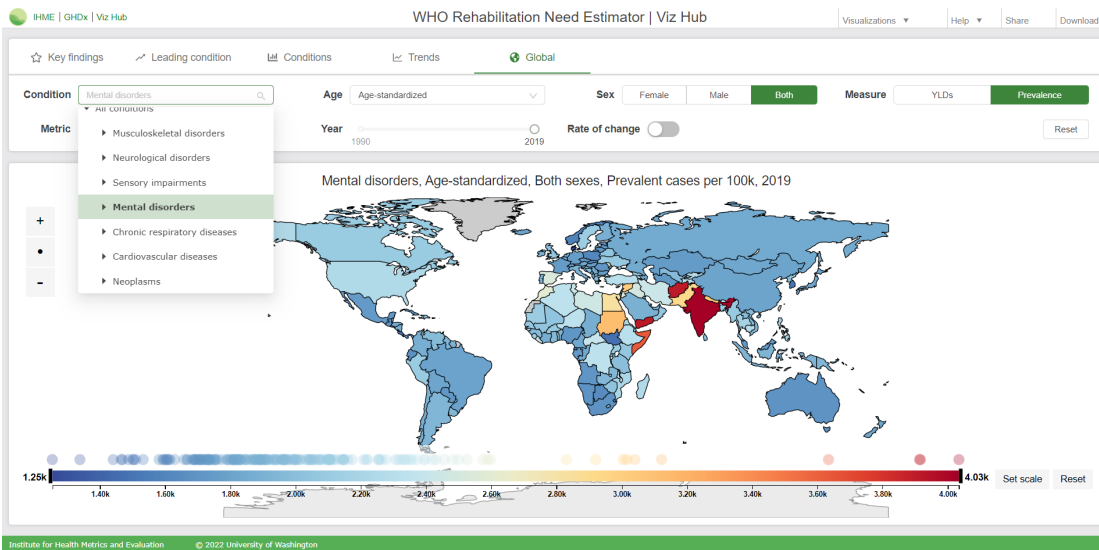
De très nombreux résultats sont restitués au travers d'outils de visualisation de données, pouvant être utilisés aussi bien au niveau mondial que national voire local. Les données peuvent être représentées sous forme de cartes, de graphiques ou encore d'infographies. La plupart des indicateurs sont déclinés par zone géographique, par groupe d'âge, par sexe et par pathologie concernée.

Tous les outils de visualisation sont accessibles à l'adresse :
<https://www.healthdata.org/results/data-visualizations>

Pour en savoir plus, consulter le site dédié à l'enquête :

<https://www.healthdata.org/gbd/2019>

Contact : engage@healthdata.org ou +1-206-897-2800







Plateforme NÉO, un réseau et des outils au service des politiques publiques régionales



Réseau d'échanges



Animation de groupes de travail thématique



Site Internet



Panorama des publications régionales



Espace open data et une Base Territoriale des Indicateurs (BTI)

www.normandieobservation.org

AGENDA

31 août-2 sept. 2022
Nice

11^{ème} conférence du Réseau européen pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé

Organisation : HEPA
Programme et inscription : [cliquez ici](#)

2 septembre 2022
Rouen

L'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap - Quels axes stratégiques ?

Organisation : FHF Normandie
Programme et inscription : [cliquez ici](#)

8 septembre 2022
Saint-Denis

La promotion de la santé : au croisement de l'engagement, de l'innovation et de l'expertise - Assises nationales de la Fnes

Organisation : Fnes
Programme et inscription : [cliquez ici](#)

29 septembre 2022
Paris

Quelle société pour demain ? Vers une société équitable et solidaire pour les personnes les plus vulnérables

Organisation : Ancreai
Information : [cliquez ici](#)

14 octobre 2022
Bruxelles

L'humain au cœur de nos services : vers un modèle de soins de proximité intégrés - Conférence de clôture du projet Interreg 2 Mers TICC

Organisation : Eurasanté
Programme et inscription : [cliquez ici](#)

15 novembre 2022
Paris

1^{ère} journée thématique des ORS : Santé et travail

Organisation : Fnors
Information : [cliquez ici](#)

21-22 novembre 2022
Paris

Colloque sur les inégalités socio-territoriales de prise en charge des patients atteints de cancer en France

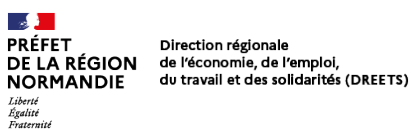
Organisation : MSH, CENS (UMR 6025, Université de Nantes) et SOPHIAPOL (EA3932, Université Paris-Nanterre)
Information : [cliquez ici](#)



“

L'observation, un enjeu essentiel pour mieux anticiper l'évolution des besoins sociaux, médico-sociaux et de santé et ainsi aider à la mise en œuvre et à l'adaptation des politiques publiques.

”



NÉO
Plateforme d'Observation Sanitaire et Sociale de Normandie présidée par la DREETS, l'ARS et la Région

NÉO - CONTACT / INFOS
Atrium - 115 boulevard de l'Europe - 76100 Rouen - Tél : 07 71 13 79 32
Pôle Santé Social - 3 place de l'Europe - 14200 Hérouville-Saint-Clair - Tél : 02 31 75 15 20
Courriel : contact@normandieobservation.org - Site Internet : www.normandieobservation.org

Crédit photo : AdobeStock et Shutterstock