

# Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°2  
juin 2008

## SOMMAIRE

### Édito

#### On en a parlé

- Alimentation et cancer : 4<sup>e</sup> Forum Agrosanté® 2
- Programmes locaux et régionaux de santé : 3<sup>e</sup> colloque 2

#### Actualité

- Connaître pour agir : colloque Cnis-ADF 3

#### Brèves

4

#### Entretien

5

- La santé à l'épicerie sociale d'Amiens : rencontre avec Marie-Paule Duflot, directrice

#### Initiative

6

- Epode à Beauvais, Epode à Saint-Quentin
- Les villes actives du PNNS

#### Focus

- Allocataires des minima sociaux et de la CMU 8
- CMU de base et CMU complémentaire 9
- Le chèque santé 10
- Le chèque santé dans la Somme 10

#### Données nationales

- Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire, étude Abena 2004-2005, InVS 11

#### Brev'd'Europe

12

#### Europe

13

- Les implications du traité de Lisbonne

#### Doc

14

- Ados en souffrance 15
- Cinquième rapport annuel de l'Observatoire nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2007-2008) 15

#### Tribune libre

16

- D<sup>r</sup> Marc Bony, Amiens : la consultation médicale gratuite Somede et la «santé pour tous»

#### Agenda

16

## Santé et exclusion : une interaction permanente avec le social

**D**e nombreuses études démontrent les relations entre la précarité et la santé. Quels que soient les indicateurs étudiés, les inégalités demeurent toujours au détriment des catégories socioprofessionnelles les plus basses.

Pour répondre aux inégalités sanitaires et sociales, l'État s'est engagé à développer une politique de prévention et de lutte contre l'exclusion, accordant une priorité aux personnes vulnérables.

L'évolution récente des textes a permis d'améliorer les droits fondamentaux avec la mise en place de la couverture maladie universelle, du droit au logement opposable qui prévoit, outre l'accès à un hébergement ou un logement décent, la simplification du dispositif de domiciliation. Depuis la loi relative à la Santé publique de 2004, tous les programmes entrant dans le cadre des plans régionaux de santé publique (PRSP) prennent en compte les difficultés d'accès aux soins des personnes démunies au travers du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et des ateliers santé ville. La Picardie mobilise d'importants moyens au soutien des actions de santé publique ou d'intégration des publics en grande difficulté.

Ces efforts doivent être soutenus et renforcés car ils ne sont pas encore à la mesure de la situation, ce qui rend nécessaire de développer la transversalité avec les collectivités territoriales et les acteurs de terrain, à l'intersection du social et du sanitaire.

Françoise VAN RECHEM  
Directrice régionale  
des affaires sanitaires et sociales  
de Picardie

# Alimentation et cancer : 4<sup>e</sup> Forum Agrosanté®



Le 3 avril dernier s'est tenu le 4<sup>e</sup> forum agrosanté sur le thème *Alimentation et Cancer : importance de l'offre alimentaire dans un enjeu de santé publique* organisé conjointement par l'institut polytechnique LaSalle de Beauvais et l'institut Pasteur de Lille. Les interventions de la matinée étaient orientées sur la prévention des cancers par l'alimentation alors que l'après-midi les présentations avaient pour thème l'alimentation de la per-

sonne atteinte d'un cancer. Des chercheurs de l'Inserm, de LaSalle Beauvais, de l'Inra, de l'institut Pasteur de Lille, un médecin du CHRU de Lille, une sociologue mais également une représentante d'une entreprise agroalimentaire et une représentante de la Ligue contre le cancer se sont succédé durant la journée.

Les composantes de l'apparition d'un cancer sont multiples. Aux susceptibilités génétiques viennent s'ajouter la qualité de l'environnement et l'usage de produits industriels à risque. L'OMS a mis en évidence que la survenue de cette maladie chronique, tant au niveau de la façon de les produire que de leur préparation (mode de cuisson). L'espérance de guérison s'accroît régulièrement grâce aux progrès de la recherche médicale sur les traitements thérapeutiques. Les données scientifiques montrent aujourd'hui l'existence de réelles possibilités de prévention par l'alimentation et, par exemple, par une

consommation suffisante en fruits et légumes, en céréales complètes... Ces données ont notamment fait l'objet d'une expertise internationale qui a donné lieu à la parution d'un deuxième rapport du WCRF (*World Cancer Research Fund*) fin 2007 (le premier étant paru en 1997) qui présente des recommandations destinées à réduire le risque de cancer des populations du monde entier. Le docteur David Séguy du CHRU de Lille a également démontré l'importance de la dénutrition et de la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer.

Marie-Hélène Saniez, travaillant pour une entreprise agroalimentaire, a mis en exergue l'importance de la complémentarité entre chercheurs et industries agroalimentaires. Cette journée s'est clôturée par une table ronde confrontant la vision de représentants de différents pays francophones (Tunisie, Liban et Afrique) sur la prévention du cancer.

[www.lasalle-beauvais.fr](http://www.lasalle-beauvais.fr)

## Programmes locaux et régionaux de santé : 3<sup>e</sup> colloque

Des 1<sup>er</sup> au 4 avril, six cent cinquante participants de plus d'une trentaine de pays ont assisté à la troisième édition du colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé, organisé cette année à Mons (Belgique).

De l'ensemble des échanges quelques points essentiels déclinant les quatre thèmes choisis sont à retenir :

- politiques de santé et développement local ;
- approches territoriales et inégalités ;
- liens entre promotion, prévention, soins, réadaptation et accompagnement ;
- compétences et pratique des acteurs dans une dynamique locale.

Sur le premier de ces quatre thèmes, l'accent a été mis sur le partenariat difficile avec les politiques, y compris au niveau local à cause d'agendas différents. La question qui resterait

parallèlement à résoudre est celle des modalités et mécanismes d'allocation des ressources et de l'utilisation des financements dans une approche intersectorielle.

Les débats sur l'approche territoriale et sur les inégalités ont pointé la nécessité d'avoir une lecture des territoires autre qu'administrative et de trouver le moyen de mobiliser et de faire participer les populations précarisées. La mesure de l'impact des actions sur les inégalités de santé a aussi été posée.

En ce qui concerne l'examen des liens avec le «curatif», les acteurs de la prévention ont dénoncé un secteur du soin globalement peu réceptif à la prévention dans son ensemble. Les médecins généralistes semblent cependant s'impliquer, selon les pays, dans des pratiques cliniques préventives.

Enfin, la dynamique de formation, la création

d'outils et l'évaluation des actions de formation ont été au cœur du quatrième thème.

Les pistes de réflexion auront été nombreuses. L'affermissement du financement des programmes, la formation des acteurs et la définition des compétences attendues, la recherche d'indicateurs consensuels pour évaluer l'impact des approches territoriales et les lectures croisées des inégalités de santé sont parmi les plus prometteuses.

Le 4<sup>e</sup> colloque pourra s'en nourrir. Il se déroulera à Ottawa (Canada) en 2011, autour des programmes de santé pour les populations minoritaires.

[www.mons2008.info](http://www.mons2008.info)



# Connaître pour agir : colloque Cnis-ADF

Le Cnis, l'ADF et le conseil général de Loire-Atlantique ont invité des professionnels de la statistique à réfléchir ensemble à la pertinence des systèmes d'information actuels dans une fonction d'appui aux politiques et actions.

Près de quatre cents personnes ont participé au colloque «Connaître pour agir» qui s'est tenu à Nantes le 23 janvier dernier. Organisé par le Conseil national de l'information statistique (Cnis), l'Assemblée des Départements de France (ADF) et le conseil général de Loire-Atlantique, les débats ont été centrés sur la question : *Quelle information statistique construire et partager au service des politiques de solidarité ?*

Il convient de saluer la qualité de l'organisation ainsi que l'esprit très constructif qui a permis de créer les conditions de dialogue entre les représentants des collectivités territoriales, les conseils généraux essentiellement, et ceux de la statistique publique, dont une trentaine de représentants des Drass et Ddass, à la fois dans les quatre ateliers (personnes âgées, personnes en situation de handicap, politiques d'insertion et RMI, protection de l'enfance - dans lesquels la Drees intervenait), ainsi que lors de la table ronde qui a suivi.

## La fonction d'observation existe mais les pratiques sont hétérogènes

Trois objectifs principaux ont orienté les débats : faire connaître et partager les expériences locales ; réfléchir aux enjeux nationaux et départementaux d'une meilleure connaissance statistique des publics et des dispositifs ; préciser les attentes vis-à-vis du système statistique public afin de nourrir les orientations du Cnis pour la période 2009-2013.

En lien avec l'Insee, l'ADF a présenté les résultats d'une enquête auprès des conseils généraux destinée à dresser un état des lieux de la fonction d'observation. Cette enquête montre qu'elle existe dans 90 % des cas. Les difficultés soulignées portent sur le manque de culture partagée de l'observation et de l'évaluation, l'hétérogénéité des systèmes d'information, l'absence de compétences et de moyens dédiés. Elle relève en outre des attentes très fortes vis-à-vis du système statistique public pour éclairer la décision et conduire l'action : accès à l'information, mise à disposition de données externes récentes à l'échelle infra-départementale et d'indicateurs

départementaux comparables, développement de partenariats locaux... Des attentes ont également été exprimées pour développer le travail en réseau (échanges d'expériences, définition d'indicateurs communs de «parangonage», développement des compétences...) et vis-à-vis de l'ADF (coordination des initiatives, accompagnement des bonnes pratiques...)

Les quatre ateliers thématiques ont mis en exergue quatre préoccupations principales : l'accès à l'information, la cohérence et la comparabilité des données ; la connaissance des publics et de leurs besoins ; l'appropriation et l'usage de l'information statistique.

## Les attentes sont fortes du système statistique pour éclairer la décision et conduire les actions

La dernière table ronde qui réunissait des représentants de différentes institutions s'est penchée sur les modalités communes et les pré-requis nécessaires à la construction de la connaissance statistique partagée.

Dans leurs conclusions, Jean-Pierre Duport (vice-président du Cnis) et Philippe Cuneo (Insee, qui représentait le directeur général Jean-Philippe Cotis) ont retenu quatre idées maîtresses pour disposer d'un système d'information plus efficace :

- nécessité d'échanger régulièrement avec l'ADF, dont il est proposé qu'elle fasse partie du bureau du Cnis ;
- bien définir et organiser les informations cohérentes à partager au sein d'un groupe de travail avec les conseils généraux, notamment les indicateurs de parangonage et les zonages pertinents ;
- développer l'accès des conseils généraux à l'information via un portail de la statistique publique (qui permettrait l'accès à l'information où qu'elle se trouve) ;
- associer les conseils généraux à la conception des enquêtes, développer des études socio-démographiques en commun et les faire connaître.

Georges GADEL  
Drees

Dans la prolongation de ce colloque, se tiendra toujours à Nantes du 2 au 4 juillet 2008, un colloque international sur «Chiffres et territoires : Quelles statistiques pour la connaissance et l'action publique en région ?». Ce colloque est organisé par l'université de Nantes (cf. Agenda).



## Vers la création de communautés hospitalières

Gérard Larcher a remis le 10 avril au Président de la République en présence de François Fillon et de Roselyne Bachelot, son rapport sur les missions de l'hôpital. Proposition phare : la création de communautés hospitalières.

Le rapport préconise la création de «communautés hospitalières de territoires» (CHT) où les hôpitaux seront incités à mutualiser leurs moyens sous la conduite d'un hôpital référent. Cet établissement public de santé, au statut nouveau, aura des compétences obligatoires - équipe de direction, programmes d'investissements, stratégie médicale, gestion des médecins - et travaillera en coopération avec les établissements locaux.

Le rapport propose de rénover la gouvernance des hôpitaux en renforçant les pouvoirs de gestion des directeurs, véritable «manager», nommés pour une durée déterminée par l'agence régionale de santé (ARS). Il sera épaulé par un directoire et un conseil de surveillance. Gérard Larcher préconise de créer un statut optionnel à celui de praticien hospitalier, permettant aux médecins de passer un contrat avec la direction de l'établissement. Ils recevront une part fixe et une part variable de salaire en fonction de leur activité.

Le rapport formule enfin des propositions pour les cliniques du secteur privé qui pourraient se voir proposer un contrat de service public pour participer aux urgences, à la permanence des soins et à l'accueil des plus démunis.

## Rapport sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire

André Flajolet, député du Pas-de-Calais, a remis en avril 2008 son rapport sur les disparités territoriales des politiques sanitaires.

Au centre du rapport, les communautés de santé accueillant les professionnels du médical, du paramédical, de l'administration, du suivi, de l'HAD, des soins de fin de vie et des spécialistes qui peuvent venir faire des consultations à domicile.



Les agences régionales de santé verront le jour entre 2009 et 2010. Début avril, le comité de modernisation des politiques publiques en a dressé le périmètre de compétence : prévention, éducation à la santé, soins de ville, soins hospitaliers et médico-social. Les agences regrouperont en leur sein les parties «santé» des Drass et Ddass, l'ARH, l'Urcam, le GRSP une partie des services régionaux des régimes de l'Assurance maladie.

## Agences régionales de santé

Le 3 avril, les consultations sur la mise en place du cinquième risque, le risque dépendance. Il a pour objectif d'apporter des réponses aux besoins concrets des personnes dépendantes - personnes âgées et handicapées - de leurs familles et de préparer l'avenir. Ces consultations associent l'ensemble des partenaires concernés : partenaires sociaux, associations d'élus locaux, CNSA, associations d'usagers et professionnels. Ce cinquième risque complètera ceux déjà couverts par la Sécurité sociale : la maladie, les accidents du travail, la retraite et la famille. La concertation tourne autour de quatre grands enjeux :



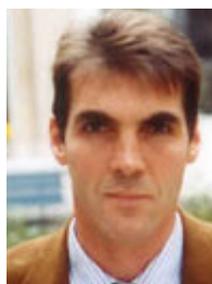
## Le Cinquième Élément

La concertation tourne autour de quatre grands enjeux :

- le maintien à domicile des personnes âgées, mais aussi la question des solutions apportées à tous ceux qui ne le peuvent plus ou ne le veulent plus ;
- la question des aidants familiaux et de leur accompagnement ;
- la question du financement de ce cinquième risque, et de la part de la prévoyance individuelle et collective, en complément de la solidarité nationale ;
- la question de la gouvernance de ce nouveau risque.

La concertation sur ce thème se poursuivra tout au long de l'année 2008.

## Commission prévention, sport et santé



Le 4 avril 2008, Roselyne Bachelot-Narquin et Bernard Laporte ont installé la commission prévention, sport et santé, présidée par le Pr Jean-François Toussaint. L'objet de la commission est de mener une réflexion approfondie sur les effets bénéfiques de la pratique sportive. Les membres de la commission sont issus des milieux sportif, universitaire, médical, paramédical et des collectivités territoriales.

La remise du rapport d'étude est prévue pour septembre 2008.

## États généraux de la santé (Egos)

Deux réunions nationales des États généraux de la santé (Egos) se sont déroulées en février et avril 2008. Leur objectif est de favoriser l'émergence de propositions concrètes visant à structurer et dynamiser l'offre de soins de premier recours sur l'ensemble du territoire, notamment sur la situation des zones périurbaines en difficulté, comme les zones franches urbaines (ZFU). Ils s'inscrivent aussi dans la réflexion de la négociation conventionnelle qui se tient durant le premier semestre 2008. Deux réunions régionales (Brest et Châlons-en-Champagne) ont précédé les deux colloques Egos. Le premier a investigué la place du médecin généraliste, le second a débattu des travaux des deux groupes de concertation sur l'organisation des soins de premiers recours et sur la coopération entre les professionnels.



# La santé à l'épicerie sociale d'Amiens : rencontre avec Marie-Paule Duflot, directrice



**Jeannine Tison : Marie-Paule Duflot, qu'est-ce qu'une épicerie sociale ?**

**Marie-Paule Duflot :** L'épicerie sociale d'Amiens a été créée en 1996. Un premier groupe de bénéficiaires a été accueilli dès septembre 1997.

La mission d'une épicerie sociale consiste à apporter une aide alimentaire, mais pas seulement. L'équipe, avec l'aide d'intervenants extérieurs, accompagne les bénéficiaires dans leur parcours par l'animation d'ateliers pédagogiques. Nous tenons cependant à ce que les familles s'engagent, par un contrat co-signé, d'une durée de quatre mois, à respecter les temps de présence et financent à hauteur de 20 % les denrées alimentaires fournies à l'épicerie.

Depuis deux ans, dans un souci de préparer l'après épicerie, l'épicerie organise un forum de présentation de structures d'insertion.

**J. T. : Qui peut bénéficier de ce contrat ?**

**M.-P. D. :** Toute personne résidant sur Amiens, orientée par un référent travailleur social. Il n'y a pas de limite d'âge. Nos adhérents ont de 18 à 60 ans, mais nous notons une majorité de jeunes et de mères isolées avec un ou des enfants. 80 % à 85 % des familles ont des dettes et 50 % d'entre elles ont des dossiers de sur-endettement.

Le critère pour bénéficier de notre aide est d'avoir moins de 6,40 euros par jour et par personne pour le budget alimentation, vestimentaire et loisirs.

Nous avons constaté, dès le début de notre activité, que les personnes accueillies avaient très peu ou pas de lien social et qu'elles présentaient des problèmes de santé tant physiques que psychologiques.

**J. T. : Parlez-nous de l'expérience menée actuellement sur la santé...**

**M.-P. D. :** Nous avons déjà observé que les usagers ne faisaient aucune démarche de prévention et de dépistage. Leur rapport à la santé était essentiellement dans les soins d'urgence.

La consommation excessive de médicaments et particulièrement l'automédication nous semblaient des facteurs de risque pouvant faire échouer la démarche d'accompagnement d'insertion.

Notre équipe, composée essentiellement de travailleurs sociaux et de bénévoles, se trouvait démunie face à ces problèmes de santé. Nous faisons appel à l'Antenne santé plus en cas de crise.

La proposition faite par le comité de pilotage du projet Sanofi d'expérimenter ce projet au sein de notre association a donc été la bienvenue.

La démarche santé se déroule de la façon suivante. Tout d'abord, une séance collective permet d'aborder une ou plusieurs thématiques souhaitées par le groupe.

Ensuite, grâce à la mobilisation de l'équipe, une entrevue avec le « référent santé » est

**Il se passe deux ou  
trois semaines avant  
que le mot santé  
puisse être évoqué**

proposée aux personnes repérées comme ayant des problèmes de santé. Sur la base du volontariat, la personne qui le souhaite rencontre le « référent santé ».

Il faut souligner que cette démarche prend du temps. Il se passe entre deux à trois semaines avant que le mot « santé » puisse être évoqué. La personne doit se sentir en confiance, particulièrement pour les problèmes liés au mal-être.

En effet, autant les demandes d'arrêt du tabac, voire même d'autres addictions, ont été faciles à mettre en place, surtout à partir de l'émulation du groupe, autant les problèmes psychologiques ne sont pas abordés

directement. Ils émergent après plusieurs rendez-vous pris sous d'autres prétextes, par exemple : « *Je ne dors pas la nuit !* ». Bien souvent, il n'y a pas de réponses immédiates du fait des temps d'attente trop longs pour les centres médico-psychologiques.

Une autre demande émerge des entretiens : le suivi des pathologies lourdes comme le cancer et la douleur. Bien souvent, les usagers de l'épicerie ne comprennent pas les explications des médecins et attendent que le « référent santé » reformule les termes médicaux.

**J. T. : Quelles sont vos attentes pour la suite de cette expérimentation ?**

**M.-P. D. :** Grâce à cette expérience, nous avons démontré que les usagers de nos associations demandent avant tout d'être écoutés et entendus par une personne ayant des compétences dans le domaine de la santé et du soin, mais également une connaissance précise des partenaires sociaux.

Nous avons renforcé notre conviction que l'accompagnement de ces personnes fragiles doit être assuré par une équipe combinant les approches santé, sociale et alimentation et ayant un réseau de partenaires réactifs.

Comme dans tout projet, la difficulté est de trouver des financements pérennes pour assurer la continuité de notre action.

Bien que nos partenaires institutionnels et politiques soient convaincus du bien-fondé de cette action, il ne sera pas facile de trouver des modalités de fonctionnement permettant à cette action de faire partie intégrante des missions des épiceries sociales.

Entretien réalisé par  
Jeannine TISON (Urcam)

## QUELQUES CHIFFRES

De janvier à novembre 2007 :

- 7 séances collectives (1 par groupe) ont été réalisées ;
- 81 personnes (principalement des femmes) ont assisté à ces séances collectives ;
- 18 bénéficiaires sont suivis en entretien individuel ;
- sur les 40 rendez-vous pris avec « le référent santé », 38 ont été honorés par les usagers ;
- en juillet, l'épicerie organise beaucoup de sorties. En août, elle est fermée.

## LE TRAIN DE LA VIE

Le laboratoire Sanofi-Aventis a lancé en 2005, une opération médiatique de sensibilisation de la population sur la prévention des risques cardiovasculaires et cancers.

La ville d'Amiens, avec l'aide de partenaires régionaux et locaux, a déposé le projet « Un référent santé à l'épicerie sociale d'Amiens » dans le cadre de l'appel à projets lancé par Sanofi pour cette opération.

Une subvention a été accordée, complétée par un financement Ville, ce qui a permis de créer le poste de référent santé depuis 2007.

# Epode à Beauvais, Epode à Saint-Quentin

**Ensemble, prévenons l'obésité des enfants (Epode) est un programme de prévention lancé en janvier 2004 avec 10 villes pilotes en France. Beauvais s'est inscrite dans ce dispositif en 2004, Saint-Quentin en 2007.**

L'obésité est un fléau mondial à tel point que l'OMS en a fait un axe prioritaire. Pour être enrannée, cette pathologie sociétale, qui implique une réponse sociétale, doit avoir une réponse efficace et durable en étant au plus proche des familles, de leurs contraintes et difficultés quotidiennes.

L'objectif est de stopper la progression de l'obésité infantile par un plan d'intervention. Le concept Epode est une approche originale de la prévention de l'obésité, fondée sur des actions de proximité menées dans les villes, au plus près de la vie des populations. L'inscription des villes dans ce projet est une volonté politique de s'engager dans la lutte contre l'obésité.

Son principe est de mobiliser en synergie un ensemble d'acteurs locaux de la vie quotidienne pour diffuser le même message santé aux familles, au même moment pour essayer de modifier leur mode de vie dans un sens plus favorable à leur santé.

## Epode à Beauvais

À Beauvais, comme dans toute les autres villes pilotes Epode, les enfants scolarisés de la grande section de maternelle au CM2 (environ 4 800 enfants) sont pesés et mesurés chaque année afin d'avoir une information sur l'efficacité du projet. Des actions sont réalisées avec les écoles désirant travailler sur l'alimentation, l'activité physique...

Des conférences sont proposées sur des sujets comme par exemple la collation matinale, les rythmes de vie de l'enfant... aussi bien pour les professionnels de l'enfance que pour les parents. L'équipe Epode de Beauvais est aussi présente lors de manifestations comme la fête Jeanne Hachette, la fête du sport... cela pour être au plus proche des familles beauvaisiennes. Un travail est également mené avec l'unité de production culinaire de la ville de Beauvais non seulement pour les recettes (sel, matières grasses...) mais aussi sur l'élaboration de menus à thème, sur la mise en valeur d'un produit...

Le but de toutes ces actions est bien évidemment de promouvoir l'équilibre alimentaire et l'activité physique mais aussi de ne pas oublier le plaisir et la convivialité de manger varié.

Depuis septembre 2007, Epode s'est ouvert aux crèches ; car il est évident que les bonnes habitudes alimentaires, ainsi que savoir bouger, doivent se prendre dès le plus jeune âge !!!

## Epode à Saint-Quentin

La ville de Saint-Quentin a intégré le programme Epode en avril 2007.

Tous les enfants scolarisés de 5 à 11 ans des écoles maternelles et primaires sont pesés et mesurés annuellement avec calcul de l'IMC (indice de masse corporelle). Ces mesures se feront durant les cinq années du programme. En septembre 2008, il sera étendu à la petite enfance (3 mois-3 ans), sans recueil poids-taille.

Si un surpoids ou une obésité sont décelés, les parents sont invités à en parler à leur médecin ; un document de suivi est inséré dans le carnet de santé. Les diététiciens interviennent dans les écoles qui ont été vues, à la demande des enseignants.

Quelques temps forts rythment la mise en place du programme.

Durant la semaine nutrition activité physique et sportive (SMPS) en juin, qui cette année

aura lieu du 10 au 12 juin 2008, un accueil des élèves, des parents, des enfants des centres sociaux et des centres de loisirs sera organisé au complexe sportif du LEP Ameublement pour des activités ludiques sur le thème du sport et de l'alimentation équilibrée.

Durant la semaine du goût en octobre, des diététiciens interviendront dans les restaurants scolaires.

Depuis le début de l'action, de nombreuses villes françaises ont rejoint Epode mais aussi des pays européens et non européens.

Rédigé à partir des contributions de :

Florence DUBOIS  
Mairie de Beauvais

Dr Brigitte TURBLIN  
Mairie de Saint-Quentin

## Les villes actives du PNNS

De son côté, le *Plan national nutrition santé* propose une charte PNNS à destination des villes et des communautés de communes. Le but est que ces collectivités deviennent acteur actif du PNNS en mettant en œuvre, promouvant et soutenant toute action qui contribue à l'atteinte des objectifs du PNNS. La collectivité s'engage à mettre en œuvre, chaque année, au moins une action conforme au PNNS, en utilisant exclusivement les recommandations issues des référentiels du PNNS ou des documents porteurs du logo du PNNS. Un référent du PNNS doit être nommé.

*En Picardie, Amiens, Beauvais, Château-Thierry, Montataire, Saint-Léger-en-Bray, Soissons, Villers-Cotterêts sont villes actives du PNNS.*

*Les départements comme les communautés de communes peuvent aussi s'inscrire comme départements ou communautés de communes actifs PNNS.*

[www.villeactives.pnns.fr](http://www.villeactives.pnns.fr)

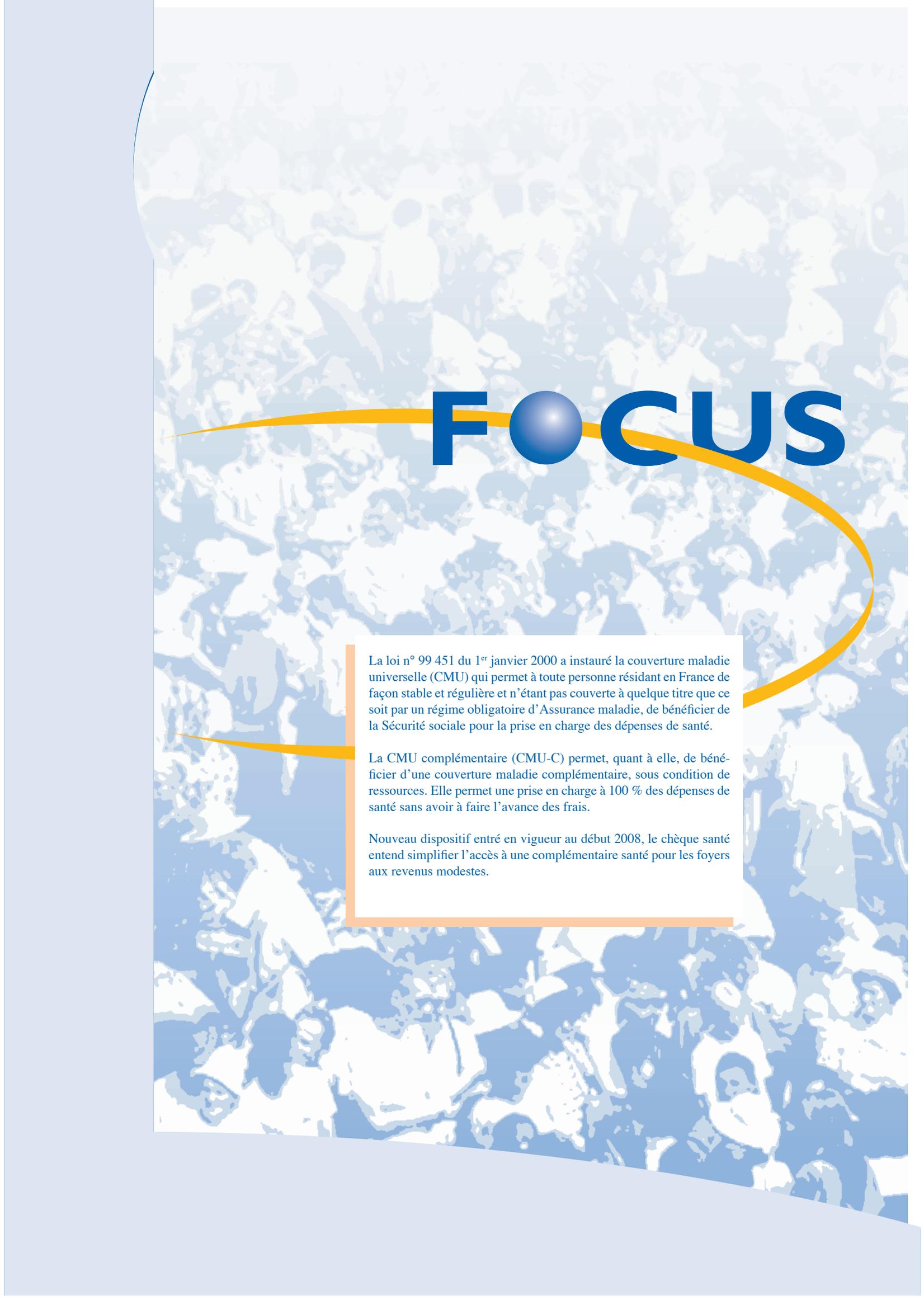
## IMC - Beauvais

### En 2004

Sur 4 784 enfants qui ont été pesés, 22 % avaient des problèmes de poids, soit 17 % qui étaient en surpoids et 5 % qui présentaient une obésité.

### En 2006

Sur 4 534 enfants qui ont été pesés, 20 % qui avaient des problèmes de poids, soit 15 % qui étaient en surpoids et 5 % qui présentaient une obésité.



# FOCUS

La loi n° 99 451 du 1<sup>er</sup> janvier 2000 a instauré la couverture maladie universelle (CMU) qui permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et n'étant pas couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'Assurance maladie, de bénéficier de la Sécurité sociale pour la prise en charge des dépenses de santé.

La CMU complémentaire (CMU-C) permet, quant à elle, de bénéficier d'une couverture maladie complémentaire, sous condition de ressources. Elle permet une prise en charge à 100 % des dépenses de santé sans avoir à faire l'avance des frais.

Nouveau dispositif entré en vigueur au début 2008, le chèque santé entend simplifier l'accès à une complémentaire santé pour les foyers aux revenus modestes.

**En octobre 2007, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a publié une étude réalisée auprès de quelque 6 800 personnes allocataires des minima sociaux concernant plus particulièrement les liens entre la couverture maladie, l'état de santé perçue et le recours aux soins.**

**D**ans le cadre de cette étude réalisée durant le second semestre 2006, environ 6 800 allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI), de l'allocation parent isolé (Api) ou de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) au 31 décembre 2004 ont été interrogés.

Un des volets de cette enquête concernait plus particulièrement les liens entre la couverture maladie, l'état de santé perçue et le recours aux soins de cette population.

#### **Le recours à la CMU complémentaire est un élément important mais fragile du recours aux soins**

Dans le cadre de cette enquête, 81 % des personnes allocataires de l'Api, 89 % des personnes bénéficiaires du RMI et 33 % des bénéficiaires de l'ASS ont déclaré avoir recours à la CMU-C.

L'absence de recours à la CMU complémentaire (CMU-C) s'explique surtout par des revenus trop élevés ou la préexistence d'une couverture complémentaire. Même si le bénéficiaire des minima sociaux remplit les conditions de ressources, le fait d'avoir déjà adhéré à une mutuelle et le souhait d'en conserver le bénéfice, peut le dissuader de recourir à la CMU-C. En effet, si l'organisme complémentaire n'est pas volontaire au dispositif CMU, le bénéficiaire doit changer d'organisme, choix qui pourrait être éventuellement modifié si sa situation s'améliore, ces changements successifs pouvant constituer un frein.

#### **Un état de santé perçue moins bon que la population générale**

À structure d'âge égale, les hommes comme les femmes allocataires de ces trois minima sociaux déclarent un état de santé moins bon que celui de la population générale et se déclarent plus souvent limités dans leurs activités à cause d'un problème de santé. Les bénéficiaires actuels ainsi que ceux sortis du dispositif RMI et ceux de l'ASS sont moins nombreux à se déclarer en bonne ou très bonne santé et sont plus nombreux à

souffrir d'une maladie chronique, voire de plusieurs que les autres bénéficiaires ou ex-bénéficiaires.

En revanche, toute chose étant égale par ailleurs, la probabilité de se déclarer en bonne ou très bonne santé augmente avec des conditions de vie sécurisantes comme le fait d'occuper un emploi ou/et d'être propriétaire ou locataire de son logement. Elle est également plus élevée pour les personnes ayant une certaine estime de soi.

#### **Santé - Travail et minima sociaux**

À structure d'âge égale, les allocataires du RMI, hommes ou femmes, sont les plus nombreux à mentionner l'effet négatif de leur santé sur leur travail. Ces personnes, ainsi que les allocataires ou anciens allocataires de l'Api, sont celles qui indiquent le plus souvent que leurs conditions de vie sont préjudiciables à leur santé physique, psychologique ou à leur moral. Ils relient principalement cela à leurs difficultés économiques et financières, éléments plus fréquemment cités par les femmes que par les hommes.

Les allocataires du RMI qui déclarent un état de santé médiocre juge que leur état de santé est un frein à leur activité professionnelle

mais, qu'à l'inverse, leur état de santé pâtit de leurs mauvaises conditions de vie, et notamment des difficultés à trouver un emploi.

#### **Renoncement aux soins pour raisons financières**

Près d'un tiers des allocataires ou ex-allocataires de l'Api et du RMI et 45 % des allocataires ou ex-allocataires de l'ASS disent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières dans les douze mois qui ont précédé l'enquête. Les renoncements concernent principalement les soins dentaires et optiques. À structure d'âge égale, le renoncement à au moins un soin pour raisons financières dans les douze mois qui ont précédé l'enquête apparaît beaucoup plus élevé pour les allocataires de minima sociaux que dans la population générale.

Un état de santé moyen mauvais, ou très mauvais, et/ou l'absence de couverture complémentaire multiplient presque par deux la probabilité de renoncer aux soins, alors que les raisons de se faire soigner augmentant

Jeannine TISON  
Urcam Picardie  
Sophie PILLERON  
OR2S

*La Couverture maladie universelle (CMU) de base est une protection maladie obligatoire pour les personnes résidant en France, et leurs ayants droit et qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime obligatoire d'Assurance maladie. Pour bénéficier de la CMU de base, il faut en plus être en situation régulière, résider en France de manière stable depuis au moins trois mois. Elle n'est pas attribuée sous conditions de ressources, mais une cotisation sera demandée si les revenus dépassent un certain plafond.*

*Elle ouvre droit aux remboursements des soins et médicaments aux taux habituels appliqués aux autres assurés sociaux, entre 35 % et 65 % du prix pour les médicaments, entre 60 % et 100 % pour les actes et prestations.*

*La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une protection complémentaire, comparable à une mutuelle. Elle est accordée sur critères de ressources et bénéficie aux ayants droit. Elle offre les mêmes avantages qu'une protection complémentaire. Elle est gratuite et dispense d'avancer les frais chez tous les professionnels de santé pour les soins remboursables. Pour en bénéficier, il faut habiter en France depuis plus de trois mois, être en situation régulière, et avoir un revenu mensuel du foyer ne dépassant pas un certain montant (598,23 euros mensuels pour un foyer d'une personne, 897,35 euros pour un foyer de deux personnes, au 1<sup>er</sup> juillet 2007).*

*CMU et CMU-C peuvent être versées conjointement à la même personne.*

## CMU DE BASE ET CMU COMPLÉMENTAIRE

**En Picardie, l'étude des effectifs des personnes bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU complémentaire montre une évolution divergente. Ce même contraste existe tant entre les départements picards qu'à l'intérieur même des départements.**

*Évolution des effectifs de la CMU et de la CMU complémentaire 2005-2007 (situation au 31 décembre de chaque année)*

	CMU de base	Évolution 2005-2007 (%)	CMU Complémentaire	Évolution 2005-2007 (%)
Aisne	4 908	+ 23,81 %	42 970	- 2,86 %
Oise	12 434	+ 18,30 %	43 945	- 3,03 %
Somme	13 461	+ 0,30 %	47 933	- 5,09 %
Picardie	30 803	+ 10,45 %	134 848	- 3,80 %
France*	1 380 978*	nc	4 166 370**	1,1 %***

\* octobre 2005, \*\* octobre 2007, \*\*\* oct. 2005 à oct. 2007

Source : DRASS de Picardie (Cpam, RSI, MSA, Gamex)

Entre 2005 et 2007, on observe en Picardie une augmentation du nombre de bénéficiaires de la CMU de base :

- 0,5 % entre 2005 et 2006 ;
- 9,9 % entre 2006 et 2007.

La progression est forte dans l'Aisne alors que le nombre de bénéficiaires par rapport à la population est le plus faible de la région (1 % en 2007). Le département de l'Oise, après avoir connu une baisse du nombre de ses bénéficiaires en 2006 (-3,1 %), connaît à nouveau une très forte progression en 2007 (22,1 %) et reste malgré tout très légèrement en dessous du taux picard. Le département de la Somme se maintient d'une année sur l'autre (augmentation de 1,6 % en 2006 et baisse de 1,3 % en 2007). Il reste le département qui connaît le plus fort taux de bénéficiaires par rapport à la population (2,4 %), ce qui le classe au-dessus du taux picard.

La seule comparaison avec le niveau national peut être faite au 31 décembre 2005, derniers chiffres définitifs connus. À cette date, la Picardie se situe en dessous du taux national (hors DOM) avec 1,5 % de bénéficiaires contre 2,3 % en métropole. Toutefois le département de la Somme se situe au-dessus de la moyenne nationale pour la métropole avec 2,4 % de bénéficiaires.

Le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMU-C) en Picardie passe de

137 365 bénéficiaires au 31 décembre 2006 à 134 848 au 31 décembre 2007, soit une diminution de 1,8 % répartie comme suit :

- 0,9 % pour l'Aisne ;
- 1,8 % pour l'Oise ;
- 2,6 % pour la Somme.

Cette diminution confirme la tendance amorcée l'année précédente. Ainsi, en 2006, l'Aisne a connu une diminution du nombre de ses bénéficiaires de - 2,0 %, l'Oise de 1,2 % et la Somme de 2,1 %, soit une diminution au niveau régional de 2,0 %.

Cette diminution régionale est le reflet de la situation nationale (hors DOM) où le nombre de bénéficiaires est de :

- 4 212 662 bénéficiaires au 31 décembre 2005 ;
- 4 195 982 au 31 mars 2006 ;
- 4 166 370 au 30 octobre 2007.

Entre décembre 2005 et mars 2006, la dimi-

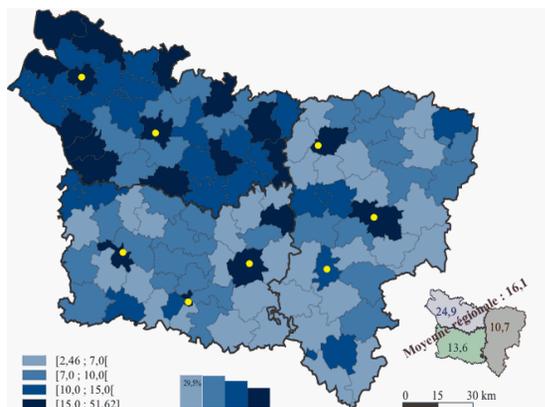
nution a été de 0,4 %. Elle fut de 0,7 % entre mars 2006 et décembre 2007. Sur les deux années, la diminution se chiffre à 1,1 %.

Le pourcentage de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population était au 31 octobre 2007 :

- Aisne : 8,0 % ;
- Oise : 5,7 % ;
- Somme : 8,6 %.

Avec 7,2 % de bénéficiaires, la Picardie se situe au-dessus du taux de la métropole : 6,9 %. Seul le département de l'Oise se situe en dessous.

Constance d'ESPINAY DE SAINT-LUC  
Drass Picardie



Nombre de bénéficiaires de la CMU de base pour 1 000 habitants au 31 octobre 2005 Source : OR2S, Cir (Cpam, MSA, RSI, Insee)

## LES DONNÉES DU CIR

Au niveau infra-départemental, le travail réalisé par l'OR2S sur la valorisation des indicateurs grâce au *Croisement d'informations régionalisées*, montre une forte disparité entre les cantons, à la date des 31 octobre 2005. Ainsi, les cantons les plus urbains sont ceux qui possèdent un taux élevé de bénéficiaires de la CMU de base. On citera en particulier ceux d'Amiens et de Beauvais mais aussi de Creil - Nogent-sur-Oise, Abbeville, Compiègne et Laon.

Des cantons moins urbanisés affichent cependant des taux assez forts : Rue, Péronne, Hornoy-le-Bourg ou encore Noyon. Mais la majeure partie des cantons a de faibles taux de bénéficiaires de la CMU. Nanteuil-le-Haudouin possède le taux le plus bas de la région en 2005, à l'instar de presque toute la zone du sud du Compiègnais et du Soissonnais.

**D'une valeur de 100 € à 400 €, le chèque santé est destiné à améliorer l'accès à une complémentaire santé pour les foyers les plus modestes. Le dispositif a été présenté par le ministre chargé de la santé début janvier 2008.**

**S**elon une étude de l'Irdes publiée en juillet 2006, un Français sur douze (8 % de la population générale) déclare ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire. Cette absence de couverture complémentaire est étroitement liée au niveau de revenu des ménages. Ainsi, 13 % de la population générale déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.

Pourtant, des dispositifs existent comme la couverture maladie complémentaire (4,9 millions de bénéficiaires de la CMU-C) et le dispositif d'aide à l'acquisition d'une aide à la complémentaire (ACS).

Ce dernier dispositif a été créé pour lisser les effets de seuil de la CMU-C qui est subordonné à des conditions de ressources et pour favoriser l'accès à une couverture complémentaire santé. L'ACS a donc pour objectif d'aider les personnes qui se trouvent juste au-dessus du seuil d'accès à la CMU-C et qui ne peuvent donc en bénéficier, à acquérir une assurance complémentaire de santé. L'ACS permet ainsi

de réduire très sensiblement le coût d'achat d'un contrat de prévoyance santé.

---

**Le chèque santé : une mesure de simplification du dispositif de l'ACS**

---

Comme pour la CMU-C, l'ACS est attribuée sous condition de résidence en France régulière et stable et de ressources. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus sont compris entre le plafond de la CMU (7 272 € par an, soit 606 € par mois en 2007) et ce même plafond majoré de 20 % (8 727 euros par an soit 727,25 € par mois). Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'outre-mer.

Le montant de l'aide est compris entre 100 € et 400 € en fonction de l'âge de l'assuré et de sa situation familiale, ce qui couvre 50 % du coût d'acquisition d'une complémentaire

santé. Cette aide se traduit, pour les organismes de protection complémentaire, par un crédit d'impôt sur les contrats et, pour les bénéficiaires, par une réduction sur le montant payé de prime d'assurance complémentaire. Elle est ouverte pour tous les contrats individuels d'assurance complémentaire santé, pourvu qu'il s'agisse de contrats responsables, c'est-à-dire qu'ils respectent certaines obligations et interdictions de prise en charge liées au parcours de soins coordonnés.

Jusqu'à aujourd'hui, la complexité du dispositif permettant d'avoir accès à cette aide freinait considérablement son utilisation par les assurés. Mis en place le 2 janvier 2008, le chèque santé est destiné à améliorer l'accès à une complémentaire santé par les foyers les plus modestes. Avec le chèque santé, les assurés pourront connaître immédiatement le montant de l'aide qui leur sera accordée. La seule démarche de l'assuré sera d'envoyer ce chèque à la complémentaire santé de son choix pour en bénéficier.

## LE CHÈQUE-SANTÉ DANS LA SOMME

### La CPAM de la Somme déploie d'importants moyens d'information.

**P**our promouvoir ce dispositif méconnu du grand public et surtout pour en faire bénéficier le plus grand nombre, la caisse primaire d'assurance maladie de la Somme a mis en place différentes actions nombreuses et variées.

---

#### Des contacts directs

---

Lors de chaque dépôt de dossiers de demandes de couverture maladie universelle complémentaire, les agents en relation avec le public ont procédé à une information systématique sur le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé devenue depuis le chèque santé. Le service action sociale et solidarité de la caisse a identifié les demandeurs de secours pouvant prétendre au chèque santé.

La CPAM a mis en place un partenariat avec les animateurs du service public de quartier dans les secteurs d'Amiens Nord, d'Étouvie et d'Amiens Sud-Est et a participé à une campagne d'affichage dans ces quartiers.

Depuis le mois de novembre 2006 sur des pé-

riodes répétées, elle a fait la promotion du dispositif par des contacts directs dans ses vingt et un points d'accueil du département. Des affiches ont été apposées dans ses agences et des dépliants sont mis à la disposition des assurés. Elle a également assuré la diffusion dans ces mêmes points d'accueil du bimestriel de la lettre aux assurés, *En Pratique*, consacré à ce sujet.

Elle a rencontré des intervenants des services sociaux du CHU, du conseil général ou de la caisse d'allocations familiales.

---

#### La signature de la charte de partenariat relayée par la presse

---

Au cœur de sa campagne de communication, la caisse primaire d'assurance maladie de la Somme a signé une charte de partenariat avec sept mutuelles du département pour promouvoir le dispositif. La signature de la charte s'est déroulée le 22 mai 2007 dans les locaux de la caisse autour d'un petit déjeuner auquel a été conviée la presse locale. Une information presse a été envoyée vers la

presse quotidienne régionale et les journaux municipaux des communes de plus de mille habitants, parfaits relais pour permettre de toucher un large public. Un dernier article a été publié au mois de mars 2008 dans *Vie de Famille*, le mensuel de la caisse d'allocations familiales diffusé à quatre-vingt-quinze mille exemplaires.

Enfin, grâce à un traitement automatisé d'échanges avec la Caf afin d'identifier les bénéficiaires potentiels (adultes handicapés, parents isolés...), un courrier personnalisé expliquant le dispositif ou rappelant le montant de l'aide et les démarches à effectuer a été envoyé au cours du mois de mai 2008 à tous les bénéficiaires ciblés.

---

#### Une aide majorée dans la Somme

---

En début d'année, la CPAM de la Somme a pris comme orientation la possibilité d'une majoration de 50 % du montant de l'aide accordée aux bénéficiaires en fonction de leur âge et de la composition de la famille.

# Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire, Étude Abena, 2004-2005, InVS



Réalisée entre 2004 et 2005, l'étude Abena montre que la nutrition et l'état nutritionnel des personnes bénéficiant de l'aide alimentaire sont fort préoccupants

Contrairement aux pays en voie de développement, l'étude de l'accès à une alimentation suffisante et adéquate d'un point de vue qualitatif est relativement récente dans les pays développés. Cependant, il est démontré que les consommations alimentaires des populations les plus pauvres sont généralement marquées par des apports plus faibles en fruits et légumes, fromages et poissons par rapport à celles les plus aisées.

Les raisons seraient principalement liées à des contraintes financières et d'accessibilité plus qu'à un manque de connaissance. Il a également été montré qu'une insécurité alimentaire modérée serait associée à une plus forte prévalence de l'obésité, tandis qu'une insécurité alimentaire sévère serait associée à une plus forte prévalence de déficit pondéral. En France, il existe encore peu d'études sur l'alimentation et la nutrition des personnes précaires. Dans ce contexte, et suite à une saisine du 4 juin 2003 du secrétariat d'État à la lutte contre l'Exclusion et la Précarité, l'InVS a conduit l'étude Abena dont l'objectif principal est de décrire la consommation alimentaire et l'état nutritionnel de personnes de 18 ans ou plus ayant recours à l'aide alimentaire. L'étude a été menée entre novembre 2004 et mai 2005 dans les structures distributrices de l'aide alimentaire des villes de Paris, Marseille et Dijon, et du département de Seine-Saint-Denis. Il s'agit d'une enquête par questionnaire qui comprend des questions sur les caractéristiques sociodémographiques, l'environnement familial et

social, l'emploi et les revenus des personnes et de leur foyer, leurs stratégies alimentaires, leur utilisation des structures de distribution, leur activité physique et leur santé perçue. Il a également été proposé un examen clinique et biologique.

Le taux de participation à l'étude est de 77,3 % (1 164 sur 1 506) et celui aux examens cliniques et biologiques de 27,0 % (257 sur 951). Plus de la moitié des personnes interrogées est de sexe féminin, l'âge moyen des sujets est de 42 ans, les deux tiers ayant plus de 35 ans. Les deux tiers des bénéficiaires sont originaires d'un autre pays que la France. Près des deux tiers des personnes vivent seules et plus de la moitié déclare avoir des enfants à charge. Les principales sources de revenus citées sont le RMI ou l'allocation parent isolé (26,6 %), 12,4 % déclarant ne disposer d'aucun revenu.

À l'exception du pain, l'aide alimentaire est citée comme première source d'approvisionnement pour l'ensemble des produits. Les dépenses alimentaires mensuelles estimées par les sujets sont de 77 euros par mois et par personne. Un quart des sujets déclare prendre au maximum deux repas par jour. À l'exception des féculents consommés au moins trois fois par jour par près de la moitié des sujets, les fréquences de consommation alimentaire sont faibles. Les fruits et légumes et les produits laitiers sont consommés moins de deux

fois par jour par plus de la moitié des sujets et plus de 40 % d'entre eux consomment de la viande, du poisson ou des œufs moins d'une fois par jour.

Plus de la moitié des personnes considère leur état de santé bon ou excellent pour leur âge et plus de 80 % déclarent ne pas avoir renoncé à des soins pour un membre du foyer pour des raisons financières.

L'indice de masse corporelle moyen est de 26,4 kg/m<sup>2</sup>, la moitié des sujets étant en surpoids et 16,7 % obèses. La prévalence de l'obésité chez les femmes est de 31 %, soit deux à trois fois supérieure à celle observée en population générale. Parmi les sujets dont la pression artérielle a été mesurée, plus du quart est hypertendu, ce qui est très largement supérieur à ce qui est observé en population générale. Près d'un tiers des femmes de moins de 40 ans est anémié, proportion trois fois supérieure à celle observée en population générale.

En conclusion, la situation nutritionnelle décrite chez les personnes recourant à l'aide alimentaire s'avère tout à fait critique, tant au regard des apports alimentaires que de l'état nutritionnel. Cette population doit donc continuer à constituer une priorité de surveillance dans les années à venir.

Sophie PILLERON  
OR2S

Place de l'aide alimentaire en fonction de la zone d'étude (n = 1 164, p<0,01)	Paris (n=364)	Marseille (n=258)	Seine-Saint-Denis (n=279)	Dijon (n=263)	Total (n=1 164)
<b>Situation actuelle du foyer en termes d'accès à l'alimentation</b>					
Il vous arrive souvent/parfois de ne pas avoir assez à manger	48,5 %	50,6 %	50,9 %	42,3 %	49,5 %
Vous avez assez à manger mais pas toujours les aliments que vous souhaitez.	47,6 %	42,8 %	45,3 %	48,5 %	46,0 %
Vous pouvez manger tous les aliments que vous souhaitez.	3,9 %	6,6 %	3,9 %	9,2 %	4,5 %

Source : Enquête Abena, InVS, 2007

## COMMISSAIRE EUROPÉEN

Androula Vassiliou est la nouvelle commissaire à la santé publique, à la sécurité alimentaire, à la santé et au bien-être animal. Elle est Chypriote comme son prédécesseur, Markos Kyprianou, nommé ministre des Affaires étrangères de Chypre.

Le Parlement européen s'est prononcé, à une très grande majorité, en faveur de la désignation d'Androula Vassiliou qui devrait rester en fonction au moins jusqu'à la nomination d'une nouvelle Commission, en juin 2009, après les élections au Parlement européen.

Lors de son audition de trois heures du 1<sup>er</sup> avril, elle a déclaré aux députés : «La santé est une richesse et je suis déterminée à travailler dur pour assurer un haut niveau de standards pour nos citoyens, qu'ils soient en Roumanie, en Suède, au Royaume-Uni ou à Chypre.»



Service de presse, Parlement européen

## CONFÉRENCE DE HAUT NIVEAU SUR LA SANTÉ MENTALE



Une conférence du groupe de haut niveau sur la santé mentale se tiendra le 13 juin 2008 à Bruxelles. Elle fait suite à la réunion du Conseil emploi, politique sociale, santé et consommateurs (EPSCO) du 6 décembre 2007.

Un pacte européen transsectoriel concernant la santé mentale est par ailleurs en cours de préparation.

La conférence portera sur quatre grands domaines d'action :

- prévention du suicide ;
- santé mentale chez les jeunes et dans l'éducation ;
- santé mentale sur le lieu de travail ;
- personnes âgées.

## LA PRÉSIDENTIE FRANÇAISE

Le Gouvernement français veut placer la Présidence française de l'Union européenne (juillet-décembre 2008) sous le signe de la citoyenneté. Des forums participatifs seront organisés en France, associant des responsables politiques européens ; les internautes étant invités à s'exprimer en ligne. «Notre ambition, (...) ce sera d'intéresser à nouveau et de faire participer les Français, les régions, les villes», a précisé Bernard Kouchner lors du séminaire gouvernemental consacré à cette présidence.



Le logo de la présidence française

En août 2007, Nicolas Sarkozy avait défini les grandes thématiques de la présidence : environnement, énergie, immigration, Europe de la défense.

Un Secrétariat général de la Présidence française a été créé auprès du Premier ministre, par un décret du 15 juin 2007. Il définira et mettra en œuvre, en liaison avec le secrétariat général aux affaires européennes (SGAE) et le Gouvernement, les événements, réunions et manifestations relevant de la Présidence française.

([www.premier-ministre.gouv.fr](http://www.premier-ministre.gouv.fr))

## EUROPE SOCIALE



Le think tank Center for european policy studies (CEPS) vient de publier une étude : *Is Social Europe Fit for Globalisation ?* (L'Europe sociale est-elle bien préparée pour la mondialisation ?), dans laquelle il déclare que la mondialisation est une opportunité pour l'Europe et non pas une menace.

Selon cette étude, il n'existe aucune preuve empirique que la mondialisation soit à l'origine d'une érosion des acquis sociaux. Les données disponibles font apparaître des progrès dans la direction d'objectifs sociaux largement consensuels, dont l'amenuisement des écarts séparant hommes et femmes sur le plan de la rémunération ou de l'accès à l'emploi, encore que ces écarts restent considérables. Cependant, les auteurs de l'étude conviennent de la nécessité de moderniser les politiques sociales et d'investir dans les ressources humaines pour permettre à l'Union d'exploiter au mieux les possibilités offertes par la mondialisation. À cet effet, le CEPS préconise :

- de préparer l'économie à la concurrence ;
- de procéder en douceur à des ajustements économiques et sociaux ;
- d'améliorer la gouvernance socio-économique pour faciliter ces échanges dans le contexte d'une action conjointe de l'Union et de ses États membres.

CEPS, avril 2008

## CONSEIL DE L'EUROPE

Le 16 avril, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) a adopté une résolution visant à dépénaliser l'avortement en respectant un délai de gestation maximum raisonnable, et à garantir aux femmes «le droit à l'accès à un avortement sans risque et légal». Les parlementaires des 47 pays membres ont affirmé qu'il était nécessaire d'assurer aux femmes, qui souhaitent avorter, les soins médicaux et psychologiques ainsi qu'une prise en charge financière adéquate, à respecter l'autonomie du choix de la femme et à lever les restrictions qui entravent l'accès à un avortement sans risque.

APCE, avril 2008

# Les implications du traité de Lisbonne

**Ratifié par les vingt-sept États membres le 13 décembre 2007, le traité de Lisbonne renforce la dimension sociale de l'Europe. Il instaure des nouveautés dans les droits, les objectifs et les politiques de l'Union.**

**A**vec l'échec du processus de ratification de la Constitution européenne suite aux «non» référendaires français et néerlandais de 2005, le traité de Lisbonne est le compromis auquel sont arrivés les États membres les 18 et 19 octobre 2007. Ce texte qui n'a pas l'autorité d'une constitution, ne remplace donc pas l'ensemble des traités existants bien qu'il les modifie assez profondément pour proposer une vision somme toute nouvelle de l'espace communautaire, en intégrant des règles de gouvernance jusqu'alors inédites.

Du point de vue social, le Traité de Lisbonne revendique une dimension sociale pour l'Europe, à côté de la dimension historique que fut l'économie. Bien que les politiques sociales restent de la compétence de chaque État membre, le nouveau traité introduit une coloration sociale dans les droits, objectifs et politiques de l'Union.

Sans la reprendre *in extenso* dans le corps du traité, comme cela l'était pour la Constitution, le traité met cependant en annexe la *Charte des droits fondamentaux*, ce qui lui confère une valeur juridique et donc contraignante.

Le texte fait référence à la *liberté professionnelle* et au *droit à travailler*, au *droit à l'information et à la consultation des travailleurs au sein des entreprises*, au *droit de négociation et d'actions collectives* et enfin à la *protection en cas de licenciement injustifié*. Ces droits sociaux seront garantis par les juges nationaux et communautaires.

Le traité dote l'Union de nouveaux objectifs sociaux :

- plein emploi et progrès social ;
- lutte contre l'exclusion sociale et les discriminations ;
- promotion de la justice ;
- élimination de la pauvreté...

Une « clause sociale » appelle à la prise en compte des exigences sociales dans toutes les politiques de l'Union, quelles qu'elles soient. Elles sont reliées à la promotion d'un niveau d'emploi élevé, à une protection sociale adéquate et à la lutte contre l'exclusion sociale. Ainsi, toute loi qui ne prendrait pas en compte ces objectifs, ou qui leur serait contraire, pourrait être annulée par la Cour européenne de justice.

Enfin, le rôle des partenaires sociaux et le

dialogue social sont renforcés. Ainsi, chaque année, le Conseil européen de printemps sera consacré à la croissance et à l'emploi.

Le principe de subsidiarité reste toujours la clé de voûte de l'intervention européenne. Les actions en matière sociale que pourra engager l'Union viendront donc en appui et en soutien des politiques des États membres. Elles concerneront :

- l'amélioration du milieu du travail pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs ;
- les conditions de travail ;
- l'information et la consultation des travailleurs ;
- l'intégration des personnes exclues du marché du travail ;
- l'égalité des chances entre les femmes et les hommes pour l'accès au marché du travail et le traitement dont ils font l'objet dans leur travail ;
- la lutte contre l'exclusion sociale ;
- la modernisation des systèmes de protection sociale.

Ainsi, les travailleurs européens migrant d'un état à l'autre sont assurés de la prise en compte par toutes les législations nationales de toutes les périodes travaillées pour avoir droit aux prestations dont ils peuvent bénéficier.

Tout État membre qui considérerait que des mesures porteraient atteinte à des aspects fondamentaux de son système de sécurité sociale aura la possibilité de demander à la Commission la réécriture du projet ou de faire appel devant le Conseil européen.

Enfin, le traité annexe le protocole sur les services d'intérêt général. Il permet de définir le fondement juridique des services économiques d'intérêt général, leurs principes et les conditions régissant leur fonctionnement. En revanche, le traité laisse aux États membres l'entière compétence pour l'organisation de services non économiques d'intérêt général (soit les anciens «services publics»).



## Ateliers santé ville

Les ateliers santé ville (ASV), créés par le Comité interministériel des villes de décembre 1999, ont été mis en place dans plus de quatre-vingt-dix villes de France. C'est la note conjointe de la Délégation interministérielle à la ville (Div) et de la Direction générale de la santé (DGS) du 13 juin 2002 qui précise les modalités de leur mise en œuvre dans le cadre des contrats de ville. Initiés et développés par la Div et la DGS, les premiers ASV ont fait l'objet d'un accompagnement ciblé en Île-de-France et en région Provence - Alpes - Côte d'Azur (Paca) par l'association Resscom qui a pu formaliser un certain nombre de constats et de recommandations (Joubert, Bertolotto et Truze, 2001) visant à consolider les conditions de mise en œuvre des ASV aux différents niveaux du territoire : national, régional, départemental et communal.



## La littératie en santé

Selon un rapport édité par l'Association canadienne de santé publique (ACSP), la majorité des Canadiens adultes n'ont pas les compétences nécessaires pour comprendre l'information sanitaire dont ils ont besoin au quotidien. L'illettrisme en santé est associé à une mauvaise santé, et le groupe d'experts qui a rédigé le rapport juge que la situation au Canada est critique.

Ce rapport avait pour but de faire un état des lieux de la littératie en santé. À partir des définitions existantes, il a créé la sienne propre comme étant «la capacité de comprendre et d'utiliser la lecture, l'écriture, la parole et d'autres moyens de communication pour participer à la société, atteindre ses objectifs personnels et donner sa pleine mesure».



Cette étude a été menée dans le cadre du programme transfrontalier Interreg III. Le rapport de l'étude se décline en trois chapitres. Il s'ouvre sur un état des lieux de l'offre de soins sur la zone transfrontalière décrivant les structures hospitalières et en inventoriant les caractéristiques et spécificités du corps médical. Il poursuit par l'impact de la démographie médicale sur l'accès aux soins des populations frontalières et se conclut sur les coopérations transfrontalières comme réponse partielle à la limitation de l'offre des professionnels de santé.

## Démographie médicale transfrontalière

L'Observatoire franco-belge de la santé vient de publier une étude sur la problématique de la démographie médicale dans l'espace transfrontalier franco-belge.



Cette étude a été menée dans le cadre du programme transfrontalier Interreg III. Le rapport de l'étude se décline en trois chapitres. Il s'ouvre sur un état des lieux de l'offre de soins sur la zone transfrontalière décrivant les structures hospitalières et en inventoriant les caractéristiques et spécificités du corps médical. Il poursuit par l'impact de la démographie médicale sur l'accès aux soins des populations frontalières et se conclut sur les coopérations transfrontalières comme réponse partielle à la limitation de l'offre des professionnels de santé.

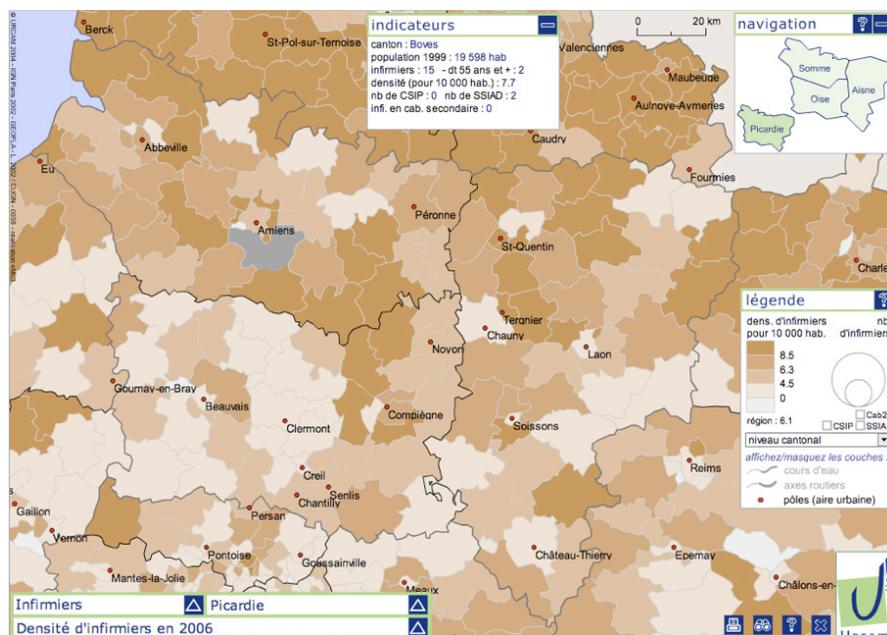
Les auteurs insistent cependant sur la différence forte entre les versants français et belge de cet espace frontalier. Ainsi, la situation de pénurie n'est réellement sensible que du côté français. Ils relèvent que de nombreuses lacunes existent dans les systèmes statistiques français et belge, empêchant de pouvoir poser un «diagnostic commun sérieux et objectif des problèmes». Trois recommandations sont ainsi mises en exergue :

- mise en place d'un tableau de bord évaluatif qui pourrait s'intégrer dans la proposition plus générale de construction d'une structure permanente transfrontalière ;
- renforcement des actions de coopération transfrontalière ;
- adoption par les pouvoirs publics des solutions incitatives telles que l'assouplissement du numerus clausus ou le développement des aides à l'installation.

## C@rtosanté

L'Assurance maladie a actualisé C@rtosanté, l'accès internet aux cartes interactives des professionnels de santé. Toutes les données concernent l'année 2006 sur l'offre et la consommation de soins pour la région, les départements mais aussi par canton et par commune pour les médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes. Les données portent sur la consommation de soins, l'activité moyenne, la densité, l'attractivité et l'accessibilité des professionnels. Selon les cas, il est possible de voir se dessiner les zones déficitaires.

[http://www.urcam.assurance-maladie.fr/Cartosante.carto\\_portail.0.html](http://www.urcam.assurance-maladie.fr/Cartosante.carto_portail.0.html)



En pointant sur un canton, les données apparaissent dans un cartouche en haut de la page.

En double-cliquant sur un canton, les données apparaissent par commune dans un tableau exportable vers un tableur.

Dans le cartouche en bas à droite, on peut faire apparaître les routes, les voies fluviales, les pôles urbains et les zones déficitaires.

# Ados en souffrance



**Confié à Dominique Versini, défenseure des enfants, le rapport *Adolescents en souffrance, plaidoyer pour une véritable prise en charge* s'interroge sur le fonctionnement des institutions et sur l'état des pratiques professionnelles.**

Après son rapport de 2006 sur *L'enfant au cœur des nouvelles parentalités*, (le statut du « tiers-parent »), la Défenseure des enfants, Dominique Versini, a remis le 20 novembre 2007 au Président de la République, un rapport intitulé *Adolescents en souffrance*. Ce « plaidoyer pour une véritable prise en charge » présente un constat et des chiffres alarmants.

L'adolescence est un moment de la vie où l'individu « doit à la fois abandonner l'enfance et trouver d'autres repères pour accéder à la vie adulte ». L'adolescent « recherche son identité en se situant lui-même, par rapport aux autres et à son environnement ».

L'adolescence n'est pas une maladie. La plupart des adolescents vont bien.

Un précédent rapport sur l'adolescence a relevé, il y a cinq ans, que 15 % des 11-18 ans, soit 900 000 adolescents présentaient « des signes tangibles de souffrance psychique ». Ainsi, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15-25 ans. La polyaddiction alcool, tabac, cannabis « a doublé passant de 17 % en 1997 à 34 % en 2007 ». Le rapport insiste également sur l'augmentation forte des demandes de consultation en pédopsychiatrie depuis 15 ans (plus de 70 %).

Dominique Versini a décidé d'interroger le fonctionnement des institutions et l'état des pratiques professionnelles afin de saisir les difficultés et les manques. Cet état des lieux devrait permettre d'améliorer les situations de souffrance des adolescents. L'écoute de leurs inquiétudes, de leurs nouvelles formes de souffrances psychiques, a permis la rédaction de ce plaidoyer, découpé en différentes phases.

Après un état des lieux complet, la Défenseure des enfants propose 25 recommandations, regroupées en huit thèmes :

- recalibrer le dispositif médical, psychiatrique, social et éducatif sur l'ensemble du

territoire métropolitain et des collectivités d'outre-mer ;

- améliorer l'information et l'accueil des jeunes et de leurs familles ;
- aller vers les adolescents en développant des dispositifs innovants : maisons des adolescents, équipes mobiles, permanence hors les murs... ;
- systématiser la mise en place de réseaux interdisciplinaires afin de garantir le repérage, l'orientation, la prise en charge et la continuité effective des soins ;
- généraliser une formation obligatoire de l'ensemble des professionnels au contact avec les adolescents sur la psychologie de l'adolescent et le repérage des signes d'alerte ;
- développer la prise en compte et l'accompagnement des parents à tous les niveaux de repérage et de la prise en charge des adolescents ;
- mettre en place une stratégie nationale volontariste de prévention et de lutte contre l'alcoolisation précoce des adolescents et la banalisation du cannabis ;
- développer les outils permettant une meilleure connaissance de la souffrance psychique des adolescents.

En conclusion, Dominique Versini rappelle que l'adolescence n'est pas une maladie et que la plupart des adolescents vont bien. Mais, pour certains adolescents, les transformations du corps, du cœur et de l'esprit qui les conduisent à l'âge adulte, amènent des souffrances d'ordre psychique et physique allant parfois jusqu'au suicide. Elle demande « de développer une stratégie nationale qui facilite un accueil et une prise en charge réellement accessibles et sans délai, dans des lieux adaptés aux modes de vie des jeunes ». Elle souligne l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire des adolescents « pour garantir le repérage et la continuité de la prise en charge des adolescents en souffrance ».

Aline OSMAN-ROGELET  
Sophie PILLERON  
OR2S



## *Cinquième rapport annuel de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2007-2008)*

À partir de onze indicateurs, harmonisés au niveau européen, l'Observatoire met en évidence une dégradation sensible de la situation des plus pauvres et de fortes disparités régionales : Nord et Est de la France, pourtour méditerranéen et départements d'Outre mer. La Picardie se situe dans une situation assez défavorisée tout en n'étant pas au niveau de certaines régions comme le Nord - Pas-de-Calais ou Paca.

L'analyse des trajectoires de vie, selon trois thèmes : minima sociaux, emploi et logement, montre que l'isolement des jeunes, des familles monoparentales et des personnes âgées apparaît comme un facteur clé d'entrée dans la pauvreté. Par ailleurs, l'emploi à plein temps continue à protéger de la pauvreté. Ce cinquième rapport se conclut par une réflexion sur la relation entre droit et pauvreté dans le contexte de la loi Dalo qui met en exergue le décalage entre l'affirmation de droits universels et la multiplicité de dispositifs spécifiques et de prestations conditionnelles.

Les auteurs du rapport insistent aussi sur l'intégration de l'expérience des personnes à la construction de la connaissance afin de mieux appuyer la démarche explicative.

### *Les onze indicateurs retenus sont :*

- taux de pauvreté monétaire ;
- mesure de l'intensité de la pauvreté ;
- taux de pauvreté de la population en emploi ;
- pauvreté en conditions de vie ;
- évolution annuelle du nombre d'allocataires de minima sociaux d'âge actif ;
- taux de persistance dans le RMI ;
- indicateurs d'exclusion ;
- taux de renoncement aux soins pour des raisons financières ;
- taux de sortants à faible niveau d'études ;
- taux de demandeurs d'emploi non indemnisés ;
- part des demandes de logement social non satisfaites après un an.

**12 et 13 juin 2008, Amiens**

*XI<sup>e</sup> rencontres nationales de Citoyens et justice : le placement extérieur «un partenariat pour le développement d'un aménagement efficace».* Organisée par Citoyens et justice en association avec l'Après et la cour d'Appel d'Amiens, le ministère de la Justice et l'ANJAP  
Renseignements et inscriptions : Après : 03 22 66 46 40.

**2 au 4 juillet 2008, Nantes**

*Chiffres et territoires. Quelles statistiques pour la connaissance et l'action publique en région ?*  
Colloque international organisé par l'université de Nantes, l'ANR et le CNRS.

Site internet : <http://www.msh.univ-nantes.fr>  
Renseignements : Christel Dumontier (02 40 20 19 63), Fabienne Le Roy (02 40 20 65 06), Maison des sciences de l'homme Ange-Guépin, 21 Bd Gaston Doumergue BP 76235 - 44262 Nantes Cedex 2  
mél : [statregion@univ-nantes.fr](mailto:statregion@univ-nantes.fr)

**14-15 octobre 2008, Nancy**

4<sup>e</sup> colloque «Collectivités territoriales et santé publique sur le thème : Dynamiques des politiques territoriales de santé : rôle et place de chacun.» Organisé par le CNEPT.

Renseignements : [viviane.bayad@cnfpt.fr](mailto:viviane.bayad@cnfpt.fr) (03 83 95 51 61)  
[patricia.bourdon@cnfpt.fr](mailto:patricia.bourdon@cnfpt.fr) (03 83 95 51 74)

**16-17 octobre 2008, Marseille**

Congrès national des observatoires régionaux de la santé : *Les inégalités de santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques.*

Site internet : <http://www.congresors-inegalitesdesante.fr>

Renseignements, inscriptions :  
Europôle de l'Arbois - Bât. Gérard Megie  
13857 Aix-en-Provence cedex 03 - France  
Tél. : 00 33 (0) 4 42 54 42 60  
mél : [contact@atoutcom.com](mailto:contact@atoutcom.com)  
Site Internet : [www.atoutcom.com](http://www.atoutcom.com)

**APPEL À PROJETS**

La fondation d'entreprise La Mondiale et la fondation belge Fondation du Roi Baudouin lancent un appel à projets destinés à accompagner les personnes âgées dépendantes à domicile en régions Nord - Pas-de-Calais et Picardie.  
Les projets sont à déposer avant le 10 juin.  
Le dossier de candidature est téléchargeable sur : [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be).

Renseignements :  
Informations générales : Donata Moriggi (01 44 94 67 12)  
Informations spécifiques : Marie Carton (00 32 2 549 02 60)



**Dr Marc Bony,  
Amiens**

**La consultation médicale gratuite Somede  
et la «santé pour tous»**

«**L**a Santé pour tous en l'an 2000 », slogan de l'OMS dans les années quatre-vingt. En 1986, à Amiens, s'ouvre le mercredi matin une consultation médicale gratuite : Somede\*, dans la veine des consultations créées ailleurs en France par Romede et Médecins du Monde.

Son but ? Accueillir toute personne en difficulté d'accès aux soins, lui offrir les premiers soins que nécessite son état, l'orienter sur le plan médical et social.

Un accueil administratif, dont l'objectif est de faire un bilan de ses droits et proposer des solutions lui permettant de réintégrer le système normal de soins, est assuré d'abord par le CCAS, relayé en 2000 par la CPAM qui gère alors la couverture maladie universelle (CMU). Le CCAS d'Amiens prend en charge les traitements.

Cette consultation se veut d'abord expérimentale. Son bilan et la participation de son équipe à divers groupes de réflexion autour de l'accès aux soins participera à l'évolution des conditions locales d'accès au soins.

C'est un espace de recherche-action, qui se situe comme un observatoire des difficultés les plus importantes d'accès aux soins. Notre activité peut donc être *a priori* considérée comme un indicateur de « mauvaise santé » pour notre système de soins ! En reprenant les résultats de consultations depuis 1997, nous constatons que nous avons réalisé près de 1 300 actes de soins pour 700 personnes différentes.

Depuis dix ans il existe des constantes : les patients viennent nous voir parce qu'ils n'ont pas de droits à l'Assurance maladie (58 % dont 51 % parce qu'ils sont étrangers - cf. suite), 16 % parce qu'ils ne peuvent consulter faute

d'argent malgré leur sécurité sociale, voire leur mutuelle, 16 % parce qu'ils sont confrontés à des problèmes administratifs (attente d'accord, changements de situation, problèmes de dossiers, de délais de carence, pour la CMU, l'aide médicale d'État (Ame)), et 9 % parce qu'ils sont « paumés ». Deux grandes baisses furent pour nous des succès encourageants : à partir de l'an 2000, le nombre de consultations dans l'année a franchement diminué ainsi que le nombre de consultations multiples, marquant le progrès incontestable de la CMU sur l'aide médicale qui préexistait, puis le nombre de moins de 25 ans lorsque le droit à la CMU s'est étendu à eux.

Concernant les patients étrangers que nous recevons, ce sont majoritairement des personnes arrivant sur le territoire avec une demande de statut de réfugié politique mais n'ayant pas encore le récépissé de la préfecture (donc de droit à la CMU) et qui ont besoin de soins urgents à leur arrivée en France. Leur nombre est relativement stable depuis 2000. Ce qui s'effondre aujourd'hui, c'est la proportion de « sans statut » (divisée par 2 entre 2005 et 2007), traduisant non une avancée sociale mais un recul : alors qu'il existe pour eux un droit, l'Ame, qui leur permet des soins en ville depuis 2004 et qu'ils découvrent souvent lors d'une consultation Somede, ils semblent ne plus venir consulter. L'interprétation est délicate, pourtant une lecture des faits semble se répéter d'une ONG à l'autre : la peur d'être interpellés ne leur permettrait plus de demander des soins.

Ainsi l'évolution des chiffres est toujours à interpréter en fonction du contexte, et toute diminution de la demande n'est pas signe « d'une meilleure santé pour tous ».

\* Somede est la consultation de l'association amiénoise pour la promotion de la santé des plus défavorisés



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

**N°2, juin 2008**

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3, rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1  
Tél : 03 22 82 77 24, mél : [info@or2s.fr](mailto:info@or2s.fr) site : [www.or2s.fr](http://www.or2s.fr)  
Mél de la plateforme sanitaire et sociale : [plateforme@or2s.fr](mailto:plateforme@or2s.fr)

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)  
Comité de rédaction : Gaëlle Courant (conseil régional), René Faure (drass), Christine Jaafari (drass), Philippe Lorenzo (or2s), Aline Osman-Rogelet (or2s), Sophie Pilleron (or2s), Jeannine Tison (urcam), Alain Trugeon (or2s), Henri Vivier (drass)

Mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S juin 2008