



FOCUS

SANTÉ

Mesures et dispositifs mobilisables dans les contrats de ville Focus en Normandie



« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 1946)

Aborder les questions de santé ne relève pas seulement d'une approche médicale, d'accès aux soins, mais englobe également la dimension du bien-être physique, mental et social. La santé constitue une préoccupation pour les français et est influencée tout au long de la vie de l'individu par de nombreux déterminants et facteurs (emploi, logement, environnement, etc.).

Vivre dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé.

Objectifs du Focus :

- Faire connaître les différentes politiques de l'État et leurs déclinaisons à l'échelle régionale,
- Donner des éléments de compréhension pour mesurer les enjeux de santé sur un territoire, notamment en quartier prioritaire,
- Apporter des connaissances sur la thématique santé, notamment dans le cadre des contrats de ville,
- Sensibiliser les acteurs intervenant sur la politique de la ville aux enjeux de santé.

Sommaire

1. L'observation de l'état de santé des populations et de l'offre de soins	p.3
2. Les inégalités sociales de santé et l'état de santé des populations résidant en QPV	p.9
3. La compétence santé et la santé dans les contrats de ville	p.11
4. Quelles politiques et orientations nationales ?	p.13
5. Quelles sont les stratégies et orientations en région ?	p.14
6. Dynamiques territoriales de santé : vers des démarches complémentaires	p.16

1 L'observation de l'état de santé des populations et de l'offre de soins

L'état de santé d'une population est la conséquence de nombreux facteurs et déterminants environnementaux, sociaux, économiques et individuels. L'observation permet d'appréhender les besoins de santé d'un territoire et les enjeux concernant l'offre de soins.

Comment observe-t-on la santé ?

Une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives



Une approche pluridimensionnelle

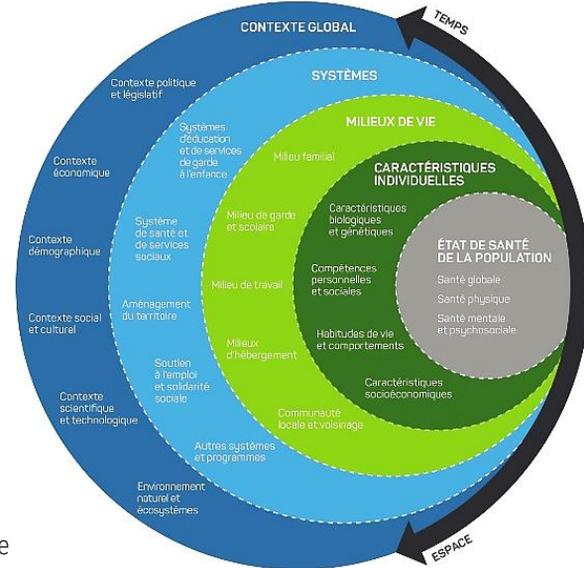


Schéma adapté de Dahlgren et Whitehead, 1991
Source : La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir, 2012

Quelles données, quels indicateurs ?

- Des données issues des grands systèmes d'information en santé : Système National des Données de Santé (SNDS),
- Des exploitations régionales d'enquêtes nationales,
- La mise en œuvre d'enquêtes régionales en population,
- La mobilisation de données produites par des acteurs locaux,
- Des informations ou des analyses issues de travaux participatifs menés auprès de la population et des acteurs du territoire.



APERÇU DU CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE NORMAND

Les trois principales agglomérations normandes concentrent près d'un tiers de la population régionale

La population régionale se concentre dans et autour des 3 principales ville de la région : Le Havre, Rouen et Caen.

Elle connaît depuis plusieurs décennies un ralentissement démographique plus marqué qu'au niveau national. Elle est même en léger recul depuis 2016.

65,096,768 
France métropolitaine

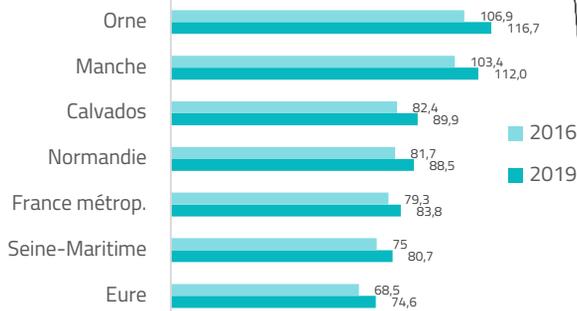
3,325,032 
Normandie

111,3 habitants au km² en 2019
(119,7 hab. au km² en France)

Une région vieillissante, particulièrement dans la Manche et l'Orne

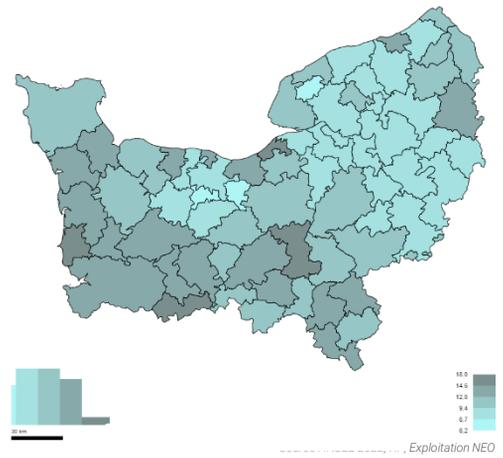
L'avancée en âge implique une consommation de soins plus importante, en raison d'un cumul de pathologies chroniques.

Indice de vieillissement en 2016 et 2019



Source : INSEE, RP - Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Part des personnes âgées de 75 ans et plus en 2019 par EPCI (%)



Indice de vieillissement : rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et les personnes âgées de moins de 20 ans.

Une population normande socialement plus fragile avec des disparités territoriales importantes

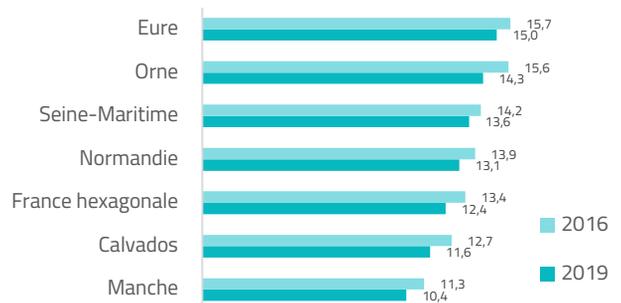
Dans les milieux les plus défavorisés, les décès surviennent plus tôt que dans les milieux aisés.

Si l'on regard les catégories socio-professionnelles, parmi les actifs, la région compte plus d'ouvriers et moins de cadres, professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires par rapport à la France métropolitaine.

La proportion de jeunes Normands âgés de 25 à 34 ans non scolarisé, peu ou pas diplômés est plus importante par rapport à la moyenne en France métropolitaine, notamment dans les départements de la Seine-Maritime, de l'Orne, et de l'Eure.

On observe une fragilité de l'emploi marquée avec un taux de chômage et une part d'emplois précaires (hors contrats à durée indéterminée) au-dessus du niveau national. À noter qu'un faible taux de chômage n'est pas lié à un faible taux d'emplois précaires : un territoire peut avoir un taux de chômage plutôt faible mais présenter un taux d'emplois précaires important (cf. Manche).

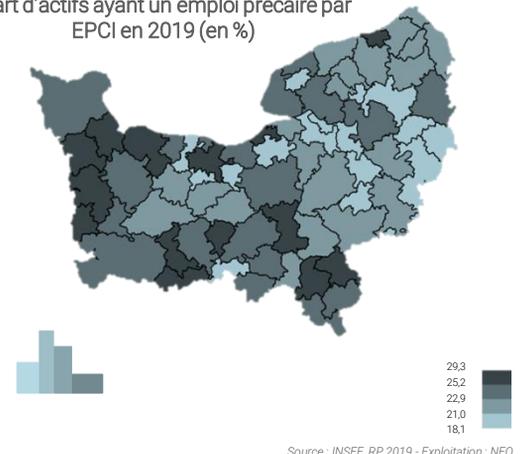
Part de jeunes âgés de 25-34 ans non scolarisés, peu ou pas diplômés (%)



Source : INSEE, RP - Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Part des jeunes peu ou pas diplômés : jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire au plus avec le BEPC, brevet des collèges ou le diplôme national du brevet pour 100 jeunes sortis du système scolaire en 2016.

Part d'actifs ayant un emploi précaire par EPCI en 2019 (en %)



Source : INSEE, RP 2019 - Exploitation : NEO

13 ans

C'est en moyenne le nombre d'années de vie en moins chez les hommes les plus modestes par rapport aux plus aisés

8 ans chez les femmes
Insee, 2018

13,2 %

Taux de pauvreté en Normandie en 2020 13,9 % en France métro.

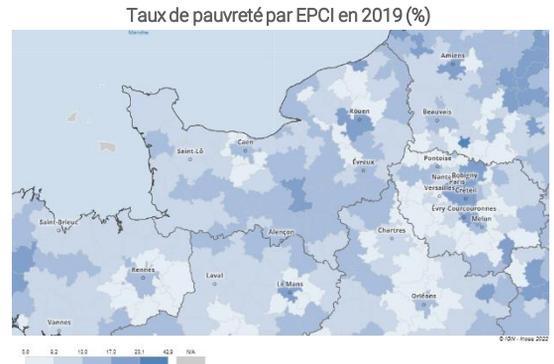
Une taux de pauvreté plus faible mais un revenu médian inférieur au plan national et des disparités infraterritoriale importantes avec la présence de poches de pauvreté notamment dans les agglomérations.

Le Taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil. Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

Moins d'allocataires du RSA qu'au national (6 % vs 6,4 % en France) mais des disparités territoriales.



Les populations les plus défavorisées situées en majorité en zones urbaines et dans certaines zones plus rurales : Orne, Manche et Nord Est de la Seine-Maritime.



Source : INSEE 2020, Filosofi et Enquête Budget de familles 2017

Une situation sociale globalement plus dégradée dans les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime (notamment en terme de chômage).



Retrouvez ici une sélection de données socio-démographiques, sanitaires à l'échelle EPCI et des quartiers prioritaires (ORDQ)

CONTEXTE SANITAIRE

Pour comprendre les besoins de santé d'un territoire, les caractéristiques d'une population (nombre, répartition, âge...) n'expliquent pas tout. Des informations sur l'état de santé sont aussi nécessaires.

Une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles de Métropole

La mortalité globale est en baisse, mais cette baisse est moins soutenue qu'en France notamment en raison d'une surmortalité plus importante par cancers.

En Normandie, il y a une surmortalité prématurée (c'est-à-dire avant 65 ans) particulièrement forte chez les hommes comme chez les femmes, liée aux cancers et aux maladies de l'appareil circulatoire.

La crise Covid-19 a eu des impacts négatifs sur la santé psychologique de la population française, notamment celle des adolescents et des jeunes.

Espérance de vie à la naissance

	2021	Normandie	France métrop.
Hommes		78,2 ans	79,4 ans
Femmes		84,6 ans	85,2 ans

+ 27 ans

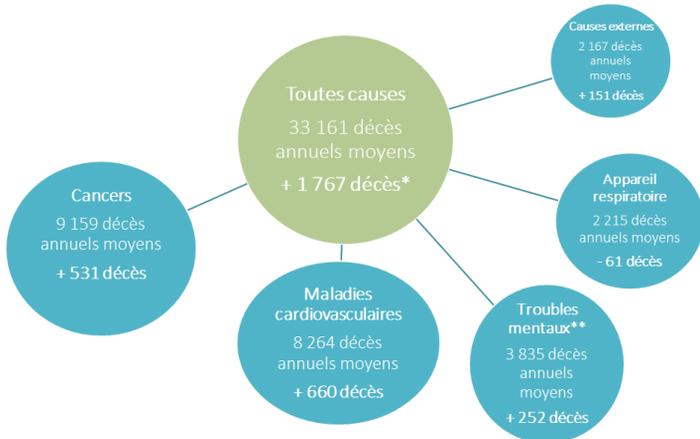
Nombre d'années d'espérance de vie à 60 ans chez les normandes + 22,4 ans chez les normands en 2021

Les principales causes de mortalité en Normandie :

- Tumeurs
- Maladies de l'appareil circulatoire
- Troubles mentaux



Différence du nombre de décès comparés à la France



Sources : Inserm CépiDc, Insee - 2011-2017 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

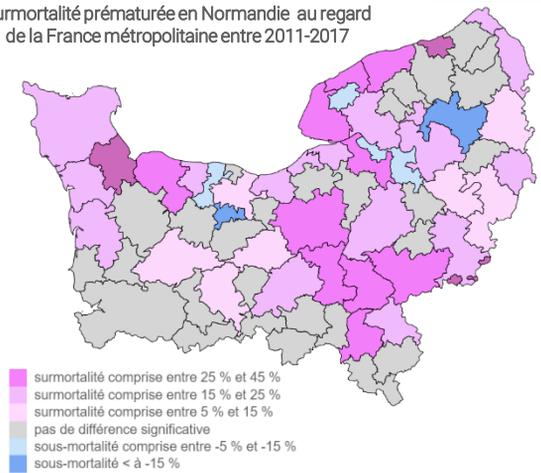
Des disparités territoriales de santé au sein des départements et selon le sexe

Dans les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime, la mortalité générale et prématurée est plus élevée chez les hommes comme chez les femmes.

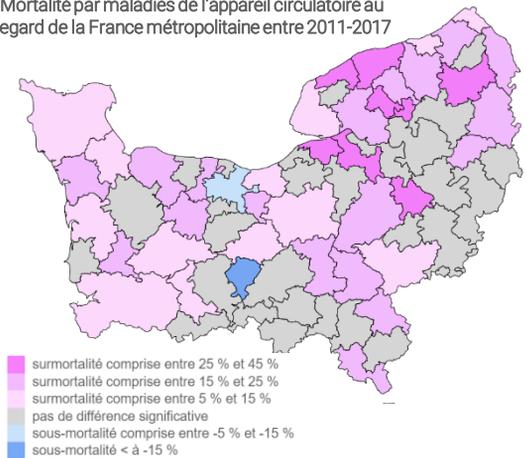
La situation sanitaire est globalement moins dégradée pour les femmes domiciliées dans les autres départements.

Les maladies chroniques surviennent plus fréquemment chez les personnes aux faibles revenus.

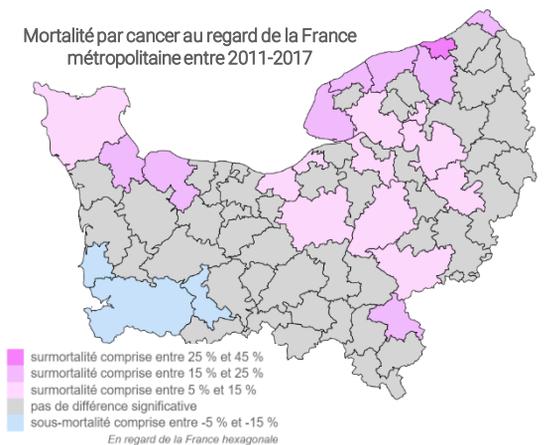
Surmortalité prématurée en Normandie au regard de la France métropolitaine entre 2011-2017



Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire au regard de la France métropolitaine entre 2011-2017

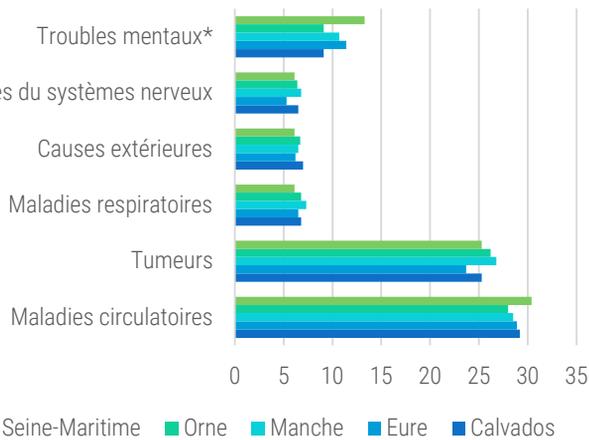


Mortalité par cancer au regard de la France métropolitaine entre 2011-2017



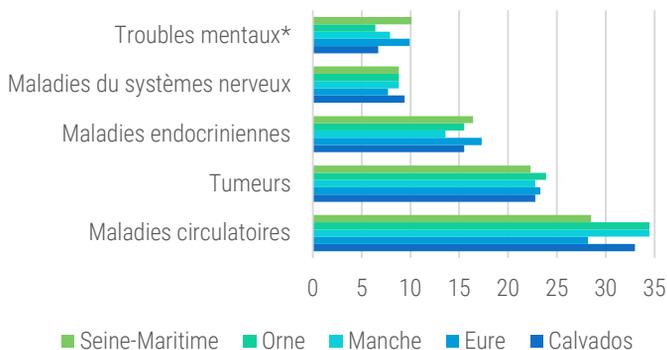
Sources des trois cartes : Inserm CépiDc, Insee - 2011-2017 - Normandie Etudes Observation

Principales causes de décès - 2011-2017 (en %)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - 2011-2017 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Principales causes de nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) (en %) - 2013-2020



Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI - 2013-2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

* Causes initiales, associée et comorbidité

A noter : d'autres déterminants sont à prendre en compte pour expliquer l'état de santé d'une population tels que la consommation d'alcool, de tabac, la consommation de fruits et légumes, la pratique d'activité physique et sportive, etc.



47,9 %

des médecins généralistes normands ont 55 ans ou plus (48,6 % au plan national).

Ce vieillissement est particulièrement prononcé dans les départements de l'Orne et de la Manche.

APERÇU DE L'OFFRE DE SOINS EN NORMANDIE

Une offre de soins de premier recours fragile selon la discipline avec de fortes disparités territoriales

En région, on observe une plus faible densité de généralistes libéraux ou mixtes notamment dans les départements de l'Eure et de l'Orne. Comme en France, le nombre de médecins généralistes baisse depuis quelques années.

Chez les infirmiers et kinésithérapeutes libéraux ou mixtes en région la densité est aussi plus faible qu'en moyenne en France, notamment dans le département de l'Eure. La densité est plus faible aussi dans l'Orne concernant les masseurs-kinésithérapeutes.

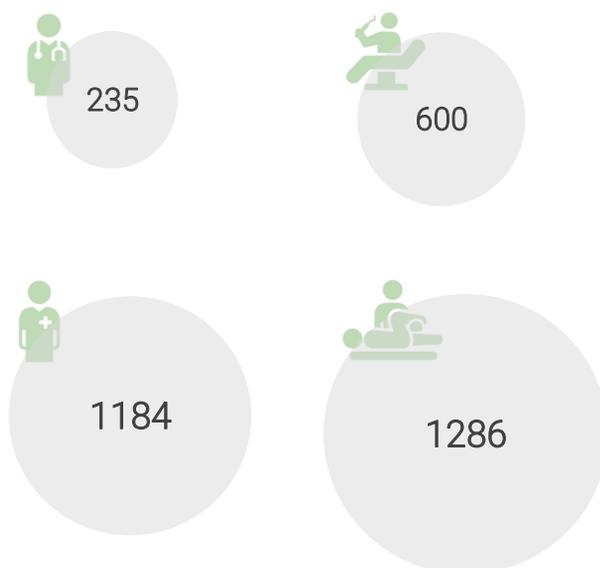
Le département du Calvados présente une situation plus favorable concernant la densité d'offre de soins.

Evolution du nombre de professionnels de santé en Normandie sur 5 ans, en 2021



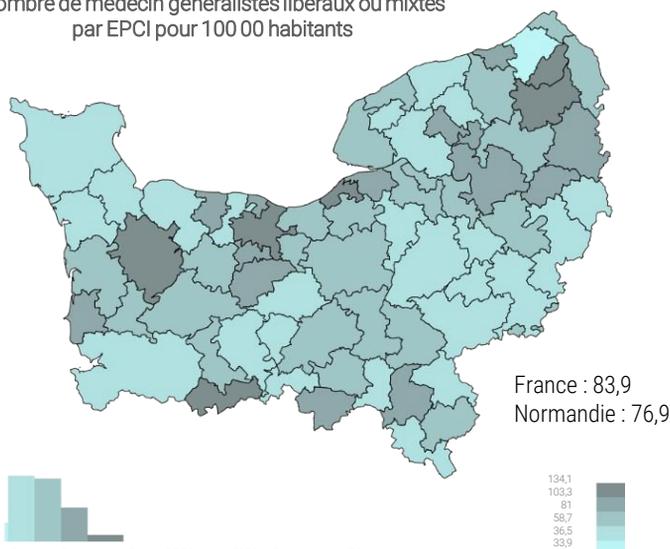
Sources : CartoSanté.fr, FNPS

Nombre de professionnels manquants en Normandie pour présenter une densité similaire au niveau national



Sources : INSEE, RP 2019, Drees / Asip-Santé - RPPS - Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Nombre de médecin généralistes libéraux ou mixtes par EPCI pour 100 00 habitants



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee, 2022 - Exploitation : NEO

Malgré une évolution positive du nombre de professionnels depuis 5 ans (hors médecin généralistes), les besoins en nombre de professionnels de santé, en comparaison à la densité au niveau national, restent conséquents.

Des disparités territoriales aussi pour les spécialistes

La région cumule des besoins importants en médecins généralistes avec un accès aux médecins spécialistes faible voire très faible sur certains territoires.

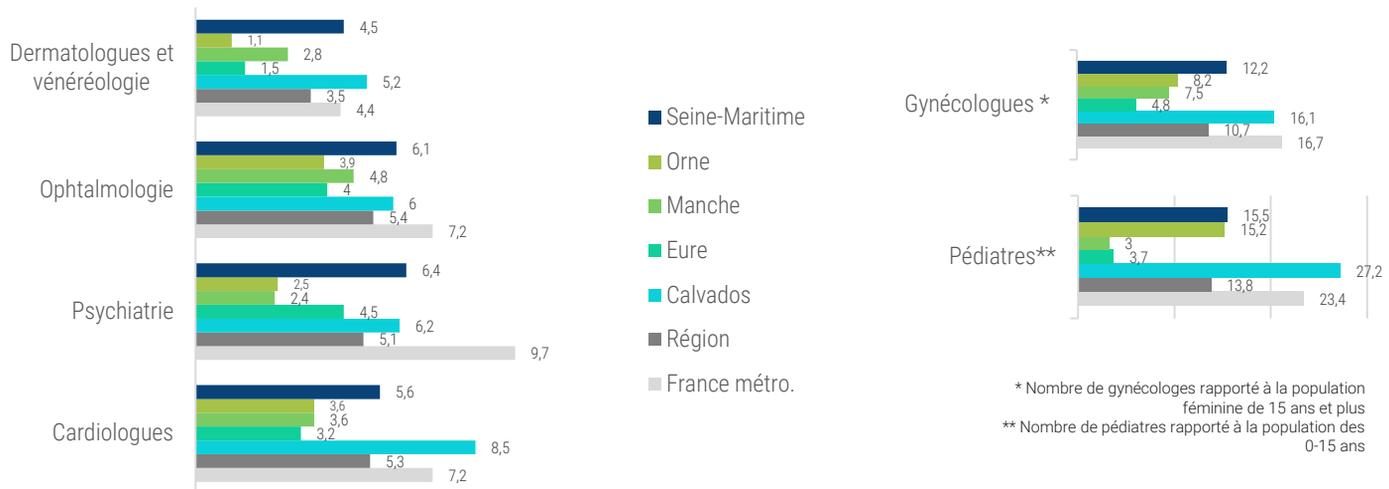
En effet, une faible démographie médicale est également constatée pour les spécialistes, notamment dans les départements de l'Eure, de la Manche et de l'Orne. Le Calvados apparaît de nouveau mieux doté en spécialistes.

S'ajoute à cette faible densité, une part plus importantes de spécialistes âgés de 55 ans ou plus, notamment dans la Manche et l'Orne.

10,7

Gynécologues libéraux pour 100 000 femmes en Normandie (16,7 en France métr.)
53,3 % ont 55 ans et plus

Nombre de spécialistes libéraux pour 100 00 habitants



Source : Drees / ASIP-Santé, répertoire RPPS, Insee-RP - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Focus sur deux autres professions de santé : les sages-femmes et les orthophonistes

De part leurs facteurs personnels, certaines populations sont plus vulnérables en santé : les enfants, les jeunes femmes ou encore les futurs mères, et d'autres barrières peuvent compliquer leur accès aux soins (précarité, isolement, barrière de la langue...). Nous proposons ici un focus sur 2 autres professions d'acteurs en santé en contact avec ces populations.

Les sages-femmes sont des professionnelles de premières lignes en matière de santé sexuelle (consultation gynécologique, contraception, prévention...) et de suivi de la mère et du nouveau né.

Les sages-femmes sont en moyenne moins nombreuses en région comparativement au niveau national, notamment dans l'Orne et l'Eure (19,7 et 24,1 sages-femmes pour 100 000 femmes), et toutefois plus nombreuses dans la Manche.

Si l'on s'intéresse aux orthophonistes, on observe en région une offre inférieure par rapport au niveau national et des écarts sont observés selon les départements normands. Par rapport au nombre d'habitants, il y a moins d'orthophonistes dans l'Orne que dans le Calvados (respectivement 17,9 orthophonistes pour 100 000 habitants contre 38,7)

A noter : Le nombre de professionnels de santé ne suffit pas à mesurer les enjeux de l'offre de soins. D'autres composantes sont aussi à considérer tels que l'activité médicale effective, les délais de rendez-vous, les tarifs pratiqués, l'accessibilité physique, la méconnaissance, etc.

43,9

sages-femmes libérales pour 100 000 femmes dans la Manche (31,9 en Normandie & 35,9 en France métr.)

28,4

orthophonistes libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants en Normandie (35,9 en France métr.)

Les inégalités sociales de santé et l'état de santé des populations résidant en quartier politique de la ville

Les Inégalités sociales de santé (ISS)

- Les ISS sont définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ».
- Le **niveau des ISS en France reste parmi les plus élevés** d'Europe de l'Ouest ,
- **13 ans** d'espérance de vie en moins chez les hommes aux revenus les plus modestes par rapport aux plus aisés ,
- Un **plus faible recours aux soins** et aux droits en général parmi **les plus modestes**.

Plus précisément :

- ➔ Présence d'inégalités territoriales reflète des disparités socio-économiques des territoires avec des ISS plus marquées dans les QPV.
- ➔ Présence de disparités dans l'offre et l'accessibilité locale aux services sanitaires, sociaux et médico- sociaux.

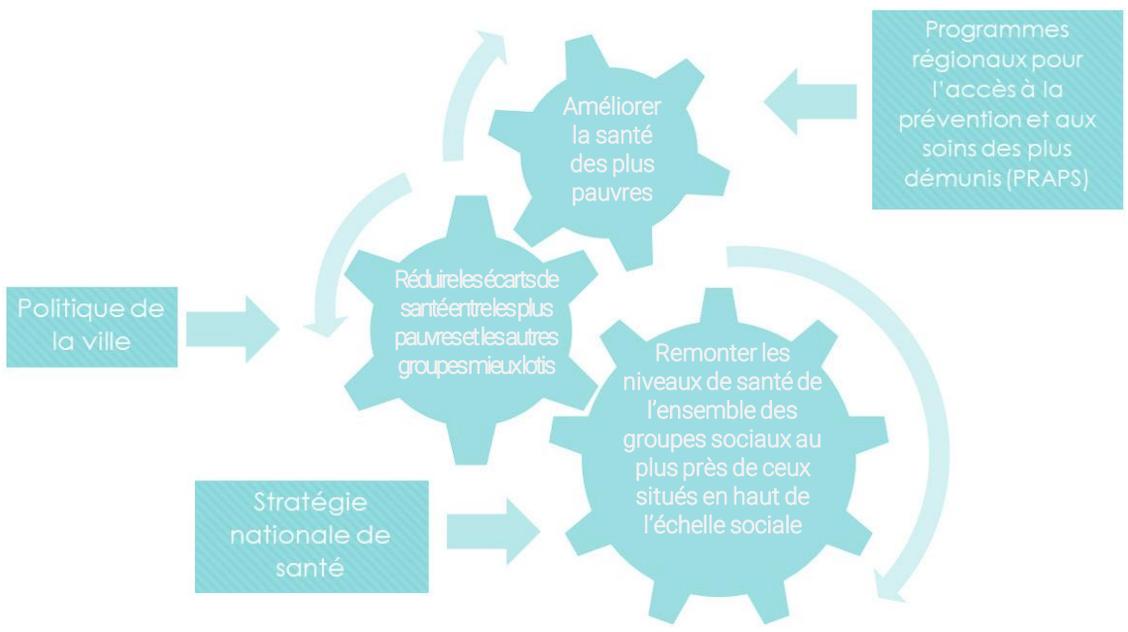
Elles sont également liées à une répartition inégale des déterminants sociaux de la santé, socialement construites et évitables et relèvent d'un gradient qui traverse l'ensemble de la population.



Source : ORS Ile-de-France, Question de santé illustrée

Retrouvez ici plus d'info sur la santé en QPV

Trois recommandations de l'OMS pour réduire les ISS et les outils mobilisables



Source : ORS-CREAI Normandie, 2019



L'état de santé des populations résidant en quartiers prioritaires (QPV)

Il est difficile de mesurer l'état de santé à l'échelle d'un quartier. Il y a peu de sources de données à une échelle aussi fine. On fait face au secret statistique et à un souci de fiabilité des données (faibles effectifs).

→ Nécessite de travailler sur les déterminants de santé (scolarisation, niveau de diplôme, CMU-C/C2S, pauvreté et emplois précaires, familles monoparentales...) et de s'appuyer sur des diagnostics partagés,

Pour agir sur la santé, il est nécessaire d'avoir une meilleure coordination des acteurs du champs social et sanitaire, avec la nécessité de rapprocher les centres de soins de la population.

Ce que l'on sait sur les inégalités sociales de santé

Les territoires en Politique de la Ville sont définis selon le critère de revenu par habitant.

La littérature a démontré depuis plusieurs années la relation étroite entre l'état de santé et la précarité.

Des inégalités sociales de santé marquées avec :

- Un plus faible recours aux soins et aux droits,
- Des comportements de santé à risque plus marqués (en lien avec la position sociale, profession et niveau d'éducation),
- Des inégalités de santé qui se perçoivent dès le plus jeune âge.

Zoom sur le renoncement et le non-recours aux soins

Renoncer 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)

→ Renvoie davantage à un besoin identifié et exprimé du point de vue des individus.

« **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)

→ Concerne un besoin de soins confirmé du point de vue médical mais qui n'est pas satisfait.

Le renoncement aux soins résulte du choix du bénéficiaire alors que le non-recours est lié au fonctionnement des institutions et des administrations publiques.

20 %

des français en moyenne renoncent ou reportent les soins
(Baromètre renoncement aux soins, Odenor, 2017)

Facteurs de renoncement aux soins

- Prix, niveau remboursement, reste à charge, situation financière, complémentaire santé,
- Délai, manque de temps / emploi du temps,
- Distance géographique / accessibilité,
- Méconnaissance / incompréhension du système ou des droits,
- Craintes, peur, « imaginaire collectif »,
- Lassitude, négligence, manque d'autonomie, contestation.

Populations les plus vulnérables

- Les jeunes (18-29 ans),
- Les personnes en situation de fragilité socio-économique.

Qui a la compétence santé ?

Le **système de santé reste assez centralisé**. Depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires HPST (2009), **l'État** reste chef de file, mais les collectivités sont davantage impliquées dans une gouvernance régionale pilotée par **les Agences régionales de santé (ARS)**, aux compétences étendues. Ces dernières sont chargées de mettre en œuvre la politique de santé en région.

L'implication des collectivités locales va davantage se porter sur la lutte contre la désertification médicale, affichée comme priorité face à la forte demande sociale, confrontant les collectivités à des tensions entre capacités à faire et capacités financières. Cette implication varie d'un territoire à l'autre.

Les **Régions**, si elles n'ont pas de compétences propres en matière de santé, agissent de manière partagée avec l'État et les ARS en œuvrant notamment dans les domaines d'aménagement du territoire et de la formation. En Normandie, la Région a d'ailleurs développé une stratégie spécifique santé.

Les **Départements**, au travers de leurs compétences, peuvent également agir sur les déterminants de santé de la population avec les politiques en faveur de la petite-enfance/enfance (ex : la protection maternelle et infantile - PMI) , des personnes âgées (ex : les dispositifs de coordination Méthode d'Action Intégration Autonomie - MAIA ou Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique - CLIC), la mise en place d'accès des services au public

dont des services de santé (par exemple le Département du Calvados a développé des « points info 14 » qui proposent un guichet unique dans certaines communes pour accéder, entre autres, aux services comme la Mutualité sociale agricole (MSA), l'Assurance maladie, etc.).

La **santé peut ainsi être développée via de nombreux domaines de compétences des collectivités** (regroupement de communes ou commune seule) sur les espaces verts, la propreté des espaces communs, la tranquillité publique, l'aménagement, l'habitat, les mobilités, la solidarité, la vie associative, l'éducation (restauration scolaire / Projet éducatif global (PEG)...), l'enfance ou encore les équipements sportifs (voire l'offre sportive dans certains cas).

Les collectivités peuvent également avoir une politique de soutien et d'accompagnement des structures associatives via l'attribution de subventions (de fonctionnement ou de projet) et ainsi être «soutenantes» dans le développement d'actions de santé (principalement en prévention et promotion de la santé).

La santé, une politique intersectorielle

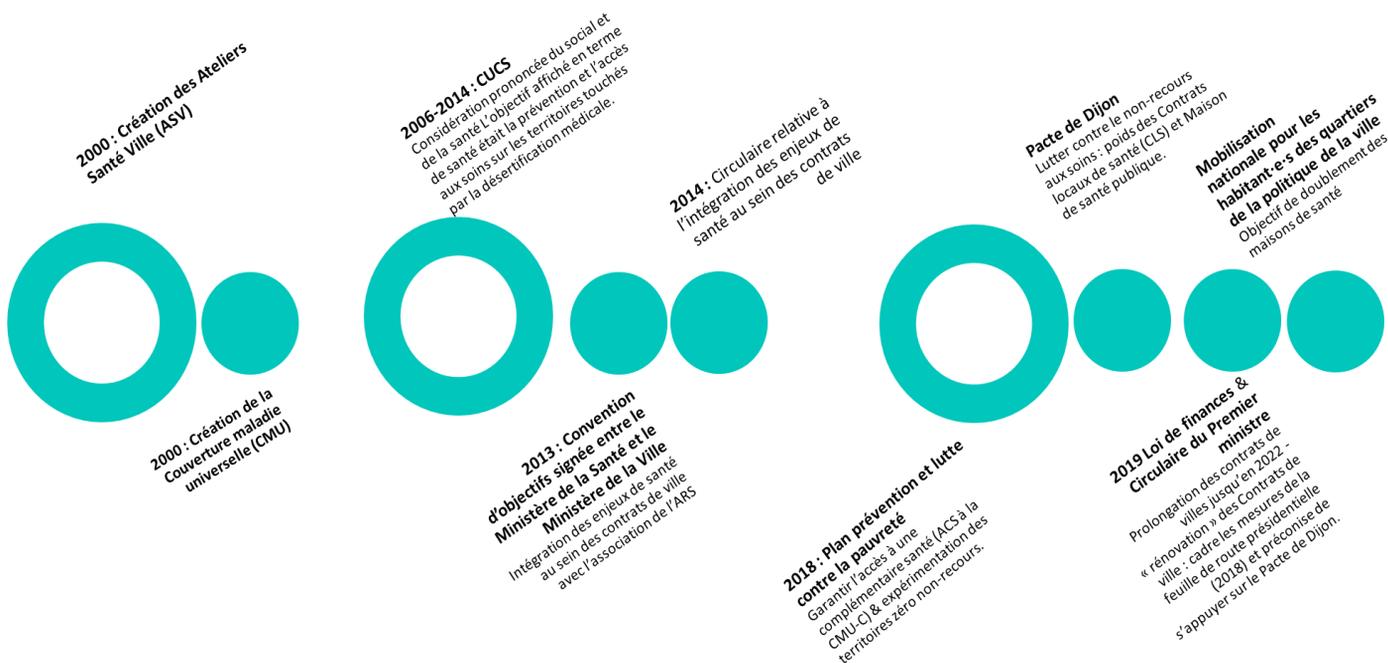


Source : ORS-CREAI Normandie, issu de La Santé dans la Ville ; cartographie réalisée par le Réseau français des Villes-Santé OMS

La santé dans la politique de la ville : émergence avec les ateliers santé ville

La question de la santé a été longtemps peu identifiée dans la politique de la ville. Selon les territoires et les sensibilités locales, différents axes sont privilégiés tels que l'accent sur le public jeune, les conduites addictives, les comportements à risques, l'accès à la santé pour les personnes isolées, etc.

Ci-après un schéma synthétique de l'intégration des questions de santé dans la politique de la ville :



Source : ORS-CREAI Normandie, 2019

4 Quelle est la politique nationale de santé, quelles orientations ?

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022

Cadre stratégique de la politique de santé en France, elle est définie par le gouvernement et se fonde sur l'analyse menée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses déterminants, et les stratégies d'actions envisageables. La SNS est mise en œuvre par les plans et programmes nationaux et outils régionaux avec notamment les projets régionaux de santé.

4 axes avec 43 objectifs nationaux

Une plus grande prise en compte des inégalités sociales de santé et des déterminants de santé dans les stratégies d'actions, dans une approche territorialisée avec une place plus importante des usagers et citoyens.



Zoom sur « Ma Santé 2022 » : lutter contre les inégalités d'accès aux soins par une meilleure organisation de la médecine de ville et une meilleure coopération entre les professionnels de santé

3 grands axes de transformations

Une réforme des études médicales

Suppression du numérus clausus et des épreuves nationales classantes, révision régulière des compétences des professionnels de santé.

Une organisation des soins de proximité

Promouvoir les projets territoriaux de santé, soutenir les exercices coordonnés et redéfinition des missions et modalités de gouvernance des hôpitaux de proximité avec un label et des groupements hospitaliers de territoire

Un développement de l'ambition numérique en santé

Développer un espace numérique de santé, déployer la télémédecine et le télésoin, développer une plateforme des données de santé (Health Data Hub)

6 actions pour améliorer l'accès aux soins

- Recruter au moins 400 médecins généralistes salariés dans les territoires qui en manquent,
- Développer les projets de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),
- Création d'une nouvelle fonction : assistant médical,
- Aider le regroupement de professionnels de santé exerçant en ville,
- Prioriser les stages dans les territoires en tension,
- Développer la télémédecine pour réduire les distances.

2022 : Ségur de la santé et Conseil national de la refondation Santé

La crise sanitaire Covid-19 a mis en exergue les difficultés du système de santé. Deux concertations à grande échelle ont été organisées pour apporter des réponses locales :

- le plan d'action du Ségur de la santé agencé autour de 4 piliers :
 - Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent
 - Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins
 - Simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé
 - Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers
- le Conseil National de la refondation en santé s'est bâti autour de 4 grands défis :
 - Donner accès à un médecin traitant ou à une équipe traitante à tous, en particulier aux plus fragiles
 - Avoir une réponse d'urgence partout, accessible et de qualité
 - Mobiliser les leviers locaux d'attractivité pour les métiers de la santé
 - Faire entrer la prévention dans le quotidien de tous les français

Le Projet régional de santé – PRS 2018-2022

Programmé pour 5 ans, la stratégie décrite dans ce document est de territorialiser la politique de santé dans le but d'améliorer la santé des Normands. Le PRS repose sur 3 principes fondateurs :

1. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales,
2. Faire de la prévention le premier levier de la qualité du parcours de santé et de vie
3. Accompagner la transformation du système de santé.

Ce document est composé de 3 documents complémentaires : le Cadre d'orientation stratégique (COS), le Schéma régional de santé (SRS) et le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le Cadre d'orientation stratégique (COS) & le Schéma régional de santé (SRS)

Avec une vision sur 10 ans, le COS détermine les objectifs généraux et résultats attendus en matière de santé, selon les axes prioritaires définis dans la SNS et les enjeux déterminés en région suite aux diagnostics régionaux et territoriaux.

Dix objectifs stratégiques qui portent sur 4 thématiques :

- L'organisation des parcours de santé,
- Le renforcement et la pertinence de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité de prise en charge et des accompagnements,
- Les effets sur les déterminants de santé,
- Le respect et la promotion des droits des usagers.

2 ambitions en Normandie

- un nécessaire portage collectif des enjeux de santé par l'ensemble des acteurs publics (intersectorialité / interministérialité)
- un besoin de conjuguer des objectifs de qualité des prises en charges et des accompagnements et d'innovation avec des impératifs de soutenabilité financière globale

Le SRS décrit le « *comment* » qui doit permettre d'atteindre les objectifs spécifiques et opérationnels aux orientations déterminées dans le COS. D'une durée de 5 ans, il permet aux ARS de travailler sur des objectifs transversaux, et notamment des publics en situation de vulnérabilité.

A noter : Le prochain PRS est en cours de construction.

Focus sur le Programme à destination des publics fragilisés : le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies – PRAPS 2018-2022

Intégré au PRS, le PRAPS est un programme qui porte une attention particulière aux personnes les plus en difficulté dans un objectif d'**ÉQUITÉ**.

Pour qui ? Personnes les plus éloignées du système de santé, présentant un état de santé plus dégradé que les personnes les moins défavorisées.

Enjeux prioritaires de coordination des politiques publiques

- **Décloisonnement** des politiques publiques : partenariat et travail de réseau (articulation entre les différentes politiques publiques) et sur les territoires de proximité par l'intermédiaire des coordinations (Plateforme Territoriale d'Appui, PTSM, ASV, CLS, CLSM, MAIA, Maison départementale de l'autonomie...).
- Développement de la **médiation santé** et **interprétariat** pour « aller-vers » et « faire avec » les populations pour leur redonner le pouvoir d'agir.
- **Sensibilisation** des professionnels de santé et du social à la question de la précarité pour soutenir une culture commune sur les spécificités de certains publics et précarité.
- **Meilleure observation** des inégalités et évaluation le PRAPS.

Agir sur les déterminants de santé et réduire les inégalités de sociales de santé

- Mailler les territoires prioritaires de ressources en prévention & promotion de la santé.
- Renforcer les actions sur les déterminants sociaux de santé.
- Accompagner le développement de programmes intersectoriels et participatifs de prévention, promotion de santé.

Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous

L'accès aux droits : s'appuyer sur PLANIR & MAS (ex-PFIDASS)

- Conforter la logique d'accompagnement pour atteindre les publics visés dans PLANIR (Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures) pour une démarche d'« aller-vers » et de lutte contre les inégalités d'accès aux droits,
- Mobiliser les partenaires et décloisonner.

L'accès aux systèmes de santé par des dispositifs passerelles : Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

- Consolider la coordination normande des PASS,
- Poursuivre la structuration des PASS somatique et le réseau professionnel de chaque territoire,
- Structurer les PASS dentaires pour répondre à un premier niveau de prise en charge et orienter vers le droit commun,
- Mieux articuler le réseau des PASS avec la psychiatrie pour mutualiser des outils de fonctionnement pour éviter les ruptures entre le somatique et le psychique.
- Expérimenter des dispositifs d'appui en milieu rural.

Le soutien des professionnels pour améliorer l'accès aux soins : les Plateforme territoriale d'appui (PTA)

- Aider les professionnels à mieux prendre en compte les situations complexes,
- Informer et former les professionnels sur les problématiques de santé des personnes en situation de précarité et sur les dispositifs existants.

Favoriser l'accès aux accompagnements médico-sociaux

- Accompagner les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour définir des modalités d'accueil et de prise en charge des publics en situation de précarité,
- Organiser l'examen et la résolution des situations les plus complexes,
- Développer les réponses apportées par les dispositifs médico-sociaux spécifiques.

Prendre en compte les personnes les plus vulnérables dans chaque parcours de santé et de vie

- Parcours périnatalité et développement de l'enfant
- Parcours de santé des enfants et des jeunes
- Parcours psychiatrie et santé mentale
- Parcours maladies chroniques, insuffisance cardiaque et asthme/BPCO
- Parcours cancers
- Parcours personnes en situation de handicap

Prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers (SDF, détenus, migrants, gens du voyage et personne en situation de prostitution)

Focus sur le plan régional de santé environnement - PRSE 2017-2021

« La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures » (Conférence OMS Helsinki, 1994).

Le troisième Plan régional santé environnement de Normandie (PRSE3) 2017-2021 signé conjointement par la Préfecture de région Normandie, la Région Normandie et l'Agence régionale de santé, propose des orientations visant à réduire les impacts des facteurs environnementaux sur la santé, mais aussi à agir localement pour un environnement favorable à la santé.

Le PRSE 3 repose ainsi sur 5 priorités :

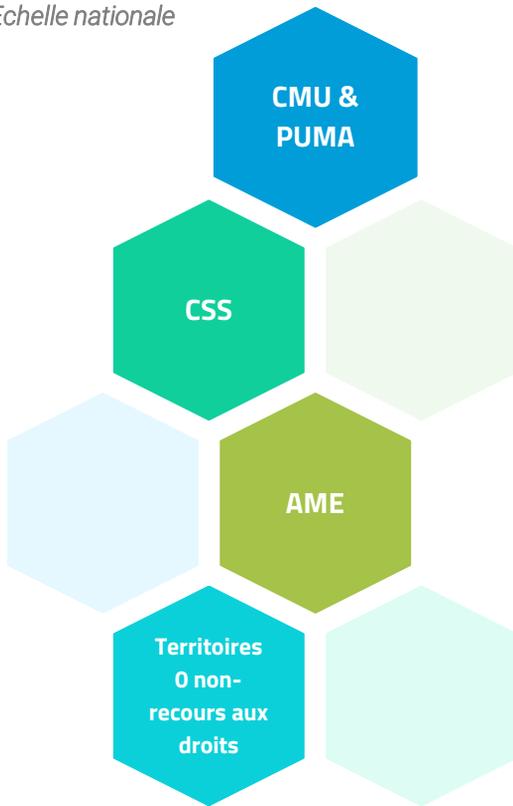
- Améliorer la qualité des eaux destinées à la consommation humaine et littorales,
- Agir pour des bâtiments et un habitat sain,
- Agir localement pour un environnement favorable à la santé pour tous,
- Limiter l'exposition à la pollution de l'environnement extérieur et aux espèces nuisibles à la santé humaine,
- Mieux observer, former et informer pour agir ensemble pour un environnement sain.

A noter : Les travaux pour construire le PRSE4 ont été lancés début 2023.

Les dispositifs et outils mobilisables en faveur de l'accès au système de santé et d'une meilleure coordination sur les territoires

Dispositifs et outils en faveur de l'accès aux soins

Echelle nationale



CMU & PUMA (Couverture médicale universelle / Protection universelle maladie)

Créée en 1999, la CMU garantit une prise en charge des frais de santé sans rupture de droits à toute personne qui travaille ou réside en France. En 2016, la PUMA entre en application et remplace la CMU sur le même principe de garantir les droits d'accès à la santé mais dans un objectif de simplification des démarches et de meilleure couverture.

CSS ou C2S (Couverture santé solidaire, ex CMU-C et ACS)

La CSS s'apparente à une mutuelle de santé gratuite, aide de l'Etat qui facilite l'accès aux soins des personnes ayant de faibles ressources et résidant en France. La CSS remplace par un contrat unique les deux anciens dispositifs de la CMU-C (Couverture médicale universelle complémentaire) et de l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé).

AME (Aide médicale de l'État)

Dispositif pour que les personnes en situation irrégulière puissent obtenir la prise en charge de leurs dépenses de santé, dès lors qu'elles justifient de 3 mois de résidence sur le sol français.

Territoires 0 non-recours aux droits

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté expose comme une des mesures clés, l'**expérimentation** de territoire 0 non-recours aux droits où tous les droits seraient effectifs pour tous, y compris pour les plus démunis, à l'image des territoires 0 chômeurs. Cette expérimentation remise en avant dans la loi dites « 3DS » se déploiera dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt en 2023.

Echelle locale

MAS (Mission accompagnement santé)

Développée par l'Assurance maladie, la MAS a pour objectif d'accompagner les assurés sociaux dans leurs démarches de soins pour ceux qui y auraient renoncé.

PASS (Permanence d'accès aux soins de santé)

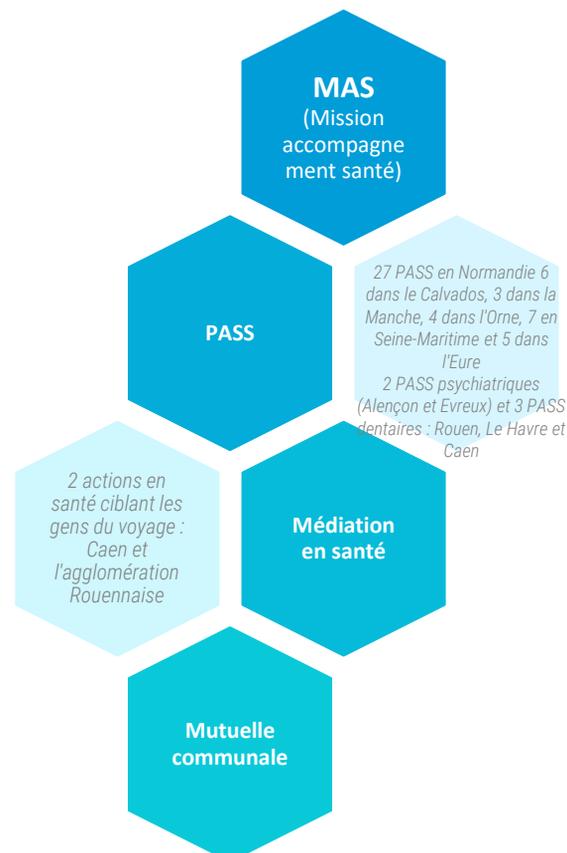
Ces cellules pluridisciplinaires de prise en charge médico-sociale doivent évaluer les situations, orienter et prendre en charge lorsque cela est nécessaire. Elles reposent sur un travail en réseau institutionnel ou associatif pour recourir, activer des droits communs pour définir un parcours de santé et aider aux démarches administratives, afin de faciliter l'accès aux soins, notamment des personnes en situation de vulnérabilité.

Médiation en santé

Pour réduire les inégalités de santé, un médiateur joue le rôle d'interface entre les personnes éloignées du système de santé et les structures de prévention et de soins. Sa mission est d'aider les personnes vulnérables à revenir vers le droit commun, en favorisant leur autonomie, par un changement des pratiques mais aussi des représentations notamment des professionnels de santé qui peuvent méconnaître les réalités vécues par ces personnes

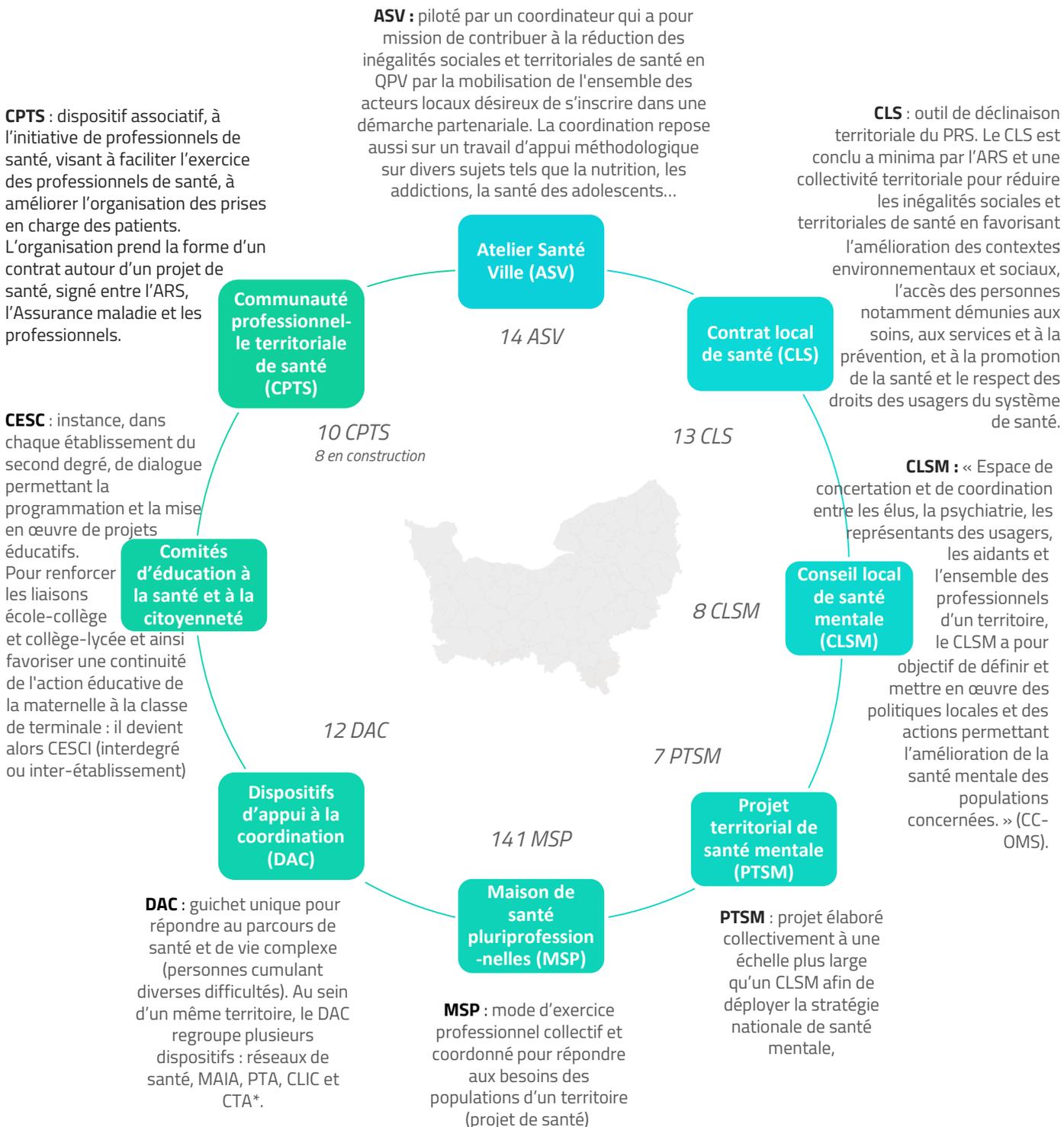
Mutuelle communale

Pour améliorer l'accès aux soins des administrés, les municipalités peuvent mettre en place des mutuelles communales



Dynamiques territoriales de santé : vers des démarches complémentaires

Les démarches de territorialisation de santé se concrétisent sur le terrain par la mise en place de différents dispositifs de coordination et de contractualisation en fonction des enjeux de santé identifiés et du projet de santé développé pour apporter des solutions en faveur de la santé des individus. Ces démarches diffèrent dans leurs objectifs, leurs territoires d'actions, et leurs modes de gouvernance et de financements.



* MAIA : méthodes d'actions pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'autonomie
 PTA : Plateforme territoriales d'appui
 CLIC : Centres locaux d'information et de coordination
 CTA : Coordination territoriale d'appui

Dispositifs politique de la ville qui agissent en faveur de la santé

Agir sur l'amélioration du sentiment de sécurité d'un quartier, sur la prévention et les soins des enfants et des jeunes, sur l'amélioration du cadre de vie par l'aménagement urbain, sur la diffusion d'informations santé via les adultes-relais... peuvent avoir des répercussions positives sur la santé des individus. La santé est intersectorielle (cf. déterminants de la santé). Quelques dispositifs spécifiques politique de la ville agissent tout particulièrement en faveur de la santé :

- Conseils locaux / intercommunaux de la sécurité et de la prévention de la délinquance (CLSPD/CISPD)
- Programme de réussite éducative (PRE)
- Cités éducatives
- Adultes-relais / médiateurs santé
- Projet de réaménagement urbain de l'Agence nationale de rénovation urbaine (ANRU) / actions d'Urbanisme favorable à la santé

Retrouvez ici le Kit politique de la ville de Normandie

Spécificités régionales normandes

141 maisons de santé ou PSLA sont ouvertes ou en cours d'ingénierie

En 2021

Pôles de santé libéraux ambulatoires - PSLA

Depuis 2000, une stratégie originaire de l'ex Basse-Normandie a été mise en œuvre pour répondre aux enjeux de démographie médicale et d'accès aux soins. Les acteurs régionaux (Union régionale des médecins libéraux, Union régionale de l'assurance maladie, Agence régionale d'hospitalisation (avant les ARS)) ont appuyé l'exercice coordonné et regroupé de professionnels de santé sous forme de Pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA). Ce regroupement contribue à maintenir et consolider l'accès aux soins ambulatoires et de proximité sur les territoires en tension. Les projets reposent sur le principe « 3 x 15 » : 15 professionnels de santé, sur un territoire de 15 000 habitants, accessible à moins de 15 minutes pour les habitants. Les PSLA ont la même dynamique que les CPTS, mais à l'échelle du bassin de vie. Une Charte partenariale pour le développement des PSLA a été signée en 2017 renouvelant la première signée en 2008.

Charte Télémédecine

Sous l'impulsion de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie, l'ARS Normandie, la Région Normandie, les Départements, la Préfecture de région, la fédération des URPS, les fédérations hospitalières, les ordres professionnels, l'Assurance maladie et la MSA ont élaboré une Charte régionale sur le déploiement de la télémédecine dans la région. Cette charte, signée en juillet 2019, a pour objectif de favoriser la poursuite du développement de la télémédecine tout en garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, dans le respect de la réglementation.

RTPS : Réseau normand des référents territoriaux en promotion de la santé

Les RTPS poursuivent des missions similaires aux Ateliers Santé Ville (ASV). Cependant les RTPS interviennent à une échelle plus grande que les ASV, et conformément à un référentiel validé par la Région et l'ARS.

Ils sont financés par les ARS et la Région avec le soutien des EPCI et/ou établissements de santé.

Références bibliographiques

- A. Guichard et L. Potvin, Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? in L. Potvin et coll, La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010
- Agence Régionale de santé de Normandie, Le programme régional de santé en Normandie, 2018
- Banques des des Territoires, Politique de la ville / Santé - Une circulaire précise la méthode pour élaborer le volet santé des contrats de ville, février, 2015
- Circulaire N°SG/CGET /2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville
- C. Allonier et al., Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage, Irdes, 2009
- DREES, L'Etat de santé de la population en France, Septembre 2022, n°102
- Institut Montaigne, La France en morceaux, Baromètre des Territoires 2019
- Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, La Stratégie de lutte contre la pauvreté, 2018
- Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.
- Région Normandie, La Région investit dans la santé des Normands

Des ressources utiles pour parler de santé en quartiers prioritaires, produites par l'ORS-CREAI Normandie :

[Observatoire régional des quartiers normands](#) : composé de « Fiches repères » statistiques et de « Fiches mise en lumière » d'actions

[Le Kit politique de la ville](#) : repères et dispositifs normands mobilisables dans le cadre de la politique de la ville

[Données à l'échelle des établissements publics de coopération intercommunale \(EPCI\), 2022](#)

[Etat des lieux en QPV – Avril 2020](#)

La page ressources des [Rendez-vous de la santé en QPV](#) : vidéos replay de présentation des politiques publiques liées à la santé, vidéos replay de retours d'expériences d'acteurs du département, bibliographies, repères pour l'action

www.orscreainormandie.org



Association ORS-CREAI Normandie

Association ORS-CREAI Normandie
Espace Robert Schumann
3 place de l'Europe
14200 Hérouville-Saint-Clair
02.31.75.15.20
contact@orscreainormandie.org
www.orscreainormandie.org

Directeur de publication :
Pierre-Jean LANCRY,
président de l'ORS-CREAI
Normandie

Coordination et rédaction de la
publication :
Lucie Lechat

La réalisation de ce focus santé est
financièrement soutenu par la Région
Normandie, l'Agence régionale de santé et
l'ANCT.

