



SOMMAIRE

p. 02-03

Introduction : Mi-octobre, installation de la CRSA Normandie renouvelée

Zoom sur les travaux des partenaires de la plateforme

*Observatoire territorial du logement étudiant de la Communauté urbaine Le Havre
Seine Métropole*

Enquête sur l'habitat des jeunes en Normandie

Normandie Stat

L'aide alimentaire en Normandie

p. 04-06

Dossier thématique : Accès à la santé

Accès à la santé : de quoi parle-t-on ?

L'accessibilité en santé

Le renoncement et le non recours aux soins

Quantifier l'accès à la santé ? Zoom sur l'accessibilité aux professionnels de santé de 1^{er} recours

Zoom sur les politiques régionales en faveur de l'exercice regroupé des professionnels de santé et les conclusions du HCAAM

Accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie - Zoom sur les travaux du CESER

Urbanisme favorable à la santé : concept et outils pour un meilleur accès à la santé

◀ p. 07-13

p. 14-15

Lus pour vous

En Normandie

En France

p. 16

Dispositifs nationaux

L'enquête ES-PE

p. 18

Dispositifs européens

*Renforcement du Centre européen de prévention
et de contrôle des maladies*

p. 20

Agenda

INTRODUCTION

Mi-octobre, installation de la CRSA Normandie renouvelée



La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de Normandie s'est réunie le 14 octobre dernier, au sein des locaux de l'Institut Mémoires de l'Édition Contemporaine (IMEC) à Saint-Contest (14), à l'occasion du renouvellement sa composition.

La CRSA, assemblée consultative, concourt par ses avis et ses travaux, à la politique régionale de santé mise en œuvre par l'Agence régionale de santé (ARS) et ses partenaires. Sa composition et ses missions ont été récemment élargies dans le cadre de la mesure 32 du Ségur de la santé, qui vise à renforcer l'exercice de la démocratie en santé et à faire des CRSA de véritables « Parlement de la santé » en région.

Lors de cette assemblée plénière constitutive, Thomas DEROCHE, Directeur général de l'ARS Normandie et Marie-Claire QUESNEL, Présidente sortante ont rappelé de concert l'importance du rôle de cette instance de démocratie en santé qui a 3 missions principales :

- ▶ Recueillir et porter la parole : en collectant les attentes, le ressenti, les besoins énoncés par les usagers, la CRSA propose une approche humaine de la santé publique fondée sur le respect, la confiance, l'action de terrain et l'égalité.
- ▶ Informer et favoriser l'accès aux droits : la CRSA mène des actions pour soutenir l'inclusion et la participation citoyenne, en mettant au premier plan l'amélioration de l'accès aux droits.
- ▶ Contribuer à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques : consultée sur l'ensemble du projet régional de santé et porteuse d'avis concrets, la CRSA apporte des orientations pour aider les acteurs à construire collectivement une politique de santé répondant aux besoins spécifiques des territoires.

Cette assemblée a permis le renouvellement complet de la composition de la CRSA, à l'issue du mandat 2016-2021.



Consulter le rapport de la mandature 2016-2021 : <https://www.democratie-sante-normandie.fr/index.html>

Les 104 membres titulaires désignés pour un mandat de 5 ans et issus de 8 collèges (détail à droite) ont élu en leur sein comme Présidente, Pascale DESPRES, directrice générale de l'association ORS-CREAI Normandie, ainsi que les Présidents et Vice-Présidents des quatre commissions spécialisées.

Collège 1	Représentants des collectivités territoriales (14 membres)
Collège 2	Représentants des usagers des services de santé et médico-sociaux (16 membres)
Collège 3	Conseils territoriaux de santé (7 membres)
Collège 4	Partenaires sociaux (10 membres)
Collège 5	Acteurs de la cohésion et de la protection sociales (7 membres)
Collège 6	Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé (10 membres)
Collège 7	Offreurs des services de santé (38 membres)
Collège 8	Personnalités qualifiées (2 membres)

Les travaux de la CRSA Normandie renouvelée s'inscriront donc dans la mise en œuvre de la mesure 32 du Ségur de la santé qui vise à renforcer les missions et l'indépendance des CRSA :

- ▶ En les dotant de moyens de travail et d'organisation en propre ;
- ▶ Par la révision du décret relatif aux missions, à l'organisation et à la gestion des CRSA afin d'étendre leur capacité de consultation et de mieux les articuler avec les autres instances de la démocratie sanitaire dans les territoires ;
- ▶ En inscrivant dans les textes relatifs à la CRSA le principe de leur consultation aux décisions prises pendant les périodes de crises sanitaires.



En parallèle et dans la perspective de la célébration de l'anniversaire des vingt ans des lois de 2002 (loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite « loi Kouchner » et loi du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale), le Ministre des Solidarités et de la Santé a saisi le Pr. Emmanuel Rusch, président de la Conférence nationale de santé (CNS) pour réaliser un bilan des 20 années de démocratie en santé qui viennent de s'écouler et faire des propositions d'évolution pour faire de la démocratie en santé un véritable outil au service de la santé publique.

Dans ce cadre, une large consultation est à l'œuvre dans l'ensemble des régions et territoires ultra-marins afin de recueillir les préoccupations des différentes parties-prenantes s'agissant :

- ▶ Des instances de démocratie en santé, leur rôle, leur fonctionnement, leur articulation avec les autres institutions consultatives et avec les autorités publiques ;
- ▶ Des comités de représentants des acteurs et/ou usagers du système de santé présents notamment au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ;
- ▶ De la participation directe des « citoyens » dans le champ de la santé.

En savoir plus sur la Conférence nationale de santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/cns-instance-consultative/>



OBSERVATOIRE TERRITORIAL DU LOGEMENT ÉTUDIANT DE LA COMMUNAUTÉ URBAINE LE HAVRE SEINE MÉTROPOLE

Agence d'Urbanisme Le Havre Estuaire de la Seine (AURH)

MISE EN ŒUVRE D'UN OBSERVATOIRE TERRITORIAL DU LOGEMENT ÉTUDIANT DANS LA COMMUNAUTÉ URBAINE LE HAVRE SEINE MÉTROPOLE

La communauté urbaine Le Havre Seine Métropole, accompagnée de l'Agence d'Urbanisme Le Havre Estuaire de la Seine (AURH), s'est lancée dans la mise en œuvre d'un observatoire territorial du logement étudiant. L'observatoire territorial du logement étudiant est un outil d'aide à la décision. Il accompagne les collectivités et acteurs du logement étudiant et de l'enseignement supérieur dans l'appréhension des enjeux du logement des étudiants.

Les objectifs de l'observatoire sont les suivants :

- Partager la connaissance de l'offre en logements étudiants sur le territoire, quantitativement et qualitativement, à travers un diagnostic local précis ;
- Mettre autour de la table les acteurs concernés par la question du logement étudiant pour identifier les enjeux et les défis à relever ;
- Prendre en compte la question du logement étudiant dans les politiques publiques locales ;
- Adapter l'offre du territoire à la demande des étudiants.

L'AURH et la communauté urbaine Le Havre Seine Métropole ont rejoint le réseau national des observatoires territoriaux du logement étudiant en candidatant à un appel à manifestation début 2021 pour la création d'un observatoire territorial du logement étudiant.

Ce réseau mis en place depuis 2017 par l'association des Villes Universitaires de France (AVUF) et la Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme (FNAU), regroupe plus de 25 territoires universitaires. La communauté urbaine Le Havre Seine Métropole est le seul territoire normand ayant intégré le réseau. Le réseau national se fédère autour d'une méthode commune d'observation et d'un socle d'indicateurs. La communauté urbaine devra respecter la méthodologie proposée par le réseau national pour être labellisé pendant 3 ans.



Le campus du Havre Seine Métropole

- Un campus en cœur de ville
- 13 600 étudiants
- 1 université, 8 grandes écoles, plus de 200 formations
- 49 % des étudiants du campus décohabitent et 51 % vivent chez leurs parents.

Pour plus d'informations :

Mathilde MUS
m.mus@aurh.fr

ÉTUDE RÉGIONALE SUR LE LOGEMENT DES JEUNES ACTIFS EN NORMANDIE

URHAJ Normandie / DREAL Normandie / SGAR



L'instruction de juillet 2019 et le plan « 80 000 logements » visent à amplifier le développement de l'offre de logements locatifs sociaux en faveur des jeunes avec un objectif de 60 000 logements étudiants et 20 000 logements dédiés aux jeunes actifs de moins de 30 ans aux ressources encore fragiles. Pour répondre à cette ambition, la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Normandie (DREAL) met en œuvre en 2020 une stratégie régionale et programme un diagnostic territorial des besoins sur le logement étudiant. En 2021, elle poursuit cette démarche et propose d'initier une étude régionale sur le logement des jeunes actifs, notamment ceux reçus dans une structure ou via un dispositif Habitat jeunes. L'Union Régionale Habitat Jeunes Normandie (URHAJ), association spécialisée autour de ces problématiques, est missionnée pour réaliser l'étude en partenariat entre la DREAL et le Secrétaire général pour les Affaires régionales (SGAR).

L'analyse repose sur un zonage géographique innovant, intitulé « Besoin en Logement » (« zonage BEL »). Ce dernier, créé par la DREAL Normandie en collaboration avec l'Insee, est une agrégation de territoires intercommunaux tout en respectant certaines conditions (respect des limites départementales et d'Établissement public de coopération intercommunale (EPCI), continuité du zonage, 50 000 habitants minimum...). A l'échelle normande, les 32 « zones BEL » recensées (7 dans le Calvados, 7 dans l'Eure, 5 dans la

Manche, 4 dans l'Orne et 9 en Seine-Maritime) représentent le socle des traitements qualitatifs et quantitatifs.

Le plan de l'étude se compose de trois chapitres majeurs, ponctués par un ensemble de comités techniques et de comités de pilotage, ces derniers étant greffés au Comité Régional de l'Habitat et de l'Hébergement (février, juin, septembre et décembre 2021). La première partie est relative à la présentation des données de cadrage via une analyse statistique et cartographique des jeunes actifs au regard du logement (grâce à une cinquantaine d'indicateurs répartis par thématiques). La seconde propose un diagnostic régional partagé de l'offre de logement dédiée aux jeunes actifs avec un zoom détaillé sur les profils des jeunes reçus dans les résidences normandes, un panorama de la gamme de produits dédiés aux jeunes actifs, des fiches types synthétiques départementales des structures existantes en Normandie et une cartographie des structures à l'échelle régionale. La troisième et dernière partie est consacrée aux préconisations permettant d'adapter l'offre « Habitat Jeunes » au besoin du territoire, avec une évaluation des besoins et de la couverture de l'offre, une identification des publics potentiels et des évolutions à venir. En guise de conclusion générale, des scénarios et des leviers d'actions seront développés sur la base des attentes et des problématiques des acteurs locaux. Les résultats de cette étude seront publiés au premier trimestre 2022 par les services de l'état.

Pour plus d'informations : Benjamin BOUCHARD
benjamin-urhaj.normandie@orange.fr

NORMANDIE STAT'S

Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie (DREETS)

Bulletin statistique de la DREETS, Normandie Stat's donne chaque trimestre sur 14 pages un aperçu de la situation régionale de l'emploi, du marché du travail, des politiques d'emploi et de solidarité. La plupart des données sont déclinées au niveau départemental et aussi comparées avec la France métropolitaine. Il est aisé de situer chacun des départements vis-à-vis de la Normandie et de l'échelon national.

Sa publication a lieu un mois après la fin du trimestre soit approximativement le 30 janvier, 30 avril, 30 juillet et 30 octobre de chaque année. Cette périodicité n'est pas choisie au hasard elle s'impose du fait de la publication environ 3 jours avant des chiffres trimestriels du marché de travail.

L'évolution de l'emploi, de la demande d'emploi mais aussi de l'activité partielle est mesurée sur le trimestre, sur l'année précédente. Tant que cela est possible des graphiques sur 10 ans visualisent les évolutions régionales des dernières années, par exemple l'impact de la crise du Covid-19, en particulier lors du 1^{er} confinement au printemps 2020.

Observer mais surtout agir, la DREETS pilote au niveau local des politiques publiques comme entre autres l'insertion des jeunes, l'accompagnement des personnes éloignées de l'emploi, la sauvegarde des emplois menacés. Le suivi de ces politiques au plus près permet de les restituer dans le contexte économique du département ou de la région, de si possible mesurer l'impact sur l'emploi et la demande d'emploi.

Publié depuis janvier 2018, Normandie Stat's est une publication qui ne demande qu'à évoluer, à intégrer de nouveaux champs. Ceux de la cohésion sociale trouveront leur place s'il y a des indicateurs trimestriels produits rapidement après la fin du trimestre, des politiques publiques à suivre tout au long de l'année. Déjà une page a été ajoutée suite à la fusion avec la Direction Régionale de la Cohésion Sociale (DRCS) au printemps, elle traite des minimas sociaux d'insertion (Revenu de solidarité active, Allocation Adulte Handicapée,..) et des aides destinées aux étudiants dont le repas à 1€.

Mis à disposition sur le site internet de la DREETS, Normandie Stat's est visité au moins 500 fois pour chaque numéro avec un maximum a plus de 800 visites. L'audience progresse régulièrement depuis son lancement.



Pour accéder à Normandie Stat :
<https://normandie.dreets.gouv.fr/Normandie-Stat-s>

L'AIDE ALIMENTAIRE EN NORMANDIE

OR2S

L'observatoire régional de la santé et du social (OR2S) a mené en 2021 deux enquêtes sur la précarité alimentaire en Normandie.

Suite à l'appel à projet lancé par le commissaire à la lutte contre la pauvreté, l'OR2S a réalisé une cartographie des structures de l'aide alimentaire dans la région. Au-delà de leur géolocalisation, il s'agissait de dresser une typologie des structures, d'en connaître le fonctionnement et les difficultés auxquelles elles ont dû faire face durant le confinement. De son côté, la direction départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités de Seine-Maritime (DDETS) a commandé une étude qualitative sur les structures de l'aide alimentaire et leur adaptation à la crise sanitaire. Ces deux approches se sont révélées complémentaires sur la connaissance de l'organisation sur le terrain de la distribution de denrées aux populations les plus précaires.

Le premier élément que l'on peut retenir de ce dispositif d'études est que l'aide alimentaire est essentiellement organisée sur la base du bénévolat, essentiellement des personnes âgées, et de la récupération gratuite de produits, essentiellement via les grandes et moyennes surfaces et les banques alimentaires. La redistribution vers les personnes et familles se fait sur la base de critères d'éligibilité, essentiellement liés aux revenus, reste à charge et de résidence.

Ce modèle général a été très perturbé par la crise sanitaire, même si certaines tendances étaient déjà visibles avant 2019.

Le confinement du printemps 2020 a eu deux effets immédiats. Le premier a touché les bénévoles dont une grande partie classée dans la population dite à risque a dû arrêter au moins temporairement son activité. Le second a été la raréfaction des collectes de produits dans les surfaces alimentaires due à la mise en œuvre de protocoles sanitaires stricts conjuguée à la baisse d'inventaires voire à la non-disponibilité de produits.

Face à cela, les structures ont dû s'adapter tandis que les centres communaux d'action sociale, voire les municipalités ont soit comme l'État ou les départements versé des subventions exceptionnelles aux associations, soit pallié le manque de bénévoles par la mise à disposition de personnel, ou se sont eux-mêmes engagés dans la distribution de denrées.

De leur côté, les associations ont cherché des alternatives, comme le recours à des producteurs de proximité, l'achat de denrées et le recrutement de bénévoles plus jeunes.

L'essoufflement du système était cependant déjà présent avant la crise sanitaire, touchant à la fois le renouvellement de l'engagement bénévoles et l'accès gratuit aux produits tandis que le nombre de bénéficiaires avaient tendance à augmenter, notamment des étudiants et des salariés ou intérimaires.

Un autre acteur a aussi fait son entrée dans l'éco-système de l'aide alimentaire : les start-up qui avec des applications numériques proposent à bas coût l'achat des invendus des supermarchés, venant en quelque sorte concurrencer les associations caritatives ou humanitaires.

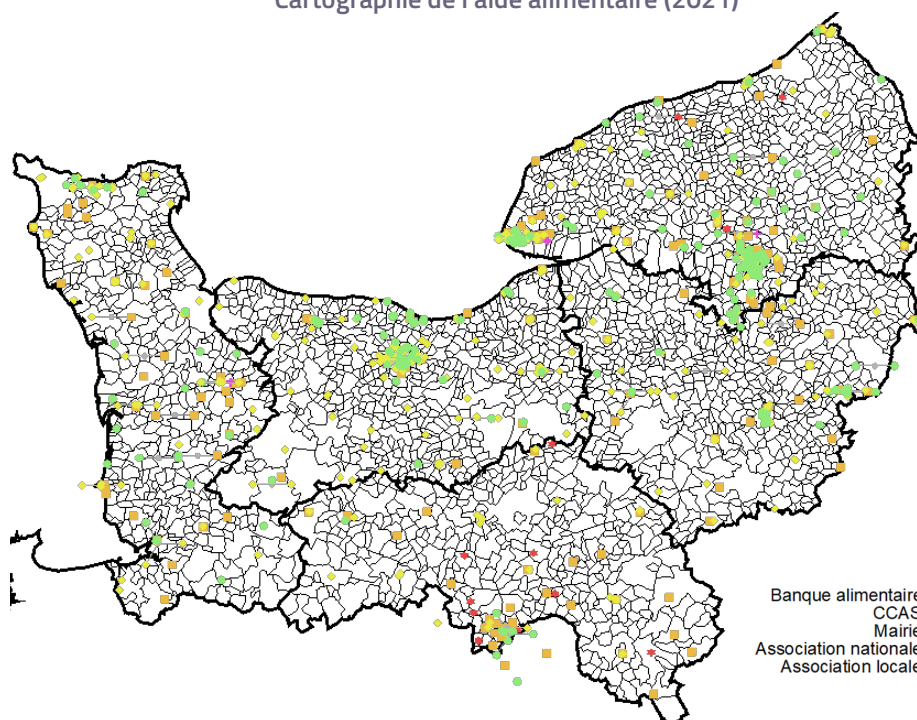
Plusieurs pistes de réflexion émergent de ces études, par exemple la création d'un observatoire de la précarité alimentaire afin, par exemple, de renforcer le système d'information en standardisant des outils de recueil de données et en les déployant auprès de toutes les structures, ce qui aujourd'hui n'est pas le cas. Mais aussi en créant des outils de concertation et d'échange de pratiques entre les différents acteurs concernés.

Pour plus d'informations :

Marie GUERLIN

marie.guerlin@or2s.fr

Cartographie de l'aide alimentaire (2021)



Accès internet : <https://sl.or2s.fr/etabgeolocalises/>

DOSSIER THÉMATIQUE



Accès à la santé

Le comité technique de NEO a souhaité mettre l'accès à la santé au cœur de cette nouvelle lettre Info de la Plateforme d'observation régionale. Ainsi après quelques chiffres clés sur le sujet, un état des connaissances sur le lien entre activité physique et santé et un retour sur les politiques régionales menées en région en faveur de l'activité physique, les derniers résultats d'observation et études régionales sur cette thématique vous sont présentés.

ACCÈS À LA SANTÉ, DE QUOI PARLE-T-ON ?

Selon le baromètre de l'Institut Paul Delouvrier visant à étudier l'opinion des français et la satisfaction des usagers au sujet des services publics, la santé publique est en tête dans les priorités des français à l'égard des pouvoirs publics depuis 2 ans. Les attentes portent principalement sur la qualité des soins.

Les difficultés d'accès aux soins constituent un enjeu central dans la stratégie nationale de santé 2018-2022. Parler d'accès à la santé implique de prendre en compte les inégalités sociales et territoriales de santé. De nombreux facteurs influencent la santé des individus. Les caractéristiques des individus, leur milieu de vie, les politiques locales favorables à leur santé et les contextes socio-économiques, politiques et environnementaux dans lesquels ils vivent ont un impact sur la santé des individus. L'observation d'indicateurs sur l'accès à la santé dans sa vision large est encore restreinte et centrée essentiellement sur l'accès aux soins. Les enjeux appréhendés par les pouvoirs publics sont du côté de l'offre de soins, relatifs au nombre de professionnels de santé par rapport à la population présente sur un territoire. Le concept de déserts médicaux est souvent évoqué par les acteurs locaux pour qualifier les problématiques de santé et les difficultés d'accès aux soins sur certains territoires. En outre, les enjeux pris en compte du côté de la demande portent souvent sur l'aspect financier du recours aux soins.

L'ACCESSIBILITÉ EN SANTÉ

La santé est un droit, énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme. La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». La notion d'accès à la santé est plus large que l'accès aux soins puisqu'elle comprend le fait de **recourir non seulement à une consultation ou un examen de santé, mais aussi d'être en possession de toutes les informations nécessaires pour être en bonne santé**. L'accessibilité ici implique les notions de droits sociaux, d'usages et de recours. Ainsi, l'OMS explique que l'accessibilité en santé est composée de quatre dimensions interdépendantes :

- **Non-discrimination**, sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation comme le handicap, l'âge, la situation matrimoniale et familiale, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle, l'état de santé, le domicile ou la situation économique et sociale. Des professionnels de santé peuvent refuser de prodiguer des soins, mais ce refus ne doit pas s'apparenter à une discrimination.
- **L'accessibilité physique** y compris **numérique** : La proximité géographique aux soins constitue une des principales causes de renoncement aux soins. Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), les personnes en situation de pauvreté en conditions de vie ont 8 fois plus de risques de renoncer à des soins dans les zones sous-dotées en médecins généralistes.

QUELQUES DONNÉES CLÉS

- ▶ Une densité de professionnels de 1^{er} recours inférieure au plan national : 79 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 87 en France métropolitaine
- ▶ Une densité de généralistes libéraux en constante diminution
- ▶ L'Orne et l'Eure, des départements durement confrontés au manque de médecins (en zone d'intervention prioritaire, nouveau zonage médecin)
- ▶ Plus de 20 % de la population a déclaré avoir déjà renoncé à des soins (plus de 30 % dans le département de l'Orne)

Sources : Drees AsipSanté, RPPS, Insee/ ARS - DGOS / BRS - ODENORE

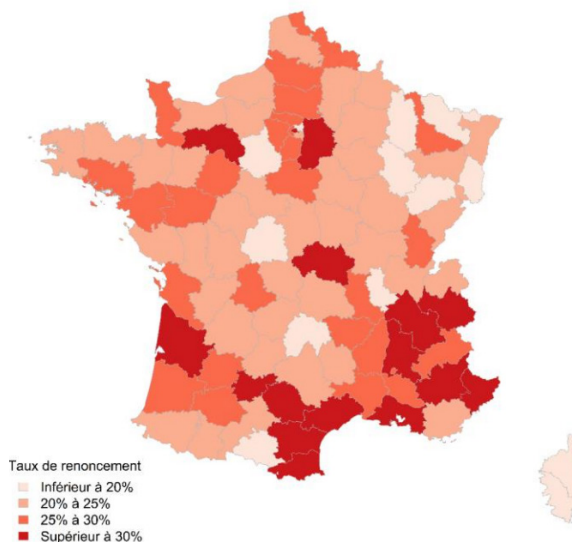
- **L'accessibilité économique** : Les raisons financières (prix, remboursement, reste à charge) sont la principale cause de renoncement évoquée par la population. L'adhésion à une complémentaire santé protège contre le renoncement aux soins. Les bénéficiaires de la CMU-C renoncent 4,5 fois moins que les personnes sans complémentaire santé et ceux couverts par une complémentaire privée ont plus de 2 fois moins de risques de renoncer à des soins (DREES, 2021)¹.
- **L'accessibilité de l'information** : C'est le droit à l'information sur son état de santé, cela renvoie à la capacité d'accéder à de l'information sur la santé pour prendre des décisions éclairées sur ses propres besoins et ceux de son entourage en termes d'alimentation, activités physiques, habitat, environnement, etc.

LE RENONCEMENT ET LE NON RECOURS AUX SOINS

Le **renoncement aux soins** c'est le fait « que des individus [...] ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit. » (C. Despres, 2011). Le renoncement aux soins renvoie donc à un besoin de soins non satisfait. Il revêt un caractère subjectif étant donné qu'il suppose l'identification au préalable d'un besoin de soin exprimé du point de vue des individus. C'est le résultat de l'imbrication de multiples facteurs (financiers, temporel, géographique, méconnaissance, craintes, peur, négligence...). Le « **non-recours** renvoie à toute personne qui - en tout état de cause - ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre » (ODENOR, 2010). Il s'agit d'un besoin de soin confirmé du point de vue médical mais qui n'est pas satisfait. Le non-recours concerne davantage les institutions et administrations publiques.

Selon l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'INSEE, en 2017, 1,6 million de personnes de 16 ans et plus en France métropolitaine ont renoncé à des soins.

Taux de renoncement aux soins par caisse d'assurance maladie en 2018



Source et exploitation : BRS - ODENOR

QUANTIFIER L'ACCÈS À LA SANTÉ ?

ZOOM SUR L'INDICATEUR D'ACCESSIBILITÉ POTENTIELLE LOCALISÉE EN NORMANDIE

Classiquement pour mesurer l'accès à la santé, les observations reposaient sur les mesures de la densité des professionnels de santé ou de temps d'accès à ces professionnels. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ont développé un indicateur pour mieux prendre en compte les spécificités territoriales et les besoins des populations en matières de soins (cf. cartographie ci-contre).

En s'inspirant de la méthodologie développée par la Drees, l'ARS Normandie a calculé pour les EPCI normands, à partir des résultats par communes, les indicateurs d'accessibilité potentielle localisée (APL) de 2020 pour les médecins généralistes et les sages-femmes.

L'APL a été développé par la Drees et l'Irdes pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à l'échelon communal. L'indicateur est calculé en nombre de consultations/visites accessibles par habitant standardisé. C'est-à-dire que l'indicateur rend comparable l'accessibilité de communes ayant des populations d'âges très différents : il n'y a donc pas lieu de tenir compte de ces différences. Il permet ainsi de mettre en évidence des disparités d'offre de soins.

Cet indicateur tient compte de la distance d'accès au cabinet le plus proche, la densité par bassin de vie ou département mais s'appuie aussi sur le niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie (SNIIR-AM) ainsi que les données de population de l'Insee².



¹ Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, Drees, n° 1200, Juillet 2021

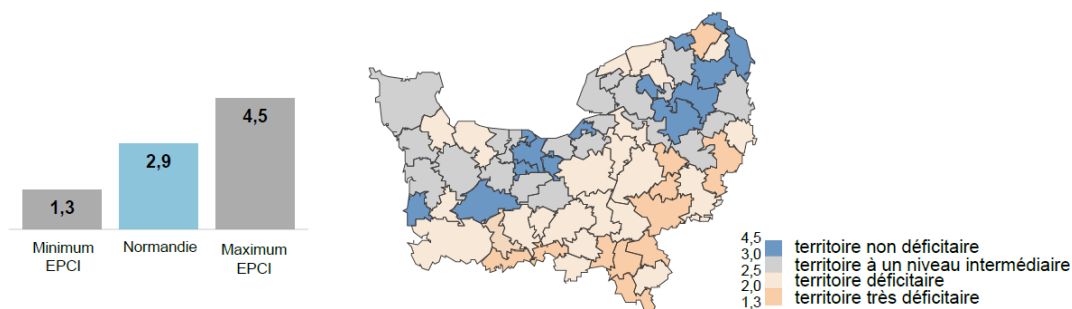
² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039903?sommaire=5040030#consulter>

Le calcul de l'APL aux médecins généralistes repose ainsi sur l'estimation de plusieurs paramètres. On considère ainsi que l'accessibilité au professionnel diminue avec la distance ; les choix des seuils de distance sont estimés à partir des taux de fréquentation des médecins généralistes observés dans les bases de l'Assurance maladie. L'activité de chaque médecin généraliste est convertie en équivalents temps plein, calculés en fonction du nombre d'actes (consultations et visites), suivant certaines hypothèses. La demande de soins de médecins généralistes est différenciée par classe d'âge, d'après l'observation des consommations par tranche d'âge disponibles dans les bases de l'Assurance maladie.

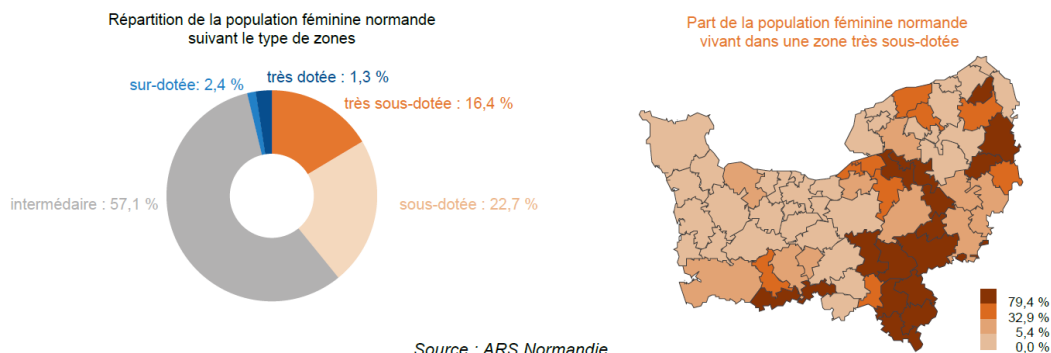
Pour les sages-femmes, le calcul tient compte des cabinets de sages-femmes libérales, cabinets secondaires inclus ; de l'activité comptabilisée ETP, estimée à partir des honoraires perçus dans l'année ; ainsi que d'un recours dégressif avec la distance entre 0 et 45 minutes (seuils à 15 min, 30 min et 45 min).

Sur la base d'une méthodologie tout à fait similaire, l'APL a été également calculé au niveau national pour les autres professions de santé de premier recours : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres. Il a également été implémenté pour les pharmacies avec une méthodologie adaptée.

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes en 2020



Accessibilité potentielle localisée (APL) aux sages-femmes en 2020



ZOOM SUR LES POLITIQUES RÉGIONALES EN FAVEUR DE L'EXERCICE REGROUPÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES CONCLUSIONS DU HAUT CONSEIL À L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Des efforts ont été accomplis depuis plusieurs années pour faire évoluer l'organisation de notre système de santé à la fois pour développer des prises en charge au service des parcours de santé et de vie des populations mais également pour structurer des organisations de travail attractives pour les professionnels de santé, en particulier sur les territoires les plus fragiles.

Pour les soins de ville, il s'agit de favoriser l'exercice regroupé des professionnels de santé qui facilite le travail pluridisciplinaire et améliore globalement les conditions de travail : Equipe de Soins Primaires (ESP), Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire (PSLA), Centre de santé, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ont été imaginés et se mettent en place dans cette perspective*.

En Normandie, le déploiement des PLSA et MSP est accompagné et soutenu de manière très volontariste depuis de nombreuses années par un ensemble d'institutions (pouvoirs publics, unions professionnelles, associations...) réunies autour d'une stratégie régionale unifiée et formalisée dans une charte d'engagements.

* La région compte 130 MSP (maison de santé pluridisciplinaire) / PLSA (pôle de santé libéral et ambulatoire) ouverts et 6 CPTS.

Vers une organisation d'ensemble à repenser, les conclusions du Haut conseil à l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

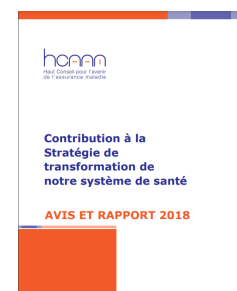
Dans son rapport « contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé », le HCAAM prône une réforme systémique. Les « ajustements » proposés ces dernières années sont insuffisants pour atteindre les objectifs maintes fois réaffirmés et sur lesquels tout le monde s'accorde en particulier la structuration des soins de ville dans le cadre d'un exercice collectif coordonné permettant de garantir l'accès aux soins, leur continuité et de développer la prévention.

De fait, notre système a peu bougé dans ses grandes caractéristiques héritées des réformes des années 1960-1970. Ce modèle, orienté vers une approche curative et individuelle de la santé, ne parvient pas à se transformer pour répondre aux nouveaux besoins de la population qui résultent de la transition démographique et épidémiologique.

Pour répondre à cette exigence, la transformation du système doit s'appuyer **non plus sur l'analyse de l'offre mais sur les services attendus par la population.**

Pour le HCAAM, le territoire d'organisation de la réponse aux besoins de santé de la population n'est plus le territoire hospitalier, mais le bassin de vie.

Pour répondre aux besoins de la population d'un bassin de vie, il faudra pouvoir s'appuyer sur un réseau territorial de proximité fortement intégré porteur d'un projet de santé de territoire, décloisonnant les secteurs sanitaire, médico-social et social.



<https://www.strategie.gouv.fr/publications/contribution-transformation-systeme-de-sante>

Zoom sur l'impact de la crise sanitaire liée à la COVID-19 sur le recours aux soins

L'épidémie COVID-19 a impliqué la mise en place de mesures barrières et particulièrement un confinement strict du 17 mars au 10 mai 2020. Le système de soins, les activités des professionnels de santé et les pratiques de recours aux soins de la population ont été impactés.

Nombreux professionnels de santé ont évoqué une baisse de leur activité pendant le premier confinement. Des médecins généralistes ont constaté une désertion de leur cabinet et certains patients habituels ne sont pas revenus consulter à la fin du confinement. A titre d'illustration, mettant en exergue ces bouleversements, en Provence-Alpes-Côte d'Azur l'activité des médecins a chuté de 23 % pendant le confinement³. D'autres études menées en région ou dans le cadre d'enquêtes nationales relatent aussi une baisse des activités chez les médecins généralistes et spécialistes, mais également dans les recours aux dépistages de cancers ou encore à la vaccination des enfants et des adolescents. Dans le Département de chirurgie oncologique, sénologique et gynécologique du Centre de lutte contre le cancer Antoine

Lacassagne à Nice, on a observé une réduction des consultations en sénologie et gynécologie de 43,5 % et 38,1 %⁴. Les actes de diagnostics médicaux ont augmenté à la fin du confinement, mais globalement les niveaux de dépistages ne suffisent pas à rattraper la chute des actes engendrée par le confinement. Par exemple en Normandie, 286 581 femmes âgées de 50-74 ans ont effectué une mammographie de dépistage en 2020, soit une baisse du taux de dépistage de 9 % par rapport à l'année précédente.

En outre, différents travaux ont été engagés pour suivre l'impact de la crise COVID-19 sur la santé mentale et le bien-être psychique. L'enquête COCLICO (Coronavirus containment policies and impact on the population's mental health)⁵ fait part de la survenue d'une détresse psychologique chez un tiers des répondants, dont 12 % avec une intensité sévère pendant le premier confinement (enquête réalisée du 3 au 14 avril 2020). Cette détresse se traduit notamment par l'aggravation des problèmes de tension ou de stress, de sommeil, de concentration et du sentiment d'être malheureux ou déprimé. L'enquête met également en évidence des facteurs de risque parmi les femmes, les personnes ayant une maladie chronique, celles bénéficiant d'un faible soutien

social, celles confinées dans des logements sur-occupés, et celles dont la situation financière s'est dégradée. Des travaux antérieurs à la crise COVID-19 soulignent que les effets du contexte sanitaire sont durables, ils ne s'arrêtent pas à la fin du confinement. Les médecins généralistes constatent ainsi une augmentation des demandes de soins liés à la santé mentale⁶. Le suivi de la consommation des médicaments sur ordonnance délivrés en ville met aussi en évidence une accentuation de l'augmentation des délivrances de médicaments antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques et hypnotiques. Sur la période de plus d'un an depuis le début du premier confinement, entre mars 2020 à avril 2021, on observe une augmentation d'1,9 million de délivrances d'antidépresseurs, de 440 000 délivrances d'antipsychotiques, de 3,4 millions de délivrances d'anxiolytiques et de 1,4 million de délivrances d'hypnotiques par rapport à l'attendu⁷.

L'ORS-CREAI Normandie publiera sous peu un info santé consacré à l'impact du COVID-19 sur le recours aux soins en Normandie que vous pourrez retrouver sur leur site Internet : <http://orscreainormandie.org/>

³ B. Davin-Casalena et al., L'impact de l'épidémie de Covid-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir de données régionales de l'Assurance maladie, Revue d'Epidémiologie et de Santé publique, 2021, n°69, p.105-115

⁴ M. Gosset et al., Impact de la pandémie de Covid-19 sur la prise en charge pour cancer du sein et gynécologique, Bulletin du Cancer, janvier 2021

⁵ <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/coclico-enquete-sante-mentale-coronavirus/actualites.html>

ACCÈS À LA SANTÉ ET AUX SOINS POUR TOUS EN NORMANDIE

ZOOM SUR LES TRAVAUX DU CESER

L'accès à la santé et aux soins se complexifie en France et le constat est encore plus préoccupant en Normandie. La région présente en effet un « tableau clinique » qui fait tousser, globalement défavorable, avec une population vieillissante et des déserts médicaux de plus en plus nombreux. Non exhaustif, le rapport du CESER de Normandie sur l'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie met cependant l'accent sur l'urgence de la mise en œuvre d'un plan de rattrapage spécifique pour la région.



Crédit photo : CESER

Avec une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles des régions métropolitaines et davantage d'affections longue durée, le patient normand ne se porte pas comme un charme, comme en témoignent les indicateurs de santé sur les territoires. Les raisons sont diverses et multiples.

Aussi, pour son rapport sur la santé paru en 2020, le CESER de Normandie s'est donné pour objectif d'éclairer et de mettre l'accent sur certains éléments liés à l'accès à la santé et aux soins en Normandie au regard de la situation nationale, voire internationale.

« En Normandie, plusieurs ruptures entravent l'accès à la santé et aux soins, explique Jocelyne Ambroise, la présidente de la commission en charge du rapport. La fragmentation d'un système de santé qui octroie une toute petite place à la prévention et à l'éducation à la santé mais aussi les ruptures sociales, territoriales, et dans la continuité de soins, mènent à une situation sanitaire dégradée et assez préoccupante si on la compare aux autres régions françaises ».

PRÉVENIR VAUT MIEUX QUE GUÉRIR

Avec seulement 2 à 3 % des dépenses de santé consacrés à la prévention, le système français continue de privilégier une approche curative des soins. Hors, l'ingestion de médicaments peut engendrer de nouvelles pathologies... C'est pourquoi, le CESER préconise de donner davantage de place à l'éducation à la santé et à l'activité physique, tout en réhabilitant la vaccination. Enfin, la mise en œuvre d'une véritable médecine scolaire est devenue indispensable pour aider à contrer les inégalités de santé qui se creusent dès la petite enfance.

À noter

Pour l'OMS, centralisation ne rime pas avec guérison

Le système de santé pyramidal de la France défie les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui estime qu'on ne peut bien gérer la santé d'une population au-delà de 6 à 8 millions d'habitants. La quasi-totalité des pays de l'OCDE ont ainsi opté pour une gouvernance territoriale du territoire de santé quand celle de la France reste toujours hypercentralisée.

Un comité d'étude aux petits soins

Le rapport Santé a nécessité un travail d'environ 18 mois. Pilotés par la Commission Développement humain et qualité de vie du CESER de Normandie présidée par Jocelyne Ambroise, les travaux se sont appuyés sur de nombreuses auditions : une trentaine de personnalités émanant de l'ARS, l'ORS-CREAI Normandie, la CPAM, la Région Normandie, des médecins, des chercheurs, responsables hospitaliers, représentants d'usagers de la santé...

L'intégralité du rapport à découvrir sur : [L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie | Ceser Normandie](#)

Pour plus d'informations : Isabelle Labiche - isabelle.labiche@ceser.normandie.fr



⁶ Confinement de novembre-décembre 2020 : une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale, Drees, n°1186, mars 2021

⁷ Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021, Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS

URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ : CONCEPT ET OUTILS POUR UN MEILLEUR ACCÈS À LA SANTÉ

ORS-CREAI NORMANDIE

Le système de santé compte pour 12 à 20 % sur l'état de santé d'une population. Les 80 % restant se jouent ailleurs. Le système de soins et les politiques publiques n'ont pas toujours une approche assez globale de la santé. La santé est liée à un ensemble de facteurs et déterminants qui ne touchent pas seulement un individu, mais peuvent toucher un groupe d'individus, et ce, à différentes échelles. Ces facteurs sont répartis de manière inégale sur les territoires. En conséquence, améliorer la santé d'un individu et d'un groupe implique de tenir compte de ses caractéristiques individuelles, mais aussi de l'environnement dans lequel il vit. Les acteurs locaux ont un rôle à jouer pour agir positivement sur ces déterminants. En effet, les orientations et décisions prises au niveau des espaces verts, dans le secteur de l'habitat, des aménagements urbains, des transports, des équipements sportifs, de la cohésion sociale, de tranquillité publique ou encore d'enfance / jeunesse, toutes conditionnent l'état de santé de la population.

Initié en 1987 par le programme des villes-santé, l'urbanisme favorable à la santé « implique des aménagements qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être des populations tout en respectant les trois piliers du développement durable. Il porte également les valeurs d'égalité, de coopération intersectorielle et de participation, valeurs clés de la politique de l'OMS « *la santé pour tous* ». Anne Roué-LeGall et al.⁸ définissent 5 grands axes pour un aménagement favorable à la santé :

1. Réduire les polluants, nuisances et autres agents délétères.
2. Promouvoir des comportements ou des styles de vie sains des individus (activité physique et alimentation saine).
3. Contribuer à changer l'environnement social pour favoriser le bien-être des habitants et la cohésion sociale.
4. Corriger les inégalités de santé entre les différents groupes sociaux économiques et les personnes vulnérables.
5. Soulever et gérer autant que possible les antagonismes et les possibles synergies lors de la mise en œuvre opérationnelle des projets.

Guide ISadOra

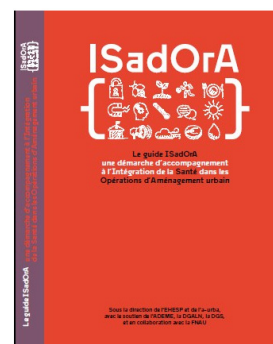
Le guide ISadOra vise à proposer une démarche d'accompagnement à l'intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement, **à destination des professionnels de l'aménagement opérationnel** (chargés d'opération, bureaux d'études, professionnels de santé publique au sein d'ARS ou de collectivités, etc).

Le guide est composé de 15 parties retraçant des **objectifs opérationnels** à atteindre dans des opérations d'aménagement favorables à la santé (ex : Exposition des populations ; Mobilités actives et PMR ; cohésion sociale, Accessibilités emplois, commerces, équipements et services ; Espaces verts...).

Pour plus d'info : <https://www.ehosp.fr/2020/06/04/guide-isadora-l-ehosp-etoffe-son-corpus-d-outils-sur-le-theme-urbanisme-favorable-a-la-sante/>



Schéma issu de la vidéo Plaidoyer pour la mise en œuvre d'un diagnostic en santé environnement réalisée par l'ORS-CREAI Normandie en 2021 et inspirée de la cartographie La Santé dans la Ville du Réseau français des Villes-Santé OMS



⁸ « Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils » ; Guide EHESP/DGS, Anne, LE GALL Judith, POTELOU Jean-Luc et CUZIN Ysaline, 2014.

La démarche d'Évaluation d'impact sur la santé (EIS)

L'école des hautes études en santé publique (EHESP) indique que les évaluations d'impact sur la santé sont considérées comme des **outils d'aide à la décision publique** pour des choix sains, durables et équitables. Les EIS visent ainsi à **donner la possibilité de réduire ou de minimiser les effets négatifs d'un projet et à augmenter ou à renforcer ses effets positifs sur la santé en formulant des recommandations**. Les évaluations d'impact sur la santé s'appuient sur la définition globale de la santé et de ses déterminants.

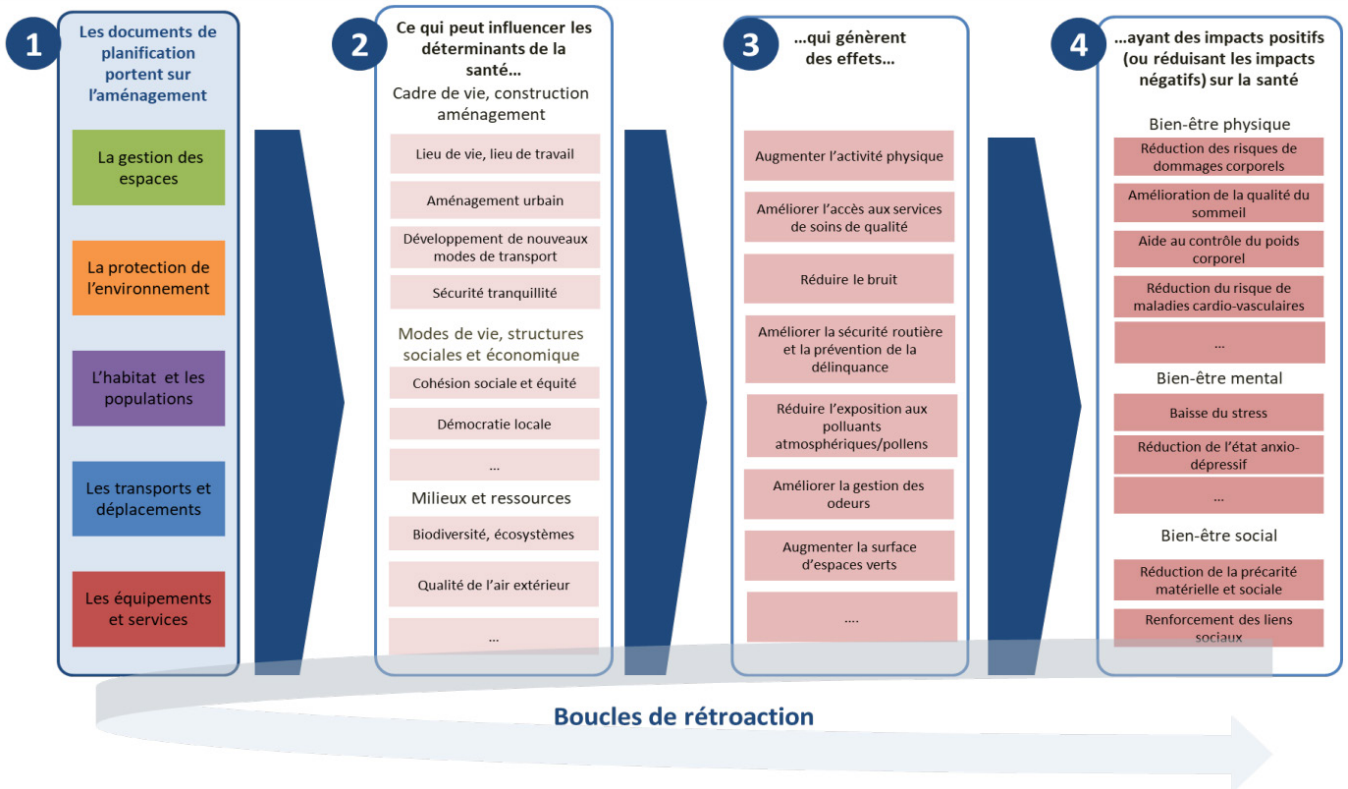
Principes, fondements et valeurs clés de l'EIS



Source : ORS Pays de la Loire

En résumé, les enjeux de l'urbanisme favorable à la santé

- Sensibiliser les décideurs et professionnels de l'aménagement aux enjeux de l'urbanisme favorable à la santé
- S'appuyer sur les démarches et outils existants tels que le guide IsAdOrA, les EIS.
- S'appuyer sur les documents de planification pour un urbanisme favorable à la santé (cf. schéma ci-dessous issu du rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale, 2018)



Représentations possibles des liens de cause à effet entre déterminants et impacts sur la santé et bien-être, schéma issu du rapport HCSP, 2018

LUS POUR VOUS

En Normandie



LES ADDICTIONS EN NORMANDIE - CONTRIBUTION À L'ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL

ORS-CREAI Normandie, 2021

Dans le cadre des travaux qu'elle mène à la demande de l'ARS Normandie et de la Préfecture de Région, l'association ORS-CREAI Normandie contribue à une meilleure connaissance de la thématique des addictions en région, tant sur le volet des pratiques chez les jeunes et chez les adultes, que des prises en charge médico-sociales ou encore des conséquences sanitaires et pénales.

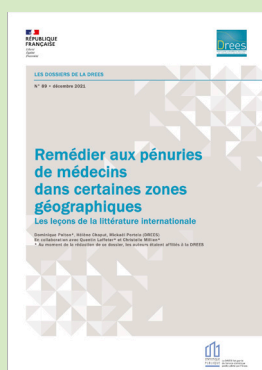
L'ORS-CREAI a notamment en fin d'année 2020 entamé un travail d'actualisation complet de l'état des lieux des addictions publié initialement en 2017. L'objectif de cette démarche est de fournir aux décideurs régionaux et à l'ensemble des acteurs concernés par les addictions, un éclairage synthétique sur les comportements et les usages de substances psychoactives et leurs conséquences en Normandie, afin de mieux prendre en compte le nouveau périmètre régional, la spécificité et les enjeux locaux dans ce domaine. Une recherche de nouveaux indicateurs issus d'un travail d'identification, de sélection et de traitement a également été menée en partenariat avec les représentants des services de l'État présents au Copil MILDECA (via des entretiens individuels).

Ainsi plus précisément, l'ensemble des travaux conduits en matière d'addiction sont les suivants :

- Mise à jour en 2020-2021 de l'état des lieux « Les addictions en Normandie » et production de 6 supports de présentation (régional et par département),
- Construction et actualisation d'un tableau de suivi d'indicateurs,
- Analyse annuelle des rapports d'activité des CSAPA et CAARUD normands,
- Mise à disposition d'indicateurs de financement des CSAPA et CARRUD,
- Domaines d'intervention et retours d'expériences des différents services de l'Etat : Sécurité routière, Gendarmerie, Police, Sapeurs-pompiers et Justice – Synthèse des échanges menés avec les représentants des services de l'État présents au Copil MILDECA

Pour accéder aux travaux : <http://orscreainormandie.org/les-addictions-en-normandie-contribution-a-letat-des-lieux-regional/?aiEnableCheckShortcode=true>

En France



PALLIER LA PÉNURIE DE MÉDECINS

DREES, 2021

La référence aux « déserts médicaux » est de plus en plus fréquente, alors que l'augmentation des besoins de soins augmente. Cette situation n'est pas franco-française et l'accès aux services de santé est plus difficile dans les zones rurales ou les zones urbaines défavorisées.

L'objectif de ce "Dossier de la Drees" est, à partir d'une analyse de la littérature internationale, de décrire ces politiques, de rassembler les éléments d'évaluation de leurs impacts et de dégager quelques réflexions pour alimenter le débat sur la situation française. Pour les auteurs, augmenter l'offre de soins et améliorer sa répartition territoriale passe à la fois par des politiques d'incitation à l'installation et par des politiques de soutien aux professionnels exerçant dans des zones défavorisées.

Pour accéder à la publication : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

En France (suite)



RAPPORT PAROLE DES HABITANTS

FCSF et Question de villes, 2021

La Fédération des centres sociaux et socioculturels de France (FCSF) et Question de villes, l'association des directions des Centres de ressources politique de la ville, ont publié le 10 septembre la 5^{ème} édition du rapport « Paroles d'habitants des quartiers prioritaires », une analyse des conditions de vie des habitants des quartiers prioritaires pour les années 2020 et 2021, construite sur la mobilisation de 250 habitants et de 22 centres sociaux, en plus de partenaires comme certaines centres de ressources politique de la ville.

Ce rapport interroge les habitants sur leur rapport à leur logement, à leur cadre de vie et à la société dans son ensemble. La crise sanitaire a exacerbé des difficultés préexistantes (sur-occupation des logements, accès au numérique difficile), et a creusé le fossé vécu entre un « nous », les habitants des quartiers, et un « eux », les institutions, les élus et l'école qui a désillusionné sur son rôle d'ascenseur social...

Pour autant le rapport conclut sur les propositions apportées par ces habitants, pour tendre vers une société plus égalitaire, connectée à la nature, au cadre de vie plus accueillant, sécurisé, animé et connecté à l'ensemble de la ville, et aux services en direction de la jeunesse réinventés. Ce rapport soutient la nécessité de porter encore plus la parole des habitants, plus que ne l'ont fait les dispositifs existants. Cette publication est accueillie dans un contexte important, puisqu'il peut donner des clés d'analyse à une année 2022 qui demandera aux acteurs de la politique de la ville de porter un regard sur les 8 années écoulées, mais surtout sur les années à venir et le visage que peut prendre la politique de la ville à l'avenir.

Pour accéder au rapport et à la synthèse : <https://www.centres-sociaux.fr/5eme-rapport-paroles-dhabitant-es-des-quartiers-populaires/>

Pour accéder à une présentation animée du rapport : <https://www.centres-sociaux.fr/files/2021/12/Pres-animee-Rapport-Paroles-dhabitants-es-2021.mp4>



PRÉVENTION : PEUT MIEUX FAIRE

Cours des comptes, 2021

La Cour des Comptes a présenté en décembre un rapport consacré à la prévention sanitaire pour trois pathologies : cancers, maladies neuro-cardio-vasculaire et diabète. Les auteurs du rapport estiment que la prévention de ces trois pathologies obtient globalement en France des résultats médiocres malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins, aggravés par de fortes inégalités sociales et territoriales et un gradient social élevé. Ainsi, ils indiquent que les programmes de prévention médicalisée (vaccination et dépistage) comme les actions de promotion de la santé, souffrent d'une adhésion ou d'un déploiement insuffisants pour produire des effets significatifs sur les grandes pathologies, malgré une pertinence avérée.

Ils recommandent de renforcer l'efficacité de la politique de prévention, notamment dans les pratiques professionnelles et de lutter résolument contre les facteurs de risque.

Pour accéder à la publication : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/282706.pdf>

ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

ENQUÊTE ES-PE 2021

L'enquête Etablissements et Services de la Protection de l'Enfance (ES-PE) se déroulera au premier semestre 2022. Cette enquête nationale est quadriennale. Elle existe depuis 1982. Elle est menée au niveau de la France entière (métropole et DOM) et concerne tous les établissements et services sociaux qui interviennent auprès d'enfants, d'adolescents et de jeunes majeurs placés par le juge ou l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou suivis par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Le champ de l'enquête évolue au gré des millésimes pour s'adapter aux changements intervenus dans le domaine de la protection de l'enfance. En 2012, les établissements de la PJJ ont été ajoutés. En 2017, les services de placement familial ont été inclus dans le champ de l'enquête.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère des Solidarités et de la Santé pilote l'enquête ES-PE au niveau national et les services études, statistiques évaluation (SESE) des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) sont responsables du suivi de la collecte dans leur région.

La liste des établissements et services à enquêter est établie à partir du répertoire FINESS et, éventuellement, d'autres sources extérieures. En 2022, la collecte de l'enquête ES-PE se déroulera entre le 31 janvier et le 27 mai.

Les établissements et services qui suivent seront concernés :

	Libellé de catégorie FINESS	Code catégorie FINESS
Etablissements de l'Aide Sociale à l'enfance (ASE)	Pouponnières à caractère social	172
	Foyers de l'enfance	175
	Villages d'enfants	176
	Maisons d'enfants à caractère social (MECS)	177
	Centres de placement familial socio-éducatif (CPFSE)	236
	Etablissements expérimentaux enfance protégé (uniquement ceux dédiés à l'accueil des mineurs non accompagnés [MNA] ou à l'évaluation de la minorité et de l'isolement de prétendus MNA).	378
	Lieux de vie et d'accueil (LVA)	462
Etablissements et services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)	Centres éducatifs fermés (CEF)	Fichier de gestion transmis par le ministère de la Justice
	Centres éducatifs renforcés (CER)	
	Etablissements de placement éducatif (EPE)	
	Etablissements de placement éducatif et d'insertion (EPEI)	
	Secteur associatif habilité de la PJJ (autre que CEF/CER)	
Services concourant à la protection de l'enfance	Clubs et équipes de prévention spécialisée	286
	Services d'action éducative en milieu ouvert (AEMO)	295
	Services d'action éducative à domicile (AED)	Hors FINESS

► Le questionnaire de l'enquête ES-PE se divise en plusieurs bordereaux qui portent chacun sur un thème :

Fiche 1 : Identification de la structure,

Fiche 2 : Description de l'établissement, de son activité, de son offre d'accueil,

Fiche 3 : Description du personnel en fonction au 31/12/2021,

Fiche 4 : Description individuelle des jeunes présents au 31/12/2021 dans l'établissement,

Fiche 5 : Description individuelle des jeunes sortis de l'établissement au cours de l'année 2021,

Fiche AE : Description agrégée du personnel et des jeunes suivis en action éducative, par les clubs et équipes de prévention spécialisée.

La première phase de l'enquête a consisté à redéfinir le champ et le questionnaire de l'enquête dans le cadre d'un comité de pilotage qui s'est réuni trois fois entre février et mai 2021. Outre la DREES, ce comité rassemblait des représentants des DREETS, de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), de la Sous-direction de la Statistique et des Etudes (SDSE) du ministère de la justice, de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE), de l'Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé (ANDASS) des départements et métropoles, de la fédération de la Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfance (CNAPE), de la fondation Action Enfance, de l'Association Nationale du Placement Familial (ANPF) ainsi que des chercheurs spécialisés sur le champ de la protection de l'enfance.

La deuxième phase mobilise le personnel des services études statistique évaluation des DREETS, plus particulièrement, les gestionnaires régionaux du répertoire FINESS et de l'enquête ES-PE. Il s'agit, en liaison avec les services ASE – Protection de l'enfance des Conseils départementaux, de s'assurer de l'actualisation et de l'exhaustivité du répertoire FINESS sur le champ de l'enquête.

La troisième et dernière phase de l'enquête est celle de la collecte. Depuis l'édition ES-PE 2017, les établissements et services répondent à un questionnaire dématérialisé, accessible sur Internet. Une hotline accompagne les établissements et services pendant toute la durée de la collecte. Les services études et statistiques des DREETS assurent une partie du service d'assistance auprès des structures enquêtées, un contrôle qualité des questionnaires reçus, les dernières relances en fin de collecte.

Le statut de l'enquête ES-PE 2021

Lors du millésime 2021, l'enquête ES-PE changera de statut pour devenir une enquête statistique alors qu'elle était, jusqu'à présent, une enquête administrative. Elle a été présentée au Conseil National de l'Information Statistique (CNIS). A cette occasion, le label d'intérêt général, le label de qualité statistique et le caractère obligatoire de la réponse à l'enquête lui ont été accordés.

RENFORCEMENT DU CENTRE EUROPÉEN DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES MALADIES

Le Parlement européen et le Conseil souhaitent renforcer le rôle du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies pour mieux soutenir les États membres.



La Covid-19 aura été l'élément déclencheur d'un élargissement du mandat du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Ainsi, l'ECDC pourra renforcer ses actions d'observation et de surveillance, de préparation et d'alerte précoce en matière de sécurité face aux crises sanitaires à venir. Son action de coordination des États membres sera elle aussi consolidée. Dans l'esprit du législateur européen, ce nouveau mandat allié à la création de l'Autorité européenne de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire (Hera), participe à la construction de l'Europe de la santé. Ainsi, l'ECDC devrait être chargé de fournir et analyser toutes les informations épidémiologiques possibles, modéliser l'évolution des maladies transmissibles et formuler les recommandations nécessaires à leur contrôle pour l'Union et les États membres. Il devra aussi établir des lignes directrices claires pour le traitement et la gestion des crises sanitaires, y compris les menaces aux frontières.

De nouvelles plateformes et applications numériques interopérables et le recours à l'intelligence artificielle viendront soutenir la surveillance épidémiologique par la compilation des données à grande échelle et leur analyse, dans le cadre du futur espace européen des données de santé. Il aura ainsi un rôle de coordination des réseaux européens opérant dans ses domaines de compétences et plus largement de santé publique. Il devra enfin fournir au public, des messages de communication fondés sur des données probantes portant sur les maladies transmissibles, sur les menaces qu'elles font peser sur la santé et sur les mesures de prévention et de contrôle pertinentes.

Pour en savoir plus :

<https://www.ecdc.europa.eu/en>

<https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/protecting-against-cross-border-health-threats/>

HERA : une nouvelle agence pour la santé

Le 16 septembre 2021 la Commission européenne a instauré l'Autorité européenne de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire (HERA). Ses missions sont de prévenir, détecter et réagir rapidement aux situations d'urgence sanitaire. L'Autorité devra anticiper les menaces et les crises sanitaires potentielles, grâce à la collecte de renseignements et au renforcement des capacités de réaction nécessaires. En cas d'urgence, l'HERA assurera la mise au point, la production et la distribution de médicaments, de vaccins et d'autres mesures tels que gants et masques. Elle sera pleinement opérationnelle au début 2022, dotée d'un budget de soixante milliards d'euros.

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/fs_21_4734



Plateforme NEO, 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)

AGENDA

21 janvier 2022
Webinaire

Solutions concrètes de renaturation pour répondre à des enjeux de santé face aux changements climatiques

Organisation : CNFPT, ANBDD, Promotion Santé Normandie

Programme et inscription : [cliquez ici](#)

29-31 mars 2022
Paris

14^e édition des Journées de Méthodologie Statistique de l'Insee

Organisation : Insee

Information : [cliquez ici](#)

15-19 mai 2022
Montréal
Format hybride

Promouvoir des politiques pour la santé, le bien-être et l'équité

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

22 et 24 juin 2022
Paris

8th Irdes-Dauphine Workshop on applied health economics and policy evaluation

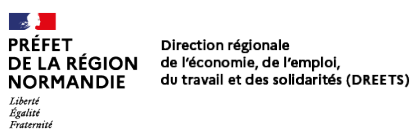
Organisation : Irdes, University Dauphine
Programme et inscription : [cliquez ici](#)



“

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.

”



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

NEO - 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