

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

LETTRE D'INFORMATION
DE LA PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE
DE PICARDIE

n°22

décembre 2013

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé 2

- Une fin d'année riche d'évènements...

Actualité 3

- Stratégie nationale de santé : forum régional et contributions des acteurs

Brèves 4

Entretien 5

- Le travail social. Entretien avec Christian Chasseriaud, philosophe, sociologue

Initiative 6

- L'innovation sociale, un concept en débat

Focus

- MDPH de l'Aisne 8
- MDPH de l'Oise 9
- MDPH de la Somme 10
- Pôle d'observation médico-sociale 11
- Quelques chiffres sur le médico-social 12
- Schéma régional d'organisation du médico-social 14

Données nationales 15

- Allocation aux adultes handicapés

Brev'd'Europe 16

Europe 17

- Forum européen des personnes handicapées

Doc 18

- Gouvernance et utilisation des données de santé 19

Tribune libre 20

- Indicateurs d'état de santé

Agenda 20

Depuis leur création en 2006, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), de par leur vaste périmètre d'intervention englobant à la fois les problématiques des enfants et des adultes, se sont imposées dans le champ du médico-social. Toutes les demandes concernant des enfants et des adultes en situation de handicap s'évaluent désormais au sein des MDPH.

Malgré la jeunesse de ces institutions, la qualité de leur accueil, de leur technicité dans l'évaluation globale des situations et de leur réactivité face aux situations complexes a permis une reconnaissance de l'ensemble des partenaires locaux.

Elles participent à la demande de l'ARS et des conseils généraux à l'élaboration des schémas départementaux de l'autonomie et du schéma régional de l'organisation médico-sociale. Leur connaissance des besoins départementaux, alimentée à la fois par les retours des équipes pluridisciplinaires, les conclusions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), et leurs systèmes d'information font des MDPH des lieux d'observation privilégiés.

Cependant, cette observation, nous pouvons le constater à travers chacun de nos articles du *Focus* de ce numéro, reste limitée et relativement parcellaire. Limitée par le fait qu'actuellement seuls les besoins et les offres en établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont identifiables grâce à des outils non pas communs, mais que chacune d'entre elles ont tenté d'élaborer, avec l'aide de la CNSA.

Il s'agit d'une forme d'approche relativement artisanale, même si la fiabilité des outils utilisés n'est pas à remettre en cause. L'observation peut paraître parcellaire car le champ des compétences des MDPH ne se limite pas à l'orientation des enfants ou adultes en ESMS.

Actuellement, nous pouvons constater qu'il n'existe pas d'observation particulière sur le champ de l'insertion professionnelle. Les besoins en centres de pré-orientation professionnelle pour les personnes handicapées éloignées de l'emploi ne sont pas identifiés, même si notre connaissance au quotidien nous permet de penser que le manque est important. C'est une piste de travail qui s'ouvre à nous dans les années futures.

En cette fin d'année, l'activité des MDPH s'inscrit sous le signe d'une actualité marquée par la concertation préparant la future loi d'adaptation de la société au vieillissement. En effet, 2014 verra l'émergence de cette loi dont le premier volet sera proposé au parlement avant l'été. Le mouvement de convergence entre les politiques qui s'adressent aux personnes âgées et celles qui s'adressent aux personnes handicapées étant à présent clairement engagé, le devenir des MDPH est évoqué dans le projet de loi. Un groupe de réflexion avec la participation de l'Association des départements de France (ADF), du ministère des Affaires sociales et de la Santé et des associations représentatives des personnes en situation de handicap s'est constitué ; il a pour objectif d'étudier la possibilité de pérenniser la gouvernance qu'offre le Gip MDPH notamment par la mise en place d'une institution qui, au plan départemental, à l'instar de la CNSA au plan national, gèrerait l'ensemble du périmètre de la perte d'autonomie. Cette instance de gouvernance accompagnerait les MDPH ou les maisons départementales de l'autonomie si celles-ci étaient mises en place.

Malgré un contexte budgétaire auquel l'ensemble des acteurs institutionnels sont confrontés, la plus-value apportée par les MDPH est indiscutable ; ce dispositif innovant et atypique constitue un enjeu réel pour l'ensemble des acteurs concernés, et les équipes restent fortement impliquées dans la définition des besoins des personnes handicapées.

Patricia GÉNARD
Directrice
MDPH de l'Aisne

Maëla HÉMONN
Directrice
MDPH de l'Oise

Brigitte GODARD
Directrice
MPDH de la Somme

Une fin d'année riche d'événements...

Novembre et décembre ont été marqués par de nombreuses manifestations en région comme au niveau européen : journée de la *Plateforme sanitaire et sociale*, JF2T, journées sur l'alimentation, journée régionale sur l'éducation à la vie affective et sexuelle, colloque de l'OFBS, conférence de lancement des programmes transfrontaliers franco-wallon TPS et franco-anglais *Impress*...

La fin d'année a commencé au Valjoly (Nord) avec l'organisation du Forum d'échange de pratiques dans le cadre du programme franco-wallon Thiérache santé prévention. En introduction, William Sherlaw de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), Luc Ginot (ARS Île-de-France) et Luc Berghmans (OSH), sont revenus sur les déterminants sociaux de la santé et



les inégalités sociales de santé et de la manière dont les politiques publiques pourraient les réduire, notamment par une approche territoriale, comme celle des contrats locaux de santé. Au fil de la journée, les acteurs impliqués dans le contrat local de santé de Thiérache ont pu échanger et se questionner sur l'approche territoriale de promotion de la santé. Ces réflexions seront organisées en un livre blanc qui sera présenté à l'automne prochain.

Un petit saut sur la frontière pour accueillir à Tournai, le 14 novembre, 250 étudiants paramédicaux et de sciences sanitaires et sociales, la 8^e journée de formation transdisciplinaire et transfrontalière (JF2T) proposée par l'Ireps pour le pôle de compétence. Une trentaine d'intervenants ont animé une quinzaine d'ateliers autour de thématiques de santé et de la promotion de la santé.



Retour à Amiens le lendemain (15 novembre) où se déroulait la journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie consacrée au bien vieillir. Co-organisée par l'OR2S, l'un

départementale des CCAS de la Somme et le Creai, cette journée à réuni plus d'une centaine de personnes et quatre tables rondes pour évoquer le travail, le logement... En introduction, Luc Broussy, conseiller général du Val d'Oise, est revenu sur la nécessaire adaptabilité de la société au vieillissement de la population tandis que Pierre Jouany, professeur au CHU d'Amiens concluait la journée. À quelque deux cents kilomètres de distance, l'ARS faisait se rencontrer les villes PNNS de la région à Château-Thierry.



la MGEN et plusieurs partenaires une journée consacrée à comment rendre les élèves conscients des enjeux de santé et les rendre acteurs de leur propre devenir par des comportements responsables. La journée a été illustrée par des actions réalisées dans les établissements de la région.

Arrive la mi-décembre. Le 12, le Creai et l'Ireps - pôle de compétence en éducation pour la santé, organisent une journée sur l'intimité, la vie affective et la sexualité à travers les âges. Deux cents personnes sont venues échanger et écouter en milieu de matinée Marcel Nuss et Jil Prévôt témoignant de la difficulté pour une personne en situation de handicap d'avoir accès à une vie sexuelle. Le premier est internationalement connu pour ses écrits et ses prises

de position sur la sexualité des personnes en situation de handicap. La seconde l'est par sa pratique d'assistante sexuelle. Leur intervention en duo a permis d'ouvrir la réflexion sur les limites de l'institution, en tant que lieu d'accompagnement, mais comme lieu de privation et de non-reconnaissance des droits.



Les vacances approchent mais dans la dernière ligne

droite, l'observatoire franco-belge de la santé réunit au Comité des régions à Bruxelles les partenaires français, belges et européens sur les systèmes de santé et coopération transfrontalière à l'heure de la mise en œuvre des accords cadres sur les soins transfrontaliers et sur le médico-social. L'occasion d'introduire la promotion de la santé dans des préoccupations de santé encore très curatives et de montrer les bénéfices de *Génération en santé*.



Le jour d'après c'est la coopération transfrontalière entre la Somme et le Kent qui est à l'honneur pour le lancement du programme *Impress* sur le dépistage tardif du VIH. Une délégation du Kent est reçue pour l'occasion au CHU, maître



d'œuvre, avec Willy Rozembaum en conférencier invité.

Fin de l'année !

Stratégie nationale de santé : forum régional et contributions des acteurs

Organisé par l'agence régionale de santé de Picardie, le forum régional relatif à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé porte sur la promotion de la santé. Une contribution écrites des acteurs soutient les débats.

Lancée à Grenoble en novembre 2012 par Jean-Marc Ayrault, la stratégie nationale de santé (SNS) est entrée dès cet automne dans une phase plus opérationnelle. Alimentée en partie par le rapport Cordier, la feuille de route de la SNS a été rendue publique par Marisol Touraine le 23 septembre 2013, avec à la clé l'organisation d'une vaste consultation en région par partenaires et parties prenantes de la politique régionale de santé.

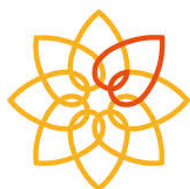
La feuille de route de la stratégie nationale fixe le cadre d'une action qui se veut à long terme dans l'objectif de combattre les inégalités sociales de santé, d'améliorer l'accès aux soins, de refonder l'organisation des soins autour des besoins des usagers et du premier recours, et, enfin, de rendre visible dans les territoires la démocratie sanitaire et le droit des patients.

Une loi de santé devrait être votée au Parlement en 2014. Appuyée par la loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), elle devrait permettre de concrétiser les premiers engagements de la SNS, dans la mesure évidente où les financements seront à la hauteur des ambitions. C'est afin de préparer cette loi, qu'acteurs, citoyens, élus, partenaires sociaux et professionnels de santé, sont mobilisés pour participer à des débats régionaux organisés par les agences régionales de santé (ARS). Dès novembre 2013, le premier des forums régionaux a été lancé à Rennes le 19 novembre. Ils s'égreneront jusqu'à la fin février 2014.

En Picardie, l'ARS a choisi de travailler sur trois thèmes : la lutte contre les inégalités sociales de santé, le développement de la promotion de la santé et l'organisation des acteurs de prévention et de promotion de la santé dans les territoires.

Le premier thème met en lumière l'impact des déterminants sociaux de santé sur l'état de santé des populations. Ces déterminants sont liés aux conditions de travail, de vie, à la qualité des liens sociaux, à l'éducation. Ils ont un impact important sur la fréquence des comportements à risque, sur l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins. Les inégalités ne sont pas dues au hasard, mais prennent naissance dans et par le système

social lui-même. Elles touchent l'ensemble des groupes sociaux de la population créant ce que l'on nomme le gradient social de santé : l'état de santé le moins bon dans une catégorie socio-professionnelle peut être meilleur que le meilleur état de santé de la catégorie qui lui est juste inférieure. Même si elles restent nécessaires, les actions visant à réduire les inégalités de santé ne doivent pas uniquement viser les populations les plus démunies. Elles supposent aussi de rompre avec une approche centrée sur le soin en se référant davantage à un modèle global d'intervention permettant d'agir sur les déterminants.



STRATÉGIE
NATIONALE
DE SANTÉ

Le développement de la promotion de la santé est le deuxième thème du forum régional. Définie par la Charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé se situe très en amont des comportements de santé. Elle vise à influencer les facteurs déterminant l'état de santé, qu'ils soient liés au système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique), individuels (connaissances, compétences à faire des choix favorables), sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et milieu culturel, accès aux services publics, etc.) ou encore environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail et de vie, etc.).

Enfin, le troisième débat s'attache à réfléchir à l'organisation des acteurs de prévention et promotion de la santé sur les territoires. L'approche territoriale est inscrite dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et reflète le souci d'être au plus proche de la préoccupation des personnes, de permettre une meilleure offre de service, d'optimiser les

ressources disponibles et de lutter contre les inégalités, que ce soit au travers de l'éducation, du logement, de la culture, la santé, etc. La santé publique aspire de plus en plus à mettre en adéquation les politiques de santé, avec les spécificités de chaque territoire, s'affranchissant d'une approche verticale divisant l'action publique en secteurs d'activités cloisonnés.

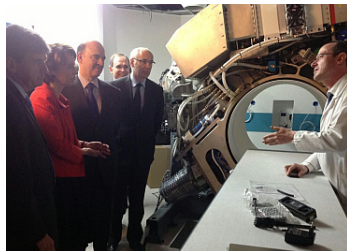
La question se pose ainsi du niveau de pertinence du territoire qui permet l'efficience de l'action. À une approche négative des territoires (trop d'obésité, trop de décès par maladies cardio-vasculaires), pourrait se substituer une approche plus positive autour des atouts qu'un territoire recèle et, du coup que les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé puissent s'organiser grâce à des outils tels que les ateliers santé ville, les contrats locaux de santé ou encore les programmes locaux de santé...

En Picardie, l'ARS a doublé l'organisation du forum régional par l'édition des contributions écrites d'acteurs de santé publique. Ce document est remis à chaque participant au forum et certaines des analyses ou propositions vont être intégrées dans les actes et le bilan du débat qui seront transmis à la ministre des Affaires sociales et de la Santé. Ces contributions seront consultables sur le site internet de l'ARS de Picardie et consultables physiquement à l'ARS de Picardie.

Ce cahier d'acteurs est un moyen d'information pour le grand public qui a ainsi accès à des points de vue argumentés, documentés, différents ou complémentaires. Mais il est aussi un outil d'expression au service de ceux qui veulent faire entendre la voix de tous les publics, diffuser des résultats d'études ou des analyses propres à enrichir le débat, de porter à la connaissance de tous une vision de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, le développement de la promotion de la santé, et l'organisation des acteurs de prévention et de promotion de la santé dans les territoires.

Hôpital avenir : la Banque européenne investit

Pierre Moscovici, ministre de l'Économie et des Finances, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé et Thierry Repentin, ministre délégué chargé des Affaires européennes, ont signé le 3 décembre 2013 avec le vice-président de la Banque européenne d'investissement (BEI), Philippe de Fontaine Vive Curtaz, le protocole d'accord « programme hôpital avenir ».



© BEI

La signature de ce protocole illustre la mobilisation, par l'Union européenne, de moyens dédiés à la réalisation de projets concrets dans les territoires. La santé est au cœur des préoccupations des Français, comme elle est au cœur des priorités du gouvernement : ainsi, la BEI participera au financement du secteur hospitalier français à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur trois ans.

L'augmentation de 10 milliards d'euros de son capital avec le « Pacte européen pour la croissance et l'emploi », a encore accru l'efficacité de son action et renforcé son effet de levier. Bras armé du Pacte de croissance, la BEI est un instrument puissant qui rend possible la concrétisation de projets importants pour la vie quotidienne des personnes.

Précarité énergétique

Une étude commanditée par la Fondation Abbé Pierre montre que l'état de santé des personnes exposées à la précarité énergétique est différent de celui des personnes non exposées.

La note de santé globale (de 0 à 10) que se donnent les personnes du groupe exposé n'est pas bonne. Parmi les pathologies chroniques étudiées, quatre sont rapportées plus fréquemment chez les adultes du groupe exposé :

les bronchites chroniques, l'arthrose, l'anxiété et dépression et les maux de tête. Les pathologies aiguës hivernales comme les rhumes et angines, la grippe ou les diarrhées (gastro-entérites) sont significativement plus fréquentes chez les personnes exposées. Enfin, parmi les symptômes explorés, plusieurs sont plus fréquents en cas d'exposition à la précarité énergétique : sifflements respiratoires, crises d'asthme, rhumes des foins, rhinorrhées (nez qui coule) ou irritations oculaires.

Lire l'article complet



alimentation
.gouv.fr

2^e charte obésité à la télé

Le 21 novembre, les ministres Vincent Peillon (Éducation nationale), Marisol Touraine (Affaires sociales et Santé), Aurélie Filippetti (Communication), Victorin Lurel (Outre-Mer), Valérie Fourneyron (Sports), Stéphane Le Foll (Agriculture) se sont réunis au Conseil supérieur de l'audiovisuel, autour de ses présidents, pour signer la deuxième charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision. Des représentants du secteur audiovisuel, alimentaire et le collectif national d'associations d'obèses étaient également présents.

Après cinq années d'application, l'intérêt de cette charte a été reconnu comme un exemple unique de mobilisation volontaire d'un ensemble d'acteurs et son impact démontré par une étude de l'institut TNS Sofres. Elle a également permis aux chaînes de télévision d'accentuer leur rôle sociétal : chaque chaîne a diffusé des émissions différentes en fonction de son public, de sa spécificité et avec son savoir-faire en matière de programmation.

Pour la première fois à la télévision, la mobilisation pour la lutte contre l'obésité s'est concrétisée dans tous les genres d'émissions, qui font toutes référence au site du ministère chargé de la santé « mangerbouger.fr », créé par l'Inpes.

Violences faites aux femmes

Najat Vallaud-Belkacem, ministre des Droits des femmes, porte-parole du gouvernement, a rendu public le 22 novembre 2013 le 4^e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes.

Trois priorités constituent ce nouveau plan :

- organiser l'action publique autour d'un principe d'action partagé : aucune violence déclarée ne doit demeurer sans réponse ;
- protéger efficacement les victimes ;
- mobiliser l'ensemble de la société.

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Le premier axe regroupe dix actions, parmi lesquelles la création d'une plateforme téléphonique d'écoute et d'orientation (3619), le doublement des intervenants sociaux dans les commissariats et la coordination des politiques publiques. Sept actions forment le deuxième axe, comme consolider l'accueil de jour, prévenir la récurrence ou soutenir la création d'espaces de rencontres parents-enfants et l'accompagnement protégé.

Fort de onze actions, le troisième et dernier axe entend mobiliser les agents du service public et les professionnels à travers un programme transversal de formation initiale et continue, et prévenir les comportements sexistes et les violences en milieu scolaire et universitaire.

Ce plan sera actualisé régulièrement par le Comité interministériel aux droits des femmes. Il est financé par l'État, le fonds interministériel de prévention et de délinquance, la Sécurité sociale et les collectivités locales.

Vieillesse de la société

Jean-Marc Ayrault, Premier Ministre, a lancé la concertation sur le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement. Les acteurs du médico-social, les départements et collectivités territoriales, les partenaires sociaux, les représentants des usagers, mais aussi - et la démarche est inédite - les acteurs du logement, des transports, de l'urbanisme, de la citoyenneté et de la « Silver économie » sont invités à la concertation, prévue du 2 décembre 2013 à fin janvier 2014.

Cette loi fait suite au rapport rendu public en début d'année par Luc Broussy.

Le travail social. Entretien avec Christian Chasseriaud, philosophe, sociologue



Plateforme sanitaire et sociale : Christian Chasseriaud, vous êtes sociologue, philosophe mais vous avez commencé votre carrière professionnelle comme éducateur spécialisé. Quel regard avez-vous sur le travail social d'aujourd'hui ?

Christian Chasseriaud : Le travail social a changé d'échelle depuis une trentaine d'années. Les différents métiers sociaux se sont développés dans une période de plein emploi au cours des années soixante. La crise économique des années soixante-dix et ses conséquences sociales, avec un chômage massif, ont multiplié le nombre de nos concitoyens qui ont décroché. C'est au début des années quatre-vingt que les Restos du cœur ont vu le jour, et que les plans d'urgence sociale ont été mis en œuvre. C'est en 1988 qu'a été créé le revenu minimum d'insertion.

Devant le nombre de personnes touchées de plein fouet par la crise, il a fallu des politiques structurelles de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté. Cela a été une manière de considérer que ces phénomènes de régression sociale allaient durablement s'installer dans notre société, ce qui, hélas, est une réalité depuis maintenant plus de trente-cinq ans. Aux populations d'origine française, confrontées douloureusement à cette crise sociale, se sont rajoutées des populations issues de l'immigration qui sont massivement entrées sur le territoire français pour venir y chercher les solutions qu'elles ne trouvaient pas dans leurs pays d'origine, eux-mêmes frappés par la grande misère. Les situations de pauvreté et de précarité sont donc devenues massives et les travailleurs sociaux ont été confrontés directement aux nouveaux visages de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Le monde des professionnels de l'action sociale a donc été fortement bouculé dans son organisation et a été confronté à l'insuffisance de ses moyens pour faire face à cette montée de la misère sociale. Les pratiques professionnelles issues d'une période de croissance économique sont donc devenues en partie inadéquates.

PF2S : Vous avez participé début novembre aux journées nationales de la Fnars, en animant notamment une table ronde. Quels enseignements en tirez-vous ?

C.C. : Tous ces grands mouvements de société plaident aujourd'hui pour une refondation des principes mêmes de l'action sociale et du travail social, qui en est la dimension professionnelle. C'est ce défi qu'a voulu relever la Fnars en organisant des journées nationales du travail social les 7 et 8 novembre dernier à Valence. Près de mille participants ont suivi ces deux journées, ont débattu sur les évolutions des précarités au regard de celles du travail social, avec une très forte présence de travailleurs sociaux de terrain et de personnes accueillies et accompagnées.

La première orientation qui s'en est dégagée, fortement affirmée, est l'instauration pour tout citoyen de ce pays d'un droit à l'accompagnement social. Cela signifie concrètement que l'intervention sociale peut être demandée par toute personne qui connaît ou risque de connaître des difficultés sociales. Dans une société complexe où les situations de « décrochage social » sont nombreuses et concernent un nombre croissant de nos concitoyens, le droit à un accompagnement assuré par des intervenants sociaux pour préserver et garantir sa vie sociale est essentiel. Ce droit doit être inscrit dans la loi en faisant l'objet d'un article dans le code de l'action sociale et des familles.

PF2S : Qu'entendez-vous exactement par accompagnement social, en regard de ce qui est fait aujourd'hui ?

C.C. : Il est nécessaire de mettre à disposition de tous nos concitoyens, dans une proximité géographique, des centres d'accueil et de ressources dont la fonction serait de mettre en œuvre les accompagnements sociaux nécessaires pour éviter leur entrée ou leur installation dans des processus d'exclusion sociale aux effets invalidant, tant du point de vue social que professionnel. C'est l'affirmation de la priorité donnée à la prévention sociale en évitant autant que possible l'entrée d'un individu dans un dispositif lourd d'aide ou d'action sociale. C'est la seconde des orientations du colloque par la mise en place sur les territoires urbains et ruraux de consultations sociales de proximité. Cette orientation est liée à la première concernant la reconnaissance dans la loi du droit à l'accompagnement social. Elle nécessite que les travailleurs sociaux développent leur action professionnelle, non plus à partir d'un dispositif social précis, mais à partir d'une approche globale liée essentiellement à l'accueil et à l'accompagnement de personnes, qu'elles soient ou non dans des structures qui les prennent en charge pour telle ou telle dimension de leur vie. Cette démarche de consultation sociale de proximité est à même de refonder les pratiques du travail social en développant prioritairement des axes de prévention par rapport aux axes de réparation, d'insertion et réinsertion très dominantes dans toutes les politiques sociales.

PF2S : Quelle serait l'impact de la mise en œuvre de ces orientations pour le travail social ?

C.C. : C'est la troisième orientation issue de ces deux journées de réflexion sur le travail social. Elle consiste en l'organisation d'observatoires des pratiques professionnelles. En effet, il est important que des lieux de réflexions autour des pratiques des professionnels de l'action sociale se mettent en place pour aider à leur évolution en lien constant avec l'évolution

des besoins des publics concernés. Dans chaque département, il pourrait y avoir un tel observatoire, composé d'intervenants sociaux de terrain appartenant aux diverses institutions ou associations locales. Au niveau national, un Observatoire national des pratiques de l'intervention sociale collecterait travaux et réflexions issus des observatoires départementaux dans le but d'émettre des avis à l'adresse des pouvoirs publics et des différentes professions sociales. Cet observatoire national serait amené à se substituer au Conseil supérieur du travail social (CSTS) dont les limites d'action et de représentation sont aujourd'hui bien identifiées. Il est peu connu des professionnels du travail social et ses avis et conseils sont, dans l'ensemble, largement ignorés des principaux acteurs de l'action sociale.

PF2S : Et pour les travailleurs sociaux ?

C.C. : Une quatrième orientation a été définie lors des journées de la Fnars. Elle a trait à la formation des différents métiers sociaux. Les réformes des diplômes d'État ont permis une évolution des contenus de formation en précisant, pour chaque métier, les domaines de compétences indispensables pour exercer telle ou telle profession. Toutefois, les formations sociales restent toujours en retrait face aux évolutions du travail social et aux enjeux qu'elles représentent. La prise en compte des nouvelles questions sociales, l'évolution des précarités en particulier, reste aujourd'hui insuffisante dans les formations initiales compte tenu de l'évolution même des besoins des personnes concernées par l'action sociale. Sur ce point également, il serait nécessaire que l'appareil de formation en travail social devienne un lieu ressource pour tous les intervenants sociaux au regard des enjeux sociétaux d'aujourd'hui, l'appareil de formation étant bien évidemment très associé aux différents observatoires départementaux des pratiques professionnelles.

Des États généraux de l'intervention sociale et du travail social, organisés par le gouvernement, auront lieu dans le courant de l'année 2014. Ils doivent être l'occasion d'initier une démarche de refondation de la nature même du travail social en y intégrant les différentes cultures professionnelles issues des métiers traditionnels de l'action sociale et en y accueillant les nouveaux métiers sociaux de l'intervention sociale issus directement des besoins repérés dans les différents territoires. Il est plus que temps de repenser les attentes d'une société au regard d'un secteur social qui comprend des centaines de milliers de professionnels confrontés à des situations sociales humainement et socialement très dégradées.

Propos recueillis par
Aline OSMAN-ROGELET, OR2S

L'innovation sociale, un concept en débat

Si l'innovation sociale interpelle, il n'en demeure pas moins que sa signification, les pratiques qu'elles recouvrent et ses enjeux pour les acteurs ne sont pas toujours clairement perçus.

En France, l'innovation sociale est couramment présentée de la manière suivante : « L'innovation sociale consiste à élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits dans les conditions actuelles du marché » (source : CSESS¹). Ces premiers éléments de définition entretiennent des liens étroits avec l'approche de l'entrepreneuriat social, approche encore dominante au sein de l'Hexagone. Si cette esquisse de caractérisation a le mérite d'être concise, elle contient néanmoins trois types de problèmes.

Le premier est relatif à la nouveauté de la réponse apportée qui soulève notamment des interrogations quant à l'échelle géographique et temporelle par rapport à laquelle on l'estime. Elle apparaît de ce fait comme une notion relative et jamais totalement vérifiable dans l'absolu.

Le deuxième type de problème est posé par la centralité du besoin social. Au-delà de l'étendue et de la subjectivité propre à cette notion souvent peu explicitée, nous pouvons retenir les besoins sociaux dit « prioritaires » : logement, santé, vêtement, nourriture, éducation, culture et démocratie. Cependant, toute entreprise peut prétendre répondre à un besoin social. En privilégiant la finalité de l'action, cette approche ne prend pas en considération la manière de la réaliser, autrement dit l'innovation sociale est réduite à son résultat indépendamment du processus mis en œuvre pour y parvenir et des changements dont celui-ci peut être porteur.

Enfin, le troisième type de problème a trait à la seule référence au marché qui apparaît réductrice. Elle omet en effet les autres mécanismes économiques de redistribution (le non marchand) et de réciprocité (le non monétaire) qui jouent pourtant un rôle fondamental en matière d'innovation sociale.

Face à ces limites il nous semble plus pertinent, au regard de la richesse des projets, d'investir une approche institutionnaliste de l'innovation sociale, notamment développée à partir des travaux du Centre de recherche sur les innovations sociales (Crises) au Québec. Cette approche se révèle extensive car elle prend en compte les dimensions de la nouveauté et du besoin social sans s'y limiter. En effet, elle vise à montrer que le processus de mise en œuvre est tout aussi déterminant que le résultat des projets en matière d'innovation sociale.

Le processus d'innovation sociale est territorialisé, au sens où il renvoie à la constitution d'un espace de coopération entre les acteurs locaux dans une logique de co-construction et de co-production. Il s'exprime au travers d'une gouvernance élargie et participative qui intègre les différents réseaux territoriaux, sans oublier les bénéficiaires de l'action ainsi que les salariés. Ceci se traduit par un modèle économique pluriel, autrement dit une hybridation des ressources (marchandes, redistributives, réciprocatrices) issue de la coopération d'acteurs diversifiés.

Répondre à un besoin social

Son résultat (approche, bien ou service) peut être appréhendé dans une double mesure : d'une part, en termes d'accessibilité (à l'usage, à la connaissance, à la culture, etc.) et, d'autre part, l'innovation sociale peut s'inscrire dans une logique de service, proche de l'économie de la fonctionnalité au sens où elle déplace l'objet de la production, du bien au service que celui-ci incarne. Cette logique peut être poussée à un point tel que le bien ou l'activité productive devienne un support en vue de créer du lien par exemple.

Par ailleurs, cette approche institutionnaliste part systématiquement du contexte de chaque projet en vue de saisir les éléments de rupture dans les pratiques mises en œuvre et les changements ainsi visés. Les expertises menées à l'Institut Jean-Baptiste Godin en 2013 (dans les domaines de la santé, de la culture, de l'artisanat, du numérique, etc.) ont en effet montré que l'innovation sociale s'exprime à travers la mise en place de pratiques s'inscrivant en rupture par rapport à un milieu donné, qu'il s'agisse d'un espace ou d'un domaine d'activités.

Par conséquent, il ne s'agit plus seulement de répondre à un besoin social, mais aussi de faire face à une insatisfaction sur la manière dont ce besoin peut être couvert ou partiellement couvert. C'est la raison pour laquelle la notion d'aspiration sociale (ou d'idéal social) tient une place centrale dans l'innovation sociale ; en ré-interrogeant les modes de consommation et de production habituels, elle est en effet au fondement de sa dimension politique.

Ainsi, derrière un débat conceptuel se cachent des enjeux de différentes natures pour les ac-



teurs économiques. Le développement d'une approche institutionnaliste de l'innovation sociale s'inscrit dans la lignée des travaux qui visent à valoriser la créativité, la richesse sociale et la pertinence économique des projets. En prenant en compte les nombreux éléments liés au contexte, au processus, au résultat, mais aussi à la diffusion sur laquelle reposent les changements à plus long terme, cet outil analytique offre un cadre structurant et respectueux de la richesse des pratiques spécifiques à chaque projet.

Institut Jean-Baptiste Godin
Centre de transfert en pratiques
solidaires et innovation sociale

¹ Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire.



FOCUS

En développant le pôle d'observation médico-sociale (Poms), la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie et ses partenaires entendent combler peu à peu le vide des indicateurs disponibles. Ce pôle, dont la responsabilité a été confiée au Creai de Picardie, commence à fournir de premiers indicateurs.

Près d'une décennie après leur création (2005) les maisons départementales des personnes handicapées (MPDH) poursuivent leurs missions auprès des personnes en situation de handicap. Elles cherchent notamment à s'appuyer sur des systèmes d'information, tant pour la gestion des dossiers des personnes que pour celle des listes d'attente ; en attendant de développer des instruments de prospective.

La maison départementale des personnes handicapées de l'Aisne s'est dotée en 2008 de l'observatoire du handicap afin de disposer d'une connaissance pertinente et partagée du handicap.

Évaluer les besoins des personnes en situation de handicap nécessite une phase d'observation et de coordination de l'ensemble des acteurs du champ médico-social. La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de l'Aisne s'inscrit dans cette dynamique depuis la création de l'observatoire du handicap en 2008. Elle met en place des outils au service de l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Le rôle de l'observatoire du handicap est pluriel :

- construire une connaissance cohérente, pertinente et partagée du handicap ;
- partager les informations provenant de différentes sources ou institutions en les rendant fiables et cohérentes ;
- animer un espace de réflexion et de communication ;
- faciliter la mise en place d'une politique de prévention du handicap, de la dépendance, de la maltraitance ;
- suivre les orientations prononcées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- anticiper les évolutions du secteur du handicap afin d'adapter l'offre de service aux besoins de la population handicapée ;
- réaliser des études sectorielles ou géographiques ;
- contribuer au suivi du schéma départemental des personnes handicapées. Le développement d'une politique d'accompagnement et de prise en charge nécessite de s'appuyer sur des outils maîtrisés et objectivés pour s'assurer du suivi des décisions.

Le département de l'Aisne est précurseur dans la mise en place d'un outil dédié, et pérenne, dont les objectifs sont les suivants :

- permettre à la MDPH de développer un outil au service du suivi des parcours individuels, et remplir sa mission d'accompagnement à la mise en œuvre ;
- disposer d'un outil objectivé et maîtrisé d'observation des besoins (développement d'un tableau de bord évolutif, priorisation des projets, optimisation des ressources). Traduire les besoins individuels en besoins collectifs ;
- développer un diagnostic partagé.

En phase d'expérimentation depuis un an, les premiers résultats sont attendus pour janvier 2014.

Des outils mis en place dans le cadre de l'observation des besoins

Les partenaires associatifs sont un maillon essentiel, par leur expertise, de l'évaluation des besoins. Aussi, la MDPH de l'Aisne a signé le 3 juin 2013 une convention de partenariat avec le groupement axonais des directeurs d'établissements et services médico-sociaux (Gades) visant en la participation des professionnels, mandatés par le Gades, aux travaux d'évaluation des besoins de compensation menés par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. À ce jour, les représentants du Gades participent aux travaux :

- de l'équipe « insertion professionnelle » ;
- de l'équipe « établissement » ;
- de l'équipe « insertion scolaire » ;
- de l'équipe « 16-26 ans ».

Par la connaissance qu'elles ont du champ du handicap et des dispositifs associés, les associations de personnes en situation de handicap disposent de connaissances et compétences pouvant aider les familles dans leurs parcours. Aussi, la maison départementale des personnes handicapées de l'Aisne met à disposition des associations, adhérant à l'Union des associations de personnes handicapées, un local leur permettant d'assurer des permanences d'information et d'accompagnement.

Le conseil général de l'Aisne s'inscrit également dans cette dynamique d'observation des besoins et de coordination des acteurs à travers son schéma départemental de l'autonomie. Le département de l'Aisne a fait le choix innovant de faire participer à la mise en œuvre de son schéma les acteurs institutionnels et associatifs pour personnes en situation de handicap et personnes âgées afin qu'ils puissent, forts de leur expérience, participer à l'ensemble des réflexions.

La collaboration de ces différents acteurs participe activement à l'observation des besoins et à la mise en œuvre de réponses adaptées à la prise en charge des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

Patricia GÉNARD
Directrice, MDPH de l'Aisne



Créée en 2006, la maison départementale des personnes handicapées de l'Oise a mis en ligne dès 2012 un portail internet qui devrait à terme évoluer vers le dépôt en ligne des dossiers. En 2014, un portail numérique de suivi des orientations médico-sociales sera également expérimenté.

C'est en 2006 que le groupement d'intérêt public (Gip) maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de l'Oise a vu le jour, à l'issue de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Afin de faciliter les démarches des personnes handicapées, de leurs proches et des associations, la loi de 2005 a créé un lieu unique qui s'incarne dans les MDPH ; celles-ci offrent dans chaque département un accès unifié à l'ensemble des prestations et droits auxquels ces personnes peuvent prétendre. La philosophie de la loi réside dans le principe de double obligation d'accessibilité au sens large et de compensation ; elle promeut une nouvelle manière de vivre ensemble en donnant pour la première fois une définition du handicap et de ses retentissements. C'est également la première fois que les troubles psychiques sont intégrés dans le champ du handicap.

En 2013, sept ans après l'ouverture de la MDPH, pas moins de 59 035 demandes ont été enregistrées ; la MDPH de l'Oise connaît également un nombre de fréquentations physiques et téléphoniques sans cesse grandissant. Entre 2006 et 2013, le nombre de contacts à l'accueil a augmenté de 23 %. Ces chiffres apportent la preuve, s'il en faut, que la MDPH, désormais pleinement identifiée, constitue l'acteur de proximité au centre du dispositif de compensation du handicap. Le défi est donc double : traiter un nombre croissant de demandes tout en assurant un suivi et une réponse individualisée des besoins des personnes handicapées, dans un contexte économique contraint.

Partant de ce paradoxe, les MDPH se trouvent dans l'obligation de mettre en place des outils d'optimisation des réponses aux usagers et d'amélioration de la connaissance ; celle-ci porte à la fois sur le champ médico-social et sur le parcours des usagers.

En effet, les enjeux auxquels est confrontée la MDPH de l'Oise résident principalement aujourd'hui dans la complexification du domaine de la prise en charge des personnes handicapées et l'émergence de nouveaux enjeux en lien avec les conditions respectives d'intervention des collectivités territoriales. Malgré les kyrielles d'initiatives, l'insuffisance d'information partagée et le manque de connaissance réciproque entre les différents

acteurs du secteur médico-social reste l'une des principales difficultés.

Ainsi, la MDPH de l'Oise, en parallèle de la rénovation de son site internet, franchit un premier pas en 2012 dans l'optimisation de son système d'information. Elle lance un portail internet usager facilitant le suivi en ligne des demandes et ouvrant l'accès à l'ensemble des informations personnelles avec la possibilité de consulter l'avancement des dossiers et droits en cours. De plus, ce portail répond à un fort besoin des usagers d'obtenir un retour instantané des décisions prises dans le traitement de leur dossier. Les constats montrent qu'il remplit son rôle puisque les contacts à l'accueil, qui avaient progressé de 36 % entre 2006 et 2011, diminuent désormais de 12 % en 2013.

Anticiper l'évolution des besoins et gérer les listes d'attente

À terme, avec la mise en place de la gestion électronique des documents (Ged), ce portail devra évoluer vers une télé-procédure de dépôt des demandes en ligne, en cohérence avec l'objectif fixé par la MDPH de l'Oise de dématérialisation de ses procédures ; celle-ci offrira en effet la possibilité pour les personnes en situation de handicap de renseigner leurs demandes en ligne. La numérisation des dossiers permettra une plus grande réactivité dans le délai de traitement des demandes, ce qui reste une attente forte des personnes handicapées et de leurs familles ; elle facilitera également grandement le travail quotidien de l'ensemble des agents de la MDPH (partage simultané des informations, accès plus rapide aux documents, gain de place...).

Pour autant, si l'amélioration de l'information de l'utilisateur permet une plus grande transparence et lisibilité dans les procédures d'évaluation et de décision, il est également nécessaire d'améliorer la connaissance de la politique mise en œuvre. Ainsi, l'une des priorités fixée concerne le suivi partagé de la politique de compensation et du handicap entre la MDPH et ses différents partenaires, au premier lieu desquels la collectivité départementale.

Dans le cadre de la mission d'observation confiée par la loi de 2005, la MDPH de l'Oise déploiera en 2014, sous forme d'une expérimentation, un portail numérique de suivi des orientations médico-sociales. Cet outil, qui repose sur la nécessaire collaboration de l'ensemble des acteurs du champ médico-social, permettra, à terme, une meilleure gouvernance de toute la politique de compensation à l'échelle départementale. Comme le prévoient les textes de loi, il vise le bon suivi et l'anticipation des décisions d'orientation médico-sociale prises par la CDAPH ; par ailleurs, il constitue un vecteur d'amélioration de la connaissance du parcours des personnes en situation de handicap ; enfin, il fournira des éléments de pilotage pour la définition de la politique départementale du handicap.

La connaissance et la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins exprimés par la population handicapée reste un enjeu majeur. Ce dispositif permettra ainsi aux différents établissements et services médico-sociaux d'anticiper l'évolution des besoins et de gérer les listes d'attente sur les orientations pour enfants et adultes handicapés, souvent sources de difficultés. La connaissance en temps réel de la liste des personnes en attente d'une place ou de celles pour lesquelles une réorientation est nécessaire est un enjeu majeur pour la MDPH de l'Oise. Cet outil, qui s'inscrit pleinement dans les principaux axes du schéma départemental de l'autonomie des personnes de l'Oise, fournira une description objectivée des réalités sociales de l'Oise. C'est un outil prospectif, puisqu'il procurera des éléments d'anticipation des évolutions du secteur du handicap. C'est également une ressource dans la déclinaison fine des politiques de la MDPH, puisqu'il conduira à optimiser les réponses territoriales en identifiant les besoins non couverts, ainsi que les nécessités de créations ou de transformations de places. Enfin, la mise en place d'outils de suivi et d'anticipation renforcera les moyens de repérage des situations d'urgence, afin d'éviter les situations de rupture. C'est le sens même d'autres évolutions actuellement en cours puisque la mise en place de la commission de suivi des situations critiques s'attache à fournir ce même type de réponses.

Installée en juillet 2006, la maison départementale des personnes handicapées de la Somme a développé dès 2011 la mission d'observation du suivi des décisions. Elle développe aujourd'hui la numérisation des dossiers des usagers ainsi qu'un portail internet.

Les premières années de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la Somme ont été consacrées à la mise en place d'une nouvelle organisation. En effet la loi du 11 février 2005 a fait disparaître la commission technique et de reclassement professionnel (Cotorep) et la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) au profit d'un guichet unique dédié aux personnes handicapées et à leurs familles. Elle créait en parallèle la prestation de compensation du handicap (PCH). Outre les nouvelles prestations et leur évaluation, il s'agissait d'intégrer dans l'ensemble du fonctionnement de la MDPH, la philosophie de la loi de 2005 qui mettait l'utilisateur au centre du nouveau dispositif avec la nécessité pour les maisons départementales des personnes handicapées de prendre en compte le projet de vie de la personne.

En 2011, cinq ans après son installation, la MDPH de la Somme s'est attachée à mener à bien une mission d'observation confiée par la loi sur le suivi des décisions. Il s'agit pour l'institution de pouvoir mesurer l'efficacité des décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Pour cela, une campagne a été lancée à destination des cadres de tous les établissements et services médico-sociaux (ESMS) adultes afin de les mobiliser sur la pertinence de cette mission. Pour les ESMS, il s'agissait de démontrer leurs besoins en places ou en transformations de places, et, pour la MDPH, de permettre *in fine* de dresser un état des lieux précis de l'offre départementale. Une première étape a consisté à connaître la liste nominative des personnes accueillies en ESMS afin de renseigner le système d'information de la MDPH sur la réalité des décisions prises. Cette première tâche s'est réalisée sans difficultés. Quelques mois après, la deuxième étape fut de demander aux ESMS la liste d'attente des personnes qui souhaitent entrer dans leur structure. L'objectif était d'informer la CDAPH de la réalité de l'offre départementale et de communiquer aux partenaires décideurs, ARS et conseil général, un état des lieux du département en matière d'accueil en ESMS.

Cette étape fut plus complexe car nécessitant de la part des services de la MDPH un toilettage des listes d'attente afin d'éliminer les candidats potentiels qui pouvaient ne plus

posséder d'orientation valide ou qui avaient rejoint un autre établissement correspondant aussi à la notification de la CDAPH.

Les listes toilettées ont été remises à chacun des établissements en demandant aux directeurs de veiller à envoyer régulièrement la liste de leurs effectifs et la liste des personnes en attente d'entrée. Cet exercice fastidieux pour l'ensemble des institutions concernées a vite trouvé ses limites (listes non rendues ou non mises à jour etc.) avec le constat partagé avec la direction de l'autonomie du conseil général sur la nécessité de la mise en place d'un outil commun aux ESMS. Un besoin mis en évidence par le schéma handicap 2010-2014 et la direction de l'autonomie du conseil général souhaitait en doter rapidement l'ensemble des établissements relevant de sa compétence. Une présentation du logiciel Sarah, développé par le groupe de réflexion et réseau pour l'accueil temporaire des personnes en situation de handicap (Grath) a alors été organisée en présence de l'ARS et de la MDPH. Convaincue de la pertinence de l'outil, la direction de l'autonomie s'est portée candidate pour l'expérimenter tandis que l'ARS a proposé cet outil à des établissements adultes relevant uniquement de sa compétence.

L'ensemble des établissements d'hébergement (foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, et maison d'accueil spécialisée) a ainsi été invité à souscrire à cette expérimentation. Depuis juillet 2013, les trente-six établissements ont démarré ce nouveau projet. Une convention tripartite entre le conseil général, le Grath et la MDPH a été signée précisant les modalités et conditions nécessaires à l'installation de l'outil Sarah.

Avant l'été 2014, l'expérimentation fera l'objet d'un bilan, réalisé avec l'ensemble des utilisateurs et l'attention sera particulièrement portée sur le retour d'expérience. Au cours de l'année 2014, une deuxième phase opérationnelle reliera la MDPH à l'ensemble des établissements. Il sera alors possible de disposer d'un état de lieux précis des places disponibles mais aussi des besoins identifiés. Si le bilan est positif, la fin de l'expérimentation nécessitera la généralisation de l'outil Sarah à tous les ESMS, adultes et enfants. En effet, une lisibilité de l'ensemble du parcours de la personne en situation de handicap ne sera possible que si les ESMS enfants disposent de l'outil. Cela permettra d'anticiper les besoins

en matière d'accueil sur le territoire et d'éviter les problèmes de rupture, notamment lors du passage à l'âge adulte. Le nombre « d'amendements Creton » décidés chaque année par la CDAPH témoigne de cette problématique.

On ne peut que regretter que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dont la mission est aussi d'accompagner toutes les MDPH dans la conception et la mise en place d'outils partagés, n'ait pas pu, après les années de démarrage, concevoir un outil commun d'observation des ESMS. Cela aurait permis d'avoir une vision nationale des besoins, nécessaire aux différents décideurs que sont l'État et les collectivités territoriales. Si cet article fait largement état de la mission d'observation, désormais dévolue aux MDPH, il est nécessaire de rappeler qu'aucune institution auparavant n'était en charge de cette tâche. Cela met en évidence les délais relativement longs, inévitablement nécessaires, à la réussite de ce nouveau challenge. Cet investissement important, tant au plan humain que financier, devrait permettre d'améliorer l'identification des besoins du territoire ainsi que l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leurs familles dans le difficile parcours de l'entrée en institution. Plus largement encore, la MDPH reste mobilisée sur la nécessité de simplifier les demandes administratives et ainsi de fluidifier le parcours de vie des personnes en situation de handicap. Dans cette dynamique, elle démarre une phase de modernisation avec plusieurs projets, dont l'un d'entre eux, la numérisation des dossiers, est opérationnel depuis le 30 septembre. L'objectif est de numériser la totalité de la chaîne de traitement d'un dossier, de la réception à son passage en commission en n'oubliant pas l'étape de l'évaluation, cœur de métier de la MDPH. L'introduction de la gestion électronique des documents devrait faciliter l'ouverture d'un portail des usagers courant 2014. Il s'agit du deuxième projet de la MDPH qui, à terme, permettra aux personnes qui le souhaitent de renseigner une demande en ligne et de l'adresser par voie électronique.

Brigitte GODARD
Directrice, MDPH de la Somme

Dans le cadre de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie, l'ARS de Picardie a confié au Creai de Picardie, et plus particulièrement à son département d'études, de recherches et d'observation (Déro), une mission d'observation dans le champ médico-social. Depuis 2010, le Déro anime le Pôle d'observation médico-sociale (Poms).

L'ensemble des acteurs du secteur médico-social s'accorde à reconnaître que l'observation constitue un enjeu stratégique de tout premier plan pour anticiper l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux. L'action sociale repose d'ailleurs sur une évaluation continue des besoins et des attentes des personnes, comme le stipule l'article 2 de la loi n°2002-2. Force est de constater, cependant, qu'il n'est pas si évident de « produire » de l'observation médico-sociale aujourd'hui en France : les producteurs de données médico-sociales sont nombreux mais ne travaillent pas forcément en coordination ; d'abondantes données existent mais ne sont pas centralisées.

La *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie, créée en 2006 sous l'impulsion de l'État, et du conseil régional de Picardie, repose sur le partage d'informations et d'études et rassemble aujourd'hui les principaux acteurs régionaux de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale, etc.

Dans ce cadre, l'ARS de Picardie a confié au Creai de Picardie et plus particulièrement à son département d'études, de recherches et d'observation (Déro) la création d'un pôle d'observation médico-sociale (Poms). Ce dispositif doit permettre, à terme, de disposer d'une observation en continu de l'offre de services mais également des besoins des populations en perte d'autonomie. Ce développement des connaissances devrait faciliter les prises de décisions et l'accès à l'information dans différents domaines.

Plus précisément, le pôle d'observation médico-sociale a pour objectifs :

- de participer à la définition des priorités régionales pour l'évolution de l'offre d'équipement médico-social ;
- de développer un outil d'observation du territoire picard afin de disposer et de partager des informations actualisées ;
- de favoriser les échanges d'informations et renforcer la communication vers et entre les acteurs régionaux, locaux et le grand public ;
- d'apporter une connaissance homogène et actualisée ;
- de permettre la réalisation d'analyses partagées et cohérentes du territoire avec l'ensemble des acteurs ;
- de transformer les informations brutes recueillies en éléments de connaissance, en

analyses, synthèses ou en diagnostics thématiques.

Concrètement, le travail mené au sein du Poms vise le recueil centralisé et régulier de données, leur traitement et analyse, la diffusion des informations existantes et/ou produites et l'animation de groupes de travail réunissant des représentants d'établissements ou services médico-sociaux.

Un recueil centralisé et régulier des données

Le but est ici de recueillir des données et des informations médico-sociales quantitatives et qualitatives, fiables, actualisables et homogènes à différents niveaux géographiques. Pour cela, un état des lieux des différentes sources d'information exploitables et un recensement des producteurs de données ont été réalisés. De même, des outils de recueil de données ont été élaborés et présentés aux différents partenaires rencontrés. Suite à ce travail, des conventions spécifiques ont été signées entre le Creai et plusieurs partenaires producteurs de données (les caisses d'allocations familiales et le pôle régional mutualisé Picardie-Ardenne, la caisse de la mutualité sociale agricole, le rectorat de l'académie d'Amiens). D'autres producteurs, comme la Carsat Nord-Picardie ou l'ARS de Picardie ont accepté de transmettre des informations dans le cadre de la convention les unissant à la *Plateforme sanitaire et sociale*. D'autres encore ne disposent pas de données localisées plus précises que celles qui paraissent dans leurs rapports d'activité et une convention de transmission de données n'est donc pas nécessaire. Un travail est en cours avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) afin que le recueil de données ne rentre pas en contradiction avec celui réalisé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

L'objectif du Poms est de renforcer le partage des informations existantes et/ou produites, pour permettre aux décideurs de disposer de données objectives et fiables et faciliter l'accès aux connaissances produites dans ce cadre. Ces informations doivent également être utiles aux professionnels, aux formateurs, aux chercheurs et à toute per-

sonne intéressée par la question.

Ainsi, le pôle d'observation médico-sociale doit être considéré comme un « lieu ressources » ayant à sa disposition, et à la disposition du public, des données thématiques produites par d'autres institutions ou par le Creai. Il s'agit alors de permettre la réalisation d'analyses partagées et cohérentes du territoire avec l'ensemble des acteurs.

Pour exemple, le Déro a réalisé, en 2012, un premier « 4 pages » portant sur les enfants en situation de handicap, à partir des données de trois institutions :

- celles des Caf portant sur les bénéficiaires de l'AEEH ;
- celles du rectorat relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap ou porteurs de maladies invalidantes ;
- celles de l'ARS de Picardie concernant les établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap autorisés ou habilités par l'État.

En 2013, le Déro a contribué au *Croisement d'informations régionalisées (Cir)*, document cartographique publié par la *Plateforme sanitaire et sociale*. Cette contribution porte sur la scolarisation des enfants en situation de handicap, qu'elle ait lieu en milieu ordinaire ou dans un établissement hospitalier ou médico-social, dans une classe collective ou individuelle, avec ou sans accompagnement spécifique. Par ailleurs, des précisions sont apportées à la situation des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH).

Marie-Véronique LABASQUE
Juliette HALIFAX
Déro, Creai de Picardie



Les données recueillies dans le cadre du Poms porte sur l'inclusion des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire et sur l'emploi des travailleurs reconnus handicapés dans la région. Leur scolarisation est davantage développée en Picardie qu'en France alors que la proportion de demandeurs d'emploi travailleurs handicapés est inférieure à celle du niveau national.

Près de 300 000 enfants en situation de handicap ont été scolarisés en France durant l'année 2012-2013 : 46 % dans le premier degré, 30 % dans le second degré et 24 % dans un établissement spécialisé. Au sein de l'académie d'Amiens, ils étaient 10 837, dont 44 % dans le 1^{er} degré, 36 % dans le 2nd degré et 20 % dans un établissement sanitaire ou médico-social. En Picardie, la scolarisation des enfants en situation de handicap dans le 2nd degré est davantage développée que sur le reste de la France. En effet, dans l'académie d'Amiens, les élèves en situation de handicap représentent 2,4 % de l'ensemble des enfants scolarisés dans le 2nd degré contre 1,6 % pour l'ensemble de la France (cf. graphique). Cette proportion est surtout importante dans les départements de l'Aisne (2,8 %) et de la Somme (2,6 %).

D'une manière générale, la scolarisation des enfants en situation de handicap est meilleure dans l'ensemble du milieu ordinaire puisque, dans le 1^{er} degré, ces enfants représentent 2,3 % des élèves de la région contre 2,0 % des élèves en France. Là encore, les départements de la Somme et de l'Aisne se

distinguent par des taux élevés (respectivement 2,8 % et 2,5 %).

**1 165 travailleurs
en situation de handicap
pourraient être embauchés
en Picardie**

En ce qui concerne l'emploi, les entreprises de plus de vingt salariés, du secteur public comme du secteur privé, sont soumises à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH). Pour les entreprises ou les collectivités, 6 % des salariés doivent être des personnes en situation de handicap, soit :

- en emploi direct (CDI, CDD ou intérim) ;
- en emploi indirect, par le biais de contrats de sous-traitance avec des entreprises adaptées ou des Ésat (établissements et services d'aide par le travail) ;
- par l'accueil de stagiaires, etc.

Au niveau national, le taux d'emploi de travailleurs handicapés est, d'après les déclarations 2012 de l'Agefiph¹ et du FIPHFP², de 3,1 % dans le privé et 4,4 % dans le public. En Picardie, le taux d'emploi dans

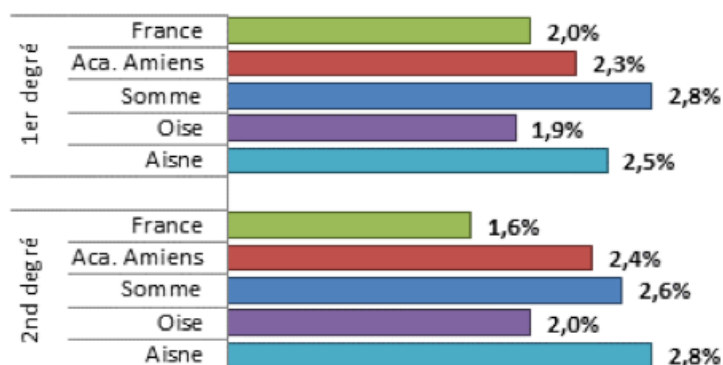
le secteur public est similaire (4,5 %), mais très variable selon les départements : 5,2 % dans l'Aisne, 4,5 % dans la Somme et 4,0 % dans l'Oise. Il est également, comme pour l'ensemble de la France, en augmentation (+ 0,9 % entre 2011 et 2012 et + 8,5 % entre 2010 et 2011). Les entreprises n'atteignant pas la proportion légale de 6 % de salariés en situation de handicap doivent payer une contribution financière, soit à l'Agefiph pour le secteur privé, soit au FIPHFP pour le secteur public. En Picardie, les montants de ces contributions ont atteint respectivement 8,1 et 5,6 millions en 2012. Environ la moitié de ces contributions est versée par des entreprises situées dans l'Oise (54 % du montant Agefiph et 43 % du montant FIPHFP), un tiers dans la Somme (respectivement 29 % et 35 %) et un cinquième dans l'Aisne (17 % et 22 %).

En lien avec la conjoncture économique et une baisse des effectifs dans les entreprises, mais également en lien avec un nombre croissant d'entreprises embauchant des travailleurs handicapés, les montants des contributions sont en diminution en Picardie, comme en France. Cependant, dans le secteur privé, la diminution annuelle est plus forte en Picardie (- 9 %) qu'en France (- 2 %) alors qu'elle est plus faible dans le secteur public (- 7 % contre - 13 %). Avec une baisse de 11 % dans le secteur public, seul le département de la Somme se rapproche du niveau national.

Le FIPHFP estime que, si l'ensemble des collectivités publiques répondaient à l'obligation légale, 1 165 travailleurs handicapés devraient être embauchés en Picardie. Au vu des données de l'Agefiph, nous pouvons raisonnablement évaluer que le double d'embauches serait nécessaire dans le secteur privé. Or, sur l'ensemble de la région, 11 122 travailleurs handicapés étaient inscrits à Pôle emploi fin mars 2013 (cf. tableau).

Les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés (DETH) représentent 6,8 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM). Cette proportion est plus faible en Picardie que sur l'ensemble de la France (7,6 %). Cependant, dans l'Aisne, 8,0 % des demandeurs d'emploi sont en situation de handicap. En outre, quel que soit le niveau géographique, le nombre de DETH

Proportion d'élèves en situation de handicap (%)



Sources : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp), ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Rectorat de l'académie d'Amiens

Calculs : département d'études, de recherches et d'observation (Déro), Creai de Picardie

¹ Association de gestion de fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

² Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

*Demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM, catégories A, B, C)
et demandeurs d'emploi travailleurs handicapés (DETH) au 31 mars 2013*

	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France
Nombre de DEFM	51 716	62 738	48 511	162 965	5 045 799
Nombre de DETH	4 119	3 850	3 153	11 122	382 623
Part des DETH parmi les DEFM	8,0 %	6,1 %	6,5 %	6,8 %	7,6 %
DEFM, évolution annuelle	+ 7,4 %	+ 9,8 %	+ 8,1 %	+ 8,5 %	+ 9,5 %
DETH, évolution annuelle	+ 13,4 %	+ 19,1 %	+ 11,5 %	+ 14,7 %	+ 15,1 %
DEFM, ancienneté moyenne* (en mois)	18,8	15,1	16,9	16,8	15,9
DETH, ancienneté moyenne* (en mois)	28,7	20,7	24,3	24,7	22,2
Durée DETH / durée DEFM**	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4

* Durée d'ancienneté moyenne d'inscription au chômage (en mois)
** Lecture : en Picardie, la durée d'ancienneté moyenne d'inscription au chômage est 1,5 fois plus longue pour les DETH pour l'ensemble des DEFM

Source : Pôle Emploi
Exploitation : Département d'études, de recherches et d'observation (Déro), Creai de Picardie

augmente beaucoup plus fortement que le nombre de DEFM (respectivement + 14,7 % et + 8,5 % en Picardie, en un an).

Par ailleurs, les travailleurs handicapés sont au chômage depuis 24,7 mois en moyenne contre 16,8 mois pour l'ensemble des demandeurs d'emploi, soit une durée d'ancienneté dans ce statut 1,5 fois plus longue.

Dans la région, le nombre de personnes en situation de handicap au chômage ne risque donc pas de diminuer, d'autant plus que, sur la même période :

- le nombre de maintiens dans l'emploi par les Sameth a baissé de 43 % (- 6 % en France) ;
- le nombre de contrats signés accompagnés par Cap Emploi a baissé de 15 % (en augmentation de 13 % en France) ;
- le nombre de créations d'activité financées par l'Agefiph est resté stable, mais a diminué dans l'Aisne et dans l'Oise (stabilité également en France).

Animation de groupes de travail et de réflexion

Ce travail d'observation partagée est effectué en association permanente avec les professionnels des établissements et services du secteur médico-social. Deux groupes de travail constitués de professionnels des établissements et services du secteur médico-social se réunissent plusieurs fois dans l'année, l'un

avec des professionnels accompagnant des personnes en situation de handicap, l'autre avec des personnes âgées dépendantes. Les objectifs de ces groupes de travail visent à :

- l'amélioration des connaissances et des acteurs, l'identification des problématiques actuelles ;
- la meilleure définition des concepts et termes utilisés ;
- le recueil des données disponibles au sein même des établissements et services ;
- le croisement de ces données pour que celles-ci soient homogènes et fiables ;
- la réalisation d'un état des lieux partagé en lien direct avec les associations et services du secteur médico-social et donc une meilleure analyse qualitative des données recueillies par le Poms.

Une formalisation a été réalisée à partir de la structuration de l'enquête ES (Établissements sociaux), des données susceptibles d'être produites par les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap afin de créer, par la suite et avec eux, des indicateurs qui pourraient être intégrés à leur rapport d'activité, à leur réponse à des appels à projets, à leur projet d'établissement ou de service, etc.

Ces groupes de travail sont également l'occasion de réfléchir autour de thématiques problématisées telles que « les personnes handicapées vieillissantes », « la dépendance des personnes âgées », etc.

Accessibilité universelle

Dans le cadre du pôle de compétence en éducation pour la santé, l'Ireps et le Creai de Picardie ont animé dans les cinq territoires de santé un cycle de réunions sur l'accessibilité universelle. À destination des établissements médico-sociaux, des structures gestionnaires et des institutions, ces réunions avaient pour but de parcourir les avancées et les obstacles sur la thématique de l'accessibilité, entendue non seulement comme l'accès aux bâtiments, mais plus largement aux droits et services - éducation, loisirs, vie affective et sexuelle... - pour les jeunes et adultes en situation de handicap.

Les premiers éléments en ont été débattus lors de la journée *Intimité, vie affective et sexuelle*, co-organisée par l'Ireps et le Creai de Picardie en décembre 2013, au cours d'un atelier consacré à ce sujet.

La finalité de cet état des lieux régional et territorial est de produire un document sur l'accessibilité universelle en Picardie afin d'alimenter les réflexions régionale et nationale sur le sujet. Un livre blanc sera produit au cours de l'année 2014.

Partie intégrante du projet régional de santé (PRS) signé en décembre 2012, le schéma régional d'organisation médico-sociale définit les orientations de l'ARS jusqu'en 2016, tandis que le Priac en permet le financement.

L'objet du schéma régional d'organisation médico-sociale (Sroms) est d'apprécier les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux en regard des évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés par les personnes en situation de handicap et par les personnes âgées. Il doit fournir à cinq ans les objectifs de progrès en termes de structuration de l'offre médico-sociale sur l'accessibilité, l'efficacité ou la qualité. Il est donc un levier essentiel pour orienter l'organisation médico-sociale, avec notamment des perspectives d'adaptation et de transformation de l'existant. Il doit ainsi mettre en lumière des besoins prioritaires pour la région ainsi que l'adaptation de l'offre en établissements et services médico-sociaux aux besoins des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Cette adaptation doit être appréciée de façon qualitative et quantitative afin de définir une offre à la fois plus diversifiée mais moins institutionnelle.

L'état des lieux réalisé en amont de l'écriture du Sroms montre que la région dispose d'une offre réduite en termes de dispositifs de répit, tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap. Il existe par ailleurs un vrai enjeu pour l'amélioration de la qualité des accompagnements dans les établissements et services afin que ceux-ci soient mieux adaptés aux publics accueillis. Ainsi, une meilleure prise en compte des spécificités des personnes handicapées vieillissantes au-delà du renforcement du mode d'accompagnement est désormais incontournable. Cela invite donc à une certaine évolution dans les pratiques des professionnels du secteur médico-social.

La recherche d'efficacité vise essentiellement à mieux organiser l'offre actuellement en place, à optimiser les moyens financiers du secteur dans un contexte budgétaire plus contraint. Le Sroms préconise pour cela de s'appuyer sur la coopération et la mutualisation entre les établissements et services. Cette recherche d'efficacité a pour perspective finale d'améliorer le service rendu aux usagers et aux familles concernées par ces dispositifs médico-sociaux.

Si la Picardie peut paraître globalement bien équipée en regard des données nationales, des besoins demeurent pour autant encore à satisfaire. Cela vaut pour l'accompagnement des personnes âgées ou pour celles en situation de handicap mais aussi pour les personnes

présentant des difficultés spécifiques. Ainsi, les services tels que les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (Samsah) dédiés aux personnes handicapées psychiques ou bien encore les consultations de proximité rattachées aux centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) nécessitent des renforcements.

En ce qui concerne l'accueil des personnes handicapées vieillissantes, les territoires Oise-Est et Aisne-Sud sont dépourvues de toutes offres, même si des solutions alternatives existent pour pallier ce déficit (cf. carte infra). Par ailleurs, la réalisation de l'état des lieux a mis en lumière un certain nombre de difficultés et le besoin d'améliorer la connaissance des besoins dans le champ médico-social. Effectivement, mieux connaître les personnes accueillies au sein des établissements et services médico-sociaux sous compétence de l'ARS s'est révélé particulièrement stratégique : cela permettra d'améliorer à moyen terme les réponses aux besoins des personnes pour adapter les modes d'accompagnement, les anticiper et les planifier.

Pour atteindre cet objectif, l'ARS entend s'appuyer sur la *Plateforme sanitaire et sociale*, notamment sur son pôle d'observation médico-sociale. Cette plateforme permettra notamment de développer un outil d'observation du territoire picard et de disposer d'informations actualisées et de données statistiques relatives au champ médico-social.

Le Priac

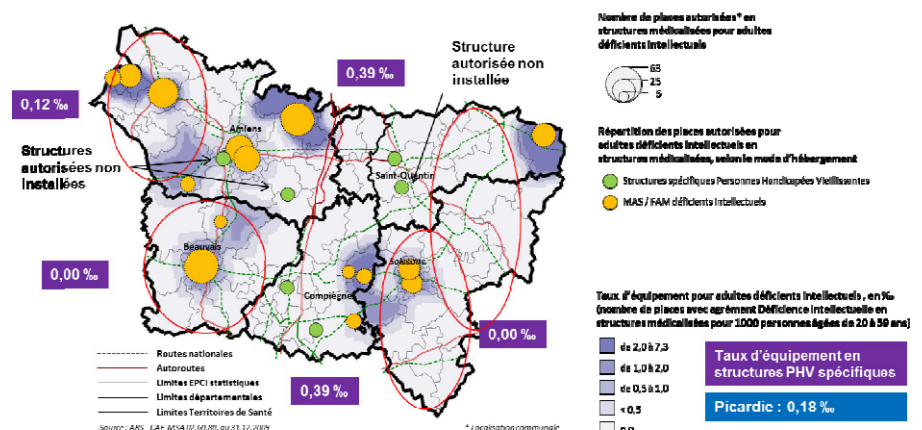
Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) est constitutif du projet régional de santé. Il traduit la mise en œuvre financière du schéma régional d'organisation du médico-social. Il a pour rôle de programmer les financements permettant la réalisation du schéma tant dans ses objectifs que dans les actions qui le constituent. Les dotations et enveloppes sont allouées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le Priac s'inscrit dans le périmètre des établissements relevant de la compétence du directeur général de l'ARS. S'agissant des équipements sous compétence conjointe, la programmation nécessite une validation des présidents des conseils généraux.

Le programme fait l'objet d'une actualisation annuelle en fonction des autorisations d'engagements et crédits de paiement notifiés par la CNSA. L'octroi des crédits est différé de une à deux années de l'autorisation d'engagement en fonction de l'année d'installation des places.

Pour les personnes en situation de handicap, le Priac met l'accent sur le dépistage, le diagnostic et le maintien à domicile ; pour les personnes âgées, le maintien à domicile, le développement de solutions de répit et les dispositifs Alzheimer.

Répartition des structures d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes



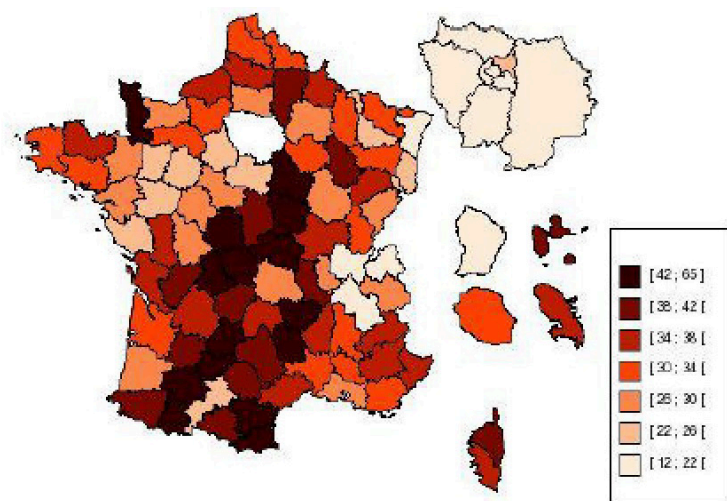
Allocation aux adultes handicapés

Près d'un million de personnes perçoivent l'allocation aux adultes handicapés. L'étude menée par la Drees montre des disparités importantes entre les départements.

En moyenne, la France compte 33 allocataires pour 1 000 habitants en âge de percevoir l'allocation. Cette proportion est élevée dans le Centre et le Sud-Ouest de la France, où nombre de départements comptent plus de 40 allocataires pour 1 000 habitants, et faible en région parisienne (moins de 24 allocataires pour 1 000 habitants en âge de percevoir l'allocation). De nombreuses études ont donc fait le constat que la répartition des allocataires de l'AAH n'est pas uniforme sur l'ensemble de territoire. Afin de s'assurer de l'égalité de prise en charge des personnes handicapées sur le territoire, il est nécessaire de mesurer l'ampleur des disparités entre les départements et d'en comprendre l'origine. Cinq groupes homogènes de départements ont été créés par analyse factorielle, distribués selon les caractéristiques socio-démographiques et économiques. L'Aisne et la Somme se situent dans un même groupe rassemblant les départements dont la prévalence de l'AAH est plus hétérogène. Ces deux départements ont un taux supérieur à 37 allocataires pour 1 000 habitants. L'Oise se situe dans un autre groupe pour lequel le taux de prévalence est

inférieur à la moyenne nationale. Durant la période 2008-2011, les trois quarts des disparités sont expliquées par des facteurs démographiques, socio-économiques et sanitaires. Le quart restant peut notamment relever de différences d'appréciations et de pratiques entre les acteurs locaux. Au cours de la période récente, les disparités se réduisent légèrement. La progression du nombre total d'allocataires est plus forte dans les départements ayant le moins d'allocataires, et plus particulièrement pour les allocataires ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %. Ce fut notamment le cas en Seine-et-Marne, dans l'Oise, le Maine-et-Loire, la Côte-d'Or, l'Yonne ou la Savoie. D'après l'auteure, la réduction de ces écarts peut être due à des facteurs qui ne sont pas en lien direct avec l'AAH : évolution contrastée de la pauvreté selon les départements, évolution des capacités d'accueil en établissements pour personnes handicapées, mobilité des personnes handicapées sur le territoire... Elle est aussi probablement liée à l'harmonisation des pratiques d'attributions de la prestation, à une meilleure information et prise en charge des publics concernés.

Taux de prévalence de l'AAH (nombre d'allocataires pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans) au 31 décembre 2012



Sources : Cnaf et CCMSA 2012, estimations de population Insee



Bénédicte Mordier, 2013, L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements, *Dossiers Solidarité Santé* n° 49, Drees, décembre 2013

Allocation aux adultes handicapés

Fin 2012, le montant maximal de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) s'élevait à 776,59 euros par mois* pour une personne seule. La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) prend en charge les demandes et procède à l'évaluation de la situation de handicap. Pour percevoir l'allocation, un taux d'incapacité permanente de 80 % ou plus doit être reconnu (article L 821-1 du Code l'action sociale et des familles) ou bien un taux compris entre 50 % et 79 %, assorti d'une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi (article L 821-2). Les conditions de ressources, d'âge et de résidence sont vérifiées par les caisses d'allocations familiales (Caf) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA).

L'allocation s'adresse aux adultes d'au moins 20 ans domiciliés en France et qui n'ont pas atteint l'âge de départ à la retraite. Après cet âge, dans certains cas, les personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 % peuvent continuer de percevoir l'allocation. Fin 2012, 997 000 personnes reçoivent l'AAH, selon les données de la Caisse nationale d'allocation familiale (Cnaf) et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA). Parmi elles, près des deux tiers, soit 618 000 personnes, ont un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %. Les allocataires souffrent majoritairement de limitations intellectuelles, cognitives ou psychiques, mais les limitations motrices touchent un allocataire sur deux. Ils sont âgés de 45 ans en moyenne et 71 % d'entre eux vivent sans conjoint ni enfant à charge.

* Depuis le 1^{er} septembre 2013, ce montant a été revalorisé 790,18 euros par mois pour une personne seule.

OCDE : dépenses de santé

Dans un pays de l'OCDE sur trois, les dépenses totales de santé ont baissé entre 2009 et 2011. Les pays les plus touchés par la crise sont les principaux concernés. La tendance s'inverse donc brutalement après les fortes hausses observées dans les années précédant la crise, selon le rapport de l'OCDE Panorama de la santé en 2013.

Les dépenses par habitant ont baissé dans onze pays de l'OCDE sur trente-trois entre 2009 et 2011. Elles ont notamment reculé de 11,1 % en Grèce et de 6,6 % en Irlande. Dans d'autres pays, leur progression s'est considérablement ralentie. C'est par exemple le cas du Canada (0,8 %) et des États-Unis (1,3 %). L'OCDE préconise que les pays rendent leurs systèmes de santé plus productifs, plus efficaces et plus abordables.

En savoir plus

Programme de santé publique

Le Comité des représentants (Coreper I) a approuvé l'accord obtenu par la présidence lituanienne du Conseil de l'Union européenne, le Parlement européen et la Commission européenne sur le règlement relatif au programme de santé publique (2014-2020).

Le programme de santé publique, de 449,4 millions d'euros, se focalise sur quatre objectifs :

- promotion de la bonne santé et prévention des maladies, avec échange sur les bonnes pratiques face aux facteurs de risque comme la consommation de tabac, celle excessive d'alcool, les comportements alimentaires et l'inactivité physique ;
- protection des menaces de santé transfrontalières ;
- avoir des systèmes de santé innovants et durable ;
- augmenter l'accès à des soins de santé de qualité.

Lire l'article complet

La santé dans l'Union

Sir Michael Marmot a présidé la rédaction d'un rapport sur les inégalités de santé dans l'Union européenne. Il n'y a pas de preuve que les inégalités d'espérances de vie décroissent entre les régions européennes. Bien au contraire, pour les hommes de cinquante ans, le fossé s'accroît. Les espérances de vie entre les hommes et les femmes à la naissance, à cinquante et soixante ans croissent en Belgique, en France et en Hongrie, mais décroissent en Espagne, aux Pays-Bas et en Roumanie.

En ce qui concerne la mortalité infantile, le fossé entre les États membres avoisine 12 % entre 2002-04 et 2007-09 entre pays extrêmes. Les inégalités régionales s'accroissent en Belgique, en France et en Hongrie, mais décroissent surtout en Espagne, aux Pays-Bas et en Roumanie. Le rapport avertit sur les effets de l'actuelle crise financière, économique et sociale en train de saper les politiques actuelles, qui auront certainement des effets négatifs sur les inégalités de santé. Pour les auteurs, il est urgent que la réduction des inégalités de santé soit une priorité et soit mise au cœur des politiques de santé mais aussi au cœur des politiques des autres secteurs. Ils mettent en évidence cinq recommandations clés pour la Commission européenne, les États membres et les régions européennes :

- piloter des stratégies claires et compréhensibles pour s'attaquer aux déterminants et à l'amplitude des inégalités de santé ;
- s'assurer de la cohérence et de l'efficacité des actions pour réduire les inégalités de santé, à tous les niveaux de gouvernance et de manière intersectorielle et avec toutes les parties prenantes ;
- s'assurer que les compétences existent pour implanter de manière cohérente et effective les actions pour réduire les inégalités de santé ;
- augmenter la production et l'utilisation des données pour identifier les priorités ;
- planifier les actions, observer les tendances et évaluer quelles sont les actions les plus efficaces.

Lire l'article complet



Inscrivez-vous sur pf2s.fr et retrouvez toutes les actualités et brèves au jour le jour



Je m'inscris sur pf2s.fr

Convention sur la pauvreté

La 3^e convention annuelle contre la pauvreté et l'exclusion sociale s'est tenue à Bruxelles les 26 et 27 novembre 2013, rassemblant les participants de trente-huit pays, États membres et pays candidats.

Le Commissaire européen László Andor a estimé que si des signes de reprise économique existent, 125 millions de personnes restent aux portes de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

De son côté, José Barroso a rappelé que les objectifs de la Commission restaient la lutte contre le non-emploi et la poursuite de l'inclusion sociale. Une banque de savoir est une des initiatives prévues par la Commission pour aider les pouvoirs publics et les experts à partager leurs expériences. Un projet pilote sur le droit de résidence et la prévention des sans abri a été lancé tout comme un chantier pour construire un budget de référence pour garantir un revenu minimal pour les Européens.

Lire l'article complet

La santé dans le monde

Le 5^e Sommet mondial de la santé (*World Health Summit*), regroupant douze centres hospitalo-universitaires majeurs de la planète (M8 Alliance), s'est tenu à Berlin (Allemagne) du 20 au 22 octobre 2013, sous le haut patronage de Angela Merkel, François Hollande et José Manuel Barroso. Plus de 1 000 personnes provenant de plus de quatre-vingt pays s'y sont retrouvés sous la co-présidence assurée par le P^r Devlev Ganten, président fondateur du sommet et du P^r John Wong, vice-doyen de la faculté de médecine de l'Université de Singapour. Plus de mille autres personnes ont pu suivre les débats en *streaming*. Quatre thématiques ont orientés les travaux du Sommet : recherche et innovation, éducation et leadership, preuves pour la décision politique et santé globale en faveur du développement.



Lire l'article complet



Sir Michael Marmot

Forum européen des personnes handicapées

Organisation non gouvernementale, le Forum européen des personnes handicapées représente et défend les intérêts des quatre-vingt millions de personnes en situation de handicap dans l'Union européenne.



www.edf-fehp.org

Le Forum européen des personnes handicapées (FEPH) a été créé en 1996 par ses organisations membres. Le FEPH défend les préoccupations communes à tous les groupes de personnes handicapées, et afin d'être leur porte-parole indépendant et fort, vis-à-vis des institutions européennes et des autres instances européennes. Il n'a aucune affiliation politique ni religieuse et ne représente aucun groupe spécifique, ni aucun pays en particulier, et n'est ni une institution européenne ni l'une de leurs instances. Depuis sa création, il a joué un rôle primordial pour garantir que toutes les politiques et initiatives pertinentes de l'Union européenne prenaient correctement en compte les personnes handicapées.

Le FEPH est la seule plateforme européenne de personnes handicapées gérée par des personnes handicapées ou des familles de personnes handicapées qui ne peuvent pas se représenter elles-mêmes. Sa mission est de promouvoir l'égalité des chances des personnes handicapées et de protéger leurs droits humains, en garantissant qu'aucune décision concernant les personnes handicapées ne soit prise sans ces dernières.

Le travail mené par le FEPH couvre tous les domaines de compétence de l'Union européenne ainsi que de nombreuses initiatives. Il consiste à surveiller toutes les actions de l'UE et à proposer de nouvelles législations pour faire progresser les droits des personnes handicapées. Son travail est orienté vers la mise en œuvre d'instruments législatifs européens pour l'égalité des chances et la non-discrimination des personnes handicapées, et en particulier du Traité sur l'Union européenne. Il s'attache à la mise en œuvre des Règles standards de l'Onu et à la promotion d'une approche au handicap fondée sur les droits.

Le FEPH conduit le projet EuRADE *Agendas européens de la recherche pour l'égalité des personnes handicapées (European Research Agendas for Disability Equality)*. Il vise à accroître la contribution et la participation complète des organisations européennes de personnes en situation de handicap aux futures initiatives de recherche qui amélioreront la vie des personnes en situation de handicap. Ce projet, financé dans le cadre du septième programme cadre pour la recherche et le développement technologique (PCRD 7), est mené en partenariat avec l'Université de Leeds

The screenshot shows the website interface with a top navigation bar, a main content area with several news articles, and sidebars with menus and quick links. The main article visible is titled 'ACCESS AND THE CITY' and discusses accessibility in urban environments.

(Royaume-Uni) et l'Université de Maastricht (Pays-Bas).

Le projet EuRADE cherche à aider le Forum européen des personnes handicapées et ses organisations membres, en :

- organisant les priorités de recherche des organisations de personnes handicapées de la société civile, en matière d'égalité des personnes handicapées et de non discrimination ;
- renforçant la connaissance et les compétences, utilisées par les chercheurs pour leurs études en matière d'égalité des personnes handicapées et de non discrimination ;
- identifiant les possibilités de collaboration et initiant cette collaboration.

www.eurade.eu

Access city award 2014

L'Access city Award est organisé par la Commission européenne, en collaboration avec le Forum européen des personnes handicapées.

Ce prix vise à encourager les villes d'au moins 50 000 habitants à partager leur expérience et à améliorer l'accessibilité pour le bénéfice de tous. L'objectif est d'assurer l'égalité d'accès des personnes handicapées à la vie de la cité.

La remise du prix a lieu à Bruxelles, lors de la manifestation consacrée au « tourisme accessible en Europe », à l'occasion de la Journée européenne des personnes handicapées et de la Journée européenne du tourisme (le 3 décembre).

En 2013, 102 villes de 23 États membres ont posé leur candidature pour l'édition 2014.

Les villes candidates doivent fournir une description des actions, des politiques et des initiatives, déjà mises en œuvre ou prévues, dans les quatre domaines clés de l'accessibilité : l'environnement bâti et les espaces publics, les infrastructures de transport et apparentées, l'information et la communication, y compris les technologies de l'information et de la communication (TIC) et les infrastructures et les services publics.

Le candidat retenu doit faire preuve d'une approche cohérente en matière d'accessibilité dans les quatre domaines et avoir une vision d'avenir ambitieuse pour relever le défi de l'accessibilité dans sa ville.

La ville de Grenoble a été distinguée avec le projet « InoVaccess 2013 » sur l'accessibilité des transports, de l'éducation, des logements, des commerces, de la culture, du sport, du tourisme et de l'emploi. Cette commune mène avec constance une action reconnue en faveur de l'accessibilité de tous à la cité, quels que soient les handicaps et déficiences des personnes considérées. En 2012, Grenoble était devenue la ville la plus accessible au baromètre de l'accessibilité de l'Association des paralysés de France (APF).

http://www.inovaccess-grenoble.com

inovaccess
GRENOBLE 2013

Sida et infections par le VIH en Picardie

Myriam Hssaïda et Sophie Debuissier (OR2S), Pr Jean-Luc Schmit et Nathalie Decaux (CHU d'Amiens - Corevih Picardie), Nadège Thomas et Alain Trugeon (OR2S), Françoise Cazein (InVS), OR2S, 2013



Réalisée à l'occasion de la journée mondiale contre le sida par l'OR2S et le Corevih de Picardie, cette plaquette synthétise l'évolution de l'épidémie dans la région.

Selon les données de l'Institut de veille sanitaire (InVS), 320 personnes vivent avec le sida dans la région. En 2012, le nombre de découvertes de séropositivité est estimé par l'InVS à 96.

En ce qui concerne le dépistage, l'activité n'a pas augmenté par rapport à 2011, à savoir 5,2 millions de sérologies réalisées dans le pays et 109 500 dans la région (111 800 en 2011). Depuis les recommandations d'élargissement du dépistage fin 2010, le nombre de sérologies réalisées a augmenté faiblement, de 5 % entre 2010 et 2012 au niveau de l'Hexagone et de 1 % en Picardie. De 2000 à 2010, 136 décès ont été dénombrés en Picardie (8 745 pour la France), dont 4 en 2010. À titre de comparaison, 32 054 décès ont été comptabilisés entre 1990 et 2000 dont 432 dans la région.

En Picardie, le diagnostic de séropositivité se fait en majorité à l'hôpital (67 %) même si le rôle des médecins de ville dans le dépistage est supérieur aux années précédentes (33 %), chiffre proche du pourcentage national (30 %). Toujours en 2011, ce sont 25 % des découvertes de séropositivité qui ont été diagnostiquées à un stade très tardif, c'est-à-dire au stade sida ou avec des CD4¹ inférieurs à 200 (30 % en France).

La part de dépistages très précoces au stade de primo infection était à la hausse, estimée à 38 % des cas en Picardie (35 % en France). Les premières estimations régionales pour 2012 marquent cependant une augmentation des diagnostics très tardifs (37 %) et une diminution de la part des diagnostics précoces (28 %).

¹ Cluster de différenciation 4.



La démographie médicale en région Picardie. Situation en 2013

Conseil national de l'Ordre des médecins, 2013

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) publie la troisième édition des *Atlas régionaux de la démographie médicale*, réalisée à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre au 1^{er} juin 2013. Inspiré du modèle national, ces Atlas déclinent l'ensemble des données à

l'échelon régional, départemental et à l'échelle des bassins de vie. Les données de cette troisième édition des Atlas régionaux de la démographie médicale française mettent en évidence que la démographie médicale est propre à chaque territoire. Ces données mettent en perspectives l'évolution de l'offre de soins primaires en combinant la variation des effectifs des médecins et celle de la population générale, à l'échelle des bassins de vie. Les Atlas régionaux permettent de recenser les disparités départementales et d'anticiper les éventuels besoins à une échelle territoriale plus fine. Ainsi, selon l'approche territoriale, les effectifs attendus peuvent être très variables d'un département à l'autre.

Selon les auteurs, le département de la Somme a une forte probabilité de voir ses effectifs augmenter de 2,4 % entre 2013 et 2018 tandis que le département de l'Oise enregistrera une diminution des effectifs de 2,1 % sur la même période. Chaque Atlas régional constitue donc une base de données unique permettant aux élus locaux, en collaboration avec les conseils départementaux et régionaux, d'appréhender de manière efficiente la problématique de l'accès aux soins.

Consultez en temps réel les rapports sur le site du pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie



www.educsantepicardie.org



Handicaps et sexualités. Prospection et analyse documentaire autour de travaux de recherche. Revue de la littérature

Aurélien Berthou, Centre ressources coordonné par la Fondation internationale de la recherche appliquée sur le handicap (Firah), 2013

Une revue de littérature de la recherche appliquée sur la thématique « vie sexuelle » a été réalisée en raison de la forte expression des personnes en situation de handicap et de leurs associations sur les contraintes, les impossibilités même de vivre une vie sexuelle comme elles l'entendent. À l'initiative du Centre ressources coordonné par la Firah, l'association CH(S)OSE (Collectif handicaps et sexualités OSE), le CeRHeS (Centre Ressources handicaps et sexualités), le CCAH (Comité National Coordination Action Handicap) et Handeo ont été associés pour déterminer les lignes prioritaires à travailler : la reconstruction de la sexualité, la vie sexuelle en institution, les personnes avec une déficience intellectuelle, l'orientation sexuelle, la santé sexuelle et le genre. Confié à Aurélien Berthou du Centre de recherche sur les liens sociaux (Cerlis), ce travail a reposé sur une centaine d'ouvrages et d'articles scientifiques. Trois critères ont permis de les sélectionner : méthodologie scientifique, mise en lumière de recommandations, conseils pratiques ou supports d'applications, respect des principes de la Convention des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées.

La lecture du corpus documentaire sélectionné permet de mettre en évidence deux constats.

Le premier est que l'ensemble des recherches met en avant un manque partiel, parfois total, d'accompagnement des personnes handicapées vis-à-vis de leur sexualité, en institution et d'autant plus en dehors. Que la déficience des personnes soit physique, motrice ou intellectuelle, les connaissances et moyens transmis aux personnes pour (re)vivre leur sexualité semblent davantage le fruit d'initiatives locales d'institutions, de professionnels dans ces institutions, d'aidants et d'acteurs de terrain que d'une politique sociale appliquée à l'ensemble d'un pays.

Le second est que, les professionnels manquent de formation pour l'accompagnement à la sexualité, alors même qu'ils peuvent être demandeurs de ce type de formation. Ensuite, il n'existe pas de professionnels dans les institutions spécialisés pour l'accompagnement de la sexualité des personnes handicapées.

Gouvernance et utilisation des données de santé

À la demande de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, Pierre-Louis Bras a rédigé un rapport sur la gouvernance et l'utilisation de données de santé. À l'heure de l'*open data*, l'objet du rapport est de proposer une organisation efficiente du pilotage des données de santé tout en garantissant l'accès aux données dans des conditions fiables et sécurisées.

Les bases de données administratives relatives à la santé des personnes sont nombreuses. Les principales sont le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram), le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les données relatives aux décès. L'objet du rapport remis par Pierre-Louis Bras concerne uniquement l'accès aux données à fins de recherche, de statistiques, à l'aide à la décision et à l'information du public. Dans une première partie, le rapport s'attache à rappeler la finalité des deux principales bases de données. Opérationnel au début des années quatre-vingt dix, le PMSI retrace les séjours hospitaliers, publics comme privés. Une décennie plus tard afin d'avoir une vision complète des dépenses de santé et d'en assurer la maîtrise, le Sniiram est créé à partir des pratiques de soins et des prescriptions en médecine de ville. La jonction entre Sniiram et PMSI a eu lieu en 2009 au sein d'un grand système d'information qui fait aujourd'hui du Sniiram-PMSI la plus grande base de données en France, voire dans le monde.

Les données disponibles au sein de cette base, conçue comme un entrepôt de données, sont de plusieurs natures :

- sur les bénéficiaires (fichiers administratifs et fichiers du service médical) ;
- sur les prestataires (répertoire des professionnels et répertoire des structures) ;
- décomptes qui récapitulent les demandes de prise en charge et la réponse apportée (feuilles de soins, remboursements, relevés de soins externes hospitaliers, bordereaux de facturation des cliniques, avis d'arrêts de travail et indemnités journalières, rentes pour accidents du travail et maladie professionnelles etc. ;
- résumés de sortie hospitaliers transmis depuis 2007 par l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (Atih).

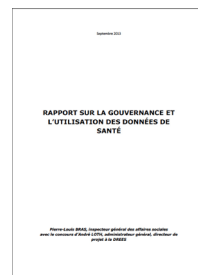
Les données alimentent plusieurs organismes chargés d'analyser ou de diffuser de l'information : le site ameli.fr de l'Assurance maladie (Cnamts), les tableaux de bord de l'Institut des données de santé (IDS), et de l'Institut statistique des professionnels de santé libéraux (IsPL), ou encore SCORE-santé de la Fédération nationale des ORS (Fnors) et Éco-santé de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). L'accès aux don-

nées est conçu selon les modèles des *datamarts* (magasins), qui permet une utilisation des données selon les habilitations reçues. Au nombre de seize, les datamarts recouvre cinq thèmes : consommation inter-régimes, échantillonnage de bénéficiaires, données du PMSI, dépenses de santé et l'offre de soins. Au total, la base du Sniiram regroupe par an 1,2 milliard de feuilles de soins, 500 millions d'actes médicaux et 11 millions de séjours hospitaliers, avec une profondeur de quatorze à vingt ans selon les données.

20 milliards de lignes de prestations

Si la base est puissante, elle n'est pas pour autant exhaustive. Certaines données ne seront pas nécessairement incluses dans le Sniiram. Encore au stade expérimental, l'appariement avec les résumés de sorties hospitalières ou les données de mortalité sera réalisé dans un futur proche. Le principe de l'enrichissement est fonction du bénéfice de l'intégration de données par rapport au coût engendré, d'une part, et du respect de la confidentialité de données réputées anonymes, comme dans le cas d'enquêtes. Ainsi, le chiffrage du Nir (numéro d'inscription au répertoire) par un identifiant propre au Sniiram-PMSI est irréversible. S'il est théoriquement impossible de revenir à l'identité des personnes, le croisement d'informations rend possible de « réidentifier » des personnes « connues par ailleurs » : proches, collègues, célébrités, et d'accéder à des informations supplémentaires sur leur santé au mépris du respect dû à la vie privée.

De fait, l'accès au Sniiram est réglementé. La liste des organismes disposant d'un accès permanent est fixée par arrêté ministériel après avis motivé de la Commission nationale d'informatique et des libertés (Cnil). Des accès ponctuels ou à la demande sont aussi possibles, après autorisation délivrée par la Cnil. Dans un cas comme dans l'autre, les procédures d'instruction sont longues et font intervenir plusieurs acteurs et instances. Au-delà de l'accès, l'extraction des données est en moyenne longue de six mois environ, liée à la complexité du système mais aussi à l'insuffisance des services de mise à disposition et de mise en forme des données.



Les enjeux de ce système d'information le sont cependant bien réels, en termes de recherche comme de mise à disposition de données agrégées. Il pourrait, entre autres, permettre de documenter les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé (Itess), participer à la transparence de l'action publique et de son évaluation, comme sur l'efficacité médico-économique ou l'organisation du système de soins.

Pierre-Louis Bras énonce alors quelques principes : le Sniiram-PMSI est un bien public qui doit être administré dans l'intérêt commun par une autorité légitime en concertation avec l'ensemble des parties prenantes. Les données qui ne risquent pas une réidentification, des bénéficiaires comme des professionnels, doivent être communicables à tous ou rendues publiques. Pour mettre en œuvre ces principes, il propose trois pistes d'actions à conduire :

- permettre un accès public à des lots de données issues du Sniiram-PMSI qui ne présentent pas de risque d'atteinte à la vie privée ;
- simplifier les procédures d'accès à des fins de recherche, études et travaux statistiques. Il s'agit aussi de faciliter les appariements avec d'autres bases de données et de prévenir les mésusages de la base ;
- rendre la base plus accessible et plus riche, en restructurant les données pour les rendre plus proches du vocabulaire et des besoins des utilisateurs. La création d'une plateforme de service permettrait de faciliter l'exploitation du Sniiram-PMSI, de réaliser des tableaux de bord, d'alimenter les services qui mettent à disposition des données, de servir de base d'appui aux équipes de recherche...

Enfin, la gouvernance de la base devrait relever uniquement des(du) ministre(s) chargé(s) de la santé et de la sécurité sociale, en s'appuyant sur un Haut Conseil des données de santé réunissant les parties prenantes et qui serait doté d'un conseil scientifique.

Dr Sylvie Rey, Médecin épidémiologiste, Drees

Indicateurs d'état de santé

21-22 mars 2014, Paris

3^e édition des Journées nationales de la FFMPs
Organisées par la Fédération française des maisons
et pôles de santé (FFMPs)

Informations : <http://www.essential-web.com/ffmps201403/>

31 mars 2014, Paris

Journée scientifique de l'AFPSSU : réussite éducative,
santé et bien-être... agir ensemble
Organisée par l'AFPSSU

Informations : http://www.afpssu.com/colloques-et-formations/?epl_action=process_cart_action&cart_action=add&event_id=5966

1^{er} avril 2014, Paris

Colloque « Handicap(s) et perte d'autonomie : expériences,
catégories, politiques »

Organisé par la Maison des sciences sociales du handicap
Contact : mssh@ehesp.fr

3-5 juin 2014, Paris

9^{es} Journées de la prévention

Organisées par l'Inpes

Informations : <http://journées-prevention.inpes.fr/programme>

16-17 juin 2014, Amiens

6^e rencontre régionale santé-Justice Picardie « Mineurs et
jeunes adultes en difficulté : quels partenariats ? »

Organisée par l'Ireps, l'ARS Picardie, la Disp Nord

Informations : ireps@ireps-picardie.fr

30 juin-4 juillet 2014, Besançon

11^e Université d'été francophone en santé publique
Organisée par l'ARS Franche-Comté, la faculté de
médecine et de pharmacie de Besançon

Informations : http://www.ars.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/MiniSiteUniversites/1_UnivEteBesancon/docs/2014-1ere_annonce.pdf

24 octobre 2014, Bagnole

Les projets de territoire, une réponse à la précarité en
milieu rural ?

Organisé par l'Unccass

Contact : <http://www.localtis.fr/cs/>

ContentServer?pagename=Mairie-conseils/MCRecontre/
Rencontre&cid=1250265874162

La Drees et la DGS avaient engagé en 2012 le projet de refonte des indicateurs dans la perspective d'un nouveau rapport annuel descriptif de l'état de santé de la population en France. Ce projet est arrivé à son terme fin 2013 avec la présentation des résultats de ce travail lors d'une réunion de clôture le 27 novembre 2013 à laquelle ont participé entre autres des représentants de la Fnors. Une première version du rapport de cette révision des indicateurs a été adressée à tous les participants en décembre. La version définitive est en cours de finalisation, prenant en compte les dernières remarques des institutions impliquées. Ce rapport détaille l'ensemble des indicateurs retenus, actuellement disponibles ou en cours de production qui, au-delà du rapport annuel, pourront être utilisés pour des travaux sur les indicateurs de santé, en particulier dans le cadre actuel de la préparation de la nouvelle loi de santé. Environ trois

cent vingt indicateurs regroupés en soixante-quinze thématiques ont été définis. La moitié des indicateurs peut être suivie chaque année. Deux priorités ont été prises en compte de manière transversale dans la réalisation de ce travail : la déclinaison infra-nationale des indicateurs et les inégalités sociales de santé. Un peu plus de la moitié des indicateurs peut être déclinée au niveau régional et 40 % disposent au minimum d'une variable individuelle permettant d'identifier des inégalités sociales de santé.

La mise en œuvre du premier rapport annuel est en cours : les échanges actuels avec les producteurs de données vont permettre de définir les institutions responsables de la production de chacune des fiches du rapport, selon un modèle proche de celles des rapports annuels précédents, et les indicateurs disponibles retenus pour cette première version 2014.

**Pour continuer à recevoir
Plateforme sanitaire et sociale,
Inscrivez-vous sur pf2s.fr et retrouvez
toutes les actualités et brèves au jour le jour**



Cliquez sur l'image

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
Tél : 03 22 82 77 24, mël : info@or2s.fr site : www.or2s.fr
Mël : plateforme@or2s.fr

Directrice de publication : Dr Élisabeth Lewandowski (or2s)
Comité de rédaction : Danièle Bourgerie (conseil régional de picardie), Lætitia Cecchini (gestion du risque assurance maladie), Yassine Chaïb (drjcs), Rémy Caveng (université de picardie), Émilie Fauchille (or2s), Bruno Goethals (carsat nord-picardie), Éric Moreau (conseil général de l'oise), Marie-Véronique Labasque (creai), Gaëtan Deffontaines (msa), Philippe Lorenzo (or2s), Anna Ouattara (carsat nord-picardie), Anne-Marie Poulain (conseil général de la Somme), Aline Osman-Rogelet (or2s), Yvonne Pérot (insee), Gaëlle Raboyeau (ars), Claude Thiaudière (université de picardie), Alain Trugeon (or2s).

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S décembre 2013

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE