

Plateforme

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE
HAUTE-NORMANDIE

SOMMAIRE

EN RÉGION

- 02 Les pensions de famille
- 03 Journée citoyenneté
- 04 Solidarité à Saint-Étienne-du-Rouvray
- 05 Enfance : Prévention et protection
- 06 *Filosofi*



FOCUS PROTECTION DES MAJEURS ET MESURES FAMILIALES

- 07 Édito
- 08 La protection juridique des majeurs
- 10 Les mesures familiales

ACTUALITÉS

- 11 Le coût de l'enfant
- 12 Santé publique France
Grande conférence de la santé
Forum alcool et santé

EUROPE

- 13 Villes en santé : Acte VI 2014-2018

DOC

- 14 Référentiel de valeurs...
Études autour de l'encadrement des publicités alimentaires
La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013
- 15 L'évaluation d'impact sur la santé

- 16 AGENDA



16

LES PENSIONS DE FAMILLE

La mission de veille, d'expertise et d'appui de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Haute-Normandie a publié en décembre 2014 l'état des lieux sur les pensions de famille en Haute-Normandie.

TEXTE COMPLET SUR Pf2s.fr

La Drees mène tous les quatre ans l'enquête Établissements et services (ES) auprès des structures accueillant des adolescents et adultes en difficulté sociale. Les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ou leur équivalent en Île-de-France assurent le suivi de l'enquête dont l'objectif est de dresser un bilan régulier de l'activité des établissements et services, de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que le profil des personnes qui y sont accueillies.

**264 personnes
accueillies en 2012**

En Haute-Normandie, ES 2012 a permis d'interroger vingt-quatre pensions de famille, dix-sept en Seine-Maritime et sept dans l'Eure. D'une capacité comprise entre onze et vingt places, elles sont gérées par des associations ou fondations et, pour trois d'entre elles, par des centres communaux d'action sociale.

Fin 2012, les pensions de famille haut-normandes accueillent 264 personnes et 64 personnes le sont en résidence accueil. Les hommes représentent 75 % des résidents,



avec un âge moyen de 49 ans (45 ans en résidence accueil). Les femmes sont un peu plus jeunes. Neuf fois sur dix, les résidents sont des personnes isolées, disposant d'un faible niveau de ressources, sortant d'une structure d'hébergement social ou d'un service psychiatrique.

En résidence accueil, 94 % des résidents perçoivent une allocation liée au handicap ou à l'invalidité et 6 % sont en retraite. Dans les autres pensions de famille, 9 % des résidents disposent d'un revenu du travail, 30 % perçoivent le RSA et 61 % vivent d'une allocation liée au handicap ou à l'invalidité.

Trente-cinq résidents sont sortis de pensions de famille non résidences d'accueil en 2012. Par ailleurs, 80 % des sortants étaient des personnes seules avec une durée moyenne de séjour d'un an (Eure) à deux ans et neuf mois (Seine-Maritime). Parmi eux, 37 % ont accédé à un logement autonome, 17 % ont été accueillis par

des tiers, 14 % ont été orientés vers un établissement médical ou pour personnes âgées et 6 % ont rejoint une autre structure de logement accompagné. Pour 12 % des résidents, le séjour n'aura pas permis une amélioration de leur situation et ils sont retournés en CHRS ou en hébergement de fortune. Enfin, 9 % des résidents sont décédés pendant leur séjour. □

DRJSCS HAUTE-NORMANDIE

Pensions de famille - Maisons relais

Le terme de maison relais, toujours utilisé, a été remplacé par celui de pension de famille. Elles accueillent, sans limitation de durée, des personnes disposant d'un faible niveau de ressources qui se trouvent dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde.

Les résidences accueil sont un type de pension de famille strictement dédié aux personnes souffrant d'un handicap psychique.

JOURNÉE CITOYENNETÉ

Deux cents professionnels et associatifs se sont réunis en avril dans le cadre de la journée citoyenneté pour échanger et partager leurs expériences auprès de la jeunesse haut-normande.

La Journée ci-
toyenneté,
initiée par
le préfet
de région

Haute-Normandie et organisée par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DR-JSCS), s'est déroulée le mardi 21 avril 2015 dans l'amphithéâtre Ériqnac en présence de deux cents professionnels et associatifs du secteur de la jeunesse et de l'éducation populaire. M. Guillet, secrétaire général adjoint de la préfecture de Seine-Maritime représentant le préfet de région a rappelé la volonté et l'engagement du Gouvernement de lutter contre la radicalisation et de promouvoir la citoyenneté et l'égalité. Cette journée de dialogue a permis à chacun de s'exprimer librement sur l'importance de la citoyenneté dans la société, son apprentissage en famille, à l'école mais aussi au sein des associations ainsi que sur le rôle des institutions.

Grâce aux interventions en matinée des professeurs Jean-Claude Richer, enseignant honoraire de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep) et de Sid Ahmed Abdellaoui de l'université de Nancy, la citoyenneté a été abordée sur le plan sociologique et psychologique – comment la citoyenneté se construit collectivement via l'éducation populaire notamment et comme elle se déconstruit en raison

de démarches individuelles. Ces *focus* sur des moments partagés par les associations présentes ou sur des sensations vécues par chacun au cours de son parcours ont permis de percevoir les écueils et d'interroger les pratiques ou les représentations de chacun.



Construire le comment vivre ensemble

Par l'apport de théories sociologiques, notamment l'intéressante étude sur la typologie des liens de Serge Paugam, l'assistance a pu cerner la spirale de l'exclusion sociale dans laquelle jeunes comme adultes peuvent se trouver pris, confortée par une société consumériste. Un travail de longue haleine auprès de tous doit être entrepris autour d'une vision plus large de la solidarité, trop souvent réduite aux champs d'action du caritatif. Vivre ensemble en étant tous différents, suppose de la bienveillance à l'égard d'autrui. C'est un résultat d'entrecroisement de liens et d'actes de solidarité que chacun doit veiller à créer, entretenir, protéger ou rétablir.

Des partages d'expériences ont rythmé l'après-midi, permettant de comprendre les mécanismes ou les dispositifs mis en place et leur clé de réussite afin que certains puissent éventuellement se les approprier pour les appliquer à son échelle d'intervention auprès des jeunes. C'est un véritable travail de construction du comment vivre ensemble qui fut dégagé de cette journée de réflexion et qui a permis à tous de prendre du recul et de la hauteur sur ses missions, ses méthodes, les solutions possibles et envisageables au cœur de son propre investissement professionnel et associatif auprès de la jeunesse haut-normande. □

AUDREY LECLERCQ
DRJSCS Haute-Normandie

SOLIDARITÉ À SAINT-ÉTIENNE-DU-ROUVRAY

Depuis 2011, Saint-Étienne-du-Rouvray organise régulièrement des Assises en lien avec les cinq projets thématiques soutenant son projet de ville : solidarité, éducation, développement durable, citoyenneté et aménagement urbain.

Les 23 et 24 avril 2015, une invitation était lancée par la ville aux professionnels et aux habitants de Saint-Étienne-du-Rouvray pour réfléchir à un point essentiel dans le domaine de la solidarité : la santé des habitants.

Ce rendez-vous, réunissant près de deux cents personnes sur deux jours, est venu conclure un cycle de trois années (2012-2015) pour Saint-Étienne-du-Rouvray marquées par la mise en place d'un premier contrat local de santé (CLS).

Alors qu'un deuxième CLS est envisagé avec l'agence régionale de santé, ces Assises ont réaffirmé le besoin d'un maillage fort du territoire associant l'ensemble des partenaires et la nécessité de permettre aux habitants de s'investir sur ce terrain. C'est sans nul doute à cette condition que la volonté politique de réduire les inégalités de santé et d'accès à la prévention et aux soins pourra devenir réalité.

Au cœur de cette deuxième édition des Assises de la solidarité, les problématiques de santé ont fait l'objet d'une série d'exposés. Des universitaires, des associations mais aussi des collectivités territoriales, venus de plusieurs régions de France, ont cherché à comprendre les processus qui génèrent, encore aujourd'hui, des inégalités sociales et territoriales de santé. Réflexions et débats ont souligné la dimension politique du sujet.

Observer le vécu et le ressenti des salariés au travail

Éric Breton, enseignant-chercheur, titulaire de la chaire Inpes « promotion de la santé », à l'École des Hautes études de santé publique (EHESP) a démontré que la santé n'était pas qu'une question de soin, qu'il fallait croiser des données socio-économiques pour en décortiquer les déterminants et que toute politique de réduction des inégalités ne pouvait qu'être transversale : « Si on est capable de donner à la population des conditions d'accès à un meilleur niveau scolaire, on aura des impacts positifs sur la santé ».

Laurent El Ghozi, président de l'association Élus, santé publique et territoires, a d'abord fait le point sur les compétences des collectivités locales en matière de santé, suite aux dernières lois votées. Avec des exemples précis de dispositifs mis en place à l'échelle de certaines communes, il a ensuite mis en lumière le rôle de ces dernières pour contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. Selon lui : « L'état de santé des populations doit devenir l'indicateur de réussite des politiques publiques ».

Lors de la deuxième journée, professionnels et habitants étaient conviés à une réflexion sur « les terrains de la santé ». Lors de trois ateliers, les participants ont mesuré, à partir de l'exemple stéphanois et des actions mises en place localement, le fait que la santé c'est bien plus qu'un bon accès aux soins. L'observatoire régional de la santé et du social, l'Instance régional d'éducation en promotion de la santé et la ville de Saint-Étienne-du-Rouvray ont tenté de démontrer le maillage indispensable des différents acteurs du territoire afin de participer à la construction du parcours de santé. □

Le détail du programme et des ressources complémentaires sont disponibles sur le site internet www.saintetiennedurouvray.fr/pages/assises-de-la-solidarite-2015-comment-va-la-sante



ENFANCE : PROTECTION ET PRÉVENTION

Deux journées ont été réalisées, l'une sur la protection de l'enfance, l'autre sur la prévention des addictions en milieux scolaires.

TEXTE COMPLET SUR Pf2s.fr

TEXTE COMPLET SUR Pf2s.fr

La matinée de la journée sur la protection de l'enfance fut consacrée à la présentation des dispositifs des conseils départementaux de la Seine-Maritime, dont la cellule enfance en danger (CED), et de l'Eure, dont la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP). Leur mission est de recevoir et d'analyser toutes les informations préoccupantes qui leur parviennent de différentes sources et de les transmettre pour traitement administratif ou judiciaire. La CED de Seine-Maritime reçoit un tiers des informations préoccupantes par l'Éducation nationale et la CRIP de l'Eure, un quart. La majorité des informations préoccupantes est rédigée par les assistants du service social en faveur des élèves. L'après-midi, les interventions de la procureure de la République du tribunal de grande instance d'Évreux et d'un substitut ont permis de développer l'organisation des services de la justice du territoire dans les deux départements. Le parquet du procureur regroupe les juges du siège qui statuent au civil et au pénal et les juges des parquets qui représentent la collectivité et portent la parole de la loi. Quatre magistrats du parquet sont à Dieppe, treize à Rouen ou à Évreux. Les dossiers traités en 2014 par le parquetier des mineurs de Seine-

Maritime représentent 842 signalements d'enfants en danger. Les deux tiers sont transmis par l'aide sociale à l'enfance (ASE), un tiers par l'Éducation nationale. Ces signalements sont traités, soit au civil quand il s'agit de mesures de protection, soit au pénal quand il s'agit de faits de délinquance. Des antennes d'unités médico-judiciaires pour la protection de l'enfance permettent d'entendre l'enfant dans un cadre adapté, en présence d'un psychologue. Les juges sont à l'origine des mesures mais ne les financent pas. Il peut donc exister un décalage entre la prise de décision et sa mise en place effective. À titre d'exemple, en Seine-Maritime, une centaine d'ordonnances de placement provisoire a été prononcée pour des mineurs en 2014, mais est toujours en attente d'exécution faute de places disponibles. Le comité local d'orientation permet de faire régulièrement le point sur les situations « bloquées ».

Cette journée est venue illustrer et conforter la nécessité de connaître les missions, les limites et les contraintes de chacun. Échanger sur les pratiques des différents intervenants dans le champ de la prévention et de la protection de l'enfance permet de donner du sens et de l'efficacité dans l'accompagnement des enfants et leurs parents. □

Une journée d'information relative à la prévention des conduites addictives s'est déroulée le 12 mai dernier dans l'académie de Rouen. La circulaire de rentrée 2014 précise que dans le cadre du parcours de santé, les équipes éducatives veillent à intégrer la prévention des conduites addictives dans les projets d'école et d'établissement, avec l'appui des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Elle précise également qu'une information sur les actions engagées doit être donnée aux parents. Cette mesure se fonde sur une approche globale qui mobilise les infirmiers et les médecins de l'Éducation nationale et l'ensemble des équipes éducatives : personnels de direction, personnels de vie scolaire, enseignants, assistants sociaux ainsi que les familles.

La loi de refondation de l'École de la République, qui a pour finalité la réussite éducative de tous, inclut, entre autres, le volet important de la promotion de la santé. Ainsi, en favorisant le bien-être de l'élève, elle contribue à réduire les inégalités de santé. □

FABIENNE CISTERNE
Infirmière, conseillère technique du recteur
Rectorat de Rouen

FILOSOFI

L'Insee vient de mettre en place un nouveau dispositif pour l'observation jusqu'à la commune du revenu disponible des ménages. Ce dispositif, le Fichier localisé social et fiscal (*Filosofi*), offre une nouvelle lecture de la carte des revenus, des inégalités et de la pauvreté monétaire, à compter de l'année 2012.

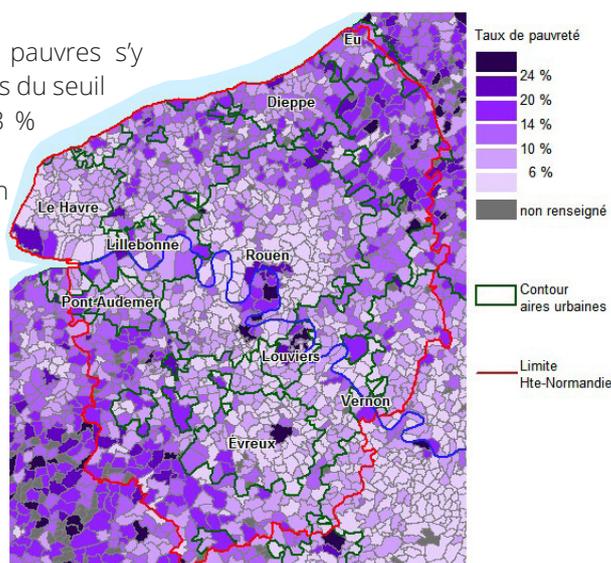
En 2012, le niveau de vie médian des Haut-Normands s'élève à 19 500 €, situant la Haute-Normandie au 9^e rang des régions métropolitaines. Ce revenu disponible est proche de celui de la France de Province (19 400 €). Les disparités entre hauts et bas revenus sont moins marquées que sur la France de Province.

13,5 % de Haut-Normands vivent sous le seuil de pauvreté, notamment dans les grands pôles urbains

En 2012, 13,5 % de la population haut-normande, soit 240 000 personnes, vit sous le seuil de pauvreté. Leur niveau de vie est donc inférieur à 990 € mensuels. Ce taux de pauvreté, moins élevé qu'en moyenne en province (14,1 %), place la Haute-Normandie au 11^e rang des régions métropolitaines. La pauvreté est un peu moins intense en Haute-Normandie qu'ailleurs en province. En effet, le niveau de vie

médian des personnes pauvres s'y situe à 19,7 % au dessous du seuil de pauvreté contre 20,3 % en province. Le niveau de vie médian est plus élevé dans les couronnes des pôles, quelle que soit la taille de ces derniers, et dans les communes multipolarisées des grandes aires urbaines. Dans ces territoires, il est supérieur à 19 900 euros. À l'inverse, il est plus faible dans les pôles (moins de 19 000 €) et dans les communes isolées (18 000 €).

Les inégalités de niveau de vie sont très marquées dans les grands pôles urbains, plus atténuées dans les pôles des petites et moyennes aires. Les revenus sont plus homogènes dans les couronnes des pôles et les communes isolées. Le risque de pauvreté est plus marqué dans les villes-centre des grandes aires urbaines et dans les communes isolées, au nord-est de la Seine-Maritime et au sud-ouest de l'Eure. Cependant, celles-ci ne représentent que 1,2 % de la population régionale et la population pauvre réside donc majoritairement dans les grandes aires urbaines (76,5 %), dont 62 % dans les grands pôles urbains. Dans ces grandes aires urbaines, 14 % de la population vit sous le seuil de pauvreté. Cette part est plus



Source : Insee

forte dans les grands pôles urbains (16,9 %) et surtout dans les villes-centre où le taux de pauvreté atteint 21 %. Les couronnes des pôles urbains sont nettement moins touchées, avec un taux moyen de 7,8 %. Dans les moyennes et petites aires, le taux de pauvreté varie de 11 % à 19 %. Comme dans les grandes aires urbaines, il est plus élevé dans les pôles (15,6 %) que dans leurs couronnes (7,4 %).

INSEE DE HAUTE-NORMANDIE

En savoir plus : Catherine Sueur, Davantage de disparité des revenus dans les grands pôles urbains, *Insee Analyses Haute-Normandie* n° 8, juin 2015

PROTECTION DES MAJEURS ET MESURES FAMILIALES



Sylvie MOUYON-PORTE
Directrice régionale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale
de Haute-Normandie

La tutelle, la curatelle ou encore la sauvegarde de justice sont autant de mesures prononcées par le juge des tutelles ; régime d'assistance ou de représentation de la personne en situation de vulnérabilité, le principe est, dans ce cadre, de respecter les droits et la volonté du majeur sous mesure de protection juridique.

Plusieurs acteurs peuvent assurer la gestion de telles mesures : la famille, prioritairement désignée par le juge, les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs (les « associations tutélaires »), les mandataires exerçant à titre individuel ou les préposés d'établissements pour les majeurs protégés résidant en établissements sanitaires ou médico-sociaux.

L'activité de ces différents acteurs est présentée dans les deux documents suivants : le « Schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales 2015-2019 » et l'étude relative aux « Mesures familiales en Haute-Normandie ».

LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

La loi du 5 mars 2007, entrée en vigueur en 2009, a profondément réformé la protection juridique des majeurs. Le nouveau schéma régionale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs couvre la période 2015-2019.

Poursuivant l'objectif de trouver un meilleur équilibre entre la préservation des libertés des personnes bénéficiant de mesures juridiques et la protection de leurs intérêts, trois principes ont structuré les évolutions législatives dans ce domaine. En premier lieu figure le principe de nécessité suivant lequel la mise sous mesure de protection juridique est limitée au motif de l'altération des facultés mentales ou corporelles médicalement constatées.

Le taux de mesures de protection juridique augmente en moyenne de 3,6 % par an

Le second principe est celui de la subsidiarité : le régime de protection dont bénéficie la personne doit être le moins attentatoire possible à ses droits. Le troisième principe dit de proportionnalité considère que la mesure de protection doit être la plus adaptée possible et la moins contraignante.

La région Haute-Normandie, à l'instar de l'ensemble des régions, voit son taux de mesures de protection ju-

ridique augmenter chaque année de 3,6 % en moyenne. Ainsi, depuis 2010, le taux de mesures gérées par les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) et les services délégués aux prestations familiales (DPF) augmente en moyenne de 1,6 % dans le département de l'Eure et de 4,6 % dans le département de Seine-Maritime.

6 700 mesures familiales au second semestre 2014

Un des facteurs de cette évolution repose sur le vieillissement de la population. Au 1^{er} janvier 2013, 430 668 Haut-Normands avaient plus de 60 ans, soit 23 % de la population totale de la région. La part des plus de 75 ans atteignait à cette date 9 % dans le département de la Seine-Maritime, 8 % dans celui de l'Eure.

Les services MJPM et DPF, les mandataires exerçant à titre individuel, les préposés d'établissements et les tuteurs familiaux sont les principaux acteurs de la gestion quotidienne des mesures de protection juridique (tutelles, curatelles, sauvegardes de justice...) qu'ils se sont vus confier par ordonnance du Juge des tutelles.

Au 1^{er} janvier 2015, la région Haute-Normandie comptait dix services MJPM, cinq mandataires exerçant à titre individuel, quatorze préposés d'établissements. Une étude récente réalisée en région (*cf. supra*) a permis de comptabiliser 6 700 mesures familiales au second trimestre 2014 et autant de tuteurs familiaux.

Conscient des enjeux générés par l'évolution de la population, notamment, sur le vieillissement ou le handicap, l'État élabore des outils de programmation dans le domaine de la protection juridique des majeurs. Ainsi, le préfet de région Haute-Normandie a arrêté en mars 2015 le schéma régional des MJPM et DPF de seconde génération, 2015-2019, rédigé par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins

Issu d'une concertation régionale, de nombreux partenaires et acteurs ont participé à l'élaboration de ce document parmi lesquels les directions départementales de cohésion sociale de l'Eure et de Seine-Maritime, les

représentants de la justice (juges des tutelles, procureurs et procureurs-adjoints de la République, conseiller à la cour d'appel de Rouen), les départements de Seine-Maritime et de l'Eure, les organismes de protection sociale (CPAM, Caf, MSA, Carsat), les services MJPM et DPF, les mandataires exerçant à titre individuel, les préposés d'établissements, des représentants des usagers.

En application de l'article L-312-5 du code de l'action sociale et des familles, le schéma régional des MJPM et DPF doit, dans le domaine de la protection des majeurs :

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins ;
- dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre ;
- déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre et notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformations ou suppressions de services ;
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme public ou privé ;
- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des schémas.

Ce schéma est opposable pour les services MJPM et DPF et les mandataires exerçant à titre individuel. Par conséquent, les habilitations et les

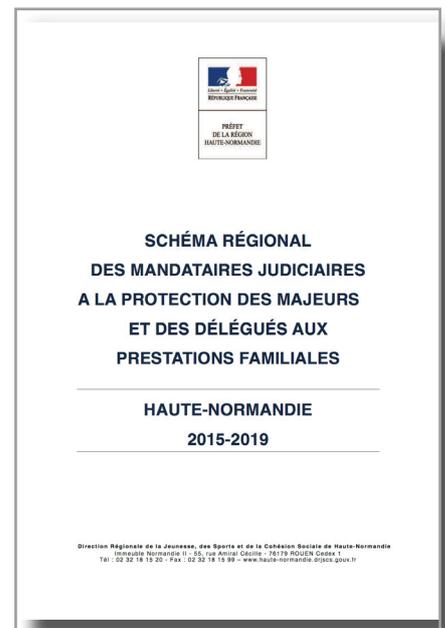
agrément délivrés à ces derniers doivent tenir compte des besoins définis par le schéma.

Au croisement de l'adaptation et du centrage des politiques publiques

En ce qui concerne les perspectives 2015-2019, le schéma a prévu la mise en œuvre de huit fiches actions autour des thématiques suivantes :

- désignation des préposés dans les établissements medico-sociaux ;
- dispositif d'aide aux tuteurs familiaux ;
- création d'un centre de ressources sur l'activité tutélaire ;
- majeurs protégés souffrant de troubles psychiatriques en situation de crise ;
- formations initiales (CNC : certificats nationaux de compétences) et continue des mandataires ;
- rédaction et mise en œuvre d'un référentiel qualité sur la prise en charge des majeurs protégés ;
- accompagnement des majeurs protégés vers l'autonomie ;
- accès aux droits sociaux par les majeurs protégés.

L'ensemble des partenaires et ac-



teurs, institutionnels ou associatifs, est associé à la réalisation de ces travaux sur la période 2015 à 2019. Le schéma MJPM et DPF est ainsi situé au croisement entre une logique d'adaptation de l'offre aux besoins à venir de la population et une logique de recentrage des dispositifs sur les personnes bénéficiant des mesures de protection juridique, dans le respect du cadre légal.

La DRJSCS a élaboré ce document en 2015 et est en charge de son suivi et du contrôle de sa bonne exécution durant les cinq prochaines années. □

ALEXIA EVERAERE
QUENTIN DEPELLEGARS
DRJSCS Haute-Normandie

Pour plus d'information :
 Alexia Everaere, Chargée du suivi à la
 DRJSCS Haute Normandie

LES MESURES FAMILIALES

La DRJSCS de Haute-Normandie, en coopération avec l'OR2S et le conseil départemental de Seine-Maritime, ont conduit une étude visant à mieux connaître l'activité des tuteurs familiaux sur le territoire haut-normand.



La loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a posé le principe de la primauté des familles. Selon les données fournies par le ministère de la Justice sur l'activité tutélaire en région Haute-Normandie, 33 % des mesures de protection juridique sont gérées par des tuteurs familiaux, loin du niveau national, estimé à 45 %. Au deuxième trimestre 2014, sur 20 600 mesures prononcées par les juges des tutelles des six tribunaux d'instance de la région, 6 700 ont été confiées à des familles résidant en Haute-Normandie. Cependant, très peu de données quantitatives ou qualitatives concernant les mesures familiales étaient disponibles. L'étude conduite en 2014 pour la DRJSCS et le conseil départemental de Seine-Maritime avait pour objectif de dresser un état des lieux de l'activité des tuteurs familiaux sur le territoire haut-normand. Les tribunaux d'instance de la région ont fourni leurs données informatisées, complétées par des données qualitatives collectées dans les archives des tribunaux d'instance de Rouen et d'Évreux, ainsi que par des entretiens auprès de juges des tutelles, de représentants d'associations tutélaires ainsi que des tuteurs familiaux. Dans une première partie, l'étude

dresse le portrait socio-éco-démographique d'une région relativement jeune et dont la population est concentrée en zone urbaine. Les ressources perçues par les majeurs protégés sont très variables : plus de quatre sur dix vivent sous le seuil de pauvreté, avec une part des personnes âgées en constante augmentation.

Information et formations pour accompagner les aidants familiaux

La seconde partie présente la typologie des mesures familiales avec, au 31 mai 2014, trois mesures sur quatre confiées à un membre de la famille qui sont des tutelles. Près d'un majeur protégé sur quatre est sous régime de la curatelle. Dans les deux parties suivantes, l'étude présente la typologie des majeurs protégés et des tuteurs familiaux. Elle indique que 40,8 % des majeurs protégés ont plus de 75 ans pour une moyenne d'âge de 62 ans ; la majorité des personnes âgées de 18 à 74 ans, bénéficiant d'une mesure de protection juridique, sont des hommes. En revanche, trois majeurs protégés de 75 ans et plus sur quatre sont des femmes. À titre de comparaison, la

moyenne d'âge des tuteurs familiaux est de 60 ans et 86 % d'entre eux ont entre 40 et 74 ans. Ils constituent une population plutôt féminine avec six tuteurs sur dix qui sont des femmes.

La dernière partie évalue à 30 % la croissance des effectifs des majeurs protégés de 60-74 ans et de 75 ans et plus ; à l'inverse, les effectifs des majeurs protégés plus jeunes devraient diminuer d'un peu plus de 10 %.

Cet état des lieux permet d'établir un certain nombre de préconisations pour améliorer l'accompagnement des aidants familiaux, avec l'objectif de réduire les inégalités territoriales et de renforcer une solidarité familiale parfois bien présente sur le territoire.

À court terme, une meilleure information pourrait être donnée aux tuteurs familiaux, notamment via la distribution d'un guide. À moyen terme, un site internet unique pourrait être créé regroupant toutes les informations utiles aux tuteurs familiaux et les permanences juridiques du tribunal d'instance de Rouen pourraient être aux autres tribunaux. Des formations destinées à des personnes exerçant une activité en lien avec la protection juridique des majeurs pourraient aussi être mises en place afin d'accompagner et de réduire l'appréhension des familles à exercer une telle activité. □

ALEXIA EVERAERE
DRJSCS DE HAUTE-NORMANDIE

LE COÛT DE L'ENFANT

Malgré les limites conceptuelles et économiques, l'approche par le coût de l'enfant dans les dépenses des ménages permet de mieux comprendre les conditions de vie des ménages et d'adapter les politiques publiques.

Deux études réalisées à partir des enquêtes Budget de famille de l'Insee par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et rassemblées en un même document, s'intéressent à la question du coût de l'enfant dans les dépenses des ménages. Les dépenses considérées correspondent aux coûts directs quantifiables. Les coûts indirects ne sont pas comptabilisés. Dans le premier article, Rozenn Hotte décrit l'évolution entre 2001 et 2011 des dépenses des ménages avec ou sans enfants. En 2011, les familles monoparentales dépensent en moyenne 5 900 € de plus par an que les personnes seules, et les couples avec enfant(s) en moyenne 8 400 € de plus que les couples sans

enfant. Selon le statut d'occupation de l'habitation, la part des dépenses, avant allocations et aides, directement imputable à l'enfant représente en moyenne 14,4 % de la consommation totale des ménages propriétaires avec enfant(s), et 12,1 % de la consommation totale des ménages locataires avec enfant(s). En 2011, comme en 2001, la présence d'enfants augmente la consommation totale des ménages, notamment en produits alimentaires et boissons non alcoolisées. Dans la seconde étude, Henri Martin interroge les échelles d'équivalence qui permettent de comparer les niveaux de vie des différents types de ménages. Une échelle d'équivalence assigne un coefficient à chaque individu du ménage, adulte comme enfant, et précise la proportion de revenu supplémentaire que

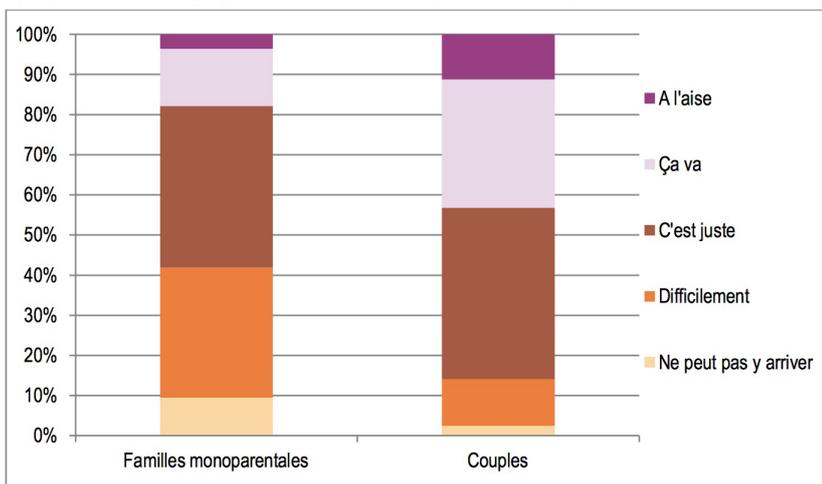


Mesurer le coût de l'enfant : deux approches à partir des enquêtes Budget de famille, Dossier Solidarité de santé, n°62, juin 2015

le ménage doit gagner pour cet individu, afin de bénéficier du même niveau de vie qu'une personne seule. Les familles monoparentales ne sont pas traitées par ces échelles alors que d'un point de subjectif, elles se déclarent particulièrement peu à l'aise financièrement (cf. graphique). Plus de 40 % d'entre elles déclarent ainsi des difficultés financières (modalités « difficilement » et « ne peut y arriver ») contre moins de 15 % des couples.

L'autre problème avec les échelles d'équivalence est l'âge à partir duquel l'enfant est censé coûter autant qu'un adulte. De manière conventionnelle, l'échelle d'équivalence dite d'Oxford, ou celle de l'OCDE modifiée, font l'hypothèse d'une rupture du coût de l'enfant à 14 ans. L'analyse d'Henri Martin confirme cette rupture à l'âge de 14 ans, cependant les estimations menées font ressortir une seconde rupture vers 18 ans, âge qui coïncide souvent avec l'entrée dans l'enseignement supérieur. □

À propos de votre budget pouvez-vous me dire laquelle de ces propositions convient le mieux à votre cas ?



Santé publique France



Santé publique France, tel est le nom de marque de l'Agence nationale de santé publique qui sera issue de fusion de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus).

Nommé directeur général de l'Inpes et de l'InVS et préfigurateur de l'Agence nationale de santé publique, Francois Bourdillon a remis son rapport de préfiguration à Marisol Touraine. Il y définit ce que sera ce nouvel établissement public dont la ligne de force est construite autour de l'axe populationnel avec l'ambition d'être au service des populations sur trois domaines de compétence : production de connaissances, action de prévention et réponse aux situations de crise. Selon le préfigurateur, elle se démarquera ainsi des agences chargées de la sécurité des produits (ANSM), de l'évaluation des risques (Anses) ou de la qualité des pratiques (HAS).

Les grandes lignes de son action seront de consolider le système national de veille et de surveillance, tout en s'inscrivant dans une dimension régionale et outre-mer. Trois valeurs en constituent le socle : sens de l'intérêt général, équité, réactivité et inscription dans la durée.

Sept principes fondateurs ont été identifiés pour structurer la nouvelle agence :

- excellence scientifique et l'expertise collective ;
- indépendance et transparence des avis et recommandations ;
- ouverture aux parties prenantes ;
- présence sur les territoires, en région et dans les outre-mer ;
- fonctionnement en réseau ;
- partenariats renouvelés avec un pilotage stratégique ;
- respect d'une éthique de l'action : être en capacité d'assurer sa mission de service public.

Forum alcool et santé

Les organisations non gouvernementales européennes ont démissionné le 3 juin dernier du Forum sur l'alcool et la santé. L'annonce faite par le commissaire V. Andriukaitis qu'il n'y aurait pas de nouvelle stratégie de l'alcool de l'Union a motivé cet acte. Dans une lettre ouverte adressée au commissaire Andriukaitis, les ONG argumentent leur démission en quatre points :

1. Le refus de l'Europe de développer une nouvelle stratégie alcool ignorant les appels du Parlement européen et des États membres.
2. La décision de vouloir intégrer la politique alcool dans le cadre général des maladies chroniques, ce qui occultera la lutte contre les méfaits de l'alcool tels que l'alcool au volant, la violence domestique, la maltraitance des enfants, les accidents et les blessures.
3. L'impact nul du Forum sur les politiques de santé publique.
4. En l'absence de stratégie et d'une réorientation susceptibles d'aider réellement les États membres à réduire les dommages liés à la consommation d'alcool, le Forum n'a pas de sens.

Grande conférence de la santé



STRATÉGIE
NATIONALE
DE SANTÉ

Najat Vallaud-Belkacem, ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et Thierry Mandon, secrétaire d'État chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ont installé le comité de pilotage chargé de la préparation de la Grande conférence de la santé, conformément à l'engagement du Premier ministre.

Annoncée le 11 mars dernier et organisée en janvier 2016, sous la forme d'une ou de deux journées, la Grande conférence de la santé viendra clôturer la deuxième phase de la Stratégie nationale de santé. Elle sera un nouveau temps fort d'échanges entre les acteurs du système de santé autour de trois thématiques :

- la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- les métiers et compétences ;
- les parcours professionnels et les modes d'exercice.

À la suite de la grande conférence de la santé, le Gouvernement rendra publique une nouvelle feuille de route pluriannuelle.

Le Premier ministre a confié la préparation de la Grande conférence de santé à Anne-Marie Brocas, Présidente du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, et à Lionel Collet, conseiller d'État, professeur de médecine. Un comité de pilotage de seize personnes secondera les pilotes, appuyés par une équipe de trois haut fonctionnaires.



VILLES EN SANTÉ : ACTE VI 2014-2018

Après son lancement il y a vingt-cinq ans, le réseau des Villes-Santé OMS de la région Europe prend une nouvelle dimension avec l'implantation de la phase VI dans le cadre du programme de l'OMS-Europe Santé 2020.

La phase VI constitue un cadre à la fois adaptable et concret pour la mise en œuvre de Santé 2020 au niveau local. Elle est un instrument unique pour un apprentissage collectif et un échange de compétences et d'expériences entre les villes, les instances internationales et les pays. Elle reconnaît que chaque ville est unique et poursuivra les objectifs globaux et les thèmes principaux de la phase VI en fonction de sa situation propre. Dans le cadre de la mise en œuvre de Santé 2020, la phase VI apportera un soutien aux villes et les encouragera à intensifier leurs efforts en vue d'amener les principales parties prenantes à œuvrer de concert en faveur de la santé et du bien-être, en tirant parti de leur potentiel d'innovation et de changement et en surmontant les défis locaux en matière de santé publique. D'après l'OMS-Europe, la prospérité future des populations urbaines dépend de la volonté et de la capacité à saisir de nouvelles occasions d'améliorer la santé et le bien-être de la population actuelle et des générations futures.

Les quatre priorités de Santé 2020 sont adaptables aux Villes-Santé :

- investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser (*empowering*) les citoyens ;
- relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de maladies (non) transmissibles ;
- renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne et les capacités de santé publique, y compris la capacité à se préparer et à réagir aux situations d'urgence ;
- créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien.

Enfin, au cours des cinq années de la phase VI, les villes doivent mettre en œuvre certaines stratégies et activités. Elles doivent auparavant obtenir le soutien politique et les ressources requises et mettre en place les structures nécessaires à la réalisation des objectifs liés aux Villes-Santé. Pour adhérer au Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS, elles doivent aussi être prêtes à collaborer avec d'autres villes d'Europe, notamment dans le cadre de réseaux. Douze exigences ou conditions spécifiques sont par ailleurs requises pour participer à la phase VI. □

Objectifs généraux du Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS

- Promouvoir l'action visant à mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations sociales et politiques des villes.
- Promouvoir les politiques et les interventions pour la santé et le développement durable au niveau local, en mettant l'accent sur les déterminants de la santé, l'équité en santé et les principes des politiques européennes Santé pour tous et Santé 2020.
- Promouvoir une gouvernance inter-sectorielle et participative pour la santé, le principe de santé et d'équité en santé dans l'ensemble des politiques locales, et une planification intégrée pour la santé.
- Générer des compétences en matière de politiques et de pratiques, des informations factuelles, des connaissances et des méthodes efficaces pouvant servir à la promotion de la santé dans toutes les villes de la Région européenne.
- Promouvoir la solidarité et la coopération entre les villes et les réseaux d'autorités locales en Europe, ainsi que les partenariats avec des institutions s'intéressant aux problèmes urbains.
- Accroître l'accessibilité du Réseau européen de l'OMS à l'ensemble des États membres de la Région européenne.



Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique
INSPQ, juin 2015



Les auteurs ont cherché, à travers ce rapport, quelles pouvaient être les valeurs les plus pertinentes pour guider ou orienter l'action. Une analyse de la littérature sur l'éthique en santé publique a été menée, l'expérience du Comité d'éthique de santé publique (CESP) et des échanges avec les membres de la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP) ont permis ensuite une sélection des valeurs retenues dans ce document.

Pour les auteurs, les valeurs « sont des motivations à agir en tenant compte des conséquences de nos actions sur autrui, dans la perspective du maintien de la cohésion sociale et d'un vivre-ensemble harmonieux. Leur prise en compte, dans un processus de réflexion éthique, vise à faire des choix réfléchis, délibérés. »

Les valeurs ont été rangées selon trois catégories opératoires dans le but de faciliter leur compréhension et leur articulation :

- celles associées aux finalités de santé publique ;
- celles associées à la pratique professionnelle (ou institutionnelle) ;
- celles qui, présentes dans la société, sont plus pertinentes au regard des questions de santé publique.

Parmi les valeurs retenues, on trouve, par exemple, santé, bien-être, utilité et efficacité (catégorie 1), compétence, rigueur scientifique, transparence (catégorie 2), liberté, égalité, justice (catégorie 3). À l'intérieur de chacune des catégories, les valeurs sont réunies autour de motivations semblables ou complémentaires, par exemple la compétence, la rigueur scientifique et l'intégrité. Chacune des valeurs est définie et illustrée par un défi que pose leur application.



La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge
Olivier Chardon et al., *Études et Résultats*, n° 920, Drees, juin 2015.

À partir des données de l'enquête nationale de données en santé scolaire 2012-2013 - 3 316 établissements participants (72 %) pour 18 793 élèves - les auteurs de l'étude notent que de fortes disparités de santé et d'habitudes de

vie selon le milieu social existent dès l'âge de six ans, notamment pour la prévalence de la surcharge pondérale et la santé bucco-dentaire. En 2013, 12 % des enfants de grande section de maternelle sont en surcharge pondérale et 3,5 % sont obèses même si la prévalence de la surcharge pondérale semble stabilisée depuis 2006. Cependant, chez les cadres supérieurs, 7 % sont en surcharge pondérale et 1 % sont obèses, contre respectivement 16 % et 6 % chez les ouvriers.

Du côté de la santé bucco-dentaire, la proportion d'enfants de cadres ayant au moins une dent cariée s'élève à 8 % contre 30 % chez les ouvriers.

Les habitudes de vie sont aussi fortement différenciées socialement : prévention et recours aux soins s'observent davantage chez les cadres, ce qui pour les auteurs explique en partie les disparités de santé observées. Ainsi, si 60 % de leurs enfants se brossent les dents plusieurs fois par jour, cette pratique ne concerne que 47 % des enfants d'ouvriers.

Enfin, les enfants de cadres consomment moins de boissons sucrées et passent moins de temps devant un écran.

Études autour de l'encadrement des publicités alimentaires

Hélène Escalon, Inpes, mai 2014

L'Inpes a réalisé en 2013-2014 quatre études spécifiques sur l'encadrement des publicités alimentaires, soit :

- une enquête sur les investissements publicitaires pour des aliments gras, sucrés et/ou salés destinés aux enfants ;
- une enquête sur les ressorts utilisés dans les publicités pour des aliments gras, sucrés et/ou salés destinés aux enfants et adolescents ;
- une analyse de la consommation télévisée des enfants et adolescents ;
- une analyse de l'opinion des parents à propos de l'influence de la publicité alimentaire sur leurs enfants et d'une réglementation de cette publicité à la télévision.

Un rapport synthétise les résultats de ces études. Pour Hélène Escalon, l'ampleur du marketing alimentaire à destination des enfants et adolescents se maintient même si des mesures d'autorégulation ont été prises par les industries agroalimentaires.

La télévision reste le média privilégié par les marques pour leurs investissements publicitaires alimentaires et les aliments qui y sont les plus promus sont « massivement gras, sucrés et/ou salés ». Selon les déclarations des parents, leurs enfants et adolescents (4-17 ans) sont nombreux (7 sur 10), à leur demander d'acheter des aliments ou des boissons vus à la télévision au moins de temps en temps.

Les trois quarts des parents d'enfants âgés de 4 à 17 ans se disent favorables à une réglementation qui interdirait la publicité pour des boissons ou des aliments trop gras, salés ou sucrés au cours des programmes télé à destination de leurs enfants.

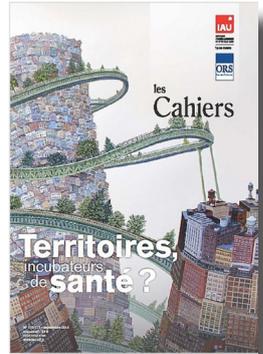
Les trois quarts des parents d'enfants âgés de 4 à 17 ans se disent favorables à une réglementation qui interdirait la publicité pour des boissons ou des aliments trop gras, salés ou sucrés au cours des programmes télé à destination de leurs enfants.

Les trois quarts des parents d'enfants âgés de 4 à 17 ans se disent favorables à une réglementation qui interdirait la publicité pour des boissons ou des aliments trop gras, salés ou sucrés au cours des programmes télé à destination de leurs enfants.



L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est un outil d'aide à la décision intersectorielle permettant la formulation de recommandations pour amender des politiques publiques.



Encore peu connue en France, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche pourtant reconnue au niveau international depuis les années quatre-vingt-dix pour sensibiliser les décideurs à la santé des populations.

Dans un article paru en septembre 2014 pour *Les Cahiers de l'aménagement et de l'urbanisme Île-de-France*, Muriel Dubreuil et Nicolas Prisse passent en revue les enjeux de l'EIS, dont celui essentiel d'inscrire les politiques publiques comme garantes de la qualité du cadre de vie des populations. Ainsi, vivre dans un cadre de vie sain implique d'« avoir un habitat adéquat, des moyens de subsistance sûrs et qui font sens, l'accès aux lieux d'éducation, aux services, aux parcs et espaces publics dans des environnements sécurisés et sans violence où l'air, les sols et l'eau ne sont pas pollués et dans une société qui promet, non seulement, les opportunités et l'innovation pour les individus, mais également la coopération, la confiance et l'équité.»

Telle que développée par les deux auteurs, l'EIS est une aide à la décision pour rendre les politiques publiques prises en dehors du champ de la santé, favorables à la santé des populations. En agissant ainsi sur les déterminants sociaux de la santé (cf. schéma), et à la

Déterminants de la santé et politiques menées localement (adapté de *Health Impact Assessment. A guide for practice. Human Health Partners, 2011*)



fois sur les environnement physique, social et sur l'accessibilité aux services, l'EIS se trouve à la croisée de la promotion de la santé et de l'aménagement du territoire, urbain comme rural.

Pour être effective, une évaluation d'impact sur la santé porte sur des politiques ou actions en projet mais dont les informations disponibles sont suffisantes pour pouvoir estimer *a priori* les impacts potentiels sur la santé. Cette évaluation dite prédictive (*assessment* en anglais) se fonde sur une démarche scientifique de recherches de données probantes. L'EIS peut alors être réduite à une revue de littérature (EIS rapide), intégrer le point de vue d'experts (EIS intermé-

diaire) ou développer de véritables recueils d'informations *ad hoc* (EIS approfondie). Les deux auteurs insistent sur le fait que dans les deux derniers types d'EIS cités, la participation citoyenne est le plus souvent recherchée, l'expertise citoyenne complétant l'expertise scientifique. Les représentants des citoyens sont certainement les mieux placés pour exprimer les besoins, les préoccupations et la vision pour l'avenir qu'ont les habitants. Les recommandations qui finalisent la démarche de l'EIS visent à maximiser les gains de santé et à limiter les dommages potentiels pour la santé des politiques publiques ou actions. □

26 SEPTEMBRE 2015,
PARIS

16^e université
d'été de l'Institut
Renaudot -
Environnement,
santé et démarche
communautaire

INSTITUT RENAUDOT
Programme

29 SEPTEMBRE
2015, AMIENS

La santé dans la
ville de demain
**RÉSEAU FRANÇAIS DES VILLES-
SANTÉ OMS**

Programme

1-2 OCTOBRE
2014, AMIENS

Colloque national
des réseaux de
cancérologie

RÉSEAUX DE CANCÉROLOGIE
Programme

**14-
17** OCTOBRE
2015, MILAN

8^e conférence
européenne de la
santé publique

EUPHA, SITI
Programme

**4-
6** NOVEMBRE
2015, TOURS

Congrès 2015
de la Société
française de santé
publique - Les
déterminants
sociaux de la
santé : des
connaissances à
l'action

SFSP
Programme

15 DÉCEMBRE,
ROUEN

Les jeunes.
Journée de
la *Plateforme
sanitaire et
sociale* de Haute-
Normandie

**OR2S, PLATEFORME SANITAIRE ET
SOCIALE DE PICARDIE**
Programme

*Pour continuer à recevoir
Plateforme sanitaire et sociale,
Inscrivez-vous sur pf2s.fr*

Je m'inscris sur pf2s.fr



Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
Antenne haut-normande : Pôle des savoirs, 115 boulevard de l'Europe, 76100 Rouen
Tél : 03 22 82 77 24, 07 71 13 79 32, mél : info@or2s.fr site : www.or2s.fr / www.pf2s.fr
Mél : plateforme@or2s.fr

Directrice de publication : Dr Élisabeth Lewandowski (or2s)
Comité de rédaction : Gérard Bouvais (drjcs), Catherine Gay (région haute-normandie),
Christelle Gougeon (ars), Corinne Leroy (ars), François Michelot (or2s), Cyrille Tellart
(drjcs), Alain Trugeon (or2s), Nathalie Viard (ars)
Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo
n° ISSN : en cours

