

AGIR EN FAVEUR DE LA SANTÉ DES HABITANTS DES QUARTIERS PRIORITAIRES ZOOM 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 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 :

- Donner des éléments de compréhension pour mesurer les enjeux de santé sur un territoire, notamment en quartier prioritaire,
- Faire connaître les différentes politiques de l'État et leurs déclinaisons à l'échelle régionale,
- 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. Observer l'état de santé des populations et de l'offre de soins | p.2 |
| 2. Les inégalités sociales de santé et l'état de santé des populations résidant en QPV | p. 8 |
| 3. La compétence santé et la santé dans les contrats de ville | p. 12 |
| 4. Quelle est la politique nationale de santé, quelles orientations en région ? | p. 13 |
| 5. Dynamiques territoriales de santé : vers des démarches complémentaires | p. 14 |

1 Observer 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

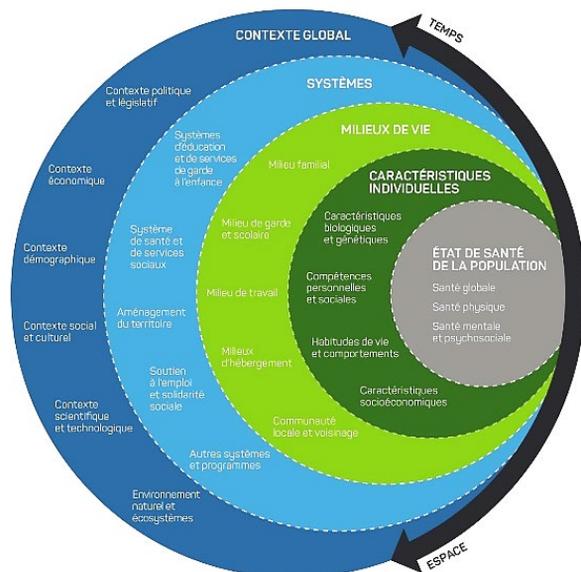


Schéma adapté de Dahlgren et Whitehead, 1991
Source : La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir, 2012

Quelles données, quels indicateurs ?

- Des données issues des grands systèmes d'information en santé : Système National des Données de Santé (SNDS),
- Des exploitations régionales et 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 2015.



65 846 255 hab. en France hexagonale

3 339 074 hab. en Normandie

121,1 habitants au km² en 2022 (120,4 hab. au km² en France hexago.)

Source : INSEE, RP 2022

→ 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 2022



Source : INSEE, RP 2016 et 2022 - Exploitation : ORS-CREAI Normandie

→ 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 regarde 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 hexagonale.

La proportion de jeunes Normands âgés de 25 à 34 ans non scolarisés, peu ou pas diplômés est plus importante par rapport à la moyenne en France hexagonale, 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 (comme observé dans la Manche).

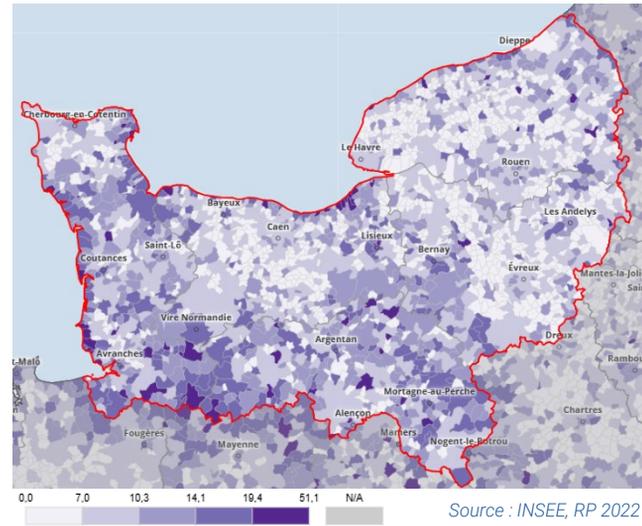
13 ans

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

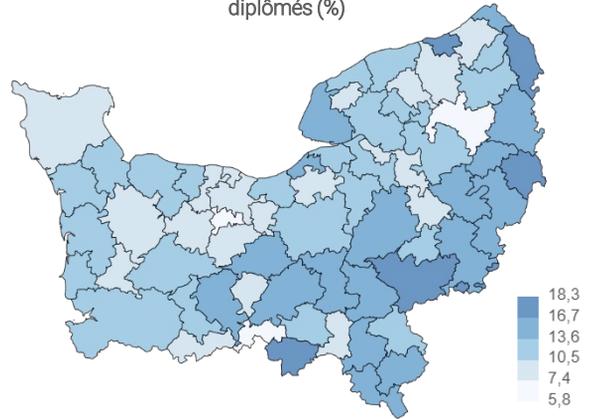
Insee, 2018

Part des personnes âgées de 75 ans et plus en 2022 par communes (en %)



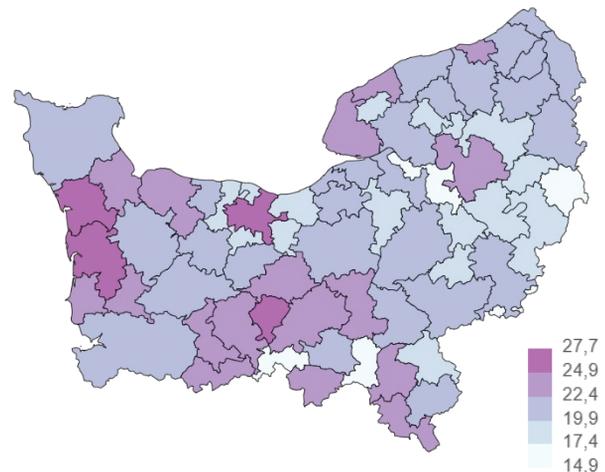
Indice de vieillissement : rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et les personnes âgées de moins de 20 ans.

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



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 2022 (en %)



Un taux de pauvreté plus faible mais un revenu médian inférieur au plan national et des disparités infraterritoriales 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.

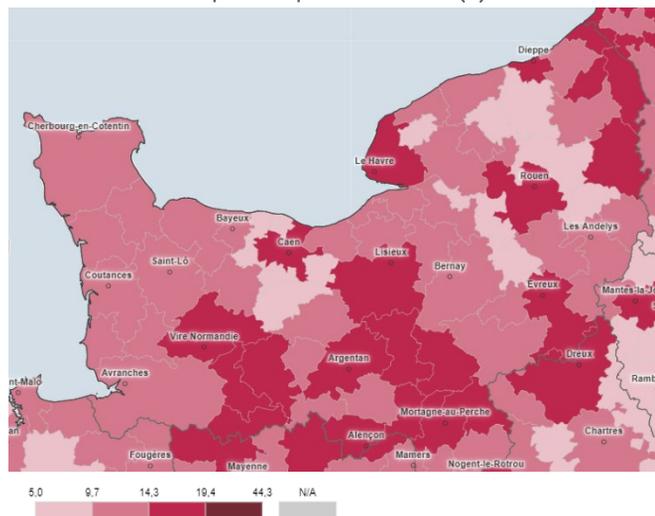
Moins d'allocataires du RSA qu'au national (6 % vs 6,4 % en France) mais des disparités territoriales.



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.

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

Taux de pauvreté par EPCI en 2021 (%)



Source : Insee, Fichier localisé social et fiscal (Filosophi)

13,7 %

Taux de pauvreté en Normandie

en 2021

13,9 % en France métro.



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.

Espérance de vie à la naissance en 2023

	Normandie	France hexago.
Homme	78,9 ans	80,1 ans
Femme	84,9 ans	85,8 ans

+ 27,3 ans

Nombre d'années d'espérance de vie à 60 ans

chez les normandes

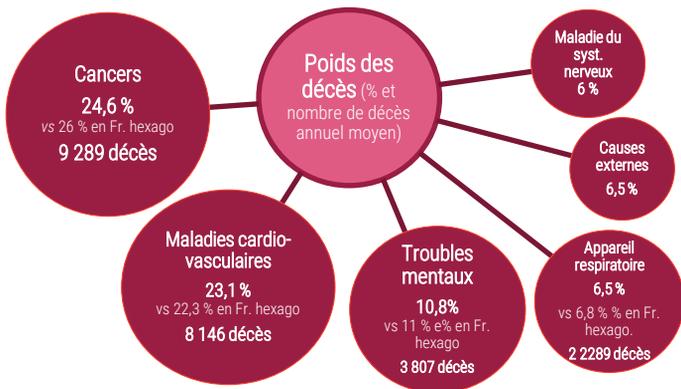
+ 22,9 ans chez les normands en 2023

Les principales causes de mortalité en Normandie :

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



Poids des décès selon les principales causes de décès et nombre de décès annuels moyens en Normandie en comparaison à la France hexagonale (2016-2022)



Sources : Inserm CépiDc, Insee – 2016-2022- Exploitation ORS-CREAI Normandie

*** Aide à la lecture :**

Parmi l'ensemble des décès, 9 289 sont attribuables aux cancers ce qui représente 24,6 % des décès sur la Normandie. Ce poids des décès étant inférieur à celui observé en France hexagonale (26 %)

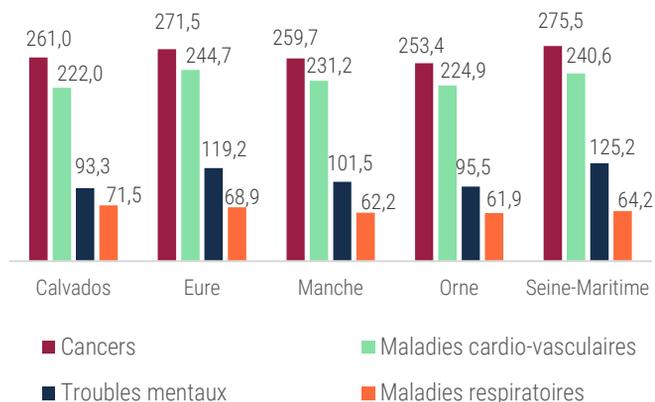
➔ Des disparités territoriales de santé au sein des départements et selon le sexe

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.

TCM* des 4 principales causes de décès à l'échelle des départements – 2016-2022

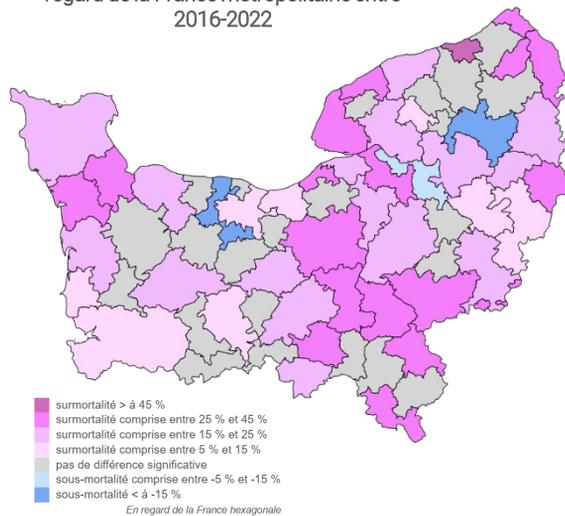


Source : Inserm CépiDc, Insee – 2016-2022 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

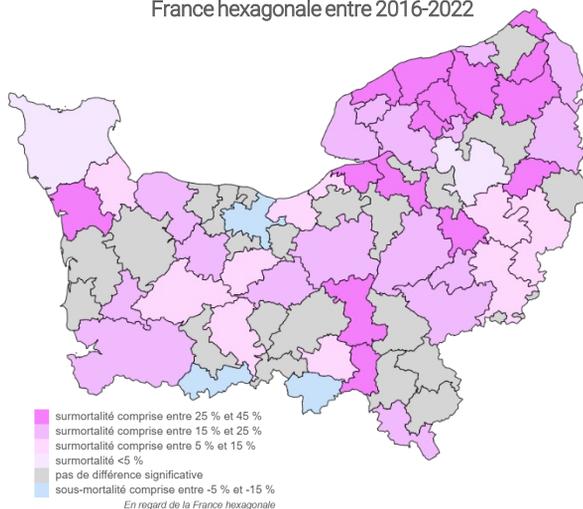
*** Précisions**

Taux comparatif de mortalité ou taux standardisé : Taux que l'on observerait sur un territoire donné si ce dernier avait la même structure par âge que la population de référence ou population type (RP année x). Cette méthode (dite aussi de la population type) élimine les effets de la structure par âge et permet des comparaisons de la mortalité dans le temps et dans l'espace.

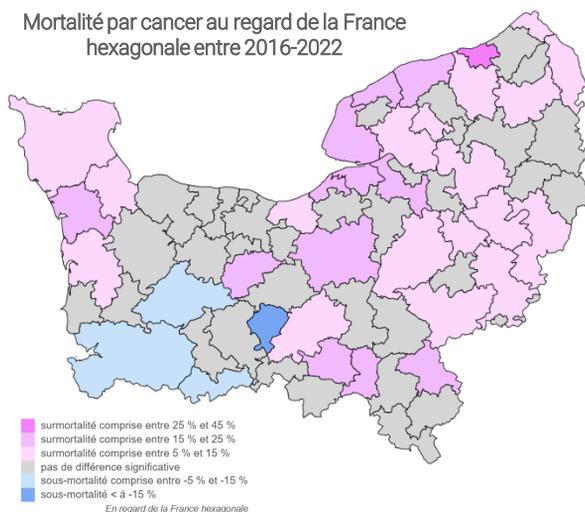
Surmortalité prématurée en Normandie au regard de la France métropolitaine entre 2016-2022



Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire au regard de la France hexagonale entre 2016-2022



Mortalité par cancer au regard de la France hexagonale entre 2016-2022



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

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.

APERÇU DE L'OFFRE DE SOINS EN NORMANDIE



45,3 %

des médecins libéraux normands

ont 55 ans ou plus (47,1 % au France hexago.)

En 2022

→ 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.

Ce vieillissement est particulièrement prononcé dans les départements de l'Orne (61,3 %), l'Eure (52,9 %) et la Manche (52,1 %).

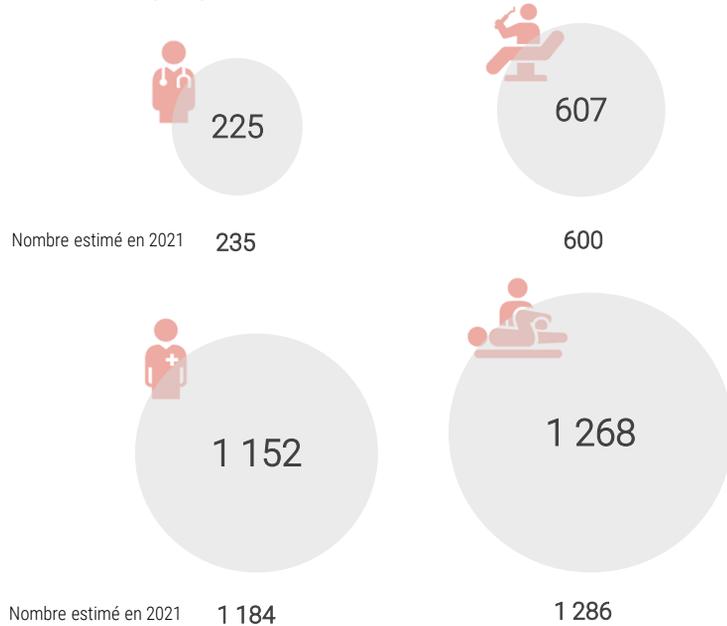
Source : Drees / ASIP-Santé, répertoire RPPS – exploitation Fnors.

Evolution du nombre de professionnels de santé en Normandie sur 5 ans, en 2024



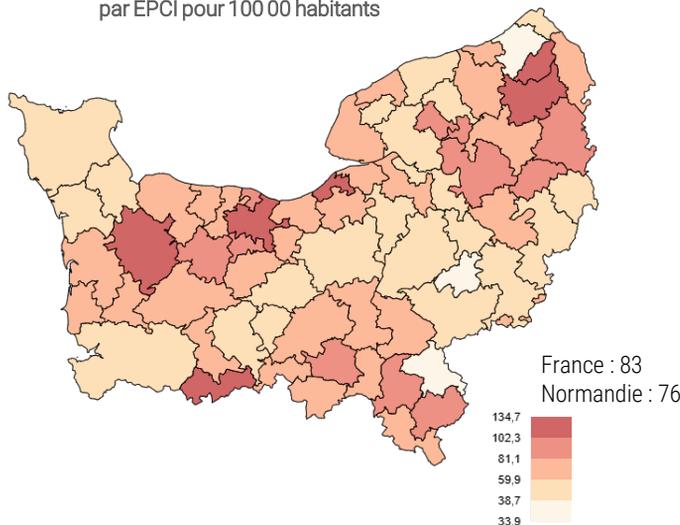
Sources : CartoSanté.fr, FNPS

Nombre de professionnels manquants en Normandie en 2024 pour présenter une densité similaire au niveau national



Sources : INSEE, RP 2021, Drees / Asip-Santé – RPPS, Adéli, Drees - Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Nombre de médecin généralistes libéraux ou mixtes par EPCI pour 100 000 habitants



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee -2023 – 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 en Normandie.

→ 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.

8,9

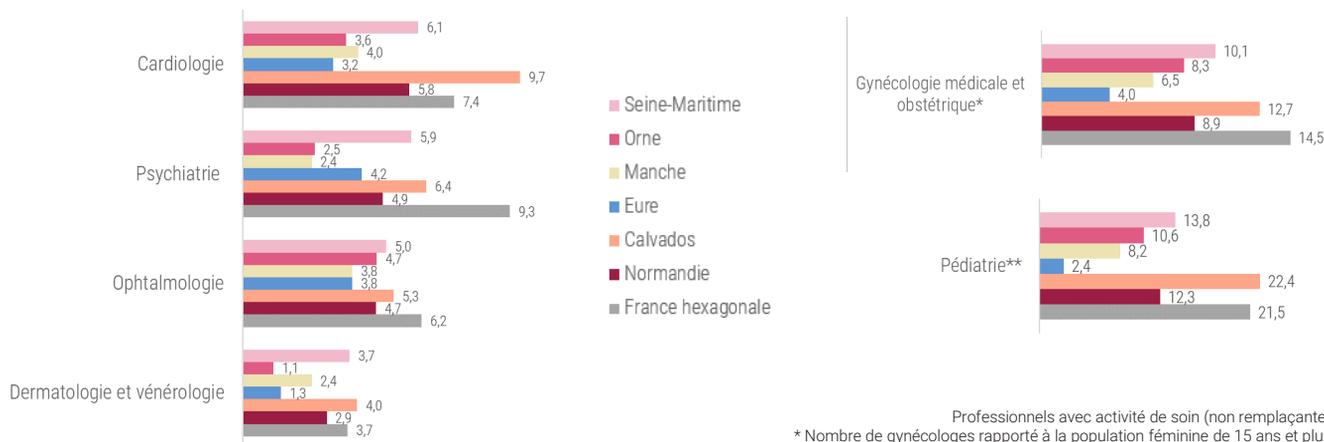
Gynécologues libéraux ou mixtes
pour 100 000 femmes en Normandie
(14,5 en France hexagonale)

53,3 % ont 55 ans et plus

En 2024

Source : Drees / ASIP-Santé, répertoire RPPS – exploitation Fnors.

Nombre de spécialistes libéraux ou mixtes pour 100 00 habitants au 1^{er} janvier 2024



Professionnels avec activité de soin (non remplaçante)
* Nombre de gynécologues rapporté à la population féminine de 15 ans et plus
** Nombre de pédiatres rapporté à la population des 0-15 ans

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

Certaines populations sont plus vulnérables en santé : les enfants, les jeunes femmes ou encore les futurs mères. Divers freins 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 sage-femmes sont des professionnels de premières lignes en matière de santé sexuelle (consultation gynécologique, contraception, prévention...) et de suivi de la mère et du nouveau né.

Les sage-femmes sont en moyenne moins nombreuses en région comparativement au niveau national, notamment dans l'Orne et l'Eure (15,7 et 20,3 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus)

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 14,4 orthophonistes pour 100 000 habitants contre 38,8)

24,4

sages-femmes libérales ou mixtes
pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus en Normandie

(30,2 en France hexagonale)

En 2024

27,0

orthophonistes libéraux ou mixtes

pour 100 000 habitants en Normandie (34,8 en France hexagonale)

En 2024

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.

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**.

La présence d'inégalités territoriales est le reflet de disparités socio-économiques entre des territoires avec des ISS. Les inégalités sont marquées dans les QPV.

Ces inégalités sont également observées 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). Cependant en regroupant des connaissances, nous pouvons élaborer un panorama de l'état de santé des habitants des QPV.

6,7 % de la population normande

vit dans un des 63 quartiers prioritaires politique de la ville de la région

Soit **221 591** personnes

Insee, 2020

→ Le poids des déterminants de santé

- Une prévalence du **surpoids** et de **l'obésité**
- Davantage de **pathologies limitant les activités de la vie quotidienne** (diabète, asthme, dépression, Hypertension artérielle)
- Des **comportements à risques** plus marqués
- Une santé mentale plus dégradée
- Une **moins bonne perception de santé**

→ Les thématiques prioritaires de santé repérés dans les quartiers populaires normands

- Santé mentale
- Pratiques addictives
- Nutrition (alimentation et activité physique)
- Accès aux soins

→ 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)

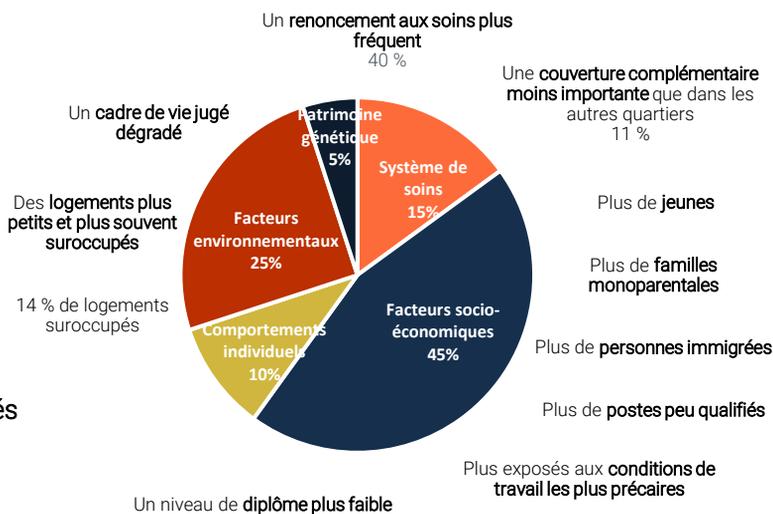
→ Renvoie davantage à un besoin identifié et exprimé du point de vue des individus.

« 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.

Ce qu'on sait sur les habitants des QPV en France



Source : ORS-CREAI Normandie



Retrouvez ici des informations et des ressources sur la page des Rendez-vous de la santé en QPV

20 %

des français en moyenne renoncent ou reportent les soins

Source : 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

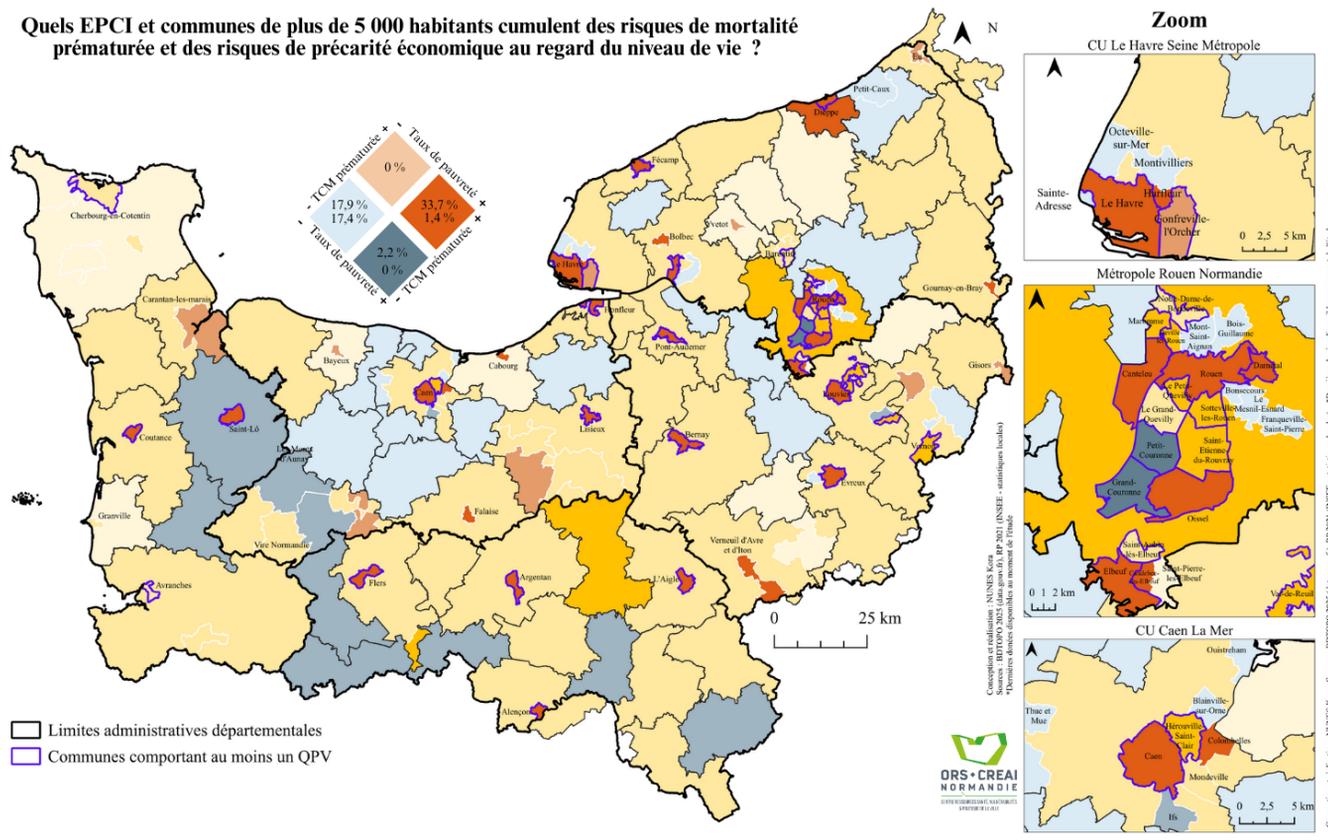
- Les jeunes (18-29 ans),
- Les personnes en situation de fragilité socio-économique.

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



➔ **Le croisement entre pauvreté et mortalité prématurée : une mise en évidence de la grande vulnérabilité des communes composées de quartiers prioritaires politique de la ville**

Quels EPCI et communes de plus de 5 000 habitants cumulent des risques de mortalité prématurée et des risques de précarité économique au regard du niveau de vie ?

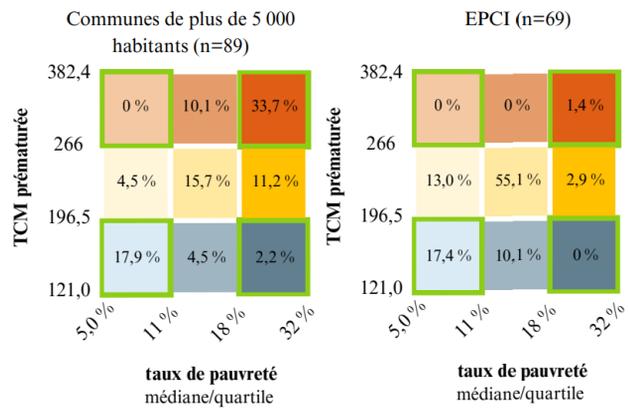


Aide à la lecture de la carte :

- La commune de Rouen fait partie des communes de plus de 5 000 habitants qui cumulent des risques élevés de mortalité prématurée et de précarité économique au regard du niveau de vie.
- A l'inverse, la commune de Octeville-sur-Mer présente des risques sensiblement plus faibles.
- La commune de Mondeville, quant à elle, se positionne dans une situation intermédiaire au sein de la région.

Aide à la lecture de la matrice :

- 33,7% 1,4% : 33,7 % des communes de plus 5 000 habitants et 1,4 % des EPCI cumulent des risques plus élevés de mortalité prématurée et de précarité économique que les autres territoires normands.
- 17,9% 17,4% : A l'inverse, 35,3 % des territoires étudiés présentent des risques sensiblement plus faibles.
- 0% : En région Normandie, aucun territoires étudiés présentent un risque élevé de mortalité prématurée mais un risque moindre de précarité économique.
- 2,2% 0% : Enfin, en Normandie, 2,2 % des communes de plus de 5 000 habitants présentent un risque faible de mortalité prématurée avec un risque élevé de précarité économique. Cependant aucun EPCI étudiés se retrouvent dans cette configuration.



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 et dont les directeurs sont nommés par le gouvernement. 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.

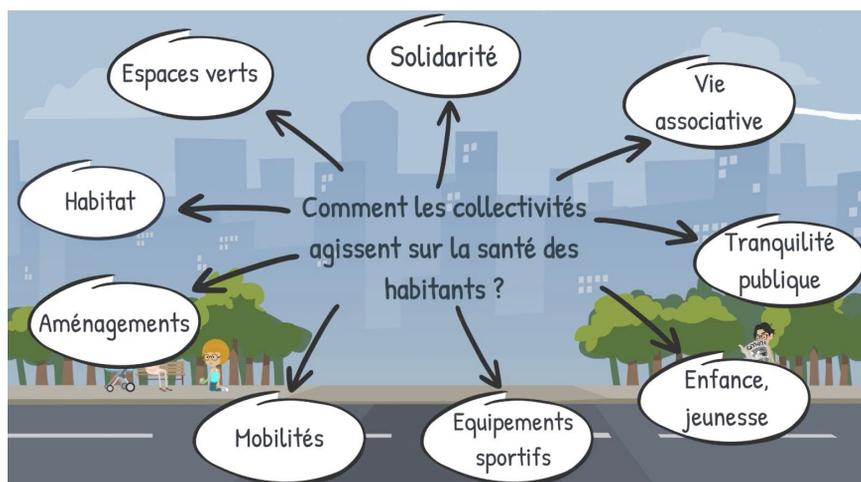
Les **Départements**, au travers de leurs compétences, peuvent également agir sur les déterminants de santé de la population avec les politiques en faveur de la petite-enfance/enfance (ex : la protection maternelle et infantile - PMI) , des personnes âgées (ex : les dispositifs de coordination Méthode 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 La Santé dans la Ville : cartographie réalisée par le Réseau français des Villes-Santé OMS

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

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2023-2033

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. Au moment de la mise à jour de ce Focus Santé, sa publication officielle est attendue, mais les grandes orientations sont déjà connues et mises en œuvre dans les politiques publiques actuelles.

5 axes

Une plus grande prise en compte des inégalités sociales de santé et des déterminants de santé dans les stratégies d'actions, dans une

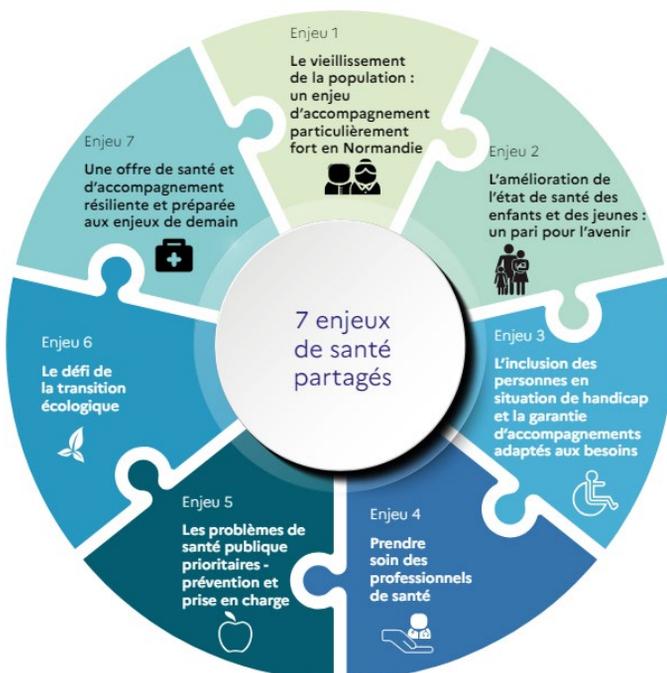


Le Projet régional de santé en Normandie – PRS 2023-2028

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.

12 priorités d'actions :

7 enjeux



- Relever le défi du vieillissement et de la perte d'autonomie
- Mailler l'offre de soins en conjuguant proximité et excellence, organiser les mobilités
- Améliorer la santé mentale des Normands
- Renforcer l'évolution inclusive de la société
- Garantir aux personnes en situation de précarité l'accès aux soins et services
- Agir collectivement sur les déterminants de santé publique à fort enjeu et adapter la prévention
- Développer et renforcer l'autonomie et la capacité des personnes malades et de leurs aidants
- Soutenir l'utilisateur comme acteur du système de santé
- Structurer de nouveaux modèles de prises en charge en favorisant coopérations et complémentarités
- Renforcer l'offre de formation et l'attractivité des métiers de la santé dans les territoires
- Accompagner les établissements et professionnels dans leur transformation, notamment numérique et innovation
- Engager le système de santé normand dans la transition écologique

Le Plan Régional santé environnement 2023-2028

Le PRSE 4 est co-piloté au niveau régional par le Préfet de région, la Région Normandie et l'Agence régionale de santé. Il intègre la démarche "une seule santé" ainsi que les principes d'adaptation au changement climatique et la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

A travers ce PRSE 4, les enjeux portent sur :

- L'encouragement d'un urbanisme et un aménagement favorables à la santé
- La plus grande capacité des collectivités territoriales pour agir sur les enjeux de santé environnement
- La réduction de la prolifération des espèces nuisibles
- Une plus grande protection de la ressource en eau (quantité et qualité)
- L'amélioration des connaissances sur les enjeux de qualité de l'air extérieur et intérieur
- L'information et l'outillage des Normands sur les enjeux de santé-environnement.

Le PRSE Normandie est organisé en 4 axes et 20 objectifs.

RESSOURCE EN EAU :

- Renforcer la protection des captages, sécuriser l'alimentation en eau potable et mieux communiquer sur les pratiques agricoles favorables ;
- Renforcer l'échange, le partage et la communication des connaissances sur la qualité de l'eau.

QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR (QAE) :

- Améliorer la connaissance de la QAE et sa diffusion ;
- Améliorer la connaissance des hydrocarbures aromatiques polycycliques dans les lichens et l'air ambiant en Normandie.

POLLUTION DES SOLS :

- Améliorer la mise en œuvre des dispositifs de gestion et de requalification des sites et sols pollués.

QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR (QAI) :

- Développer le pouvoir d'agir des populations pour prévenir les risques sanitaires ;
- Promouvoir et pérenniser l'intervention des conseillers en environnement intérieur ;
- Prendre en compte la QAI tout au long du cycle de vie du bâtiment ;
- Sensibiliser les professionnels du bâtiment à la QAI.

Le PRSE 4

en un coup d'œil

Axe 1

Réduire les expositions environnementales affectant la santé humaine et celle des écosystèmes.



Axe 2

Renforcer l'action en santé-environnement menée par les collectivités dans les territoires.



Axe 3

Prévenir les risques liés aux zoonoses et aux espèces animales et végétales nuisibles à la santé, dans une approche « Une seule santé ».



Axe 4

Informier et développer les capacités d'agir des publics sur leur environnement et leur santé au quotidien.





PRSE 4
NORMANDIE
Plan Régional Santé Environnement

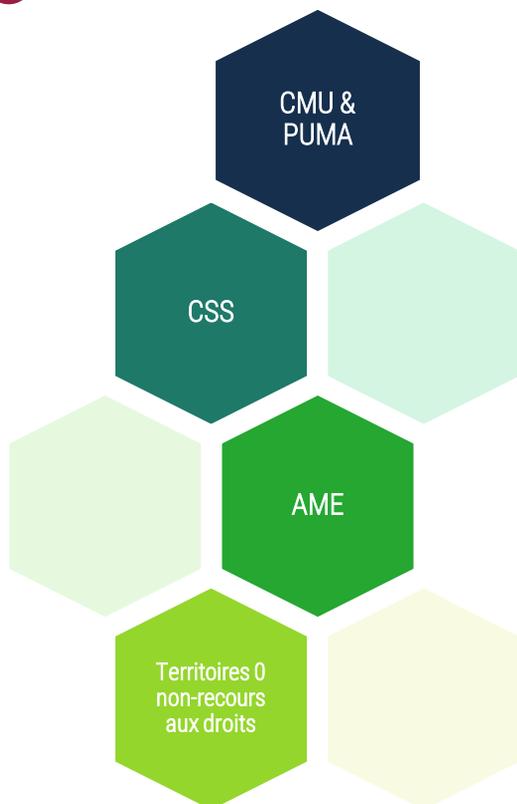
- Renforcer la capacité à agir des territoires pour déployer des actions opérationnelles en faveur d'un environnement promoteur de santé ;
- Mieux intégrer la santé-environnement et l'urbanisme favorable à la santé dans les politiques territoriales et projets d'aménagement.

- Renforcer la connaissance du grand public, des professionnels et des décideurs sur le risque zoonotique ;
- Améliorer les connaissances sur les zoonoses et les collaborations entre les réseaux de surveillance ;
- Renforcer les connaissances sur la présence d'espèces nuisibles à la santé humaine ;
- Renforcer les capacités d'agir des partenaires et des populations en prévention et lutte contre les espèces nuisibles à la santé humaine.

- Développer le pouvoir d'agir du grand public et des publics en situation de vulnérabilité sociale en matière de santé-environnement ;
- Développer les compétences en santé-environnement des jeunes en milieu scolaire ;
- Faire monter en compétences les professionnels encadrant les jeunes sur les enjeux santé-environnement (hors milieu scolaire) ;
- Agir au quotidien pour un environnement favorable à la santé de la femme enceinte et au développement de l'enfant ;
- Renforcer les connaissances et les compétences des étudiants et professionnels de santé sur les enjeux actuels et futurs de santé-environnement.

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)

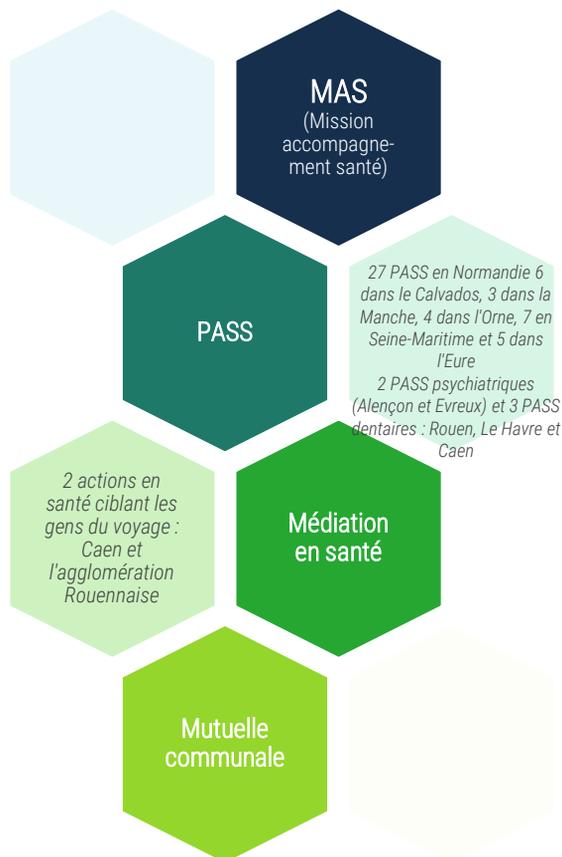
Ces cellules pluridisciplinaires de prise en charge médico-sociale doivent évaluer les situations, orienter et prendre en charge lorsque cela est nécessaire. Elles reposent sur un travail en réseau institutionnel ou associatif pour recourir, activer des droits communs pour définir un parcours de santé 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

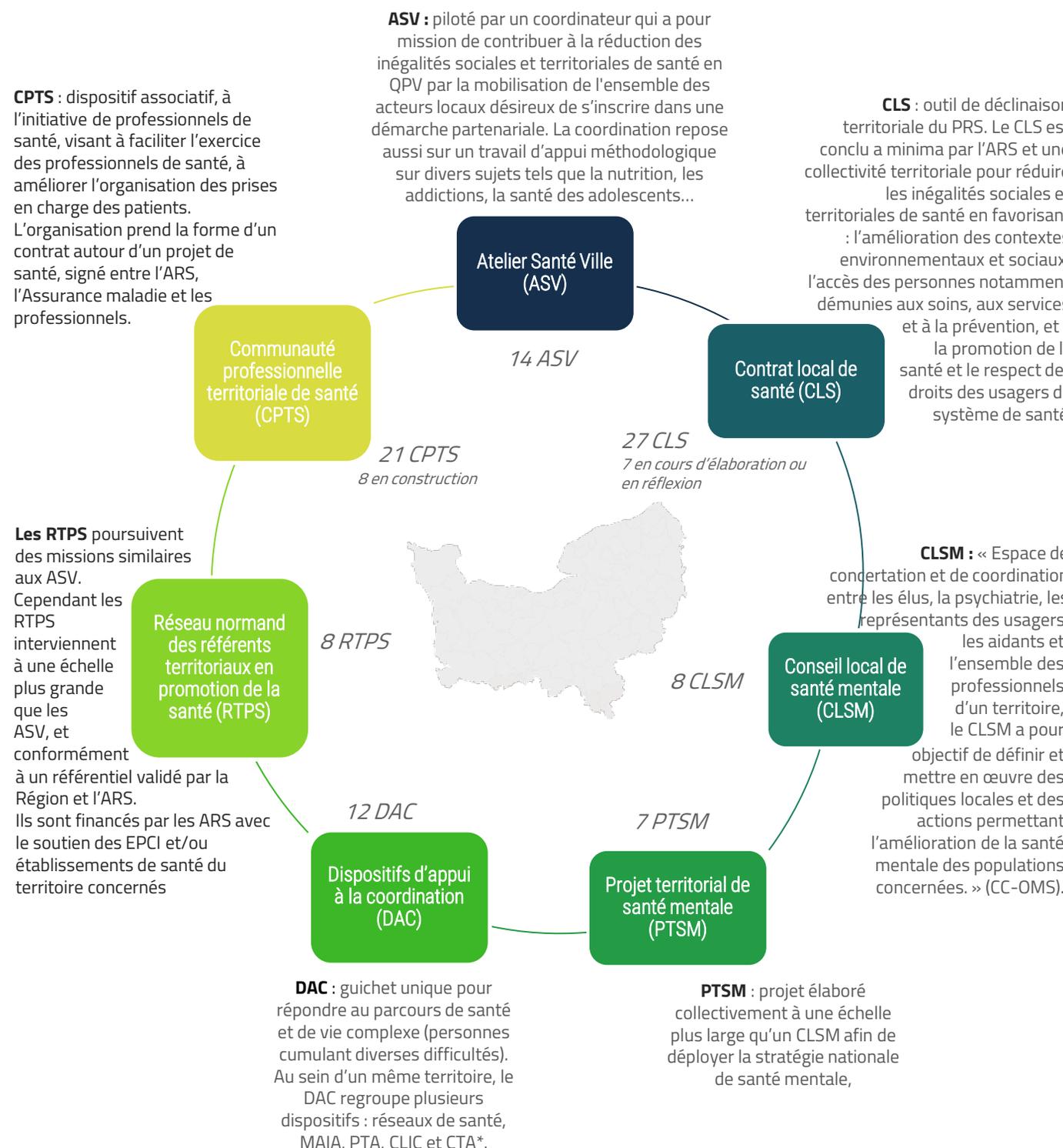
Mutuelle communale

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



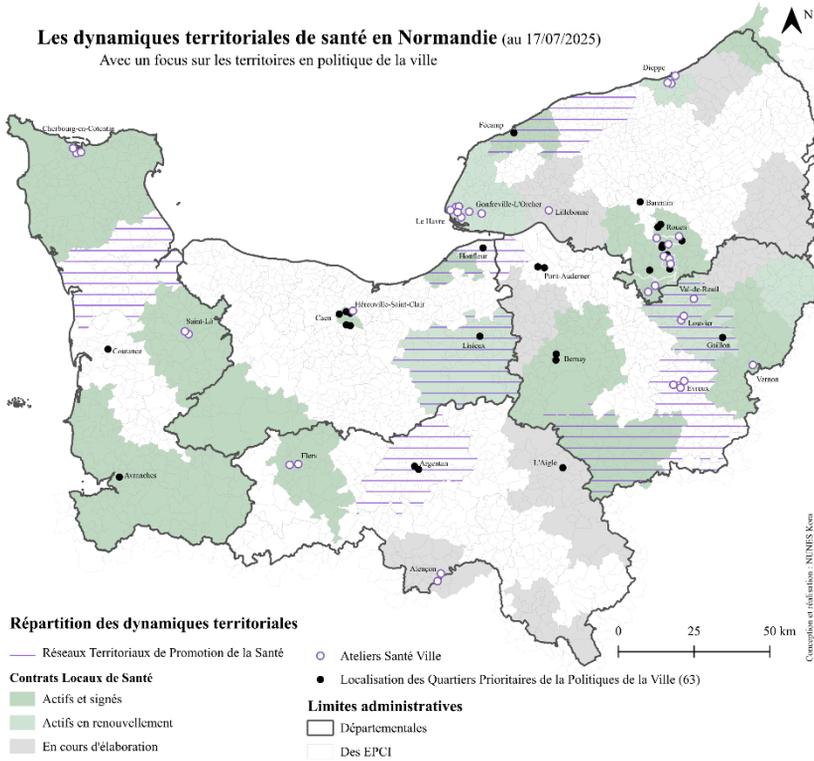
Dynamiques territoriales de santé globale

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. Ci-après les principales démarches de santé agissant en faveur de la santé des habitants des QPV.

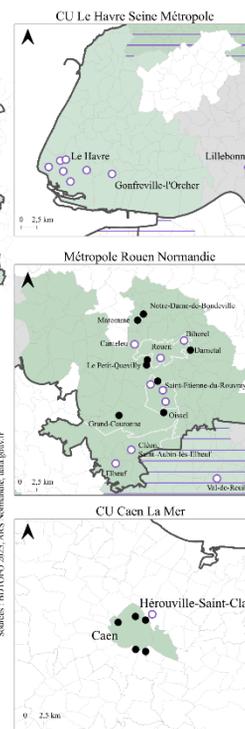


* MAIA : méthodes d'actions pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'autonomie
 PTA : Plateforme territoriales d'appui
 CLIC : Centres locaux d'information et de coordination
 CTA : Coordination territoriale d'appui

Les dynamiques territoriales de santé en Normandie (au 17/07/2025) Avec un focus sur les territoires en politique de la ville



Zoom



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 :

- Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté
- 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
- NPNRU / Projet de réaménagement urbain de l'Agence nationale de rénovation urbaine (ANRU)
- Les démarches d'Urbanisme favorable à la santé démarche soutenu dans les travaux du PRSE 4

➔ Spécificités régionales normandes

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 maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) et l'équipe de soins

primaires (ESP). 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.

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, 2023-2028

Banques 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

DREES, Pollution de l'air et jeunes enfants, Janvier 2024, n° 1292

Harris Interactive, Les Français dans leur quartier, Baromètre Edition 2022

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

Plan régional de santé environnement Normandie

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

Santé Publique France, Bulletin de santé publique, Canicule et santé

Des ressources utiles pour appréhender les enjeux de santé dans les 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](#)

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

[Transitions en quartiers prioritaires](#)

Dans le réseau des Centres ressources Politique de la ville : [Enjeux de santé dans les quartiers prioritaires](#), GT santé du Réseau national des centres ressources politique de la ville, 2023

www.orscreainormandie.org



ORS • CREA NORMANDIE

CENTRE RESSOURCES SANTÉ, VULNÉRABILITÉS
& POLITIQUE DE LA VILLE

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



Directrice de publication :
Françoise Aumont, présidente
DESPRES Pascale, Directrice

Rédaction :
Lucie Lechat, chargée d'études et
de missions
Avec l'appui d'Annabelle YON et
de Kora NUNES

La réalisation de ce focus santé est
financièrement soutenu par l'ANCT, l'Agence
régionale de santé et la Région Normandie.
Cette publication s'inscrit aussi dans les
travaux du PRSE 4.

