



SOMMAIRE

Le préfet des Hauts-de-France rejoint le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités 2

L'ARS se prépare aux Jeux Olympiques et Paralympiques 2

Politique de la ville : nouvelle cartographie des quartiers prioritaires 3

Près d'un senior à domicile sur dix en perte d'autonomie dans les Hauts-de-France 4

Focus

Projet régional de santé

Révision du PRS à mi-parcours 5

Le projet régional de santé 5

Renforcer la prévention pour réduire les inégalités de santé, première orientation stratégique 6

Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires 6

Assurer l'accès de tous à la santé 7

La révision du PRS, un travail de concertation associant les acteurs locaux 8

Lus pour vous / À lire 9

Pour une approche globale et positive de l'éducation sexuelle pour les jeunes 10

Droit à l'avortement : où en est-on dans l'Union européenne ? 11

Agenda 12

RÉGION

Le préfet des Hauts-de-France rejoint le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités

Le 11 janvier dernier, Catherine Vautrin, ex-députée de la Marne, conseillère municipale de Reims, et présidente de l'Agence nationale pour la rénovation urbaine depuis septembre 2022, a été nommée ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, dans le gouvernement de Gabriel Attal.

Comme directeur de cabinet, Catherine Vautrin a choisi Georges-François Leclerc, auparavant préfet de la région Hauts-de-France. Diplômé de l'IEP de Paris et de l'ENA (promotion Léon Gambetta, 1991-1993), il débute sa carrière de haut fonctionnaire en 1993 comme administrateur civil affecté au ministère de l'Économie et des Finances. En 2002, il est nommé directeur adjoint du cabinet de Roselyne Bachelot, ministre de l'Écologie et du Développement durable, puis évolue dans différents postes ministériels. Il est titularisé préfet en 2011 et occupe des postes en Haute-Savoie, Alpes-Maritimes, puis Seine-Saint-Denis, avant d'être nommé en juillet 2021 préfet de la région Hauts-de-France et préfet de la zone de défense et de sécurité Nord.

Avec cette nomination au cabinet de Catherine Vautrin, il renoue avec les questions sanitaires et sociales, qu'il avait déjà eu l'occasion de traiter entre 2007 et 2009 en tant que conseiller de Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Il avait ainsi contribué à l'élaboration de la loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » (HPST), loi à l'origine des Agences régionales de santé.



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL,
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



RÉGION

L'ARS se prépare aux Jeux Olympiques et Paralympiques

Cet été, à l'occasion des Jeux Olympiques et Paralympiques 2024, outre le passage de la flamme olympique entre le 2 et le 18 juillet, les Hauts-de-France accueilleront les épreuves de basketball et de handball. En prévision de cet événement majeur, l'ARS Hauts-de-France se prépare afin d'organiser et de garantir l'accès aux soins pour tous.

En préparation des jeux, l'ARS travaille avec l'ensemble des acteurs de santé (établissements de santé, médecine de ville, transporteurs sanitaires, etc.) « *pour prévenir les risques sanitaires, adapter les dispositifs de surveillance et assurer la continuité des soins en cette période estivale* ».

Outre des exercices de préparation collectifs ou d'accompagnement à la formation des établissements de santé pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, la préparation de l'ARS et des acteurs de santé porte sur trois points :

- Organiser et garantir la continuité des soins, pour les habitants comme les visiteurs et touristes ;
- Établir un dispositif prudentiel sanitaire, en lien avec les préfetures de département, afin de surveiller et prévenir les risques sanitaires et environnementaux ;
- Mettre en place des actions de santé publique, de prévention et promotion de la santé (lutte contre le tabagisme et les addictions, les conduites à risques, etc.).



En savoir plus sur pf2s.fr



En savoir plus sur pf2s.fr

RÉGION

Politique de la ville : nouvelle cartographie des quartiers prioritaires

Mise à jour en métropole pour la première fois depuis sa création en 2014, la cartographie des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) a évolué au 1^{er} janvier 2024. Au niveau national, 40 quartiers sortent du zonage en raison d'une amélioration socio-économique ou d'une évolution démographique, 960 quartiers voient leur zonage évoluer, et 111 nouveaux quartiers entrent dans la liste des QPV.

Créés par la loi de nouvelle géographie prioritaire de 2014, dite loi Lamy, un QPV est défini comme un quartier d'au moins 1 000 habitants, situé dans une unité urbaine de plus de 10 000 habitants, caractérisé par un « décrochage » du revenu des ménages par rapport aux revenus de l'unité urbaine et de la France métropolitaine. L'objectif avec ce zonage est de concentrer les moyens d'intervention, en matière fiscale mais aussi en termes d'éducation, d'emploi ou d'insertion, au profit des quartiers dont les habitants rencontrent les plus grandes difficultés.

Avec cette mise à jour du zonage pour coller aux évolutions des territoires, les Hauts-de-France comptent à présent 204 quartiers prioritaires, contre 199 précédemment. Les évolutions sont les suivantes :

- Le département de l'**Aisne** n'enregistre pas de modification majeure et compte toujours 17 QPV, répartis sur les communes de Château-Thierry, Chauny, Tergnier, La Fère, Laon, Saint-Quentin, Soissons, Villers-Cotterêts et Hirson.

- Le **Nord** compte désormais 94 QPV, contre 91 précédemment. Outre le maintien ou l'extension de nombreux QPV, quatre nouveaux quartiers font leur entrée dans le zonage : le quartier prioritaire d'Aulnoye-Aymeries Multisites, le quartier Bruay centre - Pont de Bruay à Bruay-sur-l'Escaut, Cœur de ville à Cappelle-la-Grande et Le Parc à Haubourdin.
- Le quartier Les Abords du Parc à Liancourt, dans l'**Oise**, est le seul QPV de la région à sortir du zonage dans le cadre de cette refonte. Par ailleurs, le département compte désormais 19 QPV, puisque deux nouveaux quartiers intègrent le zonage : Jaurès - Gare à Creil et Montupet à Nogent-sur-Oise.
- Le département du **Pas-de-Calais** comptabilise 64 QPV, dont un nouveau quartier, celui des Vérotières à Berck-sur-Mer, commune qui entre pour la première fois dans le zonage.
- Quant à la **Somme**, elle compte désormais 10 QPV, répartis entre les communautés d'agglomérations de la Baie de Somme, qui en compte trois, et celle d'Amiens Métropole qui en compte sept, dont un nouveau quartier, celui d'Elbeuf-Lescouvé à Amiens.

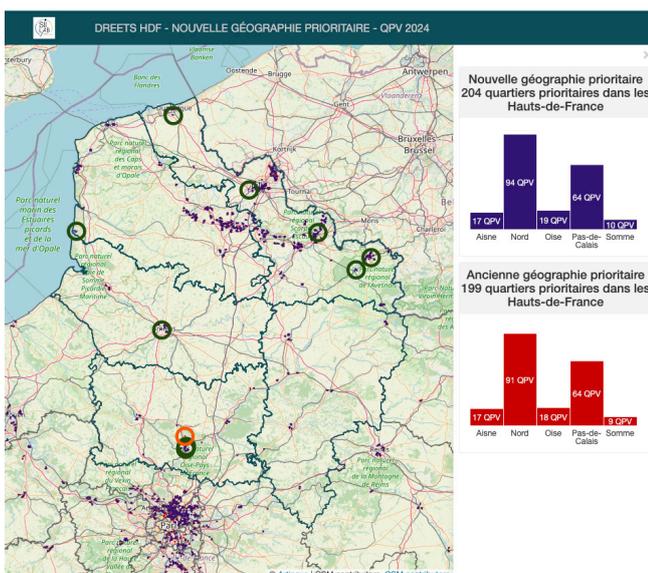
Quartiers 2030

La nouvelle cartographie des quartiers prioritaires de la ville servira de base pour la mise en place en 2024 des contrats de ville « Engagement Quartiers 2030 ».

Afin de favoriser la participation des habitants de ces quartiers prioritaires à l'élaboration de ces futurs contrats de ville, la secrétaire d'État chargée de la ville, Sabrina Agresti-Roubache, a lancé la concertation « Quartiers 2030 : vos projets pour les quartiers ». Cette concertation, qui s'est déroulée à l'automne 2023, a permis aux habitants qui le souhaitent de répondre à un questionnaire en ligne sur une plateforme dédiée, et/ou de participer à des réunions de concertation organisées dans leur quartier.

Les nouveaux contrats de ville, qui doivent être signés durant le premier semestre 2024, auront notamment pour objectif « [d']assurer des réponses de qualité aux attentes des habitants, parmi lesquelles la sécurité, l'écologie du quotidien et l'accès à tous les services publics¹ »

¹ Circulaire du 31 août 2023 relative à l'élaboration des contrats de ville 2024-2030 dans les départements métropolitains.



Retrouvez [ici](#) la cartographie interactive de la DreetS pour explorer les évolutions en Hauts-de-France.



En savoir plus sur pf2s.fr

RÉGION

Près d'un senior à domicile sur dix en perte d'autonomie dans les Hauts-de-France

Les Hauts-de-France comptent 1 455 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, soit 24 % de la population régionale en 2020. D'ici 2070, si les tendances démographiques actuelles se poursuivent, cette proportion devrait augmenter pour atteindre 33 % des habitants de la région. La hausse serait encore plus marquée pour les tranches d'âge les plus élevées et les plus confrontées à la perte d'autonomie.

Parmi les seniors vivant à domicile dans la région, plus de 133 000 personnes de 60 ans ou plus déclarent éprouver d'importantes difficultés dans les actes de la vie quotidienne en 2021 : 9,3 % des seniors à domicile sont ainsi considérés en perte d'autonomie, une proportion plus élevée qu'en France métropolitaine (7,2 %). Les Hauts-de-France affichent ainsi l'un des plus forts taux de seniors à domicile en perte d'autonomie.

Les femmes, notamment du fait d'une espérance de vie plus élevée, sont davantage concernées que les hommes. Dans la région, 11 % des femmes âgées de 60 ans ou plus, vivant à domicile, sont confrontées à une perte d'autonomie, contre seulement 7 % des hommes. À partir de 85 ans, plus de quatre femmes sur dix souffrent d'une perte d'autonomie, tandis qu'ils sont à peine trois hommes sur dix dans cette situation aux mêmes âges.

La prévalence de perte d'autonomie dans les Hauts-de-France s'explique notamment par le niveau de vie moins élevé des habitants. Les difficultés financières peuvent en effet limiter l'accès aux soins ou empêcher d'adopter une bonne hygiène de vie. De plus, des conditions de travail plus pénibles ont, à terme, des effets néfastes sur la santé. Or, les ouvriers, plus exposés à des pénibilités, sont surreprésentés dans les Hauts-de-France, en lien avec le passé industriel de la région.

La perte d'autonomie se définit par une accumulation de limitations fonctionnelles. Dans la région, 28 % des seniors à domicile éprouvent au moins une difficulté d'ordre moteur (monter un escalier par exemple), sensoriel (vue ou audition) ou cognitif (compréhension ou concentration). Cette proportion est supérieure de près de 5 points à celle constatée au niveau national. À partir de 85 ans, près de deux seniors sur trois sont concernés.

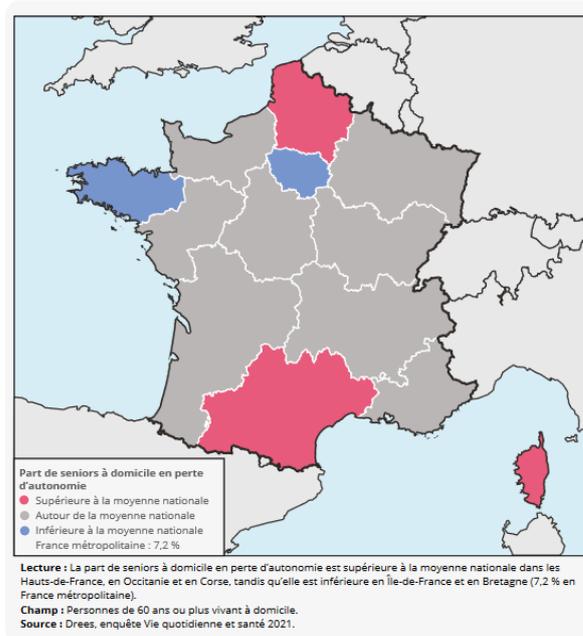
En 2021, dans les Hauts-de-France, tous les seniors en perte d'autonomie vivant à domicile reçoivent de l'aide pour les actes de la vie quotidienne, que cette aide soit professionnelle ou technique ou qu'elle vienne de l'entourage. Dans neuf cas sur dix, les différents types d'aide se cumulent. Qu'ils souffrent ou non d'une perte d'autonomie, les seniors des Hauts-de-France vivant à domicile recourent plus souvent qu'ailleurs à une aide, surtout celle de leur entourage (21 %). La région se distingue en effet par la plus forte solidarité intergénérationnelle de France métropolitaine.

Catherine Barkovic, Noémie Grandperrin (Insee)

Pour en savoir plus :

« [Près d'un senior à domicile sur dix en perte d'autonomie dans les Hauts-de-France](#) », Insee Analyses Hauts-de-France n°163, décembre 2023.

► 1. Part de seniors à domicile en perte d'autonomie selon les régions



En savoir plus sur pf2s.fr

Révision du PRS à mi-parcours



En juillet 2023, l'ARS Hauts-de-France a lancé une large consultation de l'ensemble des acteurs de santé de la région afin d'alimenter la révision de deux composantes du Projet régional de santé (PRS) : le Schéma régional de santé (SRS) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS). L'élaboration de ces documents s'est voulue participative et tournée vers les territoires afin de prendre en compte leurs particularités et leurs atouts (voir article page 8).

Le SRS ainsi révisé contient six orientations stratégiques pour répondre aux grands enjeux de santé en Hauts-de-France :

- Renforcer la prévention pour réduire les inégalités de santé (voir article page 6) ;
- Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires (voir article page 6) ;
- Favoriser la santé tout au long de la vie ;
- Assurer l'accès à la santé dans les territoires (voir article page 7) ;
- Mettre les territoires au cœur de la stratégie régionale de santé ;
- Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé.

Quant au PRAPS, il fixe cinq objectifs opérationnels :

- Intensifier la lutte contre le renoncement et les retards de soins sur l'ensemble du territoire ;
- Déployer des projets d'inclusion numérique et inclure du numérique dans les dispositifs d'inclusion en santé ;
- Poursuivre le renforcement de l'offre spécifique de santé pour les personnes en grande précarité, dans une logique de parcours à l'échelle des territoires et pour un relais vers le droit commun de la santé ;
- Poursuivre le décloisonnement des politiques publiques et des acteurs ;
- Définir et déployer une stratégie d'actions pour garantir la prise en compte de la parole et de l'expertise des personnes les plus démunies.

Le projet régional de santé

En 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), en créant les Agences régionales de santé (ARS), consacre l'échelon régional comme celui de la mise en œuvre et de la régulation des politiques de santé. Cette réforme s'accompagne de la mise en place dans chaque région d'un Projet régional de santé (PRS), définit ainsi par la loi : « *Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre* ».

Depuis 2016, le PRS est constitué d'un cadre d'orientations stratégiques pour 10 ans, d'un Schéma régional de santé (SRS) et d'un Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS), tous deux d'une durée de 5 ans, donnant lieu à une révision du PRS à mi-parcours. Le SRS permet de décliner les orientations du PRS en objectifs opérationnels et détermine les implantations des activités de soins et des équipements soumis à autorisation.

¹ Article L1434-1 du Code de la santé publique



En savoir plus sur pf2s.fr



En savoir plus sur pf2s.fr

FOCUS

Renforcer la prévention pour réduire les inégalités de santé, première orientation stratégique

Plus encore que dans sa précédente version, le SRS révisé sous-tend dans l'ensemble de ses politiques un virage préventif indispensable à notre système de santé. Promotion de la vaccination et renforcement de la participation aux dépistages organisés, action volontariste sur l'ensemble des facteurs de risque comportementaux – tabac, alcool, sédentarité, etc. -, développement des approches préventives en santé mentale, auprès des personnes en situation de handicap ou démunies, des enfants et des jeunes, renforcement de la culture préventive dans les pratiques quotidiennes des soignants ... L'ambition du SRS est d'inclure la prévention dans tous les milieux de vie et tout au long de la vie.

La première orientation stratégique du SRS 2023-2028 est donc *Renforcer la prévention pour réduire les inégalités de santé* et se décline en huit objectifs généraux :

- Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France ;
- Promouvoir un environnement favorable à la santé ;
- Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète ;
- Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge ;
- Prévenir et agir face aux conduites addictives ;
- Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères ;
- Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer ;
- Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Enfin, dans une logique de proximité, de déclioisonnement et de « désinstitutionnalisation », le SRS consacre le développement des démarches d' « aller vers » ou de médiation en santé, pour toucher les personnes les plus éloignées des soins pour des raisons géographiques, socio-professionnelles ou de santé, afin de réduire plus efficacement les inégalités de santé. Ainsi dans l'objectif opérationnel *Développer « l'aller vers » et la médiation en santé*, parmi les résultats attendus à 5 ans, figure l'affectation d'un adulte relais médiateur santé (ARMS) dans chaque quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) de la région ou encore l'expérimentation de formes de médiation en santé, notamment en ruralité sur des territoires plus isolés, soutenues par des équipes mobiles.



[En savoir plus sur pf2s.fr](https://www.pf2s.fr)

FOCUS

Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires



Au lendemain d'une crise sanitaire d'une magnitude inégalée, le SRS intègre en toute logique et encore plus qu'auparavant des objectifs de prévention, d'anticipation et de gestion des risques sanitaires, dans l'orientation stratégique.

Prévenir l'émergence et la diffusion des épidémies

Face aux risques épidémiques, le SRS vise à renforcer une approche préventive vis-à-vis de l'émergence et de la diffusion des épidémies. La lutte contre la diffusion des agents infectieux repose sur l'identification des cas et le contact tracing, la mise en œuvre de mesures et gestes barrière visant à limiter la transmission, les solutions curatives pour soigner le malade et maîtriser sa contagiosité, et la prévention vaccinale.



[En savoir plus sur pf2s.fr](https://www.pf2s.fr)

Assurer l'accès de tous à la santé

L'accès aux soins est une problématique majeure en Hauts-de-France, qui se caractérise par des déterminants sociaux de santé parmi les plus défavorables de France, tandis que la démographie régionale des professionnels de santé est plus faible qu'au niveau national, avec d'importantes disparités infrarégionales. Outre un vieillissement de la population générale, la population des professionnels de santé connaît elle aussi un vieillissement, avec près de la moitié des médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus, ce qui entrainera une baisse des professionnels médicaux en exercice jusqu'en 2030.

Au vu de ces constats, et afin de pouvoir répondre aux enjeux épidémiologiques et démographiques de la région, il est nécessaire d'adapter le système de santé et « de travailler dans une approche globale et transversale, mobilisant les leviers de la formation, comme moyen de recomposition de l'offre et de meilleure répartition des professionnels. Il apparaît également impératif d'investir durablement dans les territoires sous-denses afin de leur redonner une capacité d'attractivité ».

Pour répondre à la pluralité des attentes, des situations mais aussi des contraintes, les réponses doivent être multiples : soutien au virage domiciliaire pour permettre aux personnes âgées de vieillir le plus longtemps possible chez elles ; médicalisation des EHPAD pour répondre aux besoins de santé de leurs résidents ; accompagnement des démarches d'inclusion des enfants et adultes en



situation de handicap et transformation de l'offre médico-sociale ; soutien, à l'échelle territoriale, des initiatives et coopérations pluridisciplinaires des professionnels de santé, de la structuration des filières de prise en charge et des dispositifs de coordination permettant l'orientation et la prise en charge des situations complexes, poursuite du virage ambulatoire... Assurer l'accès à la santé, en tout point du territoire et au bénéfice de tous, est une ambition clé de ce nouveau SRS.



[En savoir plus sur pf2s.fr](https://www.pf2s.fr)

Développer une culture individuelle et collective de la santé publique dans la population

Dans le cadre de la crise sanitaire de la Covid-19, la population a été amenée à mettre en place des gestes barrières et mesures de prévention. Afin de lutter contre la propagation des agents infectieux, il s'agit de poursuivre ces bonnes pratiques et d'ancrer cette culture commune et citoyenne en santé publique *via* notamment les programmes de compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes, les programmes d'éducation thérapeutique ou encore les ambassadeurs santé.

Détecter et répondre aux urgences de santé publique

Dans le cadre de cet objectif, assurer la détection précoce des signaux relevant de possibles urgences de santé publique demande notamment de renforcer la culture du signalement par les professionnels de terrain et partenaires institutionnels auprès de l'ARS. Les résultats attendus à 5 ans portent sur le renforcement des systèmes de surveillance et de détection précoce des urgences de santé publique et sur la consolidation de la Plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires (PRVUS).

FOCUS

La révision du PRS, un travail de concertation associant les acteurs locaux

À l'occasion de la révision du PRS, l'ARS Hauts-de-France a souhaité mettre en place une approche revisitée de l'élaboration et de la conduite des politiques publiques de santé, plus participative et associant davantage les acteurs locaux.

Pour l'élaboration du nouveau SRS, l'ARS s'est basée sur une large concertation des acteurs de santé de la région : 1 000 participants dans les différents temps de concertation, une co-construction avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie dès novembre 2022, un séminaire PRS réunissant 300 parties prenantes le 15 mars 2023. Cette nouvelle version du SRS s'est en outre nourrie des contributions des 1 070 participants aux 7 réunions publiques du CNR-santé qui se sont tenues dans la région à la fin de l'année 2022, qui elles-mêmes ont donné lieu à des feuilles de route territoriales élaborées en concertation avec les conseils territoriaux de santé et connectées aux plans d'action du projet régional. Ainsi, environ 2 000 participants ont été associés à l'une et/ou l'autre des démarches de concertation engagées par l'agence.

À l'issue de la phase de concertation, la révision du SRS et du PRAPS proposée par l'ARS a été approuvée par les instances régionales consultées, comme s'en est félicité Hugo Gilardi, directeur général de l'ARS Hauts-de-France, lors de la présentation de ces documents révisés : « Je tiens à saluer la forte mobilisation de l'écosystème régional de la santé qui a été une réussite : au terme de la consultation de 3 mois, le SRS et le PRAPS révisés ont été majoritairement approuvés par les représentants des acteurs de la santé. Les instances consultées, dont la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) qui représente l'ensemble des acteurs de santé des Hauts-de-France, ont très largement approuvé les SRS et PRAPS révisés. Elles ont souligné la qualité de la concertation et des échanges et ont formulé des propositions d'ajustements qui ont été prises en considération ou s'intégreront dans les travaux d'élaboration des plans d'actions, documents de déclinaison opérationnelle du SRS et du PRAPS ».

Enfin, parmi les acteurs consultés dans le cadre de cette concertation figurent les usagers. Afin de faciliter leur mobilisation, ainsi que celle de l'ensemble des citoyens, comme acteurs des politiques de santé, figure parmi les objectifs de ce nouveau SRS la nécessité d'une plus grande lisibilité de l'offre de santé pour être plus compréhensible. Par ailleurs, les usagers doivent être pleinement associés à la conception et à la mise en œuvre des politiques de santé : les savoirs expérientiels et démarches de participation directe des usagers sont ainsi valorisés dans cette nouvelle stratégie régionale.



En savoir plus sur pf2s.fr

LUS POUR VOUS



Santé des personnes âgées

Alors que les personnes de 65 ans et plus représentent aujourd'hui une personne sur cinq en France, ce nouveau numéro d'Épitomé est consacré à la santé des personnes âgées. Face aux multiples problématiques spécifiques à cette population (prévalence croissante des maladies chroniques liées à l'âge, difficultés d'accès aux soins spécifiques aux personnes âgées, inégalités d'offres entre les territoires...), ce numéro présente quelques approches variées mises en place par les ORS pour améliorer la connaissance des besoins de cette population, par le biais d'études mais aussi de partenariats comme dans le cadre de gérontopôles.

Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, « Santé des personnes âgées », Épitomé, n°6, décembre 2023.



Hausse des pensées suicidaires chez les jeunes

Parmi les pays européens, la France présente un des taux de suicide les plus élevés, et, comme à l'étranger, la crise sanitaire liée à l'épidémie de la Covid-19 a eu un impact important sur la santé mentale de la population. De cette étude de Santé publique France à propos des pensées suicidaires et tentatives de suicide en 2021, le principal constat est celui d'une détérioration de la santé mentale des jeunes adultes, comme en témoigne une augmentation importante des pensées suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-24 ans, tendance observée depuis une dizaine d'années.

Léon, C., Du Roscoat, F. & Beck, F. « Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-49 ans en France : résultats du Baromètre Santé 2021 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°3, février 2024.



Déficit de migrations résidentielles en Hauts-de-France

En 2021, environ 68 000 personnes sont venues s'installer en Hauts-de-France, en provenance notamment d'Île-de-France, tandis que 74 000 personnes ont quitté la région. Malgré un regain d'attractivité (13 % de déménagements en provenance d'autres régions contre 10 % en 2021), les Hauts-de-France demeurent la région de France métropolitaine la plus déficitaire en matière de migrations résidentielles. Par ailleurs, les pôles de la région continuent de perdre en attractivité. Quant aux nouveaux résidents, comparé à 2019, ils sont plus âgés et plus souvent en emploi, bien que les cadres emménagent moins fréquemment dans la région.

Victor, C. & Grandperrin, N. « Malgré un regain d'attractivité, les Hauts-de-France perdent encore des habitants en 2021 », Insee Flash Hauts-de-France, n°156, février 2024.

À LIRE

Des stéréotypes de genre encore très ancrés, notamment chez les hommes.

« Le Baromètre met également en lumière la persistance d'une inégalité forte dans les couples, bien documentée par ailleurs : 54 % des femmes déclarent qu'elles prennent majoritairement elles-mêmes en charge les tâches ménagères contre 7 % des hommes. Stéréotypes et pratiques domestiques apparaissent corrélés : plus les personnes adhèrent aux stéréotypes de genre, moins elles déclarent un partage égalitaire dans leur couple. »



Malgré une diminution des inégalités entre femmes et hommes, les stéréotypes de genre perdurent, comme en témoigne le Baromètre d'opinion 2020-2022 de la Drees, enquête annuelle sur les politiques sanitaires et sociales et sur les inégalités sociales. Si une majorité des personnes interrogées rejettent les stéréotypes de genre (13 % les rejettent fortement et 41 % y sont modérément opposés), un quart d'entre elles y adhèrent (9 % de manière marquée et 16 % modérément), et une personne sur cinq se situe dans une position ambivalente. Parmi les stéréotypes interrogés, si l'idée que les filles ont autant l'esprit scientifique que les garçons fait consensus, l'idée que les mères savent mieux répondre aux besoins des enfants demeure très ancrée. L'adhésion aux stéréotypes de genre tend à être plus prégnante chez les hommes, les personnes de 65 ans ou plus, les personnes immigrées et les moins diplômées. Les personnes ayant une pratique religieuse régulière sont aussi plus susceptibles d'y adhérer. À l'inverse, les personnes les plus susceptibles de rejeter ces stéréotypes sont les femmes, les personnes âgées de 25 à 34 ans, les diplômées du supérieur, les cadres et professions libérales et les professions intermédiaires.

De Champs, C. & Pirus, C. « Des stéréotypes de genre encore très ancrés, notamment chez les hommes », Études et résultats, n°1294, Drees, février 2024.

Pour une approche globale et positive de l'éducation sexuelle pour les jeunes

Pour lutter contre le sexisme et les violences sexuelles, mais aussi pour permettre à chacun de disposer des connaissances propices à une vie affective, relationnelle et sexuelle épanouie, l'éducation à la sexualité des jeunes est un enjeu essentiel. Au-delà d'une approche santé publique et prévention des risques, ce nouveau numéro de La santé en action propose une approche globale et positive de cette politique, qui se décline au gré des acteurs, de leurs milieux d'exercice et des publics accompagnés.

Éducation à la sexualité : d'une conception restrictive à une approche élargie de la sexualité des jeunes

Depuis les années 1970, et alors que les moyens de contraceptions permettent à partir de cette époque de distinguer reproduction et sexualité, cette dernière est devenue un enjeu d'éducation et d'action publique, passant de la sphère privée à une approche globale et positive, portée par l'ensemble des acteurs intervenant auprès des jeunes. Conformément à la déclaration d'Helsinki, il s'agit, comme pour les autres politiques de santé, d'intégrer l'éducation à la sexualité dans « toutes les politiques ».

Si l'éducation à la sexualité fait partie des enseignements dispensés tout au long de la scolarité depuis 2006, sa diffusion ne doit pas être cantonnée au cadre scolaire : l'ensemble des espaces accueillant des publics peuvent mettre en place des actions d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, et la multiplicité des lieux, des temps, des façons d'aborder ces questions et des intervenants permet d'adapter les réponses aux besoins et attentes des jeunes.

Dans les années 1980-1990, les premiers programmes d'éducation à la sexualité portaient une vision plutôt restrictive de la sexualité, abordée sous l'angle de la prévention des risques, qu'ils soient reproductifs ou infectieux. À partir des années 2000, ces programmes proposent une vision plus élargie s'inspirant notamment du référentiel « Éducation complète à la sexualité » de l'Unesco. Cette approche globale comprend la prévention des risques mais aussi les aspects positifs de la sexualité, source de satisfaction et de plaisir, contribuant à l'état de bien-être.

Plus encore, l'éducation à la sexualité doit aujourd'hui comprendre une éducation aux relations nouées autour de la sexualité et aux enjeux de consentement. Ce dernier élément est d'autant plus essentiel « [qu'] une éthique sexuelle fondée sur le consentement renvoie logiquement à l'égalité entre individus en termes de droits et de pouvoirs, qu'il s'agisse de l'égalité entre les sexes, entre les orientations et les préférences sexuelles, ou entre les différentes expressions de la masculinité ou de la féminité ».



Vuattoux, A. & Amsellem-Mainguy, Y. « Éducation à la sexualité : d'une conception restrictive à une approche élargie de la sexualité des jeunes », La santé en action, n°465, 2024

5.5 Trouver de l'aide et du soutien	
<p>Objectifs d'apprentissage (5-8 ans)</p> <p>Idée centrale : Les amis, la famille, les enseignants, les responsables religieux et les membres de la communauté peuvent et doivent s'entraider</p> <p>Les élèves pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> expliquer ce qu'on entend par « adulte de confiance » (connaissance) ; identifier des solutions spécifiques d'entraide (connaissance) ; reconnaître que toute personne a le droit d'être protégée et soutenue (attitude) ; montrer comment identifier un adulte de confiance et lui demander de l'aide (compétence). 	<p>Objectifs d'apprentissage (9-12 ans)</p> <p>Idée centrale : Il existe différentes sources d'aide et de soutien à l'école et dans la communauté élargie</p> <p>Les élèves pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> reconnaître les problèmes pour lesquels les enfants peuvent avoir besoin de chercher de l'aide (par exemple, en cas d'abus, de harcèlement sexuel, de harcèlement scolaire, de maladie) et identifier des sources d'aide fiables (connaissance) ; rappeler que les cas d'abus, de harcèlement sexuel et de harcèlement scolaire doivent être signalés à une source d'aide en qui l'on a confiance (connaissance) ; prendre conscience que certains problèmes peuvent nécessiter de demander de l'aide en dehors de l'école ou de la communauté (attitude) ; montrer comment chercher et obtenir de l'aide au sein de la communauté élargie (compétence).
<p>Objectifs d'apprentissage (12-15 ans)</p> <p>Idée centrale : Il est important d'évaluer les sources d'aide et de soutien, notamment les sources de services et de médias, afin d'avoir accès à des informations et à des services de qualité</p> <p>Les élèves pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> citer des sources d'aide et de soutien pour les questions de santé et de droits sexuels et reproductifs (connaissance) ; décrire les caractéristiques des sources d'aide et de soutien fiables (notamment en termes de préservation de la confidentialité et de protection de l'intimité) (connaissance) ; réaliser qu'il existe des lieux qui permettent d'accéder à un soutien en matière de santé sexuelle et reproductive (par exemple, conseil, test de dépistage et traitement des IST ou du VIH ; services de soutien dédiés à divers cas : contraception moderne, abus sexuels, viol, violence familiale et violence basée sur le genre, avortement et soins après avortement¹, stigmatisation et discrimination) (connaissance) ; décrire les caractéristiques des sources d'aide et de soutien fiables dans les médias (par exemple, les sites Web) (connaissance) ; prendre conscience de l'importance d'analyser de manière critique les sources d'aide et de soutien (attitude). 	<p>Objectifs d'apprentissage (15-18 ans et plus)</p> <p>Idée centrale : Toute personne a droit à une assistance abordable, factuelle et respectueuse qui préserve la confidentialité et protège l'intimité</p> <p>Les élèves pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> identifier les endroits où l'on peut accéder à des services ou à une assistance fiable en matière de santé sexuelle et reproductive (connaissance) ; reconnaître que les jeunes devraient pouvoir accéder à des services et à un soutien abordables, factuels et non moralisateurs qui préserve la confidentialité et protègent l'intimité (connaissance) ; montrer comment adopter un comportement positif en matière de recherche d'aide (compétence) ; s'habituer à demander de l'aide, une assistance ou du soutien sans éprouver de la culpabilité ou de la honte (compétence).

Source : Vuattoux, A. & Amsellem-Mainguy, Y. "Éducation à la sexualité : d'une conception restrictive à une approche élargie de la sexualité des jeunes", La santé en action, n°465, 2024



En savoir plus sur pf2s.fr

EUROPE

Droit à l'avortement : où en est-on dans l'Union européenne ?

Depuis que Malte a autorisé en juin 2023 le recours à l'avortement, de manière très restrictive, tous les pays de l'Union européenne (UE) accordent désormais un droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Cependant, d'un pays à l'autre, les conditions et l'accès à l'avortement varient fortement. Tour d'horizon de ce droit en Europe.

Parmi les 27 États membres de l'UE, 25 d'entre eux ont aujourd'hui légalisé ou dépenalisé l'IVG sans besoin de justification de la part de la femme qui souhaite y avoir recours, tandis que Malte et la Pologne encadrent encore très strictement le recours à l'avortement. Au sein des États, le délai maximal pour avorter varie de 10 semaines d'aménorrhée au Portugal à 24 semaines aux Pays-Bas, mais plus de la moitié des pays membres ont fixé cette limite à 12 semaines. En France, la limite est fixée à 14 semaines depuis février 2022, contre 12 auparavant.

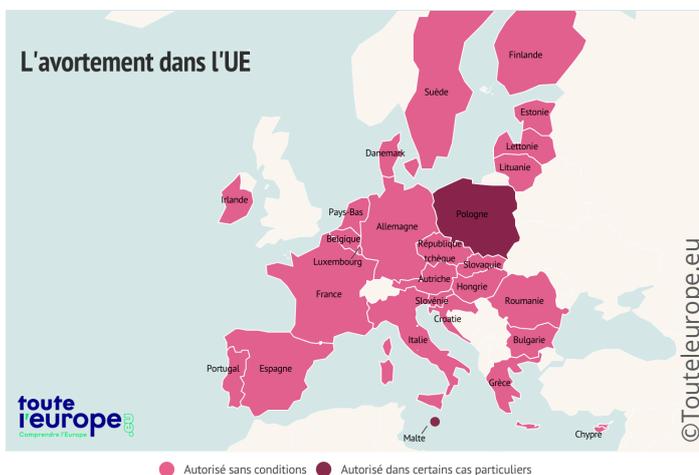
À partir des années 1970, plusieurs pays d'Europe commencent à autoriser l'avortement sous certaines conditions : le Danemark en 1973, la France en 1975, l'Italie en 1978, les Pays-Bas en 1984, l'Espagne en 1985, la Grèce en 1986, ou encore la Belgique depuis 1990. L'Irlande, qui fut longtemps un État très conservateur sur ce sujet, interdisait l'avortement en toutes circonstances jusqu'en 2013, avant de l'autoriser en cas de mise en danger de la vie de la mère. Suite à un référendum en 2018, le pays autorise désormais l'IVG sans condition jusqu'à 12 semaines. Quant au Luxembourg et à Chypre, ils autorisent respectivement l'avortement depuis 2014 et 2018, sans besoin de justification.

Cependant le droit à l'avortement et l'accès peuvent varier au cours du temps : si le Portugal a légalisé l'avortement en 2007, le délai légal est le plus court parmi les États de l'UE et, par la suite, le pays a restreint l'accès à l'IVG en 2015, notamment en rendant celle-ci payante. En Pologne, pays à forte tradition catholique, mais paradoxalement pionnier en matière d'avortement, puisqu'il fut autorisé dès 1932 en cas de viol ou de mise en danger de la vie de la mère, l'accès à l'avortement demeure aujourd'hui très restreint. En 2020, le gouvernement polonais a limité encore un peu plus l'accès à l'IVG en l'interdisant en cas de malformation du fœtus. Quant à Malte, il s'agit du dernier État de l'UE à avoir autorisé l'accès à l'IVG, en 2023, et ce seulement en cas de mise en danger de la vie de la mère ou de fœtus non-viable.

La France, premier pays au monde à constitutionnaliser l'IVG

Alors que le droit à l'avortement de par le monde est soumis à des aléas politiques et sociétaux, le 4 mars 2024, la France est devenue le premier pays au monde à inscrire ce droit dans sa constitution. Cette inscription dans la Constitution de 1958 vise à réaffirmer le caractère fondamental de cette liberté en France.

« La loi détermine les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse. »
Article 34 de la Constitution



En savoir plus sur [pf2s.fr](https://www.pf2s.fr)

AGENDA

18 avril 2024
Lille

USAGERS ET PROFESSIONNELS DU MÉDICO-
SOCIAL - DE LA NAISSANCE À LA FIN DE VIE

ORGANISATION : CRSA HAUTS-DE-
FRANCE

INSCRIPTION : [CLIQUEZ ICI](#)

21-23 mai 2024
Paris

SANTEXPO « BÂTIR LA SANTÉ DE
DEMAIN »

ORGANISATION : FÉDÉRATION
HOSPITALIÈRE DE FRANCE

INSCRIPTION : [CLIQUEZ ICI](#)

28 mai 2024
Pantin

JOURNÉE NATIONALE LOGEMENT D'ABORD

ORGANISATION : FÉDÉRATION DES
ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ

INSCRIPTION : [CLIQUEZ ICI](#)

30 mai 2024
Arras

3^E ÉDITION AGIR POUR LE CLIMAT : DÉFI
CLIMATIQUE ET TRAVAIL SOCIAL

ORGANISATION : IRTS HAUTS-DE-FRANCE
INSCRIPTION : [CLIQUEZ ICI](#)

13-14 juin 2024
Montrouge

Hybride

RENCONTRES DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
2024

ORGANISATION : SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
INSCRIPTION : [CLIQUEZ ICI](#)

25 juin 2024
Arras

PROTECTION DE L'ENFANCE ET HANDICAP :
QUELS LEVIERS FACE À CETTE DOUBLE
VULNÉRABILITÉ ?

ORGANISATION : URIOPSS HAUTS-DE-
FRANCE
INSCRIPTION : [CLIQUEZ ICI](#)

Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
Tél : 03 22 82 77 24, courriel : info@or2s.fr site : www.or2s.fr/www.pf2s.fr, courriel : plateforme@or2s.fr
Directeur de publication : P^r Maxime Gignon (OR2S)

Comité de rédaction : Sophie Debuissier (OR2S), Anne Duchemin (DREETS), Cécile Gauthiez (OR2S), Claire Joly (conseil régional), Grégory Marlier (conseil régional), Nadia Rouache (conseil régional), Julien Salingue (institut catholique de Lille), Nadège Thomas (OR2S), Christophe Trouillard (DREETS), David Verloop (ARS)

Rédaction : Cécile Gauthiez, mise en page : Sylvie Bonin
n° ISSN : 2679-0033 (en ligne) - Dépôt légal mars 2024

*Inscrivez-vous ici
pour recevoir la lettre électronique et les informations
de la Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France*



Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités

