



## SOMMAIRE

p. 02-03

### Introduction

*La plateforme Normandie Etudes Observation, c'est parti !*

p. 04-05

### Zoom sur les travaux des partenaires de la plateforme

*Cartes interactives sur les établissements et services médico-sociaux  
La santé des jeunes*

Dossier thématique : les travaux prioritaires de la plateforme

*Handicap  
Pauvreté*

◀ p. 06-08

p. 09

### Lus pour vous

*En Normandie  
En France*

p. 10-14

### Dispositifs nationaux

*L'Observatoire national de la politique de la ville  
FINISS*

p. 15

### Dispositifs européens

*Profils nationaux de santé*

p. 16

### Agenda

# INTRODUCTION

## La plateforme Normandie Etudes Observation, c'est parti !

### PREMIER COMITÉ DE PILOTAGE

La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS), l'agence régionale de santé (ARS) et la Région Normandie ont officiellement installé la plateforme Normandie Études Observation (NEO), dispositif partenarial d'observation de la santé, du médico-social et du social, le 29 mai dernier à Rouen.

Sous la co-présidence de l'État, de l'ARS et de la Région Normandie, le comité de pilotage a été introduit par Valérie DESQUESNE, directrice de la stratégie de l'ARS, Isabelle ROBERGE, cheffe de service Aménagement, santé et territoires vulnérables à la région Normandie et Sylvie MOUYON-PORTE, directrice régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Normandie.

D'une même voix, elles ont rappelé que NEO bénéficie de l'expérience des plateformes d'observation sociale et sanitaire de Basse et de Haute-Normandie initiées au début des années deux mille et dont NEO est le fruit.

Elles ont également précisé que la plateforme normande s'inscrit dans une volonté commune des acteurs de la santé, de l'action sociale et médico-sociale de mieux partager l'information et de s'appuyer sur une solide capacité d'observation et l'expertise cumulée de ce réseau de professionnels.

Pour ce premier comité de pilotage normand, l'ensemble des partenaires signataires ou membres associés des ex-plateformes de Basse et de Haute-Normandie a été convié : services déconcentrés de l'État, établissements publics administratifs, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, associations sociales, médico-sociales et de santé, observatoires existants, universités et instituts de formations sociales, sanitaires et éducatives, unions professionnelles des champs du social, du médico-social et de la santé.

Ce Copil a permis de présenter en détail aux partenaires présents (caisse primaire d'assurance maladie (Cpam), conseil départemental, institut régional du travail social (IRTS) de Caen, fédération des acteurs de la solidarité de Normandie (FAS), agence d'urbanisme Caen métropole (AUCAME), DRDJSCS, maison départementale des personnes handicapées (MDPH), etc.), les objectifs, le fonctionnement et les outils à disposition des membres de cette plateforme d'observation. Les échanges ont été nombreux.

Pour consulter la charte de fonctionnement de la plateforme NEO rendez-vous sur : [www.normandieobservation.org](http://www.normandieobservation.org)



Photo réalisée par la DRDJSCS Normandie

## LES OUTILS DÉJÀ EN PLACE

Les partenaires de la plateforme disposent désormais d'un [site internet](#) dédié pour :

- ▶ Accéder facilement aux travaux déjà publiés par la plateforme et ses partenaires\*
- ▶ S'informer sur l'actualité des partenaires
- ▶ Accéder facilement à l'espace [Open data](#) ainsi qu'à une base d'indicateurs territorialisés



\* en lien avec le Catalogue interactif régional de consultation des études (CIRCE) piloté par la Région et la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) de Normandie.

Ils pourront utiliser, pour leurs besoins propres et communs, une base d'indicateurs territorialisés. Cet espace numérique dédié aux partenaires de la plateforme, permettra d'obtenir des indicateurs valides et colligés, calculables sur différents échelons géographiques de la région (communes, EPCI, départements) et pour la France hexagonale.

Ces données pourront également être cartographiées facilement, des compétences en géomatique n'étant pas nécessaires.

Cette base sera accessible aux membres de la plateforme *via* un accès Internet sécurisé, à l'aide d'un login et mot de passe individualisés.

Une formation initiale sera proposée à tous les partenaires qui souhaitent identifier des utilisateurs, après signature de la charte de fonctionnement.

Les premières sessions de formation seront organisées en début d'année 2020 à Caen et à Rouen.

## LES PREMIÈRES PERSPECTIVES DE TRAVAIL

Le comité de pilotage de la plateforme a permis un temps d'échange sur les propositions et les attentes des différents partenaires pour le programme de travail 2019-2020, en complément des outils déjà en place.

Deux thématiques ont été identifiées comme prioritaires :

- ▶ Observation des parcours et des besoins des personnes en situation de handicap ;
- ▶ La situation normande en matière de pauvreté en lien avec la déclinaison régionale de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Le premier comité technique réuni en octobre dernier a échangé sur la mise œuvre de ces chantiers en 2020 et envisagé la constitution de groupes de travail dédiés, par appel à candidatures auprès des membres de la plateforme. En tant que de besoin, les groupes pourront s'ouvrir à des expertises complémentaires, conformément à la charte de fonctionnement de la plateforme.

## zoom sur les travaux des partenaires de la plateforme



### CARTES INTERACTIVES SUR LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR ENFANTS ET ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP

*Observatoire social du Département de l'Eure*

En juin 2013, le Département de l'Eure a souhaité se doter d'un observatoire social dont l'une des missions est de recenser l'offre à destination des personnes en situation de handicap.

A cet effet le Pôle Ressources, Ingénierie et Développement Social (PRIDS.) du département de l'Eure a élaboré deux cartes interactives sur les établissements et services médicosociaux (ESMS) pour enfants et adultes en situation de handicap.

Ces dernières renseignent pour chaque établissement ou service, le nombre de places autorisées, le type de déficience ou handicap accompagné ainsi que le mode d'accueil ou de prise en charge.

La mise à jour de ces deux applications se fait tous les ans avec le concours de la direction solidarité autonomie du

Département de l'Eure et l'ARS Normandie, sources des données utilisées.

Elles sont disponibles sur le site Eure en Normandie ou aux adresses suivantes :

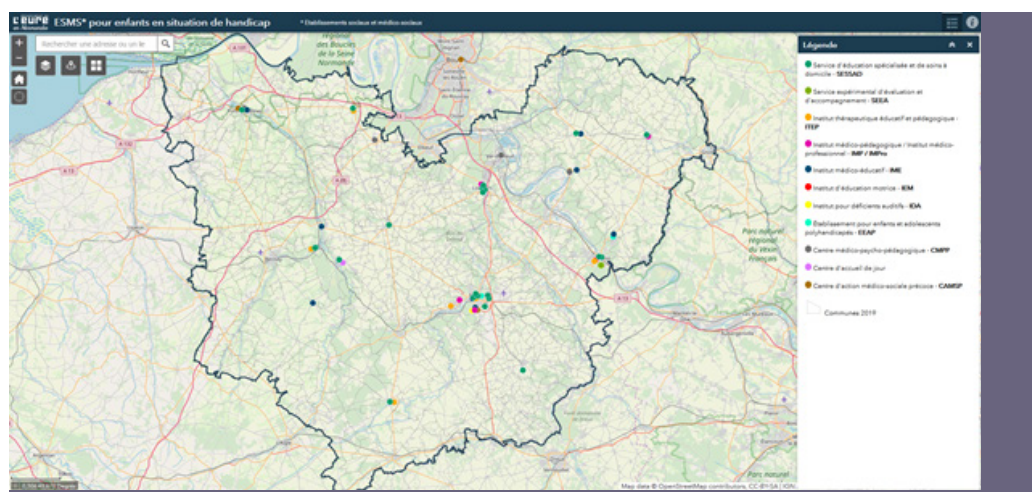
Pour adultes :

<http://eure.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=0b734ad6517e4010bdbe3d8f68a12bbc>

Pour Enfants :

<http://eure.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=bac7c79ed582471bb020c5458a4990ae>

Producteur : Département de l'Eure, Délégation aux politiques sociales, PRIDS



Dans la même démarche, le PRIDS a réalisé d'autres cartes interactives également disponibles sur Eure en Normandie :

- les EHPAD et USLD ;
- les résidences autonomie ;
- les crèches ;
- les sites départementaux d'accueil social ou médico-social sans rendez-vous;
- les actions et dispositifs de mobilité pour le public en insertion.

## ► La santé observée en Normandie

Dans le cadre de ses missions sociales de valorisation et de diffusion de l'information, l'ORS-CREAI Normandie produit des synthèses thématiques intitulées « La santé observée en Normandie ». Ces travaux reprennent les principales données concernant la santé de la population (indicateurs de santé disponibles, ressources régionales en matière de prévention et de soins) afin de les mettre à la disposition de l'ensemble des partenaires du champ sanitaire, social et médico-social.

Ce nouveau numéro consacré à la santé des jeunes a été réalisé avec la collaboration des membres du groupe de travail « Observation de la santé des jeunes », émanation du comité de pilotage animé par l'ARS réunissant les différents acteurs régionaux concernés par la santé des jeunes. Ce groupe de travail a été mis en place en 2018, avec pour objectifs de partager et mutualiser les informations détenues par chacun des partenaires (ARS, Région, DRDJSCS, rectorat, conseils départementaux, assurance maladie, UC-IRSA, Santé publique France, MDPH, PJJ, SUMPSS, maisons des adolescents...) et mener une réflexion commune avec notamment la réalisation et la mise à jour annuelle d'un tableau de bord d'indicateurs régionaux.

Cette publication présente un ensemble d'informations et de statistiques disponibles, issues des bases de données nationales, régionales ou plus locales et des divers travaux d'études conduits sur les différentes thématiques concernant la santé de jeunes. Ces données sont également complétées de certaines ressources territoriales.

### QUELQUES FAITS MARQUANTS EN RÉGION NORMANDIE

#### Environnement familial et inégalités sociales de santé

- En Normandie comme en France, un enfant sur huit vit dans une famille sans actif occupé.
- Des familles monoparentales moins nombreuses en Normandie qu'en France métropolitaine, mais plus précaires

#### Situation scolaire ou professionnelle des jeunes de 6 à 30 ans

- Des jeunes sortant du système scolaire avec un niveau d'études légèrement inférieur en Normandie.
- Une entrée sur le marché du travail plus précoce chez les jeunes normands.

#### Pratiques et comportements de santé

- Les jeunes se considèrent globalement en bonne santé.
- Les jeunes normands présentent un profil de surconsommation de substances psychoactives.
- Des comportements alimentaires moins bons chez les jeunes, particulièrement parmi les hommes.
- Entre 20 et 30 % des jeunes seraient en situation de surpoids ou d'obésité, les femmes plus fréquemment sur les situations extrêmes.
- ...

... Pour accéder à la publication :

[www.orscreainormandie.org](http://www.orscreainormandie.org)  
**Santé observée en Normandie – La santé des jeunes**



## Enquête EnJeu Santé ◀

Enquête auprès des JEUnes sur la Santé (EnJEU Santé) est un dispositif de recueil pérenne de données mis en place en Normandie à la demande de l'ARS en lien avec les rectorats des académies de Caen et de Rouen et les établissements scolaires publics de la région. Son objectif est de disposer d'indicateurs territorialisés régulièrement actualisés sur la santé des élèves dans leur première année au collège.

Ce dispositif repose sur un outil informatisé. Une partie de l'enquête est renseignée par les infirmières scolaires lors du dépistage obligatoire de la douzième année de l'élève, l'autre est renseignée directement par l'élève.

Dans le questionnaire infirmier sont notées les observations issues des examens infirmiers effectués lors de la visite obligatoire et leur éventuelle prise en charge par un professionnel de santé ainsi que leurs problèmes de santé. Le questionnaire élève aborde la famille, les relations amicales, la scolarité, l'hygiène de vie, l'alimentation et les pratiques sportives, à l'utilisation des écrans et à internet, les consommations de cigarettes et d'alcool, la santé mentale et les actions d'éducation à la santé.

Pour l'année scolaire 2017-2018, 5 129 questionnaires infirmiers et 3 885 questionnaires élèves ont été collectés dans les 81 collèges participant de l'Eure et la Seine-Maritime. L'enquête est désormais étendue au Calvados, à la Manche et à l'Orne. Les résultats mettent en évidence des disparités territoriales devant être prises en compte par les acteurs de prévention dans l'orientation et la conduite de politiques publiques. L'extension en cours de l'enquête à l'ensemble de la région permettra de disposer d'indicateurs dans la lutte des inégalités sociales et territoriales de santé, axe majeur de la politique de santé en Normandie.

Pour accéder à la publication : [www.or2s.fr](http://www.or2s.fr) - Enquête EnJeu Santé

## Les travaux prioritaires de la plateforme

### CHANTIER PRIORITAIRE N°1 : OBSERVATION DES PARCOURS ET DES BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

#### QUATRE CHIFFRES CLÉS POUR LA NORMANDIE

**63 465** allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) <sup>1</sup>

**11 914** enfants percevant l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé AEEH<sup>2</sup>

**23 796** places pour enfants et adultes en situation de handicap dans près de **610** établissements et services médico-sociaux<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sources : Cnaf, CCMSA 2016- FNORS Score santé

<sup>2</sup> Sources : Cnaf, CCMSA 2016- Plateforme NEO - Open data

<sup>3</sup> Source : ARS - Rapport d'activité 2018

**A**u cours des trente dernières années, le champ du handicap a été principalement marqué par trois grandes lois.

1. La loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés du 10 juillet 1987.
2. La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002.
3. La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées de février 2005.

Cette dernière loi est venue consolider certaines des dispositions des lois précédentes, renforcer les droits des personnes en situation de handicap (compensation, ressources, accès à l'emploi...) et donner une définition du handicap :

*« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Par ailleurs, elle a créé les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sous la direction des Départements chargées d'un ensemble de missions : information, accueil et écoute, évaluation des besoins de compensation, élaboration du plan de compensation, attribution de prestations, orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle, suivi des décisions, médiation et conciliation.

Sous l'impulsion de différents textes, des évolutions sont aujourd'hui constatées ou en marche. Néanmoins, beaucoup reste à faire pour améliorer les parcours de vie et de santé des personnes en situation de handicap. La mobilisation de l'ensemble des acteurs publics, ARS et Départements en première ligne mais aussi acteurs des politiques de droit commun (emploi, logement, culture...), du secteur associatif, de la société civile demeure toujours aussi nécessaire. Pour orienter les politiques publiques et suivre l'évolution de la situation, les besoins en informations quantitatives et qualitatives sont importants et font appel à de multiples sources ou dispositifs de recueil.

Le schéma régional de santé 2018-2023 de Normandie, publié en juillet 2018, affiche ainsi parmi ses objectifs prioritaires celui d'améliorer la connaissance des besoins du public et de promouvoir des outils partagés (objectif n°27). Le schéma souligne plus précisément la nécessité de développer « l'observation partagée des besoins et des réponses pour les personnes en situation de handicap, notamment avec les conseils départementaux et les MDPH dans le cadre de la mise en œuvre de leur système d'information », en lien avec la plateforme NEO.

Le comité de pilotage de la plateforme a donc retenu cette problématique prioritaire pour 2019-2020 et invité à la mise en place d'un groupe de travail dédié visant à structurer une fonction régionale d'observation des personnes en situation de handicap associant les institutions concernées et les représentants d'usagers et de familles afin de :

1. Partager les informations disponibles : données quantitatives et qualitatives sur les enfants, adolescents et adultes en situation de handicap, leurs principales caractéristiques, leurs modalités d'accompagnement dans les étapes de leur parcours : scolarisation, emploi, vie à domicile, vie en établissement, insertion professionnelle...
2. Capitaliser et mettre ces informations en discussion à des fins d'aide à la décision pour les porteurs de politiques publiques concourant au bien-être des personnes en situation de handicap et de leur famille.
3. Identifier collectivement des domaines, questionnements, problématiques insuffisamment documentés nécessitant des investigations complémentaires.

L'animation des travaux a été confié à l'ORS-CREAI Normandie qui procédera début 2020 à un appel à candidatures auprès des membres de la plateforme NEO pour composer ce groupe.

## CHANTIER PRIORITAIRE N° 2 : APPUYER LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ EN RÉGION

### RETOUR SUR LA STRATÉGIE NATIONALE

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté a été annoncée par le Président de la République le 13 septembre 2018. Elle a pour ambition de refonder la lutte contre les inégalités de destin et de permettre une égalité des chances réelles.

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté est axée autour de cinq engagements (cf. encart ci-contre) résulte d'un important travail de concertation et déploie sur trois ans un système de 21 mesures pour un engagement budgétaire de l'ordre de 8,5 milliards d'euros. L'application de ces mesures s'inscrit dans un travail conjoint entre l'État et les territoires, les acteurs institutionnels et associatifs locaux, les entreprises et tout particulièrement les conseils départementaux, chefs de file de l'action sociale. La mise en œuvre de la stratégie au niveau régional est coordonnée par les dix-huit hauts commissaires dédiés à la lutte contre la pauvreté.

La stratégie se décline dans les territoires par la signature d'une centaine de conventions État-départements, signée depuis février 2019. Chaque convention comprend un volet « socle » et un volet « initiatives ». Commun à tous les départements, le volet « socle » prévoit des objectifs et résultats à atteindre sur les priorités de la stratégie pauvreté et qui exigent une action immédiate pour l'ensemble des citoyens (interdiction des sorties sèches de l'aide sociale à l'enfance, généralisation des référents de parcours et du premier accueil social inconditionnel de proximité, amélioration de l'insertion et de l'accompagnement des allocataires du RSA, développement de la Garantie d'activité. La partie « initiatives » vise à financer les projets portés par les départements, à condition qu'ils s'inscrivent dans le cadre de la stratégie pauvreté et que puisse être documenté leur impact sur les habitants. Les thématiques investies par les départements sont variées : soutien à la parentalité, protection maternelle et infantile, levée des freins périphériques à l'emploi, inclusion numérique, accès à l'alimentation, participation des personnes, réussite éducative, etc.

La stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté contient un nombre conséquent de mesures qui relèvent du domaine de la loi, à commencer par le revenu universel d'activité et le service public de l'insertion. Un projet de loi portant les ambitions du gouvernement sera dédié aux politiques de prévention et de lutte contre la pauvreté et d'investissement social. Il sera discuté au Parlement dans le courant de l'année 2020.



### 5 engagements

1. L'égalité des chances dès les premiers pas pour rompre la reproduction de la pauvreté ;
2. La garantie au quotidien des droits fondamentaux des enfants ;
3. La garantie d'un parcours de formation pour tous les jeunes ;
4. L'amélioration de l'accessibilité des droits sociaux, plus équitables et plus incitatifs à l'activité ;
5. L'investissement pour l'accompagnement de tous vers l'emploi.

# LE DÉVELOPPEMENT DE LA STRATÉGIE PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ EN RÉGION

**D**ix-huit hauts-commissaires à la pauvreté, rattachés à chaque préfet de région ont été nommés par le Premier ministre. Ils ont pour mission d'assurer le pilotage et la mise en œuvre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté dans les territoires. Le haut-commissaire de la région Normandie, Christian Forterre, a pris ses fonctions le 2 septembre 2019 dernier, auprès du préfet de la région Normandie pour permettre un pilotage et un déploiement de la stratégie au plus près du territoire.

En région, quinze groupes de travail ont été mis en place pour travailler et réfléchir sur différentes thématiques pour prévenir et lutter contre la pauvreté. Ces groupes sont pilotés par différentes institutions et composés de représentants variés de la société (structures publiques, associations, entreprises et personnes concernées (ou ont été) par une situation de précarité). L'intérêt à travers ces groupes de travail est d'avoir une réflexion

## QUELQUES CHIFFRES CLÉS POUR LA NORMANDIE

Taux de pauvreté : **13.7 %** (vs 14 % en France) <sup>1</sup>

Médiane du revenu disponible par Unité de Consommation : **20 301 €** <sup>1</sup>

Part des foyers fiscaux non imposés : **58.3 %** <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Source : Insee, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) - 2016  
<sup>2</sup> Sources : Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP - 2017, Plateforme NEO - BTI

globale des problématiques et de permettre aux acteurs de la région de se mobiliser sur des objectifs adaptés aux territoires et aux populations ciblées, et en repérant les projets encourageant.

Chaque région de France dispose d'un espace collaboratif numérique pour y retrouver ou partager des documents et actualités sur la stratégie en région, des événements inscrits à l'agenda, un annuaire de l'ensemble des acteurs de la région et un accès documentaire par département, notamment pour suivre la contractualisation. Cet espace de travail partenarial est

supervisé par l'Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA) et le Haut-Commissaire.

*Le comité de pilotage de NEO souhaite appuyer la stratégie de lutte contre la pauvreté en région et a invité à la mise en place d'un groupe de travail dédié visant à structurer une fonction régionale d'observation et notamment apporter une vue d'ensemble des quinze groupes thématiques constitués en région. Un appel à candidatures auprès des membres de la plateforme pour composer ce groupe sera fait début 2020.*

## La stratégie de lutte contre la pauvreté en région Les 15 groupes thématiques mis en place

 <p><b>1 Offre d'accueil du jeune enfant</b> Piloté par la CAF</p>	 <p><b>2 Formation petite enfance</b> Piloté par l'IFEN Formation</p>	 <p><b>3 Parentalité &amp; centres sociaux</b> Piloté par la CAF</p>	 <p><b>4 Hébergement &amp; logement</b> Piloté par le groupe SOS Nord-Ouest et la FAS Normandie</p>	 <p><b>5 Alimentation</b> Piloté par le CCAS de Port Jérôme Sur Seine et la DRAAF</p>
 <p><b>6 Santé</b> Piloté par l'assurance maladie</p>	 <p><b>7 Réussite scolaire</b> Piloté par l'éducation nationale</p>	 <p><b>8 Insertion des jeunes</b> Piloté par l'ARML</p>	 <p><b>9 Sortants de l'ASE</b> Piloté par le conseil départemental de l'Orne</p>	 <p><b>10 Parcours d'insertion</b> Piloté par Pôle Emploi</p>
 <p><b>11 Offre d'accompagnement</b> Piloté par le conseil départemental de l'Eure</p>	 <p><b>12 Accès aux droits</b> Piloté par la CAF et le conseil départemental de la Manche</p>	 <p><b>13 Formation travail social</b> Piloté par le CCAS de l'Eure et le conseil départemental de l'Orne</p>	 <p><b>14 La participation</b> Piloté par l'UDAF 50</p>	 <p><b>15 Engagement des entreprises</b> Piloté par le MEDEF Normandie</p>

Source : Espace collaboratif lutte contre la pauvreté en Normandie

<https://espace.lutte-pauvrete.gouv.fr/>



En Normandie



LE CHÔMAGE EN RÉGION

L'INSEE a publié en octobre 2019 deux études complémentaires relatives au chômage en Normandie et à son évolution. Ainsi, l'Insee montre qu'au second trimestre 2019, le taux de chômage s'élève à 8,3 % en région soit un taux très proche du niveau national. Le taux de chômage continue ainsi de reculer (- 0,7 point en un an en région et - 0,6 point au plan national) et atteint, comme en France, son plus bas niveau depuis début 2009. Ce taux place néanmoins la Normandie au 5<sup>e</sup> rang des régions les plus touchées. À l'échelle infrarégionale, des disparités fortes sont observées avec un département de la Manche qui présente un des taux de chômage les moins élevés de métropole (6,2 %, 89<sup>e</sup> rang par ordre décroissant du taux de chômage) à l'inverse de la Seine-Maritime (9,5 %, 17<sup>e</sup> plus élevé). L'Eure, avec 8,5 %, se situe légèrement au-dessus de la moyenne nationale, tandis que le Calvados et l'Orne un peu en dessous (respectivement 7,7 % et 7,8 %).

SILVESTRE E. : [Le recul du chômage se poursuit dans toutes les zones d'emploi normandes, Insee Flash Normandie n° 88, 2019-10](#)  
 SILVESTRE E. : [Le chômage au plus bas depuis 2009 - Note de conjoncture régionale - 2<sup>nd</sup> trimestre 2019, INSEE Conjoncture Normandie n°20, 2019-10](#)

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE POUR LA RÉALISATION D'UN DIAGNOSTIC LOCAL EN SANTÉ ENVIRONNEMENT EN NORMANDIE



La DREAL, la DRAAF, l'ARS, la Région, Santé publique France – cellule de Normandie et l'ORS-CREAI Normandie, dans la suite des travaux menés pour l'élaboration de l'état des lieux préalable au PRSE3, ont publié un guide méthodologique pour la mise en œuvre d'un diagnostic local en santé environnement (DLSE). Ce guide a donc pour objectif d'accompagner tout acteur ou décideur local souhaitant réaliser un DLSE et notamment d'aider aux choix des indicateurs nécessaires, ce qui en représente une étape importante.

Le guide méthodologique proposé se structure en six parties : méthode pour réaliser un diagnostic local, recherche documentaire, analyse de données issues des systèmes d'information statistiques et de grandes enquêtes, approche qualitative complémentaires, ressources documentaires et sources mobilisées.

LUCAS N., GONDEAUX P., YON A. (et al.) : [Réalisation d'un diagnostic local en santé environnement en Normandie. Guide méthodologique, ARS Normandie, DREAL Normandie, Région Normandie, Santé publique France, Direction de régions Cellule Normandie, Association ORS-CREAI Normandie, 2019, 191 p.](#)

En France



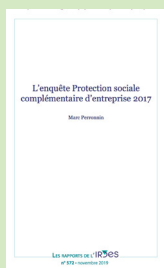
L'OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

En 2018, Médecins du Monde a accueilli plus de 24 000 personnes dans ces différents dispositifs, majoritairement des hommes pour les deux tiers d'entre elles, et quasiment toutes de nationalité étrangère. Du point de vue de la santé, ce sont plus de 22 000 consultations de médecine générale qui ont été réalisées. Les problèmes les plus couramment rencontrés sont d'ordre digestif (24 %), ostéoarticulaire (20 %) et respiratoire (20 %). Cinq patients sur dix souffrent d'une pathologie chronique.

Une pathologie psychique ou psychiatrique a été diagnostiquée chez près de 9 % des patients, mais les auteurs du rapport pensent que ce chiffre est sous-estimé : angoisse, stress, troubles psychosomatiques sont les problèmes de santé mentale les plus nombreux. Les personnes qui ont été victimes de violence ont une prévalence plus élevée de ces troubles.

En abordant la santé des travailleurs du sexe, Médecins du Monde constate que 64 % de ces travailleurs ont connu une détérioration de leurs conditions de vie depuis la loi du 13 mars 2016.

[Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France, octobre 2019](#)



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

En 2017, 96 % des salariés avaient une couverture complémentaire santé d'entreprise suite à la signature de l'accord national interprofessionnel (Ani) de 2013. L'employeur finance en moyenne 60 % du coût de la formule de base, proportion restée stable par rapport à 2009, année de la précédente édition de PSCE. L'accès à la complémentaire santé a le plus progressé parmi les salariés des très petites entreprises ou ayant un faible salaire. Néanmoins, ces mêmes salariés se voient offrir des niveaux de couverture plus faibles et sont plus souvent dispensés d'adhésion. Enfin, trois quarts des établissements employant 91 % des salariés proposent un contrat de prévoyance.

[Marc Perronnin, L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017, Irdes, rapport n° 572, novembre 2019](#)

# OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA POLITIQUE DE LA VILLE (ONPV)

Plusieurs missions lui sont attribuées :

- ▶ Analyser la situation et les trajectoires des résidents des quartiers prioritaires.
- ▶ Mesurer l'évolution des inégalités et des écarts de développement au sein des agglomérations.
- ▶ Contribuer de manière indépendante à l'évaluation de la mise en œuvre des politiques en faveur de ces quartiers prioritaires.
- ▶ Évaluer le progrès en matière de participation des habitants aux instances décisionnelles de la politique de la ville.
- ▶ Élaborer une méthodologie nationale et apporter son concours aux structures locales d'évaluation.
- ▶ Analyser spécifiquement les discriminations et les inégalités entre les femmes et les hommes, dans les quartiers prioritaires.
- ▶ Élaborer un rapport annuel sur l'évolution des quartiers prioritaires de la politique de la ville, remis au gouvernement et au parlement et rendu public.

La Normandie compte 62 quartiers prioritaires politique de la ville (QPV). Près de 6 % de la population normande vit dans un QPV. Ces



territoires sont définis selon le niveau de revenu des habitants.

On observe sur ces territoires des taux de pauvreté au-dessus de la moyenne nationale. Des inégalités sociales s'observent entre les habitants de ces quartiers et le reste de la population. Des moyens sont alloués spécifiquement pour ces territoires afin de réduire les écarts et améliorer leurs conditions de vie au travers de la politique de la ville.

L'observatoire spécifique à ces territoires les plus défavorisés existe depuis 2003. Créé par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014, l'Observatoire national de la politique de la ville succède à l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) et au Comité d'évaluation et de suivi de l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (CES de l'ANRU). L'ONPV constitue un outil de suivi et d'évaluation globale de la mise en œuvre de la politique de la ville. Il a pour intérêt d'outiller les acteurs de la politique de la ville en apportant une meilleure connaissance des quartiers ciblés par la politique de la ville et permettant d'évaluer les actions et politiques mises en œuvre.

Il rassemble les études et recherches publiées par les organismes publics d'information (services statistiques publics, observatoires nationaux, centres d'études nationaux), les organismes publics ayant un rôle dans la politique de la ville (pôle emploi, Agence nationale de rénovation urbaine...), les centres d'études et les revues de recherche en sciences politiques ou sociales.



Le dernier rapport produit par l'ONPV porte sur la thématique de l'emploi et développement économique dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Les habitants des quartiers prioritaires politique de la ville sont plus souvent affectés par

des parcours d'insertion plus erratiques (accès au premier emploi plus long, période d'emploi plus courte...), par un taux de chômage deux fois et demi plus élevé, des conditions d'emploi plus précaires (plus d'embauches en contrat à durée déterminée ou en missions d'intérim), des créateurs d'entreprises proportionnellement moins nombreux, des trajectoires professionnelles impactées par les parcours scolaires plus courts des jeunes et par leurs caractéristiques sociales, un effet négatif propre lié à la résidence en quartiers prioritaires. (rapport disponible sur <http://www.onpv.fr/publications>).

En plus d'un rapport annuel, l'ONPV réalise des études thématiques et alimente ainsi un site internet fournissant les plus anciennes publications produites par l'ONZUS et le CES de l'ANRU.

Par exemple, un focus thématique a été réalisé sur les personnes en situation de handicap dans les QPV (disponible sur : <http://www.onpv.fr/theme/sante>)

## DE FINESS VERS FINESS 2020

Le répertoire FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) constitue la référence en matière d'inventaire des structures et des équipements des domaines sanitaire, médico-social et social et de leurs autorisations. Le répertoire sert de référentiel à de nombreux systèmes d'information mis en œuvre au sein du ministère des Solidarités et de la Santé ou par les opérateurs nationaux de la sphère sanitaire et sociale. La complétude, la fiabilité et la pertinence des données du répertoire constituent donc un enjeu crucial pour le ministère, pour les organismes de la sphère sanitaire et sociale ainsi que pour le grand public.

Créé par une circulaire du 3 juillet 1979, l'assise réglementaire du répertoire FINESS a été confortée par la publication d'un arrêté ministériel publié au

journal officiel en date du 21 novembre 2013.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Solidarités et de la Santé est chargée de la maîtrise d'œuvre du répertoire. La maîtrise d'ouvrage est assurée conjointement par la DREES, la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Les ARS, DRDJSCS ou DDCS et la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL), en Ile-de-France, assurent la mise à jour du répertoire en continu.

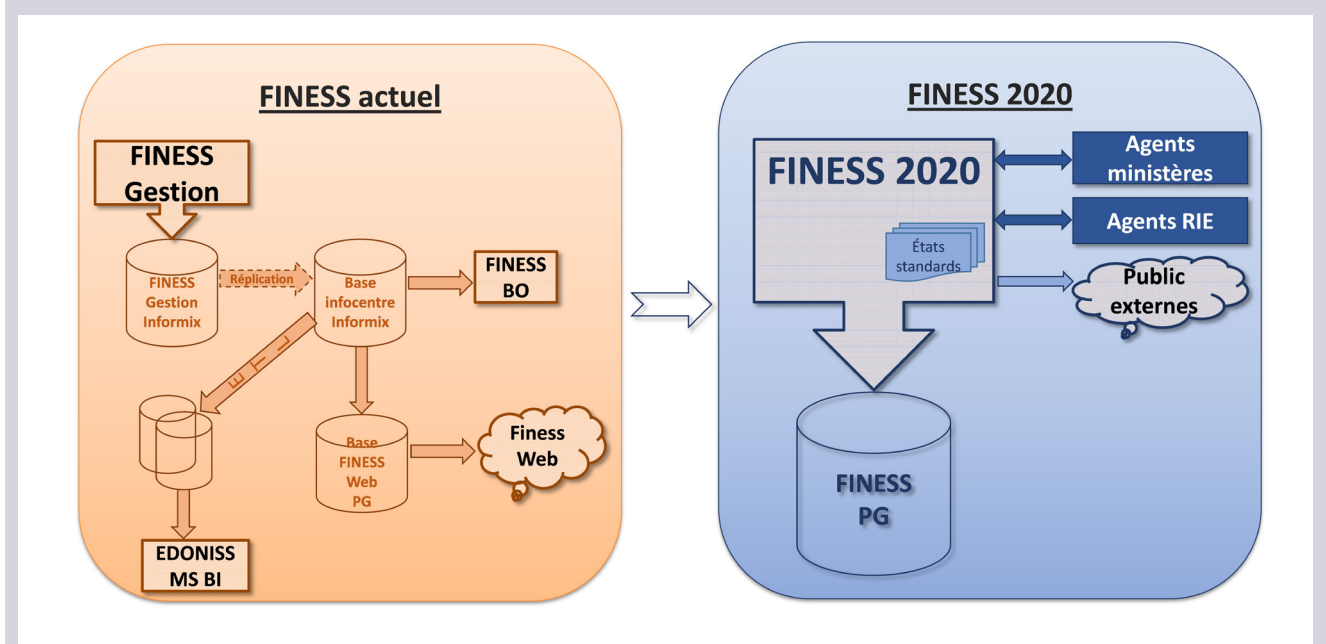
Agé d'aujourd'hui 40 ans, FINESS utilise un modèle de données difficilement conciliable avec les besoins actuels, repose sur des technologies

devenues obsolètes et fait face à un risque de ne plus pouvoir faire évoluer l'application de gestion ni de bénéficier d'assistance technique. Les coûts d'évolution sont élevés et les temps de mise en production inadaptés. Compte tenu de son obsolescence technique et de ses insuffisances fonctionnelles, la refonte du répertoire était devenue absolument nécessaire.

Au fil des années, des projets de refonte (RMESS : Référentiel mutualisé des établissements sanitaires et sociaux puis RU : Référentiel unifié) ont été entrepris mais n'ont jamais été menés à terme.



### De FINESS vers FINESS 2020





Le projet de refonte actuel du répertoire FINESS a fait l'objet d'une étude préalable menée courant 2017. Le début des travaux, liés à la refonte proprement dite, est intervenu au début de l'année 2018.

Une phase préparatoire, précédant les opérations informatiques de conception et de réalisation, a réuni différents profils d'utilisateurs du répertoire (gestionnaires, statisticiens, utilisateurs des données, représentants des systèmes d'information liés au répertoire, etc.), provenant d'administrations centrales, d'ARS, de DRDJSCS, de l'Assurance maladie et de la

sphère sanitaire et sociale, au sein d'ateliers (sémantique, gouvernance de la donnée, spécifications fonctionnelles générales) permettant de garantir la pluralité des approches.

Ces utilisateurs seront réunis, à nouveau, au cours du premier semestre 2020, pour participer à la phase de recette du nouveau répertoire qui prendra le nom de FINESS 2020. FINESS 2020 sera opérationnel à la fin de l'année 2020.

### Les principales nouveautés de FINESS 2020

- Un système centralisé et unique pour la gestion et la diffusion simple,
- De nouvelles notions : le Groupe, le Site, l'Entité géographique (EG) qui remplace l'Etablissement (ET),
- La fonctionnalité Historisation qui a pour objectif de suivre et d'enregistrer les modifications avec des informations de gestion permettant d'identifier les causes et les conséquences de ces changements,
- La fonctionnalité Traçabilité des mises à jour,
- La fonctionnalité Événements (fusion, cession, rachat, etc.) des structures,
- Amélioration de la qualité des données, en s'appuyant sur des référentiels externes, *via* des interfaces de programmation d'application (API).

## Les conventions de transmission des actes administratifs, en matière sociale et médico-sociale, relevant de la compétence exclusive du Président du Conseil Départemental.

Dans le but de fiabiliser le répertoire FINESS, l'article L313-3 nouveau du CASF, modifié par l'article 205 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dispose que le président du conseil départemental transmet au représentant de l'État dans la région ou au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) tout acte d'autorisation relevant de sa compétence exclusive en matière sociale ou médico-sociale.

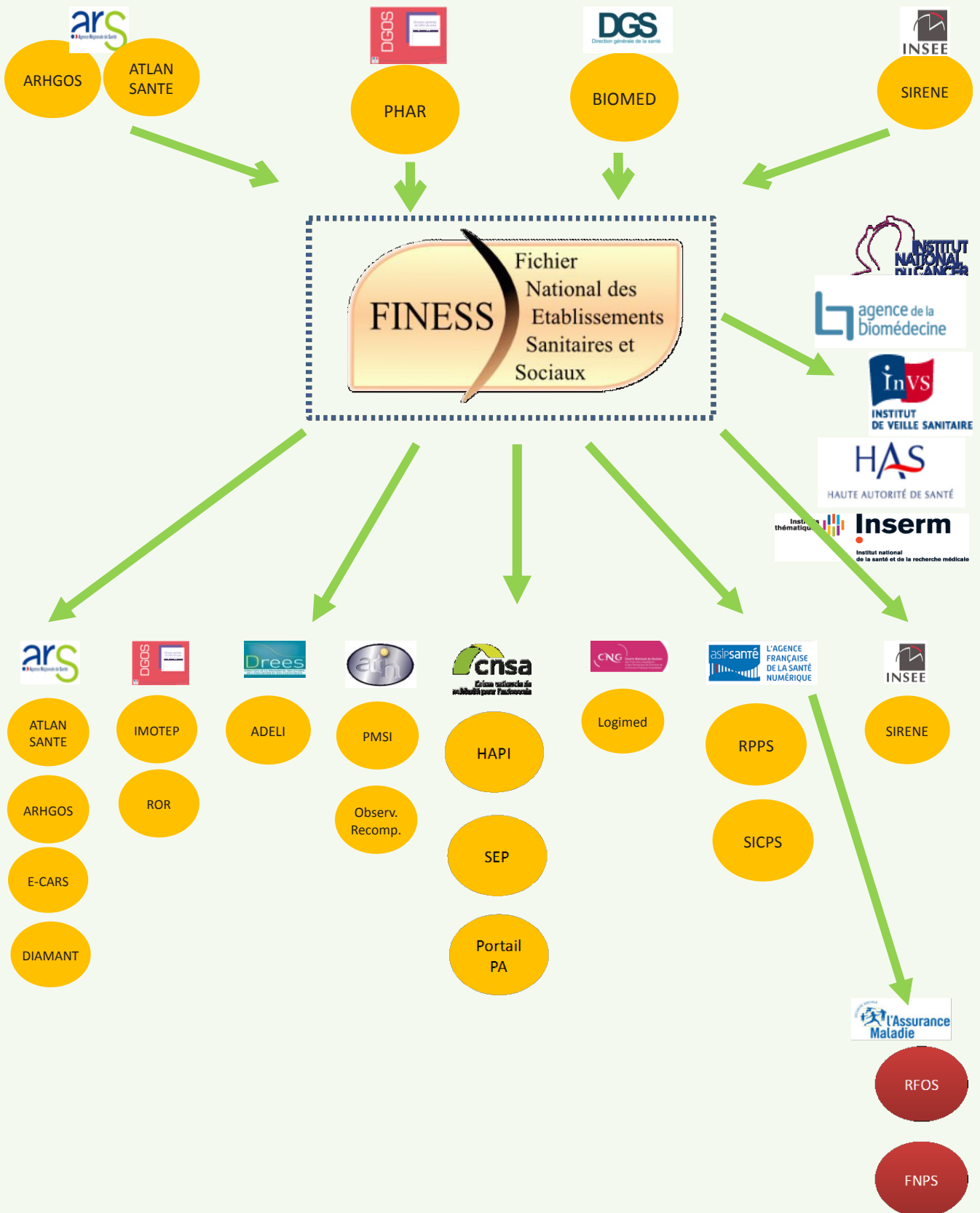
Le contenu et les modalités de transmission sont définis par le décret n° 2016-1759 du 16 décembre 2016 relatif à la transmission des actes d'autorisation en matière sociale relevant de la compétence exclusive du président du conseil départemental.

Dans un premier temps, l'ARS et la DRDJSCS Normandie se sont accordées sur un modèle de convention qu'elles ont soumis ensuite aux conseils départementaux de la région. Le modèle initial pouvait être adapté aux spécificités de chaque conseil départemental. Suite aux différents échanges, une convention était adoptée et signée par les trois parties.

La convention prévoit que les actes pris avant la date du 1<sup>er</sup> février 2017 (le stock) devaient être transmis au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Les actes pris par le conseil départemental à compter du 1<sup>er</sup> février 2017 (le flux) seront désormais transmis dans un délai de deux mois à compter de la date de leur signature.

En décembre 2019, quatre départements normands ont conventionné avec l'ARS et la DRDJSCS Normandie.

# FINESS : LES SYSTÈMES D'INFORMATION CLIENTS ET FOURNISSEURS



## PROFILS NATIONAUX DE SANTÉ



Pour accéder aux profils nationaux de santé :

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), France: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

[https://ec.europa.eu/health/state/country\\_profiles\\_fr](https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_fr)

L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (OMS-Europe) ont rédigé une trentaine de profils nationaux couvrant tous les États membres de l'Union européenne ainsi que l'Islande et la Norvège. Ils mettent en exergue les enjeux actuels en matière de politique de santé et les réponses qu'apportent chacun des États concernés. Bâti à partir d'une méthode standardisée, chaque profil est néanmoins adapté aux particularités de chacun des pays pour rendre l'analyse la plus pertinente possible.

Chaque profil national donne un aperçu de la situation sanitaire et des déterminants de la santé, axés sur les facteurs de risque comportementaux. Il présente l'organisation du système de santé et analyse son efficacité, son accessibilité et sa capacité d'adaptation. Ces trois derniers aspects constituent pour les auteurs des profils «le triple objectif présenté dans la communication de 2014 de la Commission, qui vise à transformer les systèmes de santé en Europe et à les rendre aptes à affronter l'avenir». Ces profils sont produits depuis 2017 dans le cadre du cycle sur l'état de santé dans l'Union. Ils constituent une base unique de connaissance et d'informations sur le système de santé nationaux pays et permettent leur comparaison.

### LES PRINCIPALES CONCLUSIONS DE LA SITUATION FRANÇAISE

Les auteurs du profil national français mettent en exergue huit conclusions sur le système de santé français et son incapacité certaine à répondre aux enjeux futurs avec la persistance d'inégalités sociales de santé fortes.

Ils remarquent ainsi que la France a consacré en 2017 plus de 11 % de son PIB pour la santé, la plus grande part avec l'Allemagne parmi les pays de l'Union européenne. Les dépenses de santé françaises par habitant étaient au sixième rang des pays de l'Union auparavant. Les régimes d'assurance santé publics finançaient 78 % de l'ensemble des dépenses de santé, et les assurances privées obligatoires en couvraient 5 %. Ils indiquent que la proportion de besoins médicaux non satisfaits est généralement faible, bien qu'importante pour les prestations peu prises en charge par l'Assurance maladie, telles que l'optique, les appareils auditifs et les soins dentaires.

Ils ajoutent que si l'espérance de vie en France est l'une des plus longues de l'Union, elle s'est ralentie depuis ces dernières années et montre des grandes disparités dû au statut socio-économique des personnes. Après 65 ans, les maladies chroniques et les incapacités deviennent majeures.

Ils regrettent dans l'ensemble que les politiques de santé publique et de prévention soient traditionnellement négligées en France. Si la stratégie nationale de santé (2018-2022) a permis d'allouer une enveloppe de 400 millions d'euros sur cinq ans pour financer des programmes de prévention destinés à toutes les tranches d'âge, et si certaines mesures prises antérieurement ont déjà eu une incidence positive sur la réduction de facteurs de risque majeurs, tels que les consommations de tabac et d'alcool, ils estiment que ces consommations restent malheureusement supérieures à la moyenne de consommation constatée dans l'Union. Cependant, ils se disent satisfaits de la création du logo «nutri-score» pour améliorer les habitudes alimentaires et lutter contre l'obésité ou des

campagnes de sensibilisation qui accompagnent la vaccination des enfants, dont les onze vaccins que le Gouvernement a rendu obligatoires et qui montrent déjà leurs effets positifs.

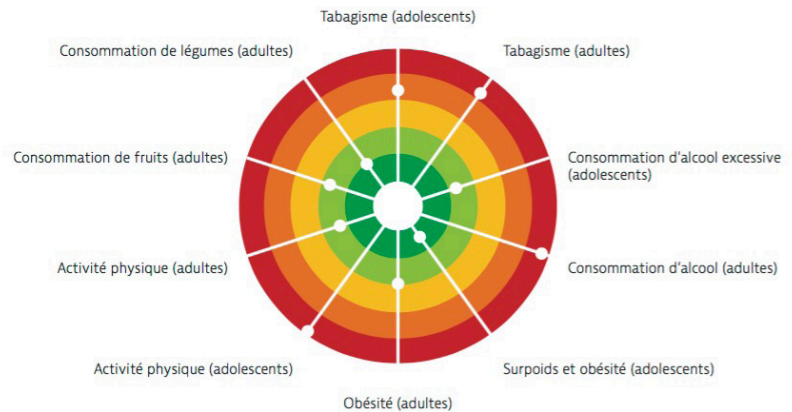
Concernant l'offre de soins, ils reprennent l'inquiétude face à la pénurie grandissante de médecins, d'autant plus que 45 % de ceux en exercice aujourd'hui ont 55 ans ou plus. Jusqu'à 8 % de la population française vivent dans des zones où l'accès à un médecin est potentiellement limité ou en sous-dotation de médecins (les «déserts médicaux»), principalement dans des zones rurales et défavorisées. Ils insistent sur des mesures prises depuis une décennie pour encourager le recrutement et le maintien de médecins dans ces zones, notamment par des incitations financières pour aider à l'installation et la création de maisons médicales pluridisciplinaires. Ils soulignent que le Gouvernement espère multiplier leur nombre par deux entre 2017 et 2022, ou encore supprimer le *numerus clausus* et le concours d'entrée en médecine.

Les mesures récentes pour améliorer l'accès aux soins, comme l'élargissement du rôle de certains professionnels de santé, est jugée intéressante : infirmiers et pharmaciens sont désormais

autorisés à administrer le vaccin contre la grippe aux personnes âgées et à d'autres groupes à risque. Les infirmiers peuvent également jouer un plus grand rôle dans la gestion des maladies chroniques, telles que le diabète. Le nouveau statut d'assistant médical a aussi été créé pour décharger les médecins généralistes des tâches administratives et ainsi dégager du temps médical.

Enfin, ils consacrent le renforcement depuis 2016 des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), pour améliorer la coordination entre les prestataires de soins primaires et les spécialistes, et améliorer les soins pour les patients de plus en plus nombreux atteints de maladies chroniques.

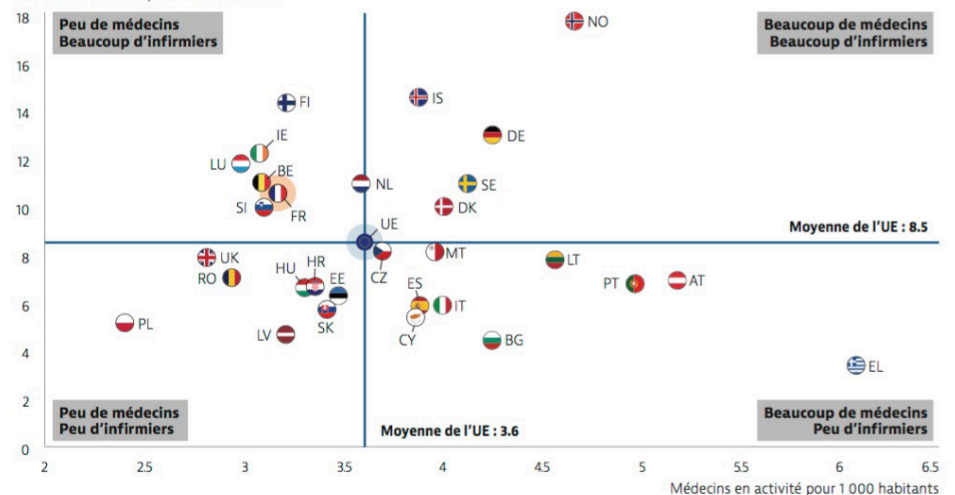
**Graphique 6. Le tabagisme, l'alcool et une activité physique réduite sont des problèmes de santé publique importants**



Remarque : plus le point est proche du centre, meilleur est le classement du pays par rapport aux autres pays de l'UE. Aucun pays ne se situe dans la « zone cible » blanche centrale, car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines.  
Source : calculs de l'OCDE à partir de l'enquête ESPAD 2015 et l'enquête HBSC 2013-2014 pour les indicateurs concernant les enfants ; et des statistiques de EU-SILC 2017, du Baromètre santé français 2018, d'EHIS 2014 et des statistiques de l'OCDE sur la santé de 2019 pour les indicateurs concernant les adultes.

**Graphique 9. La France compte moins de médecins par habitant que la moyenne de l'UE mais plus d'infirmiers**

Infirmiers en activité pour 1 000 habitants



Remarque : Au Portugal et en Grèce, les données concernent tous les médecins autorisés à exercer, ce qui conduit à une surestimation importante du nombre de médecins en activité (d'environ 30 % au Portugal, par exemple). En Autriche et en Grèce, le nombre d'infirmiers est sous-estimé, car il ne comprend que ceux qui travaillent en environnement hospitalier.  
Source : base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2017 ou de l'année la plus proche).

# AGENDA

**17 janvier 2020**  
**Bordeaux**

Rencontre nationale  
"Alimentation et santé"

Organisation : Fabrique  
Territoires Santé  
Programme : [cliquez ici](#)

**30 janvier 2020**  
**Orléans**

Espaces verts, équité et  
santé

Organisation : Réseau français  
des Villes-Santé OMS  
Programme : [cliquez ici](#)

**4 février 2020**  
**Evry**

Rencontre-débat « La prise  
en compte des enjeux  
de santé dans les projets  
urbains » en Essonne

Organisation : Fabrique  
Territoires Santé et Centre de  
ressources politique de la ville  
Programme : [cliquez ici](#)

**6 février 2020**  
**Rouen**

3<sup>ème</sup> conférence régionale en  
Normandie sur la stratégie  
de prévention et de lutte  
contre la pauvreté

Organisation : DRDJSCS  
Programme : [cliquez ici](#)

**4-6 février 2020**  
**Metz**

Société inclusive et avancé  
en âge. 6<sup>ème</sup> congrès  
international du REIACTIS

Organisation : Réseau d'études  
international sur l'Âge, la  
citoyenneté et l'intégration  
socio-économique  
Programme : [cliquez ici](#)

**9-10 mars 2020**  
**Toulouse**

8<sup>ème</sup> Congrès Francophone  
Fragilité du Sujet Âgé

Organisation : Agence national  
du DPC et Société française de  
gériatrie et gérontologie  
Programme : [cliquez ici](#)

**12-13 mars 2020**  
**Paris**

Congrès ADELFF EMOIS 2020

Organisation : ADELFF Association  
des épidémiologistes de langue  
française EMOIQ, Évaluation,  
management, organisation,  
information, santé  
Programme : [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.

”



**NORMANDIE**  
**ÉTUDES**  
**OBSERVATION**

SOCIAL ■ MÉDICO-SOCIAL ■ SANTÉ

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



PRÉFET  
DE LA RÉGION  
NORMANDIE



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](mailto:contact@normandieobservation.org) - Site Internet : [www.normandieobservation.org](http://www.normandieobservation.org)

Crédit photo : AdobeStock